

2

Journal of Health Systems Research

Vol. 18 No. 2 April - June 2024

ISSN 2672-9415 (Online)



วารสารวิจัย ระบบสาธารณสุข

ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 เม.ย. - มิ.ย. 2567

152

การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน
ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในปิงบประมาณ
พ.ศ. 2566: ระยะที่ 1 การประเมินสัญญาณเตือน
ของผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ

193

ช่องว่างทางนโยบายในการควบคุมและป้องกัน
ปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงานของประเทศไทย

277

ข้อกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาล
ปลอดบุหรี่ปี พ.ศ. 2566 และมาตรฐานเฉพาะโรค/
เฉพาะระบบปี พ.ศ. 2563: ความแตกต่างและความคล้ายคลึง

Research

Network

N

Health

H

Management

M

Communication

C

Systems

Knowledge

K

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 Buranatrevadh Faculty of Medicine, Thammasat University

Piya Hanvoravongchai Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Samrit Srithamrongsawat Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Suthep Petchmark National Health Commission Office

Phusit Prakongsai Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

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

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

Link to journal: https://www.hsri.or.th/journal_of_health_systems_research

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/> คลิ๊กที่ *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/> คลิ๊กที่ *For authors*

Vision

The *Journal of Health Systems Research* aims to be at one of leading health systems research journals in ASEAN.

Aim & Scope

The *Journal of Health Systems Research* publishes health systems research studies to support and enhance the potential abilities in generating new bodies of knowledge on health systems which will be useful for policy makers, researchers, academics and health practitioners in all levels.

Disclaimer

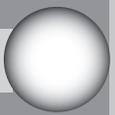
Facts and opinions in articles published in the *Journal of Health Systems Research* are solely the personal statements of respective authors and do not necessarily reflect the views or opinions of the editors or its publisher. The editors reserve the right to edit or rewrite, correct, and publish only 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 *J Health Sys Res* Submission Guideline at <http://ejournal.hsri.or.th> and click *For authors*.



จริยธรรมการตีพิมพ์

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

บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ส่งความเห็นต่อบทความตามกำหนดเวลาและให้ข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อสนับสนุนความเห็นของตน
2. รักษาความลับเกี่ยวกับเอกสารที่เกี่ยวข้องในกระบวนการพิจารณาความเหมาะสมของบทความ ต่อบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง
3. เมื่อตระหนักว่าตนอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผลงานหรือผู้เขียน หรือมีเหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อเสนอแนะ/ความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระได้ ให้แจ้งกองบรรณาธิการทราบและปฏิเสธการประเมินบทความนั้นๆ
4. แจ้งกองบรรณาธิการเกี่ยวกับการคัดลอกผลงาน (plagiarism) ที่อาจจะเป็นไปได้ ในกรณีที่ผู้เขียนไม่ได้อ้างอิงผลงานของผู้อื่นอย่างถูกต้องหรือลอกเลียนผลงานที่เผยแพร่แล้ว รวมถึงผลงานของผู้เขียนเองและข้อมูลที่ยังไม่ได้เผยแพร่
5. แจ้งกองบรรณาธิการถ้าหากท่านไม่มีความเชี่ยวชาญเพียงพอสำหรับการพิจารณาความเหมาะสมของบทความนั้นๆ
6. ควรระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่ตนประเมินแต่ผู้เขียนไม่ได้อ้างอิงด้วย



บทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. รับรองว่าผลงานที่ส่งมาเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยเผยแพร่ที่ไหนมาก่อน 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

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ethical committee approval) กรณีที่มีการทำวิจัยในมนุษย์ โปรดระบุว่าการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ ชุดใดบ้าง เมื่อไร

เงื่อนไขหลัก

บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

กำหนดเผยแพร่

เผยแพร่ปีละ 4 ฉบับ ทุกรอบ 3 เดือน คือ มกราคม-มีนาคม เมษายน-มิถุนายน กรกฎาคม-กันยายน และ ตุลาคม-ธันวาคม

การประเมินคุณภาพบทความ

บทความที่ส่งเข้ามารับการพิจารณา หากได้มาตรฐานเพียงพอ จะได้รับการประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (double-blind review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน บรรณาธิการจะพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับแก้ก่อนที่ผู้เขียนจะได้รับแจ้งข้อเสนอแนะดังกล่าว

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมใดๆ ในทุกขั้นตอน จากผู้นิพนธ์

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 การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ โปรดระบุว่าผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร ถ้าหากไม่มี โปรดชี้แจงด้วย
- 1.8 ผลการศึกษา
- 1.9 วิจัยและข้อยุติ
- 1.10 กิตติกรรมประกาศ
- 1.11 References คือรายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย
- 1.12 กรรณแบบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ในขั้นตอนนี้ระบบ e-journal ของทางวารสารฯ รับเฉพาะไฟล์ MS Word ดังนั้น จึงต้องทำให้แบบคำรับรองงานต้นฉบับที่ลงนามแล้วเป็นภาพทั้งฉบับ หรือเฉพาะลายมือชื่อของผู้เขียนแต่ละรายเป็นภาพ แล้วจึงวางลงในไฟล์ MS Word ซึ่งท่านสามารถ download ไฟล์แบบคำรับรองงานต้นฉบับในรูปแบบดังกล่าวได้ที่ https://www.hsri.or.th/declare_form
ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 20 หน้า ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16)



กรุณาศึกษา “การเตรียมบทความต้นฉบับ” ด้านล่าง (ท้ายหัวข้อที่ 4. จดหมายถึงบรรณาธิการ)

กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยที่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย
ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้
ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

2. บทปริทัศน์ (review article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ มาวิเคราะห์
วิจารณ์เปรียบเทียบกันเพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นๆ 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 (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็น
ภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย

2.9 กรุณาแนบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ในขั้นตอน
นี้ระบบ e-journal ของทางวารสารฯ รับเฉพาะไฟล์ MS Word ดังนั้น จึงต้องทำให้แบบคำรับรองงานต้นฉบับที่ลงนาม
แล้วเป็นภาพทั้งฉบับ หรือเฉพาะลายมือชื่อของผู้เขียนแต่ละรายเป็นภาพ แล้วจึงวางลงในไฟล์ MS Word ทั้งนี้ ท่าน
สามารถ download ไฟล์แบบคำรับรองงานต้นฉบับในรูปแบบดังกล่าวได้ที่ https://www.hsri.or.th/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 ทั้งนี้เพื่อให้
ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

3. บทความพิเศษ (special article)

เป็นบทความวิชาการที่แสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ
หรือเป็นบทความที่รวบรวมเนื้อหาและการแสดงความคิดเห็นวิพากษ์วิจารณ์ในเรื่องดังกล่าว หรือเป็นกรณีศึกษาที่
สะท้อนระบบสาธารณสุขที่โดดเด่นในระดับประเทศหรือระดับภูมิภาคอาเซียน 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)” ทำรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย

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

ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้า ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16) กรุณาศึกษา “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 Word เท่านั้น และต้องไม่มี file protection เนื่องจาก reviewer อาจจะทำให้ความเห็นโดยใช้ Track Changes หรือ New Comment และ ไม่ต้องทำสองคอลัมน์

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 ในภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคอดี

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

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

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

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ต้องบอกถึงการได้รับอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้อง การยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

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

8. **ผลการศึกษา** (result) แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน 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) ได้ตาราง (ถ้าจำเป็น)

- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง เสนอให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ * † ‡ § # ¶

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง และไม่ควรระบุทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก

- ต้องขออนุญาต หรืออ้างอิงกรณีนำข้อมูลในตารางมาจากงานของผู้อื่น

ภาพ (แนะนำให้ทำเป็นภาษาอังกฤษ)

จะช่วยให้สื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ มีแนวทางดังนี้

- ต้องคมชัด อาจเป็นภาพขาว-ดำ หรือภาพสี

- ควรเป็น file ภาพต้นฉบับจากกล้องที่มีขนาดไม่ต่ำกว่า 600 x 800 pixels

- หากภาพมีกล่องข้อความหลายกล่องหรือสัญลักษณ์ต่างๆ จะต้องทำ grouping ไว้ด้วย

- ต้องขออนุญาต หรืออ้างอิงกรณีนำภาพมาจากงานของผู้อื่น

9. **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

10. **ข้อเสนอแนะ** ผู้เขียนควรระบุข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายต่อประเด็นที่ศึกษา และข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาวิจัยต่อไป โดยอ้างอิงข้อค้นพบจากการศึกษา

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

12. **เอกสารอ้างอิง (reference)** ในส่วนนี้ให้ใช้ “References” เป็นชื่อหัวข้อ สำหรับการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขตัวยก 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” (per-



sonal communication) มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงมีลักษณะที่ดังนี้

12.1 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, Sranachoenpong 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. *Pediatr Neonatal* 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.

12.2 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: https://www.iri.edu.ar/publicaciones_iri/anuario/Anuario%202009/Asia/documentos/Association%20of%20Southeast%20Asian%20Nation%20-%20%20Annual%20Report%202007-2008.pdf.

หนังสือหรือตำราที่ผู้เขียนเขียนทั้งเล่ม และ ไม่มีบรรณาธิการ

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. 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 อ่างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. 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, Susantit-



aphong 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>.

12.3 รายงานการประชุม สัมมนา

เอกสารสรุปผลการประชุม

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. 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 proceedings

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.

12.4 รายงานทางวิชาการ พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. 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.

12.5 วิทยานิพนธ์

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

27. Eamudomkarn C. Development of urinary antibody-based diagnosis using *Strongyloides ratti* as heterologous antigen and the outcomes of drug treatment in strongyloidiasis in mixed parasitic infections with *Opisthorchis viverrini* in northeast Thailand (doctoral thesis). Department of Parasitology, Faculty of Medicine. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2001.

12.6 สิ่งพิมพ์อื่นๆ

12.6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. 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.

12.6.2 กฎหมาย

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

12.6.3 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>.

12.7 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.

12.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร หรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [ปี เดือน วันที่ค้นข้อมูล]; ปีที่ (เล่มที่ถ้ามี): [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

(ส่วนต่อไปอยู่ในหน้า xiii)

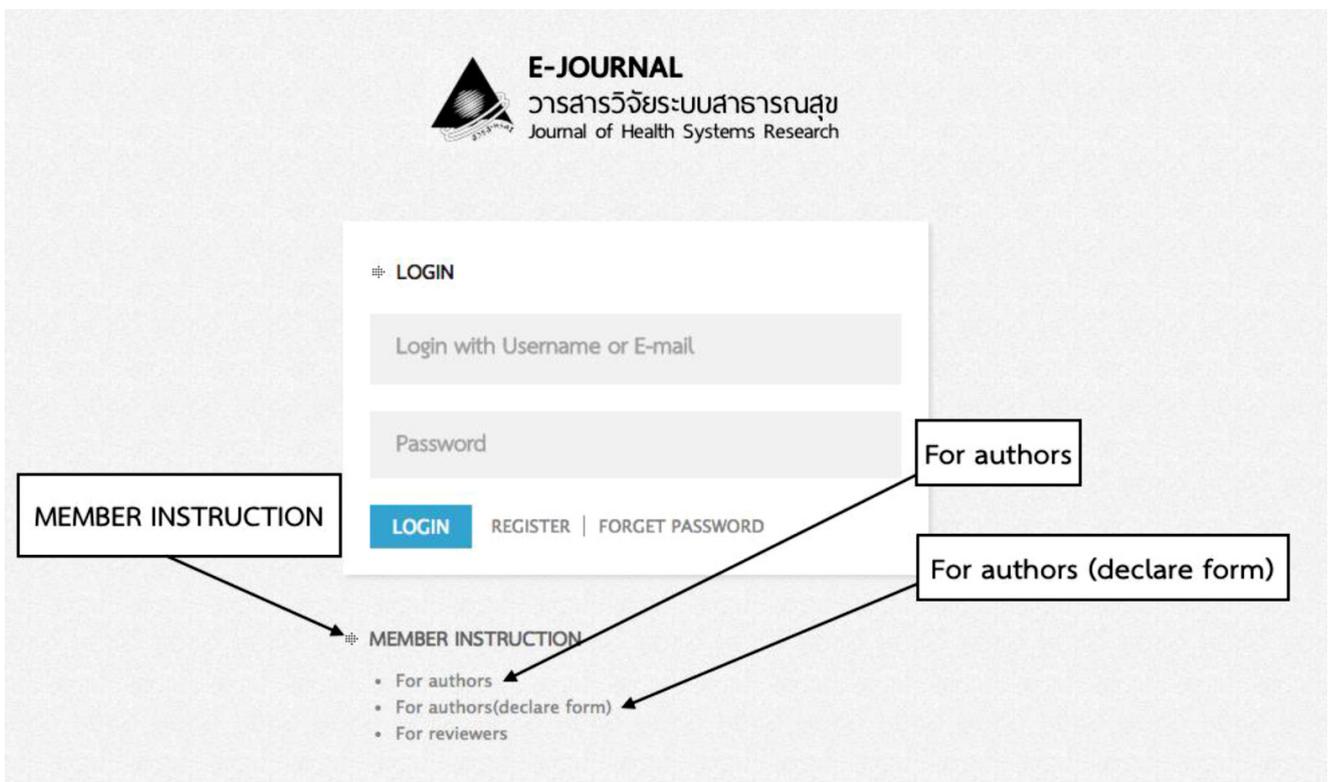
สถานะของบทความในระบบและขั้นตอนการทำงาน วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข

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 word	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/journal_of_health_systems_research
13. Publication	เผยแพร่บทความที่ https://www.hsri.or.th/journal_of_health_systems_research ซึ่งจะมีข้อความแจ้งไปยังผู้เขียนหลังการเผยแพร่ด้วย



การส่งต้นฉบับ

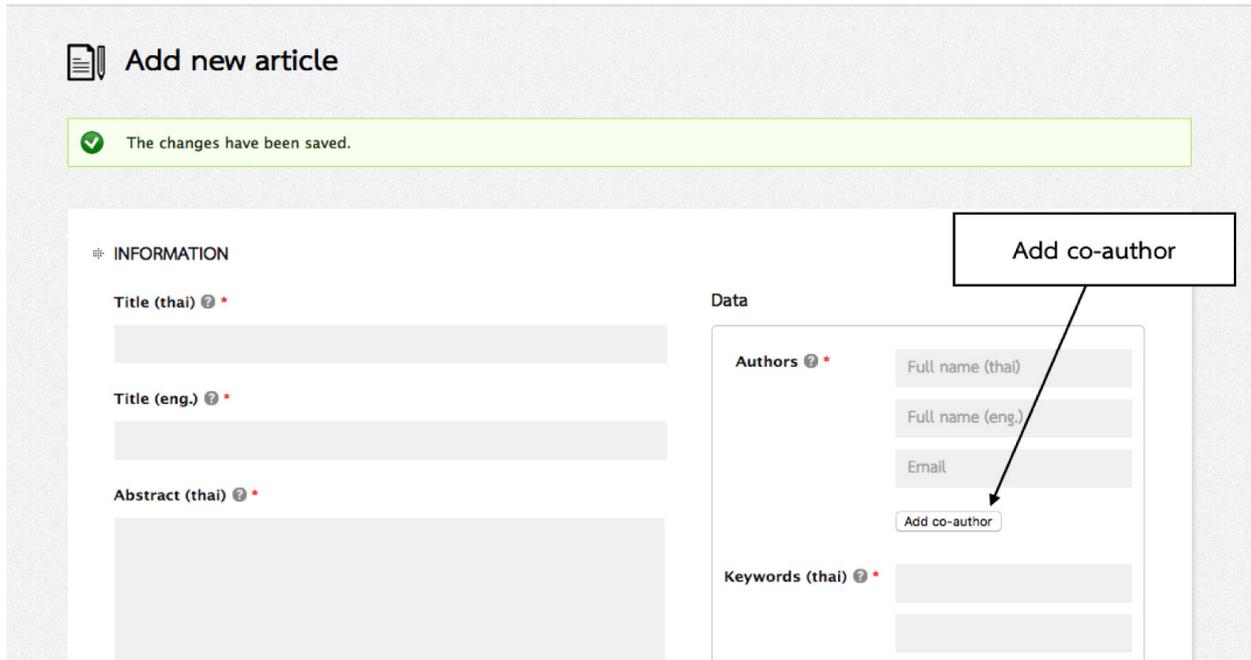
จะต้องดำเนินการผ่านทางระบบออนไลน์เท่านั้น โดยไปที่ <http://ejournal.hsri.or.th/> ซึ่งจะปรากฏหน้าจอ ดังภาพด้านล่างนี้ หากท่านใดส่งบทความเป็นครั้งแรก ต้องสมัครสมาชิกก่อน (คลิกที่ register) ระบบจะส่งลิงค์ไป ให้ที่อีเมลที่ท่านใช้สมัคร ท่านจะต้องใช้ลิงค์นั้นภายใน 24 ชั่วโมงเพื่อไปตั้ง password และหลังจากตั้ง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



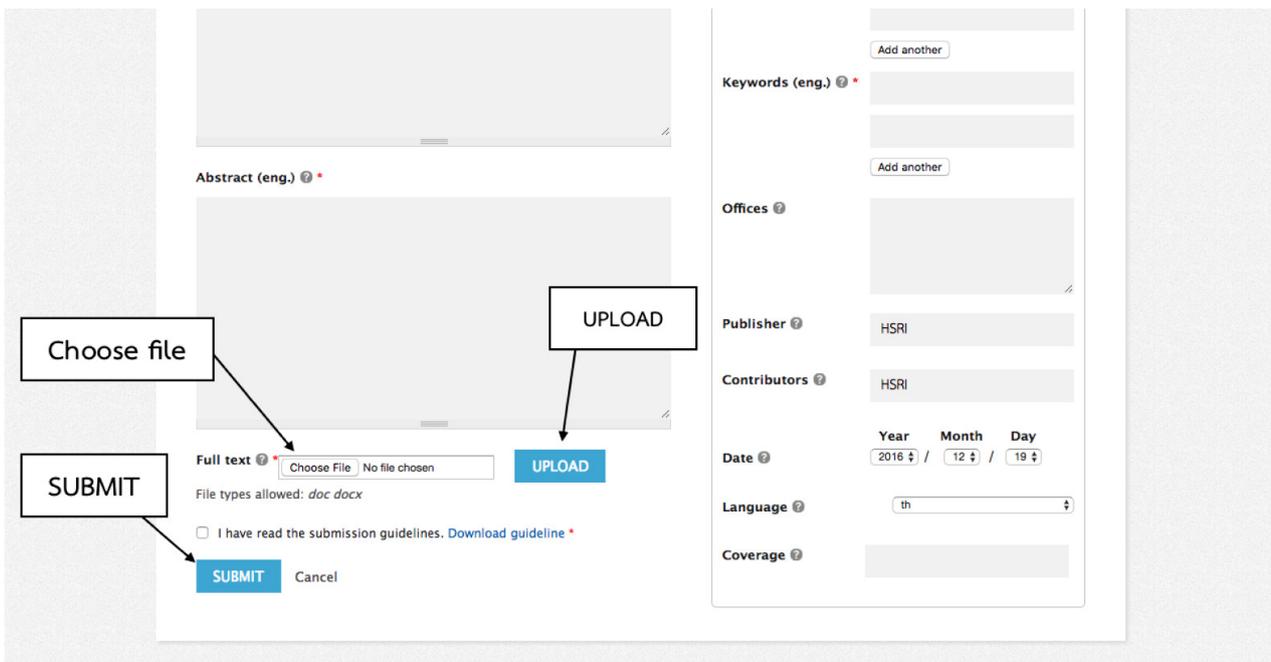
เมื่อคลิกที่ “For authors” ระบบจะแสดงหน้าต่างไป ซึ่งมีลิงค์สำหรับ “คำแนะนำการส่งต้นฉบับ” ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

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

ภายหลังการตั้ง password เมื่อคลิก save แล้ว จะปรากฏหน้าข้างล่างนี้บนหน้าจอ

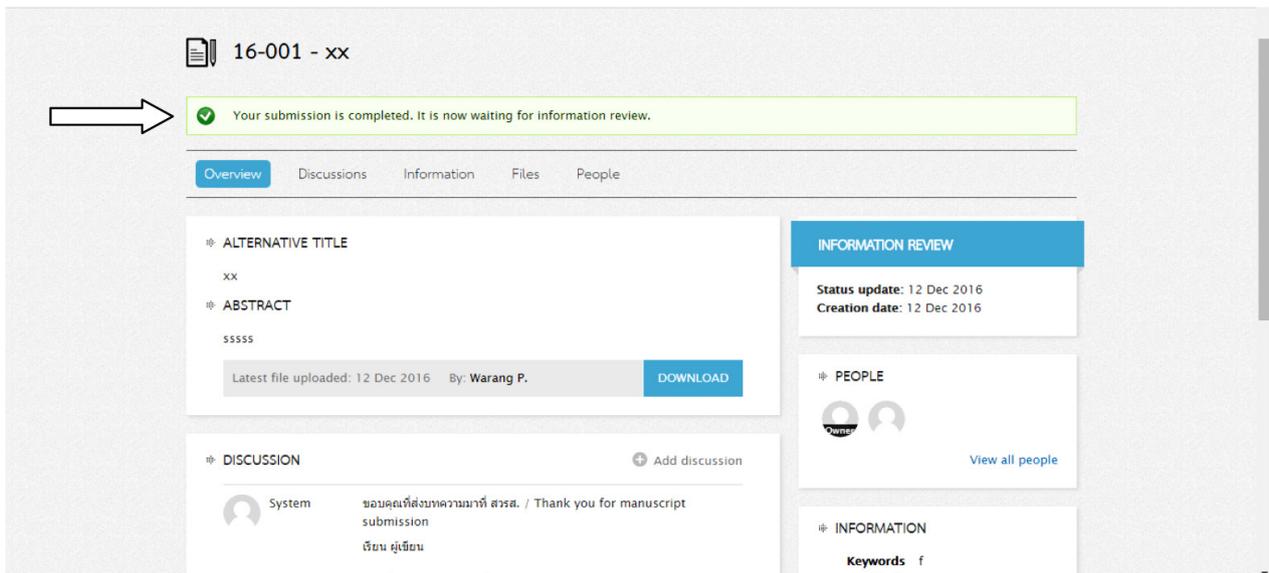


กรุณารอกข้อมูลต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งชื่อและอีเมลของผู้เขียนทุกท่านตามที่ปรากฏในไฟล์นิพนธ์ต้นฉบับ ซึ่งช่องสำหรับกรอกข้อมูลของผู้เขียนร่วมจะปรากฏเมื่อท่านคลิกที่ปุ่ม Add co-author โดยจะปรากฏช่องให้กรอกข้อมูลผู้เขียนร่วมครั้งละ 1 ท่าน เมื่อท่านกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว จึงคลิก Choose file เพื่อไปเลือกไฟล์นิพนธ์ต้นฉบับที่ท่านต้องการเสนอเผยแพร่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

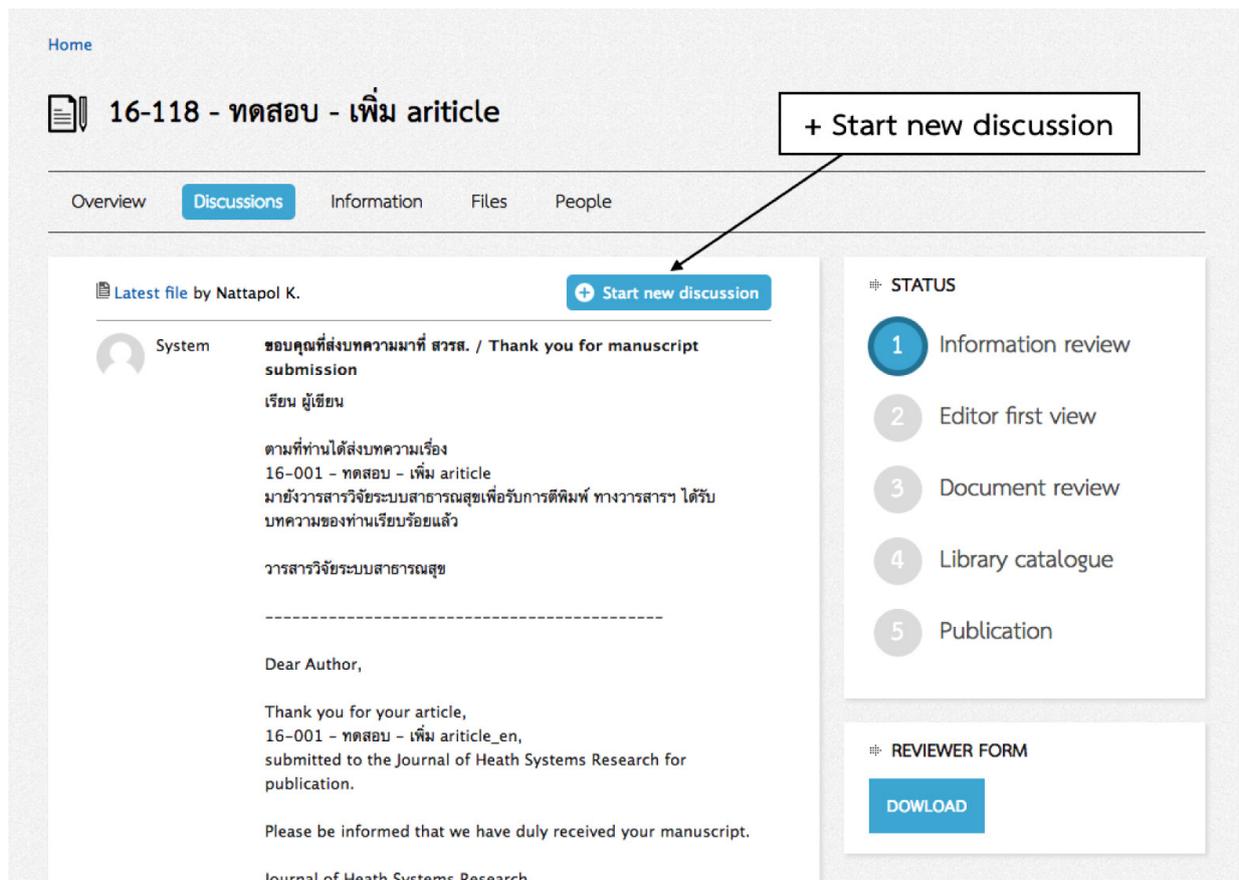




หากการส่งนิพนธ์ต้นฉบับเสร็จสิ้นสมบูรณ์แล้ว หน้าจอจะปรากฏดังนี้



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



จากนั้นจะปรากฏหน้าจอ ดังนี้



กรุณารอกหัวข้อที่ช่อง 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 (08.00-16.00 น.) ของวันจันทร์-ศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ) ที่โทร 02-027-9701 ต่อ 9051 หรือ ส่งคำถามของท่านได้ที่ warangkana@hsri.or.th

สารบัญ

Contents

บทบรรณาธิการ

ขับเคลื่อนระบบสุขภาพคือภารกิจของวารสาร
วิจัยระบบสาธารณสุข
ศุภลสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

149 Journal of Health Systems Research to Move
Health Systems
Supasit Pannarunothai

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภาย
หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในปิงบประมาณ
พ.ศ. 2566: ระยะที่ 1 การประเมินสัญญาณเตือน
ของผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ
จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ

152 Assessment of Population Health Impacts from
the Transfer of Sub-District Health Promoting
Hospitals to the Provincial Administrative
Organizations in 2023: Phase 1 Potential
Warning Signs
Jiruth Sriratanaban, et al.

บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่าย
โอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การ
บริหารส่วนจังหวัด
รุ่งนภา จันทรา และคณะ

173 Roles of Provincial Health Office and District
Health Office after Transferring Sub-District
Health Promoting Hospital to Provincial
Administrative Organization
Rungnapa Chantra, et al.

ช่องว่างทางนโยบายในการควบคุมและป้องกัน
ปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงานของ
ประเทศไทย
กมลพัฒน์ มากแจ้ง และคณะ

193 Policy Gap of Workplace Non-Communicable
Disease Risk Factor Prevention and Control in
Thailand
Kamolpat Markchang, et al.

การพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ
รังสีวินิจฉัยในประเทศไทย
เรวดี สิริชัยญานนท์ และคณะ

220 Establishing a Quality Certification System for
Diagnostic Radiology Laboratory in Thailand
Raevadee Siritunyanont, et al.

ความเป็นไปได้ของการตรวจคัดกรองโรค
พันธุกรรมเมตาบอลิกในการกแรกเกิดโดยใช้
เทคโนโลยีแทนเดมแมสสเปกโทรเมตรี
รุ่งนภา คำพาง และคณะ

239 Feasibility Study of Newborn Screening for
Inborn Errors of Metabolism by Tandem Mass
Spectrometry
Roongnapa Khampang, et al.

ความรุนแรงและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ
โควิด-19 ในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด: การ
ศึกษาแบบภาคตัดขวางในประเทศไทย
พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ และคณะ

251 Severity and Associated Factors of COVID-19
Infection among Pregnant and Postpartum
Women: A Cross-Sectional Study in Thailand
Pimolphan Tangwiwat, et al.

ORIGINAL ARTICLE

สารบัญ

Contents

ประสบการณ์การจัดการคลินิกของผู้ให้บริการ
ทันตกรรมเอกชนในช่วงวิกฤตโควิด-19 ใน
กรุงเทพฯ ประเทศไทย: การศึกษาเชิงคุณภาพ

ณิชา ลักขมิจรัลกุล และคณะ

264

Private Dental Clinic Management Experiences
during the COVID-19 Crisis in Bangkok,
Thailand: A Qualitative Study

Nicha Luksamijarulkul, et al.

บทปริทัศน์

ข้อกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาล
ปลอดบุหรี่ปี พ.ศ. 2566 และมาตรฐานเฉพาะ
โรค/เฉพาะระบบปี พ.ศ. 2563: ความแตกต่างและ
ความคล้ายคลึง

วาริสรา อินทรแสน และคณะ

277

Standard Requirements for Smoke-Free
Hospital 2023 versus Program and Disease
Specific Standard 2020: Differences and
Similarities

Warisara Intharasaen, et al.

REVIEW ARTICLE

ขับเคลื่อนระบบสุขภาพคือภารกิจของ วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข Journal of Health Systems Research to Move Health Systems

วารสารวิชาการในประเทศไทยจะครบรอบการประเมินคุณภาพตามระบบ Thailand Citation Index (TCI) อีกวาระหนึ่งในปีนี้ การประชุมกองบรรณาธิการวารสารวิจัยระบบสาธารณสุขเมื่อเดือนมีนาคม 2567 มีมติพร้อมรับการประเมินและปรับระบบการจัดการวารสารทางอิเล็กทรอนิกส์ด้วยระบบ ThaiJO เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามขั้นตอนต่างๆ ของการพัฒนาคุณภาพบทความให้บรรลุภารกิจขับเคลื่อนระบบสุขภาพของวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข

ทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ที่อธิบายการเปลี่ยนแปลงที่ยากและซับซ้อนของการปฏิรูประบบสุขภาพตั้งแต่ปี 2543⁽¹⁾ มีองค์ความรู้ที่อยู่ยอดของสามเหลี่ยม ซึ่งได้สมดุลระหว่างปัจจัยการขับเคลื่อนทางสังคมกับปัจจัยความพร้อมทางการเมือง วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นช่องทางหนึ่งของการ “เผยแพร่วิชาการเพื่อสนับสนุนและยกขีดความสามารถในการผลิตองค์ความรู้ใหม่จากการวิจัยระบบสุขภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย นักวิจัย นักวิชาการและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ” จึงพร้อมประเมินตนเองด้านประสิทธิภาพของการจัดการคุณภาพบทความอันเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างองค์ความรู้ก่อนเข้าสู่ระบบใหม่ ThaiJO

TCI ให้ความสำคัญกับระบบการมีผู้ทรงคุณวุฒิทำหน้าที่พัฒนาคุณภาพบทความแต่ละเรื่องที่ตีพิมพ์ใน

วารสาร นอกเหนือจากนั้นเป็นการบริหารความตรงต่อเวลาของการเผยแพร่ และขั้นตอนต่างๆ การทบทวนตนเองจากสถิติของวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ในช่วงปี 2563-2566 เนื่องจากเป็นปีเริ่มการระบาดระดับโลก (pandemic) ที่เกิดขึ้นประมาธร้ายปีต่อครั้ง จึงคาดว่าจะมีนักวิจัยที่ใช้เวทีวารสารวิชาการในการบันทึกเหตุการณ์ที่จะเป็นประโยชน์ในการสร้างองค์ความรู้เข้ามา

พบว่า จำนวนบทความที่เข้ามาที่วารสารฯ ในปี 2563-2565 สูงถึง 97, 96 และ 102 บทความ ส่วนปี 2566 ลดเหลือ 62 บทความ (ใกล้เคียงกับปี 2562 มี 58 บทความ) กองบรรณาธิการมีมติให้ตอบสนองต่อจำนวนบทความที่มากขึ้นโดยการตีพิมพ์ 12 บทความต่อฉบับ และปี 2567 เข้าสู่ภาวะเดิม 8 บทความต่อฉบับ เพราะจำนวนบทความที่ขอรับการตีพิมพ์ลดลง

ระยะเวลาที่บทความอยู่ในระบบก่อนจะได้ตีพิมพ์เพิ่มขึ้นจาก 193 วันเป็น 350 วันจนลดเป็น 228 วันและปีล่าสุด 180 วัน ตามลำดับ (ใกล้เคียงกับปี 2562 มี 182 วัน) หวังว่าปีต่อไป สถานการณ์จะดีขึ้น จูงใจให้ผู้นิพนธ์พิจารณาเลือกตีพิมพ์ในวารสารฯ มากขึ้น

การบริหารระยะเวลาแต่ละขั้นตอนพบว่า ขั้นตอนการทบทวนของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างอิสระเป็นขั้นตอนที่ TCI ให้ความสำคัญและสถิติก็บอกไปทิศทางเดียวกันคือกินเวลาเฉลี่ยจาก 48-146 วัน หรือบทความที่ใช้เวลาสูงสุดในแต่ละ



ปีนานถึง 107 ถึง 301 วัน ขึ้นกับบางสาขาอาจหาผู้ทรงคุณวุฒิที่ยินดีอ่านได้ยาก ขั้นตอนที่ยาวนานเป็นอันดับสองคือการปรับปรุงคุณภาพรอบสุดท้ายก่อนจัดทำศิลปกรรมเป็นการปรับปรุงรายละเอียดร่วมกันระหว่างบรรณาธิการกับผู้พิมพ์ ระยะเวลาส่วนนี้อาจลดไม่ได้มากนัก เพราะวารสารฯ ยังมีวารระออกเผยแพร่อีก 4 ครั้ง กองบรรณาธิการยังไม่ได้มีมติให้เป็นแบบ electronic journal ที่เผยแพร่ทันทีที่กระบวนการต่างๆ เรียบร้อยแล้ว

การตอบปฏิเสธบทความก็มีความสำคัญที่ผู้พิมพ์ควรทราบให้เร็วที่สุด สถิติของการตอบปฏิเสธมีทั้งร้อยละและจำนวนวัน การตอบปฏิเสธมีได้ 2 ขั้นตอน คือปฏิเสธก่อนโดยไม่ส่งผู้ทรงคุณวุฒิอ่าน ส่วนใหญ่เป็นเพราะไม่ตรงขอบข่ายของวารสารฯ (ปฏิเสธภายใน 8-10 วัน) อีกขั้นตอนหนึ่งคือหลังจากได้ความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เพราะต้องแก้ไขคุณภาพของบทความอย่างมาก จึงจะเหมาะสมต่อการพิมพ์เผยแพร่ (ปฏิเสธหลังจากนำเอกสารเข้าระบบ 60-170 วัน) อัตราปฏิเสธโดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 49.0, 53.1, 55.9, 41.9 สำหรับปี 2563, 2564, 2565, 2566 ตามลำดับ

จุดเน้นของเนื้อหาวิจัยระบบสุขภาพที่ทบบรรณาธิการระบุเมื่อต้นปี ได้พบบทความเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (ทบบรรณาธิการปี 2565)⁽²⁾ 12 บทความ โควิด-19 (ทบบรรณาธิการปี 2563)⁽³⁾ 10 บทความ ระบบสุขภาพปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 9 บทความ ระบบหลักประกันสุขภาพ (ทบบรรณาธิการปี 2567)⁽⁴⁾ 6 บทความและการถ่ายโอนระบบสุขภาพ (ทบบรรณาธิการปี 2567) 5 บทความ ส่วนบทความที่ TCI ใช้ประเมินกระบวนการคุณภาพของบทความโดยละเอียดคัดเลือกมา 5 บทความ เป็นเรื่อง โควิด-19 2 บทความ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ 1 บทความ และอื่นๆ 2 บทความ โดยมีสถิติการดาวน์โหลดเอกสารอย่างละมากกว่า 5,000 ครั้ง อย่างไรก็ตามจำนวนดาวน์โหลดเป็นตัวชี้วัดที่มีข้อจำกัดตามทบบรรณาธิการปี 2562⁽⁵⁾

การปรับระบบเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการบทความของวารสารฯ ผ่าน ThaiJO จะทำให้การติดตามเพิ่มคุณภาพรวดเร็วขึ้น และเกิดข้อมูลข่าวสารการพัฒนาองค์ความรู้ได้หลายมิติมากขึ้น ดังที่กล่าวไว้ในทบบรรณาธิการปี 2566⁽⁶⁾

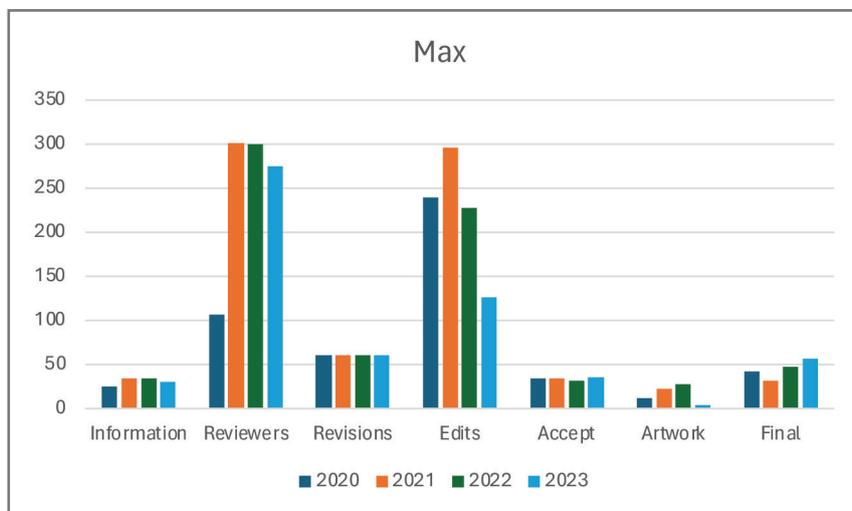
ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย
บรรณาธิการ

References

1. Wasi P. "Triangle that moves the mountain" and health systems reform movement in Thailand. [internet]. [accessed 2024 Jun 14]. Available from: <https://op.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2018/10/%E0%B8%94%E0%B8%A3.%E0%B8%A7%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B8%9E%E0%B8%A3.pdf>
2. Editorial. Older adults agenda and health systems research agenda. *Journal of Health Systems Research* 2022;16(4):419-20. (in Thai)
3. Editorial. Surviving covid 19 pandemic with knowledge and action. *Journal of Health Systems Research* 2020;14(1):1-6. (in Thai)
4. Editorial. Devolving health systems and anywhere policy. *Journal of Health Systems Research* 2024;18(1):1-5. (in Thai)
5. Editorial. Market, transparency, quality and impact of academic journal. *Journal of Health Systems Research* 2019;13(1):1-3. (in Thai)
6. Editorial. Role of health systems research journals. *Journal of Health Systems Research* 2023;17(1):1-2. (in Thai)

Appendix table 1 Average days in each process of articles submitted to Journal of Health Systems Research by year

Average	Information	Reviewers	Revisions	Edits	Accept	Artwork	Final	Total
2020	8	48	19	84	13	6	15	193
2021	9	121	23	157	15	7	17	350
2022	9	146	15	45	4	2	8	228
2023	9	94	15	46	5	1	9	180



Appendix figure 1 Longest days in each process of articles submitted to Journal of Health Systems Research by year



Appendix figure 2 Average days of articles published in the Journal of Health Systems Research by year of submission

การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในปิงบประมาณ พ.ศ. 2566: ระยะที่ 1 การประเมินสัญญาณเตือนของผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์*
นภชา สิงห์วีรธรรม†
ดาวรุ่ง คำวงศ์‡
มโน มณีฉาย§

ผู้รับผิดชอบบทความ: นภชา สิงห์วีรธรรม

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้น ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทางสุขภาพที่เชื่อมโยงจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงการจัดการทรัพยากร การจัดบริการสุขภาพ และการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ (1) การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลในพื้นที่ รพ.สต. และ อบจ. ในพื้นที่กรณีศึกษา 12 พื้นที่ ใน 6 จังหวัด คัดเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และ (2) การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง เพื่อสังเคราะห์ชุดตัวชี้วัดและสารสนเทศตามห่วงโซ่ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล เชื่อมโยงการวัดผลการเข้าถึง การใช้บริการ คุณภาพของการดูแล ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และต้นทุนของการดูแล ที่เป็นสัญญาณเตือนความเสี่ยงของผลกระทบทางด้านสุขภาพเบื้องต้น โดยวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและงานสาธารณสุข จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปีงบประมาณ 2561-2565 เป็นข้อมูลเบื้องต้นก่อนการถ่ายโอน และ ข้อมูลในปีงบประมาณ 2566 ซึ่งเป็นรอบปีแรกของการถ่ายโอน

* ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

† คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

‡ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

§ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

Received 3 October 2023; Revised 14 February 2024; Accepted 28 May 2024

Suggested citation: Sriratanaban J, Singweratham N, Komwong D, Maneechay M. Assessment of population health impacts from the transfer of sub-district health promoting hospitals to the provincial administrative organizations in 2023: phase 1 potential warning signs. *Journal of Health Systems Research* 2024;18(2):152-72.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นภชา สิงห์วีรธรรม, ดาวรุ่ง คำวงศ์, มโน มณีฉาย. การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในปิงบประมาณ พ.ศ. 2566: ระยะที่ 1 การประเมินสัญญาณเตือนของผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2567;18(2):152-72.

ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่า กรอบแนวคิดของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. มีองค์ประกอบสำคัญ ประกอบด้วย (1) ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (2) ต้นทุนของการดูแล (3) ผลลัพธ์งาน สาธารณสุข (4) การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ (5) การได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ และการได้รับการ ดูแลรักษาทันเวลา (6) การดำเนินงานตามกรอบกิจกรรมและเป้าหมายของงานสาธารณสุข และ (7) ทรัพยากรและรูปแบบ การบริหารจัดการ เป็นกรอบแนวคิดที่สามารถนำไปสู่สัญญาณเตือนที่จะใช้ในการติดตามประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของ ประชาชนภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ในระยะต่อไปได้ สถิติของตัวชี้วัดหลายตัวบ่งชี้ผลกระทบต่อสุขภาพในเบื้องต้นได้ จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับของผลการดำเนินการ ความแตกต่างของแนวโน้มของผลการดำเนินการต่อเนื่อง และความแตกต่างของความเปลี่ยนแปลงของแนวโน้มของผลการดำเนินการภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต.

กระทรวงสาธารณสุข สปสช. คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักนายกรัฐมนตรี และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมกันทบทวน วางแผนและ ออกแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขผลกระทบต่อสุขภาพต่อประชาชน อันเป็นผลจากการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. รวมถึงควรทบทวนและออกแบบระบบในการกำกับดูแลระบบสาธารณสุขในพื้นที่ด้วย

คำสำคัญ: สัญญาณเตือน, ผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ, การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Assessment of Population Health Impacts from the Transfer of Sub-District Health Promoting Hospitals to the Provincial Administrative Organizations in 2023: Phase 1 Potential Warning Signs

Jiruth Sriratanaban^{*}, Noppcha Singweratham[†], Daorong Komwong[‡], Mano Maneechay[§]

^{*} Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

[†] Faculty of Public Health, Chiang Mai University

[‡] Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

[§] Khoksumrong District Public Health Office

Corresponding author: Noppcha Singweratham, nopcha@hotmail.com

Abstract

This mixed-method research aimed to identify early warning signs of fundamental changes associated with the transfer of Tambon (subdistrict) health promoting hospitals (THPH) to provincial administrative organizations (PAOs). The study focused on the health-related impact risks including changes in resource management, health service provision, and public health operations of THPH after the transfer. The research consisted of two parts. In the qualitative part, data collection involved interviews with key informants from provincial health offices, hospitals, THPHs, and PAOs in the 6 provinces case study strategically selected for in-depth analysis. Data were analyzed through content analysis. In the retrospective analytical-study part, pilot indicator sets and information along the cause-and-effect chains were synthesized with respect to the study framework. They linked measures of access, service utilization, healthcare quality, health outcomes, and care costs to early warning signs of health-related risks after the transfer. Using the databases collected by the National Health Security Office (NHSO), the data from the fiscal years 2018-2022 were utilized as the baseline data while the 2023 data were the first-year post-transfer.

Key findings from this study reveal that the evaluation framework for health impacts of the THPH transfer should include (1) health outcomes, (2) costs of care, (3) public health outcomes, (4) primary



care access, (5) effectiveness or adherence to clinical practice guidelines and timely care, (6) alignment with public health activity frameworks and goals, and (7) resources and management models. This framework served as early warning indicators for monitoring post-transfer health impacts. Furthermore, statistical indicators on various aspects could reflect operational differences, trends of pre- and post-transfer to PAOs.

The Ministry of Public Health, NHSO, the Office of the Prime Minister (Committee for the Delegation of Authority to Local Administrative Organizations), and the Ministry of Interior (Department of Local Administration), as well as other related agencies, are recommended to collaborate in reviewing, planning, and designing a surveillance system to prevent and address health impacts on the population resulting from the transfer of THPHs to PAOs. Additionally, a review and redesign of a system for overseeing the local public health system should be in place.

Keywords: early warning sign, health impacts, transfer of Tambon health promoting hospitals

ภูมิหลังและเหตุผล

การกระจายอำนาจระบบและกระบวนการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยปฏิรูปความรับผิดชอบและการบริหารจากการบริหารส่วนกลางไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีโอกาสทำให้เกิดผลกระทบทั้งในทางบวกและผลที่ไม่พึงปรารถนา โดยการปกครองส่วนท้องถิ่น (local government) เป็นการจัดระเบียบการบริหารของภาครัฐซึ่งดำเนินการตามหลักการกระจายอำนาจ (decentralization) มีการใช้อำนาจที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน (people participation)⁽¹⁾ การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นรูปแบบการบริหารจัดการ ประชาชนร่วมกันบริหารทรัพยากรภายในชุมชนท้องถิ่นของตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาของตัวเอง⁽²⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เข้าเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิของสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กสธ.)⁽³⁾ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามข้อบังคับของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้อำนาจของกรมการแพทย์ หรือ คู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (contracting unit for primary care: CUP)⁽⁴⁾ โดยมีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสม

ผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ประสพการณ์ในการถ่ายโอน รพ.สต. ในประเทศไทย เป็นการถ่ายโอนในรูปแบบคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)⁽⁵⁾ ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 คือ เป็นการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ⁽⁶⁾ ต่อมาแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 2 ได้เปลี่ยนแปลงแนวทางการถ่ายโอน รพ.สต. ให้กับ อปท. โดยตรง ในด้านการถ่ายโอนภารกิจ พบว่า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนามัย หรือ รพ.สต. และสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวินทราชนิ (สอน.) ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 28 แห่ง ปี พ.ศ. 2555 จำนวน 18 แห่ง ปี พ.ศ. 2557 จำนวน 4 แห่ง ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 1 แห่ง ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 6 แห่ง ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 8 แห่ง และ ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 19 แห่ง ในรวมทั้งสิ้น 84 แห่ง⁽⁷⁾ จากจำนวน สอน. และ

รพ.สต. 9,787 แห่งทั่วประเทศ จะเห็นได้ว่าการบังคับใช้กฎหมายและการนำนโยบายไปปฏิบัติอาจจะไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งมีรายงานการศึกษาและติดตามการถ่ายโอนข้างต้นพบทั้งสองส่วนที่ได้ดำเนินการสำเร็จ และปัญหาความท้าทายของการดำเนินการหลายด้านที่ทำให้ไม่ปฏิบัติตามเป้าหมาย ซึ่งอาจมีทั้งที่เกิดขึ้นเป็นการทั่วไปและเกิดขึ้นในบางพื้นที่⁽⁸⁻¹¹⁾ ทั้งนี้ การติดตามผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนจริงๆ มีน้อยมาก พบเพียงบางรายงานที่กล่าวถึงผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เช่น ที่พบว่าตัวชี้วัดสุขภาพปฐมภูมิตาม QOF (quality outcome framework) ของ สปสช. ดีขึ้น^(5,11-12)

ด้วยเหตุที่การกระจายอำนาจด้านบริการสาธารณสุขในรูปแบบการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จาก กสธ. ไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2565 นี้ มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปเป็นจำนวนมากถึง 3,263 จาก 9,787 แห่ง^(5,13) จึงถือเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญในระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยมีความตระหนักว่า การดำเนินการหลายประการยังอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน การเปลี่ยนแปลงอาจต้องใช้เวลาในการส่งผลในด้านต่างๆ ตลอดจนข้อมูลจำนวนมากอาจยังไม่มีความพร้อมในช่วงระยะปีแรกภายหลังการถ่ายโอน ดังนั้น การศึกษาในโครงการนี้จึงมีจุดมุ่งหมายที่จะค้นหาสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้น (early warning sign) หรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ อันเป็นผลเชื่อมโยงมาจากการถ่ายโอน รพ.สต. รวมถึงศึกษาการเปลี่ยนแปลงของการจัดการทรัพยากรและจัดบริการสุขภาพของ รพ.สต. เพื่อเฝ้าระวังป้องกันและแก้ไขผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ เพื่อจะเป็นการวางพื้นฐานของการเตรียมการในการติดตามประเมินผลในระยะยาวต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการศึกษาแบบผสมวิธี (mixed methods)

มุ่งเน้นการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับกลุ่มประชากร (population health) ของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ครอบคลุมผลลัพธ์ของงานด้านการดูแลสุขภาพบุคคล เน้นที่บริการสุขภาพปฐมภูมิ และงานสาธารณสุข รวมถึงตัวแปรสำคัญในการดำเนินการและการจัดสรรทรัพยากรที่นำไปสู่ผลลัพธ์ดังกล่าวประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การจัดทำกรณีศึกษาเพื่อค้นหาสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้น

การศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative) โดยการทำกรณีศึกษา (case studies) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม 1) กลุ่มจังหวัดที่ รพ.สต. ทุกแห่งไม่มีการถ่ายโอนไป อบจ. 2) กลุ่มจังหวัดที่ รพ.สต. ทุกแห่งมีการถ่ายโอนไป อบจ. และ 3) กลุ่มจังหวัดที่ รพ.สต. บางแห่งในจังหวัดมีการถ่ายโอนไป อบจ. และศึกษาร่วมกับ รพ.สต. ที่มีการถ่ายโอนรวมกับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และ เทศบาลตำบล (ทต.)

ประชากร: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในประเทศไทย โดยแบ่งพื้นที่การจัดทำกรณีศึกษาเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 รพ.สต. ที่อยู่ในกลุ่มจังหวัดที่ รพ.สต. ทุกแห่งไม่มีการถ่ายโอนไป อบจ. จำนวน 2,977 แห่ง กลุ่มที่ 2 รพ.สต. ที่อยู่ในกลุ่มจังหวัดที่ รพ.สต. ทุกแห่งมีการถ่ายโอนไป อบจ. จำนวน 1,215 แห่ง และกลุ่มที่ 3 รพ.สต. ที่อยู่ในกลุ่มจังหวัดที่ รพ.สต. บางแห่งในจังหวัด มีการถ่ายโอนไปยัง อบจ. แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ ตาม 1st - 4th quartile จำนวน 5,577 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา และขนาดของกลุ่มตัวอย่าง: คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง โดยมีหลักเกณฑ์ รพ.สต. ขนาดเล็กอย่างน้อย 1 แห่ง ขนาดกลางอย่างน้อย 1 แห่ง และขนาดใหญ่อย่างน้อย 1 แห่ง เน้นให้เกิดการกระจายของขนาด รพ.สต. ให้ได้มากที่สุดในแต่ละพื้นที่ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จังหวัดและอำเภอของการจัดทำกรณีศึกษา

กรณี	จังหวัด	อำเภอ	ระดับจังหวัด		ระดับอำเภอ		
			สนง.สสจ.	อบจ.	รพ.	สนง.สสอ.	รพ.สต.
1	เลย	เชียงคาน (ไม่ถ่ายโอนทั้งอำเภอ)	1	1	1	1	2
2	ระนอง	กระบุรี (ไม่ถ่ายโอนทั้งอำเภอ)	1	1	1	1	2
3	ร้อยเอ็ด	พนมไพร (ถ่ายโอนทั้งอำเภอ)	1	1	1	1	2
4	หนองบัวลำภู	ศรีบุญเรือง (ถ่ายโอนทั้งอำเภอ)	1	1	1	1	2
5-8	สุราษฎร์ธานี	เกาะพะงัน (ไม่ถ่ายโอนทั้งอำเภอ) กาญจนดิษฐ์ (ถ่ายโอน <50%) บ้านตาขุน (ถ่ายโอน >50%) พุนพิน (ถ่ายโอนทั้งอำเภอ)	1	1	4	4	8
9-12	เชียงราย	เวียงชัย (ไม่ถ่ายโอนทั้งอำเภอ) แม่สาย (ถ่ายโอน <50%) แม่จัน (ถ่ายโอน >50%) เชียงแสน (ถ่ายโอนทั้งอำเภอ)	1	1	4	4	8

รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สนง.สสจ. = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สนง.สสอ. = สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, อบจ. = องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ผู้ให้ข้อมูล: การศึกษาการจัดทำกรณีศึกษา (case studies) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกหน่วยงานและสถานพยาบาลที่ทำการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับ รพ.สต. จำแนกเป็น 8 กลุ่ม ประกอบด้วย

- ระดับจังหวัด: (กลุ่ม 1) กลุ่มผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เช่น หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานบริการปฐมภูมิ และ (กลุ่ม 2) กลุ่มผู้บริหารของ อบจ. ซึ่งนายก อบจ. มักมอบหมายให้ที่ปรึกษานายก อบจ. ด้านสาธารณสุข หรือรักษาการผู้อำนวยการกองสาธารณสุข ของ อบจ. และอาจมีบุคลากรในกองเพื่อร่วมให้ข้อมูลสนับสนุน

- ระดับอำเภอ: พื้นที่ละ 2 อำเภอ โดยประกอบด้วย (กลุ่ม 3-4) กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอ เช่น

ผู้อำนวยการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และ (กลุ่ม 5-6) กลุ่มสาธารณสุขอำเภอ เช่น สาธารณสุขอำเภอหรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมายของอำเภอที่ได้รับเลือก

- ระดับ รพ.สต.: อำเภอละ 2 รพ.สต. ประกอบด้วย (กลุ่ม 7-8) กลุ่มพยาบาล หรือนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำของ รพ.สต. ที่ได้รับเลือกพื้นที่ละ 2 แห่ง ทั้งนี้ องค์ประกอบของผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มอาจมีความแตกต่างกันตามพื้นที่ตามการได้รับมอบหมาย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แนวคำถามเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย
 - 1) ความสัมพันธ์ระหว่าง กสธ. และ อบจ.
 - 2) การคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้นเกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านการเงิน ทรัพยากร การจัดการบริการสุขภาพในสถานพยาบาล การจัดการบริการสุขภาพนอกสถานบริการ การดำเนินงานด้านสาธารณสุข การกำกับติดตามตัวชี้วัด การดำเนินงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
 - 3) การคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้น

ที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่ และ 4) ข้อเสนอแนะอื่นๆ

2. เครื่องบันทึกเสียง
3. สมุดสำหรับบันทึกข้อมูล

การตรวจสอบเครื่องมือ

การหาค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการกระจายอำนาจ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านปฐมภูมิ 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้าน อปท. 1 คน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วย ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำข้อเสนอที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ นำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence : IOC) ได้ค่า IOC มีค่า = 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเข้าสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ติดตามประสานงาน รพ.สต. และต้นสังกัดเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าไปศึกษา
2. ส่งหนังสือประสานนัดหมายหน่วยงานที่จะเข้าไปศึกษา
3. เตรียมหลักฐานแสดงตัว และอุปกรณ์ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ สมุดบันทึก และเครื่องบันทึกเสียง
4. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยไม่มีการเปิดเผยผู้ให้ข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45-60 นาที ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล
5. มีการบันทึกเสียง และถอดเทปหลังการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการจดบันทึกและการถอดเทปมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ประกอบด้วย 1) การจัดแฟ้ม 2) การลงรหัสข้อมูลเพื่อจัดหมวดหมู่ 3) การจัดประเภทของข้อมูล 4) การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่และแยกประเภทเป็นหัวข้อย่อย 5) การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ 6) การตรวจสอบความถูกต้อง โดยนำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล และ 7) การสรุปรายงานการวิจัย และมีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะพรรณนา (descriptive explanation)

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาเพื่อค้นหาสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้น

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ retrospective cohort study เป็นการประเมินผลรอบปีแรกของการถ่ายโอน รพ.สต. (ปีงบประมาณ 2566) โดยศึกษาฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ และฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ข้อมูลปีงบประมาณ 2561-2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและงานสาธารณสุข ฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ และฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของ สปสช. ปีงบประมาณ 2561-2565 จาก สอน. และ รพ.สต. 9,787 แห่งทั่วประเทศ

การสังเกตและการวัด: ตัวแปรต้น (independent variable) ได้แก่ สถานะการถ่ายโอนหรือไม่ถ่ายโอนของ รพ.สต. จาก กสธ. ไปยัง อบจ. ตัวแปรผลลัพธ์ (outcome variable) หรือตัวแปรตาม (dependent variable): การวัดสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้น หรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ พิจารณาตามกรอบแนวคิดของการติดตามและประเมินผลการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพปฐมภูมิตามที่ได้ทบทวนวรรณกรรมไว้ ร่วมกับบริบทของการจัดบริการสุขภาพของ



รพ.สต. ในประเทศ ประกอบด้วย 1) ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcomes) 2) ต้นทุนของการดูแล (cost of care) 3) มิติสำคัญของคุณภาพของการดูแล ได้แก่ การได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ (effectiveness) และ การได้รับการดูแลรักษาทันเวลา (timeliness) และ 4) การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ (access to primary care)

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล: เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวแปรที่กำหนด เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาส่วนที่ 2 นี้ ประกอบด้วย

1. การประมวลผลตัวแปรจากฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 52 แฟ้ม ของ กสธ. ในปีงบประมาณ 2561-2565 ของ สปสช. และปีงบประมาณ 2566 ครั้งปีแรก

2. การประมวลผลตัวแปร จากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของ สปสช. ในปีงบประมาณ 2561-2565 และปีงบประมาณ 2566 ครั้งปีแรก ครอบคลุมการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การให้บริการผู้ป่วยนอก การให้บริการผู้ป่วยใน การให้บริการผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการดูแลระยะยาว และการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

3. การประมวลผลประชากรในความรับผิดชอบของ รพ.สต. ที่ศึกษา และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ตั้งของ รพ.สต. ที่ศึกษาจากฐานข้อมูลผู้มีสิทธิของ สปสช.

วิธีดำเนินการศึกษา

1. จัดประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องในการทบทวนและจัดทำรายละเอียดของนิยามและการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรที่สำคัญของโครงการ ร่วมกับคณะทำงานของ สปสช. และ กสธ.

2. ทบทวนการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. และเวลาที่มีการเริ่มดำเนินการจริงในต้นปีงบประมาณ 2566 เช่น จำนวนและพื้นที่ของ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอน นโยบาย แนวทางปฏิบัติ

3. ทบทวนและสรุปข้อมูลคุณลักษณะพื้นฐานของ รพ.สต. ในแต่ละกลุ่ม โดยการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้

ในกรณีที่เป็น เช่น การเชื่อมต่อฐานข้อมูลที่ต้องมีการระบุตัวบุคคลเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลจะมีการร้องขอให้หน่วยงานข้างต้นเป็นผู้ดำเนินการเบื้องต้นเพื่อปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล ก่อนส่งมอบฐานข้อมูลให้กับโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เชิงปริมาณเพื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มที่ 1 รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนไปยัง อบจ. และกลุ่มที่ 2 รพ.สต. กลุ่มเปรียบเทียบที่ยังคงสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติเชิงพรรณนา เพื่อแสดงผลการศึกษารายตัวแปร

การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในสถาบันการพัฒนาคู่มือครองวิจัยในมนุษย์ เลขที่รับรอง COA No. IHRP2023006 HIRP No. 111-2565 ลงวันที่ 20 มกราคม 2565

ผลการศึกษา

1. การจัดทำกรณีศึกษาเพื่อค้นหาสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้น

ประเด็นสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน สามารถวิเคราะห์และสรุปได้เป็นผลดังนี้

1) สัญญาณเตือนจากการเปลี่ยนแปลงการจัดการทรัพยากร

การจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและเงินเพื่อใช้ในการบริการสาธารณสุข การจัดสรรทรัพยากร/เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและทรัพยากรทางด้านสุขภาพ มีความเหลื่อมล้ำที่อาจจะส่งผลกระทบต่อความไม่พอเพียงหรือมีจำนวนมากเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนการจัดบริการและประชากรที่รับผิดชอบ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัญญาณเตือนจากการเปลี่ยนแปลงของการจัดการทรัพยากรหลังถ่ายโอน

ประเด็น สัญญาณเตือน	ตัวอย่างเหตุการณ์ที่พบ	ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทาง สุขภาพ	เวลา/ระดับ ผลกระทบ		จุด/ชุดข้อมูลที่สามารถเฝ้าระวัง + หมายถึงยังไม่มีการเฝ้าระวัง * หมายถึงมีชุดข้อมูลที่เฝ้าระวังแล้ว	ระดับการเฝ้า ระวัง
			ปี 1	ปี 2		
การจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและเงินเพื่อใช้ในการบริการสาธารณสุข						
รูปแบบและสัดส่วนการบริหารจัดการเงิน OP และ PP	<ul style="list-style-type: none"> - ความหลากหลายในรูปแบบการบริหารจัดการและการจัดสรร - ระยะเวลาในการจัดสรร บางพื้นที่ได้รับเงินแล้ว บางพื้นที่ยังไม่ได้รับเงิน - สธ. ยุติการจัดสรรเพราะผิดระเบียบเงินบำรุง 	<ul style="list-style-type: none"> - เกิดความไม่เป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรมาใช้ในการจัดบริการ - เกิดความไม่เพียงพอที่จะนำทรัพยากรมาใช้ในการจัดบริการ - ส่งผลต่อแรงจูงใจในการจัดบริการ 	+	++	<ul style="list-style-type: none"> + ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ได้รับในการจัดสรรต่อจำนวนบุคลากรที่ รพ.สต. จ้าง (ที่ไม่ใช่ข้าราชการ) + สถานะเงินบำรุงคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณ + ร้อยละค่าใช้จ่ายประจำต่อค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ได้รับในการจัดสรร 	รพ.สต. CUP
การจัดสรรเงินที่ยังตัดจ่ายไม่ทันก่อนถ่ายโอน (เงินค้างท่อ)	<ul style="list-style-type: none"> - สธ. ยุติการจัดสรรเพราะผิดระเบียบเงินบำรุง 	<ul style="list-style-type: none"> - เกิดผลกระทบกับการดำเนินงานกิจกรรมในภาพรวม - เกิดผลกระทบต่อสภาพคล่องของเงินบำรุง 	+	++	<ul style="list-style-type: none"> + สถานะเงินบำรุงคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณ 	รพ.สต. CUP
เงินบำรุงคงเหลือ	<ul style="list-style-type: none"> - เงินบำรุงมีไม่เพียงพอต่อการจ้างงาน (เงินไม่เพียงพอต่อการจ้างลูกจ้าง) - เงินไม่เพียงพอต่อการอยู่เวรนอกเวลาราชการ 	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดการปรับรูปแบบการจัดน้อยลง - ลดการจัดบริการในพื้นที่ 	+	++	<ul style="list-style-type: none"> + การเปิดบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ + ข้อมูลการเบิกค่าใช้จ่าย OT ต่อคนต่อเดือน + จำนวนการให้บริการนอกเวลาราชการของ รพ. ในพื้นที่ 	รพ.สต.
การจัดสรรทรัพยากร/เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและทรัพยากรทางด้านสุขภาพ						
รายการยาใน รพ.สต.	ยุติจัดสรรยานอกกรอบบัญชียาของ รพ.สต. (กรณีผู้ป่วย NCDs)	<ul style="list-style-type: none"> - เปลี่ยนจุดด่านแรกของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (first contact) - ขาดการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง (continuity of care) 	+	++	<ul style="list-style-type: none"> * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ. (ทั่วไป, โรคเรื้อรัง) * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ.สต. (ทั่วไป, โรคเรื้อรัง) 	CUP
การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยา	ยุติหรือปฏิเสธให้เภสัชกรใน รพ. เข้าไปควบคุมการบริหารเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนได้	<ul style="list-style-type: none"> - เกิดยาหมดอายุและใช้ไม่ทัน - สูญเสียทรัพยากร 	+	++	<ul style="list-style-type: none"> + ข้อมูลยาหมดอายุ 	CUP จังหวัด
การสอบเทียบเครื่องมือ (calibration)	CUP เขียนโครงการเพื่อสอบเทียบเครื่องมือ แต่ไม่รวม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปแล้ว	<ul style="list-style-type: none"> - เครื่องมือไม่ได้รับการสอบเทียบและไม่ได้มาตรฐาน กระทั่งถึงความถูกต้องของการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยและการให้การดูแลรักษา 	+	+	<ul style="list-style-type: none"> + จำนวนเครื่องมือที่ไม่ได้รับการสอบเทียบ (การสอบเทียบบางพื้นที่ไม่สามารถดำเนินการได้ 100% ขึ้นอยู่กับงบประมาณของ CUP โดยเน้นการสอบเทียบเครื่องมือให้ รพ. เป็นหลัก) 	CUP จังหวัด
ระบบหน่วยจ่ายกลาง (central supply)	<ul style="list-style-type: none"> - ยุติการบริการรับฝากนั่งผ้าเช็ดด้วยโอนำจากหน่วยจ่ายกลางของ รพ. - อบจ. วางแผนให้ รพ.สต. จัดหา supply เองเหมือนในอดีต 	<ul style="list-style-type: none"> - เกิดการไม่ประหยัดต่อขนาดของการจัดบริการ และคุณภาพของการดูแล โดยเฉพาะการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ 	+	+	<ul style="list-style-type: none"> + การดำเนินการตามมาตรฐานการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อที่ควรทำได้ใน รพ.สต. (หน่วยบริการปฐมภูมิ) 	รพ.สต. CUP จังหวัด

รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สธ. = สาธารณสุข, อบจ. = องค์การบริหารส่วนจังหวัด, CUP = contracting unit for primary care, NCDs = non-communicable diseases, OP = outpatient, OT = overtime, PP = promotion and prevention



2) สัญญาณเตือนจากการเปลี่ยนแปลงการจัดบริการสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดบริการสุขภาพส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงการจัดบริการสุขภาพยังเป็นผลสืบเนื่องจากการจัดสรรทรัพยากร/เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและทรัพยากรทางด้านสุขภาพ รวมถึงการบริหารอื่นๆ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านทรัพยากรบุคคล ดังตารางที่ 3

3) สัญญาณเตือนจากการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขอาจไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงแต่มีผลกระทบต่อสถิติการรับบริการไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ส่งผลกระทบต่อความคลาดเคลื่อนของการวางแผนนโยบายสาธารณสุขในระยะยาว

สัญญาณเตือนขึ้นอยู่กับการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานของ กสธ. ที่ทำหน้าที่ในการกำกับติดตามตัวชี้วัดที่เดิมที่จะเป็นบทบาทของ CUP และ สสอ. ดังตารางที่ 4

4) สัญญาณเตือนจากการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการ

รพ.สต. ที่ไม่มีบุคลากรถ่ายโอน ไม่มีพยาบาลวิชาชีพหลังถ่ายโอน ที่มีจำนวนบุคลากรถ่ายโอนน้อยกว่าก่อนถ่ายโอน บุคลากรที่ถ่ายโอนมิใช่ข้าราชการ / จ้างใหม่ ลักษณะของการบริหารบางประเด็น เช่น ลักษณะทั่วไป ลักษณะการถ่ายโอน จำนวนประชากรในพื้นที่ สภาพเศรษฐกิจในพื้นที่ ความสัมพันธ์เดิมระหว่าง รพ.แม่ข่าย และ รพ.สต. ของ CUP และการปรับเปลี่ยนผู้บริหาร ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 3 สัญญาณเตือนจากการเปลี่ยนแปลงของการจัดบริการสุขภาพหลังถ่ายโอน

ประเด็น สัญญาณเตือน	ตัวอย่างเหตุการณ์ที่พบ	ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทาง สุขภาพ	เวลา/ระดับ ผลกระทบ		จุด/ชุดข้อมูลที่สามารถเฝ้าระวัง + หมายถึงยังไม่มีชุดข้อมูลเฝ้าระวัง * หมายถึงมีชุดข้อมูลเฝ้าระวังแล้ว	ระดับการเฝ้า ระวัง
			ปี 1	ปี 2		
รูปแบบการจัดบริการใน รพ.สต.						
รพ.สต. ที่เป็น PCU /Non PCU	ยุติการส่งแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพไปจัดบริการใน รพ.สต.	- กระทบนโยบายลดความหนาแน่นในโรงพยาบาล - เปลี่ยนจุดด่านแรกของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ - ขาดการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง - ขาดการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน โดยแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ - ขาดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของการจัดบริการ - ขาดความร่วมมือในการจัดบริการ	+	++	+ จำนวนและร้อยละ รพ.สต. ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ. (ทั่วไป, โรคเรื้อรัง) * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ.สต. (ทั่วไป, โรคเรื้อรัง)	รพ.สต.
การบริการทางทันตกรรมในพื้นที่ที่มีทันตภิบาล	ทันตภิบาลไม่สามารถปฏิบัติงานจากการยังไม่มีทันตแพทย์กำกับดูแลเหมือนใน รพ. แม่ข่ายเดิมของ สธ.	- เปลี่ยนจุดด่านแรกของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ - ขาดการดูแลต่อเนื่อง - ขาดการดูแลแบบผสมผสาน	+	++	* ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ. (ทันตกรรม) * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ.สต. (ทันตกรรม) PubH (16-17, 22-23)	รพ.สต. CUP
กิจกรรมการตรวจคัดกรอง	ไม่มีความชัดเจนในระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรอง	- ขาดการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง - ขาดการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน - ขาดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม - ขาดความร่วมมือในการจัดบริการ		+	* ข้อมูลการได้รับการตรวจคัดกรอง PubH (1-9) * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ. ของกลุ่มที่ได้รับการคัดกรอง	รพ.สต. CUP
รูปแบบการจัดบริการนอก รพ.สต.						
การจัดบริการที่เกิดร่วมกันระหว่าง รพ. และ รพ.สต. กลุ่ม long-term care / palliative care	- ยุติหรือปฏิเสธการเยี่ยมผู้ป่วยระยะฟื้นฟู ผู้ป่วยระยะประคับประคองร่วมกันระหว่าง รพ. และ รพ.สต. - ความไม่ชัดเจนในระบบการส่งตัว (refer in และ refer back)	- ขาดการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง - ขาดการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน - ขาดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม - ขาดความร่วมมือในการจัดบริการ โดยเฉพาะบริการที่ต้องไปดูแลที่บ้าน หรือในชุมชน	+	++	+ สถิติการเยี่ยมผู้ป่วย (intermediate care / long-term care / palliative care/ ผู้สูงอายุ) * สถิติการเข้ารับบริการในกลุ่มผู้ป่วยใน รพ.	CUP
กิจกรรมรณรงค์ทางด้านสุขภาพ	- ยุติหรือปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น การฉีดวัคซีน	- ประชาชนไม่ได้รับการสุขภาพที่จำเป็น เช่น การควบคุมและป้องกันโรค - ขาดการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน - ขาดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม - ขาดความร่วมมือในการจัดบริการ	+	++	* สถิติการเข้ารับบริการในกลุ่มผู้ป่วยใน รพ. (กิจกรรมรณรงค์ของ กสธ.ที่เป็นไปตามนโยบาย)	CUP

กสธ. = กระทรวงสาธารณสุข, สธ. = สาธารณสุข, CUP = contracting unit for primary care, PCU = primary care unit, PubH = public health



ตารางที่ 4 สัญญาณเตือนจากการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานด้านสาธารณสุขหลังถ่ายโอน

ประเด็น สัญญาณเตือน	ตัวอย่างเหตุการณ์ที่พบ	ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทาง สุขภาพ	เวลา/ระดับ ผลกระทบ		จุด/ชุดข้อมูลที่สามารถเฝ้าระวัง + หมายถึงยังไม่ชี้ชุดข้อมูลเฝ้าระวัง * หมายถึงมีชุดข้อมูลที่เฝ้าระวังแล้ว	ระดับการเฝ้า ระวัง
			ปี 1	ปี 2		
รูปแบบการจัดการบริการสาธารณสุข						
รายงาน/การบันทึกการ สอบสวนโรค	<ul style="list-style-type: none"> - การรายงานโรคมียังมีจำนวนลดลง - การรายงานโรคไม่ทันเวลา - ระบบการรายงานโรคไม่เหมือนเดิม ทั้งในจังหวัดเดียวกัน และระหว่าง จังหวัด โดยเฉพาะ พื้นที่ที่อยู่ชาย ขอบจังหวัด (ระหว่างจังหวัดที่ถ่าย โอนและไม่ถ่ายโอน) 	<ul style="list-style-type: none"> - กระทบต่อระบบการป้องกันและควบคุม โรคระบาดที่มีประสิทธิภาพลดลง จาก รายงานที่ล่าช้า ตอบสนองล่าช้า หรือไม่มี ข้อมูลเพื่อการวางแผนในภาพรวม 	+		<ul style="list-style-type: none"> + คุณภาพการรายงาน 506 * อัตราการระบาดของโรค เช่น OP-IP จำนวนผู้ป่วย ใช้เลือดออก โควิด โรคอุจจาระร่วง มือ เท้า ปาก 	CUP จังหวัด
การควบคุมกำกับติดตามงานตามตัวชี้วัด						
ระบบการบันทึกข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - รพ. ใช้ระบบ HosXP และ รพ.สต. ใช้ JHCIS - อบจ. สร้างระบบของข้อมูลใหม่ 	<ul style="list-style-type: none"> - กระทบต่อการนำเข้าสู่ข้อมูล - กระทบต่อการรวบรวมฐานข้อมูล - กระทบต่อการประมวลผลข้อมูล 	+		<ul style="list-style-type: none"> + ระบบเวชระเบียนที่ใช้ใน รพ.สต. + สถิติการให้บริการด้านสาธารณสุข 	รพ.สต. CUP จังหวัด
การลงบันทึกข้อมูลในเวช ระเบียนไม่สอดคล้องกับ การจัดการบริการ	<ul style="list-style-type: none"> - กรณีที่แพทย์มาตรวจที่ รพ.สต. บาง พื้นที่ใช้ระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย ของ รพ. พร้อมกับการให้แพทย์ลง รหัส ผลงานเป็นของ รพ. และบาง พื้นที่ใช้ระบบการขึ้นทะเบียนใน รพ.สต. และให้แพทย์ลงรหัส ของ รพ.สต. ผลงานเป็นของ รพ.สต. 	<ul style="list-style-type: none"> - อาจไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง แต่มีผลกระทบต่อสถิติการรับบริการไม่ สอดคล้องกับความเป็นจริง - ส่งผลกระทบต่อความคลาดเคลื่อนของ การวางแผนนโยบายสาธารณสุขในระยะ ยาว - อาจจะเชื่อมโยงกับการจัดสรรเงินในระยะ ยาวเนื่องจากจะแย่งการให้บริการผู้ป่วย และ authentication 	+	++	<ul style="list-style-type: none"> + จำนวนและร้อยละ รพ.สต. ที่ขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยงานบริการปฐมภูมิ * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ. (ทั่วไป, โรคเรื้อรัง) * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ.สต. (ทั่วไป, โรค เรื้อรัง) 	รพ.สต. CUP
การลงบันทึกข้อมูลผลการ จัดบริการสาธารณสุขที่ได้ เงิน (key เพื่อเบิก)	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดที่มีผลต่อ การจัดสรรเงินโดยเน้นการเคี้ยวข้อมูล ในระบบ authentication (ไม่มีเงิน ไม่มีงาน ไม่มีข้อมูล) 	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดข้อมูลที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์ สถานการณ์สุขภาพในระยะยาว 	+		<ul style="list-style-type: none"> + ความแตกต่างของสถิติข้อมูลตามตัวชี้วัดของ นโยบายสำคัญของ กสธ. ที่ได้รับการจัดสรรค่า บริการสาธารณสุขจาก สปสช. ระหว่างกลุ่มถ่าย โอนและกลุ่มไม่ถ่ายโอน 	รพ.สต. CUP จังหวัด

ตารางที่ 4 สัญญาณเตือนจากการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานด้านสาธารณสุขหลังถ่ายโอน (ต่อ)

ประเด็น สัญญาณเตือน	ตัวอย่างเหตุการณ์ที่พบ	ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทาง สุขภาพ	เวลา/ระดับ ผลกระทบ		จุด/ชุดข้อมูลที่สามารถเฝ้าระวัง + หมายถึงยังไม่มีชุดข้อมูลเฝ้าระวัง * หมายถึงมีชุดข้อมูลเฝ้าระวังแล้ว	ระดับการเฝ้า ระวัง
			ปี 1	ปี 2		
การลงบันทึกข้อมูลผลการ จัดบริการสาธารณสุขที่ไม่ ได้เงิน (key เพื่อบอก)	- ไม่บันทึกข้อมูลตามตัวชี้วัดของ กสธ. รวมถึงตัวชี้วัดที่จำเป็นที่ควรต้อง รายงาน	- ขาดข้อมูลที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์ สถานการณ์สุขภาพในระยะยาว	+	++	+ ความแตกต่างของสถิติข้อมูลตามตัวชี้วัดของ นโยบายสำคัญของ กสธ. ที่ไม่ได้รับการจัดสรรค่า บริการสาธารณสุขจาก สปสช. ระหว่างกลุ่มถ่าย โอนและกลุ่มไม่ถ่ายโอน เช่น การพัฒนาการเด็ก/ การคัดกรอง	รพ.สต. CUP จังหวัด
รายงาน/การบันทึกการ สอบสวนโรค	- การรายงานโรคมีย่านลดลง - การรายงานโรคไม่ทันเวลา - ระบบการรายงานโรคไม่เหมือนเดิม ทั้งในจังหวัดเดียวกันและระหว่าง จังหวัด โดยเฉพาะ พื้นที่ที่อยู่ชาย ขอบจังหวัด (ระหว่างจังหวัดที่ถ่าย โอนและไม่ถ่ายโอน)	- ผลกระทบต่อระบบการป้องกันและ ควบคุมโรคระบาดมีประสิทธิภาพลดลง	+	++	+ คุณภาพการรายงาน 506 * อัตราการระบาดของโรค	รพ.สต. CUP จังหวัด
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)						
การรายงานผลการปฏิบัติ งาน	- อสม. ในพื้นที่ถ่ายโอน อสม. ได้รับ การแจ้งว่าเป็นส่วนหนึ่งของ กสธ.	ทำให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติงานที่ อาจจะส่งผลกระทบต่อปฏิบัติงานของ อสม. รับ แนวทางการปฏิบัติงานจากหน่วยงานไหน การประสานงานกับ อสม. มีปัญหาในพื้นที่ ที่มีการถ่ายโอน	+		+ รายงานการปฏิบัติงานของ อสม.	CUP

กสธ. = กระทรวงสาธารณสุข, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อสม. = อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, CUP = contracting unit for primary care, HosXP = hospital and experience software, IP = inpatient, JHCIS = java health center information system software, OP = outpatient



ตารางที่ 5 สัญญาณเตือนจากการบริหารจัดการหลังถ่ายโอน

ประเด็น สัญญาณเตือน	ตัวอย่างเหตุการณ์ที่พบ	ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทาง สุขภาพ	เวลา/ระดับ ผลกระทบ		จุด/ชุดข้อมูลที่สามารถเฝ้าระวัง + หมายถึงยังไม่มียุทธศาสตร์ข้อมูลเฝ้าระวัง * หมายถึงมีชุดข้อมูลเฝ้าระวังแล้ว	ระดับการเฝ้า ระวัง
			ปี 1	ปี 2		
ลักษณะทั่วไปของ รพ.สต.						
ขนาด รพ.สต.	ไม่พบปัญหาโดยตรง แต่มีข้อสังเกตพบว่า รพ.สต. ขนาดใหญ่ มีค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนคงที่ระดับสูงกว่า รพ.สต. ขนาดเล็ก	ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่สัมพันธ์กับจำนวนประชากรส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวที่ใช้เพื่อรองรับค่าใช้จ่ายประจำ (ต้นทุนคงที่) ในการจัดบริการ	+	++	+ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ได้รับในการจัดสรรต่อจำนวนบุคลากรที่ รพ.สต. จ้าง (ที่ไม่ใช่ข้าราชการ) + สถานะเงินบำรุงคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณ + ร้อยละค่าใช้จ่ายประจำต่อค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ได้รับในการจัดสรร	รพ.สต.
จำนวนประชากรในพื้นที่	ไม่พบปัญหาโดยตรง แต่มีข้อสังเกตพบว่า รพ.สต. ขนาดใหญ่ มีค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนคงที่ระดับสูงกว่า รพ.สต. ขนาดเล็ก	- ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่สัมพันธ์กับจำนวนประชากรส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวที่ใช้เพื่อรองรับค่าใช้จ่ายประจำ (ต้นทุนคงที่) ในการจัดบริการ - ภาระความรับผิดชอบในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่	+	++	+ การจัดตั้ง รพ. แม่ข่าย ใหม่เพื่อครอบคลุมพื้นที่จัดบริการ * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ. (ทั่วไป, โรคเรื้อรัง) * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ.สต. (ทั่วไป, โรคเรื้อรัง)	รพ.สต.
สภาพเศรษฐกิจในพื้นที่	รพ.สต. ที่อยู่ในพื้นที่ที่เศรษฐกิจดี ประชาชนมีรายได้ดี ส่งผลให้ รพ.สต. มีรายได้เพิ่มเติมจากการจัดบริการ เช่น แพทย์แผนไทย	สภาพเศรษฐกิจของพื้นที่จะส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพ	+	++	+ รายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากร + รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน	รพ.สต. CUP
ความสัมพันธ์เดิมระหว่าง รพ. แม่ข่าย และ รพ.สต. ของ CUP	CUP ที่มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง รพ.สต. กับ รพ. แม่ข่าย โดยเฉพาะ รพ.ช. จะมีความช่วยเหลือระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ.	ความสัมพันธ์ที่ดี นำสู่ความร่วมมือในการจัดบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การสนับสนุนบุคลากร วิชาการ ยา และเวชภัณฑ์มีใช้ยา และอื่นๆ	+	++	+ ระดับความสัมพันธ์และการทำงานร่วมกันระหว่าง รพ.สต. และ CUP ที่มี รพ. ในสังกัด สธ. เป็นแม่ข่าย	CUP
การปรับเปลี่ยนผู้บริหาร	ผู้บริหาร อบจ. คนเก่าสนับสนุนการถ่ายโอน แต่หลังจากได้ อบจ. คนใหม่ ส่งผลทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในระดับนโยบาย	- เกิดความไม่ต่อเนื่องในระดับนโยบาย - บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน	+	++	+ การเปลี่ยนผู้บริหาร	จังหวัด

ตารางที่ 5 สัญญาณเตือนจากการบริหารจัดการหลังถ่ายโอน (ต่อ)

ประเด็น สัญญาณเตือน	ตัวอย่างเหตุการณ์ที่พบ	ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทาง สุขภาพ	เวลา/ระดับ ผลกระทบ		จุด/ชุดข้อมูลที่สามารถเฝ้าระวัง + หมายถึงยังไม่มีชุดข้อมูลเฝ้าระวัง * หมายถึงมีชุดข้อมูลเฝ้าระวังแล้ว	ระดับการเฝ้า ระวัง
			ปี 1	ปี 2		
ลักษณะการถ่ายโอน						
สัดส่วน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ในพื้นที่น้อย เปรียบเทียบกับพื้นที่ที่ไม่ถ่ายโอนหรือถ่ายโอนไปทั้งหมด	- พุดกระทบกระเทือนระหว่าง รพ.สต. ไม่ถ่ายโอนและถ่ายโอนในที่ประชุม - รพ.สต. ถ่ายโอนน้อยในพื้นที่ที่ถูกถอด ชื่อจากคณะกรรมการบางกิจกรรม - มีปัญหาการดำเนินงานในลักษณะ คณะกรรมการร่วมกัน	- เกิดผลกระทบกับการดำเนินกิจกรรม ในภาพรวม เช่น การประสานงาน การ วางแผนการแก้ปัญหาด้านสุขภาพใน ภาพรวม - ขาดการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน สุขภาพระดับอำเภอ	+	++	+ การจัดตั้งเป็นคณะกรรมการ 1) คปสอ. 2) พขอ. 3) คณะกรรมการการป้องกันอุบัติเหตุในท้องถิ่น ช่วงเทศกาล + การเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการ 1) คปสอ. 2) พขอ. 3) คณะกรรมการการป้องกันอุบัติเหตุในท้องถิ่น ช่วงเทศกาล	CUP
ลักษณะบุคลากรและการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์						
จำนวนแพทย์ในพื้นที่	ไม่พบข้อมูลจากพื้นที่กรณีศึกษา โดยตรงแต่เป็นสถานการณ์ความ ขาดแคลนในระดับประเทศ	- พื้นที่ที่ขาดแคลนจะมีผลกระทบต่อการจัด บริการ		+	+ อัตราส่วนจำนวนแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน	CUP จังหวัด
จำนวนพยาบาลในพื้นที่	ไม่พบข้อมูลจากพื้นที่กรณีศึกษา โดยตรงแต่เป็นสถานการณ์ความ ขาดแคลนในระดับประเทศ	- พื้นที่ที่ขาดแคลนจะมีผลกระทบต่อการจัด บริการ		+	+ อัตราส่วนจำนวนพยาบาลต่อประชากร 1,000 คน	CUP จังหวัด
รพ.สต. ที่ไม่มีบุคลากร ถ่ายโอน	ตรวจรักษาโดยเวียนพยาบาลมาจาก รพ.สต. ในกลุ่มที่ถ่ายโอนเท่านั้น (รพ. สต. กลุ่มที่ไม่ถ่ายโอน/สนง.สสอ. อาจ ไม่ส่งบุคลากรไปสนับสนุนการจัด บริการ)	- เปลี่ยนจุดด่านแรกของการเข้าถึงบริการ ด้านสุขภาพเนื่องจากการปิดหรือลดการ จัดบริการที่ รพ.สต. - กระทบนโยบายลดความหนาแน่นในโรง พยาบาล	+	++	* ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ. (ทั่วไป, โรคเรื้อรัง) * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ.สต. (ทั่วไป, โรค เรื้อรัง)	รพ.สต. CUP
รพ.สต. ที่ไม่มีพยาบาล วิชาชีพหลังถ่ายโอน	พยาบาลมาจาก รพ.สต. เวียนมาช่วย กันตรวจ (รพ.สต. กลุ่มที่ไม่ถ่ายโอน/ สนง.สสอ. อาจไม่ส่งบุคลากรเข้าไป สนับสนุนการจัดบริการ)	- บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและโรคเรื้อรัง ลดลง - กระทบนโยบายลดความหนาแน่นในโรง พยาบาล - เปลี่ยนจุดด่านแรกของการเข้าถึงบริการ ด้านสุขภาพ	+		* ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ. (ทั่วไป, โรคเรื้อรัง) * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ.สต. (ทั่วไป, โรค เรื้อรัง)	รพ.สต. CUP

ตารางที่ 5 สัญญาณเตือนจากการบริหารจัดการหลังถ่ายไอออน (ต่อ)

ประเด็น สัญญาณเตือน	ตัวอย่างเหตุการณ์ที่พบ	ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทาง สุขภาพ	เวลา/ระดับ ผลกระทบ		จุด/ชุดข้อมูลที่สามารถเฝ้าระวัง + หมายถึงยังไม่มีชุดข้อมูลเฝ้าระวัง * หมายถึงมีชุดข้อมูลที่เฝ้าระวังแล้ว	ระดับการเฝ้า ระวัง
			ปี 1	ปี 2		
รพ.สต. ที่มีจำนวนบุคลากร ถ่ายไอออนน้อยกว่าก่อนถ่าย ไอออน	ตรวจรักษาโดยการเวียนพยาบาลมา จาก รพ.สต. ในกลุ่มที่ถ่ายไอออนเท่านั้น (รพ.สต. กลุ่มที่ไม่ถ่ายไอออน/สนง.สสอ. อาจไม่ส่งบุคลากรเข้าไปสนับสนุนการ จัดบริการ)	- บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและโรคเรื้อรัง ลดลง - เปลี่ยนจุดด่านแรกของการเข้าถึงบริการ ด้านสุขภาพ - กระทบนโยบายลดความหนาแน่นใน โรงพยาบาล	+	++	* ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ. (ทั่วไป, โรคเรื้อรัง) * ข้อมูลการเข้ารับบริการใน รพ.สต. (ทั่วไป, โรค เรื้อรัง)	รพ.สต. CUP
บุคลากรที่ถ่ายไอออนมิใช่ ข้าราชการ / จ้างใหม่	อบจ. ใช้การจ้างชั่วคราวไปก่อน/จ้าง ใหม่	- เกิดผลกระทบกับการจัดบริการทางด้าน สุขภาพ - บุคลากรใหม่ขาดสมรรถนะ เพิ่มพูนความ รู้ให้ไม่ทัน	+		+ จำนวนการรับบุคลากรใหม่ + จำนวนเงินที่ใช้ในการจ้างบุคลากร	รพ.สต. จังหวัด
ระบบบริหารงานบุคคล	กองการเจ้าหน้าที่ของ อบจ. ไม่สามารถ ปฏิบัติงานได้ทันเวลา เพราะจำนวน บุคลากรเพิ่มขึ้น	- เกิดผลกระทบต่อการบริหารจัดการงาน ทรัพยากรบุคคล ไม่สามารถดำเนินการ ได้อย่างใกล้ชิด หรือเข้าใจถึงการพัฒนา ทางวิชาการ/วิชาชีพ	+	++	+ จำนวนบุคลากรสาธารณสุขของ อบจ. ทุกระดับ ต่อจำนวนบุคลากรกองการเจ้าหน้าที่	จังหวัด

คปสอ. = คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ, พชอ. = คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สนง.สสอ. = สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, อบจ. = องค์การบริหารส่วนจังหวัด, CUP = contracting unit for primary care



2. สัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้นหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทางสุขภาพจากการถ่ายโอน

ตัวชี้วัดเพื่อประเมินสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้นของการเกิดผลกระทบทางสุขภาพจากการถ่ายโอน โดยคำนึงถึงความครอบคลุมขององค์ประกอบตามห่วงโซ่ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล เชื่อมโยงการวัดผลของการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (access to primary care: A) การวัดผลคุณภาพของการดูแล (quality: Q) และการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcomes: H) และ

ต้นทุนของการดูแล (cost of care: C) และศึกษาถึงปัจจัยนำหรือกระบวนการไปสู่ผลกระทบทางสุขภาพ สำหรับในมิติสำคัญของคุณภาพของการดูแล 2 ด้าน คือการได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ (effectiveness: E) และการได้รับการดูแลรักษาทันเวลา (timeliness: T) อีกทั้งยังศึกษาสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงการเกิดผลกระทบทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์งานสาธารณสุข (public health outcomes: PH) อาจสรุปเบื้องต้นจากการศึกษา ระยะที่ 1 ได้เป็นกลุ่มตามแนวโน้มที่แสดง ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แนวโน้มของสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้นของกลุ่ม รพ.สต. หรือกลุ่ม CUP ที่มีการถ่ายโอน

ลักษณะแนวโน้ม ปี 2560-2566	ตัวชี้วัด
แนวโน้มของสถิติเป็นไปในทิศทางเชิงบวก	<ul style="list-style-type: none"> - สถิติการให้บริการผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและผู้ป่วยระยะประคับประคอง (A) - ร้อยละของหญิงคลอดที่ได้รับ ANC ภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา (A) - ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ ANC อย่างน้อย 4 ครั้ง (A) - ร้อยละของเด็กที่ตรวจพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการกระตุ้นภายใน 1 เดือน (T) - ร้อยละของผู้ได้รับการรักษา หลังการตรวจยืนยันเป็นโรค (ระดับ CUP) (T) - ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ค่าใช้จ่ายต่ำ) (C) - ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน โรคเบาหวานและไตเรื้อรัง (ค่าใช้จ่ายต่ำ) (C) - อัตราการนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (O) - สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรคไข้เลือดออก (PH)
แนวโน้มของสถิติเป็นไปในทิศทางเชิงลบ (-)	<ul style="list-style-type: none"> - สถิติการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (A) - สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (จำนวนครั้งต่อคนต่อปีต่ำ) (A) - อัตราตายของมารดา (O) - ร้อยละของเด็กเล็ก 0-2 ปี และ 3-5 ปี ที่มีฟันผุ (O) - ร้อยละของเด็กอายุ 3-5 ปี จำเป็นต้องได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ (O) - ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย (O) - อัตราการนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (O) - สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วง (PH)
แนวโน้มของสถิติใกล้เคียงหรือเป็นไปในทิศทางเชิงลบตลอด และในปี 2566 สถิติมีแนวโน้มเป็นเชิงลบมากขึ้น (- -)	<ul style="list-style-type: none"> - สถิติการคัดกรองในผู้สูงอายุในทุกด้าน (A) <p>(*เปรียบเทียบกับ รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอน หรือกลุ่ม CUP ที่ไม่มีการถ่ายโอนหรือถ่ายโอนบางส่วน)</p>

ตารางที่ 6 แนวโน้มของสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้นของกลุ่ม รพ.สต. หรือกลุ่ม CUP ที่มีการถ่ายโอน (ต่อ)

ลักษณะแนวโน้ม ปี 2560-2566	ตัวชี้วัด
แนวโน้มของสถิติของกลุ่ม รพ.สต. ที่ถ่ายโอน หรือกลุ่ม CUP ที่มีการถ่ายโอนทั้งหมดใกล้เคียง* หรือเป็นไปในทิศทางเชิงบวก แต่ปี 2566 สถิติมีแนวโน้มเป็นเชิงลบ (- - -)	<ul style="list-style-type: none"> - สถิติการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (A) - สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (จำนวนครั้งต่อคนต่อปีสูง) (A) - ร้อยละของเด็กที่อายุไม่เกิน 60 เดือนที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (A) - สัดส่วนการเข้ารับบริการที่ รพ.สต. ต่อ การเข้ารับบริการที่ รพ. (A) - คะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 โรคหลัก (E) - ระยะเวลาจากการคัดกรองปากมดลูกเป็นบวก จนได้รับการรักษา (T) - ร้อยละของเด็กทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (O) - อัตราการนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (O) - สถิติการให้บริการผู้ป่วยในโรคอุจจาระร่วง (PH)
แนวโน้มของสถิติระหว่างระดับ รพ.สต. กับ ระดับ CUP ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน หรือตัวชี้วัดที่ไม่มีทิศทางจำเป็นต้องติดตามข้อมูลและศึกษาเชิงลึก (+++)	<ul style="list-style-type: none"> - สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง 4 (A) - ร้อยละของผู้ที่ได้รับการตรวจยืนยัน หลังการคัดกรองเป็นบวก (T) - ร้อยละของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกแต่ไม่มีประวัติการคัดกรอง (T) - ร้อยละของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีค่า eGFR ลดลง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 (O) - ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง (C) - ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง (C) - สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรคมือ เท้า ปาก (PH)

หมายเหตุ: * = เปรียบเทียบกับ รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอน หรือกลุ่ม CUP ที่ไม่มีการถ่ายโอนหรือถ่ายโอนบางส่วน
 -, - -, - - - = ข้อเสนอแนะเพื่อการเฝ้าระวังเชิงระบบเชิงลบเพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นเกิดจากการถ่ายโอน จากน้อยไปหามาก
 +, ++, +++ = ข้อเสนอแนะเพื่อการเฝ้าระวังเชิงระบบเชิงบวกเพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นเกิดจากการถ่ายโอน จากน้อยไปหามาก
 รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, A = access, ANC = antenatal care, C = cost, CUP = contracting unit for primary care, E = effectiveness, eGFR = estimated glomerular filtration rate, O = outcomes, PH = public health, T = timeliness

วิจารณ์และข้อยุติ

สัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้นและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลกระทบทางสุขภาพจากการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. อาจมาจากทั้งการเปลี่ยนแปลงของการจัดการทรัพยากร การจัดบริการสุขภาพและการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ของ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนไปยัง อบจ. รวมถึงแนวทางในการบริหารจัดการที่จำเป็น ซึ่งมีความหลากหลาย นำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม มีระดับและความรุนแรงของปัญหาที่แตกต่างกัน ทั้งนี้บางปัจจัยมีความคล้ายกับผลกระทบที่เคยมีการศึกษาไว้เมื่อครั้งการ

ถ่ายโอนสถานีนอมนำไปให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)^(5,14-15) โดยพบว่าทรัพยากรบุคคลน่าจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสูงสุด กล่าวคือ การไม่มีบุคลากรถ่ายโอนไปด้วยทำให้ไม่มีผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. โดยเฉพาะพยาบาล ทำให้ต้องยกเลิกหรือปิดบริการสุขภาพบางส่วนที่ให้แก่ประชาชน⁽¹⁶⁾ รวมถึงบุคลากรที่ต้องปฏิบัติงานภายใต้ใบประกอบวิชาชีพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ส่งผลให้ต้องปิดบริการที่เคยสามารถดำเนินการได้ที่ รพ.สต. เช่น บริการทันตกรรม ซึ่งในส่วนนี้จะแตกต่างไปจากการถ่ายโอนในประเทศอื่น เช่น ฟิลิปปินส์ ที่การถ่ายโอนจะให้บุคลากรย้ายไปปฏิบัติงานภายใต้สังกัด

ใหม่ทั้งหมด⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ นอกจากนี้ พบว่าปัจจัยแหล่งทรัพยากรทางการเงินของ รพ.สต. เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ โดยเฉพาะงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁹⁾ รูปแบบการได้รับทรัพยากรทางการเงินและสถานะทางการเงินในช่วงปีงบประมาณ 2565-2566 ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงของความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานต่างสังกัดว่าใครควรได้รับการสนับสนุนเรื่องใด แนวโน้มที่ รพ.สต. จะให้ความสำคัญกับบริการที่มีกลไกการจ่ายเงินที่จ่ายเพิ่มไปตามภาระงานหรือผลงาน และลดความสำคัญของงานบริการที่ไม่ได้เงินเพิ่ม⁽³⁾ ในขณะที่การจัดการเกี่ยวกับทรัพยากรในกลุ่มยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ เป็นอีกปัจจัยที่จะสร้างผลกระทบ โดย รพ.สต. ที่ถ่ายโอนมีแนวโน้มจะได้รับการสนับสนุนในเรื่องยา เวชภัณฑ์และครุภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ต่างๆ จากโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่น้อยลง เช่น การลดจำนวนรายการยาของโรงพยาบาลที่เคยให้ไว้กับ รพ.สต. เพื่อจ่ายให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การงดหรือลดบทบาทของเภสัชกรของ รพ. ในการให้ความช่วยเหลือแก่ รพ.สต. เกี่ยวกับการจัดการคลังยา การดูแลยาขาดครวหรือยาหมด การจัดซื้อหรือจัดหา ยา ส่งผลให้ความสามารถในการให้บริการของ รพ.สต. ลดลง รวมถึงการสนับสนุนการจัดบริการอื่นๆ เช่น การยกเลิกการที่โรงพยาบาลมาจัดคลินิกตรวจผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ รพ.สต. ซึ่งครอบคลุมทั้งคน เงิน ของ และการใช้ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล โดยจะเกิดผลกระทบในภาพรวมต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน^(5,19)

การเปลี่ยนแปลงของการจัดบริการของ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนไป อบจ. เป็นผลเชื่อมโยงมาจากการจัดการทรัพยากร และความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานและทีมบุคลากรในพื้นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้เช่นกัน^(5,20) เช่น การจัดคลินิกโรคเรื้อรัง ความไม่เชื่อมโยงของบริการเยี่ยมบ้านภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แนวโน้มของความเสี่ยงในการส่งต่อผู้ป่วยที่ยากขึ้นระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาลในสังกัด กสธ. การ

ลดหรือปิดการให้บริการนอกเวลาราชการ รวมถึงบริการที่ต้องดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งพบผลกระทบได้โดยเฉพาะในช่วงที่ กสธ. ไม่อนุญาตให้แพทย์หรือทันตแพทย์ในสังกัดเป็นผู้กำกับดูแลการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทันตภิบาล ทั้งนี้การใช้บันทึกความเข้าใจ (memorandum of understanding หรือ MOU) ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สนง.สสจ.) และ อบจ. ที่ได้รับโอน รพ.สต. ไปดำเนินการ อาจไม่ใช่เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลที่สมบูรณ์เนื่องจากมีความหลากหลายและได้รับการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติในระดับที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นจึงเป็นกลไกที่ควรได้รับการทบทวน ปรับปรุงให้ดำเนินการในรูปแบบอื่น

การเปลี่ยนแปลงของงานด้านสาธารณสุขของ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนไป อบจ. เป็นผลเชื่อมโยงมาจากการได้รับการสนับสนุนทรัพยากร และความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานและทีมบุคลากรในพื้นที่ เช่น การรายงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรค รง.506 ที่ลดลงในหลายพื้นที่ จากพื้นที่กรณีศึกษา พบว่า รพ.สต. มีแนวโน้มยุติ หรือลดการดำเนินการบางประการที่เป็นนโยบายของ กสธ. ที่เห็นว่าไม่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ ทั้งนี้สภาพแวดล้อมและบรรยากาศการทำงานที่ไม่สร้างสรรค์และส่งเสริมการทำงานร่วมกัน รวมถึงนโยบายและแนวทางการบริหารสถานการณ์ทั้งในส่วน of สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และของ อบจ. ส่งผลต่อความเบี่ยงเบนหรือความล่าช้าในการจัดการสถานการณ์ด้านสาธารณสุขเฉพาะหน้า เช่น งานด้านสาธารณสุขที่มีลักษณะเป็นงานเฉพาะกิจหรืองานเพื่อรองรับช่วงเทศกาล 7 วันอันตราย

มีข้อสังเกตผลการศึกษาในกลุ่มลักษณะสัญญาณเตือนจากการพัฒนาและติดตามตัวชี้วัดต่างๆ พบว่า กลุ่มสัญญาณเตือนที่กลุ่ม รพ.สต. ที่ถ่ายโอน หรือกลุ่ม CUP ที่มีการถ่ายโอนทั้งหมด มีผลงานในทิศทางเชิงบวกตลอดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560-2566 ในตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง



กับการเข้าถึงและการดูแลรักษาทันเวลาในกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ขณะที่กลุ่มสัญญาณเตือนซึ่งมีลักษณะที่ผลงานเป็นทิศทางเชิงลบมาตลอดปีงบประมาณ 2560-2566 เป็นกลุ่มตัวชี้วัดที่ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยเป็นผลลัพธ์สุขภาพที่เกิดขึ้นในทุกช่วงวัยและในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การมีฟันผุในเด็กเล็ก 0-5 ปี การควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมายในผู้ป่วยเบาหวาน และอัตราการนอนโรงพยาบาลในโรคเรื้อรังสำคัญซึ่งเป็นการนอนโรงพยาบาลที่ป้องกันได้ (preventable admissions) หากได้รับการบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ⁽²⁰⁾ และมีกลุ่มสัญญาณเตือนที่กลุ่ม รพ.สต. ที่ถ่ายโอน หรือกลุ่ม CUP ที่มีการถ่ายโอนทั้งหมดมีผลงานในเชิงลบมาตลอดและปี 2566 มีแนวโน้มที่เป็นเชิงลบมากขึ้น เช่น การคัดกรองในผู้สูงอายุในทุกด้าน ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบในกลุ่ม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและกลุ่ม CUP ที่มี รพ.สต. ถ่ายโอนทั้งหมด เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่ทั้งที่เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มโรคเรื้อรัง

สำหรับในกลุ่มสัญญาณเตือนที่กลุ่ม รพ.สต. ที่ถ่ายโอน หรือกลุ่ม CUP ที่มีการถ่ายโอนทั้งหมด เคยทำผลงานได้ค่อนข้างดีหรือใกล้เคียงกับกลุ่ม รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอนหรือกลุ่ม CUP ที่ไม่มี รพ.สต. ถ่ายโอนหรือถ่ายโอนบางส่วน แต่ในปี 2566 มีแนวโน้มเป็นเชิงลบ เป็นกลุ่มตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติของในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การคัดกรองและการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สัดส่วนการเข้ารับบริการที่ รพ.สต. ที่ลดลง และการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติอย่างครบถ้วนในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้ง 4 โรคหลัก ประเด็นในกลุ่มนี้ควรต้องได้รับการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดำเนินการของ รพ.สต. อย่างจริงจัง และมีข้อสังเกตที่สำคัญว่าการติดตามเฝ้าระวัง โดยใช้ตัวชี้วัดเพื่อประเมินสัญญาณเตือนผลกระทบทางสุขภาพจากการถ่ายโอน ควรจะต้องพิจารณาระดับของการติดตามเฝ้าระวังที่เหมาะสมไม่ใช่

เพียงการติดตามในระดับ รพ.สต. แต่ควรประเมินในระดับ CUP และระดับจังหวัดด้วย เนื่องจากความหลากหลายของสถานการณ์ของการถ่ายโอนของพื้นที่ในระดับต่างๆ รวมถึงบริบทของการจัดบริการร่วมกันเป็นเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

อย่างไรก็ตามการศึกษาคั้งนี้ ยังคงมีข้อจำกัดหลายประการในการระบุให้ชัดเจนถึงผลกระทบของการถ่ายโอน รพ.สต. ต่อสุขภาพของประชาชน การศึกษาสัญญาณเตือนทางด้านสุขภาพด้วยการจัดทำกรณีศึกษา ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลได้เป็นบางพื้นที่ อย่างไรก็ตาม มีบางประเด็นที่เกิดขึ้นกับพื้นที่อื่นที่ไม่พบในพื้นที่ที่ได้รับเลือกไว้ หลายประเด็นยังขาดการศึกษาเชิงลึกและเชิงกว้าง จึงถือเป็นเพียงสัญญาณเตือนหรือปัจจัยที่บ่งชี้ความเสี่ยงของผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อไปเท่านั้น ยังไม่อาจตีความการเกิดผลกระทบเช่นนั้นว่าเกิดมากน้อยหรือกระจายตัวเพียงใด ข้อจำกัดในเรื่องเวลาของโครงการในระยะที่ 1 ยังทำให้การติดตามตัวชี้วัดยังไม่ได้ประมวลผลจากข้อมูลทั้งปี ซึ่งข้อมูลครบปีงบประมาณอาจนำไปสู่ข้อสรุปที่แตกต่างไปได้ อีกทั้งสัญญาณเตือนจำนวนหนึ่งที่เป็นตัวชี้วัดยังไม่มีข้อมูลที่สมบูรณ์ จำเป็นต้องมีการพิจารณาด้วยการบูรณาการจากทุกภาคส่วนเพื่อให้มีสัญญาณเตือนจากฐานข้อมูลภาครัฐที่มีความสมบูรณ์มากขึ้นต่อไป รวมไปถึงความพร้อมของข้อมูลที่มีในฐานข้อมูลของ สปสช. รวมถึงคุณภาพของข้อมูล เช่น ความถูกต้อง ความทันต่อเหตุการณ์ ยังเป็นประเด็นที่มีข้อจำกัดและต้องปรับปรุงในโอกาสต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนควรร่วมกันทบทวน วางแผนและออกแบบการเฝ้าระวังผลกระทบทางสุขภาพต่อประชาชน อันเป็นผลจากการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ในพื้นที่ที่มีลักษณะสอดคล้องกับประเด็นสัญญาณการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้น/ปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะผลของการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ค่าบริการสาธารณสุข) ในระดับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

(CUP) และระดับจังหวัด

2. คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักนายกรัฐมนตรี และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญในการดูแลผลกระทบทางสุขภาพในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ทั้งในระดับ รพ.สต. และระดับ CUP ตามที่ปรากฏสัญญาณเตือนในเบื้องต้น ซึ่งอาจครอบคลุมถึงการจัดการด้านทรัพยากร และการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางวิชาการ

3. กสธ. ควรวิเคราะห์และกำหนดบทบาทหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอในบริบทใหม่ของการจัดการสาธารณสุขในพื้นที่ถ่ายโอนโดยเร็ว ทั้งนี้ควรให้ความสำคัญกับงานสาธารณสุขและงานกำกับดูแลด้านกฎหมาย (regulator) หรือมาตรฐานการดำเนินการต่างๆ มากกว่าด้านบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ติดตามประเมินผลกระทบทางสุขภาพ และผลการดำเนินการด้านอื่นๆ ตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้เดิมในโครงการฯ เมื่อข้อมูลผลการดำเนินการในระบบครบปีงบประมาณ รวมถึงติดตามผลต่อเนื่องในปีงบประมาณต่อไป

2. ปรับปรุงคุณภาพของข้อมูล และชุดตัวชี้วัดเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ดำเนินการร่วมกับ สปสช. อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถแสดงผลเชิงเปรียบเทียบในระดับพื้นที่ ในระบบ dashboard ของ สปสช. ให้ประสบผลสำเร็จ และสามารถแสดงผลเพื่อการจัดการระดับพื้นที่ได้

3. ติดตามความเป็นไปของการเปลี่ยนแปลงระดับพื้นที่เป็นกรณีศึกษาต่อเนื่อง เพื่อศึกษาความเปลี่ยนแปลงของประเด็นที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนทุนการวิจัยให้กับศูนย์วิจัยเพื่อการ

พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการดำเนินการศึกษา และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ร่วมให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ซึ่งช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Cohen JM, Peterson SB. Administrative decentralization: strategies for developing countries. Colorado: Kumarian Press; 1999.
2. Wei YD. Regional development in China: states, globalization, and inequality. London and New York: Routledge; 2000.
3. Srisasalux J, Israchanwanich S. Health system reform and health decentralization. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2015. (in Thai)
4. Quality and Standard Service Unit Support Office. Service unit registration audit guideline for main contractor service unit, primary care service unit, coordinate service unit. Bangkok: National Health Security Office; 2016. (in Thai)
5. Sudhipongpracha T, Choksettakij W, Phuripongthanawat P, Kittayasophon U, Satthatham N, Onphothong Y. Policy analysis and policy design for the transfer of subdistrict health promotion hospitals to provincial administrative organizations (PAOs). Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai)
6. Local Government Commission. Transferring missions from Tambon health promoting hospital to local government. Bangkok: The National Legislative Assembly; 2017. (in Thai)
7. Department of Local Administration. List of sub-district Health Promoting Hospitals and health stations that are transferred to local administrative organizations. Bangkok: Ministry of Interior; 2021. (in Thai)
8. Nethipo V. The political process of public health decentralization in Thailand: studying the case of primary care units. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2010. (in Thai)
9. Tae-arak P. Alternative models of health care decentralization. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2010. (in Thai)
10. Srisasalux J, Vichathai C, Kaewwichian R. Experience with public health decentralization: the health center transfer model. Journal of Health Systems Research 2009;3(1):16-34.



- (in Thai)
11. Sangmano S. Problems of transferring district health promoting hospitals from the Ministry of Public Health to local government organizations : Chiang Mai province (master's thesis). Chiang Mai: ChiangMai Rajabhat University; 2014. (in Thai)
 12. Kulthanmanusorn A, Saengruang N, Wanwong Y, Kosiyaporn H, Witthayapipopsakul W, Srisasalux J, et al. Evaluation of the devolved health centers: synthesis lesson learnt from 51 health centers and policy options. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2018. (in Thai)
 13. Health Systems Research Institute. Transfer of Tambon health promoting hospitals (THPH) to the provincial administrative organizations (PAOs) [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 31]. Available from: https://datstudio.google.com/u/0/reporting/4552d076-ab49-469f-9e05-e1505be8f3c8/page/p_2p-wuh693xc. (in Thai)
 14. Pitayarangsarit S, Tosanguan J, Hathaichanok S. The role of local government organizations in health promotion and policy proposals on decentralization in health promotion. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2010.
 15. Techaatik S, Nakham P. Studying and monitoring the development of the transfer system of public health centers to local government organizations. Journal of Health Systems Research 2009;3(1):113-30. (in Thai)
 16. Leethongdee S. Implementation of health decentralization: progress evaluation and impact analysis. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2011. (in Thai)
 17. Capuno JJ, Schustereder G. The correlates of local government responsiveness under decentralization: do performance ratings matter in the Philippines?. International Journal of Public Administration 2015;38(7):521-32.
 18. Kelekar U, Llanto G. Evidence of horizontal and vertical interactions in health care spending in the Philippines. Health Policy and Planning 2015;30(7):853-62.
 19. National Health Security Office. Manual of assessment criteria for registration of regular service units primary care unit shared service units provide services. Saraburi: Health Security Office Area 4; 2009. 2-4 p. (in Thai)
 20. Sriratanaban J, Ngamkiatphaisan S, Maneechay M, Sriratanaban P, Manasvanich B, Preechachaiyawit P, et al. A synthetic research study to develop measurement, analysis, review and improvement systems for primary-care performances in Thailand. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai)

บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด

รุ่งนภา จันทร^{*}
ธัญพร ชื่นกลิ่น[†]
ทัศนีย์ เกริกกุลธร[‡]
สุชาดา นิมวัฒนากุล[§]
อติญาณ์ ศรีเกษตริณ[#]
รวีวรรณ คำเงิน^{*}
บุญประจักษ์ จันทรวิณ[¶]

ผู้รับผิดชอบบทความ: ธัญพร ชื่นกลิ่น

บทคัดย่อ

การถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับจังหวัดและอำเภอที่มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด รวมทั้งการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย การศึกษานี้ “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” หมายรวมถึง สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชานวมินทร์ราชินี ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและการอภิปรายกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข ผู้มีอำนาจในการจัดการด้านนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ และผู้ที่ปฏิบัติงาน ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ 8 จังหวัดที่เป็นตัวแทนแต่ละภาค รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ และประชุมสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ

ผลการศึกษา พบว่าบทบาทของทั้งสองส่วนราชการมีการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ในขอบเขตรับผิดชอบเหมือนเดิม แต่ต้องปรับบทบาทและรูปแบบวิธีการปฏิบัติงานใหม่เพื่อแก้ปัญหาจากผลกระทบของการถ่ายโอน 1) ระยะเวลาเปลี่ยนผ่าน

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

† คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

‡ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

§ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¶ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Received 4 October 2023; Revised 25 February 2024; Accepted 23 May 2024

Suggested citation: Chantra R, Chuenklin T, Krirkgulthorn T, Nimwatanakul S, Sarakshetrin A, Khamngoen R, et al. Roles of provincial health office and district health office after transferring sub-district health promoting hospital to provincial administrative organization. *Journal of Health Systems Research* 2024;18(2):173-92.

รุ่งนภา จันทร, ธัญพร ชื่นกลิ่น, ทัศนีย์ เกริกกุลธร, สุชาดา นิมวัฒนากุล, อติญาณ์ ศรีเกษตริณ, รวีวรรณ คำเงิน และคณะ. บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2567;18(2):173-92.



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการตามบทบาทหน้าที่เดิม และดำเนินการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 รวมทั้งเป็นพี่เลี้ยงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพื่อเตรียมความพร้อมและส่งเสริมสมรรถนะให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นสำนักวิชาการ ส่วนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต้องมีการปรับบทบาทหน้าที่ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง 2) ระยะถ่ายโอนสมบูรณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีอำนาจหน้าที่เดิม ตามกฎกระทรวง แต่ควรมีการปรับเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่จะยกระดับเป็นสำนักวิชาการ และเป็นผู้ประเมินในการประเมินมาตรฐานคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของทุกภาคส่วนและการพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะต้องพัฒนาสมรรถนะในการให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลสารสนเทศเชิงประจักษ์ มุ่งเน้นการเป็นผู้ประเมินฯ ทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่อำเภอ และพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี, องค์กรการบริหารส่วนจังหวัด

Roles of Provincial Health Office and District Health Office after Transferring Sub-District Health Promoting Hospital to Provincial Administrative Organization

Rungnapa Chantra^{*}, Thunyaporn Chuenklin[†], Tassanee Krikkgulthorn[‡], Suchada Nimwatanakul[§], Atiya Sarakshetrin[#], Rawiwan Khamngoen^{*}, Boonprajak Junwin[¶]

^{*} Boromarajonani College of Nursing Suraththani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[†] Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University

[‡] Boromarajonani College of Nursing Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[§] Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[#] Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[¶] Boromarajonani College of Nursing Nakhonsithammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Thunyaporn Chuenklin, thunya_po@hotmail.com

Abstract

The transfer of sub-district health promoting hospitals to provincial administrative organizations alters the roles of provincial health office and district health office. This study aimed to investigate optimal roles of provincial and district health offices after the transfer and synthesize policy suggestions. Mixed methods were used. The qualitative data were gathered through semi-structured interviews and focus groups. The participants from 8 provinces, representing each region, covered experts, administrators of Ministry of Public Health, policy makers, chiefs of provincial and district health offices, and district chiefs officers. The quantitative data were collected using questionnaire. The data were analyzed with descriptive statistics. Policy suggestions were synthesized from the analysis of qualitative and quantitative data, and connoisseur meeting.

The findings revealed that the roles of both offices remained the same as before with some new operations to solve the consequences of the transfer. 1) In transition phase: the provincial health offices operated as the prior roles following the 2019 Primary Care System Act, and advised district health offices for readiness preparation transitioning the district health offices' competencies to be the academic offices. However, the roles of district health office by the ministerial regulations should be modified. 2) At completion phase; the provincial health offices operated as the prior roles with some role changes according to the modified roles of the district health offices. These modified roles involved upgrading the district health offices to be the academic offices with enhanced regulator's competencies, and quality accreditation of primary care settings. The district health offices' modified roles included consultants and the evidence-based information providers, regulators of primary care service quality and improving health consumer protection system.

Keywords: roles of provincial public health office, roles of district public health office, devolution of sub-district health promoting hospital, provincial administrative organization

ภูมิหลังและเหตุผล

การบริการด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบสุขภาพ เป็นความรับผิดชอบหลักของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามในการพัฒนาระบบสุขภาพที่ส่งเสริมให้ประชาชนได้รับประโยชน์มากยิ่งขึ้น มีปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือการกระจายอำนาจ⁽¹⁾ ซึ่งนอกจากจะแบ่งเบาภาระของการบริหารราชการส่วนกลางแล้ว ยังช่วยให้การพัฒนาเป็นไปตามความต้องการและความจำเป็นของท้องถิ่น⁽²⁾ การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจากรัฐส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่นเป็นการเพิ่มบทบาทให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและจัดการด้านสุขภาพในท้องถิ่นของตนเองได้มากขึ้น การถ่ายโอนภารกิจของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการกระจายอำนาจการปกครองไปให้ท้องถิ่น⁽³⁾ จากการศึกษาเกี่ยวกับการกระจายอำนาจทางด้านบริการสุขภาพ ในต่างประเทศพบว่า ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดอัตราการตายของทารก และเพิ่มอายุเฉลี่ยของประชากรในพื้นที่⁽⁴⁾ และจากการทบทวนบทเรียนในการกระจายอำนาจจากประเทศโปรตุเกส สเปน อิตาลี เม็กซิโก และ สหราชอาณาจักร พบว่าการให้บริการสุขภาพและระบบสุขภาพโดยรวมดีขึ้นกว่าเดิม สภาวะสุขภาพดีขึ้น เข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น มีความคล่องตัวและหน่วยงานท้องถิ่นมีอิสระในการทำงาน⁽⁵⁾

ด้วยการคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชน การถ่ายโอนอำนาจจึงได้กำหนดขึ้นในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 และมีการตราพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2548-2553⁽⁶⁾ และ

มีการถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 จาก รพ.สต. (รวม สอน. ซึ่งมี 94 แห่ง ใน 69 จังหวัด) ทั่วประเทศ มีที่ถ่ายโอนจำนวน 3,264 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.5 จาก รพ.สต. ทั้งหมด 6,872 แห่งใน 49 จังหวัด และคิดเป็นร้อยละ 33.4 ของ สอน. และ รพ.สต. 9,775 แห่งทั่วประเทศ บุคลากรรวม 21,829 คน ประกอบด้วย ข้าราชการ 11,992 คน และประเภทการจ้างงานอื่น 9,837 คน⁽⁷⁾ โดยที่บางจังหวัดมีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปเพียงบางส่วนตามความพร้อมและความสมัครใจ และมีจังหวัดที่มีการถ่ายโอนไปทั้งหมดจำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น ปราจีนบุรี มุกดาหาร หนองบัวลำภู และ สุพรรณบุรี

ในช่วงระยะการเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนด้านสาธารณสุข มีการกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณา ทบทวน ปรับปรุง มาตรฐานและระบบประกันคุณภาพ บริการสาธารณสุข ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิตลอดจนแนวทางการกำกับดูแล และประเมินผลดำเนินงานของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนให้แก่ อบจ. ตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิและระเบียบที่เกี่ยวข้อง⁽⁶⁾ ทบทวน และปรับปรุงแนวทางการช่วยเหลือ สนับสนุน และให้คำปรึกษาด้านวิชาการและการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ให้มีความชัดเจนและมีประสิทธิภาพ กำหนดแนวทาง และกลไกการส่งการหน่วยบริการที่ถ่ายโอนในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน การจัดสรรงบประมาณและการสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ และบุคลากร ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของบุคลากรที่ถ่ายโอน ร่วมเป็นคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นรองประธานกรรมการโดยตำแหน่ง และตัวแทนสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 คน เป็นกรรมการ

ถึงแม้ว่าในช่วงแรกของการเปลี่ยนผ่านนี้ จะมีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิบางส่วนถ่ายโอนไปห้อง

ถิ่น ยังคงเหลือหน่วยบริการบางส่วนในกำกับเพื่อให้การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ โดยมีบางพื้นที่เท่านั้นที่หน่วยบริการสุขภาพได้ถ่ายโอนไปทั้งหมด แต่เมื่อการถ่ายโอนสมบูรณ์ จะไม่มีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในตำบลเหลืออยู่ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งที่กระทรวงสาธารณสุขมีความรับผิดชอบต่อระบบสุขภาพในภาพรวมของประเทศ การเปลี่ยนแปลงที่มีการนำหน่วยงานสุขภาพระดับปฐมภูมิของตำบลในสังกัดออกไปทั้งหมดย่อมกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สนง.สสจ.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สนง.สสอ.) ในการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล จึงเป็นความท้าทายศักยภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่จะคงไว้ซึ่งการดูแลระบบสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยไม่มีหน่วยงานด้านหน้าเหลืออยู่ในสังกัด จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการกล่าวถึงบทบาทของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. ใช้น้อยมาก จึงเป็นความจำเป็นที่ต้องศึกษาวิจัยเพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับบทบาทที่พึงประสงค์ของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. ที่ต้องปรับบทบาทหน้าที่ให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (mixed methods) ประกอบด้วย 1) การทบทวนเอกสาร (documentary review) 2) การวิจัยทั้งระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) และระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) และ 3) ประชุมอิงสัมมนาผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้ข้อยุติสำหรับข้อเสนอเชิงนโยบาย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ “รพ.สต.” หมายรวมถึง สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา (สอน.) ด้วย ดำเนินการตามระเบียบวิธีดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์บทบาทของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. จาก

เอกสารวิชาการ กฎหมาย กฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนบทบาทของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. เพื่อการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับจังหวัดและอำเภอ ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. เพื่อสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 2 ดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ดังนี้

2.1 การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย 1) ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข ผู้มีอำนาจในการจัดการด้านนโยบาย จำนวน 5-7 คน 2) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 8 จังหวัด จังหวัดละ 1 คน 3) นายอำเภอ จังหวัดละ 2 คน 4) สาธารณสุขอำเภอ จังหวัดละ 2 คน รวม 38 คน สำหรับผู้ให้ข้อมูลหลักในการอภิปรายกลุ่มประกอบด้วย ผู้ที่ปฏิบัติงาน ณ สนง.สสอ. กลุ่มละ 6-8 คน รวม 64 คน รวมผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด 86 คน ซึ่งเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มาจาก รพ.สต. ที่มีการถ่ายโอนไป อบจ. โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยคำนึงถึงความอึดตัวของข้อมูล โดยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งได้ข้อมูลตามประเด็นต่างๆ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ใช้กับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่ม ครอบคลุมประเด็นบทบาทของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. ในการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับจังหวัดและอำเภอ ก่อนและหลังการถ่ายโอน จุดอ่อนในการดำเนินงาน ปัญหา/อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ข้อกังวลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามบทบาทของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ.

การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบอภิปรายกลุ่มตามแนวทางที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

ในระยะเวลาที่ 1 จากนั้นจึงหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) นำประเด็นคำถามหลักและคำถามย่อยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์การวิจัย พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า .67 ทุกรายการประเด็นคำถามและนำประเด็นคำถามไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 3 คน เพื่อประเมินความเที่ยง (reliability) เมื่อพบว่ามีค่าความเที่ยง (inter-rater reliability) เท่ากับ 1 จึงนำประเด็นคำถามหลักและคำถามรองไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

2.2 การวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research)

ดำเนินการตามระเบียบวิธี ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ สาธารณสุขอำเภอ จากทั้งหมด 878 คน และผู้ปฏิบัติงาน ณ สนง.สสอ. จำนวน 870 แห่งๆ ละ 5 คน รวมจำนวน 4,350 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์จากกลุ่มประชากรทั้งหมด คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน (1970)⁽⁸⁾ ได้จำนวน 354 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทที่พึงประสงค์ของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. เพื่อการอภิบาลระบบสุขภาพหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จากนั้นมีการแปลความหมายของค่าคะแนนที่ได้โดยใช้เกณฑ์คะแนนระหว่าง 1-2.33 หมายถึง ความคิดเห็นระดับน้อย คะแนนระหว่าง 2.34-3.66 หมายถึง ความคิดเห็นระดับปานกลาง และคะแนนระหว่าง 3.67-5.00 หมายถึง ความคิดเห็นระดับมาก

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความคิดเห็นบทบาทที่พึงประสงค์ของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. เพื่อการอภิบาลระบบสุขภาพหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา (content

validity) ของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (item objective congruence: IOC) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำน้ำหนักในแต่ละข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องและทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้ พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.67 ทุกข้อ จากนั้นจึงตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ปฏิบัติ ณ สนง.สสอ. จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.87

ระยะที่ 3 การสัมมนาอิงผู้ทรงคุณวุฒิระดับนโยบาย จากการดำเนินการในระยะเวลาที่ 1 และระยะที่ 2 ผู้วิจัยสรุปในประเด็นที่ตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นนำผลที่ได้มาจัดสัมมนาอิงผู้ทรงคุณวุฒิระดับนโยบายจำนวน 9 คน ในรูปแบบออนไลน์ เพื่อนำเสนอร่างข้อเสนอเชิงนโยบายและยืนยันความเป็นไปได้ของข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับรูปแบบของบทบาทที่พึงประสงค์ของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. เกี่ยวกับ รูปแบบของบทบาทที่พึงประสงค์ของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. ในการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับจังหวัดและอำเภอที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. และข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับรูปแบบของบทบาทที่พึงประสงค์ของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. ในการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับจังหวัดและอำเภอที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ.

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประชุมคณะทำงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ทบทวนกรอบแนวคิดเชิญผู้ทรงคุณวุฒิให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการอภิบาลระบบสุขภาพ (health governance) และแผนการดำเนินการวิจัยในแต่ละระยะ ดำเนินการศึกษาจากเอกสาร การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับการกระจายอำนาจพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 บทบาท

ของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. และการอภิบาลระบบสุขภาพ จากนั้นจึงเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่มตามประเด็นคำถามหลัก เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามออนไลน์ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญและผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เกี่ยวกับบทบาทที่พึงประสงค์ของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. ในการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับจังหวัดและอำเภอที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. โดยใช้การวิเคราะห์ตามแนวทางของ มิลเลอร์และแครบทรี่ (1992)⁽⁹⁾ ประกอบด้วย 1) การจัดแฟ้ม (establishing files) โดยการนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์มาทบทวน แยกแยะ และจัดหมวดหมู่ 2) การลงรหัสข้อมูล (coding the data) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาลงรหัสหมวดหมู่ของข้อมูล 3) การจัดประเภทของข้อมูล (identify unit) โดยจัดประเภทของข้อมูลโดยพิจารณาจากรหัส นำรหัสของข้อมูลที่มีอยู่มารวบรวมในการจัดประเภท ข้อมูลที่มีรหัสคล้ายคลึงกันจะจัดอยู่ด้วยกัน 4) การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่ (developing categories) มีการตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ตีความเพื่อสร้างหมวดหมู่ของข้อมูล 5) การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ (interpretive determine connections) โดยนำหมวดหมู่ของข้อมูลที่จัดได้มาหาความสัมพันธ์กัน 6) ตรวจสอบความถูกต้อง (verify) นำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นนำสู่ขั้นตอนที่ 7) สรุปและเขียนรายงานการวิจัย (report)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (institutional review board: IRB) ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ลำดับที่ 2023/2 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยบทบาทอภิบาลระบบสุขภาพของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. ในระดับจังหวัดและอำเภอที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. มีรายละเอียดของสภาพการดำเนินงานตามบทบาท และความคิดเห็นต่อบทบาทที่พึงประสงค์ ดังนี้

สภาพการดำเนินงานตามบทบาทและปัญหาของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. จากการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 97 คน เป็นผู้บริหารระดับกระทรวงจำนวน 5 คน ร้อยละ 5.2 นายแพทย์สาธารณสุขระดับจังหวัด ร้อยละ 8.3 นายอำเภอ ร้อยละ 15.5 สาธารณสุขอำเภอหรือตัวแทน ร้อยละ 16.5 และผู้ปฏิบัติงานใน สนง.สสจ. ร้อยละ 54.6 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คือร้อยละ 53.6 มีอายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.4 เป็นผู้ปฏิบัติงานใน สนง.สสจ. ร้อยละ 54.6 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 66.0 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงาน 21-30 ปี คือร้อยละ 43.3 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลหลักพบรายละเอียดดังนี้

1. สภาพการดำเนินงานตามบทบาทของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า

1) ด้านการบริหารจัดการ พบว่า บทบาทการบริหารงานของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. หลังจากโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. มีการเปลี่ยนแปลงและมีปัญหาในการบริหารจัดการ ดังนี้

1.1) บทบาทเปลี่ยนจากการบังคับบัญชาเป็นการประสานงาน จากเดิมที่ รพ.สต. เป็นหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข บทบาทการทำงานจึงอยู่ในลักษณะของการสั่งการ กำกับติดตาม ควบคุม และประเมินผล หลังการถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. แล้ว บทบาทจึงกลายเป็นต้องใช้การประสานงานทั้งโดยวาจาและการทำหนังสือราชการ ซึ่งในระยะแรกยังคงใช้สัมพันธ์ภาพเดิมที่ดีในการประสานงานได้ ในระยะต่อไปความสะดวกของการประสานงานอาจไม่เท่าเดิมเนื่องจากขาดสายสัมพันธ์การบังคับบัญชา และความเป็นพี่น้อง ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้ “บทบาทของสาธารณสุขอำเภอก็ต้องเปลี่ยนไปจากเดิมที่เราคอยกำกับดูแล ควบคุม ได้ทั้งหมดทั้งกำลังคนในส่วนของ รพ.สต. ต้องเปลี่ยนมาประสานงาน นี่เป็นสิ่งสำคัญจากเดิมที่ควบคุม กำกับ ดูแลให้งานในระดับพื้นที่โดยผ่านทาง ผอ.รพ.สต. ฉะนั้นการที่จะนำนโยบายต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขหรือของรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกับการควบคุมโรคต่างๆ เหล่านี้ก็ต้องอาศัยการประสานงานในพื้นที่ในการบูรณาการงานให้เกิดประโยชน์ต่อชาวบ้านสูงสุด” “แต่พอหลังถ่ายโอนมาเนี่ยมันก็ไม่ได้มีการกำกับ รพ.สต. ก็เป็นภาวะเหมือนสาธารณสุขอำเภอต้องคอยติดตามว่าได้ตามเป้าหมายรึป่าว พอถึงเวลามันขาดอำนาจในการกำกับดูแล” “เดิมทีที่เราสายตรงสั่งการได้เลยก็ต้องใช้หลักประสานงาน การที่จะดำเนินการร่วมบางครั้ง ต้องอาศัยอำนาจนายอำเภอที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรง บทบาทสาธารณสุขในเรื่องอำนวยความสะดวกประสานกับภาคีเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อนกับงานในพื้นที่ งานในพื้นที่อันนี้ถ้าถูกตัดในระดับตำบลหมู่บ้าน เดิมทีที่เรามีกำลังพลระดับรากหญ้าหมู่บ้านชุมชน เมื่อก่อนใช้อำนาจในการสั่งการ ควบคุมดูแลกำกับโดยตรงก็ต้องกลับมาเป็นประสานงาน” “ถ้าต้องเชื่อมงานกับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน เราก็ต้องประสานไปยังสังกัดใหม่ซึ่งก็คือ อบจ. ครับ ซึ่งจริงๆ รูปแบบนี้เราเคยใช้มาก่อนแล้วกับศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลที่เค้ารับผิดชอบงานปฐมภูมิเหมือนกัน เค้าเป็น

ท้องถิ่นเหมือนกัน ก็ที่จริงมันมีแนวทางอยู่แล้ว.. ไม่ได้เป็นเรื่องใหม่” “แรกๆ เลยก็คือมีปัญหาว่าในเรื่องของการสั่งการ จังหวัดก็จะมีหนังสือสั่งการมาเหมือนเดิมให้ สสอ. แจ้ง รพ.สต. นำคนนี่เข้าไปประชุมจัดการโน่นนั่นนี่ มีปัญหาหลาย เราสั่งการเขาไม่ได้ เราจะต้องมาแปลงร่างหนังสือใหม่ เราต้องขอความอนุเคราะห์ขอความร่วมมือทำหนังสือเรียนนายก อบจ. ให้นายก อบจ. แจ้งให้ดำเนินการ” และคำกล่าวที่ว่า “เดิมถ้าอยู่ในสังกัดเดียวกัน การสั่งงานต่างๆ มันชัดเจน เราในฐานะผู้บังคับบัญชา หรือหัวหน้าทีมสั่งตรงได้ ทั้งในทางกิ่งราชการ ทั้งทางราชการ หมายถึงว่าบางครั้งแค่เราส่งข้อความไป โทรศัพท์ไป สั่งการเร่งด่วนได้ ไม่ต้องมีหนังสือไปทุกครั้ง แต่ถ้าถ่ายโอนไปหมดเนี่ย การสั่งการต่างๆ แม้ว่าเป็นเรื่องประสานงานก็ต้องใช้หนังสือราชการที่เป็นทางการ พุดง่าย ๆ ก็ต้องเป็นทางการ ตอนนี่แกนหลักยังเป็นคนเดิม ก็ยังคุยได้อยู่ครับ..แต่ถ้าถ่ายโอนหมดแล้ว ต่อไป การเปลี่ยนถ่ายบุคลากร ความผูกพันเดิม เชิงวิชาชีพ อาจจะลดลง อันนั้นก็ต้องเป็นทางการมากขึ้น”

1.2) การติดตามตัวชี้วัดสุขภาพได้ไม่ครบถ้วน การขับเคลื่อนงานสุขภาพในระดับปฐมภูมิ หลังการถ่ายโอนไม่สามารถติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสุขภาพได้ครบถ้วน เนื่องจาก สนง.สสอ. ไม่ได้มีบทบาทเป็นผู้บังคับบัญชาอีกต่อไป ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากตัวชี้วัดที่หน่วยงานระดับตำบล มีจำนวนมาก เป็นตัวชี้วัดที่สั่งการมาจากหลายกรมภายในกระทรวงสาธารณสุข และมีความซ้ำซ้อน จึงเป็นภาระที่หนักของพื้นที่ และบางตัวชี้วัดไม่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ อีกทั้งเป็นตัวชี้วัดที่ไม่สามารถเบิกเงินได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และไม่ได้เป็นนโยบายของต้นสังกัดใหม่ คือ อบจ. ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้ “บทบาทที่ผ่านมาก่อนถ่ายโอน มันเป็นการสั่งการ เพราะฉะนั้นการดำเนินงาน ผลงานตามตัวชี้วัด ไม่ว่าจะเป็นตัวชี้วัดของกระทรวง ของผู้ตรวจของจังหวัด ถ้าเราควบคุมกำกับโดยเอา KPI [key performance indicator] มาจับ เอาผลงานมาจับ ยังไงก็ต้อง



ทำตาม เพราะว่าระบบราชการมันต้องทำตามสายผู้บังคับบัญชา” “บางอำเภอโอนย้าย 100 เปอร์เซนต์ ผลงานตกเลยเพราะหลังถ่ายโอน สายผู้บังคับบัญชาขาดเลย สิ่งที่ไม่ได้ สิ่งที่ไม่ทำเค้าก็ฟัง ผอ. คนใหม่เลย รับนโยบายของ อบจ. งานปฐมภูมิ ออกไปคัดกรอง มันต้องใช้ รพ.สต. พอ รพ.สต. ไม่ได้อยู่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เราไม่ได้เป็นผู้ได้บังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ เค้าก็ไม่ฟังเลยสสอ. ไปสั่งการไม่ได้เลย ซึ่งผมมองว่าในกระทรวงเราจะมีปัญหาแน่นอน ถ้าตราบใดที่ อบจ. เค้าไม่ให้ความสำคัญกับตัวชีวิตทางสุขภาพ มีปัญหาแน่” และคำกล่าวที่ว่า “รพ.สต. ที่เค้าสมัครถ่ายโอน ประเด็นหนึ่งที่เค้าหนักใจก็คือ การที่ตัวชีวิตเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และบางตัวชีวิตมันไม่ได้เป็นตัวชีวิตที่ตรงกับพื้นที่อะครับประเด็นไหนที่เกี่ยวข้องกับ สปสช. ก็ยังทำอยู่ครับ..... เพราะอันนี้มันเกี่ยวกับเรื่องของการเคลมค่าบริการการจัดการข้อมูลบริการเค้าก็ทำตามตัวชีวิตของ สปสช. อะครับแต่ถ้าเป็นข้อมูลตัวชีวิตปกติของกระทรวงสาธารณสุข อันนี้เราก็จะไปขับเคลื่อนยากกว่าเดิม ยกเว้น ตัวชีวิตที่สอดคล้องกับปัญหาพื้นที่ อันนี้เราทำได้ครับ”

1.3) การบังคับใช้กฎหมายในงานคุ้มครองผู้บริโภคไม่มีอำนาจเต็มที่ บทบาทอีกประการหนึ่งของ สนง.สสอ. คือ การดูแล ควบคุม กำกับงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ได้แก่ ยา อาหาร สถานพยาบาล โรงงานต่างๆ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่การกำกับดูแลยังไม่ทั่วถึงเมื่อภารกิจด้านการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิถ่ายโอนไปให้แก่ อบจ. แล้ว สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. จึงสามารถมาทำบทบาทด้านการคุ้มครองผู้บริโภคให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม มีความต้องการด้านการพัฒนาสมรรถนะด้านการใช้กฎหมายของบุคลากรพัฒนากรอบอัตรากำลัง ได้แก่ ตำแหน่งนิติกร เกสัชกร เจ้าหน้าที่สำนักงานสายสนับสนุน เป็นต้น รวมทั้งการแก้ไขกฎหมายบางฉบับเพื่อให้อำนาจแก่เจ้าหน้าที่ใน สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. ในการบังคับใช้กฎหมายแก่สถานประกอบ

การที่ทำผิดระเบียบข้อบังคับ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้ “ต่อไปเมื่อไม่มีงานต้องดูแล รพ.สต. แล้ว เพราะเอา รพ.สต. ไปหมดอะ เราเลยต้องมาเน้นหนักงานด้านนี้ ซึ่งมันจะเป็นประโยชน์กับประชาชนนะครับ บทบาทเรื่องการบังคับใช้กฎหมายที่สาละสุดูแลรับผิดชอบ เช่น พรบ. ยา พรบ. อาหาร พรบ. สถานพยาบาล แล้วต่อไปอาจจะ มี พรบ. เรื่องของกัญชา เข้ามา ... พรบ. มันมีอยู่แล้ว. แต่เดิมนั้นอาจจะเป็นเพราะว่าก่อนหน้านี้ เอ่อ..กลุ่มเป้าหมายต่างๆ อาจจะน้อย เช่น เรื่องร้านยา หรือคลินิกต่างๆ ตอนนี้นั้นเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เพราะฉะนั้นบทบาทเหล่านี้แหละครับที่เป็นบทบาท สนง.สสอ. ยังมีงานทำมัย ยังมีรับ งานกฎหมายนี้แหละครับ หนักมากเลย.....” “จุดอ่อนของ สนง.สสอ. ก็คือความไม่สมบูรณ์ในบทบาทจริงๆ ในหน้าที่ขาดเครื่องมือ เช่น กฎหมายสาละสุหลายฉบับมากให้ เราทำ แต่เราไม่มีนิติกร ไม่มีเภสัชกร.....เวลาที่เรากำกับดูแล เราต้องอาศัยเภสัชกร ในการที่จะไปตรวจจับ ปกติ เราได้ทำแต่มันไม่สุดขอยอะ เค้าทำผิดเราก็ดำเนินอันอื่นไม่ได้ เพราะเราต้องใช้อำนาจที่กระทรวงมอบให้ แต่คนถือกฎหมายคือเจ้าพนักงานสาละสุอำเภอแต่จะทำได้ก็ต้องไปดำเนินคดีถึงจังหวัด ถึงจะดำเนินคดีได้ก็มีคนร้องเรียนเราก้ไปร่วมกับอำเภอ ท้องถิ่น เป็นอำนาจในการจับกุม หรือว่าโทษปรับ ไปอยู่ที่จังหวัดหมด อันนี้เป็นทั้งก่อนถ่ายโอน และหลังถ่ายโอนที่มันเป็นจุดอ่อนอยู่” และคำกล่าวที่ว่า “อีกเรื่องหนึ่งที่เราจะต้องปรับก็คือในเรื่องของกฎหมาย ด้านกฎหมายเราไม่ค่อยถนัดไม่เก่งเรื่องกฎหมายเพราะ ฉะนั้นกรอบโครงสร้างก็เสนอไปยังส่วนกลางอาจจะทบทวนว่าสหวิชาชีพ อาจจะเพิ่มถ้าบริบทของเราจะต้องมีแพทย์แผนไทยหรือเปิดบริการทันตะอีกส่วนหนึ่งที่เราเพิ่งเสนอเพิ่มก็คือ นิติกรนั้น ก็คือให้มีนิติกรมาดูแลเรื่องนี้โดยตรง”

2) ด้านคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ หลังการถ่ายโอน คุณภาพการบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า

2.1) กลไกการประสานงานการควบคุมและป้องกันโรคไม่มีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“กระทบแน่ การควบคุมโรคติดต่อร้ายแรงก็ต้องผ่านทางสาธารณสุขเหล่านี้เดิมทีที่เราสายตรงสั่งการได้เลย ก็ต้องใช้หลักประสานงาน จึงกังวลเรื่องงานควบคุมโรค”

2.2) การกำกับ ติดตาม สนับสนุนมาตรฐานคุณภาพบริการปฐมภูมิ ไม่ชัดเจน ขาดการยอมรับบทบาทหน้าที่เดิมส่วนหนึ่งของ สนง.สสอ. คือ “การกำกับดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข ในเขตพื้นที่อำเภอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย” ซึ่งตามบทบาทนี้เป็นการกำกับดูแลหน่วยงานที่ไม่อยู่ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข หลังจากการถ่ายโอนที่ไม่ได้อยู่ในอำนาจของการบังคับบัญชา จึงไม่ยอมรับการกำกับ การนิเทศงานจากสำนักงานสาธารณสุขอีกต่อไป ดังตัวอย่างข้อมูลนี้ “แล้วเค้าบอกเลยนะครับว่าจังหวัดจะไปนิเทศเค้าไม่รับ ถ้าจะไปนิเทศต้องไปติดต่อ อบจ. เองเอง”

2.3) ประชาชนในพื้นที่ได้รับการบริการสุขภาพไม่ทั่วถึง ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้ “แต่วันนี้ รพ.สต. ไปอยู่ท้องถิ่น เค้าบอกไม่ใช่หน้าที่เค้า เค้าไม่มีตัวชีวิต แต่คำว่าตัวชีวิตของกระทรวงสาธารณสุข คือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษามากที่สุดแต่เค้าไม่ทำ เค้าถือว่าไม่ใช่หน้าที่ผมว่าทำนายสัก 5 ปี อะ คนก็จะ เป็น stroke มากขึ้น คือ กลไกการคัดกรองมันไม่มีประสิทธิภาพ” และคำกล่าวที่ว่า “ตอนนี้ รพ.สต. ไม่สามารถทำฟันได้ 8 เดือนแล้วที่นี้เนี่ย โดยที่ไม่มีทันตกรรม ชุดหินปูน เคลือบหลุมร่องฟัน มียูนิตพร้อมแต่ไม่มีบุคลากร ไม่ได้ทำอะไรเลย ... รพ.สต. เค้าไม่ทำนะ”

3) ด้านกำลังคน พบสภาพการดำเนินการดังนี้

3.1) คนล้นสำนักงานสาธารณสุขเนื่องจากบุคลากรไม่สมัครใจถ่ายโอน (ผู้รับบริการล้น รพช.) ดังผู้ให้ข้อมูล “ในส่วนของ สนง.สสอ. ณ วันที่ 1 ตุลาคม 65 ทั้งข้าราชการเดิมที่อยู่ที่นี่ก็ 14 คน บวกกับคนที่ไม่ถ่ายโอนอีก 50-60 คน วันแรกเนี่ย เต็มที่นี้เลยครับ รถไม่มีที่จอดเหมือนให้เค้ามาพักพิงก่อน แต่ผมมองว่าไม่ไหวแล้ว 1. คือ

มันไม่เกิดประโยชน์ 2. ตัวน้องเองบางคนเป็นพยาบาลค่าตอบแทน ก็เคยคุยกันซักครึ่งเดือน แล้วเดี๋ยวจะไปคุยกับโรงพยาบาลให้ว่าจะอยู่กันใหม่จะได้มีค่าตอบแทน ดีกว่าถ่ายโอนไปใครรับ ก็เหมือนบางคนใครจะไปต่างจังหวัดก็ใช้จังหวัดนี้เลย... ผมก็หาที่อยู่ใหม่ให้ เช่น โรงพยาบาลสมเด็จยุพราช โรงพยาบาลชุมชน หรือว่าต่างอำเภอ ต่างจังหวัด ที่เค้าไม่ถ่ายโอน ประมาณ ธันวาคม ก็ระบายคนไปหมด”

3.2) ขาดแคลนบุคลากรใน สนง.สสอ. ด้านงานคุ้มครองผู้บริโภค เช่น นิติกร เกษษกร ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้ “ต้องเพิ่มอัตรากำลังของผู้ดูแลสุขภาพ เพิ่มตำแหน่ง และสมรรถนะ” และคำกล่าวที่ว่า “บางครั้งมีเรื่องร้องเรียน ชาวบ้านมาฟ้องร้องโรงงาน ต้องมีนิติกรช่วยเหลือ”

3.3) บุคลากรที่ถ่ายโอนไปแล้วขอกลับเข้าปฏิบัติงานกับกระทรวงสาธารณสุข และมีจำนวนหนึ่งที่ขอไปองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มเติม ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้ “ผมมองว่าเชิงนโยบาย อยากให้ทางผู้บริหารระดับสูงหรือว่าผู้บริหารในระดับกระทรวงหรือกรมได้เข้าใจ แล้วก็สร้างขวัญและกำลังใจให้กับท่านสาธารณสุขอำเภอที่ถูกถ่ายโอนอำนาจ รพ.สต. ไปยังท้องถิ่น ซึ่งผมมองในแง่ของความรู้สึกผมว่า ผู้บริหารที่เคยบริหารงานแบบเดิมมา แต่ถูกการเปลี่ยนผ่านครั้งนี้เนี่ย กระทบกับสุขภาพจิตใจของท่านโดยตรงด้วย อยากจะให้มีการสร้างทีมในระดับที่เป็นทีมการพัฒนาในด้านสุขภาพ คือเป็นทีมที่จาก สนง.สสจ. ก็ดี จากกระทรวงก็ดี แล้วก็เราก็จะเป็นทีมที่จะเข้าไปซัพพอร์ตในทางวิชาการแล้วก็ด้านประสานงานการบริหารงาน แล้วก็สร้างความเชื่อมั่นว่าเค้าก็ไม่ได้ถูกทางกระทรวงสาธารณสุขมองข้าม หรือว่าสภาพจิตใจหรือสภาพการทำงานยังมีคุณภาพมาตรฐานอยู่ ยังเซฟสาธารณสุขอำเภออยู่” และคำกล่าวที่ว่า “ตอนนี้ผ่านไปประมาณ 8-9 เดือนแล้ว ก็เริ่มมีอยากกลับ ผมก็เลยบอกว่ามันก็ทำขึ้นมา ผมก็รับมาไว้ที่สำนักงาน แล้วก็ทำไปที่ สสจ. จริงๆ มันโอนกลับมาได้ ถ้ามีช่องทาง แต่ปัญหาคือกระทรวงเรายังเฉยอยู่ ไม่

เปิดช่องให้ เพราะมันมีคนที่อยู่ต่างอำเภอเค้าก็ส่งมาในกลุ่มว่าเครียด จะฆ่าตัวตายอย่างนั้นอย่างนี้ก็มี ก็ปรึกษากันอยู่ตอนนี้แค่ 10 คนเนี่ย ออกกลับมาก็ 9 คน ผมก็รวมๆ ส่งไปที่ สสจ. ทบทวนแล้วส่งไปที่กระทรวง แต่กระทรวงเค้าก็ยังเงียบอยู่ตอนนี้ เค้าก็รออยู่ แต่สุดท้ายถ้าไม่ได้ไปเค้าคงลาออก ซึ่งตอนนี้ทำให้คนลาออกก่อนถ่ายโอนเนี่ยประมาณ 3 คนแล้ว”

4) ด้านการเงินการคลัง

4.1) งบประมาณสนับสนุน สนง.สสอ. ลดลง

“ถ้าไม่ได้รับเงิน UC... ต่อไป เงินงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขก็ลดลงไปเรื่อย ๆ ถ้า รพ.สต. ไปหมด ...มันก็ลำบาก แค่ว่าสาธารณสุขปโภค ค่าใช้สอยเนี่ยก็ไม่พอละครับ ตอนนี้ได้หลักหมื่นต่อปี ก็เดิมได้รับความช่วยเหลือจาก รพ.สต. จากแม่ข่าย ก็คือ CUP [contracting unit for primary care] เนี่ยแหละ. ก็กระทรวงต้องไฟท์กับรัฐบาลในการดูแลสำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้เป็นหัวหน้าส่วนราชการอำเภอ ก็ต้องมีเงินมาเพิ่มให้ ไปทำบทบาท

หลัก 4 ด้าน ในฐานะหัวหน้าส่วน ทำแผนสุขภาพอำเภอ ดูแลดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคไข่มัยครั้บ ประสานในเรื่องของหน่วยงานต่างๆ ด้านสุขภาพในพื้นที่..” และคำกล่าวที่ว่า “ส่วนของค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนทาง สสอ. ก็คือเดิม CUP ก็มีค่าบริหารจัดการของคนแยกมีค่าบริหารจัดการปีละ150,000 ปี 2566 ยังได้เหมือนเดิมแล้วก็จะมีความจำเป็นที่ สสอ. ซึ่งเป็น พกส. [พนักงานกระทรวงสาธารณสุข] 2 คน ก็ยังจัดสรรเหมือนเดิม แต่ว่าวันข้างหน้าอาจจะต้องมาพิจารณาเพราะว่าก่อนหน้านี้เหมือนกับว่าลงขันมันมีส่วนหนึ่งของ รพ.สต. ด้วย ก็ตัดจัดสรร สามารถที่จะดูแล สสอ. ได้ แต่วันข้างหน้าก็ยังไม่รู้ว่าจะยังงี้ก็ต้องมาพูดคุยกันอีกที”

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทที่พึงประสงค์ของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. เพื่อการอภิบาลระบบสุขภาพหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ จำนวน 354 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทที่พึงประสงค์ของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. เพื่อการอภิบาลระบบสุขภาพหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ.

ข้อความ	Mean	SD.	ระดับ
ด้านการบริหารจัดการ			
1. ร่วมดำเนินงานในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของ คปสอ. และ คปสจ. และขับเคลื่อนตามกลไกอื่นที่ สสอ./สสจ. เป็นกรรมการ เช่น ศปถ.อำเภอ กสพ. กวป.	4.36	0.81	มาก
2. ขับเคลื่อนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในระดับอำเภอ/จังหวัด และดำเนินงานตามนโยบาย (policy implementation) ของกรม/กระทรวง	4.38	0.79	มาก
3. ร่วมพัฒนาระบบสารสนเทศ สื่อสารด้านสุขภาพ และจัดการข้อมูลสารสนเทศ การพัฒนาคลังความรู้ด้านสุขภาพสำหรับพื้นที่	4.35	0.80	มาก
4. สนับสนุนงานวิชาการให้ รพ.สต. ต่างๆ เช่น วิจัยจากงานประจำ หลักฐานเชิงประจักษ์ การจัดการความรู้	4.28	0.85	มาก
5. ควบคุม กำกับ และติดตามคุณภาพการบริการสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต. ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	4.33	0.91	มาก
6. สนับสนุนและพัฒนาการปฏิบัติงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ	4.27	0.83	มาก
7. ประเมินภาวะสุขภาพของประชาชนและจัดทำเป็นสารสนเทศด้านสุขภาพ	4.21	0.81	มาก
8. เป็นศูนย์กลางของข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและความถูกต้อง แม่นยำ ของข้อมูล	4.29	0.83	มาก

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทที่พึงประสงค์ของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. เพื่อการอภิบาลระบบสุขภาพหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. (ต่อ)

ข้อความ	Mean	SD.	ระดับ
9. ร่วมเป็นคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่และมีการร่วมปฏิบัติงานกับ อบจ. หรือ อปท. ในพื้นที่ เช่น เทศบาล อบต.	4.29	0.84	มาก
10. ร่วมประเมินคุณภาพของประชาชน ข้อร้องเรียน เสียงสะท้อนจากประชาชน และพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการของประชาชน	4.32	0.82	มาก
11. สนับสนุน ประสานงานและพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อจาก รพ.สต. ไปยังสถานบริการสุขภาพที่สูงขึ้น	4.36	0.87	มาก
12. เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	4.38	0.72	มาก
13. สนับสนุนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	4.35	0.73	มาก
14. สนับสนุนให้เกิดภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ	4.28	0.72	มาก
ภาพรวม	4.33	0.61	มาก
ด้านการบริหารจัดการกำลังคน			
15. สนับสนุนให้ รพ.สต. มีการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมต่อการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น การพัฒนาพลเมืองตื่นรู้	4.40	0.75	มาก
16. พิจารณาทบทวนอัตรากำลังของ รพ.สต. ที่ยังคงอยู่กับ สนง.สสอ./สนง.สสจ.	4.50	0.72	มาก
17. พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรที่อยู่ สนง.สสอ./สนง.สสจ. เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ตอบสนอง พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	4.56	0.69	มาก
18. จัดสรรกำลังคนเพื่อสนับสนุนภารกิจเฉพาะให้กับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ในการปฏิบัติงานได้ตอบสนอง พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	3.70	1.17	มาก
19. ทบทวนลักษณะงานของบุคลากร รพ.สต. ที่ยังคงอยู่กับ สนง.สสอ./สนง.สสจ. ให้เป็นไปตามภารกิจเพื่อตอบสนอง พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	4.48	0.69	มาก
20. พิจารณากำลังคนของ รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอน ให้การปฏิบัติงานได้ตอบสนอง พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	4.40	0.78	มาก
ภาพรวม	4.36	0.57	มาก
ด้านการบริหารการเงินการคลัง			
21. พิจารณาการจัดงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ universal health coverage (UC) ในส่วนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) เพื่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพในพื้นที่อำเภอ/จังหวัด	4.37	0.81	มาก
22. สนับสนุนและประสานงานเกี่ยวกับงบประมาณ จากหน่วยบังคับบัญชาให้ รพ.สต. สามารถดำเนินงานตามนโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาล	4.15	0.83	มาก
23. ร่วมพิจารณาประเมินและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่	4.34	0.71	มาก
24. สนับสนุนและแนะนำการจัดสรรงบประมาณพื้นฐานให้แก่ รพ.สต. จาก CUP/จังหวัด	4.17	0.92	มาก
25. ร่วมพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจาก CUP/สสจ./กระทรวงสาธารณสุขในภารกิจของ รพ.สต. ที่เป็นเฉพาะทาง	4.18	0.88	มาก
ภาพรวม	4.24	0.68	มาก

กพ.=คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล ระดับจังหวัด, กสพ.=คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่, คปสจ.=คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับจังหวัด, คปสอ.=คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ, พรบ.=พระราชบัญญัติ, รพ.สต.=โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ศปถ.=ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน, สนง.=สำนักงาน, สสจ.=สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สสอ.=สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, อบจ.=องค์การบริหารส่วนจังหวัด, อบต.=องค์การบริหารส่วนตำบล, อปท.=องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, CUP= contracting unit for primary care, P&P =promotion and prevention



จากตารางเห็นได้ว่า มีความคิดเห็นว่าบทบาทที่พึงประสงค์ของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. ด้านการบริหารจัดการ ด้านการบริหารจัดการกำลังคน และด้านการบริหารการเงินการคลังอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

การประชุมเชิงผู้เชี่ยวชาญระยะที่ 3 ของการวิจัยสรุปประเด็นว่า สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. มีบทบาทเชิงวิชาการสนับสนุน เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลความรู้แก่หน่วยบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบเตรียมพร้อมการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. รวมทั้งวางแผนเตรียมความพร้อมในการแก้ไขปัญหาในระยะเปลี่ยนผ่านร่วมกันก่อนการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. และจากทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยมุ่งเน้นการขับเคลื่อนบนฐานความรู้ (innovation driven) ประกอบกับแนวคิดการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system: DHS) ในการสร้างความร่วมมือแบบบูรณาการในระดับตำบลด้วยกระบวนการจัดการสุขภาพในระดับชุมชนและท้องถิ่นและสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ต่อยอดความสำเร็จด้วยการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม โดยเฉพาะการให้บริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพที่เน้นความรู้ นำการบริการ เน้นการพัฒนาคนปฐมภูมิให้มีสมรรถนะสูงขึ้น โดยกระบวนการจัดการเรียนรู้ตามบริบทในพื้นที่เพื่อให้ประชาชนพึ่งตนเองและเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานและประชาชนมองเห็นคุณค่าของงานปฐมภูมิ ดังนั้นการยกระดับบทบาทหน้าที่ของ สนง.สสอ. ให้เป็นสำนักวิชาการด้วยการพัฒนาการจัดการความรู้ การวิจัยและนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะพื้นที่ในอำเภอ โดยการสนับสนุนจาก สนง.สสจ. และระดับนโยบายกระทรวงที่ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะของ สนง.สสอ. ในการให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลสารสนเทศเชิงประจักษ์ จึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะนำไปสู่การพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพต่อไป ซึ่งการสังเคราะห์และใช้ความรู้และการดูภาพรวม เป็นหน้าที่

หลักประการหนึ่งในการอภิบาลระบบสุขภาพ ผู้วิจัยนำเสนอให้แก้ไขเพิ่มเติม ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ข้อ 20 (3) และ ข้อ 21 (3) สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. มีอำนาจหน้าที่กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข ในเขตพื้นที่จังหวัด และอำเภอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มาเป็นบทบาท “ประสานงานกับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปแล้วในเรื่องเกี่ยวกับงานบริการสุขภาพและติดตามผลงานตัวชี้วัดด้านสุขภาพ” ผ่าน อบจ. และ อบจ. จะกำกับดูแล ตามขอบเขตที่ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. รับผิดชอบดูแล ซึ่งคงเป็นบทบาทในกรอบอำนาจหน้าที่เดิมตามกฎกระทรวง ข้อ 20 (4) และ 21 (4) คือ ส่งเสริม สนับสนุนและประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด/อำเภอให้ เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง และ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. บางแห่งเคยมีประสบการณ์และแนวทางปฏิบัติประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลมาแล้วเกี่ยวกับการติดตามตัวชี้วัดด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงเสนอให้มีการแก้ไขกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ข้อ 21 (2) อำนาจ สนง.สสอ. แก้ไขเป็น “ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสาธารณสุข เพื่อรองรับปัญหาสุขภาพ และการดำเนินการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ” แทนบทบาทการดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอเนื่องจากไม่มีหน่วยบริการปฐมภูมิในกำกับดูแล แต่อย่างไรก็ตามบทบาทของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. ก็ยังคงมีบทบาทในการกำกับ ประเมินผล ติดตาม การบริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อขับเคลื่อนการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

วิจารณ์และข้อยุติ

บทบาทที่พึงประสงค์ของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. ในการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับจังหวัดและอำเภอที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. พบรายละเอียด ดังนี้

สถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. ทั้งการถ่ายโอนไปทุกแห่งหรือบางแห่งก็ตาม เป็นการสูญเสียบทบาทภารกิจหลักที่ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. เคยมีในฐานะผู้บังคับบัญชาสั่งการ กำกับดูแล รพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพด่านหน้าให้กับประชาชนมาตลอดระยะเวลายาวนาน⁽¹⁰⁾ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. บางแห่งเคยมีประสบการณ์และแนวทางปฏิบัติประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลมาแล้ว หากที่ผ่านมารการถ่ายโอนไป อบจ. อยู่ในระยะของการปรับตัวต่อการเปลี่ยนต้นสังกัดและสายการบังคับบัญชา ซึ่งทั้งฝ่ายสาธารณสุข และ อบจ. ได้ใช้รูปแบบการอภิบาลโดยรัฐ (hieratical governance) มีการจัดการพื้นฐานโดยใช้อำนาจสั่งการจากผู้บังคับบัญชาตามระบบและโครงสร้างการบังคับบัญชาที่ชัดเจนตามลำดับชั้นหลายขั้นตอนที่เน้นการใช้ กฎ ระเบียบ และตรวจสอบ ส่งผลให้มีความคล่องตัวน้อย เกิดความล่าช้าไม่ทันการณ์⁽¹¹⁾ โดยเฉพาะการประสานงานข้ามกระทรวง ผลการวิจัยนี้จึงพบปัญหาในการประสานงานกับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. แล้ว เพราะ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. สั่งการโดยตรงไม่ได้เหมือนเดิม ต้องประสานงานด้วยหนังสือราชการขอความอนุเคราะห์หรือความร่วมมือจาก อบจ. สะท้อนให้เห็นถึงจุดอ่อนของการสั่งการภาครัฐที่ควรลดทอนชั้นการบังคับบัญชาเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติและเตรียมความพร้อมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรองรับการถ่ายโอนในรอบต่อไป ทั้งนี้สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา และคณะ (2564) ที่สะท้อนว่าโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดินในปัจจุบันเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการความร่วมมือด้านข้อมูลสุขภาพระหว่างกระทรวง แม้ในระดับจังหวัดจะมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้มีอำนาจ

หน้าที่กำกับดูแลส่วนราชการในระดับภูมิภาคและ อปท. ก็ตาม⁽¹²⁾ ผลการวิจัยครั้งนี้พบข้อมูลเชื่อมโยงให้เห็นผลกระทบจากการยุติบทบาทของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. ในการบังคับบัญชา รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. ต่อการติดตามตัวชี้วัดสุขภาพในพื้นที่บางแห่งลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับในช่วงก่อนการถ่ายโอนฯ และประสบปัญหาการติดตามตัวชี้วัดได้ไม่ครบถ้วนแสดงให้เห็นถึงข้อดีของการอภิบาลโดยระบบราชการ (governance by government) ที่มีรูปแบบการใช้อำนาจโดยการบังคับบัญชาด้วยรากฐานของเหตุผลคือความเป็นทางการและกระบวนการที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ตามที่ต้องการได้ สภาพปัญหาการติดตามตัวชี้วัดรวมทั้งผลการดำเนินงานที่ลดลงนั้นเป็นเพราะหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลได้รับมอบภารกิจตัวชี้วัดที่มาจากหลายกรมภายในกระทรวงสาธารณสุข มีความซ้ำซ้อน ไม่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ อีกทั้งเป็นตัวชี้วัดที่ไม่สามารถเบิกเงินได้จาก สปสช. และไม่ได้เป็นนโยบายของต้นสังกัดใหม่ คือ อบจ. ผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการกำหนดเป้าหมายการบริการปฐมภูมิจากนโยบายส่วนกลางที่ไม่ตรงกับปัญหาพื้นที่หรือไม่ได้คำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (patient centered) ตามแนวคิดบริการสุขภาพปฐมภูมิใน พรบ. ปฐมภูมิ 2562 ที่ต้องให้ชุมชนเป็นฐานสำคัญจากข้างล่างขึ้นมาตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มี การบูรณาการประสานพลังร่วมสร้างเป้าหมายผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนที่เป็นเอกภาพอย่างแท้จริง ทั้งนี้เป็นเพราะยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของการขับเคลื่อนการอภิบาลระบบสุขภาพโดยเครือข่ายด้วยกลไก กสพ. ระดับจังหวัด ซึ่งการพัฒนาการอภิบาลระบบสุขภาพควรพัฒนาให้เกิดเครือข่ายอภิบาลให้เข้มแข็ง⁽¹³⁾ โดยเน้นการอภิบาลระบบสุขภาพด้วยแนวคิดประชาชนเป็นศูนย์กลาง และประชาชนได้รับบริการสุขภาพได้ตามแนวทางเดิม เพื่อให้ไม่เกิดช่องว่างการให้บริการ เกิดการให้บริการไร้รอยต่ออย่างแท้จริง

กับประชาชน⁽¹⁴⁾

บทบาทการควบคุมกำกับ (regulator) คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ: การแก้ไขกฎกระทรวงและสร้างระบบให้ได้รับการยอมรับ ผลการวิจัยพบว่า สนง.สสอ. บางแห่งประสบปัญหาจำนวนบุคลากรที่ไม่สมัครใจถ่ายไอออนไป อบจ. ส่งผลให้มีบุคลากรเหลือที่ สนง.สสอ. จำนวนเกินภารกิจของ สนง.สสอ. การได้รับงบประมาณลดลงจากการไม่มี รพ.สต. ในกำกับ ทำให้ สนง.สสอ. บางแห่งแก้ปัญหาในระยะเปลี่ยนผ่านโดยการจัดตั้งคลินิกให้บริการสุขภาพ ถึงแม้ว่ากฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ข้อ 21 (2) ให้ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอได้ แต่กระทรวงไม่ได้มอบอำนาจให้จัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพเองเพราะมีความซ้ำซ้อนกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอยู่ในพื้นที่ ดังนั้นกองบริหารทรัพยากรบุคคลสำนักงานปลัดกระทรวง จึงควรสอบถามความต้องการของบุคลากรสาธารณสุขที่ยังไม่ได้ถ่ายไอออนไป อบจ. อีกครั้งโดยให้เลิกไปทำงานกับหน่วยบริการสุขภาพและทำงานใน รพ.สต. ที่ยังไม่ได้ถ่ายไอออนไป อบจ. และมีการบริหารเกี่ยวกับตำแหน่งอีกครั้ง เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการ ผลการวิจัยที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงปัญหาที่พบในพื้นที่ที่มีการถ่ายไอออน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. พบว่า ในบางแห่งมีกลไกการประสานงานการควบคุมและป้องกันโรคไม่มีประสิทธิภาพการกำกับ ติดตาม สนับสนุนมาตรฐานคุณภาพบริการปฐมภูมิยังไม่ชัดเจนและไม่ได้รับการยอมรับ ประชาชนในพื้นที่ได้รับการบริการสุขภาพและการคัดกรองโรคไม่มีประสิทธิภาพจากการขาดแคลนบุคลากร สะท้อนถึงผลกระทบของการถ่ายไอออนฯ ต่อประชาชน จึงเป็นความจำเป็นที่ผู้เกี่ยวข้องโดยตรงในพื้นที่ ได้แก่ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. ต้องเน้นบทบาทอภิบาลระบบสุขภาพตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิ ตามที่ พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 แต่จากการศึกษาของ ดาราวรรณ รongเมือง (2565) พบว่าแนวทางการพัฒนา รพ.สต.ติด

ดาว เป็นมาตรฐานที่มีคุณภาพมากที่สุดในปัจจุบันแต่ก็ยังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ เกณฑ์การประเมินบางข้อไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ การประเมินประกอบด้วยที่ระดับภายในอำเภอ/จังหวัด ประเมินกันเองทำให้เป็นการประเมินแบบให้การช่วยเหลือเพื่อให้คะแนนผ่านส่งผลให้ไม่เกิดการพัฒนาคุณภาพตามความเป็นจริง ดังนั้นจึงเป็นโอกาสที่ สนง.สสอ. จะได้พัฒนาบทบาทการควบคุมกำกับ (regulator) คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เด่นชัด ทั้งในระยะเปลี่ยนผ่านที่มีการถ่ายไอออนไปบางส่วนและระยะที่มีการถ่ายไอออนเสร็จสมบูรณ์แล้ว ซึ่งจะปฏิบัติตามหลักการที่ว่าหน่วยงานใดที่เป็นผู้ควบคุมกำกับมาตรฐานก็ไม่สมควรที่จะเป็นผู้ให้บริการไปพร้อมๆ กัน⁽¹⁵⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุขให้มีการแก้ไขกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ พ.ศ. 2560 เพื่อให้บทบาทหน้าที่ของ สนง.สสอ. มีความสอดคล้องกับโครงสร้างการบริหารงานที่ไม่มีหน่วยงานบริการสุขภาพปฐมภูมิในกำกับโดยแก้ไข ตัดข้อความอำนาจ ข้อ 21 (2) “ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ” ออก และแก้ไข ข้อ 21 (3) ที่กำหนดว่า “กำกับดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข ในเขตพื้นที่อำเภอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ” เป็น “กำกับ ดูแล สนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข และประเมินมาตรฐานคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิของทุกภาคส่วน ในเขตพื้นที่อำเภอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและ มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ” ซึ่งปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมิมีการประเมินคุณภาพโดยใช้เกณฑ์ รพ.สต. ติดตามโดย สนง.สสอ. ต้องเสริมสร้างสมรรถนะตนและสร้างระบบควบคุมกำกับมาตรฐานให้เป็นที่ยอมรับผ่านกลไก กสพ. ที่มีบทบาทโดยตรงในพื้นที่

บทบาทการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ผลการ

วิจัยพบว่า สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. ได้มีการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ภายใต้กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 โดยการลดบทบาทการกำกับดูแล รพ.สต. ในการบริการปฐมภูมิ เป็นโอกาสของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. ในการปรับเสริมการปฏิบัติงานในบทบาทเดิมโดยเฉพาะเรื่องบทบาทการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ข้อ 20 (3) และข้อ 21 (3) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลายท่านได้แสดงมุมมองที่จะพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นอำนาจหน้าที่ของ สนง.สสอ. ตามคำสั่งที่แต่งตั้งให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย เช่น พรบ.อาหาร เครื่องสำอาง ยา เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย ยาเสพติด สถานบริการสุขภาพ และอื่นๆ จึงควรให้การสนับสนุนโดยจัดอบรมให้แก่ สนง.สสจ. รพ.สต. ในการพัฒนาบทบาทของสาธารณสุขอำเภอในการคุ้มครองผู้บริโภคตามกฎหมายที่มีอยู่เดิมโดยการเสนอแนะให้ สนง.สสจ. สนับสนุนส่งเสริมความรู้ด้านกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคและแนวทางบังคับใช้กฎหมาย

การสนับสนุนปัจจัยพื้นฐานการบริหารจัดการ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนข้อจำกัดการจัดสรรทรัพยากรด้านบุคลากรและด้านงบประมาณที่จำเป็นในการปฏิบัติของ สนง.สสอ. ไม่ว่าจะเป็นบทบาทเดิม และบทบาทใหม่ที่ปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาขึ้น เพื่อการอภิบาลระบบสุขภาพในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนรองรับการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. สมบูรณ์ครบถ้วน ซึ่งการที่จะตัดสินใจพิจารณาความพอเพียงในการจัดสรรทรัพยากรบุคคลและงบประมาณนั้นยังไม่มีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพียงพอจะนำมาใช้กำหนดเกณฑ์พิจารณาดังกล่าวเนื่องจากความไม่ชัดเจนในบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปและความสมบูรณ์ของปริมาณภาระงานที่จะเกิดขึ้นควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพประสิทธิภาพของงานต่างๆ จึงควรที่จะมีการศึกษารวบรวมข้อมูลอย่างเป็น

ระบบต่อไปเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาระบบจัดสรรงบประมาณและอัตรากำลังให้สอดคล้องกับการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ต่อไป อย่างไรก็ตามในระยะเปลี่ยนผ่านผู้วิจัยได้เสนอแนะให้ สนง.สสจ. ช่วยบริหารจัดการแก้ไขปัญห้อัตรากำลัง และงบประมาณที่จัดสรรของ สนง.สสอ. ไปพลางก่อน

ข้อเสนอเชิงนโยบายรูปแบบบทบาทที่พึงประสงค์ของ สนง.สสจ. และ สนง.สสอ.

แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะการเปลี่ยนผ่าน หมายถึง ระยะที่อยู่ระหว่างการทยอยการถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ไปบางส่วน ตามความสมัครใจและความพร้อมของแต่ละพื้นที่ และระยะการถ่ายโอนสมบูรณ์ หมายถึง ระยะที่มีการถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ไปทั้งหมดทุกแห่ง คงเหลือเพียงหน่วยงานบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลเฉพาะทางที่อยู่ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ที่ยังคงอยู่ในความดูแล ควบคุมกำกับการทำงาน ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับบทบาทในระยะเปลี่ยนผ่าน

บทบาทของ สนง.สสจ. มีดังนี้

1. สนง.สสจ. ดำเนินการตามบทบาทหน้าที่เดิม และดำเนินการตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เพื่อกำกับกรปฏิบัติงานของ สนง.สสอ. และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งที่ไม่ได้ถ่ายโอน และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องรวมถึง อบจ. สอน. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ.

2. ทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงของบุคลากรใน สนง.สสอ. เพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่ สนง.สสอ. เกี่ยวกับบทบาทที่ปรับเปลี่ยนหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. รวมทั้งการส่งเสริมสมรรถนะการปฏิบัติงานของ สนง.สสอ. เพื่อให้มีสมรรถนะในการทำหน้าที่เป็นหัวหน้าสำนักวิชาการ

หรือปรับ สนง.สสอ. เป็นศูนย์วิชาการ ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งภายใต้การกำกับดูแลของ สนง.สสจ. มีบทบาทในการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่ การให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลสารสนเทศเชิงประจักษ์ ศึกษาวิจัยและพัฒนาประเด็นการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่

3. ดูแลช่วยเหลือ สนง.สสอ. ในการเกลี้ยอัตรากำลัง โดยเฉพาะ สนง.สสอ. ที่มีเจ้าหน้าที่ย้ายมาเป็นจำนวนมาก เนื่องจากไม่สมัครใจถ่ายโอนไป อบจ. ซึ่งทางเลือกของการเกลี้ยอัตรากำลังมี 2 ช่องทางคือ 1) ให้ผู้ไม่ประสงค์จะถ่ายโอนปฏิบัติงานที่ สอน. และ รพ.สต. ใกล้เคียงที่ยังไม่ถ่ายโอนและกรอบอัตรากำลังไม่เต็มตามกรอบ หรือ 2) ให้ปฏิบัติงานอยู่ที่ สอน. และ รพ.สต. เดิม แม้ว่าจะถ่ายโอนไปแล้วแต่ให้ปฏิบัติงานในลักษณะการช่วยราชการที่ยังคงสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

บทบาทของ สนง.สสอ. มีดังนี้

ควรมีการปรับบทบาทหน้าที่บางส่วน ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ข้อ 21 ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้มีการแก้ไข ข้อ 21 (2) และ (3) ส่วนข้ออื่นๆ ยังคงเดิม ดังนี้

บทบาทหน้าที่ตามกฎกระทรวงฯ ข้อ 21 (1) กำหนดว่า “จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ” คงเดิม

1. บทบาทหน้าที่ตามกฎกระทรวงฯ ข้อ 21 (2) กำหนดว่า “ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ” แก้ไขเป็น “ศึกษาวิเคราะห์ วิจัย และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสาธารณสุข เพื่อรองรับปัญหาสุขภาพ และการดำเนินการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ” ทั้งนี้เป็นการยกระดับบทบาทหน้าที่เป็นสำนักวิชาการมากขึ้น การให้คำปรึกษา และให้ข้อมูลสารสนเทศเชิงประจักษ์ และมีความเฉพาะต่อปัญหาสุขภาพของพื้นที่ในอำเภอ และการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพ

2. บทบาทหน้าที่ตามกฎกระทรวงฯ ข้อ 21 (3) กำหนดว่า “กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข ในเขตพื้นที่อำเภอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมายมีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ” แก้ไขเป็น “กำกับ ดูแลสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข และประเมินมาตรฐานคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิของทุกภาคส่วน ในเขตพื้นที่อำเภอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ”

3. บทบาทหน้าที่ตามกฎกระทรวงฯ ข้อ 21 (4) กำหนดว่า “ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ ให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง” คงเดิม โดยการประสานงานกับทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ รวมทั้งภาคเอกชน

4. บทบาทหน้าที่ตามกฎกระทรวงฯ ข้อ 21 (5) กำหนดว่า “พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ” คงเดิม ทั้งนี้ในระยะเวลาการเปลี่ยนผ่าน ควรมีการศึกษา วิเคราะห์ระบบสารสนเทศ และข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของพื้นที่ ที่สอดคล้องกับบทบาทที่แก้ไขในข้อ 21 (1), (2) และ (3)

5. บทบาทหน้าที่ตามกฎกระทรวงฯ ข้อ 21 (6) กำหนดว่า “ปฏิบัติงานร่วมกันหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย จากการประชุมคณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขอำเภอ” คงเดิม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับบทบาทในระยะถ่ายโอนสมบูรณ์

บทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ควรมีการดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้มีการปรับโครงสร้างการบริหาร อันเนื่องมาจากการถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. ไป อบจ.

ดังนี้

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรแก้ไขกฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ในข้อ 21 (2) และ (3) เสนอให้รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาเพื่อให้บทบาทหน้าที่ของ สนง.สสอ. สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหารงานที่ไม่มีหน่วยงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ (สอน. และ รพ.สต.) ในกำกับ ดังนี้

ข้อ 21 (2) เดิมกำหนดว่า “ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ” แก้ไขเป็น “ศึกษาวิเคราะห์ วิจัย และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสาธารณสุข เพื่อรองรับปัญหาสุขภาพ และการบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ” ทั้งนี้เป็นการยกระดับบทบาทหน้าที่ให้เป็นสำนักวิชาการ การให้คำปรึกษา และให้ข้อมูลสารสนเทศเชิงประจักษ์ และมีความเฉพาะต่อปัญหาสุขภาพของพื้นที่ในอำเภอ และการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพ

ข้อ 21 (3) เดิมกำหนดว่า “กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและ มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ” แก้ไขเป็น “กำกับ ดูแล สนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข และประเมินมาตรฐานคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิของทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่อำเภอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ”

2. กระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายให้กรม กองต่างๆ เช่น กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค ฯลฯ ทบทวนตัวชี้วัดทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพื้นที่ ส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยร่วมกันในการกำหนดตัวชี้วัดทางสุขภาพที่

จำเป็นในระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ ประสานงานกับกระทรวงมหาดไทย และกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อร่วมกำหนดตัวชี้วัดทางสุขภาพระดับพื้นที่ และตัวบ่งชี้การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อขับเคลื่อนการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นไปตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหารระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. ให้แก่ อบจ.

3. กระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายที่ส่งเสริมให้ สนง.สสอ. มีงบประมาณในการดำเนินการตามบทบาทอำนาจหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น ในบทบาทของการเป็นผู้ประเมินมาตรฐานคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิ โดยพิจารณาจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้กับการประเมินมาตรฐานคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิ โดยมีการจัดสรรให้แก่ สนง.สสอ. อย่างเหมาะสมตามปริมาณงาน ทั้งนี้เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขมีงบประมาณเพียงพอในการบริหารงานตามอำนาจหน้าที่ได้อย่างเพียงพอ

4. กระทรวงสาธารณสุขควรมีการทบทวนกรอบอัตรากำลังของ สนง.สสอ. ในตำแหน่งนิติกรและเจ้าพนักงานธุรการอย่างน้อยตำแหน่งละ 1 อัตรา ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ สนง.สสอ. สามารถปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ การประเมินมาตรฐานคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิ การพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคให้มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทบาทของ สนง.สสจ. ยังคงมีอำนาจหน้าที่เดิมตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ข้อ 20 (1) – (6) ทั้งนี้ควรมีการปรับในส่วนของรายละเอียดในการปฏิบัติงานการเป็นที่ปรึกษา และส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรใน สนง.สสอ. ให้สอดคล้องกับการปรับเปลี่ยนบทบาทของ สนง.สสอ. โดยเฉพาะในบทบาทที่ สนง.สสอ. ยกระดับเป็นสำนักวิชาการ และเป็นผู้ประเมินในการ



ประเมินมาตรฐานคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิของทุกภาคส่วน ในเขตพื้นที่อำเภอ และการพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภค ได้แก่

1. ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการยกระดับของ สนง.สสอ. ให้เป็นสำนักวิชาการ มีสมรรถนะในการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสาธารณสุข เพื่อรองรับปัญหาสุขภาพ และการดำเนินบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ของจังหวัด

2. เป็นที่ปรึกษา และส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรใน สนง.สสอ.

3. พิจารณาปรับปรุงระบบสารสนเทศให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ที่แก้ไขเพิ่มเติม และปรับระบบข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดสุขภาพให้สอดคล้องกับลักษณะตัวชี้วัดสุขภาพของพื้นที่

บทบาทของ สนง.สสอ. ในระยะการถ่ายโอนสมบูรณ เป็นระยะที่ไม่มี สอน. และ รพ.สต. อยู่ในกำกับ และมีบทบาทและอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ข้อ 21 และได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมใหม่ หลังจากการถ่ายโอน ทั้งนี้หลังการถ่ายโอนมีจุดเน้น จุดเปลี่ยนในการดำเนินงาน ดังนี้

1. สนง.สสอ. ควรมีการปรับบทบาทหน้าที่ ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่มีการประกาศใหม่หลังการถ่ายโอน) ข้อ 21 (2) ที่ควรมีการแก้ไขเป็น “ศึกษาวิเคราะห์ วิจัย และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสาธารณสุข เพื่อรองรับปัญหาสุขภาพ และการดำเนินบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ” โดยมีประเด็นสำคัญในการปรับเปลี่ยน ดังนี้

1.1 เป็นการยกระดับบทบาทหน้าที่เป็นสำนักวิชาการ ด้วยการศึกษ วิเคราะห์ วิจัยและการพัฒนา

นวัตกรรม และนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย ไปสู่การวางแผนกลยุทธ์ด้านการสาธารณสุขระดับอำเภอ เพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในอำเภอ

1.2 พัฒนาสมรรถนะการให้คำปรึกษา และให้ข้อมูลสารสนเทศเชิงประจักษ์ นำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพ

2. สนง.สสอ. ควรปรับบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่มีการประกาศใหม่หลังการถ่ายโอน) ข้อ 21 (3) ที่ควรมีการแก้ไขเป็น “กำกับ ดูแลสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข และประเมินมาตรฐานคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิของทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่อำเภอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ” มีประเด็นสำคัญในการปรับเปลี่ยน ดังนี้

2.1 เป็นผู้ประเมินมาตรฐานคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิของทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่อำเภอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

2.2 พัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพให้มีความครอบคลุมทุกด้านในพื้นที่และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. สนง.สสอ. ควรมีการทบทวนบทบาทหน้าที่ในข้อ 21 (5) ที่กำหนดว่า “พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ” โดยมีการพิจารณาปรับปรุงระบบสารสนเทศให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ที่แก้ไขเพิ่มเติม และปรับระบบข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดสุขภาพให้สอดคล้องกับลักษณะตัวชี้วัดสุขภาพของพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ มีข้อเสนอแนะดังนี้

1.1 ผลการวิจัยพบว่าเมื่อมีการถ่ายโอน รพ.สต. ให้กับ อบจ. บทบาทของ สนง.สสจ. ด้านการบริการปฐมภูมิลดลง ดังนั้น สนง.สสจ. จึงควรพัฒนาสมรรถนะการดำเนินงานในบทบาทหน้าที่ในการกำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการพัฒนางานด้านคุ้มครองผู้บริโภค มีการสนับสนุนในทางวิชาการและการเสริมสร้างสมรรถนะด้านต่างๆ เช่น การสร้างและผลิตผลงานวิจัย/นวัตกรรม รวมทั้งทักษะการประสานงานต่างๆ

1.2 ผลการวิจัยพบว่า กลไกการประสานงานการควบคุมและป้องกันโรคไม่มีประสิทธิภาพ การกำกับติดตามสนับสนุนมาตรฐานคุณภาพบริการปฐมภูมิไม่ชัดเจน ขาดการยอมรับ และประชาชนในพื้นที่ได้รับการบริการสุขภาพ และการคัดกรองโรคไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. ควรมีบทบาทหน้าที่เข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้านคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมกับ อบจ. หรือเป็นที่เลี้ยงให้กับ อบจ. ที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ในทุกๆ บทบาท

1.3 ผลการวิจัยพบว่า ขาดแคลนบุคลากรใน สนง.สสอ. ด้านงานคุ้มครองผู้บริโภค เช่น นิติกร เกษัชกร ดังนั้น จึงควรเพิ่มบุคลากรด้านที่ขาดแคลนเพื่อให้มีบทบาทหน้าที่ตามที่ควรจะเป็น

2. กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงมหาดไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนดตัวชี้วัดทางสุขภาพที่จำเป็นในระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ เพื่อลดความซ้ำซ้อนและขับเคลื่อนการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นไปตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการกำกับติดตาม/การประสานงานของ สนง.สสจ. ในการสนับสนุนมาตรฐานคุณภาพบริการปฐมภูมิเพื่อให้เหมาะสมกับบทบาทของ

สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนทุนวิจัย งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยการอนุเคราะห์อย่างดียิ่งจากผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ นายอำเภอ ผู้ปฏิบัติงาน สนง.สสอ. และผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะ

References

1. Britteon P, Fatimah A, Lau YS, Anselmi L, Turner AJ, Gillibrand S, et al. The effect of devolution on health: a generalised synthetic control analysis of Greater Manchester, England. *Lancet Public Health* 2022;7:e844-52.
2. Pounngam K. Synthesizing and extracting lessons from local innovation and public services of local government organizations. (transfer Mission Management Model). Bangkok: Office of the Permanent Secretary, Office of Prime Minister; 2010. (in Thai)
3. Thunchai W. Decentralization and fairness in health. In Srisalux J, Danwattana S, Sukhonthasit A, editors. *Mind the gap towards fairness in health*. Nonthaburi: Sahapatthanapaisarn; 2011. (in Thai)
4. Channa A, Faquet JP. Decentralization of health and education in developing countries: a quality-adjusted review of the empirical literature. *World Bank Res Obs* 2016;31(2):199-241.
5. Tosanguan J, Pitayarangsarit S, Sumalee H. Health decentralization in five countries. *Journal of Health Systems Research* 2010;4(1):89-100. (in Thai)
6. Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. *Guidelines for transferring missions of the Chaloeam Phrakiat Health Station 60th Anniversary of Nawaminthrachini and Subdistrict Health Promoting Hospital*. Bangkok: Government House; 2021. (in Thai)
7. Wisetsak S. Hfocus delves into the health system: 49 provincial administrative organizations prepare to receive the transfer of 3264 Subdistrict Health Promoting Hospital. 2022 [cited 2022 Dec 27]. Available from <https://www.hfocus.org/content/2022/09/26078>. (in Thai)
8. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research



- activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607-10.
9. Miller WL, Crabtree BF. Primary care research: a multimethod typology and qualitative road map. In Crabtree BF, Miller WL, editors. Doing qualitative research. Newbury Park: SAGE; 1992.
 10. Public Sector Development Group. Ministerial regulations dividing government departments of the office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health 2017 [Internet]. 2017 [cited 2022 Dec 1]. Available from: <https://opdc.moph.go.th/rule.php>. (in Thai)
 11. Chindawatana A. Contemporary pastoral care. Nonthaburi: Samdee Printing Equipment; 2014. (in Thai)
 12. Sudhipongpracha T, Choksettakij W, Phuripongthanawat P, Kittayasophon U, Satthatham N, Onphothong Y. Policy analysis and policy design for the transfer of subdistrict health promotion hospitals to provincial administrative organizations (PAOs). Research report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai)
 13. Chano J, Seehamongkon Y, Promarak T, Chano S, Chanabut W, Samerjai A, et al. Policy proposals for promoting a systemic relationship in the transfer of rural health promotion hospitals to provincial administrative organizations. Research report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2023. (in Thai)
 14. Limsawart W. National Health System Governance of Thailand after Promulgation of the National Health Act B.E. 2550: Framework, Development and Proposal for Improvement. Journal of Health Systems Research 2009;3(3):419-33. (in Thai)
 15. Rongmuang D, Sukrungreung I, Thongdee J, Dechavoot L, Suwannarat K, Sarakshetrin A, et al. Provision of services according to primary care service standards and certification of service standards of community health centers under provincial administrative organizations. Research report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. (in Thai)

ช่องว่างทางนโยบายในการควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงานของประเทศไทย

กมลพัฒน์ มากแจ้ง^{*,†}

อรทัย วลีวงศ์^{*}

ธนพันธ์ สุขสอาด[‡]

แพรว poonสุข[§]

สุภิกา เชื้อจิว^{*}

ผู้รับผิดชอบบทความ: กมลพัฒน์ มากแจ้ง

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาช่องว่าง อุปสรรคและความท้าทายในการควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงานของประเทศไทย โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) การทบทวนเอกสาร ชี้อเนกน่านโยบายและมาตรการจากองค์กรระหว่างประเทศเพื่อเป็นต้นแบบในการเปรียบเทียบกับนโยบายและมาตรการของประเทศไทย และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทางนโยบายของประเทศไทยเพื่อหาอุปสรรคและความท้าทายของการดำเนินงาน ผลการศึกษาพบว่า ประเทศไทยยังขาดกรอบนโยบายระดับชาติที่มีจุดเน้นในมิติคนทำงานในสถานที่ทำงาน และการบูรณาการระหว่างการสร้างเสริมสุขภาพกับระบบความปลอดภัยและอาชีวอนามัยอย่างจริงจัง และยังขาดการพัฒนา มาตรการสร้างแรงจูงใจทางการเงินและการคลังแก่ผู้ประกอบการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงาน การดำเนินนโยบายและมาตรการมีอุปสรรคและความท้าทายสำคัญคือความไม่สอดคล้องกันของนโยบายของหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง (กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงแรงงาน) การบังคับใช้กฎหมายมีข้อจำกัด การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพคนทำงานในสถานที่ทำงานขาดความเป็นเอกภาพและประสิทธิภาพในการติดตามและขาดการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของคณาจารย์ในสถานที่ทำงาน ดังนั้น จึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้กระทรวงแรงงานและกระทรวงสาธารณสุขร่วมกัน พิจารณาแนวทางการบูรณาการมาตรการสร้างเสริมสุขภาพเข้ากับระบบความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในสถานที่ทำงาน พิจารณาการพัฒนากรอบนโยบายระดับชาติด้านสุขภาพแรงงาน และพิจารณาการพัฒนามาตรการระดับชาติเพื่อสร้างแรงจูงใจทางการเงินการคลังแก่สถานที่ทำงานขนาดเล็กและกลาง อีกทั้งควรพัฒนากลไกกลางในการจัดการและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข้ามภาคส่วน

คำสำคัญ: นโยบาย, โรคไม่ติดต่อ, ปัจจัยเสี่ยง, สถานที่ทำงาน, สถานที่ประกอบการ

* สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

† หลักสูตรรัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

‡ โรงพยาบาลปากเกร็ด กระทรวงสาธารณสุข

§ ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Received 14 December 2023; Revised 27 February 2024; Accepted 17 May 2024

Suggested citation: Markchang K, Waleewong O, Suksa-ard T, Phonsuk P, Chuejew S. Policy gap of workplace non-communicable disease risk factor prevention and control in Thailand. Journal of Health Systems Research 2024;18(2):193-219.

กมลพัฒน์ มากแจ้ง, อรทัย วลีวงศ์, ธนพันธ์ สุขสอาด, แพรว poonสุข, สุภิกา เชื้อจิว. ช่องว่างทางนโยบายในการควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงานของประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567;18(2):193-219.



Policy Gap of Workplace Non-Communicable Disease Risk Factor Prevention and Control in Thailand

Kamolphet Markchang^{*,†}, Orratai Waleewong^{*}, Thanaphan Suksa-ard[‡], Payao Phonsuk[§], Supika Chuejew^{*}

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

[†] Doctor of Philosophy Program in Political Science, Faculty of Political Science, Thammasat University

[‡] Pakkred Hospital, Ministry of Public Health

[§] Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

Corresponding author: Kamolphet Markchang, kamolphet@ihpp.thaigov.net

Abstract

The objective of this study was to identify gaps, barriers, and challenges of risk factor prevention policy on non-communicable diseases in workplace in Thailand. This study used qualitative approach by reviewing policy recommendations from international organizations in comparison with policies in Thailand. In-depth interviews with policy stakeholders were also conducted to identify policy gaps, barriers, and challenges of implementation. The study findings revealed that no national policy framework of healthy workplace and the integration of health promotion (HP) and occupational safety and health (OSH) could be seen. Also, there was no guideline for financial incentive development for employers to promote healthy workplace. Additionally, potential barriers on policy implementation were explored, including lack of alignment between key policy agencies (such as Ministry of Public Health and Ministry of Labor), limitations of law enforcement, lack of linkage on individual health data in workplace, and inefficient monitoring and evaluation of health outcomes among workers in workplace. Therefore, policy recommendations are proposed to the Ministry of Labor and the Ministry of Public Health to consider the integration of HP with OSH in the workplace, develop a national policy framework of worker health and incentive measures to encourage small and medium enterprises in implementing policy at workplace. In addition, the central cross-sectoral data integration for health should be in place.

Keywords: policy, non-communicable diseases, NCDs, risk factors, workplace

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคไม่ติดต่อ (non-communicable disease: NCDs) เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถแพร่กระจายหรือติดต่อจากคนสู่คนได้ ซึ่งประกอบด้วย 5 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคปอดเรื้อรัง และโรคทางจิตเวช โดยสาเหตุส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับ “5 ปัจจัยเสี่ยง” ประกอบด้วย การ

บริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม (มีไขมัน โซเดียม และน้ำตาลสูง) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และการสัมผัสกับมลพิษทางอากาศ ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มีความเชื่อมโยงกับ “การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและเมตาบอลิซึม” (metabolic/physiological changes) ประกอบด้วย ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและโรค

อ้วน และภาวะไขมันในเลือดสูง ก่อนจะนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อต่างๆ ในที่สุด⁽¹⁾

ปัจจุบัน ปัญหาโรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่เกิดขึ้นในกลุ่มคนวัยแรงงาน (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ที่ใช้เวลา 1 ใน 3 ของวันอยู่ในสถานที่ทำงาน เพราะฉะนั้นสถานที่ทำงานจึงเป็นปัจจัยแวดล้อมหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนทำงานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากสถานที่ทำงานไม่ปลอดภัย (unsafety) และไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (unhealthy) ย่อมก่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุและเกิดโรคร้ายไข้เจ็บ รวมถึงอาจเกิดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของคนทำงาน และนำไปสู่การลดลงของประสิทธิภาพในการทำงาน อัตราการขาดงานเพิ่มขึ้น ผลประกอบการลดลงจากการขาดงาน ซึ่งจะทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการจัดจ้างคนทำงานทดแทนเพิ่มขึ้น งบประมาณด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และส่งผลกระทบต่อดำเนินธุรกิจ รวมทั้งผลิตผลทางเศรษฐกิจของประเทศในท้ายที่สุด⁽²⁻⁴⁾ ดังนั้น สถานที่ทำงานจึงเป็นพื้นที่ (setting) ที่สำคัญต่อสุขภาพของคนวัยแรงงาน และเป็นพื้นที่สำคัญที่จะดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อควบคุมและป้องกันมิให้เกิดโรคไม่ติดต่อของคนวัยแรงงาน ซึ่งการควบคุมและป้องกันย่อมมีประสิทธิภาพและให้ผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าการมุ่งเน้นที่ระบบบริการหรือการรักษา⁽⁵⁾

องค์การระดับนานาชาติได้ออกนโยบายและข้อเสนอแนะเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงานไว้หลายฉบับ ยกตัวอย่าง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้กำหนดแผนปฏิบัติการระดับโลกเรื่องสุขภาพคนทำงาน พ.ศ. 2551-2560 (The WHO Global Plan of Action on Workers' Health 2008-2017) ซึ่งแนะนำให้ประเทศสมาชิกดำเนินนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถาน

ที่ทำงาน⁽⁶⁾ ในขณะที่องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO) ได้จัดทำอนุสัญญา (ฉบับที่ 187) ว่าด้วยกรอบเชิงส่งเสริมการดำเนินงานความปลอดภัยและอาชีวอนามัย พ.ศ. 2549 ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญประการหนึ่งว่า ให้ประเทศสมาชิกต้องส่งเสริมสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยและดีต่อสุขภาพอนามัยของคนทำงาน รวมทั้งต้องส่งเสริมและพัฒนาสิทธิของคนทำงานที่จะมีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยและดีต่อสุขภาพอนามัย⁽⁷⁾ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีมีการรวบรวมข้อเสนอแนะต่างๆ เหล่านี้ไว้อย่างเป็นชุดความรู้ที่เป็นระบบ

สำหรับประเทศไทยมีการประกาศใช้นโยบายและกฎหมายหลายฉบับ เช่น แผนแม่บทความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2540 และพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในสถานที่ทำงานและมีการสอดแทรกการควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เช่น การควบคุมมลพิษทางอากาศในสถานที่ทำงาน รวมทั้งหน่วยงานรัฐต่างๆ มีโครงการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานต่างๆ เช่น โครงการสถานที่ทำงานน่าอยู่ นำทำงาน (healthy workplace) โครงการวัยทำงานปลอดภัย ปลอดภัย ใจเป็นสุข โดยกระทรวงสาธารณสุข และในปี 2561 ประเทศไทยได้จัดทำแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยการปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วยโดยเฉพาะประชาชนวัยทำงาน โดยมีตัวชี้วัดสำคัญคือการมี “นโยบายในที่ทำงาน” (workplace policy) เพื่อให้เกิดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

ประสิทธิภาพ และครอบคลุมทั้งประเทศอย่างยั่งยืน⁽⁸⁾

ด้วยสถานการณ์ปัญหาและทิศทางของนโยบายดังที่กล่าวในข้างต้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาทบทวนนโยบายและมาตรการควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยและนานาชาติอย่างครอบคลุม การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะในการควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงานจากองค์การระหว่างประเทศกับนโยบายและมาตรการของประเทศไทย รวมทั้งวิเคราะห์ช่องว่างทางนโยบายและอุปสรรคในการดำเนินงานของประเทศไทย เพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไปในอนาคต

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยการทบทวนวรรณกรรม (literature review) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แหล่งข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูล

1.1 การทบทวนวรรณกรรม

1) การทบทวนเครื่องมือนโยบายระหว่างประเทศ (international policy instruments) ได้แก่ อนุสัญญาและข้อตกลงระหว่างประเทศ (conventions and agreements) กฎหมายระหว่างประเทศ (regulations) ข้อเสนอแนะระหว่างประเทศ (recommendations) เช่น ยุทธศาสตร์ระหว่างประเทศ แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศ และแนวปฏิบัติระหว่างประเทศ⁽⁹⁾ จากเว็บไซต์องค์การระหว่างประเทศที่มีหน้าที่หลักด้านสุขภาพคนทำงาน ได้แก่ องค์การอนามัยโลก และองค์การแรงงานระหว่างประเทศ ที่เกิดขึ้นตั้งแต่อดีตจนถึงปี พ.ศ. 2565 โดยต้องมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงาน การสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน และการคุ้มครองสุขภาพ

ของคณาจารย์อย่างใดอย่างหนึ่ง โดยมีคำค้นหา (search terms) คือ workplace, worker, health promotion, NCDs risk factors, alcohol, tobacco, food, physical activity, air pollution เครื่องมือนโยบายระหว่างประเทศที่ใช้ในการศึกษาจะถูกคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยนักวิจัยอย่างน้อย 1 คน

2) การทบทวนนโยบายและมาตรการของประเทศไทยในการควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อสำหรับคนทำงานในสถานที่ทำงาน ซึ่งครอบคลุมมาตรการทางกฎหมาย เช่น พระราชบัญญัติ กฎกระทรวง ประกาศ และมีใช้กฎหมาย เช่น แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ โครงการของรัฐ และครอบคลุมมาตรการทั้งแบบบังคับ (compulsory) และแบบสมัครใจ (voluntary) จากเว็บไซต์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่เกิดขึ้นตั้งแต่อดีตถึงปี พ.ศ. 2565 โดยมีคำค้นหา (search terms) คือ สถานที่ทำงาน สถานประกอบการ โรงงาน สำนักงาน คนงาน คนทำงาน ผู้ประกอบการ การสร้างเสริมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ บุหรี่ อาหาร กิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย นโยบายและมาตรการของประเทศไทยที่ใช้ในการศึกษาจะถูกคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยนักวิจัยอย่างน้อย 1 คน

1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้แทนหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้แทนหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสุขภาพในสถานที่ทำงานจำนวน 6 หน่วยงาน จาก 12 หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง (ภาคผนวก ก) เพื่อศึกษาอุปสรรคและความท้าทายในการดำเนินนโยบายและมาตรการควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อสำหรับคนทำงานในสถานที่ทำงานของประเทศไทย โดยมี

แนวข้อคำถามสำคัญ ได้แก่ บทบาทและหน้าที่ของหน่วยงาน อุปสรรคและความท้าทายที่พบ (ด้านนโยบาย ด้าน

การดำเนินงาน ด้านการติดตามประเมินผล และด้านองค์ความรู้) และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผู้ให้สัมภาษณ์จากหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสุขภาพในสถานที่ทำงาน

ลำดับ	หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง	ตำแหน่งที่ขอสัมภาษณ์	ผู้ให้สัมภาษณ์
1	กระทรวงแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน	อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน	ผู้ตรวจราชการกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน
2	กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค	ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ	ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ
3	กระทรวงอุตสาหกรรม กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม	อธิบดีกรมส่งเสริมอุตสาหกรรม	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาบริการธุรกิจอุตสาหกรรม
4	กระทรวงการคลัง กรมสรรพากร กองวิชาการแผนภาษี	อธิบดีกรมสรรพากร	หัวหน้ากลุ่มนโยบายแผนภาษี
5	สำนักงานประกันสังคม ทหารการแพทย์	เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม	ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบบริการ
6	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ	ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนสุขภาพองค์กร	ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนสุขภาพองค์กร
7-10	กระทรวงสาธารณสุข กรมฯ, กอง	อธิบดี, ผู้อำนวยการ	ไม่ตอบรับการให้สัมภาษณ์
11-12	สำนักงานฯ, สถาบันฯ	เลขาธิการ, ผู้อำนวยการ	ไม่ตอบรับการให้สัมภาษณ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้พัฒนากรอบการวิเคราะห์ช่องว่างของนโยบายและมาตรการของประเทศไทยโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ของข้อเสนอนโยบายและมาตรการจากองค์กรระหว่างประเทศ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ (1) การกำหนดนโยบายและทิศทางระดับชาติ (2) การควบคุมพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ (3) การส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (4) การสร้างแรงจูงใจทางการเงินและการคลังเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน และ (5) ระบบติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และ

วิเคราะห์เปรียบเทียบกับข้อเสนอนโยบายและมาตรการจากองค์กรระหว่างประเทศเพื่อหาช่องว่างทางนโยบายและมาตรการของประเทศไทย สำหรับข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

3. ขอบเขตการศึกษา

สถานที่ทำงาน หมายถึง สถานที่ที่นายจ้างและลูกจ้างใช้ประกอบกิจการหรือธุรกิจเป็นประจำ รวมถึงสถานที่ทำงานตามกฎหมาย ได้แก่ สถานประกอบการตามพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 โรงงานตามพระราชบัญญัติโรงงาน



พ.ศ. 2535 และให้รวมถึงสถานที่ทำงานของหน่วยงานของรัฐ สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานอื่นของรัฐ และสถานที่ทำงานเอกชนทุกลักษณะ

ปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม (มีไขมัน โซเดียม และน้ำตาลสูง) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มลพิษทางอากาศ รวมถึงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยไม่รวมปัจจัยเสี่ยงอื่นตามกฎหมายว่าด้วยความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554

4. มาตรฐานจริยธรรมในการวิจัย

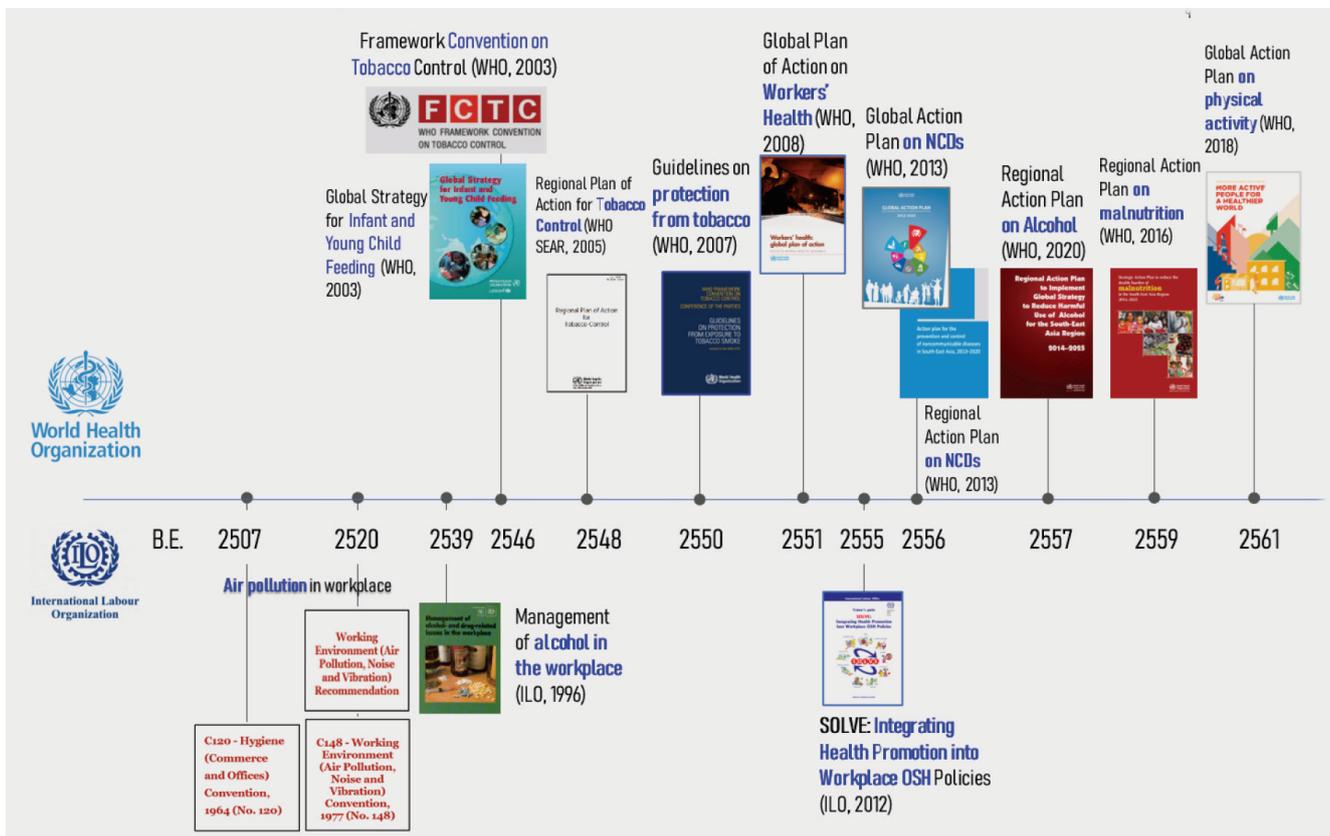
การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 131-2564 วันที่ 16 สิงหาคม 2564

ผลการศึกษา

1. ข้อแนะนำนโยบายและมาตรการจากองค์กรระหว่างประเทศ

ผลการสืบค้นทบทวนเครื่องมือนโยบายจากองค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ทั้ง 15 ฉบับ (ภาคผนวก ข) โดยผลการทบทวนได้จำแนกข้อแนะนำออกเป็น 5 กลุ่ม ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 เครื่องมือนโยบายระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกและองค์การแรงงานระหว่างประเทศที่ใช้ศึกษาเรียงลำดับตามอนุกรมเวลา

1.1 การกำหนดนโยบายและทิศทางระดับชาติ

WHO ได้ประกาศแผนปฏิบัติการว่าด้วยสุขภาพคนทำงาน พ.ศ. 2551-2560 (Plan of Action on Workers' Health 2008-2017) ซึ่งให้ความสำคัญกับสุขภาพแบบองค์รวมในมิติของแรงงานในสถานที่ทำงาน แผนดังกล่าวมีข้อเสนอแนะให้รัฐควรกำหนด “กรอบนโยบายระดับชาติเพื่อคุ้มครองสุขภาพคนทำงาน” ที่ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการปกป้องและส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน (2) ด้านการปรับปรุงประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัย (3) ด้านการสร้างหลักฐานและการสื่อสารองค์ความรู้ด้านสุขภาพคนทำงาน และ (4) ด้านการบูรณาการสุขภาพของคนทำงานเข้ากับนโยบายอื่นๆ โดยความเด่นชัดของแผนปฏิบัติการฉบับนี้คือการวางทิศทางนโยบายสุขภาพในสถานที่ทำงานให้ครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ (รวมถึงการควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ) และอาชีวอนามัย ความปลอดภัย (occupational safety and health: OSH) ในสถานที่ทำงาน⁽⁶⁾

นอกจากนี้ ในเชิงประเด็นปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ILO ยังมีข้อเสนอแนะให้รัฐควรกำหนด “กรอบนโยบายด้านการจัดการปัญหาเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในสถานที่ทำงาน”⁽¹⁰⁾ และ “กรอบนโยบายระดับชาติสำหรับการจัดการโรคนอกสถานที่ทำงาน”⁽¹¹⁾ อีกทั้ง WHO ยังแนะนำให้รัฐควรแสดงความเป็นผู้นำในระดับประเทศด้วยการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรภาครัฐทุกส่วน (whole-of-government) อีกด้วย⁽¹²⁾

1.2 การควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงาน

ข้อเสนอแนะในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงานเกิดขึ้นครั้งแรกในมิติมลพิษทางอากาศ (มุ่งเน้นความปลอดภัย) โดย ILO ได้ประกาศอนุสัญญาที่ 120 ว่าด้วยสุขอนามัย (การค้าและสำนักงาน) พ.ศ. 2507 (Hygiene (Commerce and Offices) Convention 1964 (no. 120)) ซึ่งกำหนดให้รัฐ (ที่ให้สัตยาบัน) ต้องมีมาตรการให้สถานที่ทำงานมีการระบายอากาศที่เพียงพอและเหมาะสม⁽¹³⁾ อีกทั้ง อนุสัญญาที่ 148 ว่าด้วยสภาพแวดล้อมในการทำงาน

(มลพิษทางอากาศ เสียง และการสั่นสะเทือน) พ.ศ. 2520 (Working Environment (Air Pollution Noise and Vibration) Convention 1977 (no. 148)) ยังกำหนดให้รัฐ (ที่ให้สัตยาบัน) ออกกฎหมายควบคุมและป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศ การกำหนดระดับอันตรายจากการสัมผัสกับมลพิษทางอากาศในสถานที่ทำงานและขีดจำกัดของการรับสัมผัสมลพิษทางอากาศในการทำงานที่เหมาะสม⁽¹⁴⁾ ซึ่งข้อเสนอแนะประกอบอนุสัญญาที่ 148 ว่าด้วยสภาพแวดล้อมในการทำงาน (มลพิษทางอากาศ เสียง และการสั่นสะเทือน) พ.ศ. 2520 (Working Environment (Air Pollution, Noise and Vibration) Recommendation, 1977) ยังแนะนำให้รัฐกำหนดมาตรฐานการปล่อยมลพิษทางอากาศของเครื่องจักรและกำหนดหลักเกณฑ์ให้นายจ้างติดตามตรวจสอบมลพิษทางอากาศในสถานที่ทำงานอีกด้วย⁽¹⁵⁾

ในปี พ.ศ. 2546 เกิดข้อบังคับการควบคุมการสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงาน โดย WHO ได้ประกาศใช้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ พ.ศ. 2546 (WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), 2003) โดยกำหนดให้รัฐ (ที่ให้สัตยาบัน) ต้องออกมาตรการป้องกันการสัมผัสกับควันบุหรี่ในสถานที่ทำงานบริเวณในร่มและต้องออกแบบและดำเนินโครงการที่มีประสิทธิภาพเพื่อมุ่งส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงาน⁽¹⁶⁾ ส่งผลให้แผนปฏิบัติการควบคุมยาสูบระดับภูมิภาค (เอเชียตะวันออกเฉียงใต้) พ.ศ. 2548 (Regional Plan of Action for Tobacco Control, 2005) ของ WHO ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO SEARO) และแผนปฏิบัติการโลกว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2556-2563 (Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020) ได้กำหนดข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกัน โดยให้รัฐสมาชิก (รวมประเทศไทย) ออกกฎหมายให้สถานที่ทำงานเป็นเขตปลอดบุหรี่^(17,18)

ในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ทำงานมีข้อเสนอแนะที่มุ่งเน้นจำกัดพฤติกรรม

ดื่มแบบเสี่ยง ในปี พ.ศ. 2557 WHO SEARO ได้ประกาศแผนปฏิบัติการเพื่อดำเนินยุทธศาสตร์โลกเพื่อลดการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายสำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พ.ศ. 2557-2568 (Regional Action Plan to Implement Global Strategy to Reduce Harmful Use of Alcohol for the South-East Asia Region 2014–2025) ได้แนะนำให้รัฐมีมาตรการควบคุมการดื่มที่มีความเสี่ยงสูงในสถานที่ทำงานและในวันทีเงินเดือนออก⁽¹⁹⁾

สำหรับการควบคุมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม (มีไขมัน โซเดียม และน้ำตาลสูง) ในสถานที่ทำงานนั้น มีข้อเสนอแนะในลักษณะการจำกัดพื้นที่การรับประทาน โดยแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พ.ศ. 2556-2563 (Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in South-East Asia 2013–2020) ได้แนะนำให้รัฐกำหนดมาตรการการนำอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว น้ำตาล และโซเดียมสูงออกนอกโรงอาหาร⁽²⁰⁾

1.3 การส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

เครื่องมือนโยบายขององค์กรระหว่างประเทศหลายฉบับมีข้อเสนอแนะให้รัฐดำเนินการจัดสรรโครงการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในสถานที่ทำงานทั้งของรัฐและเอกชน พร้อมกับการสนับสนุนการพัฒนา เผยแพร่ และอบรมแนวทางการดำเนินโครงการ รวมทั้งการสนับสนุนการทำวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพและผลตอบแทนการลงทุน (return on investment: ROI) ของโครงการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน^(6,12,18)

นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนะอื่นๆ ที่ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานที่ทำงาน ได้แก่ แผนปฏิบัติการโลกว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2556-2563 (Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020) ที่แนะนำให้รัฐส่งเสริมการสร้างโครงสร้างพื้นฐานในสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย⁽¹⁸⁾ ยุทธศาสตร์โลกสำหรับการให้

อาหารทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2546 (Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, 2003) ซึ่งส่งเสริมให้ปฏิบัติตามสิทธิการคลอดบุตร (การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเป็นเวลา 6 เดือนและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องจนถึง 2 ปี) รวมถึงการพักให้นมลูกหรืออื่นๆ การเตรียมการในสถานที่ทำงาน เช่น สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการให้นมและการเก็บน้ำนมแม่⁽²¹⁾

1.4 การสร้างแรงจูงใจทางการเงินและการคลังเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน

สำหรับข้อเสนอแนะนโยบายและมาตรการเพื่อสร้างแรงจูงใจทางการเงินและการคลังเพื่อให้คนวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นหรือให้นายจ้างสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานนั้น พบค่อนข้างน้อย แต่พบแนวทางการบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพเข้ากับนโยบายความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในสถานที่ทำงาน (SOLVE: Integrating Health Promotion into Workplace OSH Policies, 2012) ซึ่งแนะนำให้รัฐสนับสนุนเงินอุดหนุนสำหรับนายจ้างที่ริเริ่มการจัดอาหารที่ดีต่อสุขภาพในสถานที่ทำงาน⁽¹¹⁾ และแผนปฏิบัติการโลกว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2556-2563 (Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020) ที่แนะนำให้รัฐกำหนดมาตรการสร้างสิ่งจูงใจให้คนวัยทำงานมีโปรแกรมกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพในสถานที่ทำงานที่มากขึ้น⁽¹⁸⁾

1.5 ระบบติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ

ข้อเสนอแนะในการติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงานได้มุ่งเน้นการติดตามมลพิษทางอากาศและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ทำงานเป็นสำคัญ โดยข้อเสนอแนะประกอบอนุสัญญาที่ 148 ว่าด้วยสภาพแวดล้อมในการทำงาน (มลพิษทางอากาศ เสียง และการสั่นสะเทือน) พ.ศ. 2520 ได้แนะนำให้รัฐกำหนดลักษณะ ความถี่และเงื่อนไขอื่นๆ ในการตรวจสอบมลพิษทางอากาศในสภาพแวดล้อมการ

ทำงานอย่างเป็นประจำ⁽¹⁵⁾ หลักปฏิบัติ (code of practice) ในการจัดการปัญหาเกี่ยวกับแอลกอฮอล์และสารเสพติดในสถานที่ทำงานได้แนะนำให้รัฐดำเนินการเก็บรวบรวมและเผยแพร่ข้อมูลสถิติเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาในสถานที่ทำงานที่มีสาเหตุมาจากการการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

อย่างชัดเจน⁽¹⁰⁾ และแผนปฏิบัติการเพื่อดำเนินยุทธศาสตร์โลกเพื่อลดการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายสำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พ.ศ. 2557-2568 ได้แนะนำให้รัฐกำหนดกลไกการติดตามและเฝ้าระวังการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ทำงาน⁽¹⁹⁾ โดยสรุปตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปข้อเสนอแนะนโยบายและมาตรการควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงานจาก WHO และ ILO

ข้อเสนอแนะนโยบายและมาตรการควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงานจากองค์การระหว่างประเทศ	
<p>1) การกำหนดนโยบายและทิศทางระดับชาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - รัฐควรกำหนด “กรอบนโยบายระดับชาติด้านสุขภาพคนทำงาน” ที่บูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพเข้ากับระบบความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (OSH) ในสถานที่ทำงาน^(6,11) - รัฐควรกำหนด “นโยบายระดับชาติเกี่ยวกับการป้องกัน ลด และจัดการปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ทำงาน”⁽¹⁰⁾ - รัฐควรกำหนด “กรอบนโยบายระดับชาติสำหรับการจัดการโภชนาการในสถานที่ทำงาน”⁽¹¹⁾ - รัฐควรแสดงความเป็นผู้นำระดับชาติโดยดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานของรัฐ (whole-of-government)⁽¹²⁾ 	
<p>2) การควบคุมพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - รัฐควรกำหนดมาตรการป้องกันการสัมผัสกับควันบุหรี่ในสถานที่ทำงานในร่ม⁽¹⁶⁾ - รัฐควรกำหนดให้สถานที่ทำงานเป็นเขตปลอดบุหรี่^(17,18) - รัฐควรกำหนดมาตรการควบคุมการดื่มที่มีความเสี่ยงสูงในสถานที่ทำงานและการดื่มในวันเงินเดือนออก⁽¹⁹⁾ - รัฐควรกำหนดห้ามนำอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และเกลือสูงออกนอกสถานที่รับประทานอาหารในสถานที่ทำงาน⁽²⁰⁾ - รัฐควรกำหนดหลักเกณฑ์พิจารณาอันตรายจากการสัมผัสกับมลพิษทางอากาศในสภาพแวดล้อมการทำงานและขีดจำกัดของการรับสัมผัสมลพิษทางอากาศที่เหมาะสม⁽¹⁴⁾ - รัฐควรกำหนดมาตรการให้สถานที่ทำงานทั้งหมดที่มีคนทำงานมีการระบายอากาศที่เพียงพอและเหมาะสม ทั้งแบบธรรมชาติหรือแบบเทียมหรือทั้งสองอย่าง โดยให้มีอากาศที่บริสุทธิ์⁽¹³⁾ - รัฐควรกำหนดมาตรฐานระดับการปล่อยมลพิษทางอากาศให้แก่ผู้ผลิตเครื่องจักรหรือการติดตั้งนั้นๆ⁽¹⁵⁾ - รัฐอาจตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ทำงาน⁽¹⁰⁾ ที่อาจรวมเข้ากับการตรวจสอบใบอนุญาตประกอบธุรกิจ การตรวจสอบสุขภาพและสุขอนามัย การตรวจสอบด้านสุขภาพและความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน⁽²²⁾ 	<p>3) การส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี</p> <ul style="list-style-type: none"> - รัฐควรส่งเสริมการจัดหาอาหารเพื่อสุขภาพในสถาบันของรัฐและสถานที่ทำงาน⁽¹⁸⁾ - รัฐควรสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพและโภชนาการ รวมถึงการให้ความรู้ด้านโภชนาการในสถานที่ทำงาน⁽¹⁸⁾ - รัฐควรพัฒนาและเผยแพร่แนวทางการรับประทานอาหารและการใช้ชีวิตเพื่อสุขภาพเพื่อนำไปปฏิบัติใช้ในสถานที่ทำงาน⁽²³⁾ - รัฐควรจัดสรรโครงการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในสถานที่ทำงานของรัฐและเอกชน พร้อมกับการสนับสนุนการพัฒนา เผยแพร่ และอบรมแนวทางการดำเนินโครงการ รวมทั้งการสนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพและผลตอบแทนการลงทุน (return on investment: ROI) ของโครงการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน^(6,12,18) - รัฐควรสนับสนุนการจัดหาโครงสร้างพื้นฐานรองรับการคมนาคมขนส่งที่เอื้อการมีกิจกรรมทางกายเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการออกกำลังกายในสถานที่ทำงาน⁽¹⁸⁾ - รัฐควรส่งเสริมการปฏิบัติตามสิทธิการคลอดบุตร (การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเป็นเวลา 6 เดือนและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องจนถึง 2 ปี) รวมถึงการพักให้นมลูกหรืออื่นๆ การเตรียมการในสถานที่ทำงาน เช่น สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการให้นมและการเก็บน้ำนมแม่⁽²¹⁾ - รัฐควรออกแบบและดำเนินโครงการที่มีประสิทธิผลเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงาน⁽¹⁶⁾
<p>4) การสร้างแรงจูงใจทางการเงินและการคลังเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - การให้เงินอุดหนุนสำหรับการริเริ่มด้านอาหารและโภชนาการที่ดีในสถานที่ทำงาน⁽¹¹⁾ - การกำหนดมาตรการสร้างสิ่งจูงใจสำหรับการมีโปรแกรมกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพในสถานที่ทำงาน⁽¹⁸⁾ 	<p>5) ระบบติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - รัฐควรกำหนดมาตรการเพื่อรวบรวมและเผยแพร่สถิติอุบัติเหตุในสถานที่ทำงานที่มีสาเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽¹⁰⁾ - รัฐควรกำหนดกลไกการติดตามและเฝ้าระวังการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน⁽¹⁹⁾ - รัฐควรกำหนดดัชนีชี้วัด ความถี่ และเงื่อนไขอื่น ๆ ในการตรวจสอบมลพิษทางอากาศในสภาพแวดล้อมการทำงาน⁽¹⁵⁾

ILO = International Labour Organization, OSH = occupational safety and health, WHO = World Health Organization

2. นโยบายและมาตรการของประเทศไทย

นโยบายและมาตรการควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงานของประเทศไทยถือว่ามี การดำเนินการและบังคับใช้อย่างครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ โดยมีหน่วยงานที่สำคัญ ได้แก่ กระทรวงแรงงานซึ่งมีหน้าที่ดำเนินนโยบายคุ้มครองและพัฒนาศักยภาพเพื่อความปลอดภัยของแรงงานไทย กระทรวงสาธารณสุขที่มีหน้าที่ดำเนินนโยบายด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนทุกกลุ่มวัย และกระทรวงอุตสาหกรรมที่มีหน้าที่ดำเนินนโยบายให้ภาคธุรกิจและอุตสาหกรรมสามารถแข่งขันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษานี้สามารถจัดนโยบายและมาตรการของประเทศไทยเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

2.1 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงาน

ในปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยได้ประกาศแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 ซึ่งถือเป็นนโยบายระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย โดยกำหนดให้คนทำงานในสถานที่ทำงานคือกลุ่มเป้าหมายหนึ่งที่จะต้องมีการพัฒนานโยบายในการจัดการกับภาวะน้ำหนักตัวเกิน (weight)⁽²⁴⁾ ต่อมาในปี พ.ศ. 2560 มีการประกาศแผนแม่บทความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) ของกระทรวงแรงงาน ซึ่งแผนแม่บทฉบับนี้แม้ว่าจะให้ความสำคัญกับความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในสถานที่ทำงานเป็นสำคัญ แต่ก็มี การบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปด้วย โดยในแผนปฏิบัติการได้มีการกำหนดให้จัดทำ “โครงการสถานประกอบการปลอดภัย ปลอดภัย ใจเป็นสุข” รับผิดชอบโดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁵⁾

ในปี พ.ศ. 2561 การสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานมีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น ภายใต้แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดเป้าหมายการปฏิรูปไปยัง “ผู้ป่วยและคนวัยแรงงานที่เสี่ยงกับโรคไม่ติดต่อ” อย่างชัดเจน โดยกำหนดตัวชี้วัดสำคัญ คือ การมี “นโยบายในที่ทำงาน (workplace policy) และมีมาตรการในการบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจและเข้าสู่การรักษาที่บูรณาการเข้าในระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์ และสวัสดิการ รวมถึงการมีผู้ดูแลสุขภาพหลัก (chief health officer) ในสถานที่ทำงานภาครัฐและเอกชน”⁽⁸⁾

2.2 มาตรการทางกฎหมายควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงาน

การควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงานมีจุดเริ่มต้นจากการคุ้มครองคนทำงานในสถานที่ทำงานจากมลพิษทางอากาศ โดยกรมแรงงาน (ในขณะนั้นอยู่ในสังกัดกระทรวงมหาดไทย) ได้ประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่อง ความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับภาวะแวดล้อม (สารเคมี) พ.ศ. 2520 กำหนดห้ามมิให้ลูกจ้างทำงานในพื้นที่ที่มีปริมาณฝุ่นแร่ใยหิน (asbestos) (ปัจจัยของการเกิดโรคมะเร็งปอด) โดยเฉลี่ยเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด⁽²⁶⁾ ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ. 2541 กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม (ชื่อในขณะนั้น) ได้ตราพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 ขึ้น และห้ามมิให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ทำงาน ผลิต หรือขนส่งแร่ใยหิน (asbestos)⁽²⁷⁾ ในขณะที่กระทรวงอุตสาหกรรมได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 กำหนดให้อาคารโรงงานต้องมีการระบายอากาศที่เหมาะสม โดยให้มีพื้นที่ประตุนหน้าต่าง และช่องลมรวมกันโดยไม่นับที่ติดต่อกันระหว่างห้องไม่น้อยกว่า 1 ใน 10 ส่วนของพื้นที่ของห้องหรือมีการระบายอากาศไม่น้อยกว่า 0.5 ลูกบาศก์เมตรต่อนาทีต่อ

คนงาน 1 คน⁽²⁸⁾ นอกจากนี้ยังกำหนดมาตรฐานแสงสว่าง มาตรฐานความดังของเสียง และมาตรฐานระดับความร้อน ในสถานที่ปฏิบัติงานในโรงงานอีกด้วย⁽²⁹⁾ ในปี พ.ศ. 2554 การคุ้มครองด้านความปลอดภัยของคนทำงานในสถานที่ทำงานมีความเป็นระบบชัดเจนมากยิ่งขึ้นจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 โดยมีมาตรการที่สำคัญ เช่น การจัดการสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ระบบระบายอากาศที่เหมาะสม มาตรฐานระดับความร้อน ปริมาณ คนทำงานต่อขนาดพื้นที่ที่เหมาะสม การจัดให้มีอุปกรณ์ คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลแก่คนทำงาน และการ จัดให้มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานของสถาน ประกอบกิจการตามที่กำหนดเพื่อเป็นกลไกในการตรวจสอบความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมใน สถานที่ทำงาน⁽³⁰⁾

ในปี พ.ศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรม ควบคุมโรคได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพ ของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ซึ่งกำหนดให้ส่วนที่เป็นอาคาร และสิ่งปลูกสร้างของสถานที่ทำงาน (สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ สถานที่ทำงานเอกชน โรงงานอุตสาหกรรมหรือสถานประกอบการที่มีการผลิต สินค้า และธนาคารหรือสถาบันการเงิน) เป็นสถานที่เขต ปลอดบุหรี่⁽³¹⁾ และต่อมาได้มีการปรับปรุงเป็นพระราช- บัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ซึ่งขยายพื้นที่ เขตปลอดบุหรี่เพิ่มมากขึ้น โดยกำหนดให้พื้นที่และบริเวณ ทั้งหมดของสถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่น ของรัฐ ทั้งภายในและภายนอกอาคาร โรงเรือน หรือสิ่งปลูก สร้าง บริเวณที่จัดไว้ให้ผู้มารับบริการใช้ประโยชน์ร่วมกัน ไม่ ว่าจะมีรั้วล้อมหรือมีกำแพงตามเป็นเขตปลอดบุหรี่ แต่สามารถ จัดให้มีเขตสูบบุหรี่เป็นการเฉพาะได้ในพื้นที่นอกอาคาร โรง เรือน หรือสิ่งปลูกสร้าง ในขณะที่พื้นที่ภายในและตาดฟ้า

ของอาคาร โรงเรือน หรือสิ่งปลูกสร้างของสถานที่ทำงาน เอกชน รวมถึงบริเวณโดยรอบจากพื้นที่ หรือจากประตู หน้าต่าง ทางเข้า ทางออก ท่อหรือช่องระบายอากาศใน ระยะทาง 5 เมตรเป็นเขตปลอดบุหรี่⁽³²⁾

ในปี พ.ศ. 2551 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศใช้ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งกำหนดห้ามจำหน่ายและบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน สถานที่ทำงาน ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถาน พยาบาล สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานของรัฐ สถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง หรือบริเวณใกล้เคียง โรงงาน ตามกฎหมายว่าด้วยโรงงาน สถานศึกษา หรือบริเวณ ใกล้เคียง⁽³³⁾

2.3 มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการลดปัจจัย เสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงาน

ด้วยแผนยุทธศาสตร์ต่างๆ ได้ส่งผลให้หน่วยงานที่ เกี่ยวข้องได้ดำเนินมาตรการต่างๆ ทั้งการจัดทำโครงการ สร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานเพื่อให้ นายจ้างเข้าร่วม โดยสมัครใจ (voluntary) รวมทั้งมีการสนับสนุนองค์ความ รู้ คู่มือหรือแนวปฏิบัติต่างๆ ที่สอดคล้องกับนโยบาย ดังนี้

1) โครงการสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน เสริม สร้างคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงาน

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขถือเป็นหน่วย งานที่ดำเนินงานด้านสุขภาพในสถานที่ทำงานและพัฒนา คู่มือการดำเนินงานมาโดยตลอดนับตั้งแต่ปี พ.ศ 2542 และล่าสุดในปี พ.ศ. 2561 ได้พัฒนาคู่มือการดำเนินงาน สถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและ ความสุขของคนทำงาน (Healthy Workplace Happy for Life) ซึ่งมีลักษณะเป็นเกณฑ์การประเมินสถานที่ทำงานน่า อยู่ น่าทำงาน ประกอบด้วยเกณฑ์ 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การสนับสนุนขององค์กรและการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ งาน เช่น การสนับสนุนขององค์กร วัฒนธรรมองค์กร การ

ตรวจติดตามและประเมินผล การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน และส่วนที่ 2 เกณฑ์ “สะอาด ปลอดภัย สิ่งแวดล้อมดี มีชีวิตชีวา และสมดุลชีวิต” ความสะอาดของสถานที่ การควบคุมสัตว์และแมลงพาหะนำโรค การบันทึกข้อมูลอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วยจากการทำงาน การระบายอากาศ การให้ความรู้ด้านการส่งเสริม การมีกิจกรรม ลด เลิกบุหรี่ และสิ่งเสพติด การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น⁽³⁴⁾

2) โครงการ Happy Workplace

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ริเริ่มโครงการ Happy Workplace ในปี พ.ศ. 2553 จนถึงปัจจุบัน Happy Workplace หรือองค์กรแห่งความสุขคือกระบวนการพัฒนาด้านองค์กรอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กรเพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน Happy Workplace จึงเน้นการจัดการองค์กรโดยเน้น การจัดการ “คน” เป็นหลัก โดยใช้ความสุขพื้นฐาน 8 ประการ (Happy 8) เป็นแนวทางในการบริหารจัดการชีวิตให้มีความสุขอย่างยั่งยืน ได้แก่ Happy Body (สุขภาพดี) Happy Heart (น้ำใจงาม) Happy Relax (การผ่อนคลาย) Happy Money (ใช้เงินเป็น) Happy Brain (หาความรู้) Happy Soul (การมีคุณธรรม หิริ โอตตัปปะ) Happy Family (ครอบครัวที่ดี) และ Happy Society (สังคมดี)⁽³⁵⁾

3) โครงการสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ปลอดภัยเป็นสุข

กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ร่วมกับกรมอนามัย และกรมสุขภาพจิต ได้ริเริ่มโครงการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 จนถึงปัจจุบัน (ตามแผนปฏิบัติภายใต้แผนแม่บทความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแห่งชาติ) โดยดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการด้วยแนวคิด

total worker health เพื่อให้ผู้ประกอบการอาชีพในภาคอุตสาหกรรมมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ป้องกันโรคจากการทำงาน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคติดต่อ หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่และมีความสุขในการทำงาน

โครงการนี้ได้พัฒนาแนวทางการดำเนินงานสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ปลอดภัยเป็นสุข (healthy workplace) ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 การสนับสนุนขององค์กร การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน การใส่ใจต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมระหว่างองค์กรและชุมชน มิติที่ 2 ปลอดภัย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การประกาศนโยบายลดและป้องกันการเกิดโรค ลด เลิก บุหรี่ สุราและสิ่งเสพติด การส่งเสริมโภชนาการ (การให้คำแนะนำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารหวาน มัน และเค็มจัด รวมถึงขนมขบเคี้ยว น้ำอัดลม เครื่องดื่มประเภท กาแฟ น้ำผลไม้ที่เติมน้ำตาล อาหารสำเร็จรูป อาหารถุงพลาสติก อาหารที่ให้พลังงานสูง อาหารจานด่วน และเครื่องดื่มชูกำลัง รวมทั้งการเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่หวาน และออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ มิติที่ 3 ปลอดภัย เช่น การจัดการบริเวณที่จำหน่ายอาหารหรือรับประทานอาหาร และการบริการน้ำดื่ม น้ำใช้ การดำเนินกิจกรรม 5 ส (สะอาด สะดวก สุขลักษณะ สร้างสุขนิสัย) และมิติที่ 4 ปลอดภัยเป็นสุข ซึ่งเน้นการส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการ การส่งเสริมสุขภาพจิต การเห็นคุณค่าของผู้ปฏิบัติงานและครอบครัว⁽³⁶⁾

4) โครงการ “ศูนย์สุขภาพดีวัยทำงาน” Wellness Center

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มโครงการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 โดยสนับสนุนให้สถานประกอบการดำเนินการจัดตั้งทีมงานในการส่งเสริม

และดูแลสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการที่ครอบคลุมความเสี่ยงทุกความเสี่ยงตามแนวคิดสุขภาพองค์รวม (total worker health) เพื่อให้คนทำงานมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง จิตใจที่เป็นสุข และเกิดการเชื่อมโยงการดำเนินงานในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพระหว่างสถานประกอบการกับหน่วยบริการสาธารณสุข

ตามแนวทางการดำเนินงาน “ศูนย์สุขภาพดีวัยทำงานในสถานประกอบการ” Company’s Wellness Center ได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานเบื้องต้น 6 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 จัดตั้งทีมงานรับผิดชอบ (establish committee) ขั้นที่ 2 ประเมินสถานการณ์ทางสุขภาพอย่างรอบด้าน (assessment) ขั้นที่ 3 คัดกรองความเสี่ยง (screening) เช่น โรคจากการประกอบอาชีพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคติดต่อ พฤติกรรมเสี่ยง ขั้นที่ 4 สรุปข้อมูลและวางแผน (summary and planning) การดูแลสุขภาพรายบุคคลทั้งระยะสั้นและระยะยาว ขั้นที่ 5 สนับสนุนให้คำปรึกษา แนะนำ และใช้ชุดแพคเกจสร้างเสริมสุขภาพ (intervention) และขั้นที่ 6 ติดตามสถานะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (monitoring)⁽³⁷⁾

5) คู่มือ “10 Packages ปลอดภัยดี สุขภาพดี งานดี มีความสุขในสถานประกอบการ”

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาแนวทางให้คนวัยแรงงานและนายจ้างเกิดการรับรู้ สร้างความตระหนัก ให้ความรู้ และนำไปสู่ความเข้าใจถึงการดูแลสุขภาพตนเอง ทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงเป็นแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพคนวัยแรงงานให้กับหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน ได้ทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ ประกอบด้วย (1) หุ่นดี สุขภาพดี (2) จิตสดใส ใจเป็นสุข (3) ครอบครัวสดใส ใจใจดูแล (4) สูดยอดคุณแม่ (5) เตรียมเกษียณอย่างมีคุณค่า พาชีวิตยืนยาว (6) พิชิตออฟฟิศซินโดรม (7) สถานประกอบการก้าวไกล ต้องใส่ใจ

แรงงานต่างชาติ (8) สถานประกอบการดี ชีวิตสดใส ไร้แอลกอฮอล์บุหรี (9) โรงอาหารปลอดภัยใส่ใจสุขภาพ และ (10) สถานประกอบการปลอดภัย สิ่งแวดล้อมดี มีสมดุลชีวิต^(38,39)

6) โครงการขับเคลื่อนสุขภาวะคนทำงานในสถานประกอบการอย่างมีส่วนร่วม (Healthy Living)

สำนักวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานประกันสังคม สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย หอการค้าไทยและหอการค้าจังหวัด และสำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สสส. ได้เริ่มดำเนินงานในปี พ.ศ. 2564 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์และพัฒนาแนวทางปฏิบัติการเสริมสร้างสุขภาวะของคนทำงานในสถานประกอบการ โดยการประยุกต์ใช้เครื่องมือสุขภาพเชิงบูรณาการ 4 เครื่องมือ ได้แก่ แนวทาง Wellness Center ของกรมควบคุมโรค คู่มือ 10 packages ของกรมอนามัย การตรวจสุขภาพ 14 รายการของสำนักงานประกันสังคม และ mobile application ด้านการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต โดยมีการติดตามสุขภาวะของคนทำงานในสถานประกอบการในรอบเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมดังกล่าวให้สามารถต่อยอดการพัฒนาเป็นอัตลักษณ์ของสถานประกอบการสุขภาวะดี และพัฒนาต่อไปได้อย่างยั่งยืน⁽⁴⁰⁾ การดำเนินโครงการเน้นกลุ่มเป้าหมายสถานประกอบการที่มีการจัดตั้ง wellness center ในสถานประกอบการ

7) โครงการพัฒนาหลักสูตรอบรมผู้นำสุขภาพในสถานที่ทำงาน

เครือข่ายคนไทยไร้พุง ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ได้รับงบประมาณสนับสนุนโครงการ



จาก สสส. เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2565 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมทักษะและความรู้ให้กับผู้นำสุขภาพ (health leader) ในสถานที่ทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อในคนวัยแรงงาน

รายละเอียดของหลักสูตรอบรมผู้นำสุขภาพในสถานที่ทำงานประกอบไปด้วย (1) รู้จัก NCDs การตรวจประเมินและการจัดการเชิงป้องกัน (2) การส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาพที่ดี ห่างไกลโรค (3) การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย (4) การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร และการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ (5) การพัฒนาองค์กรไปสู่การเป็นองค์กรสุขภาพดี healthy organization และ (6) การออกแบบโครงการเพื่อนำไปใช้จริงในองค์กร รูปแบบการอบรมเป็นแบบผสมผสานทั้งแบบออฟไลน์ แบบออนไลน์ และการศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง รวมระยะเวลาอบรม 50 ชั่วโมง โดยผู้ที่ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ จะได้รับใบประกาศนียบัตรจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและการให้คำปรึกษาต่อเนื่องเพื่อดำเนินโครงการที่เหมาะสมกับองค์กร⁽⁴¹⁾ คุณสมบัติผู้เข้าอบรมต้องเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ในองค์กร ได้แก่ เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย วิชาชีพ เจ้าหน้าที่ฝ่ายทรัพยากรบุคคล นักสร้างสุของค์กร พยาบาลวิชาชีพ นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การกีฬา และผู้ที่ได้รับมอบหมายในการจัดกิจกรรม/โครงการสร้างเสริมสุขภาพพนักงาน

นอกจากนี้ ยังมีกฎหมายสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานที่ทำงาน ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 ได้กำหนดให้สิทธิแก่มารดาสามารถลาคลอดบุตรได้จำนวน 90 วัน⁽⁴²⁾ นอกจากนี้ พระราชบัญญัติ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ยังกำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีบทบาทในการประสานกับนายจ้างหรือสถานที่ทำงานจัดเวลาแก่มารดาในการให้นมบุตรหรือปั๊มเก็บนม รวมถึงอำนวยความสะดวกด้านสถานที่และอุปกรณ์เพื่อการให้นมบุตรในสถานที่ทำงาน⁽⁴³⁾

2.4 มาตรการติดตามพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงาน

การติดตามฝุ่นละอองมลพิษทางอากาศในสถานที่ทำงานมีกฎหมายกำหนดให้สถานประกอบการต้องมีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน (จป.) เพื่อทำหน้าที่ตรวจวัดและประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงาน (แสง เสียง อากาศ แรงสั่นสะเทือน) ให้มีความปลอดภัยในการทำงาน⁽³⁰⁾ และนายจ้างต้องจัดให้มีการตรวจสุขภาพของลูกจ้างที่ทำงานเกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ ได้แก่ ฝุ่นซิลิกา แร่ใยหิน (asbestos)⁽⁴⁴⁾ สารเคมีอันตรายในกลุ่มก๊าซ (เช่น คาร์บอนมอนอกไซด์) สารเคมีอันตรายในกลุ่มฝุ่นหรือพุ่มหรือผงโลหะ (เช่น ตะกั่ว พรอท) เป็นประจำ โดยให้มีสมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้างเพื่อบันทึกผลการตรวจสุขภาพของลูกจ้าง⁽⁴⁵⁾ อีกทั้ง พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ของกรมควบคุมโรคยังกำหนดให้นายจ้างต้องแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคของลูกจ้างที่ได้รับหรืออาจได้รับมลพิษจากฝุ่นซิลิกา แร่ใยหิน (asbestos)⁽⁴⁶⁾ และฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน⁽⁴⁷⁾ ต่อหน่วยงานด้านสุขภาพในพื้นที่เพื่อการเฝ้าระวังอีกด้วย

ตารางที่ 3 สรุปนโยบายและมาตรการควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงานของประเทศไทย

ชื่อนโยบายและมาตรการ	เนื้อหาของนโยบายและมาตรการ
1) นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงาน	
- แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 (สธ.)	กำหนดให้คนทำงานในสถานที่ทำงานคือกลุ่มเป้าหมายที่ต้องมีการพัฒนานโยบายในการจัดการน้ำหนักตัว (weight) ⁽²⁴⁾
- แผนแม่บทความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) (รง.)	บูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพในแผนความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อม โดยมีการจัดทำ “โครงการสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ใจเป็นสุข” รับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุข ⁽²⁵⁾
- แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข (2561) (สธ.)	กำหนดตัวชี้วัดการมี “นโยบายในที่ทำงาน (workplace policy) และมีมาตรการในการบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจและเข้าสู่การรักษาที่บูรณาการเข้าในระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์ และสวัสดิการ รวมถึงการมีผู้ดูแลสุขภาพหลัก (chief health officer) ในสถานที่ทำงานภาครัฐและเอกชน” ⁽⁶⁾
2) มาตรการทางกฎหมายควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงาน	
- พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 (รง.)	ห้ามมิให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ทำงาน ผลิต หรือขนส่งแร่ใยหิน (asbestos) ⁽²⁷⁾
- พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 (อก.)	- กำหนดให้อาคารโรงงาน ต้องมีการระบายอากาศที่เหมาะสม โดยให้มีพื้นที่ประตู หน้าต่าง และช่องลมรวมกันโดยไม่นับที่ติดต่อกันระหว่างห้องไม่น้อยกว่า 1 ใน 10 ส่วนของพื้นที่ของห้องหรือมีการระบายอากาศไม่น้อยกว่า 0.5 ลูกบาศก์เมตรต่อพื้นที่ต่อคนงาน 1 คน ⁽²⁸⁾ - กำหนดมาตรฐานแสงสว่าง มาตรฐานความดังของเสียง และมาตรฐานระดับความร้อนในสถานที่ปฏิบัติงานในโรงงาน ⁽²⁹⁾
- พระราชบัญญัติความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 (รง.)	- จัดการสภาพแวดล้อมทางกายภาพ - จัดการระบบระบายอากาศที่เหมาะสม - กำหนดมาตรฐานระดับความร้อน ปริมาณคนทำงานต่อขนาดพื้นที่ที่เหมาะสม - จัดให้มีอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลแก่คนทำงาน - จัดให้มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน ⁽³⁰⁾
- พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 (สธ.)	- กำหนดให้พื้นที่และบริเวณทั้งหมดของสถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ ทั้งภายในและภายนอกอาคาร โรงเรือน หรือสิ่งปลูกสร้าง บริเวณที่จัดไว้ให้ผู้มารับบริการใช้ประโยชน์ร่วมกัน ไม่ว่าจะมียุ้งล้อมหรือไม่ก็ตามเป็นเขตปลอดบุหรี่ - จัดเขตสูบบุหรี่เป็นการเฉพาะได้ ⁽³²⁾
- พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (สธ.)	ห้ามจำหน่ายและบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ทำงานบางประเภท ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานพยาบาล สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานของรัฐ สถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง โรงงาน สถานศึกษา ⁽³³⁾
3) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงาน	
โครงการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน	พัฒนาคู่มือการดำเนินงานสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงาน (Healthy Workplace Happy for Life) ประกอบด้วยเกณฑ์ 2 ส่วน ได้แก่ เกณฑ์การสนับสนุนขององค์กร และเกณฑ์ความสะอาด ปลอดภัย สิ่งแวดล้อม มีชีวิตชีวา และสมดุลชีวิต ⁽³⁴⁾
- โครงการสถานทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงาน (สธ.)	
- โครงการ Happy Workplace (สสส.)	กระบวนการพัฒนาคนในองค์กร โดยใช้ความสุขพื้นฐาน 8 ประการ (Happy 8) ได้แก่ Happy Body (สุขภาพดี) Happy Heart (น้ำใจงาม) Happy Relax (การผ่อนคลาย) Happy Money (ใช้เงินเป็น) Happy Brain (หาความรู้) Happy Soul (การมีคุณธรรม หิริ โอบอ้อมอารี) Happy Family (ครอบครัวที่ดี) และ Happy Society (สังคมดี) ⁽³⁵⁾

ตารางที่ 3 สรุปนโยบายและมาตรการควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงานของประเทศไทย (ต่อ)

ชื่อนโยบายและมาตรการ	เนื้อหาของนโยบายและมาตรการ
- โครงการสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ภายใจเป็นสุข (สธ.)	- ส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการด้วยแนวคิด total worker health ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ การสนับสนุนขององค์กร การปลอดโรค ความปลอดภัย ภายใจเป็นสุข ⁽³⁶⁾
- โครงการ “ศูนย์สุขภาพดีวัยทำงาน” Wellness Center (สธ.)	พัฒนา “ศูนย์สุขภาพดีวัยทำงานในสถานประกอบการ”(Company’s Wellness Center) 6 ขั้นตอน (1) จัดตั้งทีมงานรับผิดชอบ (2) ประเมินสถานการณ์ทางสุขภาพอย่างรอบด้าน (3) คัดกรองความเสี่ยง (เช่น โรคจากการประกอบอาชีพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคติดต่อ พฤติกรรมเสี่ยง) (4) สรุปข้อมูลและวางแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคลทั้งระยะสั้นและระยะยาว) (5) สนับสนุนให้คำปรึกษาแนะนำ และใช้ชุดแพคเกจสร้างเสริมสุขภาพ และ (6) ติดตามสภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ⁽³⁷⁾
- คู่มือ “10 packages ปลอดภัยดี สุขภาพดี งานดี มีความสุขในสถานประกอบการ” (สธ.)	กำหนดแนวทางให้คนวัยแรงงานและนายจ้างเกิดการรับรู้ สร้างความตระหนัก ให้ความรู้ และนำไปสู่ความเข้าใจถึงการดูแลสุขภาพตนเอง ทางด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย (1) หุ่นดี สุขภาพดี (2) จิตสดใส ใจเป็นสุข (3) ครอบครัวสดใส ใส่ใจดูแล (4) สูดอากาศดี (5) เตรียมเกษียณอย่างมีคุณค่า พาชีวิวยืนยาว (6) พิชิตออฟฟิศซินโดรม (7) สถานประกอบการก้าวไกลต้องใส่ใจแรงงานต่างชาติ (8) สถานประกอบการดี ชีวิตสดใส ไร้แอลกอฮอล์บุหรี (9) โรงอาหารปลอดภัยใส่ใจสุขภาพ และ (10) สถานประกอบการปลอดภัยสิ่งแวดล้อมดี มีสมดุลชีวิต ^(38,39)
- โครงการขับเคลื่อนสุขภาวะคนทำงานในสถานประกอบการอย่างมีส่วนร่วม (Healthy Living) (สธ., สปส., อก., สสส.)	พัฒนาแนวทางการเสริมสร้างสุขภาวะของคนทำงานในสถานประกอบการ โดยการประยุกต์ใช้เครื่องมือสุขภาพเชิงบูรณาการ 4 เครื่องมือ ได้แก่ แนวทาง wellness center คู่มือ 10 packages การตรวจสุขภาพ 14 รายการ และ mobile application การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต
- โครงการพัฒนาหลักสูตรอบรมผู้นำสุขภาพในสถานทำงาน (สสส.)	ส่งเสริมทักษะและความรู้ให้กับผู้นำสุขภาพ (health leader) ในสถานที่ทำงาน
กฎหมายอื่นๆ	
- พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 (รง.)	- กำหนดสิทธิแก่การค้าลลดบุตรได้จำนวน 90 วัน ⁽⁴²⁾
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (สปสช.)	- ประสานสถานที่ทำงานมีนโยบายจัดเวลาแก่การค้าในการให้นมบุตรหรือป้อนนมถึงอำนวยความสะดวกด้านสถานที่และอุปกรณ์เพื่อการให้นมบุตรในสถานที่ทำงาน ⁽⁴³⁾
4) มาตรการติดตามพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงาน	
- พระราชบัญญัติความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 (รง.)	กำหนดให้สถานประกอบการต้องมีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน (จป.) เพื่อทำหน้าที่ตรวจวัดและประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงาน (แสง เสียง อากาศ แรงสั่นสะเทือน) ให้มีความปลอดภัยในการทำงาน ⁽³⁰⁾
- พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 (สธ.)	กำหนดให้นายจ้างต้องแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคของลูกจ้างที่ได้รับหรืออาจได้รับมลพิษจากฝุ่นซิลิกา แร่ใยหิน (asbestos) ⁽⁴⁶⁾ และฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ⁽⁴⁷⁾
- พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 (รง.)	นายจ้างต้องจัดให้มีการตรวจสุขภาพของลูกจ้างที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ ได้แก่ ฝุ่นซิลิกา แร่ใยหิน (asbestos) ⁽⁴⁴⁾ สารเคมีอันตรายในกลุ่มก๊าซ (เช่น คาร์บอนมอนอกไซด์) สารเคมีอันตรายในกลุ่มฝุ่นหรือพุ่มหรือผงโลหะ (เช่น ตะกั่ว ปรอท) เป็นประจำ โดยให้มีสมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้างเพื่อบันทึกผลการตรวจสุขภาพของลูกจ้าง ⁽⁴⁵⁾

หมายเหตุ: รง. หมายถึง กระทรวงแรงงาน, สธ. หมายถึง กระทรวงสาธารณสุข, สปส. หมายถึง สำนักงานประกันสังคม, สปสช. หมายถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สสส. หมายถึง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, อก. หมายถึง กระทรวงอุตสาหกรรม

3. ช่องว่างทางนโยบายและมาตรการของประเทศไทย

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการจากองค์การระหว่างประเทศกับนโยบายและมาตรการของประเทศไทยพบว่า ประเทศไทยมีการดำเนินนโยบายและมาตรการที่สอดคล้องตามข้อเสนอแนะจากองค์การระหว่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดกฎหมายควบคุมพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยง (การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงาน) และการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานต่างๆ อย่างไรก็ตาม ยังพบช่องว่างทางนโยบายและมาตรการที่สำคัญ ดังนี้

3.1 ประเทศไทยขาดกรอบนโยบายชาติด้านสุขภาพคนทำงานที่บูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพเข้ากับระบบความปลอดภัยและอาชีวอนามัยอย่างจริงจัง

จากข้อเสนอแนะขององค์การระหว่างประเทศได้แนะนำให้ว่าในการดูแลสุขภาพคนวัยทำงาน รัฐควรกำหนด “กรอบนโยบายระดับชาติด้านสุขภาพคนทำงาน” ที่บูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion: HP) เข้ากับระบบความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (OSH) ของสถานที่ทำงาน ซึ่งในบริบทของประเทศไทยการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่ระบบความปลอดภัยและอาชีวอนามัยอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงแรงงาน ในอดีตที่ผ่านมาแต่ละกระทรวงต่างมีกรอบนโยบายที่พยายามให้ความสำคัญในมิติของสุขภาพคนทำงานในสถานที่ทำงาน ไม่ว่าจะเป็นแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 ของฝั่งกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสอดแทรกการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนทำงานในสถานที่ทำงานไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 1 นโยบายสาธารณะสร้างสุข (Healthy Public Policy) โดยเน้นไปที่การพัฒนาโยบายการจัดการภาวะน้ำหนักตัวเกิน หรือแผนปฏิบัติการตามแผนแม่บทความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแห่งชาติ

ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) ของกระทรวงแรงงาน ที่ได้กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานไว้ภายใต้ “โครงการสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ภายใจเป็นสุข” แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกระทรวงต่างให้ความสำคัญในมิติของสุขภาพคนทำงานที่ข้ามภาคส่วนมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ดี ทั้งสองแผนในข้างต้นยังไม่มีกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนทำงานในสถานที่ทำงานที่ชัดเจนนักและยังคงต่างคนต่างทำงานในกิจกรรมของตนเอง จนกระทั่งในปี 2561 การเกิดแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนไปที่ “ผู้ป่วยและคนวัยแรงงานที่เสี่ยงกับโรคไม่ติดต่อ” และกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ การมีนโยบายในที่ทำงาน (workplace policy) และมาตรการในการบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจและเข้าสู่การรักษา ที่บูรณาการเข้าในระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์และสวัสดิการ รวมถึงการมีผู้ดูแลสุขภาพหลัก (chief health officer) ในสถานที่ทำงานภาครัฐและเอกชน แต่การดำเนินงานก็ยังคงอยู่ในภาคส่วนของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก และยังไม่มิติศทางว่าทั้ง 2 หน่วยงานจะมีแนวทางบูรณาการการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและระบบความปลอดภัยและอนามัยเข้าด้วยกันอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น

3.2 นโยบายระดับชาติด้านอาหารและโภชนาการขาดจุดเน้นในมิติคนทำงานในสถานที่ทำงาน

ILO ได้แนะนำให้รัฐควรมีกรอบนโยบายในการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานที่ทำงาน ซึ่งปัจจุบันแม้ว่าประเทศไทยจะมีกรอบนโยบายด้านการจัดการอาหารที่ชัดเจนและอยู่ในช่วงของกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2561-2580) ซึ่งภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านอาหารศึกษา ได้ให้ความสำคัญกับการปรับพฤติกรรมของประชาชนโดยกำหนดเป้าประสงค์ในการสร้างความตระหนักในการบริโภคอาหารเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของประชาชนทั่วไปใน

การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และเมื่อพิจารณาต่อในแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติระยะ 5 ปี พ.ศ. 2562-2566 ก็ได้มุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสมของประชาชนทั่วไป ชุมชน และโรงเรียนเป็นหลักเท่านั้น⁽⁴⁸⁾ โดยยังไม่มีจุดเน้นในมิติของสถานที่ทำงาน

ILO ได้มีข้อเสนอแนะให้รัฐควรมีมาตรการสนับสนุนเงินอุดหนุนแก่ผู้ประกอบการเพื่อริเริ่มการจัดการอาหารที่ดีต่อสุขภาพในสถานที่ทำงาน⁽¹¹⁾ ซึ่งที่ผ่านมาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการจัดทำโครงการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานมาโดยตลอด เช่น โครงการสถานที่ทำงานน่าอยู่ นำทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงาน (กรมอนามัย) โครงการสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ใจเป็นสุข (กรมควบคุมโรค) ซึ่งแต่ละโครงการต่างมีการสนับสนุนงบประมาณหรือเงินรางวัลเพื่อเป็นแรงจูงใจให้แก่ผู้ประกอบการที่ดำเนินการได้ดีและผ่านเกณฑ์การประเมิน อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของโครงการต่างๆ เหล่านี้คือความครอบคลุมสถานที่ทำงานที่มีมากกว่า 2.5 ล้านแห่งทั่วประเทศ จากผลการดำเนินงานของบางโครงการมีสถานที่ทำงานร่วมโครงการที่จำกัด เช่น “โครงการสถานที่ทำงานน่าอยู่ นำทำงาน (Healthy Workplace)” พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2560-2563 มีสถานที่ทำงานเข้าร่วมประมาณ 2,680 แห่ง หรือ “โครงการวัยทำงานปลอดโรค ปลอดภัย ใจเป็นสุข” ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2564 มีสถานที่ทำงานเข้าร่วมประมาณ 2,691 แห่ง เท่านั้น ดังนั้น การขยายผลเพื่อพัฒนาไปสู่มาตรการสนับสนุนการเงินการคลังที่มีความครอบคลุมยิ่งขึ้นจึงเป็นสิ่งสำคัญในอนาคต

มาตรการสร้างแรงจูงใจทางการเงินและการคลังในระดับมหัพภาคได้ถูกกล่าวถึงอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะการลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ประกอบการที่ดำเนินการสร้าง

เสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน จากการทบทวนกฎหมายประมวลรัษฎากรพบว่า ประเทศไทยยังไม่มีมาตรการลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ประกอบการที่จัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพแก่คนทำงาน แต่มีกฎหมายที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ ได้แก่ พระราชกฤษฎีกา ฉบับที่ 515 (พ.ศ. 2554) ยกเว้นภาษีเงินได้เป็นจำนวน 2 เท่าของรายจ่ายที่จัดสร้างและบำรุงรักษาสนามเด็กเล่น สวนสาธารณะ หรือสนามกีฬาของเอกชนที่เปิดให้ประชาชนใช้เป็นการทั่วไปโดยไม่เก็บค่าบริการใดๆ⁽⁴⁹⁾ และพระราชกฤษฎีกา ฉบับที่ 716 ยกเว้นภาษีเงินได้จำนวนร้อยละ 100 ของรายจ่ายจากการจัดอบรมสัมมนาเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถลูกจ้าง ได้แก่ ค่าห้องสัมมนา ค่าห้องพัก ค่าขนส่งหรือรายจ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องในการอบรมสัมมนาภายในประเทศ และค่าธุรกิจนำเที่ยวและมัคคุเทศก์⁽⁵⁰⁾ ซึ่งต้องอาศัยการประยุกต์ใช้ เช่น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พนักงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้มาตรการเหล่านี้ต้องติดตามเป็นระยะ เนื่องจากมักมีผลบังคับใช้แบบปีต่อปี

4. อุปสรรคและความท้าทายของการดำเนินนโยบายและมาตรการของประเทศไทยในปัจจุบัน

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินนโยบายและมาตรการของประเทศไทยพบอุปสรรคและความท้าทายในการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

4.1 ความไม่สอดคล้องกันของนโยบายของแต่ละหน่วยงานทำให้เป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการการทำงาน

นโยบายและทิศทางระดับชาติของการดูแลสุขภาพของคนทำงานในสถานที่ทำงานมีความเป็นรูปธรรมมากขึ้นจากการกำหนดตัวชี้วัดในแผนนโยบายปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ด้วยนโยบายปฏิรูปประเทศดังกล่าว ถูกกำหนดให้ผู้รับผิดชอบหลักเป็นกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่ตัวชี้วัดต้องอาศัยความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุขในการบรรลุ ได้แก่ การพัฒนานโยบายในที่ทำงาน (workplace policy) และมาตรการ

ในการบูรณาการการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพเข้าในระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์และสวัสดิการ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานหลักที่กำกับดูแลสถานที่ทำงานโดยตรงคือกระทรวงแรงงาน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงอุตสาหกรรม หรือกระทรวงการคลัง ดังนั้น ในทางปฏิบัติจึงมีข้อจำกัดในการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นที่อาจมีเป้าหมายที่ไม่สอดคล้องกัน เช่น กระทรวงแรงงานที่ยังไม่มีตัวชี้วัดด้านสุขภาพสำหรับแรงงานที่ชัดเจน หรือกรมสรรพากรที่ยังไม่มีพันธกิจในมิติของสุขภาพ ดังบทสัมภาษณ์ ดังนี้

“นโยบายมาแล้ว แต่ยังเกิดขึ้นในวงสาธารณสุข ในขณะที่สถานที่ทำงานมีภาคส่วนอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข อย่างกระทรวงแรงงาน ซึ่งนโยบายของกระทรวงแรงงานอาจจะไม่ได้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข” (ผู้แทนกรมควบคุมโรค)

“นโยบายระดับประเทศยังขาดการให้ความสำคัญอย่างจริงจัง ทำให้ขาดการวางแผนเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจน นำไปสู่การขาดงบประมาณ ขาดการติดตาม” (ผู้แทนกรมส่งเสริมอุตสาหกรรม)

“ภารกิจของกรมสรรพากรยังไม่มีมิติด้านสุขภาพ และในสถานการณ์ปัจจุบัน (โควิด-19) จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการจัดเก็บภาษีเป็นอันดับแรก” (ผู้แทนกรมสรรพากร)

“การพัฒนานโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงแรงงาน ควรทำให้เกิดนโยบายอย่างชัดเจน แต่ก็มีปัญหาคือของงบประมาณประจำปียาก เพราะซ้ำซ้อนกับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข” (ผู้แทนกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน)

4.2 การบังคับใช้กฎหมายควบคุมพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงานมีข้อจำกัด

การควบคุมพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่และควบคุมควันทันหรือขาดกลไกการบังคับใช้โดยกฎหมายกำหนดห้ามการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน

โรงงานและสถานที่ราชการ (รวมรัฐวิสาหกิจ) และสูบบุหรี่ในอาคารสำนักงาน แต่ด้วยกฎหมายดังกล่าวอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งไม่มีกลไกในการบังคับใช้กฎหมายในสถานที่ทำงานที่เป็นภาคเอกชน ทำให้การควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงานมีข้อจำกัดในการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งต่างจากการควบคุมมลพิษทางอากาศในสถานที่ทำงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงแรงงานที่มีกลไกของผู้ตรวจแรงงาน ซึ่งมีอำนาจเข้าไปในสถานที่ทำงานเพื่อตรวจสอบสภาพและบังคับใช้กฎหมายแก่ผู้ประกอบการได้อย่างเต็มที่

4.3 การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพคนทำงานในสถานที่ทำงานขาดความเป็นเอกภาพ

การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพคนทำงานระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานคุ้มครองแรงงานที่มีบทบาทหลักในการขับเคลื่อนงานยังขาดประสิทธิภาพ ในปัจจุบันสำนักงานประกันสังคมต้องอาศัยข้อมูลสุขภาพแรงงานจากการใช้สิทธิประกันสังคมเท่านั้น ในขณะที่กระทรวงแรงงานต้องคุ้มครองแรงงานทั้งในและนอกสิทธิประกันสังคม ส่งผลให้ขาดข้อมูลด้านสุขภาพที่เพียงพอในการกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนงานสุขภาพในสถานที่ทำงาน และขาดประสิทธิภาพในการติดตามและประเมินผลสุขภาพของคนทำงาน ซึ่งส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ทำให้หน่วยงานต่างๆ มีความกังวลในการเปิดเผยข้อมูลสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบของตนเองให้แก่หน่วยงานอื่น ดังบทสัมภาษณ์ที่ว่า

“การบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่ยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะการบูรณาการข้อมูลจาก สปสช. จากหน่วยบริการ ซึ่งติดปัญหา พรบ. ข้อมูลส่วนบุคคล ทำให้แรงงานไม่มีข้อมูลด้านสุขภาพที่เพียงพอที่สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานได้” (ผู้แทนกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน)



“ขาดฐานข้อมูลสุขภาพคนทำงานที่เป็นข้อมูลกลาง ฐานข้อมูลระหว่างสำนักประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังแยกกัน ติดปัญหา พรบ. ข้อมูลส่วนบุคคล ในความจริงข้อมูลสุขภาพประชาชนหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพควรต้องเข้าถึงได้ หน่วยงานสาธารณสุขควรเข้าถึงได้ สำนักงานประกันสังคมควรเข้าถึงได้ ขาดระบบการสะท้อนสุขภาพไปยังผู้ประกันตน” (ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม)

4.4 การติดตามและประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพคนทำงานในสถานที่ทำงานที่ขาดประสิทธิภาพ

การติดตามพฤติกรรมและสุขภาพของประชาชนไทยในภาพรวมถือได้ว่าการดำเนินการได้ดีและต่อเนื่อง โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ แต่การติดตามพฤติกรรมทางสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของคนทำงานในสถานที่ทำงานยังไม่ถูกให้ความสำคัญมากนัก ในปัจจุบันมีเพียงสมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้างที่บันทึกผลการตรวจสุขภาพของแรงงานในบางกลุ่มเท่านั้น ซึ่งยังขาดการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีต่างๆ ที่ทันสมัยให้เกิดประโยชน์ดังบทสัมภาษณ์ ดังนี้

“ขาดข้อมูลสถิติสุขภาพของคนทำงานที่แยกตามประเภทของการทำงาน” (ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ)

“ขาดระบบสถิติและการรายงานสถานการณ์สุขภาพของคนทำงานที่ดี การจำแนกประเภทสถานที่ทำงาน จำแนกลักษณะงาน ขาดระบบการประเมินสุขภาพระดับบุคคล” (ผู้แทนกรมส่งเสริมอุตสาหกรรม)

“การติดตามประเมินผลในสถานที่ทำงานยังเป็นระบบ manual อยู่ ขาดการพัฒนาเทคโนโลยี” (ผู้แทนกรมส่งเสริมอุตสาหกรรม)

ข้อจำกัดการวิจัย

1) การศึกษานี้วิเคราะห์อุปสรรคและความท้าทายของการดำเนินนโยบายและมาตรการ (implementation)

ของประเทศไทยจากความคิดเห็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้แทนหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องเท่านั้น มิได้มีการเก็บข้อมูลระบบและกระบวนการดำเนินงานจากการทำงานจริง อีกทั้ง จำนวนหน่วยงานรัฐที่ตอบรับการสัมภาษณ์มีอัตราการตอบกลับที่ร้อยละ 50 ซึ่งอาจมีสาเหตุจากหน่วยงานพิจารณาแล้วว่าไม่ใช่หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก ประกอบกับเป็นช่วงของสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ทำให้หลายหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องมีภารกิจอื่นที่เร่งด่วนมากกว่า 2) การศึกษานี้มิได้เก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนได้เสียอื่นที่มีใช้หน่วยงานรัฐ เช่น ภาคประชาชน (แรงงาน คนทำงาน คนวัยทำงาน) ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์ความต้องการทางนโยบายจากภาคประชาชน และสามารถนำมาวิเคราะห์ความเหมาะสมของนโยบายได้ในอีกมิติหนึ่ง

วิจารณ์

โดยหลักการแล้วการปกป้องและคุ้มครองสุขภาพคนทำงานในสถานที่ทำงานมีความเกี่ยวข้องทั้งกับงานด้านอาชีวอนามัย (occupational health: OH) และการสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion: HP) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้อธิบายไว้ว่า งานอาชีวอนามัยเป็นงานด้านสาธารณสุขที่ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งระดับสูงสุดของสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของคนทำงานในทุกสาขาอาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาและสร้างเสริมสุขภาพและความสามารถในการทำงานของคนทำงาน และเพื่อการปรับปรุงสภาพการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน รวมถึงสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรมองค์กรให้เอื้อต่อความปลอดภัยและสุขภาพ⁽⁵¹⁾ และสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly: WHA) ได้พยายามเรียกร้องให้ประเทศต่างๆ ดำเนินการด้านอาชีวอนามัยร่วมกับโครงการสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคติดต่อและไม่ติดต่อ การป้องกันการบาดเจ็บ สุขภาพจิต อนามัยสิ่งแวดล้อม และการพัฒนาระบบสุขภาพ⁽⁵¹⁾ นอกจากนี้ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ

(International Labour Organization: ILO) ยังเสริมอีกว่าการสร้างเสริมสุขภาพจะช่วยส่งเสริมความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (OSH) ในสถานที่ทำงาน⁽⁵²⁾ และจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในระยะยาว ทั้งยังลดแรงกดดันต่อสุขภาพ สวัสดิการ และระบบประกันสังคม⁽⁵³⁾ กล่าวคือ การสร้างเสริมสุขภาพถือเป็นส่วนหนึ่งของงานอาชีวอนามัย (OH) ที่มีความเชื่อมโยงและส่งเสริมประสิทธิภาพซึ่งกันและกัน ดังนั้น ระบบความปลอดภัยและอาชีวอนามัยกับการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานจึงสามารถบูรณาการการทำงานร่วมกันได้ แต่แนวทางระหว่างประเทศในปัจจุบันยังมีข้อแนะนำสำหรับภาครัฐที่ค่อนข้างคลุมเครือและส่วนใหญ่เป็นข้อแนะนำต่อนายจ้างเท่านั้น⁽¹¹⁾

ในขณะที่ การดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย (OH) ของประเทศไทยยังจำกัดอยู่ที่ความปลอดภัยและการควบคุมความเสี่ยงจากการทำงานเป็นสำคัญ⁽⁵⁴⁾ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการที่ยังขาดกรอบนโยบายด้านสุขภาพแรงงานที่เฉพาะเจาะจงตามท้องที่กระหว่างประเทศแนะนำ แม้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยจะมีแผนแม่บทความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) แต่ก็ยังขาดมิติทางการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเห็นได้ชัด

ดังนั้น การควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงาน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการจัดการกับสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมทางสุขภาพของพนักงานในสถานที่ทำงานจึงกลายเป็นความท้าทายในเชิงนโยบายและการดำเนินงาน เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานหลายหน่วยงาน โดยเฉพาะกระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอุตสาหกรรม ซึ่งหากพิจารณาในส่วนของกรณีศึกษากิจการและโครงการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคนทำงานหรือเพื่อริเริ่มให้เกิดการดำเนินการในระดับองค์กรต่างๆ แล้ว ก็ถือว่าทำได้ดี แต่หากพิจารณาในส่วนการบังคับใช้กฎหมายและมาตรการในเชิงระบบแล้ว ก็

ยังมีข้อจำกัดอยู่มาก โดยเฉพาะการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพจากฝั่งกระทรวงสาธารณสุข (การควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบในสถานที่ทำงาน) ที่ยังขาดกลไกการบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิภาพ ในขณะที่การบังคับใช้กฎหมายด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานจากฝั่งกระทรวงแรงงานมีผู้ตรวจแรงงานเป็นกลไกการบังคับใช้กฎหมายรองรับภาระงานที่ชัดเจน ซึ่งกฎหมายทั้งสองฝั่งอาจสามารถบูรณาการการบังคับใช้กฎหมายร่วมกันได้หากมีเป้าหมายเชิงนโยบายร่วมกันที่ชัดเจน

ในขณะเดียวกัน การพัฒนามาตรการเชิงระบบรูปแบบใหม่ๆ ที่มุ่งใจให้สถานที่ทำงานที่เป็นภาคเอกชนใส่ใจดูแลสุขภาพของคนทำงานของตนเองมากขึ้นและไม่เป็นภาระแก่ผู้ประกอบการจนเกินไปในลักษณะของ win-win เช่น นโยบายลดหย่อนภาษี อาจเป็นมาตรการทางเลือกที่ช่วยสนับสนุนการควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงานได้ในระยะสั้นและเหมาะสมกับสถานที่ทำงานขนาดเล็ก (SME) ซึ่งมีสัดส่วนกว่าร้อยละ 98 ของสถานที่ทำงานทั่วประเทศและต้องการการสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐบาล อย่างไรก็ตาม การกำหนดมาตรการสร้างแรงจูงใจทางการเงินการคลังยังมีประเทศต้นแบบไม่มากนักและยังต้องศึกษาความคุ้มค่า (effectiveness) ของนโยบายในบริบทของประเทศไทยในอนาคต⁽⁵⁵⁾ เนื่องจากนโยบายดังกล่าวมีผลกระทบโดยตรงต่อทิศทางการบริหารการเงินและการคลังของประเทศที่มีเป้าหมายเพื่อการจัดเก็บภาษีเป็นหลักและยังไม่เน้นมิติทางด้านสุขภาพมากนัก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงสาธารณสุข ควรร่วมกันพิจารณาแนวทางการบูรณาการมาตรการสร้างเสริมสุขภาพเข้ากับระบบความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในสถานที่ทำงาน โดยอาจ

ใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาโดยองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ชื่อว่า “SOLVE: integrating health promotion into workplace OSH policies (2012)” เป็นแนวทาง ตัวอย่างเช่น การพัฒนาศักยภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แก่ผู้ปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัยใน สถานที่ทำงานหรือกลไกคณะกรรมการสวัสดิการแรงงาน ในสถานที่ทำงาน (เช่น ความรู้ด้านกฎหมายการควบคุม ยาสูบ การควบคุมเครื่องตีแมลงอฮอร์ การส่งเสริมการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่) หรือระบบการเก็บรวบรวมและรายงาน ผลข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจากพฤติกรรมปัจจัย เสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อของคนทำงานในสถานที่ทำงาน โดยมีกลไกในสถานที่ทำงานคือคณะกรรมการสวัสดิการ แรงงานที่ยังมีโอกาสในการพัฒนาบทบาทหน้าที่ด้านการ สร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน

2) พิจารณาการพัฒนากรอบนโยบายระดับชาติ ด้านสุขภาพแรงงานอย่างครอบคลุมเพื่อกำหนดเป้าหมาย งบประมาณ และการบูรณาการการทำงานของหน่วยงาน ต่างๆ ร่วมกัน โดยอ้างอิงตามแผนปฏิบัติการระดับโลกว่า ด้วยสุขภาพคนทำงานขององค์การอนามัยโลกเป็นแนวทาง

3) ศึกษาและพิจารณาเพื่อพัฒนามาตรการระดับ ชาติเพื่อสร้างแรงจูงใจทางการเงินการคลังแก่สถานที่ ทำงานขนาดเล็กและกลางเพื่อให้เกิดความคิดริเริ่มในการ สร้างเสริมสุขภาพแก่คนทำงาน เช่น การให้เครดิตภาษี การ ลดหย่อนภาษีรายได้ โดยมาตรการอาจครอบคลุมไปถึงการ ส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพด้วย เช่น การส่ง เสริมร้านอาหาร healthy หรือกิจการที่เกี่ยวข้องกับการออก กำลังกาย

นอกจากนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวง แรงงาน กระทรวงสาธารณสุข กรมสรรพากร และหน่วยงาน อื่นๆ ควรร่วมกันพัฒนากลไกกลางในการจัดการและใช้ ประโยชน์จากข้อมูลข้ามภาคส่วนภายใต้กฎหมายว่าด้วย การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งพัฒนาแนวปฏิบัติใน การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อ ที่สามารถนำไปลดหย่อนภาษีเงินได้นิติบุคคล

2. ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาต่อไป

1) การศึกษาการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของนโยบายและมาตรการในการควบคุมและป้องกัน ปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงานของประเทศไทย

2) การศึกษาแนวทางการบูรณาการนโยบายและ มาตรการในการควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ในสถานที่ทำงานของประเทศไทยให้มีความเป็นเอกภาพลด ความซ้ำซ้อน

3) การศึกษาแนวทางการขยายผลโครงการสร้าง เสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานให้ครอบคลุมมากขึ้น

4) การศึกษาความเป็นไปได้ของนโยบายและ มาตรการสร้างแรงจูงใจทางการเงินการคลังแก่สถานที่ ทำงานขนาดเล็กและกลางเพื่อให้เกิดความคิดริเริ่มในการ สร้างเสริมสุขภาพแก่คนทำงาน

5) การศึกษารูปแบบนโยบายที่เหมาะสมโดยการ สสำรวจความคิดเห็นจากภาคประชาชน (แรงงาน คนทำงาน คนวัยทำงาน)

กิตติกรรมประกาศ

โครงการศึกษานี้ดำเนินการโดยสำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งได้รับการสนับสนุน จาก “เครือข่ายคนไทยไร้พุง” ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ และสมาคมโรค เบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพ-รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

References

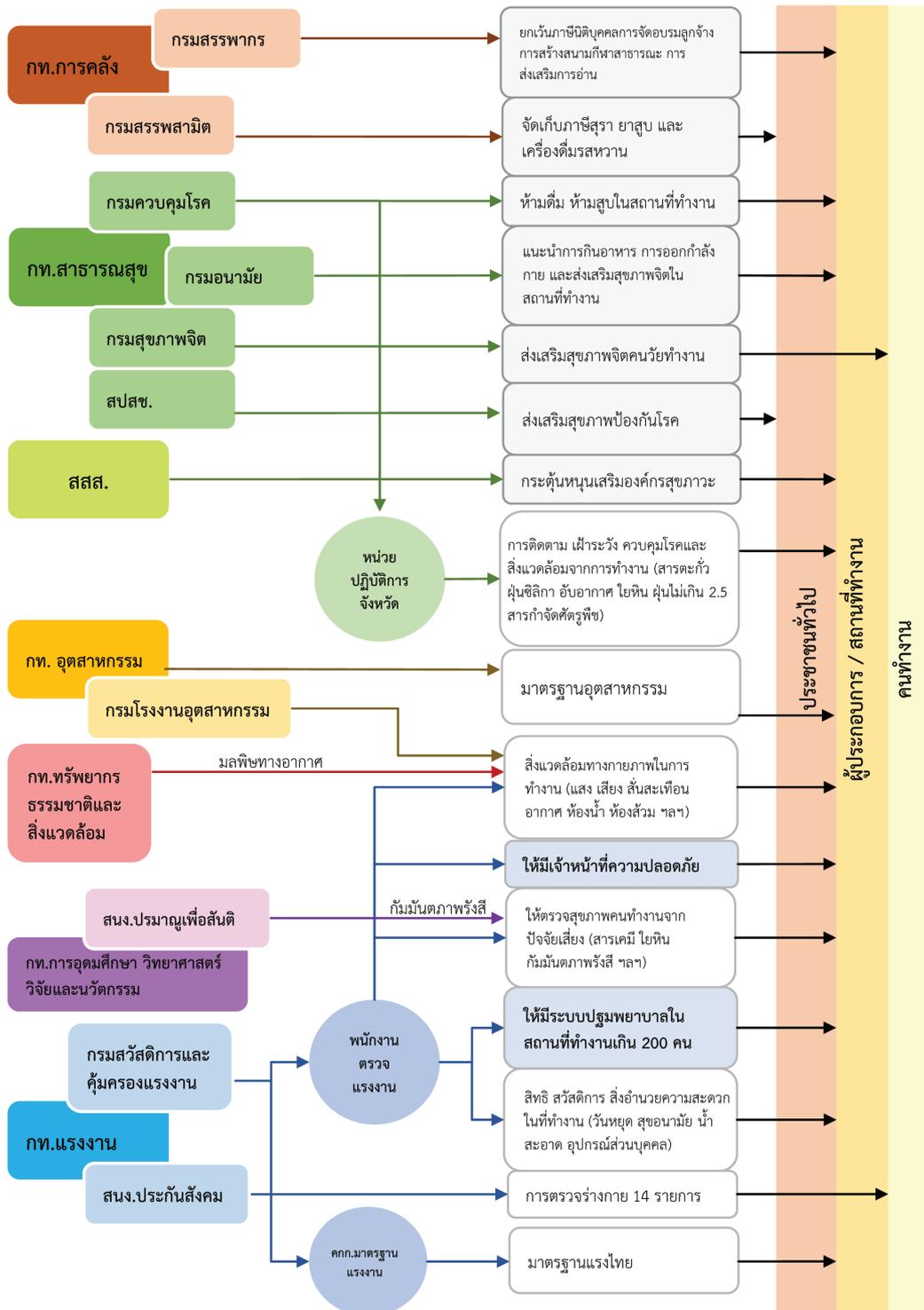
1. The NCD Alliance. NCD a thematic webinar: 5x5 new opportunities for the NCD response - tackling mental health and air pollution. [internet]. 2019 [cited 2022 Dec 20]. Available from: <https://bit.ly/3oXwd0w>.
2. Kolbe-Alexander T, Lambert E. Non-communicable disease prevention and worksite health promotion programs: a brief review. *Occupational Medicine & Health Affairs*. 2013;1(7):8.
3. Beaglehole R, Bonita R, Alleyne G, Horton R, Li L, Lincoln P, et al. UN high-level meeting on non-communicable diseases:

- addressing four questions. *Lancet*. 2011;378(-):449-55.
4. Burton J. WHO healthy workplace framework and model: background and supporting literature and practice. Geneva: World Health Organization; 2010.
 5. Adams R. Prevention is better than cure: tackling non-communicable diseases in developing countries by focusing on prevention. *Perspectives in Public Health*. 2015;135(3):121-2.
 6. World Health Organization. Plan of action on workers' health 2008–2017. Geneva: World Health Organization; 2007.
 7. Convention of Promotional Framework for Occupational Safety and Health, C120 (2006).
 8. Office of the National Economic and Social Development Council. National reform plan (revised edition). Bangkok: NESDC; 2018. (in Thai)
 9. World Health Organization. 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.
 10. International Labour Organization. Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. Geneva, Switzerland: International Labour Organization; 1996.
 11. International Labour Organization. SOLVE: Integrating Health Promotion into Workplace OSH Policies. Geneva, Switzerland: International Labour Organization; 2012.
 12. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Switzerland: World Health Organization; 2018.
 13. Convention of Hygiene (Commerce and Offices), C120, (1964).
 14. Convention of Working Environment (Air Pollution, Noise and Vibration), C148, (1977).
 15. Recommendation of Working Environment (Air Pollution, Noise and Vibration), R156, (1977).
 16. WHO Framework Convention on Tobacco Control, LC/NLM classification: HD 9130.6 (2003).
 17. World Health Organization. Regional plan of action for tobacco control. India: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2005.
 18. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013.
 19. World Health Organization. Regional action plan to implement global strategy to reduce harmful use of alcohol for the south-east asia region (2014–2025). In: World Health Organization, editor. India: World Health Organization; 2020.
 20. World Health Organization. Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in South-East Asia, 2013–2020. India: World Health Organization; 2013.
 21. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.
 22. World Health Organization. Guidelines on protection from exposure to tobacco smoke. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007.
 23. World Health Organization. Strategic action plan to reduce the double burden of malnutrition in the South-East Asia Region 2016–2025. India: World Health Organization; 2016.
 24. Office of the National Economic and Social Development Council, Ministry of Public Health, Mahidol University. Thailand healthy lifestyle strategic plan, B.E. 2554-2563 (2011–2020). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2010. (in Thai)
 25. Department of Labour Protection and Welfare. Action plan under the national safety, occupational health and working environment master plan no. 2 (B.E. 2560-2564). Bangkok: Department of Labour Protection and Welfare, Ministry of Labour; 2560. (in Thai)
 26. Announcement of Ministry of Interior regarding Occupational Safety in Relation to Environmental Conditions (Chemicals), B.E. 2520, (1977). (in Thai)
 27. Ministerial Regulation No. 6 (B.E. 2541) Issued in Accordance with The Provisions of The Labor Protection Act B.E. 2541. The Royal Government Gazette Volume 115, Section 49 Kor. (1998). (in Thai)
 28. Ministerial Regulation No. 2 (B.E. 2535) Issued in Accordance with The Factory Act B.E. 2535. The Royal Government Gazette Volume 109, Section 108. (1992). (in Thai)
 29. Announcement of the Ministry of Industry regarding Measures to Protect Safety in Factory Operations regarding Working Environments, B.E. 2546. (2003). (in Thai)
 30. Ministerial Regulation Establishes Standards for The Management and Implementation of Occupational Safety, Health, and Environmental Aspects Related to Heat, Light, and Noise in The Workplace, B.E. 2559. The Royal Government Gazette Volume 133, Section 91 Kor. (2016). (in Thai)
 31. Announcement of Ministry of Public Health (No. 19) B.E. 2010 regarding Specifying Names or Types of Public Places that Provide Health Protection for Non-Smokers and Designating Any or All Parts of Such Public Places as Smoking Area or Non-Smoking Area according to The Health Protection Act for Non-Smokers, B.E. 2535. The Royal Government Gazette Volume 127, Section 40 Ngor. (2010). (in Thai)
 32. Announcement of Ministry of Public Health regarding The



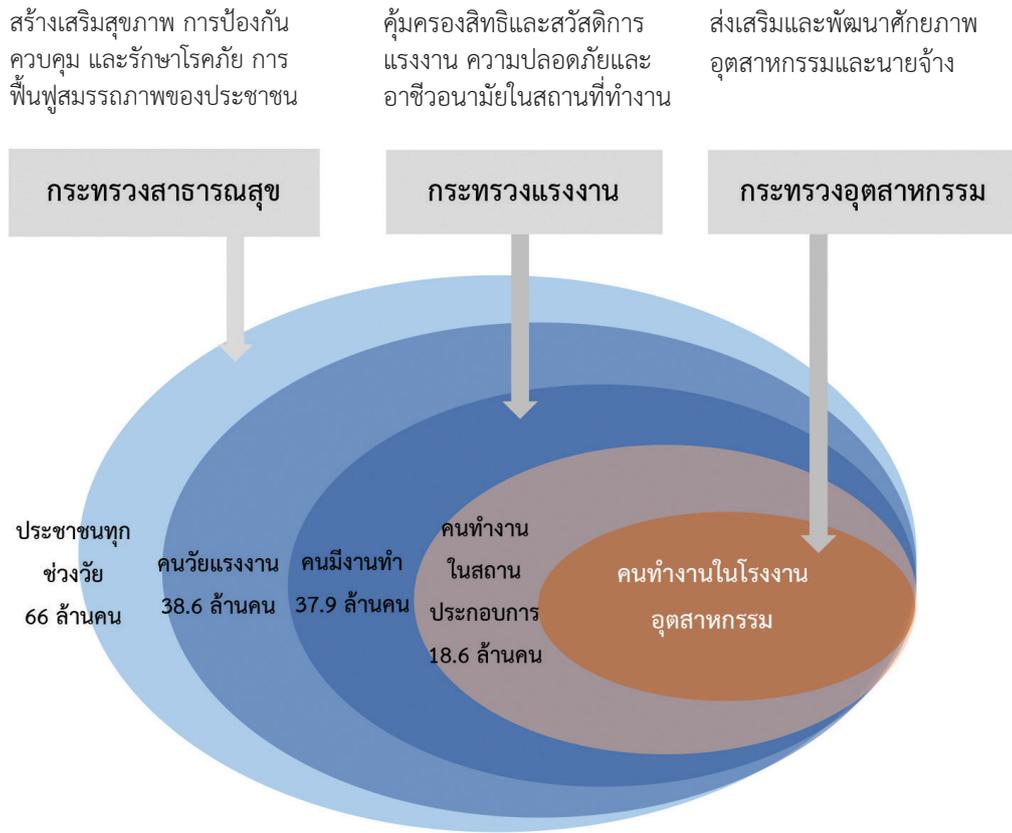
- Designation of Certain Parts or All of Public Places, Workplaces, and Vehicles as Non-Smoking Areas or Smoking Zones within Non-Smoking Areas, B.E. 2561. The Royal Government Gazette Volume 135, Section 279 Ngor. (2018). (in Thai)
33. Alcoholic Beverage Control Act B.E. 2551. The Royal Government Gazette Volume 125, Section 33 Kor, (Feb 13, 2008). (in Thai)
34. Department of Health. Healthy Workplace Happy for Life Manual. Bangkok: The Printing Office Agency to assist veterans under Royal Patronage His Majesty the King, Department of Health, Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
35. Office of Thai Health Promotion Foundation. Happy 8: happiness, enhancing quality of life with working happily [internet]. 2017 [cited 2023 Mar 2]. Available from: <https://happy8workplace.thaihealth.or.th/happy-8>. (in Thai)
36. Department of Disease Control. Criteria for development and guidelines for operating a disease-free, safe, happy body and mind workplace, development enhancement edition B.E. 2563. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
37. Division of Occupational and Environmental Diseases. Company's wellness center guidelines. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)
38. Thai PBS. Open a set of 10 health knowledge topics for business establishments to use [internet]. 2019 [cited 2022 Mar 4]. Available from: <https://news.thaipbs.or.th/content/284110>. (in Thai)
39. Somsup S, Patiwet J, Suriya J, Pengwong K, Manmuang K, Phinijkul S, et al. Anamai electronic knowledge hub. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
40. ThaiSook. Project of drive the health of workers in workplaces with participation (healthy living) [internet]. 2023 [cited 2023 Mar 12]. Available from: <https://www.thaisook.org/2023/03/04/healthy-living/>. (in Thai)
41. ThaiSook. Launching a training course for health leaders in the workplace to reduce the risk of NCDs, a major problem for working people [internet]. 2022 [cited 2023 Mar 12]. Available from: <https://www.thaisook.org/#Contact-Us>. (in Thai)
42. Labour Protection Act B.E. 2541. The Royal Government Gazette Volume 115, Section 8 Kor. (Feb 20, 2019). (in Thai)
43. Announcement of the National Health Security Office Committee regarding Types and Scope of Public Health Services (No. 10) B.E. 2559. (2016). (in Thai)
44. Ministerial Regulation Establishes Criteria and Methods for Health Examinations of Employees and Reporting the Results to the Labour Inspector, B.E. 2547. The Royal Government Gazette Volume 122, Section 4 Kor. (2004). (in Thai)
45. Announcement of Ministry of Labour regarding The Specification of Hazardous Chemicals that Require Employers to Arrange for Health Examinations of Employees, B.E. 2552. The Royal Government Gazette Volume 126, Section 50 Ngor. (2009). (in Thai)
46. Announcement of the Ministry of Public Health regarding Names or Important Symptoms of Occupational Diseases, B.E. 2563. The Royal Government Gazette Volume 138, Section 23 Ngor. (2021). (in Thai)
47. Announcement of the Ministry of Public Health regarding Names or Important Symptoms of Environmental Diseases, B.E. 2563. The Royal Government Gazette Volume 138, Section 23 Ngor. (2021). (in Thai)
48. Department of Health. National Nutrition Action Plan (5 year) B.E. 2562-2566, under Strategy 3 Food Study of Thailand's Food Management Strategy Framework No. 2 (B.E. 2561-2580). Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
49. Royal Decree issued in accordance with the Revenue Code regarding Tax Exemption (No. 515) B.E. 2554. The Royal Government Gazette Volume 128, Section 15. (2011). (in Thai)
50. Royal Decree issued in accordance with the Revenue Code regarding Tax Exemption (No. 716) B.E. 2564. The Royal Government Gazette Volume 138, Section 35 Kor. (2021). (in Thai)
51. World Health Organization. Occupational health. [internet]. 2022 [cited 2022 Mar 1]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/occupational-health>.
52. International Labour Organization. Workplace health promotion and well-being [internet]. 2022 [cited 2022 Mar 1]. Available from: <https://bit.ly/3P1uZML>.
53. Forastieri V. Improving health in the workplace: ILO's framework for action. Geneva, Switzerland: International Labour Organization; 2014.
54. Department of Health. Health promotion for worker in workplace [internet]. 2022 [cited 2022 Mar 9]. Available from: <https://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=factory1>. (in Thai)
55. Kanchanachitra M, Petpongsai D, Boontantrapiwat T, Rodaree P. Foreign policy for promoting the health of employees in workplaces. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2021. (in Thai)

ภาคผนวก ก หน่วยงานรัฐและบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง



หมายเหตุ: กท. หมายถึง กระทรวง, คกก. หมายถึง คณะกรรมการ, สปสช. หมายถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สนง. หมายถึง สำนักงาน

ภาพผนวกที่ 1 หน่วยงานรัฐและบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนนโยบายและมาตรการของประเทศไทย



ภาพผนวกที่ 2 หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของคนทำงานในสถานที่ทำงาน

ภาคผนวก ข เอกสารเครื่องมือนโยบายจากองค์กรระหว่างประเทศที่ใช้ในการศึกษา

เอกสารเครื่องมือนโยบายจากองค์กรระหว่างประเทศที่มีข้อเสนอแนะนโยบายและมาตรการควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงานจำนวน 15 ฉบับ จำแนกเป็นเอกสารจาก WHO จำนวน 10 ฉบับ และเอกสารจาก ILO จำนวน 5 ฉบับ ดังนี้

ที่	ค.ศ.	พ.ศ.	องค์กร	Title	ชื่อเรื่อง
1	1964	2507	ILO	Hygiene (Commerce and Offices) Convention (1964), No.120 ⁽¹³⁾	อนุสัญญาว่าด้วยสุขอนามัย (การพาณิชย์และสำนักงาน) (พ.ศ. 2507) ฉบับที่ 120
2	1977	2520	ILO	Working Environment (Air Pollution, Noise and Vibration) Convention (1977), No.148 ⁽¹⁴⁾	อนุสัญญาสภาพแวดล้อมในการทำงาน (มลพิษทางอากาศ เสียง และการสั่นสะเทือน) (พ.ศ. 2520) ฉบับที่ 148
3	1977	2520	ILO	Working Environment (Air Pollution, Noise and Vibration) Recommendation (1977) ⁽¹⁵⁾	ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน (มลพิษทางอากาศ เสียง และการสั่นสะเทือน) (พ.ศ. 2520)
4	1996	2539	ILO	Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace (1996) ⁽¹⁰⁾	แนวปฏิบัติว่าด้วยการจัดการปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติดในที่ทำงาน (พ.ศ.2539)
5	2003	2546	WHO	WHO Framework Convention on Tobacco Control (2003) ⁽¹⁶⁾	กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (พ.ศ. 2546)
6	2003	2546	WHO	Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, Geneva (2003) ⁽²¹⁾	กลยุทธ์ระดับโลกสำหรับการให้อาหารทารกและเด็กเล็กเจนีวา (2546)
7	2005	2548	WHO	Regional Plan of Action for Tobacco Control (2005) ⁽¹⁷⁾	แผนปฏิบัติการระดับภูมิภาคเพื่อการควบคุมยาสูบ (พ.ศ. 2548)
8	2007	2550	WHO	Guidelines on protection from exposure to tobacco smoke (2007) ⁽²²⁾	แนวทางการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่ (2550)
9	2008	2551	WHO	Plan of Action on Workers' Health 2008–2017 ⁽⁶⁾	แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพคนงาน พ.ศ. 2551–2560
10	2012	2555	ILO	SOLVE: Integrating Health Promotion into Workplace OSH Policies (2012) ⁽¹¹⁾	SOLVE: แนวทางการบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพเข้ากับนโยบายความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในสถานที่ทำงาน (พ.ศ.2555)
11	2013	2556	WHO	Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020 ⁽¹⁸⁾	แผนปฏิบัติการโลกว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2556-2563
12	2013	2556	WHO	Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in South-East Asia, 2013–2020 ⁽²⁰⁾	แผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พ.ศ. 2556-2563
13	2014	2557	WHO	Regional Action Plan to Implement Global Strategy to Reduce Harmful Use of Alcohol for the South-East Asia Region (2014–2025) ⁽¹⁹⁾	แผนปฏิบัติการระดับภูมิภาคเพื่อดำเนินกลยุทธ์ระดับโลกเพื่อลดการใช้แอลกอฮอล์อย่างอันตรายสำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (พ.ศ. 2557-2568)
14	2016	2559	WHO	Strategic Action Plan to reduce the double burden of malnutrition in the South-East Asia Region 2016–2025 ⁽²³⁾	แผนปฏิบัติการเชิงกลยุทธ์เพื่อลดภาวะทุพโภชนาการซ้ำซ้อนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พ.ศ. 2559-2568
15	2018	2561	WHO	Global action plan on physical activity 2018–2030 ⁽¹²⁾	แผนปฏิบัติการโลกเกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573

หมายเหตุ: ILO หมายถึง องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization), WHO หมายถึง องค์กรอนามัยโลก (World Health Organization)

การพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยในประเทศไทย

เรวดี สิริธัญญานนท์*

ทรงพล จำดิษฐ์*

บุปผา วงษ์ยศ*

ผู้รับผิดชอบบทความ: เรวดี สิริธัญญานนท์

บทคัดย่อ

สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการได้จัดทำระบบการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ในปีงบประมาณ 2562 เรียกว่า MOPH X-ray 2562 การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดขั้นตอนดำเนินงานที่เหมาะสมและวิเคราะห์ผลการนำระบบงานไปใช้ดำเนินการรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย โดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติ one-way ANOVA กรอบแนวคิดการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ (1) การดำเนินการจัดทำมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ประกอบด้วย 10 หัวข้อใหญ่ และจัดทำเป็นแบบประเมินผล 114 ข้อ (2) การจัดทำระบบการรับรอง โดยมีการจัดทำเอกสารคุณภาพ การพัฒนาผู้ตรวจประเมิน และการกำหนดขั้นตอนดำเนินงาน เพื่อให้บริการรับรองห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยในประเทศไทย และ (3) การนำระบบการรับรองไปให้บริการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยจำนวน 245 แห่ง ครอบคลุมสถานบริการ 5 กลุ่ม ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดกรุงเทพมหานคร ผลการตรวจประเมินพบว่า ห้องปฏิบัติการส่วนใหญ่มีความไม่สอดคล้องกับมาตรฐานไม่เกิน 10 ข้อ ผลการตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินผลความพึงพอใจของการรับรองห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข 172 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 70.2 มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ถึงร้อยละ 88.0 และเปรียบเทียบความพึงพอใจเฉลี่ยตามประเภทห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยที่ขอการรับรองทั้ง 5 กลุ่ม โดยใช้สถิติ one-way ANOVA พบว่าความพึงพอใจของห้องปฏิบัติการไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) สรุป ระบบการรับรองที่จัดทำขึ้นสามารถนำไปใช้ในการรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย เพื่อส่งเสริมการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยทั่วประเทศ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน และผู้ให้บริการมีความปลอดภัยด้วย

คำสำคัญ: การวิจัยและพัฒนา, ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย, มาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย, ระบบการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย MOPH X-ray 2562

* สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

Received 31 July 2023; Revised 29 February 2024; Accepted 15 May 2024

Suggested citation: Siritunyanont R, Chamdit S, Wongyot B. Establishing a quality certification system for diagnostic radiology laboratory in Thailand. Journal of Health Systems Research 2024;18(2):220-38.

เรวดี สิริธัญญานนท์, ทรงพล จำดิษฐ์, บุปผา วงษ์ยศ. การพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567;18(2):220-38.

Establishing a Quality Certification System for Diagnostic Radiology Laboratory in Thailand

Raevadee Siritunyanont, Songphon Chamdit, Buppa Wongyot

Bureau of Laboratory Quality Standards, Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health

Corresponding author: Raevadee Siritunyanont, raevadee.s@dmsc.mail.go.th

Abstract

The Bureau of Laboratory Quality Standards of the Ministry of Public Health (MOPH) had established a quality certification system for diagnostic radiology laboratory (DRLab), namely MOPH X-ray 2562, since 2019. This study aimed to determine the appropriate processes and to evaluate the implementation of the established certification system by using descriptive statistics and one-way ANOVA. The research included three parts: (1) the creation of DRLab standards with 10 main topics containing 114 checklist items; (2) the development of a certification system, including quality documents, assessor training, and operational procedures in order to provide certification services for DRLabs in Thailand; (3) the implementation of the certification system with 245 DRLabs of 5 provider groups (community hospitals, general hospitals, regional hospitals, academic hospitals under Ministry of Public Health, and hospitals of the Bangkok Metropolitan Administration). Sixty-three percent of the total DRLabs (245) were found to have nonconformities of less than 10 requirement items. The satisfaction questionnaire revealed that 70.2% were satisfied with the highest satisfaction rate being 88.0%. The average satisfaction levels of DRLabs among 5 groups showed no significant difference ($p > 0.05$ by one-way ANOVA). The established certification system could be applied to certify diagnostic radiology laboratories throughout the country to promote quality system of safe, efficient, and standardized services to both recipients and providers.

Keywords: research and development, diagnostic radiology laboratory, radiodiagnosis laboratory standard, MOPH X-ray 2562 certification system of diagnostic radiology laboratory

ภูมิหลังและเหตุผล

ในปัจจุบันมีการนำระบบรับรองคุณภาพมาใช้อย่างแพร่หลาย ทั้งในการรับรองระบบการศึกษาทั่วไป การศึกษาพยาบาลและในวิชาชีพต่างๆ สำหรับสถานพยาบาลในประเทศไทยได้มีการนำมาตรฐานหรือเกณฑ์รางวัลมาใช้กันอย่างหลากหลาย ทั้งมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ได้แก่ Laboratory Accreditation (LA), International Organization for Standardization (ISO 15189), Ministry of Public Health (MOPH Lab) และมาตรฐานภาพรวมทั้งประเทศ ได้แก่ Thailand Quality Award (TQA), Joint Commission International (JCI), Hospital Accreditation (HA) โดยมาตรฐาน HA ของ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เป็นมาตรฐานระดับสากลที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทยได้นำไปใช้⁽¹⁾ และได้กล่าวถึงบริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ (radiology / medical imaging services) ซึ่งเป็นระบบงานหนึ่งของโรงพยาบาล มุ่งเน้นการใช้ข้อมูลที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ เพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยให้มีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด⁽²⁾ ทั้งนี้ ประเทศไทยมีการจัดทำมาตรฐานงานบริการรังสีไว้ในมาตรฐานบริการสาธารณสุขของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2550 และการจัดทำแนวทางการตรวจประเมินบริการรังสีวิทยาในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนของกองการประกอบ

โรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รวมทั้งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้จัดทำเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัย สำหรับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย⁽³⁾

สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ (สมป.) เริ่มดำเนินการจัดทำระบบรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 ตามนโยบายของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์⁽⁴⁾ เนื่องจาก สมป. มีอำนาจหน้าที่ติดตาม ตรวจสอบระบบคุณภาพ และให้การรับรองห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 และตามมาตรา 30 แห่งพระราชบัญญัติการมาตรฐานแห่งชาติ พ.ศ. 2551 รวมทั้งการได้รับการยอมรับเป็นหน่วยรับรองระบบงาน (Accreditation Body, AB) ของประเทศไทยจากองค์การรับรองระบบงานในระดับภูมิภาคและระหว่างประเทศ โดยผ่านกลไกข้อตกลงการยอมรับร่วม (Mutual Recognition Agreement, MRA) จากองค์การภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกว่าด้วยการรับรองระบบงาน (Asia Pacific Accreditation Cooperation, APAC) และองค์การระหว่างประเทศว่าด้วยการรับรองระบบงานห้องปฏิบัติการ (International Laboratory Accreditation Cooperation, ILAC) ทั้งนี้ การเป็นหน่วยรับรองระบบงานจะต้องมีการบริหารจัดการตามมาตรฐาน ISO/IEC 17011 (International Electrotechnical Commission) โดยมีข้อกำหนดสำคัญประกอบด้วย หัวข้อที่ 4 ข้อกำหนดทั่วไป หัวข้อที่ 5 ข้อกำหนดโครงสร้างการบริหารงาน หัวข้อที่ 6 ข้อกำหนดทรัพยากร หัวข้อที่ 7 ข้อกำหนดกระบวนการรับรองห้องปฏิบัติการ หัวข้อที่ 8 ข้อกำหนดสารสนเทศ และหัวข้อที่ 9 ข้อกำหนดระบบการบริหารจัดการ ซึ่งเป็นข้อกำหนดเกี่ยวกับความสามารถในการให้บริการรับรองการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ และมีความเป็นกลางในการตรวจประเมินและรับรองห้องปฏิบัติการ⁽⁵⁾ รวมทั้งใช้เป็นข้อกำหนดในการตรวจประเมินเพื่อการ

ยอมรับร่วมโดย APAC และ ILAC

การดำเนินการเป็นหน่วยรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข จำเป็นต้องมีการวางระบบการบริหารจัดการองค์กร กำหนดเงื่อนไขการรับรอง ขั้นตอนการดำเนินงาน และบุคลากรที่รับผิดชอบงาน เพื่อให้หน่วยรับรองระบบงานมีความน่าเชื่อถือ ผู้มาใช้บริการรับรองห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดความเชื่อมั่น และให้การยอมรับ ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มีรายงานศึกษาวิจัยระบบรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการจัดทำระบบรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย โดยยึดหลักการดำเนินงานตามมาตรฐาน ISO/IEC 17011 ในการนำมาประยุกต์ใช้เป็นมาตรฐานการดำเนินงานของหน่วยรับรองระบบงาน และ ISO 9001:2015 ซึ่งเป็นมาตรฐานในเรื่องระบบบริหารคุณภาพที่นำมาใช้กับการผลิต การบริการ และยังสามารถนำไปใช้กับหน่วยงานราชการโดยไม่จำกัดขนาดขององค์กร⁽⁶⁾ รวมทั้งศึกษาวิเคราะห์ผลการจัดทำระบบงาน และการนำระบบงานไปใช้ดำเนินการรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย รวมทั้งการอภิปรายผลระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยตามกรอบแนวคิดระบบสาธารณสุข six building blocks ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) เพื่อส่งเสริมห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยทั่วประเทศให้มีการดำเนินการระบบคุณภาพและมีมาตรฐานการบริการ ได้รับการตรวจประเมิน และได้รับการรับรองระบบคุณภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน

ระเบียบวิธีศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพัฒนา (research & development) เพื่อประเมินผลการนำระบบรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยไปใช้ดำเนินการและติดตามผลดำเนินการรับรอง ระหว่าง เดือนมกราคม 2562 – พฤษภาคม 2566 โดยทำการศึกษา 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 การจัดทำมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยกระทรวงสาธารณสุข เป็นการกำหนดข้อกำหนดระบบคุณภาพที่ห้องปฏิบัติการต้องดำเนินการ โดยศึกษาลักษณะงานบริการห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ศึกษามาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยและเปรียบเทียบข้อกำหนดของมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง และจัดทำเป็นมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยกระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾ เพื่อห้องปฏิบัติการจะได้นำมาตรฐานไปใช้ดำเนินการจัดการระบบคุณภาพและรับการตรวจประเมิน

ส่วนที่ 2 การจัดทำระบบการรับรอง และจัดทำเอกสารคุณภาพ เพื่อให้กระบวนการให้บริการรับรองมีขั้นตอนการให้บริการรับรอง มีผู้ตรวจประเมิน สามารถนำไปใช้ดำเนินการรับรองได้ในทางปฏิบัติจริง

ส่วนที่ 3 การนำระบบการรับรองไปให้บริการรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กลุ่มตัวอย่างเป็นห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยที่ยื่นขอรับรอง และได้รับการตรวจประเมินตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างสิงหาคม 2562 – พฤษภาคม 2566 จำนวน 245 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจประเมิน คือ แบบตรวจประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย (checklist x-ray) 114 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย แจกแจงความถี่ และประมวลผลเป็นร้อยละ

3.2 วิเคราะห์ผลตรวจประเมินที่เป็นการรายงานความไม่สอดคล้องของระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการกับมาตรฐาน โดยนำข้อกำหนดที่ดำเนินการไม่ได้และดำเนินการได้บางส่วนมารวบรวม วิเคราะห์ ประมวลผลเป็นร้อยละ และสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้โปรแกรม MS-Excel

3.3 ศึกษาผลการนำระบบรับรองไปให้บริการ

3.3.1 การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างเป็นห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยที่ขอ

การรับรองจำนวน 245 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินผลความพึงพอใจการให้บริการรับรองสำหรับห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยที่ผ่านการรับรอง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลห้องปฏิบัติการ ส่วนที่ 2 การบริการ ส่วนที่ 3 การตรวจประเมิน ส่วนที่ 4 คุณภาพการบริการ ส่วนที่ 5 ผลที่ได้รับจากการพัฒนาคุณภาพและได้รับการรับรองส่งผลดีต่อห้องปฏิบัติการของท่านอย่างไร และส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ลักษณะแบบสอบถามที่จัดทำขึ้น จะเป็นการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ของลิเคิร์ต (Likert) กำหนดสเกลวัดระดับความคิดเห็น 5 ระดับ ได้แก่ ดีมาก - 5 คะแนน ดี - 4 คะแนน พอใช้ - 3 คะแนน น้อย - 2 คะแนน และ น้อยที่สุด - 1 คะแนน เกณฑ์ที่ใช้แปลความหมายของค่าเฉลี่ยที่ได้จากการคำนวณมีดังนี้ ช่วงคะแนนหาจาก (มากที่สุด-น้อยที่สุด)/จำนวนช่วง = $(5-1)/5 = 0.8$ ช่วงคะแนน 4.21-5.00 หมายถึงพอใจมากที่สุด (very satisfactory) 3.41-4.20 หมายถึงพอใจมาก (satisfactory) 2.61-3.40 หมายถึงพอใจปานกลาง (fair satisfactory) 1.81-2.60 หมายถึงพอใจน้อย (poor satisfactory) 1.00-1.80 หมายถึงพอใจน้อยที่สุด (very poor satisfactory)

ประมวลผลโดยใช้โปรแกรม MS-Excel แสดงสถิติ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และร้อยละ

3.3.2 ศึกษาความแตกต่างของความพึงพอใจเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยที่ขอการรับรอง

กลุ่มตัวอย่าง คือห้องปฏิบัติการที่ตอบแบบสอบถามการประเมินความพึงพอใจ จำนวน 172 แห่ง (อัตราตอบร้อยละ 70.2) จำแนกเป็นห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยจากโรงพยาบาลชุมชน 127 แห่ง ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยจากโรงพยาบาลทั่วไป 25 แห่ง ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยจากโรงพยาบาลศูนย์ 8 แห่ง ห้องปฏิบัติการ

รังสีวินิจฉัยจากโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข 10 แห่ง และห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยจากโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง

โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามมาประมวลผล โดยกำหนดรหัสให้เป็นตัวเลข สำหรับตัวแปรต่างๆ แล้วนำมาวิเคราะห์ เพื่อหาคำตอบตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่ากระบวนการรับรองฯ สามารถนำไปใช้ในการให้บริการรับรองได้หรือไม่ และห้องปฏิบัติการต่างกลุ่ม (สังกัด) มีความพึงพอใจระบบงานแตกต่างกันหรือไม่ โดยใช้สถิติ one-way ANOVA และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 การจัดทำมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยกระทรวงสาธารณสุข

การจัดทำมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยกระทรวงสาธารณสุข หรือเรียกว่า MOPH X-ray 2562 โดยนำเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัย 2558⁽⁷⁾ มาปรับปรุงขึ้นใหม่ มีข้อกำหนดและรายละเอียดที่ปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ เพื่อการรับรองระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยและบริบทปัจจุบันของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ดังแสดงใน Table 1

Table 1 Criteria and guidelines for the development of diagnostic radiology laboratory 2558 versus MOPH X-ray standard 2562

Subject	Criteria and guidelines for the development of diagnostic radiology laboratory BE 2558	MOPH X-ray 2562
1. Requirement	The main points are divided into 3 parts: Safety, Radiological Services and Service Quality	The content of the standard is composed of 10 topics, including 1. Organization and management, 2. Personnel, 3. Tools and equipment, 4. Quality assurance, 5. Document control, 6. Location and environment, 7. Safety, 8. Radiation service process, 9. Reporting results, 10. Internal audit and evaluation
2. Checklist	The checklists for regional hospitals and general hospitals contain 118 items, and for community hospitals 107 items.	114 items
3. Assessment	The Regional Medical Sciences Center and committee arranged the assessment.	The Bureau of Laboratory Quality Standards (BLQS) appointed the assessors.
4. Evaluation of the item	Each item is given two levels, including the basic level and the best level. - The basic level scores one to two points. - The best level scores two points.	There are four types of each item: complete, partial, incomplete, and not applicable (n/a).
5. Evaluation criteria	1. The scoring criteria are classified into three levels: pass the basic level < 75 percentage, pass the good level 75–84 percentage, and pass the best level 85–100 percentage. 2. A nonconformity is an opportunity for further development.	The diagnostic radiological laboratory shall conform to the requirements. If the evaluation is marked partial or incomplete, there must be corrective action.
6. Consideration of audit results	The Regional Medical Sciences Center and committee approved.	First, the assessor finalized the corrective actions. Next, the BLQS inspected the evidence, covering all nonconformities. Then, a screening subcommittee approved. Finally, the accreditation committee gave their approval.

ส่วนที่ 2 การจัดทำระบบการรับรอง

เป็นการกำหนดขั้นตอนดำเนินงาน รวมทั้งการพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากการรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ และการรับรองสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA เพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสมและนำไปให้บริการรับรองในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

2.1 การจัดทำเอกสารคุณภาพ ประกอบด้วยเอกสาร

1) นโยบาย ข้อกำหนดและเงื่อนไขการรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยกระทรวงสาธารณสุข
2) คู่มือการตรวจประเมิน มาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กระทรวงสาธารณสุข 2562 3) แนวทาง (guidelines) 2 ฉบับ 4) มาตรฐานการปฏิบัติงาน (standard operating procedure, SOP) 1 ฉบับ 5) φόρม 16 ฉบับ เพื่อเจ้าหน้าที่สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการใช้เป็นแนวทางดำเนินการ และผู้ตรวจประเมินใช้เป็นเอกสารประกอบการตรวจประเมิน รวมทั้งสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการนำไปใช้ให้บริการรับรอง

2.2 การพัฒนาผู้ตรวจประเมิน โดยจัดอบรมหลักสูตรผู้ตรวจประเมิน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย และข้อกำหนดและเงื่อนไขการรับรอง รวมทั้งเอกสารที่ใช้ประกอบการตรวจประเมิน ฝึกปฏิบัติตรวจประเมินและรายงานผลตรวจประเมิน โดยมีผู้ผ่านการอบรม รวม 132 คน นอกจากนี้ยังมีการขึ้นทะเบียนผู้ตรวจประเมินระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย โดยผู้สนใจศึกษาด้วยตนเอง และทำแบบทดสอบออนไลน์ กำหนดเกณฑ์ผ่านการทดสอบ ร้อยละ 80 ของคะแนนรวม จำนวน 460 คน

2.3 การกำหนดขั้นตอนดำเนินงาน เพื่อให้บริการรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย โดยกำหนดขั้นตอน ดัง Figure 1 ประกอบด้วย

2.3.1 การยื่นขอรับรอง โดยห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยนำส่งเอกสารตามที่ระบุในแบบคำขอรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย มาตรฐาน

กระทรวงสาธารณสุข รหัสเอกสาร F 0715080 พร้อมไฟล์เอกสารที่เกี่ยวข้องอีก 6 รายการได้แก่ 1) สำเนาสรุปผลการตรวจประเมินคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย (internal audit) และแบบตรวจประเมิน checklist 114 ข้อ 2) แบบข้อมูลจำเพาะ 3) คู่มือคุณภาพฉบับปัจจุบัน 4) service profile 5) แบบบันทึกแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องกรณีผลการตรวจประเมิน internal audit มีข้อที่มีบางส่วน หรือไม่ได้ดำเนินการ 6) รายงานผลทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผ่านมาตรฐาน พร้อมทั้งระบุชื่อผู้ประสานงาน เพื่อติดต่อและประสานงานกับ สมป. ตั้งแต่ยื่นคำขอรับรองถึงการได้รับการรับรอง

2.3.2 การพิจารณายื่นขอรับรอง โดยพิจารณาความครบถ้วนและถูกต้องของเอกสารที่ยื่นขอรับรอง ตามข้อกำหนดและเงื่อนไขการรับรอง

2.3.3 การตอบรับการยื่นขอรับรอง โดยบันทึกข้อมูลห้องปฏิบัติการที่ยื่นขอรับรอง และกำหนดรหัส เพื่อระบุลำดับการให้บริการและประเภทการยื่นขอรับรอง เป็นประเภทเดี่ยวหรือประเภทคู่ (ยื่นขอรับรองห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยพร้อมกับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์) และแจ้งอัตราค่าใช้จ่าย โดยห้องปฏิบัติการชำระค่าใช้จ่ายตามช่องทางที่กำหนด แล้วส่งสำเนาการชำระค่าใช้จ่ายให้ สมป.

2.3.4 การคัดเลือก ทาบทาม และแต่งตั้งคณะผู้ตรวจประเมินจำนวน 2 คน ต่อ 1 แห่ง โดย สมป. คัดเลือกผู้ตรวจประเมินที่ผ่านการอบรม และผ่านการประเมินความรู้มาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ซึ่งเป็นผู้ตรวจประเมินที่มาจากต่างเขตสุขภาพกับห้องปฏิบัติการที่รับการตรวจประเมิน ห้องปฏิบัติการสามารถปฏิเสธผู้ตรวจประเมินที่ได้รับการแต่งตั้งได้ โดยทำหนังสือระบุเหตุผลเสนอต่อผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ

2.3.5 การตรวจประเมิน ระยะเวลา 1 วัน ตามวันเวลาที่กำหนด โดยคณะผู้ตรวจประเมิน ณ สถานที่ปฏิบัติงาน (onsite audit) โดยใช้มาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กระทรวงสาธารณสุขและรายงานผลตรวจประเมินทั้งความสอดคล้องและไม่สอดคล้องของระบบคุณภาพห้องปฏิบัติ

การกับมาตรฐาน ข้อดี ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนา

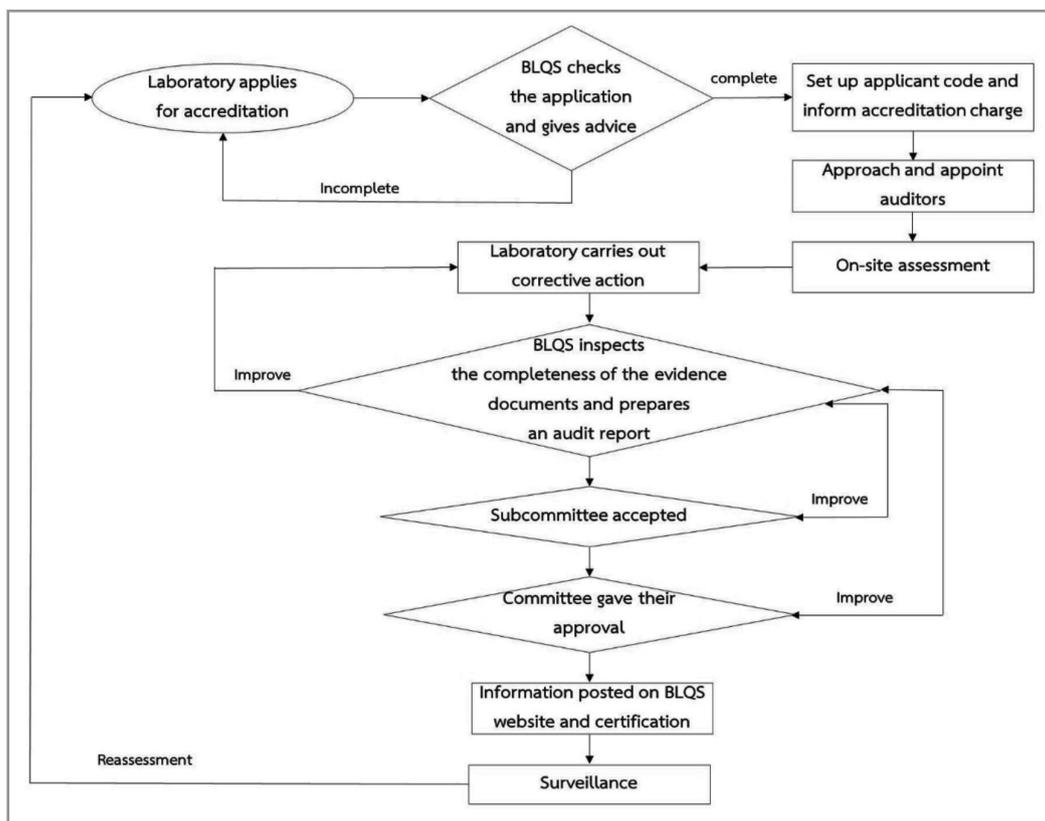
2.3.6 การแก้ไขความไม่สอดคล้อง โดยห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยจะต้องแก้ไขให้มีความสอดคล้องกับข้อกำหนดทุกข้อภายใน 30 วัน และขอขยายเวลาการแก้ไขได้อีก 30 วัน ส่งให้ผู้ตรวจประเมินพิจารณาผลการแก้ไข และเจ้าหน้าที่สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของการแก้ไข

2.3.7 การพิจารณาให้การรับรอง โดยจัดประชุม คณะอนุกรรมการพิจารณากลับกรองรายงานการตรวจประเมิน และประชุมคณะกรรมการรับรองห้องปฏิบัติการตามลำดับ หากคณะกรรมการฯ พิจารณาว่าไม่ผ่านการรับรอง จะต้องเข้าสู่การพิจารณาโดยคณะอนุกรรมการฯ อีกครั้ง อย่างไรก็ตาม คณะอนุกรรมการฯ หรือ คณะกรรมการฯ อาจจะมีข้อซักถามเกี่ยวกับรายงานผลตรวจประเมิน และการแก้ไข รวมทั้งอาจจะต้องส่งข้อมูลเพิ่มเติม หรืออาจ

มีมติไม่ให้การรับรอง โดย สมป.จะแจ้งให้ห้องปฏิบัติการทราบ เพื่อทำเรื่องอุทธรณ์

2.3.8 การผ่านการรับรองโดย สมป. ประกาศรายชื่อห้องปฏิบัติการที่ผ่านการรับรองทางเว็บไซต์สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ และจัดทำใบรับรอง ลงนามโดยอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ ใบรับรองมีอายุ 3 ปี นับจากวันที่คณะกรรมการฯ มีมติให้การรับรอง

2.3.9 การธำรงรักษาระบบคุณภาพ โดยห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยจะต้องดำเนินการรักษาระบบคุณภาพต่อเนื่อง และส่งรายงานผลการเฝ้าระวังให้สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ ได้แก่ รายงานผล internal audit รายงานผลทบทวนระบบคุณภาพ ในวงรอบ 1 ปี 6 เดือน และดำเนินการยื่นต่ออายุก่อนใบรับรองหมดอายุอย่างน้อย 120 วัน



BLQS = Bureau of Laboratory Quality Standards

Figure 1 Procedures for accrediting the diagnostic radiology laboratory

ส่วนที่ 3 การนำระบบการรับรองไปให้บริการรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย

1. ระบบการรับรองที่จัดทำขึ้น นำไปให้บริการห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยที่ยื่นขอรับรอง จำนวน 245 แห่ง จำแนกตามประเภทห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยที่ขอรับรอง ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ร้อยละ 73.5 โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ร้อยละ 14.3 โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) ร้อยละ 4.9 ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย สังกัดกรมวิชาการ

ของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต และ กรมควบคุมโรค (เรียกว่า กรมวิชาการ สธ.) ร้อยละ 5.3 และห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย สังกัดกรุงเทพมหานคร (กทม.) ร้อยละ 2.0 จำแนกตามเขตสุขภาพ พบว่า เขตที่ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยยื่นขอรับรองมากที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 9 ร้อยละ 13.1 ดังแสดงใน Table 2

Table 2 Number of participating diagnostic radiology laboratories by level and health region

Health region	CH	GH	RH	AH	BKKH	Total	Percentage
1	16	3	-	-	-	19	7.8
2	19	1	2	-	-	22	9.0
3	6	3	-	-	-	9	3.7
4	17	5	1	3	-	26	10.6
5	20	4	2	1	-	27	11.0
6	6	2	-	-	-	8	3.3
7	10	1	-	1	-	12	4.9
8	21	4	-	1	-	26	10.6
9	29	1	2	-	-	32	13.1
10	8	4	2	1	-	15	6.1
11	11	2	1	1	-	15	6.1
12	17	5	2	-	-	24	9.8
13	-	-	-	5	5	10	4.1
Total	180	35	12	13	5	245	100

AH = academic hospital of the Ministry of Public Health, BKKH = hospital of the Bangkok Metropolitan Administration, CH = community hospital, GH = general hospital, RH = regional hospital

2. ผลการวิเคราะห์ความไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด ทั้งกรณีไม่ได้ดำเนินการคุณภาพและดำเนินการได้บางส่วน ของข้อกำหนด พบว่า ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยที่พบความไม่สอดคล้องน้อยที่สุด 0 ข้อ และความไม่สอดคล้องสูงสุด 41 ข้อ ดำเนินการแจกแจงความถี่ของข้อมูล โดยจัดกลุ่ม

5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด ร้อยละ 63.3 พบความไม่สอดคล้อง 0-9 ข้อ และกลุ่มที่ 2-5 พบความไม่สอดคล้อง 10-18 ข้อ 19-27 ข้อ 20-36 ข้อ และ 37-45 ข้อ ตามลำดับ ดัง Figure 2

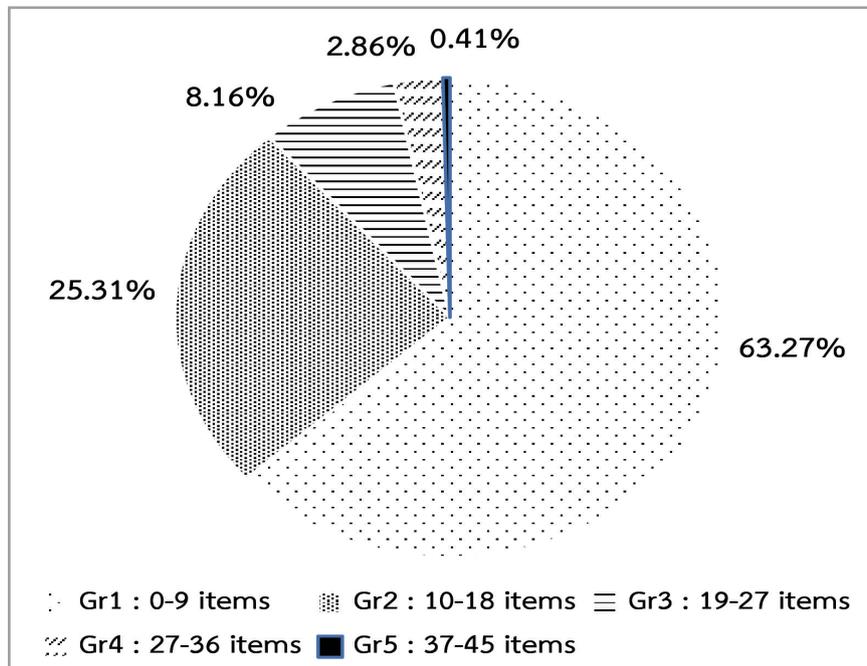


Figure 2 Diagnostic radiology laboratories by nonconformity items

3. ผลการตรวจประเมินโดยใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย 114 ข้อ พบความไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดในมาตรฐาน MOPH X-ray 2562 ประเด็นหัวข้อที่ไม่ได้ดำเนินการหรือดำเนินการตามข้อกำหนดได้บางส่วน 3 อันดับแรกที่พบมากที่สุด ได้แก่

หัวข้อที่ 7 ความปลอดภัยร้อยละ 31.5 หัวข้อที่ 4 การประกันคุณภาพร้อยละ 19.5 และหัวข้อที่ 6 สถานที่และสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 13.5 และพบประเด็นความไม่สอดคล้องส่วนใหญ่ในแต่ละหัวข้อของมาตรฐาน MOPH X-ray 2562 ดังแสดงใน Table 3

Table 3 Nonconformities to the 10-topic MOPH X-ray 2562 (114 items) and the most common nonconformities for each topic

Topic	Number of MOPH X-ray 2562 requirements	Percentage of nonconformities*	The most common nonconformities
1 Organization and management	4	7.2	The laboratory staff didn't study data and statistics to determine key performance indicators leading to continuous quality development.
2 Personnel	4	5.1	The laboratory staff didn't evaluate radiological competency at least once annually.
3 Tools and equipment	25	8.9	The laboratory staff didn't arrange and record store supplies.
4 Quality assurance	13	19.5	The laboratory staff didn't repeat analysis and approve quarterly.
5 Document control	4	3.7	Maintenance documents weren't continuously recorded and updated.
6 Location and environment	20	13.5	The working area lacked brightness, and there was no evidence meeting occupational health and infection prevention criteria.
7 Safety	28	31.5	There was no investigation of the radiation dose of individual staff, yearly and 5-yearly, and such data was not used to evaluate and compare with the specified standard values.
8 Radiation service process	11	4.9	The reproductive ages of patients were not verified to determine their chances of becoming pregnant.
9 Reporting results	4	2.6	There were no procedures for verifying the quality of radiographs before sending them to doctors.
10 Internal audit and evaluation	1	3.2	An annual management review report and a continuous development plan were not available.
Total	114	100	

* calculated by dividing the nonconformities of each topic with the total 2,133 nonconformities found among 245 laboratories participated.

4. ผลตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินผลการให้บริการรับรองห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริการ ด้านการตรวจประเมิน และด้านคุณภาพการบริการ รวม 13 เรื่อง จากห้องปฏิบัติการที่ขอการรับรอง จำนวน 245 แห่ง ตอบแบบสอบถาม 172 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 70.2 ประกอบด้วย รพช. 127 แห่ง รพท. 25 แห่ง รพศ. 8 แห่ง กรมวิชาการ สธ.

10 แห่ง และ กทม. 2 แห่ง และจำแนกตามเขตสุขภาพ เขต 1 จำนวน 15 แห่ง เขต 2 จำนวน 18 แห่ง เขต 3 จำนวน 9 แห่ง เขต 4 จำนวน 17 แห่ง เขต 5 จำนวน 15 แห่ง เขต 6 จำนวน 6 แห่ง เขต 7 จำนวน 7 แห่ง เขต 8 จำนวน 21 แห่ง เขต 9 จำนวน 22 แห่ง เขต 10 จำนวน 9 แห่ง เขต 11 จำนวน 10 แห่ง เขต 12 จำนวน 18 แห่ง และเขต 13 จำนวน 5 แห่ง ดัง Table 4

Table 4 The frequency and percentage of satisfactory level with each item

Item	Satisfactory level				
	5	4	3	2	1
1. Service					
1.1 The BLQS provided information or communicated with laboratories to be aware of the requirements and conditions for accreditation.	81 (47.1)	78 (45.3)	13 (7.6)	0 (0)	0 (0)
1.2 The checklist was clarified and easily understandable to be used for laboratory preparation.	72 (41.8)	85 (49.4)	13 (7.6)	2 (1.2)	0 (0)
1.3 The assessment process consisted of self-assessment, internal audit and external audit respectively. For accreditation, the audit reports were submitted to the accreditation committee.	65 (37.8)	82 (47.7)	25 (14.5)	0 (0)	0 (0)
1.4 The format and appearance of the certificate was satisfied.	76 (44.2)	86 (50.0)	8 (4.6)	2 (1.2)	0 (0)
2. Assessment					
2.1 The BLQS coordination with the applicant lab was active.	92 (53.5)	67 (38.9)	11 (6.4)	2 (1.2)	0 (0)
2.2 The duration of time for assessment was suitable.	94 (54.7)	71 (41.3)	6 (3.4)	1 (0.6)	0 (0)
2.3 Assessor team	109 (63.4)	55 (32.0)	6 (3.4)	2 (1.2)	0 (0)
2.4 Communication by the assessor during the on-site assessment.	104 (60.5)	56 (32.5)	10 (5.8)	2 (1.2)	0 (0)
3. Service quality					
3.1 The audit report including audit results and details were accurate and complete as actually audited.	98 (56.9)	66 (38.4)	7 (4.1)	1 (0.6)	0 (0)
3.2 The time lag that the laboratory received the audit result.	94 (54.7)	68 (39.5)	10 (5.8)	0 (0)	0 (0)
3.3 Announcement of certified laboratories on the website was currently updated.	77 (44.8)	79 (45.9)	16 (9.3)	0 (0)	0 (0)
3.4 The certificate was delivered within a reasonable waiting time.	65 (37.8)	82 (47.7)	24 (13.9)	1 (0.6)	0 (0)
3.5 The laboratory information on the certificate was accurate.	84 (48.9)	73 (42.4)	9 (5.2)	1 (0.6)	5 (2.9)

5 = very satisfactory, 4 = satisfactory, 3 = fair satisfactory, 2 = poor satisfactory, 1 = very poor satisfactory

ผลความพึงพอใจเฉลี่ยรวมทั้ง 3 ด้าน เท่ากับ 4.4 ระดับมากที่สุด (คิดเป็นร้อยละ 88.0 ของคะแนนเต็ม 5) พบว่า เรื่องที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ การแต่งตั้งทีมผู้ตรวจประเมิน ค่าเฉลี่ย 4.58 และเรื่องที่ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจน้อยที่สุด ได้แก่ ขั้นตอนการดำเนินการเพื่อให้ได้รับการรับรอง (ตั้งแต่ห้องปฏิบัติการประเมินตนเอง และ external audit เพื่อเสนอผลการตรวจประเมินสู่คณะกรรมการฯ) และเรื่อง ระยะเวลาที่รอคอยใบรับรอง ค่าเฉลี่ยเท่ากันทั้ง 2 เรื่อง คือ 4.2 ดัง Table 5 โดยข้อมูลความพึงพอใจในแต่ละด้าน มีรายละเอียดดังนี้

ด้านการบริการมี 4 เรื่อง พบว่า ผู้รับบริการมีความ

พึงพอใจมากที่สุดในเรื่องการให้ข้อมูล/การสื่อสารให้ห้องปฏิบัติการรับรู้ ข้อกำหนด นโยบาย และเงื่อนไขการรับรองห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

ด้านการตรวจประเมิน มี 4 เรื่อง พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องทีมผู้ตรวจประเมินที่ไปตรวจประเมิน ณ ห้องปฏิบัติการที่ขอการรับรอง

ด้านคุณภาพการบริการ มี 5 เรื่อง พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่อง รายงานผลการตรวจประเมินแบบ external audit โดยมีรายละเอียด และผลตรวจประเมินถูกต้อง ครบถ้วน ตามที่ได้รับการตรวจประเมินจริง

Table 5 Overall satisfaction with diagnostic radiology laboratory accreditation services

Item	\bar{X}	S.D.	Satisfactory level
1. Service			
1.1 The BLQS provided information or communicated with laboratories to be aware of the requirements and conditions for accreditation.	4.4	0.626	Very satisfactory
1.2 The checklist was clarified and easily understandable to be used for laboratory preparation.	4.3	0.664	Very satisfactory
1.3 The assessment process consisted of self-assessment, internal audit and external audit respectively. For accreditation, the audit report was submitted to the accreditation committee.	4.2	0.687	Very satisfactory
1.4 The format and appearance of the certificate was satisfactory.	4.4	0.631	Very satisfactory
Average	4.3	0.652	Very satisfactory
2. Assessment			
2.1 The BLQS coordination with the applicant lab was active.	4.5	0.669	Very satisfactory
2.2 The duration of time for assessment was suitable.	4.5	0.597	Very satisfactory
2.3 Assessor team	4.6	0.621	Very satisfactory
2.4 Communication by the assessor during the on-site assessment.	4.5	0.662	Very satisfactory
Average	4.5	0.637	Very satisfactory
3. Service quality			
3.1 The audit report included audit results and details were accurate and complete as actually audited.	4.5	0.607	Very satisfactory
3.2 The time lag the laboratory received the audit result.	4.5	0.607	Very satisfactory
3.3 Announcement of certified laboratories on the website was currently updated.	4.4	0.646	Very satisfactory
3.4 The certificate was delivered within a reasonable time.	4.2	0.702	Very satisfactory
3.5 The laboratory information on the certificate was accurate.	4.3	0.846	Very satisfactory
Average	4.4	0.682	Very satisfactory
Total average	4.4	0.657	Very satisfactory

BLQS = Bureau of Laboratory Quality Standards

ความพึงพอใจการให้บริการรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย โดยเปรียบเทียบความพึงพอใจเฉลี่ย จำแนกตามประเภทห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยที่ขอการรับรอง 5 กลุ่ม (รพช. รพท. รพศ. กรมวิชาการ และ กทม.) พบว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจของห้องปฏิบัติการทุกกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p value > 0.05 by one-way ANOVA, data not shown)

วิจารณ์

การจัดทำระบบรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย เพื่อมุ่งหวังนำระบบงานไปใช้ดำเนินการรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ส่งเสริมการมีคุณภาพและมาตรฐานบริการแก่ประชาชน หากพิจารณาจำนวนห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยในประเทศไทยตามกฎหมายและกฎกระทรวง พบว่า สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนประเภททั่วไป ได้แก่ สถานพยาบาลซึ่งให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยโรคทั่วไป มิได้จำกัดเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง ต้องจัดให้มีบริการรังสีวิทยาเป็นหน่วยบริการและระบบสนับสนุนการให้บริการ⁽⁷⁾ ซึ่งจำนวนห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยในสถานพยาบาลดังกล่าว มีทั้งดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ และสภาวิชาชีพ รวมทั้งสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาล) ซึ่งเป็นสถานพยาบาลเอกชน ประเภทโรงพยาบาลทั่วไป ตามกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. 2558 และกฎกระทรวงกำหนดวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล พ.ศ. 2558 จะต้องมีการประกอบวิชาชีพการพยาบาลการผดุงครรภ์ เกสซึกกรรม กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ และรังสีเทคนิคเป็นอย่างน้อย และสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ลักษณะคลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขารังสีเทคนิค จำนวน

รวม 1,543 แห่ง^(8,9) แม้จำนวนตัวอย่างในงานวิจัยนี้ จะมีเพียง 245 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 15.9 และส่วนใหญ่เป็นห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมระดับ รพช. รพท. และ รพศ. ที่มีการให้บริการที่แตกต่างกัน ระดับ รพช. ส่วนใหญ่มีเครื่องเอกซเรย์ทั่วไปเพียงอย่างเดียว ส่วนระดับ รพท. และ รพศ. จะมีการให้บริการด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง ได้แก่ CT, MRI, mammogram ซึ่งมีทั้งการให้บริการโดยหน่วยงานของตนเอง และเช่าเครื่องมือมาให้บริการ รวมทั้งจัดหาบริษัทมาให้บริการที่เรียกว่า outsource⁽¹⁰⁾ ส่งผลต่อการกำหนดมาตรฐานและขอข่ายการตรวจประเมิน จึงต้องกำหนดเกณฑ์การตรวจประเมินรายชื่อ กรณีข้อที่ไม่เกี่ยวข้องให้รายงานเป็น not applicable เช่น ข้อกำหนดที่เกี่ยวกับการใช้สารเปรียบต่าง การให้บริการตรวจพิเศษทางรังสีจะเป็น n/a สำหรับกลุ่ม รพช. เป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการสร้างภาพแบบฟิล์มที่ยังคงมีการดำเนินการ แม้จะมีจำนวนน้อย เนื่องจากเทคโนโลยีในปัจจุบันมีการพัฒนางานเอกซเรย์จากระบบฟิล์มเป็นระบบดิจิทัลและจัดเก็บภาพถ่ายทางรังสีด้วยระบบ PACS (picture archiving and communication system) จึงเป็นบทบาทของผู้ตรวจประเมินที่จะต้องตรวจประเมินตามคู่มือตรวจประเมิน และเกณฑ์การตรวจประเมินรายชื่อที่กำหนด ประกอบกับการพิจารณาบริบทของห้องปฏิบัติการที่รับการตรวจประเมินด้วย

การจัดทำมาตรฐาน MOPH X-ray 2562 โดยมีแบบตรวจประเมิน (checklist) 114 ข้อ เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะสามารถนำไปใช้ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กรณีห้องปฏิบัติการที่ไม่ยื่นขอรับรอง อันเนื่องมาจากยังไม่มีความพร้อมด้านบุคลากร วิชาชีพ การจัดทำระบบคุณภาพ การจัดทำเอกสาร และงบประมาณ โดยนำแบบตรวจฯ ไปใช้ในการรับการตรวจประเมินคุณภาพภายใน (internal audit) โดยผู้ตรวจประเมินภายในจังหวัด เพื่อสร้างเครือข่ายคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยภายในจังหวัด เป็นการ

สร้างความร่วมมือ และร่วมกันผลักดันให้มีการดำเนินการตามระบบคุณภาพ และพิจารณาผลการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย โดยประเมินผลจากความก้าวหน้าในการดำเนินการที่สอดคล้องกับข้อกำหนดตามแบบตรวจประเมิน 114 ข้อได้ กรณีห้องปฏิบัติการที่ยื่นขอรับรองให้นำไปใช้เป็นเป้าหมายที่จะต้องมีความสอดคล้องตามข้อกำหนดในแบบตรวจประเมินทุกข้อ โดยจะต้องผ่านการตรวจประเมินและมีรายงานผลการตรวจประเมินคุณภาพภายใน (internal audit)⁽¹¹⁾ โดยผู้ตรวจประเมินภายในจังหวัด เพื่อจะได้รับคำแนะนำ ช่วยเหลือ และดำเนินการแก้ไขให้มีความสอดคล้องกับข้อกำหนดและเรียบร้อยก่อนที่ยื่นขอรับรอง เมื่อห้องปฏิบัติการยื่นขอรับรองจะต้องรับการตรวจประเมินโดยผู้ตรวจประเมินข้ามเขตสุขภาพมาตรวจประเมิน ส่งผลให้รายงานผลการตรวจประเมินพบความไม่สอดคล้องส่วนใหญ่ไม่เกิน 10 ข้อ และเข้าสู่ขั้นตอนการดำเนินการตามลำดับ จนกระทั่งได้รับการรับรอง ดัง Figure 1

ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่จำเป็นต้องมีระบบคุณภาพและมาตรฐาน เพื่อให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ และมีเป้าหมายสำคัญคือความปลอดภัย นั่นคือต้องมีระบบงานที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับจากผู้รับบริการ โดยองค์การอนามัยโลกได้ระบุการให้บริการเอกซเรย์ทั่วไปเป็นการให้บริการพื้นฐานของระบบสาธารณสุข (health system)⁽¹²⁾ และกำหนดกรอบแนวคิดระบบสาธารณสุข six building blocks ซึ่งประกอบด้วย (1) ระบบการให้บริการ (service delivery) (2) กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) (3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (health information systems) (4) การเข้าถึงบริการ/เทคโนโลยีทางรังสีวิทยา (access to essential medicines) (5) การจัดสรรงบประมาณ (financing) และ (6) ภาวะผู้นำ/ธรรมาภิบาล (leadership/governance) มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น การให้บริการมีประสิทธิภาพ สร้างความเป็นธรรม ป้องกันความเสี่ยงทั้งด้านสังคมและการเงิน และ

สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนด้วย^(13,14) ซึ่งการได้รับการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยเป็นการส่งเสริมกรอบแนวคิดทั้ง 6 ด้านดังกล่าว

1. การดำเนินการระบบคุณภาพตามมาตรฐาน MOPH X-ray 2562 ช่วยส่งเสริมระบบการให้บริการห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ทั้งการบริหารจัดการระบบงานภายในห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย การจัดการสถานที่ และมีบุคลากรเพื่อส่งเสริมให้มีความพร้อมในการให้บริการ คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ รวมทั้งมีเครื่องเอกซเรย์เป็นบริบทการให้บริการรังสีวินิจฉัยและเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำงานเพื่อถ่ายภาพรังสี โดยมุ่งเน้นการควบคุมคุณภาพเครื่องเอกซเรย์⁽¹⁵⁾ และอุปกรณ์ป้องกันรังสีตามข้อกำหนดหัวข้อที่ 7 และ 8 รวมทั้งการทบทวนกระบวนการให้บริการรายปี เพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการ ตามข้อกำหนดหัวข้อที่ 10

2. ในด้านกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยนั้น พบว่าประสบปัญหาขาดแคลนนักรังสีการแพทย์ ส่งผลกระทบต่อการให้บริการประจำ และการให้บริการเฉพาะทางด้านรังสี รวมทั้งการจัดการระบบคุณภาพ⁽¹⁶⁾ โดยการดำเนินการตามมาตรฐาน MOPH X-ray 2562 จะต้องมียุติการเป็นนักรังสีการแพทย์/นักรังสีเทคนิคที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีที่มีใบประกอบโรคศิลปะสาขารังสีเทคนิค หรือมีเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรเพื่อให้บริการและบริหารจัดการระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง แม้ในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี แต่เทคโนโลยีจะไม่สามารถทดแทนกำลังคนด้านสุขภาพที่ต้องปฏิบัติด้วยทักษะทางวิชาชีพได้ และเป็นที่ยอมรับว่ากำลังคนด้านสุขภาพเป็นหัวใจของความสำเร็จในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน เป็นทั้งผู้ผลิตและพัฒนานวัตกรรมและผู้ขับเคลื่อนบริการสุขภาพไปสู่ประชาชนด้วยระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ⁽¹⁷⁾

3. กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายในการนำความสามารถของเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ประโยชน์สำหรับการ

พัฒนาประเทศให้สอดคล้องกับโมเดลประเทศไทย 4.0 โดยการขับเคลื่อนระบบสุขภาพด้วย e-Health และการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมด้านสุขภาพในการบริหารจัดการและสนับสนุนการดำเนินงาน เพื่อเพิ่มโอกาสให้แก่ประชาชนในการได้รับบริการทางการแพทย์และสุขภาพที่ทันสมัย ทัวถึงและเท่าเทียม รองรับการเข้าสู่สังคมสูงวัยด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ซึ่งระบบสารสนเทศที่ใช้ในโรงพยาบาลมีหลากหลายและเกี่ยวข้องทั้งระบบงานบริการผู้ป่วย (front office) และระบบงานบริหารจัดการที่ไม่เกี่ยวกับงานบริการ (back office) โดยในการถ่ายภาพรังสีนั้น พบว่า ระบบ PACS เป็นระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ที่พัฒนามาเพื่อใช้กับห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยโดยตรง⁽¹⁸⁾ มีใช้กันอย่างแพร่หลายในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในงานบริการด้านรังสี เนื่องจากข้อมูลภาพถ่ายทางรังสีถูกเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ ทำให้แพทย์สามารถเรียกดูภาพถ่ายทางรังสีได้รวดเร็ว วินิจฉัยโรคและให้การรักษาผู้ป่วยได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ตลอดจนสามารถเรียกข้อมูลเก่ามาเปรียบเทียบได้สะดวก ลดจำนวนการสูญหายของภาพถ่ายทางรังสี⁽¹⁹⁾ ซึ่งการดำเนินการตามระบบคุณภาพข้อกำหนดหัวข้อที่ 5 และ 9 จะต้องมีการควบคุมป้องกันการเข้าถึงระบบข้อมูลจากผู้ไม่เกี่ยวข้อง และต้องมีการดูแลบำรุงรักษาให้ระบบ PACS มีประสิทธิภาพอยู่เสมอ เพื่อการค้นหา การเข้าถึง และการส่งต่อข้อมูลภาพถ่ายทางรังสี ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกรวดเร็วในการเข้ารับบริการห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย

4. ในด้านการเข้าถึงบริการ/เทคโนโลยีทางรังสีวิทยา พบว่า ข้อกำหนดระบบคุณภาพตามมาตรฐาน MOPH X-ray 2562 หัวข้อที่ 3 เครื่องมือและอุปกรณ์ กำหนดว่าห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยจะต้องจัดหาเครื่องมือทางรังสีวิทยาให้เพียงพอตามความจำเป็นในการให้บริการ และต้องมีรายงานผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เพื่อใช้

ยื่นขอการรับรองและใช้แสดงให้ผู้ตรวจฯ ได้ตรวจสอบในขณะตรวจประเมิน โดยต้องมีรายงานผลผ่านมาตรฐาน จึงจะได้รับการรับรอง เพื่อส่งเสริมคุณภาพการบริการ หากพิจารณาข้อมูลจากรายงานประจำปีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปี 2563, 2564 และ 2565 พบการทดสอบคุณภาพเครื่องเอกซเรย์วินิจฉัยที่ใช้ทางการแพทย์ จำนวน 6,751 7,013 และ 8,642 ตัวอย่าง ตามลำดับ แสดงให้เห็นจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการ ความครอบคลุมบริการ แต่ยังไม่พบรายงานวิจัยของไทยในประเด็นจำนวนประชากรที่เข้าถึงการใช้บริการเอกซเรย์ทั่วไป ปัจจุบันมีเทคโนโลยีขั้นสูง ได้แก่ CT scan และ MRI มาให้บริการมากขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีการส่งตรวจมากเกินไปจนเกินความจำเป็น (over use)⁽²⁰⁾ ซึ่งระบบคุณภาพได้กำหนดให้ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยที่ยื่นขอรับรองจะต้องมีการจัดการสารเปรียบต่าง การคัดกรองผู้มีความเสี่ยงสูงที่จะต้องรับสารเปรียบต่าง และมีแนวทางปฏิบัติ รวมทั้งการให้คำแนะนำบริการตรวจพิเศษทางรังสีแก่ผู้รับบริการให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและได้รับความปลอดภัย

5. การจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินการระบบคุณภาพและการขอรับรอง เป็นปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญในการได้รับการรับรอง ซึ่งต้องได้รับการจัดสรรงบประมาณเพียงพอเพื่อตรวจสอบและบำรุงรักษาเครื่องเอกซเรย์และอุปกรณ์ป้องกันรังสีอย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมดูแลปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับไม่ให้มากเกินไปจนเกินความจำเป็น เพื่อลดความเสี่ยงต่อการได้รับรังสี และเพื่อสร้างความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานด้านรังสีทุกคน รวมทั้งค่าใช้จ่ายการขอรับรอง เพื่อให้ได้รับการตรวจประเมิน ณ ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยที่ขอรับรอง ทั้งนี้ การแต่งตั้งผู้ตรวจประเมิน เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของหน่วยรับรอง⁽⁵⁾ หรือ สมบ. โดยตรง ที่จะต้องจัดหาหรือคัดเลือกผู้ตรวจประเมินที่มีคุณสมบัติและมีความรู้ ความเข้าใจ ในมาตรฐาน MOPH X-ray 2562 มีผลต่อห้องปฏิบัติการที่ขอรับรอง ทำให้ได้รับความรู้ความเข้าใจในการดำเนินการ

ระบบคุณภาพและได้รับความรู้ทางวิชาการ ตลอดจนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การบริการทางรังสีวินิจฉัย เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ

6. ภาวะผู้นำ/ธรรมาภิบาลเป็นประเด็นสำคัญมากที่สุดของการดำเนินการระบบคุณภาพ หากผู้นำหรือผู้บริหารโรงพยาบาล มีแนวคิดขับเคลื่อนการบริการสุขภาพด้วยระบบคุณภาพ จะมีผลต่อการบริหารจัดการ การตัดสินใจ การกำหนดนโยบายต่างๆ และสัมพันธ์กับการอนุมัติงบประมาณ โดยข้อกำหนดหัวข้อที่ 1 องค์กรและการบริหาร กำหนดว่าผู้บริหารรับผิดชอบกำหนดนโยบายคุณภาพและให้การสนับสนุนบุคลากร งบประมาณ เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ให้เพียงพอต่อการให้บริการทางรังสีวิทยา สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยด้านการบริหารจัดการองค์การและการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยบริการตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ตามแบบจำลอง 7S McKinsey ซึ่งรายงานว่า ด้านภาวะผู้นำเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์และสาธารณสุขตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข⁽²¹⁾

ระบบการรับรองที่จัดทำขึ้นเพื่อให้บริการรับรองแก่ห้องปฏิบัติการที่สนใจ ยื่นขอรับรองพร้อมเอกสารประกอบการขอรับรองต่อ สมป. และดำเนินการตามขั้นตอนของระบบการรับรอง มีการพิจารณารายงานผลการตรวจประเมินโดยคณะกรรมการและคณะกรรมการตามลำดับ ซึ่งมีความเป็นกลาง และอิสระในการพิจารณาให้การรับรอง และตรวจสอบการดำเนินการระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการที่ขอการรับรอง ตามกระบวนการรับรองอย่างมีมาตรฐาน ถูกต้อง เป็นธรรม โปร่งใส ตรวจสอบได้ ส่งผลให้กระบวนการรับรองได้รับการยอมรับ สอดคล้องกับผลสำรวจความพึงพอใจ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยรวมระดับมากที่สุด และพบว่าด้านการบริการนั้น มีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องการให้ข้อมูล/การสื่อสารให้ห้องปฏิบัติการรับ

รู้ ข้อกำหนด นโยบาย และเงื่อนไขการรับรองห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข เนื่องมาจากการดำเนินการโดยจัดสัมมนาสื่อสาร จัดทำเว็บไซต์เพื่อให้สามารถดาวน์โหลดไฟล์ได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว และการสื่อสารผ่านช่องทางโซเชียลมีเดีย ซึ่งมีการส่งต่อไฟล์ข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องได้อย่างรวดเร็ว และผลด้านความพึงพอใจในการตรวจประเมิน พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุด เรื่องที่ผู้ตรวจประเมินที่ไปตรวจประเมิน ณ ห้องปฏิบัติการที่ขอการรับรอง โดยต้องประสานผู้ที่มีคุณสมบัติทั้งความรู้ ความเข้าใจด้านวิชาการและระบบคุณภาพ มีความสามารถตรวจประเมินระบบความไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดที่ต้องแก้ไข และระบุโอกาสพัฒนางานบริการให้ทันสมัยและดียิ่งขึ้น ซึ่งความสำเร็จของการตรวจประเมินขึ้นอยู่กับคัดเลือกผู้ทำหน้าที่ตรวจประเมินอย่างมีนัยสำคัญ⁽²²⁾ โดยผู้ตรวจประเมินได้รายงานผลตรวจประเมินในการประชุมปิดการตรวจประเมินต่อคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจการทำงานของงานรังสีวินิจฉัยมากขึ้น ทำให้ได้รับการสนับสนุนเพื่อพัฒนาส่วนขาด ปรับปรุงทั้งสภาพแวดล้อม แนวทางการปฏิบัติงาน ความพร้อมใช้งานของอุปกรณ์ในทิศทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ในด้านคุณภาพการบริการ พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุด เรื่องรายงานผลการตรวจประเมิน external audit โดยมีรายละเอียดและผลตรวจประเมินถูกต้อง ครบถ้วน ตามที่ได้รับการตรวจประเมินจริง โดย สมป.จะจัดทำรายงานผลตรวจประเมินฉบับสมบูรณ์แก่ห้องปฏิบัติการที่รับการตรวจประเมินภายใน 15 วัน⁽¹¹⁾ ซึ่งเป็นความร่วมมือจากทีมผู้ตรวจประเมินที่ส่งรายงานผลตรวจประเมินทั้ง checklist เป็นไฟล์ MS Excel และรายงานการตรวจประเมิน (F0715144) เป็นไฟล์ MS Word มายัง สมป. เพื่อตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องและนำส่งรายงานผลตรวจประเมินฉบับทางการไปยังห้องปฏิบัติการที่ขอการรับรองทางไปรษณีย์ เพื่อรายงานผู้บริหารโรงพยาบาล และเพื่อให้ห้องปฏิบัติการที่รับการตรวจประเมินนำไปแก้ไขความ

ไม่สอดคล้องที่พบจากการตรวจประเมินให้สำเร็จได้อย่างรวดเร็ว

การจัดทำระบบการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย มีปัจจัยที่ต้องพิจารณาประกอบด้วย การมีหน่วยงานบริหารจัดการระบบการรับรอง การกำหนดมาตรฐาน ความพร้อมของห้องปฏิบัติการที่จะเข้าสู่ระบบการรับรอง ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มีศักยภาพให้บริการทดสอบคุณภาพเครื่องมือทางรังสี เพื่อให้เครื่องมือผ่านมาตรฐาน ซึ่งเป็นข้อกำหนดในหัวข้อที่ 3 เครื่องมือและอุปกรณ์ และกฎหมายหรือระเบียบราชการที่เกี่ยวข้องกับการบริการและเครื่องมือทางรังสี รวมทั้งการส่งเสริมจากผู้บริหารโรงพยาบาล ซึ่งนับว่ามีส่วนสำคัญที่สุดในการผลักดันห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยให้มีการพัฒนาคุณภาพและขอการรับรอง และจำเป็นต้องรับฟังความคิดเห็นจากห้องปฏิบัติการทั้งการจัดทำมาตรฐานและการเข้ารับบริการขอรับรอง ซึ่งเป็นหลักการคิดเชิงออกแบบ สำหรับการบริการจะต้องเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและคำนึงถึงผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยมองกิจกรรมที่เกิดขึ้นเป็นองค์รวมตั้งแต่จุดเริ่มต้นจนถึงจุดสุดท้าย และสร้างคุณค่าร่วมกัน⁽²³⁾ เพื่อสร้างระบบงานรับรองให้เกิดขึ้นในประเทศไทย มีการสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อระบบการรับรองจากห้องปฏิบัติการที่ขอรับรอง เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบงานรับรองให้ตอบสนองความต้องการและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ นอกจากนี้ควรมีการสอบถามความคิดเห็นจากผู้ตรวจประเมินในประเด็นการนำมาตรฐานไปใช้ตรวจประเมิน จะเป็นข้อมูลสำคัญที่จะนำไปพัฒนาผู้ตรวจประเมินให้มีแนวทางการตรวจประเมินในทิศทางเดียวกัน และพัฒนามาตรฐานให้มีความสอดคล้องกับบริบทการดำเนินการของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย

ระบบการรับรองคุณภาพ เป็นรูปแบบการประเมินผลวิธีหนึ่งเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผลผลิตหรือการบริการของหน่วยงานที่รับการประเมิน มีความพร้อมหรือมีคุณภาพเพียงพอที่จะให้บริการแก่ผู้รับบริการและสาธารณะ เป็น

กลยุทธ์อย่างหนึ่งในการนำมาขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพองค์กร ซึ่งเป็นสิ่งที่มีประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพให้ก้าวหน้าทันสถานการณ์การแข่งขันในปัจจุบันซึ่งให้ความสำคัญด้านคุณภาพ⁽²⁴⁾ อย่างไรก็ตามระบบการรับรองจะต้องมีการพัฒนาต่อเนื่องต่อไป ทั้งการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดำเนินการรับรองให้มีความสะดวกและประมวผลได้รวดเร็ว การพัฒนามาตรฐานให้ก้าวทันเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป การพัฒนาผู้ตรวจประเมินให้มีคุณภาพและเพิ่มจำนวนเพื่อรองรับจำนวนห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยภาครัฐบาลและเอกชนที่คาดว่าจะขอการรับรองเพิ่มมากขึ้นในอนาคต รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจแก่ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยในการนำห้องปฏิบัติการเข้าสู่ระบบการรับรอง เพื่อจะทำให้มีคุณภาพเท่าเทียมกัน จะเป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (1) ควรพิจารณาจัดอัตรากำลังคนให้เหมาะสมกับงานรังสีวินิจฉัยเพื่อประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัยของผู้ให้บริการ (2) ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ควรสนับสนุนให้มีการวิจัยและพัฒนาในงานที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ นอกจากห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยแล้ว ยังมีงานอื่นๆ อีก เช่น ห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยโรค

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาข้อมูลความคิดเห็นของผู้รับการตรวจประเมินเพิ่มเติม นอกจากนี้รวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ แบบ rating scale โดยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ focus group discussion หรือ in-depth interview ดำเนินการแยกกลุ่มผู้ตรวจประเมินและผู้รับการตรวจประเมิน จะได้ข้อมูลที่ละเอียดเป็นประโยชน์ในการปรับแก้ทั้งผลผลิตและกระบวนการการรับรอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการที่ให้โอกาสทำงานรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย และขอขอบคุณผู้ตรวจประเมินทุกท่านที่มีความตั้งใจทำงานเพื่อตรวจประเมินตามมาตรฐาน MOPH X-ray 2562 และผู้เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดของผู้รับการตรวจประเมินที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการในทุกด้าน รวมทั้งทีมงานกลุ่มพัฒนาระบบคุณภาพ สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ ที่ให้การสนับสนุนการทำงานอย่างดียิ่ง

References

1. Khumloyfa N, Rattana P. Reaccreditation among community hospital. *Academic Journal of Community Public Health* 2021;7(4):181-96. (in Thai)
2. Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Hospital and healthcare standards. 4th ed. Effectiveness for healthcare accreditation. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute; 2018. (in Thai)
3. Sayumpoorujinan S, Sangtong A, Patthartum A. Development for radiation diagnostic laboratory in the hospitals under the Ministry of Public Health in health region 9. *Bulletin of the Department of Medical Sciences* 2016;58(3):180-8. (in Thai)
4. Siritunyanont R, Singkavongsay A. Establishment of MOPH X-ray standard and the approach for the quality system development of diagnostic radiology laboratory. *The Journal of Chulabhorn Royal Academy* 2023;5(4):191-203. (in Thai)
5. International Organization for Standardization. ISO/IEC 17011:2017. Conformity assessment-general requirements for accreditation bodies accrediting conformity assessment bodies. Geneva: International Organization for Standardization; 2017.
6. Netsawang P. Quality management of modern products and services standards. *Journal of Management Science Review* 2021;23(2):267-80. (in Thai)
7. Notification of the Ministry of Public Health on the determination of the characteristics of healthcare facilities and standards that are exempt from legal requirements. *The Royal Government Gazette Volume 135, Special Section 89 Ngor.* pp. 14-17. (Apr 19, 2018). (in Thai)
8. Strategy and Planning Division, Permanent Secretary Office, Ministry of Public Health. The number of healthcare facilities, classified by type, under the Ministry of Public Health [cited 2023 Jun 30]. Available from: http://203.157.10.8/hcode_2020/query_02.php. (in Thai)
9. Department of Health Service Support. Statistics of private hospitals, 2022 [cited 2023 Jun 30]. Available from: https://mrd.hss.moph.go.th/mrd1_hss/?p=7338. (in Thai)
10. Tansupaphon C. Legal analysis of the provision of high technology radiodiagnostic imaging in government healthcare centers. *The Medical Journal of Regions* 4-5 2017;36(2):101-4. (in Thai)
11. Bureau of Laboratory Quality Standards. Policy, terms, and conditions for certification of quality management systems for diagnostic radiology laboratories, Ministry of Public Health. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019. 13 p. (in Thai)
12. Paramalingam R, England R, Mollura D, Koff D. Expanding the reach of global health radiology via the world's first medical hybrid airship: a SWOT analysis. *J Glob Health* 2020 Jun;10(1):010374.
13. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010.
14. Jirovanichakorn S. The effectiveness of dental public health activities in accordance with the guidelines of the six building blocks of health system among dental personnel in Ministry of Public Health hospitals, health region 12. *Thai Dental Public Health Journal* 2023;28:147-60. (in Thai)
15. Arora P. Quality assurance program in radiodiagnosis in a tertiary care hospital in India. *Int J Res Foundation Hosp Healthc Adm* 2013;1(1):8-12.
16. Singweratham N, Decha N, Waichompu N, Somnak S, Tamepattanapongsa A, Thongrod S, et al. Shortage and demand of radiologic technologists for health care settings under the Jurisdiction of the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2021;8(1):115-26. (in Thai)
17. Sawaengdee K, Jaichuen W, Decha N. Workforce reform plan and service missions of the Ministry of Public Health. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
18. Aldosari H, Saddik B, Kadi Al K. Impact of picture archiving and communication system (PACS) on radiology staff. *Informatics in Medicine Unlocked* 2018;10:1-16.



19. Srisubat K, Chanyawattiwongse S, Khayankit K. Problems and problem management of PACS system in government and private hospital. *Journal of The Department of Medical Services* 2019;44(1):95-100. (in Thai)
20. Institute of Medical Research and Technology Assessment. Assessment of the utilization of high technology radiodiagnostic imaging in government healthcare centers. Nonthaburi: Department of Medical Services; 2012.
21. Suanchan P. Factors related to the quality development of medical technical laboratory according to the Ministry of Public Health's standards: case study of hospitals under the Ministry of Public Health, Health Service Area 11. *Ratanabuth Journal* 2023;5(1):14-27. (in Thai)
22. Panhwar A, Memon AR, Naeem MA, Ibad SZ ul, Kandhro A, Jalbani N, et al. Responsibilities and qualities of an assessor/ auditor as per ISO/IEC standards. *International Journal of Current Research* 2020;12(2):10223-6.
23. Tresirichod T, Chienwattanasook K, Dejprasert N, Sarinukul A. Service design thinking. *Journal of Liberal Arts and Service Industry* 2022;5(2):96-107. (in Thai)
24. Kulprayeepunya K, Amornchai R. Accreditation and certification: value-oriented evaluation from theory to practice. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2013;23(2):11-9. (in Thai)

ความเป็นไปได้ของการตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรม เมตาบอลิกในการรกแรกเกิดโดยใช้เทคโนโลยีแทนเดมแมส สเปกโตรเมตรี

รุ่งนภา คำพวง^{*,†}

ภคินทร์ อังกาบ^{*,†}

พัทธรา ลิฬหรวงศ์^{*,†}

วิไลลักษณ์ แสงศรี^{†,‡}

นิริวัชร วัฒนวิจารณ์[§]

ผู้รับผิดชอบบทความ: ภคินทร์ อังกาบ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกชนิดสารโมเลกุลเล็กในการรกแรกเกิดทุกคนโดยใช้เทคโนโลยีแทนเดมแมสสเปกโตรเมตรี (tandem mass spectrometry หรือ MS/MS) ในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods) เก็บข้อมูลด้วยแบบสำรวจ และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในหน่วยบริการจำนวน 6 แห่ง และบุคลากรทางการแพทย์และนักวิทยาศาสตร์ จำนวน 15 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า ในปี 2564 มี MS/MS ที่สามารถให้บริการได้ 2 เครื่อง รองรับการตรวจได้สูงสุดประมาณ 60,000 รายต่อปี หากจะให้บริการได้ครอบคลุมทั้งประเทศควรมี MS/MS รวบรวม 14 เครื่อง จึงจำเป็นต้องมีการจัดหา MS/MS เพิ่ม 12 เครื่อง เพื่อตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดทุกคนจนสามารถครอบคลุมทั้งประเทศภายในปี 2569 นอกจากนี้ ยังพบว่า การกระจายตัวของศูนย์โรคหายากหรือหน่วยงานที่สามารถให้บริการได้ยังไม่ครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศไทย โดยหน่วยบริการมีการกระจุกตัวในพื้นที่กรุงเทพมหานครและบุคลากรที่สามารถให้บริการได้มีจำนวนน้อย ดังนั้น ในอนาคต ศูนย์ปฏิบัติการคัดกรองทารกแรกเกิดแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำแผนสนับสนุนการจัดหาเทคโนโลยี MS/MS ให้กับหน่วยร่วมบริการพร้อมกัน

* หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

† โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

‡ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

§ สาขาวิชาเวชพันธุศาสตร์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Received 31 October 2023; Revised 3 May 2024; Accepted 21 May 2024

Suggested citation: Khamphang R, Angkab P, Leelahavarong P, Saengsri W, Vatanavicharn N. Feasibility study of newborn screening for inborn errors of metabolism by tandem mass spectrometry. Journal of Health Systems Research 2024;18(2):239-50. รุ่งนภา คำพวง, ภคินทร์ อังกาบ, พัทธรา ลิฬหรวงศ์, วิไลลักษณ์ แสงศรี, นิริวัชร วัฒนวิจารณ์. ความเป็นไปได้ของการตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกในการรกแรกเกิดโดยใช้เทคโนโลยีแทนเดมแมสสเปกโตรเมตรี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567;18(2):239-50.



แผนการถ่ายทอดเทคโนโลยีจากหน่วยงานที่มีประสบการณ์ รวมทั้งกำกับและติดตามการขยายบริการให้ครอบคลุมทั้งประเทศตามเป้าหมายเวลาที่กำหนด

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรอง, โรคหายาก, โรคพันธุกรรมเมตาบอลิกชนิดสารโมเลกุลเล็ก, เทคโนโลยี

Feasibility Study of Newborn Screening for Inborn Errors of Metabolism by Tandem Mass Spectrometry

Roongnapa Khampang^{*,†}, Pakkanan Angkab^{*,†}, Pattara Leelahavarong^{*,†}, Wilailak Saengsri^{†,‡}, Nithiwat Vatanavicharn[§]

^{*} Siriraj Health Policy Unit, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University

[†] Health Intervention and Technology Assessment Program, Ministry of Public Health

[‡] International Health Policy Program, Ministry of Public Health

[§] Division of Medical Genetics, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University

Corresponding author: Pakkanan Angkab, pakkanan.ang@mahidol.ac.th

Abstract

This study aimed to investigate the feasibility of the inclusion of the expanded newborn screening for inborn errors of metabolism using tandem mass spectrometry (TMS or MS/MS) in the benefit package of Thailand's universal coverage scheme (UCS). A mixed-method approach was employed, including survey data, and in-depth interviews. The study participants were healthcare providers who were involved in providing screening and care for the patients in six healthcare facilities and 15 medical personnel and scientists. Descriptive statistics and content analysis were used to analyze quantitative and qualitative data respectively. The study found that in 2021, there were two MS/MS equipment providing services for up to about 60,000 cases per year, while 14 MS/MS were needed to cover all newborn populations in the country within 2026. Therefore, it is necessary to install 12 more MS/MS equipment. It was also found that the rare disease centers or healthcare facilities that could provide screening, diagnosis, and treatments were not evenly available in all regions of Thailand. The facilities were concentrated in Bangkok areas and the number of service personnel was small. In the future, the national neonatal screening center and relevant sectors should develop a comprehensive plan to facilitate, supervise, and monitor the installation, technology transfer, and expansion of the MS/MS technology to cover the whole country.

Keywords: expanded new-born screening, inherited rare disease, small molecule metabolic disease, tandem mass spectrometry

บทคัดย่อและเหตุผล

โรคพันธุกรรมเมตาบอลิก (inborn errors of metabolism, IEM) จัดเป็นโรคหายาก (rare disease) ประกอบด้วยโรคหลายร้อยชนิด ผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกมักได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ล่าช้า เนื่องจากอาการและ

อาการแสดงของโรคสามารถเลียนแบบโรคในเด็กได้เกือบทุกโรค ทำให้แพทย์มักไม่นึกถึงเมื่อพบเด็กที่มีอาการแสดงของโรค^(1,2) ส่งผลให้เด็กเกิดความพิการจากภาวะแทรกซ้อนของโรค⁽³⁾ และบางรายเป็น สาเหตุของการเสียชีวิตในวัยเด็ก โดยอาการแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ ความผิดปกติทาง

สติปัญญาที่เป็นผลมาจากภาวะสมองถูกทำลาย และความผิดปกติต่ออวัยวะอื่นๆ เช่น ตับ ไต ตา กระดูก เลือด กล้ามเนื้อ ทางเดินอาหาร และผิวหนัง ความผิดปกติดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องมีผู้ดูแลตลอดชีวิต ก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ โรคพันธุกรรมเมตาบอลิกจัดเป็นโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมากในการดูแลรักษา (catastrophic illness) โดยผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ตลอดชีวิต การศึกษาโดยรุ่งนภาและคณะ ปี 2564 พบว่า ต้นทุนความเจ็บป่วยตลอดชีวิตของผู้ป่วย มีค่าระหว่าง 3.6 ล้าน ถึง 8.7 ล้านบาทต่อราย

อุบัติการณ์ของโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกมีความแตกต่างกันระหว่างเชื้อชาติ โดยประเทศไทยยังไม่มีรายงานอุบัติการณ์ของโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกในระดับประเทศ มีเพียงข้อมูลจากโครงการนำร่องการตรวจกรองทารกแรกเกิดแบบเพิ่มจำนวนโรค (expanded newborn screening) ของศูนย์แห่งความเป็นเลิศด้านโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกและการตรวจกรองทารกแรกเกิด (Center of Excellence for Inherited Metabolic Disease and Newborn Screening) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งทำการตรวจกรองทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 18 แห่ง ระหว่าง พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2563 พบอุบัติการณ์ของโรคคิดเป็น 1 ต่อ 8,400⁽⁴⁾ ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวอาจเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าความเป็นจริงและยังไม่สามารถสะท้อนถึงอุบัติการณ์ของโรคในประเทศไทย เนื่องจากมีสมมติฐานว่าอุบัติการณ์ของโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกในต่างจังหวัดโดยเฉพาะจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ น่าจะสูงกว่าในเขตกรุงเทพมหานคร เพราะมีอัตราการแต่งงานในเครือญาติสูงกว่าและมีปรากฏการณ์ผู้ก่อตั้ง (founder effect) ในประชากร

การรักษาผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกที่ให้ประสิทธิผลที่ดี ผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการ

รักษาก่อนมีอาการแสดงทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดอาการแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่ความพิการถาวรและการเสียชีวิต เนื่องจากโรคดังกล่าวพบได้น้อยและมีอาการแสดงที่ไม่จำเพาะ การวินิจฉัยที่รวดเร็วอาศัยการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด เดิมการตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกทำได้เพียงไม่กี่โรค เช่น โรค phenylketonuria (PKU) ใช้การตรวจปัสสาวะโดยการทำปฏิกิริยากับ ferric chloride เพื่อหาสาร phenyl ketones แต่มีความไวต่ำ และผลการตรวจจะเป็นบวกเมื่อ phenylalanine ในเลือดเกิน 900-1,200 micromole/L ต่อมาได้มีการตรวจโดยใช้วิธี Guthrie ซึ่งเป็นการทดสอบการยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย *Bacillus subtilis* โดยใช้ความเข้มข้นของ phenylalanine ในเลือด^(5,6) นอกจากนี้การตรวจโดยวิธี Guthrie ยังสามารถให้ผลลบวงร้อยละ 8 และผลบวกวงร้อยละ 0.01⁽⁷⁾

ปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่สามารถตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก มากกว่า 40 โรค โดยการเจาะเลือดจากเส้นเท้าทารกหยดลงบนกระดาษกรองเช่นเดียวกับตรวจโดยวิธี Guthrie คือการตรวจด้วยเทคโนโลยี tandem mass spectrometry (TMS หรือ MS/MS) เป็นการตรวจระดับไอออนของสารและวัดความเข้มข้นของสารนั้นๆ การตรวจด้วยเทคโนโลยี MS/MS มีความไวอยู่ที่ร้อยละ 99.995 และความจำเพาะอยู่ที่ร้อยละ 99^(8,9) ซึ่งมากกว่าการตรวจโดยวิธี Guthrie ที่มีความไวและความจำเพาะอยู่ที่ร้อยละ 92 และ 99.9 ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ และสามารถตรวจหาโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกกว่า 40 โรคในครั้งเดียว เทียบกับการตรวจโดยวิธี Guthrie ที่ตรวจเฉพาะโรค PKU

สมาคมเพื่อเด็กพิการแต่กำเนิดแห่งประเทศไทย ได้เสนอหัวข้อการตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก ชนิดสารโมเลกุลเล็กแบบเพิ่มจำนวนโรคในเด็กแรกเกิดทุกคนโดยใช้เทคโนโลยีแทนเดมแมสสเปกโทรเมทรี เข้าสู่กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่ง

หัวข้อดังกล่าวได้รับพิจารณาให้มีการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (health technology assessment: HTA) เพื่อเสนอต่อคณะทำงานเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข และคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และควรมีการจัดทำข้อมูลการประเมินด้านความเป็นไปได้ของการตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกชนิดสารโมเลกุลเล็กในเด็กแรกเกิดทุกคนโดยใช้เทคโนโลยีแทนเดมแมสสเปกโทรเมทรี ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการตรวจคัดกรองและรักษาผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกชนิดสารโมเลกุลเล็ก ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods) คือ ใช้ทั้งวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการเก็บข้อมูล ได้แก่ การใช้แบบสำรวจ และการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยข้อมูลที่เก็บ ได้แก่ ศักยภาพปัจจุบันของการให้บริการตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเทคโนโลยี MS/MS และความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับศักยภาพของการตรวจคัดกรองและการรักษาโรคดังกล่าวในอีก 5 ปีข้างหน้า ซึ่งพิจารณาความเป็นไปได้ในเชิงเทคนิค (technical feasibility) ครอบคลุมประเด็นศักยภาพและความเชี่ยวชาญของหน่วยงานที่จะทำการตรวจคัดกรองและรักษาโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก รวมถึงการนำไปสู่การปฏิบัติ (operational feasibility) ซึ่งพิจารณาความเป็นไปได้ของกระบวนการสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองและรักษาโรค ตั้งแต่การกำหนดเกณฑ์ผู้ที่ควรได้รับการตรวจคัดกรอง การให้ข้อมูลเพื่อเชิญชวนให้ผู้ปกครองของทารกเข้าร่วมโครงการและยินดีให้ทารกรับการตรวจคัดกรอง จากนั้นจะเป็นการเก็บตัวอย่างส่งตรวจโดยหน่วยบริการที่ทารกคลอด การส่งตัวอย่างไปยังโรงพยาบาล

เพื่อรับการตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเทคโนโลยี MS/MS การแจ้งผลการตรวจไปยังหน่วยบริการที่ทารกเกิด การติดตามทารกที่มีผลคัดกรองผิดปกติมารับการวินิจฉัย การส่งต่อเพื่อรับการรักษา จนถึงการรักษาและติดตามผลการรักษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดย (1) การใช้แบบสำรวจเพื่อสอบถามศักยภาพและความเป็นไปได้ในการตรวจคัดกรองและการรักษาโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกกับหน่วยบริการจำนวน 6 แห่ง ได้แก่ 1) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล 2) คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 3) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 4) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 5) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และ 6) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ซึ่งดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน 2564 โดยมีประเด็นย่อยสำหรับการศึกษาเรื่องศักยภาพปัจจุบันของการให้บริการ ได้แก่ 1) การมีอยู่ของกำลังคนและเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจ 2) คุณลักษณะและความเชี่ยวชาญของกำลังคน ปริมาณการตรวจคัดกรองต่อปี ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจคัดกรอง และการแจ้งผลกลับ และระยะเวลาในการตรวจวินิจฉัยและส่งต่อเพื่อรับการรักษา ส่วนเรื่องความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อศักยภาพของการตรวจคัดกรองในอนาคตได้ศึกษาใน 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ การคาดการณ์กำลังคน และกระบวนการสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรค และ (2) การสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองและการรักษาโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก โดยคณะผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) คือ ผู้กำหนดนโยบายระดับประเทศ แพทย์ พยาบาลที่ให้บริการ นักวิทยาศาสตร์ในห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการจำนวน 6 แห่งดังกล่าวข้างต้น และผู้แทนกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โดยใช้เทคนิคการบอกต่อ (snowball technique) ในการค้นหาผู้ที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลเพิ่มเติม รวมทั้งสิ้น 15 คน โดยได้มีการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากได้รับการยินยอมด้วยความสมัครใจจากผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวนร้อยละ และค่าเฉลี่ย เพื่ออธิบายศักยภาพการตรวจคัดกรองและการรักษาโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกทั้งในปัจจุบันและในอนาคต 5 ปีข้างหน้า ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก คณะผู้วิจัยนำเทปจากการสัมภาษณ์มาถอดคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ จากนั้นได้จัดการข้อมูลให้เป็นระบบ โดยการกำหนดรหัสผู้ให้ข้อมูล วัน เวลา สถานที่เก็บข้อมูล ชื่อผู้สัมภาษณ์ และผู้จัดบันทึกการสัมภาษณ์ จากนั้นคณะผู้วิจัยที่มีประสบการณ์ 2 คน อ่านบทสัมภาษณ์ทุกบทเพื่อหาประเด็นหลัก (themes) ที่สามารถหาข้อตกลงร่วมกันได้ และนำไปใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งในการศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และนำเสนอผลในลักษณะการบรรยายความ

การตรวจสอบข้อมูล

คณะผู้วิจัยควบคุมคุณภาพโดยการสอบทานข้อมูล (triangulation) ที่ได้จากแหล่งต่างๆ อันได้แก่ ข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร และผู้ให้สัมภาษณ์ เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลในประเด็นเดียวกัน นอกจากนี้ยังได้จัดการประชุมนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นต่อผู้เชี่ยวชาญและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2564 เพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อผลการศึกษาและร่างข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จากนั้นคณะผู้วิจัยนำข้อมูลและข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการประชุมมาพิจารณาเพื่อปรับปรุงผลการ

ศึกษา

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการจาก (1) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เลขที่ SI 823/2020 (2) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เลขที่ REC.165/2563 (3) คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 1 (คณะแพทยศาสตร์) เลขที่ 247/2563 และ (4) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ Med Chula IRB 269/2564

ผลการศึกษา

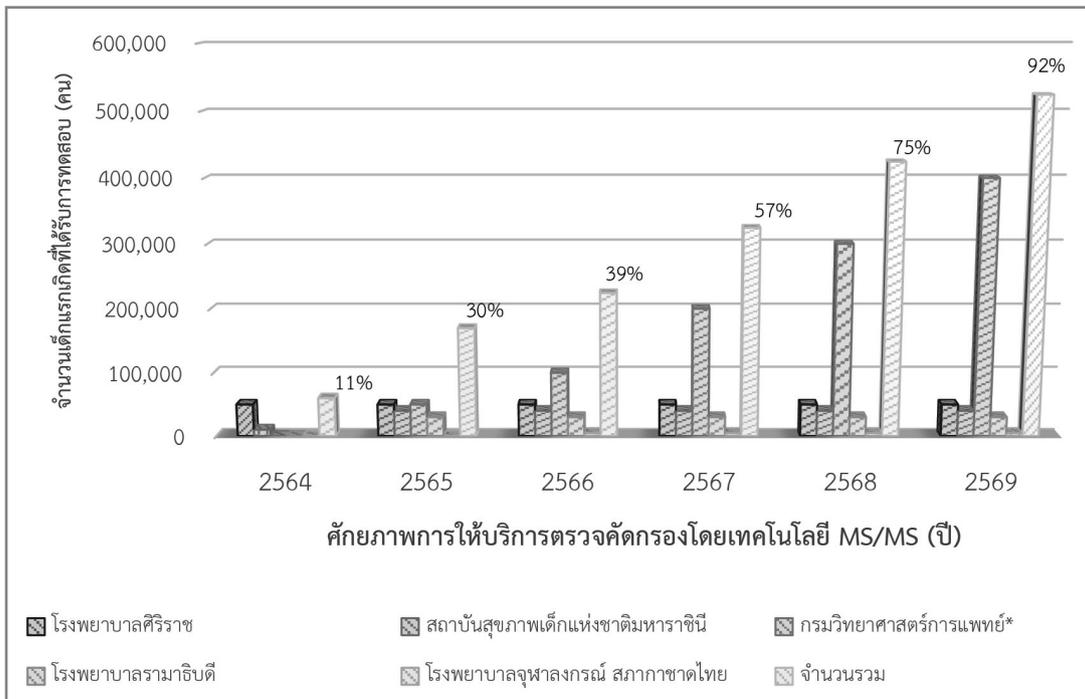
1) ความเป็นไปได้ของการตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกชนิดสารโมเลกุลเล็ก

จากผลการสำรวจศักยภาพการดำเนินงานพบว่าปัจจุบันมีเครื่อง MS/MS ที่ให้บริการตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกชนิดสารโมเลกุลเล็กในทารกแรกเกิดแบบเพิ่มจำนวนโรคในโรงพยาบาล 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีศักยภาพการตรวจคัดกรองได้สูงสุด (full capacity) ในปีงบประมาณ 2564 ที่ 60,000 ราย จากอัตราการเกิดในปี พ.ศ. 2563 ที่ 568,814 ราย เมื่อนำมาคำนวณการตรวจคัดกรองปัจจุบันมีศักยภาพสูงสุดราวร้อยละ 11 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด และเทคโนโลยีดังกล่าวมีเฉพาะในกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ จากการสำรวจ พบว่า ปี 2565 จะมีโรงพยาบาล 2 แห่งมีการวางแผนจะจัดซื้อเทคโนโลยี MS/MS ได้แก่ โรงพยาบาลรามธิบดี และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทำให้ศักยภาพของการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดแบบเพิ่มจำนวนโรคด้วยเทคโนโลยี

MS/MS เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด และโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งยังมีการวางแผนเพื่อพัฒนา ศักยภาพนักวิทยาศาสตร์ให้สามารถตรวจคัดกรองได้ด้วย นอกจากนี้ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ให้ข้อมูลว่า ปัจจุบัน มีการตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกในรูปแบบ ของการศึกษาวิจัยนำร่อง ซึ่งในอนาคตหากการตรวจคัด กรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเทคโนโลยี MS/MS เป็นสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์วางแผนว่าจะจัดทำข้อเสนอ เพื่อจัดซื้อเครื่อง MS/MS ราว 8-10 เครื่อง เพื่อตรวจคัด กรองทารกแรกเกิดทั้งประเทศได้ประมาณ 500,000 ราย ต่อปี แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ด้านแผนการพัฒนา ศักยภาพ กำลังคน

โดยสรุปปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมี MS/MS 2

เครื่องที่ใช้ในการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดซึ่งมีศักยภาพ สูงสุดในการคัดกรองทารกเครื่องละ 40,000-50,000 ราย/ ปี การทดสอบต่อปีขึ้นกับความชำนาญและจำนวนบุคลากร ที่สามารถดูแลเครื่อง คณะผู้วิจัยจึงประมาณการจำนวน เครื่องที่จำเป็นต้องมีเพื่อให้ครอบคลุมประชากรแรกเกิด ทั่วประเทศจากค่า 40,000 รายต่อเครื่องต่อปี พบว่ามี ความจำเป็นต้องใช้ 14 เครื่อง ดังนั้นจำเป็นต้องมีการจัดหา เครื่อง MS/MS เพิ่มอีก 12 เครื่อง เพื่อตรวจคัดกรองทารก แรกเกิดทุกคนจนสามารถครอบคลุมทั้งประเทศภายในปี 2569 (ภาพที่ 1) อย่างไรก็ตาม การคาดการณ์นี้จะเกิดขึ้นได้ จริงขึ้นกับหน่วยงานรับผิดชอบหลัก คือ กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ในการจัดหาเครื่องให้เพียงพอ และการพัฒนา ศักยภาพนักวิทยาศาสตร์ให้สามารถตรวจคัดกรองได้



* กระจายรายปีโดยการประมาณการของคณะผู้วิจัย
MS/MS = tandem mass spectrometry

ภาพที่ 1 ศักยภาพการให้บริการคัดกรองโดยเทคโนโลยี MS/MS และการคาดการณ์ศักยภาพในอนาคต

2) รูปแบบการตรวจคัดกรอง

รูปแบบบริการการตรวจคัดกรองอ้างอิงจาก (ร่าง) แนวทางเวชปฏิบัติในการตรวจกรองทารกแรกเกิดโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกแบบเพิ่มจำนวนโรค (expanded newborn screening) และคู่มือปฏิบัติงานการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดห้องปฏิบัติการ (newborn screening laboratory guideline)^(3,11) โดยมี กระบวนการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดแบบเพิ่มจำนวนโรค ดังนี้

1. การให้ความรู้แก่บิดามารดาและครอบครัวของทารก กระบวนการตรวจคัดกรองจะเริ่มตั้งแต่การให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และคู่สามีในช่วงที่มาฝากครรภ์ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนกฝากครรภ์และหอผู้ป่วยหลังคลอด ซึ่งควรมีแผนพับให้ความรู้ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถตอบข้อซักถามได้ พร้อมทั้งขอข้อมูลที่จำเป็นในการติดต่อกรณีผลผิดปกติ

2. การเจาะเลือดและเก็บสิ่งส่งตรวจ การตรวจคัดกรองทำในทารกแรกเกิดสัญชาติไทยทุกรายที่อายุ 48-72 ชั่วโมง โดยทำการเจาะเลือดจากส้นเท้าหรือเส้นเลือดดำหยดเลือดลงบนกระดาษกรองสำหรับตรวจกรองทารกแรกเกิด (Guthrie's card) เป็นชนิดเดียวกับที่ใช้ตรวจกรองภาวะต่อมไทรอยด์บกพร่อง (Congenital Hypothyroidism, CH) และเป็นนิลคีโตนูเรีย (Phenylketonuria, PKU) และโรงพยาบาลต้องกรอกข้อมูลเกี่ยวกับทารกอย่างละเอียด

3. การรวบรวมกระดาษกรองเพื่อนำส่งห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด โรงพยาบาลที่เจาะเลือดรับผิดชอบส่งกระดาษกรองมายังห้องปฏิบัติการตรวจกรองทารกแรกเกิด โดยสามารถจัดส่งได้ 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) กรณีเป็นโรงพยาบาลต่างจังหวัดให้จัดส่งทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ (emergency mail service, EMS) ส่วน 2) กรณีที่เป็นโรงพยาบาลในจังหวัดหรือพื้นที่ใกล้เคียง

กันจัดส่งผ่านบริการเมสเซ็นเจอร์ส่งของ โดยโรงพยาบาลรวบรวมกระดาษกรองจัดส่งภายในวันที่ทำการหยดเลือดหรือวันรุ่งขึ้นเท่านั้น ไม่มีการเก็บไว้ส่งรวมกันหลายวัน ทั้งนี้โรงพยาบาลควรมีการมอบหมายกุมารแพทย์และพยาบาลผู้ประสานงานประจำโรงพยาบาลเพื่อติดตามทารกมารับการประเมินหากมีผลตรวจผิดปกติ

4. ห้องปฏิบัติการตรวจกรองทารกแรกเกิด

วิเคราะห์และรายงานผล มีการตรวจสอบความถูกต้องและคุณภาพของสิ่งส่งตรวจ พร้อมทั้งลงข้อมูลของทารกแรกเกิด และทำการตรวจวิเคราะห์โดยเครื่อง MS/MS และแปลผลโดยนักวิทยาศาสตร์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ กรณีผลปกติการรายงานผลจะถูกรวบรวมส่งกลับไปยังโรงพยาบาลที่ทารกเกิดหรือได้รับการเจาะเลือด

กรณีผลตรวจจากห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด พบว่า ผลการตรวจคัดกรองทารกผิดปกติ ห้องปฏิบัติการแจ้งกุมารแพทย์เวชพันธุศาสตร์ที่รับผิดชอบพื้นที่โรงพยาบาลที่ทารกเกิดตามเขตสุขภาพ สปสช. ที่ศูนย์โรคหายากรับผิดชอบ พร้อมกับแจ้งแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประสานงานในโรงพยาบาลที่ทารกเกิดและติดต่อบิดา/มารดาหรือญาติทางโทรศัพท์ สอบถามอาการของทารกและประสานงานให้นำทารกมารับการประเมินโดยกุมารแพทย์ที่โรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด โดยทารกจะต้องได้รับการประเมินภายใน 24 ชั่วโมงในกรณีผลตรวจกรองเป็นโรคเร่งด่วน หรือภายใน 48 ชั่วโมงในกรณีเป็นโรคไม่เร่งด่วน หลังจากกุมารแพทย์ได้ประเมินอาการของทารกแล้ว เก็บสิ่งส่งตรวจส่งห้องปฏิบัติการพื้นฐานและห้องปฏิบัติการวินิจฉัยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก (ใช้สิทธิการส่งตรวจวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงโรคหายากรของ สปสช.) พร้อมทั้งให้การรักษาและส่งตัวผู้ป่วยไปยังศูนย์โรคหายากร ถ้าไม่สามารถส่งตัวผู้ป่วยได้ ให้ประสานการรักษากับกุมารแพทย์เวชพันธุศาสตร์เพื่อให้ข้อมูลและติดตาม

อาการรักษาอย่างใกล้ชิด

3) ศักยภาพด้านการวินิจฉัย

การตรวจยืนยันเพื่อวินิจฉัยการรักษา ประกอบด้วย

1. comprehensive metabolic test 2. plasma amino acids และ 3. urine organic acids ในปี พ.ศ. 2564 มีโรงพยาบาล 2 แห่งที่มีห้องปฏิบัติการทางเวชพันธุศาสตร์ที่สามารถตรวจยืนยันเพื่อวินิจฉัยการรักษาได้ทั้ง 3 รายการ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในขณะที่โรงพยาบาลรามธิบดีมีห้องปฏิบัติการที่สามารถรองรับการตรวจยืนยันเพื่อวินิจฉัยการรักษา ได้แก่ การทดสอบ plasma amino acids และการทดสอบ urine organic acids ถึงแม้จะมีหน่วยบริการตรวจวินิจฉัยจำกัด แต่ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาให้ความเห็นว่ามีคุณภาพเพียงพอต่อการให้บริการ เนื่องจากโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกเป็นโรคหายากที่พบได้น้อย และการตรวจคัดกรองก็มีความแม่นยำสูง จึงทำให้จำนวนสิ่งส่งตรวจเพื่อยืนยันและวินิจฉัยมีไม่มาก แต่ต้องดูแลด้านการส่งสิ่งส่งตรวจและเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ถูกต้องครบถ้วน ทั้งนี้การตรวจวินิจฉัยทั้ง 3 รายการข้างต้น⁽¹²⁾ บรรลุเป็นสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว แต่ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการหรือประกันสังคมยังไม่สามารถเบิกค่าตรวจยืนยันเพื่อวินิจฉัยโรคได้

4) ศักยภาพด้านการรักษา

ปัจจุบัน สปสช. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการและประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขในการดูแลรักษาโรคหายากในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อติดตามการดำเนินการ และให้ข้อเสนอแนะต่อแผนการดำเนินการเกี่ยวกับโรคหายาก รวมทั้งพัฒนา

ระบบสนับสนุนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เช่น ระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย การกำกับติดตามการบูรณาการระบบบริหารจัดการ การวิจัยและประเมินผล ในปีงบประมาณ 2563 สปสช. ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหายากด้วยวิธีการรักษาอย่างจำเพาะ และมีความพร้อมด้านแพทย์ผู้รักษาและบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ และเวชภัณฑ์ เป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก 7 แห่ง เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 ได้แก่ 1. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2. โรงพยาบาลศิริราช 3. โรงพยาบาลรามธิบดี 4. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติฯ 5. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 6. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และ 7. โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ปัจจุบันการกระจายตัวของศูนย์โรคหายากยังไม่ครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศไทย ส่วนใหญ่ศูนย์โรคหายากกระจุกตัวในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีส่วนภูมิภาคเพียง 1 แห่งคือ จังหวัดขอนแก่น ส่วนพื้นที่ภาคเหนือและภาคใต้ยังไม่มีศูนย์โรคหายาก ทั้งนี้ การกระจายตัวของศูนย์โรคหายากที่เหมาะสมจะสามารถรองรับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกชนิดสารโมเลกุลเล็กที่มีอาการฉุกเฉินรุนแรงได้ทันเวลา คณะทำงานพัฒนาระบบบริการและประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขในการดูแลรักษาโรคหายาก จึงมีข้อเสนอให้ศูนย์โรคหายาก 7 แห่ง (ตารางที่ 1) ร่วมกันพิจารณาศักยภาพและความพร้อมของหน่วยบริการอื่นๆ ตามเกณฑ์ที่ตกลงร่วมกันโดยแบ่งพื้นที่รับผิดชอบตามเขตสุขภาพของ สปสช. หากมีหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลเพิ่มเติม สามารถเสนอ สปสช. เพื่อดำเนินการพิจารณาขึ้นทะเบียนต่อไป

ตารางที่ 1 รายชื่อศูนย์โรคหายาก และเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ

ศูนย์โรคหายาก	เขตสุขภาพที่รับผิดชอบ
โรงพยาบาลศิริราช	เขต 3 กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ ชัยนาท อุทัยธานี เขต 5 เพชรบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม ประจวบคีรีขันธ์ สุพรรณบุรี นครปฐม ราชบุรี กาญจนบุรี
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ	เขต 2 พิษณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก สุโขทัย อุตรดิตถ์
โรงพยาบาลรามธิบดี	เขต 9 ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ เขต 10 อุบลราชธานี ศรีสะเกษ มุกดาหาร อำนาจเจริญ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	เขต 12 สงขลา สตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	เขต 4 สระบุรี นนทบุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก สิงห์บุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา เขต 11 นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต กระบี่ พังงา ระนอง ชุมพร
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	เขต 1 เชียงใหม่ เชียงราย แพร่ น่าน พะเยา ลำปาง ลำพูน แม่ฮ่องสอน เขต 6 สระแก้ว ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ ชลบุรี จันทบุรี ระยอง ตราด
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น	เขต 7 ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ เขต 8 อุตรดิตถ์ สกลนคร นครพนม เลยหนองคาย หนองบัวลำภู บึงกาฬ

หมายเหตุ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร สามารถเลือกปรึกษาโรคหายากศูนย์ใดก็ได้

- ที่มา:**
1. Announcement from the National Health Security Office in the Government Gazette: "Payment for Public Health Services - Specific Treatments for Diseases Requiring Disease-Specific Management 2023" [cited 2024 May 18]. Available from: <https://www.nhso.go.th/downloads/217>.⁽¹³⁾
 2. National Health Security Office. Regional Office Address [cited 2023 Oct 20]. Available from: https://www.nhso.go.th/page/branch_office.⁽¹⁴⁾

การรักษาโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกบรรจู่เป็นสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ในปี 2566⁽¹³⁾ มีการกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก โรคที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (disorder of small molecules) จำนวน 24 โรค โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มโรค โดยกลุ่มโรค A ได้แก่ other organic aciduria (acidemia), propionic acidemia, methylmalonic acidemia, cobalamin defect, isovaleric acidemia, glutaric acidemia type 1, maple syrup urine disease (MSUD), urea cycle disorders, unspecified enzyme defect, ornithine transcarbamylase (OTC) deficiency, NAGS deficiency, citrullinemia type 1, argininosuccinic aciduria (ASS deficiency), arginase deficiency (argininemia), phenylketonuria, other specified disorders of amino acid metabolism, NIC-

CD (neonatal intrahepatic cholestasis caused by citrin deficiency), citrullinemia type 2, tyrosinemia type 1 และกลุ่มโรค B ได้แก่ disorders of fatty acid oxidation and ketogenesis, disorders of carnitine cycle and carnitine transport, systemic primary carnitine deficiency, tetrahydrobiopterin (BH4) deficiency, multiple carboxylase deficiency: biotinidase deficiency, multiple carboxylase deficiency: holocarboxylase deficiency ค่าใช้จ่ายที่สามารถเบิกได้จาก สปสช. ครอบคลุมการรักษาพยาบาลหรือการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยโรคหายากแบบเหมาจ่ายสำหรับกลุ่มโรค A และ B เป็นเงิน 300,000 และ 50,000 บาทตามลำดับ รวมทั้งค่าพาหนะส่งต่อและส่งกลับให้กับสถานพยาบาล โดยในการดำเนินงานที่ผ่านมาในปีงบประมาณ 2563 พบว่ามีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยจำนวน 14 ราย⁽¹²⁾ หากคาดประมาณผู้ป่วยปีละ 70-117 คน อัตราการเข้าถึง

บริการอยู่ที่ร้อยละ 12-20 ต่อปีเท่านั้น อนึ่ง ผู้ป่วยสิทธิอื่นๆ ยังไม่สามารถเบิกค่ารักษาได้ อุปสรรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา คือ นมพิเศษและยาเมตาบอลิกบางรายการที่มีความจำเป็นในการรักษายังไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย ที่ผ่านมามีผู้ป่วยได้รับบริจาคมพิเศษจากบริษัทเอกชนผู้ผลิตนม ทำให้บางช่วงเวลามีปัญหาขาดครว และมีความไม่แน่นอนของการบริจาด ทั้งนี้ แพทย์ผู้รักษากำลังผลักดันการขึ้นทะเบียนยาและนมเมตาบอลิก โดยหารือร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อหาแนวทางการขึ้นทะเบียนยาและนมเมตาบอลิกดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญทางการตรวจและรักษาให้ความเห็นว่าการคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกมีความแตกต่างจากการคัดกรองภาวะพร่องไทโรอิดฮอร์โมนในทารกแรกเกิดที่มีแพทย์เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลทั่วไปรักษาได้ ในขณะที่การคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกจำเป็นต้องมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่ศูนย์โรคหายากในการวินิจฉัยและรักษา จึงควรมีการหารือเพื่อปรับรูปแบบการตรวจคัดกรองและการส่งต่อให้เหมาะสมและเป็นไปได้ ทั้งนี้ ผู้เชี่ยวชาญเสนอรูปแบบบริการโดยให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาอย่างครบวงจรขึ้นทะเบียนเป็น “ห้องปฏิบัติการตรวจกรองทารกแรกเกิด” ภายใต้การประเมินมาตรฐานบริการจากหน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบ รวมทั้งการกำกับติดตาม และจัดทำข้อตกลงการส่งข้อมูลการให้บริการให้กับกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมาย โดยจัดการรูปแบบข้อมูลของแต่ละหน่วยบริการให้สามารถส่งออกแล้วนำมารวมกันได้

วิจารณ์และข้อยุติ

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้พบว่า ศักยภาพการตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกชนิดสารโมเลกุลเล็กในทารกแรกเกิดโดยเทคโนโลยี MS/MS ในปี พ.ศ. 2564 สามารถครอบคลุม

ประมาณร้อยละ 11 ของเด็กแรกเกิด หรือ 60,000 ราย ต่อปี ซึ่งในอนาคตโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์โรคหายากหลายแห่งและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีแผนลงทุนในเทคโนโลยี MS/MS เพิ่มเติมหากมีการบรรจุการคัดกรองแบบเพิ่มจำนวนโรคในสิทธิประโยชน์ ซึ่งคาดว่าจะควรมีเครื่อง MS/MS 14 เครื่องทั่วประเทศจึงจะสามารถครอบคลุมการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดทุกรายได้ ส่วนการวินิจฉัยและรักษาโรคซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีระบบการรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยมาที่ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก 7 แห่งทั่วประเทศ โดยในการดำเนินงานที่ผ่านมาในปีงบประมาณ 2563 พบว่ามีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยจำนวน 14 ราย⁽¹²⁾ เท่านั้นหรือต่ำกว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการและประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขในการดูแลรักษาโรคหายาก จึงมีข้อเสนอให้ศูนย์โรคหายากร่วมกันพิจารณาการเพิ่มศักยภาพและความพร้อมของหน่วยบริการอื่นๆ ให้มีการดูแลเพิ่มเติม^(13,14) เพื่อให้สามารถรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นหากมีการเพิ่มศักยภาพของการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด

การศึกษาในหลายประเทศที่พบว่า การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดด้วยเทคโนโลยี MS/MS สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและพิการในเด็กได้ เช่น ประเทศญี่ปุ่นเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตและพิการของผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกที่ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยเทคโนโลยี MS/MS กับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง พบว่าอัตราการเสียชีวิตและพิการจากโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกลดลงจากร้อยละ 73 เหลือร้อยละ 15⁽¹⁵⁾ และมีการศึกษาในประเทศออสเตรเลียพบว่าอัตราการเกิดความพิการของผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกลดลงจากร้อยละ 18.1 เหลือร้อยละ 2.8⁽¹⁶⁾ ดังนั้นการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดด้วยเทคโนโลยี MS/MS จึงถือเป็นมาตรฐานในประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนสถานการณ์การตรวจคัดกรองโรคพันธุกรรม

เมตาบอลิกด้วยเทคโนโลยี MS/MS ในประเทศแถบทวีปเอเชียมีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละประเทศ ทั้งจำนวนและชนิดของโรคในการตรวจคัดกรอง และการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองจากภาครัฐ เช่น ประเทศสิงคโปร์มีการตรวจคัดกรอง 40 โรคในทารกแรกเกิดโดยใช้เทคโนโลยี MS/MS ตั้งแต่ปี 2006⁽¹⁷⁾ ประเทศญี่ปุ่นมีการตรวจคัดกรอง 30 โรคเริ่มต้นในปี 2011 ไต้หวันมีการตรวจคัดกรอง 11 โรคเริ่มต้นในปี 2006 และประเทศฟิลิปปินส์มีการตรวจคัดกรอง 28 โรคเริ่มต้นในปี 2019 ซึ่งประเทศที่กล่าวมาทั้งหมดเริ่มต้นดำเนินการตรวจคัดกรองด้วยโครงการนำร่อง ก่อนที่จะมีการประกาศเป็นนโยบายระดับประเทศ นอกจากนี้ ในประเทศฟิลิปปินส์ได้มีการจัดตั้งคณะที่ปรึกษาด้านการคัดกรองทารกแรกเกิดอย่างเป็นทางการ ทั้งการคัดกรองโรคหายาก มีการอภิบาลระบบการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดร่วมด้วย⁽¹⁸⁾ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการหารือร่วมกันและนำแนวทางดังกล่าวมาปรับใช้ในประเทศไทย เนื่องจากยังไม่มี การจัดตั้งคณะที่ปรึกษาการคัดกรองทารกแรกเกิดแห่งชาติในประเทศไทย ซึ่งการจัดตั้งคณะที่ปรึกษานี้จะช่วยให้คำปรึกษาและคำแนะนำเกี่ยวกับการบูรณาการระบบการคัดกรองทารกแรกเกิด ฐานข้อมูล การรับรองคุณภาพศูนย์คัดกรองทารกแรกเกิดและการกำกับติดตามทั่วประเทศได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ คือข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคที่ใช้สำหรับการประมาณการจำนวนของผู้ป่วยที่จะพบจากการตรวจคัดกรองได้มาจากโครงการนำร่องในพื้นที่กรุงเทพมหานครเท่านั้น ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีจำนวนอุบัติการณ์ของโรคที่เป็นข้อมูลระดับประเทศ ดังนั้น การศึกษาหรือการดำเนินการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดด้วยเทคโนโลยี MS/MS ในอนาคต ควรมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและตรวจสอบความถูกต้องเพื่อให้สามารถคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

จากการศึกษา คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรบรรจุการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกแบบเพิ่มจำนวนโรค (expanded newborn screening) ด้วยเทคโนโลยี MS/MS เป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบการให้บริการควรมีการปรับรูปแบบการตรวจคัดกรองและการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษาให้เหมาะสมและเป็นรูปแบบที่สามารถเป็นไปได้ในบริบทของประเทศและพื้นที่แต่ละภูมิภาค โดยพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการให้สามารถตรวจคัดกรองวินิจฉัย และรักษาอย่างครบวงจรโดยมีการรับรองคุณภาพและมาตรฐาน นอกจากนี้ ต้องมีระบบรายงานข้อมูลการดำเนินงานให้หน่วยงานส่วนกลางรวบรวมอุบัติการณ์และความชุกของผู้ป่วยเพื่อให้มีข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนด้านการเงินการคลังและพัฒนาศักยภาพระบบบริการในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการประเมินความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ของการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเทคโนโลยี Tandem Mass Spectrometry (MS/MS) โดยคณะผู้วิจัยดำเนินงานภายใต้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) รวมทั้งยังได้ให้คำแนะนำในการดำเนินโครงการวิจัยและบริหารจัดการโครงการวิจัยนี้เป็นอย่างดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคุณสรายุทธ ชันธะ ฤณ.ธมสุวรรณ ดุลสัมพันธ์ ที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโครงการวิจัย และขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญด้านการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกชนิดสารโมเลกุลเล็กที่ให้คำแนะนำ สนับสนุนด้านวิชาการ และให้ความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลสำหรับโครงการนี้

References

1. Wasan P. Pediatrics: children's metabolic genetics. Bangkok: Division of Medical Genetics Pediatrics, Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2003.
2. Vatanavicharn N, Ratanarak P, Liammongkolkul S, Sathienkijkanchai A, Wasant P. Amino acid disorders detected by quantitative amino acid HPLC analysis in Thailand: an eight-year experience. *Clinical Chimica Acta; International Journal of Clinical Chemistry*. 2012;413(13-14):1141-4.
3. Birth Defects Association (Thailand), Medical Genetics and Genomics Association, The Royal College of Pediatricians of Thailand. (Draft) Clinical practice guidelines for genetic and metabolic diseases expanded newborn screening by tandem mass spectrometry. 2024 [cited 2024 May 1]. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1VXLL1aRqAcErYj3WmT-2vEFnAZXYUeQ9/view>. (in Thai)
4. Vatanavicharn N, Liammongkolkul S. Proposal to develop benefits package for expanded newborn screening and inborn errors of metabolism for universal coverage benefits package (UCBP). Documents for a brainstorming meeting to set priorities from the network group and civil society in the national health insurance system, 2019 Dec 20, Bangkok. (in Thai)
5. Armstrong MD, Shaw KN, Robinson KS. Studies on phenylketonuria. II. The excretion of o-hydroxyphenylacetic acid in phenylketonuria. *The Journal of Biological Chemistry*. 1955;213(2):797-804.
6. Guthrie R, Susi A. A simple phenylalanine method for detecting phenylketonuria in large populations of newborn infants. *Pediatrics*. 1963;32:338-43.
7. McCabe L, Kuhlman K, McCabe ERB. Reliability of the Guthrie bacterial inhibition assay (BIA) for phenylalanine. *Pediatr Res*. 1985;19(4):316.
8. Ceglarek U, Leichtle A, Brügel M, Kortz L, Brauer R, Bresler K, et al. Challenges and developments in tandem mass spectrometry based clinical metabolomics. *Molecular and Cellular Endocrinology*. 2009;301(1):266-71.
9. Yoon H-R. Screening newborns for metabolic disorders based on targeted metabolomics using tandem mass spectrometry. *Ann Pediatr Endocrinol Metab*. 2015;20(3):119-24.
10. Mak CM, Lee H-CH, Chan AY-W, Lam C-W. Inborn errors of metabolism and expanded newborn screening: review and update. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*. 2013;50(6):142-62.
11. Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health. Newborn screening laboratory guideline. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)
12. National Health Security Office. 4.4 universal coverage benefits package (UCBP) as it relates to the National Health Insurance System in 2021: benefits package for rare diseases process development. Paper presented at: The Subcommittee Working Group determining the Type and Scope of Public Health Services No. 2/2020, 2020 Nov 11. Bangkok; 2020. (in Thai)
13. Announcement from the National Health Security Office in the Government Gazette: "Payment for Public Health Services - Specific Treatments for Diseases Requiring Disease-Specific Management 2023". 2023 [cited 2024 May 18]. Available from: <https://www.nhso.go.th/downloads/217>. (in Thai)
14. National Health Security Office. Regional Office Address. (n.d.) [cited 2023 Oct 20]. Available from: https://www.nhso.go.th/page/branch_office. (in Thai)
15. Yamaguchi S, Purevusren J, Kobayashi H. Expanded newborn mass screening with MS/MS and medium-chain acyl-CoA dehydrogenase (MCAD) deficiency in Japan. *J Jap Soc Mass Screen*. 2013;23:270-6.
16. Wilcken B, Haas M, Joy P, Wiley V, Bowling F, Carpenter K, et al. Expanded newborn screening: outcome in screened and unscreened patients at age 6 years. *Pediatrics*. 2009;124(2):e241-8.
17. Lim JS, Tan ES, John CM, Poh S, Yeo SJ, Ang JS, et al. Inborn error of metabolism (IEM) screening in Singapore by electrospray ionization-tandem mass spectrometry (ESI/MS/MS): an 8-year journey from pilot to current program. *Molecular Genetics and Metabolism*. 2014;113(1-2):53-61.
18. Institute of Human Genetics University of the Philippines Manila. Newborn Screening Center-NIH. 2016 [cited 2024 May 1]. Available from: <https://ihg.upm.edu.ph/node/43>.

Severity and Associated Factors of COVID-19 Infection among Pregnant and Postpartum Women: A Cross-Sectional Study in Thailand

Pimolphan Tangwiwat*

Titiporn Tuangrattananon^{†,‡}

Wanchanok Limchumroon[†]

Benjawan Ingthom[†]

Chompoonut Topothai^{†,‡,§}

Thitikorn Topothai^{‡,§,¶}

Corresponding author: Pimolphan Tangwiwat

Abstract

Background: COVID-19 posed a significant global health crisis, affecting millions worldwide, with pregnant women being particularly susceptible to severe illness and mortality. Pregnant individuals infected with COVID-19 were more likely to require intensive care and invasive ventilation compared to non-pregnant individuals. This study aimed to investigate the severity of COVID-19 in pregnant and postpartum women in Thailand and its associated factors.

Methodology: This cross-sectional quantitative study utilized data from the National Pregnant Women and 6-Week Postpartum Women COVID-19 Infection Report System, Health Promotion Bureau, Department of Health, from December 1, 2020, to May 31, 2022. The outcome was the level of severity of COVID-19 infection (no or mild symptoms, and moderate to severe symptoms) among pregnant and postpartum women. The exposures were participants' characteristics, including age, nationality, COVID-19 vaccination status, and gestational age when infection was assessed. Multivariable logistic regression was

* Office of Senior Advisors, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand

† Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand

‡ International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand

§ Saw Swee Hock School of Public Health, National University of Singapore and National University Health System, Singapore, Singapore

¶ Division of Physical Activity and Health, Department of Health, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand

Received 9 August 2023; Revised 28 February 2024; Accepted 30 May 2024

Suggested citation: Tangwiwat P, Tuangrattananon T, Limchumroon W, Ingthom B, Topothai C, Topothai T. Severity and associated factors of COVID-19 infection among pregnant and postpartum women: a cross-sectional study in Thailand. *Journal of Health Systems Research* 2024;18(2):251-63.

พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์, ฐิติภรณ์ ตวงรัตนานนท์, วรณชนก ลิมจำรูญ, เบญจวรรณ อังทม, ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย, ฐิติกร โตโพธิ์ไทย. ความรุนแรงและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19 ในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด: การศึกษาแบบภาคตัดขวางในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2567;18(2):251-63.



used to examine the associations between these characteristics and COVID-19 severity.

Results: The study recruited 12,579 pregnant or postpartum women infected with COVID-19 in Thailand. Most participants experienced no or mild symptoms (87.0%), while the rest had moderate to severe symptoms (13%). Pregnant women with higher age (≥ 35 years) had the highest likelihood of severe symptoms (adjusted odds ratio: AOR = 1.79, 95%CI: 1.44, 2.24), and non-Thai participants had a significantly higher likelihood of severe symptoms compared to Thais (AOR = 1.17, 95%CI: 1.03, 1.34). Pregnant women who received three doses of the COVID-19 vaccine had the lowest likelihood of severe symptoms (AOR = 0.16, 95%CI: 0.10, 0.27). Participants being infected during the third trimester of pregnancy had a higher likelihood of severe symptoms (AOR = 1.52, 95%CI: 1.22, 1.90).

Conclusion: This study offers significant insights into the severity of COVID-19 among pregnant and postpartum women in Thailand. Despite most participants experiencing no or mild symptoms, it was imperative for the public to implement preventive measures to reduce the risk of severe symptoms and optimize care for this vulnerable group. Moreover, the study identified the influence of maternal age, nationality, COVID-19 vaccination status, and timing of infection on COVID-19 severity. The findings revealed important implications for the implementation of preventive strategies and the optimization of healthcare services for pregnant women during the COVID-19 pandemic.

Keywords: COVID-19, pregnancy, mother, severity, Thailand

ความรุนแรงและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19 ในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด: การศึกษาแบบภาคตัดขวางในประเทศไทย

พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์^{*}, ฐิติภรณ์ ดวงรัตนานนท์^{†,‡}, วรณชนก ลิ้มจำรูญ[†], เบนญจวรรณ อึ้งทม[†],
ชมพูนุท โดโพธิ์ไทย^{†,§}, ฐิติกร โดโพธิ์ไทย^{†,§,¶}

^{*} สำนักที่ปรึกษา กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี ประเทศไทย

[†] สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี ประเทศไทย

[‡] สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี ประเทศไทย

[§] คณะสาธารณสุขศาสตร์ Saw Swee Hock, National University of Singapore และ National University Health System ประเทศสิงคโปร์

[¶] กองกิจกรรมทางกายภาพและสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี ประเทศไทย

ผู้รับผิดชอบบทความ: พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์, pimolphantang@gmail.com

ภูมิหลังและเหตุผล: การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) ก่อให้เกิดวิกฤติทางสุขภาพที่สำคัญ โดยมีผู้ป่วยหลายล้านคนทั่วโลก หญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่รุนแรงจนถึงการเสียชีวิต ผู้ที่ตั้งครรภ์และติดเชื้อโควิด-19 มีโอกาสต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักและใช้เครื่องช่วยหายใจสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดในประเทศไทย และค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรง

ระเบียบวิธีศึกษา: การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยใช้ข้อมูลจากระบบรายงานทั่วประเทศของหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย โดยผลลัพธ์ที่ต้องการในการศึกษานี้คือระดับความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด (ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย และอาการรุนแรงระดับปานกลางถึงมาก) ตัวแปรที่เกี่ยวข้องคือลักษณะของผู้เข้าร่วม ประกอบด้วย อายุ สัญชาติ จำนวนวัคซีนโควิด-19 ที่ได้รับ และอายุครรภ์ขณะเกิดการติดเชื้อ การวิเคราะห์ที่ใช้การถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปรเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเหล่านี้และความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19

ผลการศึกษา: การศึกษานี้ วิเคราะห์ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 12,579 ราย

ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย คือร้อยละ 87 ส่วนกลุ่มที่มีอาการรุนแรงระดับปานกลางถึงมากมี ร้อยละ 13 หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีโอกาสสูงสุดที่จะมีอาการรุนแรงระดับปานกลางถึงมาก (adjusted odds ratio: AOR = 1.79, 95%CI: 1.44, 2.24) หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่สัญชาติไทยมีโอกาสที่จะมีอาการรุนแรงสูงกว่าหญิง ตั้งครรภ์สัญชาติไทย (AOR = 1.17, 95%CI: 1.03, 1.34) ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 3 ครั้ง มีโอกาส ต่ำที่สุดในการมีอาการรุนแรง (AOR = 0.16, 95%CI: 0.10, 0.27) นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อในไตรมาสที่ 3 ของการ ตั้งครรภ์มีโอกาสสูงที่จะมีอาการรุนแรง (AOR = 1.52, 95%CI: 1.22, 1.90)

สรุป: การศึกษานี้ช่วยสร้างความเข้าใจที่สำคัญเกี่ยวกับความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19 ในหญิงตั้งครรภ์และ หลังคลอดในประเทศไทย แม้หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย มาตรการป้องกันการติดเชื้อและ การลดความเสี่ยงของอาการจากการติดเชื้อโควิด-19 ยังมีความสำคัญ การศึกษานี้พบว่า อายุมารดา สัญชาติ การฉีดวัคซีน โควิด-19 และช่วงการตั้งครรภ์ที่ได้รับเชื้อ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19 ผลการศึกษานี้ยืนยัน ความสำคัญของมาตรการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เหมาะสมระหว่างการระบาดของโควิด-19

คำสำคัญ: โควิด-19, การตั้งครรภ์, มารดา, ความรุนแรง, ประเทศไทย

Background and Rationale

COVID-19, caused by the SARS-CoV-2 virus, has become a global public health crisis, affecting millions worldwide.⁽¹⁾ Pregnant women are particularly vulnerable to severe illness and mortality from COVID-19. During pregnancy, changes in the maternal immune system and cytokine levels may elevate the risk of adverse outcomes.⁽²⁻⁴⁾ The virus can also affect vital systems, including the respiratory, cardiovascular, and immune systems, as well as placental function. While maternal deaths from COVID-19 are relatively rare, pregnant individuals with COVID-19 have a higher likelihood of requiring intensive care and invasive ventilation compared to non-pregnant individuals.^(4,5)

From the analysis of 192 studies, the main symptoms of COVID-19 in pregnancy were fever (40%) and cough (41%).⁽⁴⁾ Pregnant women with COVID-19 were less likely to show symptoms compared to non-pregnant women (odds ratio and 95% confidence interval; OR = 0.28: 0.13,

0.62). They were also less likely to report fever (OR = 0.49: 0.38, 0.63).⁽⁴⁾ Pregnant women had higher odds of admission to intensive care unit (OR = 2.13: 1.53, 2.95), invasive ventilation (OR = 2.59: 2.28, 2.94), and maternal death (OR = 2.85: 1.08, 7.52) compared to non-pregnant women of reproductive age.⁽⁴⁾

Severe COVID-19 in pregnancy was associated with increased maternal age, high body mass index, pre-existing comorbidities (chronic hypertension, diabetes, pre-eclampsia), and any maternal comorbidity.⁽⁴⁾

A study of 2,475 Brazilian pregnant cases of COVID-19 severe respiratory distress showed that the postpartum period, age over 35 years, obesity, diabetes were associated with an increased risk of adverse outcomes.⁽⁶⁾ Other studies identified the advanced maternal age were likely linked to severe illnesses due to age-related immune system changes and heightened risk of underlying health conditions,^(3,7) while the association



between gestational age and COVID-19 severity remained uncertain.^(8,9) Existing evidence supports the protective benefits of COVID-19 vaccination for pregnant women and their unborn children, affirming vaccine safety and efficacy in this population.^(10,11)

Thailand has witnessed a significant loss from large numbers of COVID-19 confirmed cases (4,754,784) and deaths (34,418), as of July 29, 2023.⁽¹²⁾ Pregnant women and infants in Thailand, regardless of nationality, face increased risks of infection, barriers to maternity services utilization, and challenges due to control measures.⁽¹³⁾ But there remains a dearth of information in Thailand, especially on the prevalence and severity of COVID-19, and its related factors in Thailand.

Understanding the severity of COVID-19 in pregnant women is essential for providing appropriate care and implementing effective strategies to mitigate the impact of the virus on this vulnerable population. This study aimed to investigate the prevalence of COVID-19 infection severity in pregnant and postpartum women in Thailand and its association with their characteristics. Our findings would aid in developing targeted strategies to mitigate the risks associated with COVID-19 infection during pregnancy in Thailand.

Methodology

Study design, setting, and participants

This cross-sectional study utilized data from the National Pregnant Women and 6-Week Post-

partum Women COVID-19 Infection Report System from public and private hospitals from December 1, 2020, to May 31, 2022, through the Google Forms of Department of Health.

Tool

The report form of pregnant and 6-week postpartum women's COVID-19 infection consists of (i) personal information, including age and nationality, (ii) infection data, including gestational age or postpartum week at the diagnostic time, and severity of symptoms, and (iii) number of COVID-19 vaccinations. The researchers developed the pregnant women and 6-week postpartum women COVID-19 infection report form and conducted meetings with the maternal and childcare team for COVID-19-infected women to collect data in the form. The reporting channel was developed using Google Forms and tested in a general hospital in Samut Sakhon province. It was then refined by the working group for the health care of pregnant and postpartum women infected with COVID-19, comprising obstetricians, pediatricians, pediatric infectious disease specialists, and epidemiologists (18 individuals), under the National Maternal and Child Health Board.

Data collection

The researchers prepared a letter of collaboration and distributed it to public hospitals of the Ministry of Public Health, and hospitals in other sectors including the Bangkok Metropolitan Administration, Armed Forces, Royal Thai Police,

universities, and Private Hospital Associations, for data reporting. The data reporting process to the hospitals was explained through remote meeting systems through the Google Form of Department of Health. The permission to use data from the Pregnant Women and 6-Week Postpartum Women Infection Report System was obtained by the Health Promotion Bureau, Department of Health. The researchers collected data focusing on the variables defined and covered by the research objectives. For this study, we included data from pregnant and postpartum women who were infected with COVID-19 within 14 days and received treatment as inpatients (according to the national guideline at time of data collection).

Participants' characteristics classification

Participants' characteristics in the study included age (in years), nationality, COVID-19 vaccination, gestational age when COVID-19 infection detected, and COVID-19 severity. Age was classified into three categories (less than 20, 20-34, and 35 years and over, according to the definition of teenage and elderly pregnancy). Nationality was categorized into two categories (Thai and non-Thai). COVID-19 vaccination was divided into four categories (no vaccination, 1, 2, and 3 doses). Gestational age at time of COVID-19 diagnosis was divided into four groups (less than 14 weeks, 14-27 weeks, 28-43 weeks, and postpartum period, according to pregnancy trimester).

Outcome classification

COVID-19 severity was classified into two

categories: (i) no or mild symptoms (presence of fever, runny nose, cough, nausea, vomiting, diarrhea, loss of smell, loss of taste, with no lung inflammation, with normal chest x-ray showing no signs of pneumonia), and (ii) moderate to severe (with pneumonia with/without endotracheal intubation, or death); based on the medical practice guidelines by the Department of Medical Services, Ministry of Public Health since the beginning of the pandemic.⁽¹⁴⁾

Data analysis and statistical analysis

A descriptive statistical analysis was conducted to present the frequencies and percentages of COVID-19 infection severity, living and deceased mothers. The associations between participants' characteristics and their COVID-19 infection severity were reported as adjusted odds ratios (AORs), 95% confidence interval (95% CI), with chi-square test to prove statistically significant associations (at p -value<0.05). Multivariable logistic regression was used to examine relationships between participants' characteristics and their COVID-19 infection severity. Analyses were conducted with Stata Statistical Software version 17 (StataCorp LP, College Station, TX, USA).

Ethics consideration

The Health Promotion Bureau of the Department of Health authorized the data access for research purposes. This study was approved by the Institutional Review Board of the Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand (No. 564/2565) in October 2022.

Results

Study participants

The study initially enrolled a total of 14,037 pregnant or postpartum women who were infected with COVID-19 across the country. Of these, 1,458 participants were excluded due to missing information on vaccination status and gestational age. The final sample size for analysis comprised 12,579 participants.

Participant characteristics

The characteristics of the participants are

presented in table 1. Most women aged between 20 and 34 years (73.2%) and were Thai nationality (82.6%). Majority of them did not receive the COVID-19 vaccine (63.3%), followed by those received 2 doses (25.2%), 1 dose (7.5%) and 3 doses (4.0%), respectively. Around half of participants got infected with COVID-19 at the gestational age of 28-43 weeks (48.2%), followed by 23.3% at postpartum, 18.9% at 14-27 weeks, and 9.3% at < 14 weeks.

The proportion of COVID-19 infection severity

Most participants had no or mild symptom of

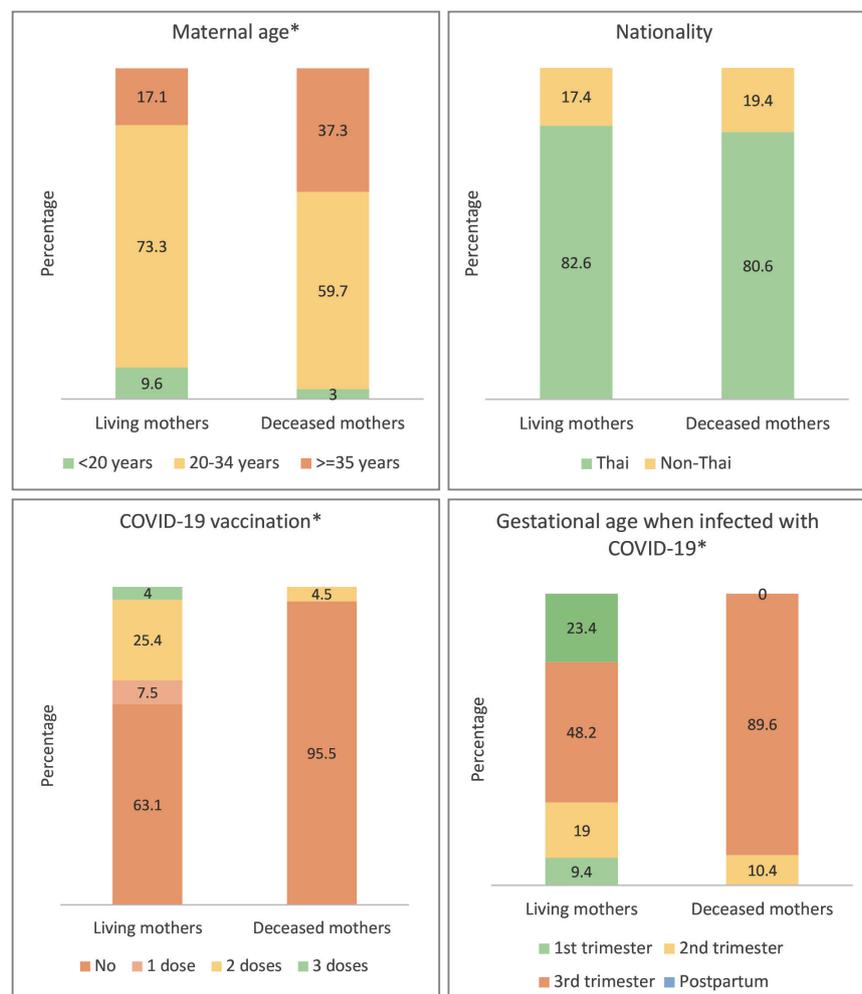
Table 1 Characteristics of the overall sample and according to the COVID-19 severity

Participants' characteristics	Overall (n=12,579)		No or mild symptom (n=10,939)		Moderate to severe symptom (n=1,640)		p-value ^a
	n	%	n	%	n	%	
Age (year)							< 0.001
< 20	1,204	9.6	1,081	89.8	123	10.2	
20-34	9,208	73.2	8,051	87.4	1,157	12.6	
≥ 35	2,167	17.2	1,807	83.4	360	16.6	
Nationality							< 0.001
Thai	10,384	82.6	9,108	87.7	1,276	12.3	
Non-Thai	2,195	17.4	1,831	83.4	364	16.6	
COVID-19 vaccination							< 0.001
No	7,964	63.3	6,605	82.9	1,359	17.1	
1 dose	936	7.5	833	89.0	103	11.0	
2 doses	3,175	25.2	3,014	94.9	161	5.1	
3 doses	504	4.0	487	96.6	17	3.4	
Gestational age when COVID-19 infection detected (week)							< 0.001
< 14	1,171	9.3	1,072	91.6	99	8.4	
14-27	2,383	18.9	2,088	87.6	295	12.4	
28-43	6,095	48.5	5,133	84.2	962	15.8	
Postpartum	2,930	23.3	2,646	90.3	284	9.7	

^a chi-square test

COVID-19 (87.0%), the rest had moderate to severe symptom (13.0%) (see Table 1). The participants aged 35 years and above had the highest proportion of COVID-19 moderate to severe symptom (16.6%, p -value < 0.001). Non-Thai participants had higher severity than Thai participants (16.6% vs 12.3%, p -value < 0.001). Those who did not receive any COVID-19 vaccination had the highest severity (17.1%, p -value < 0.001). Women gestational age 28-43 weeks at time of diagnosis had the highest moderate to severe symptom (15.8%, p -value < 0.001).

When differentiating between women who survived (living mothers, $n = 12,512$) and who were dead ($n = 67$), significant differences were found in maternal age, COVID-19 vaccination status, and the gestational age of COVID-19 infection (see Figure 1). A larger proportion of deceased mothers were elder mothers aged ≥ 35 years (37.3%). Moreover, 95.5% of deceased mothers did not receive COVID-19 vaccination. A pronounced discrepancy emerged in the timing of COVID-19 being detected during pregnancy, with 89.6% of deceased mothers being detected during the third trimester.



* p -value < 0.001

Figure 1 Characteristics of COVID-19 infected mothers by living status (%)

Association between COVID-19 infection severity and participants’ characteristics: multivariable logistic regression

Table 2 presents the results from the multivariable logistic regression examining the association between COVID-19 infection severity and participants’ characteristics. Participants of elderly pregnancy (≥ 35 years) had the highest moderate to

severe symptom (AOR = 1.79, 95%CI: 1.44, 2.24). Non-Thai participants had higher severity (AOR = 1.17, 95%CI: 1.03, 1.34) compared to Thai participants. Pregnant women who received 3 doses of COVID-19 vaccine had the lowest severity (AOR = 0.16, 95%CI: 0.10, 0.27). Participants being infected at the gestational age at 28-43 weeks had the highest severity (AOR = 1.52, 95%CI: 1.22, 1.90).

Table 2 Multivariable logistic regression analyses of the association between the COVID-19 severity and participants’ characteristics

Characteristics	COVID-19 moderate to severe symptom*			
	AOR	95% CI		p-value
		Lower	Upper	
Age (year): ref < 20	Reference			
• 20-34	1.33	1.09	1.63	0.005
• ≥ 35	1.79	1.44	2.24	< 0.001
Nationality: ref = Thai	Reference			
• Non-Thai	1.17	1.03	1.34	0.020
COVID-19 vaccination: ref = no	Reference			
• 1 dose	0.59	0.48	0.77	< 0.001
• 2 doses	0.26	0.21	0.31	< 0.001
• 3 doses	0.16	0.10	0.27	< 0.001
Gestational age when COVID-19 infection detected (weeks): ref < 14	Reference			
• 14-27	1.48	1.16	1.89	0.002
• 28-43	1.52	1.22	1.90	< 0.001
• Postpartum	0.79	0.62	1.00	0.060

AOR = adjusted odds ratio, 95% CI = 95% confidence interval, multivariable logistic regression model adjusted for age, nationality, COVID-19 vaccination, and gestational age when COVID-19 infection detected.

* outcome 0 = no or mild symptom to severe symptom

Discussion

This is the first study in Thailand that provides novel insights into the epidemiology and factor associated with COVID-19 infection severity among pregnant women in Thailand. The study population experienced symptoms similar to those of non-pregnant individuals, such as fever, cough, fatigue, diarrhea, shortness of breath, sore throat, and muscle pain.^(4,5) Implementing public health preventive measures was crucial in reducing the risk of severe symptoms and optimize care for this vulnerable group. The potential risk could be attributed to changes in the maternal immune system and cytokine levels during pregnancy, potentially leading to adverse outcomes, as the virus affected various organ systems, including the respiratory, cardiovascular, and immune systems.⁽²⁻⁴⁾ Close monitoring of pregnant women for severe COVID-19 cases was essential, given their high risk of requiring admission to the intensive care unit, invasive ventilation, and experiencing mortality compared to non-pregnant individuals.^(4,5)

The findings showed significant association between advanced maternal age and an increased likelihood of experiencing moderate to severe symptoms of COVID-19 among pregnant women. Specifically, pregnant individuals aged 35 years or older exhibited the highest proportion of COVID-19 moderate to severe symptoms. This finding suggested that advanced maternal age was a risk factor for severe illness in pregnant individuals with COVID-19 and older pregnant women might be more susceptible to experiencing severe

symptoms and complications from the virus. Our finding is consistent with previous studies,^(3,4,7) and the global trend indicating that older individuals faced a higher risk of severe illness and death from COVID-19, likely attributed to age-related changes in the immune system and an increased prevalence of underlying health conditions.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ The heightened susceptibility of severe illness in older pregnant women underscores the necessity for targeted interventions and close monitoring within this subgroup.

Non-Thai participants had higher moderate to severe COVID-19 symptoms compared to Thai participants. This disparity in symptom severity might be indicative of potential disparities in health literacy and low socioeconomic status among non-Thai individuals, specifically those from Myanmar, Laos, and Cambodia.⁽¹⁸⁾ Factors such as limited access to healthcare services, language barriers, and cultural practices could contribute to these disparities, leading to unequal healthcare outcomes for pregnant and postpartum women from these communities.⁽¹⁸⁻²²⁾ Addressing these multifaceted factors is crucial to promote equitable healthcare access and improve health outcomes for all pregnant and postpartum women, irrespective of their nationality or ethnic background.

The study established a significant association between vaccination status and the severity of COVID-19 in pregnant women with a dose-response relationship. Pregnant individuals who did not receive any COVID-19 vaccination had



the highest proportion of moderate to severe symptoms while those who received three doses of vaccine exhibited the lowest likelihood of experiencing moderate to severe symptoms. Our finding emphasized the benefits of full vaccination in reducing COVID-19 severity, aligning with existing evidences that highlighted the critical role of COVID-19 vaccination in mitigating the virus's impact and protecting pregnant women from severe illness.^(10,11) Despite huge benefits of COVID-19 vaccination, our finding revealed a low COVID-19 vaccination rate (36.7%) among participants. Therefore, ensuring access to COVID-19 vaccinations for pregnant women is utmost important.^(10,11,23,24)

A notable association between gestational age and COVID-19 severity in pregnant women was found in the present study. Specifically, pregnant individuals infected during the third trimester of gestation showed the highest likelihood of experiencing moderate to severe symptoms. Several factors might contribute to the association between advanced gestational age and increased COVID-19 severity. As pregnancy progresses, there are significant physiological changes in the maternal body; the immune system undergoes modifications to support the developing fetus. The growing uterus can compress the diaphragm and reduce lung capacity, leading to decreased lung function. These changes might make pregnant women more susceptible to severe respiratory infections, including COVID-19.

To prevent maternal mortality, considering factors like maternal age, COVID-19 vaccination

status, and gestational age during infection is crucial as suggested by the results. Additional risks, such as maternal obesity and pregestational diabetes, should be acknowledged based on existing literature.^(4,6) Non-Thai nationality and residing in crowded communities, like Bangkok, are barriers to healthcare access due to limited public healthcare resources for these groups. The low socio-economic status of non-Thai mothers contributes to this challenge. High COVID-19 prevalence in densely populated areas results in full hospital beds. Private hospitals, dealing with cost challenges, often reject infected patients. Despite government support, the Ministry of Public Health managed this by referring infected individuals to less congested local hospitals. Policy recommendations involve developing a comprehensive healthcare network, integrating public and private sectors, creating outbreak preparedness plans with a unified command system, and investing in primary healthcare units in each of 50 Bangkok districts to ease congestion in higher-level hospitals.

However, several limitations should be acknowledged. Firstly, the study focused on specific characteristics and factors, omitting potentially relevant variables such as pre-existing medical conditions (e.g., pre-eclampsia) and obstetric complications. Secondly, the variant of COVID-19 virus that played a role in severity of the infected case was not considered in our analysis due to limitation of the dataset. Future research should explore these additional factors contributing to COVID-19 severity among pregnant women.

Moreover, the cross-sectional design of the study restricted the ability to establish causal relationships between the identified factors and COVID-19 severity. Longitudinal studies would be valuable in further investigating causal associations and understanding the temporal dynamics of COVID-19 severity within this population.

Conclusion

This study provides substantial insights into the severity of COVID-19 among pregnant and postpartum women in Thailand. Despite most participants experiencing either no symptoms or mild symptoms, it is imperative for public health authorities to institute preventive measures to mitigate the risk of severe symptoms and optimize healthcare services for this vulnerable population. Furthermore, the study identifies the influence of maternal age, nationality, COVID-19 vaccination status, and timing of COVID-19 infection. These findings carry crucial implications for the implementation of targeted preventive strategies and the optimization of healthcare services for pregnant women during the COVID-19 pandemic. Overall, this study advances our understanding of the epidemiology and impact of COVID-19 on pregnant women, empowering healthcare providers to develop well-informed strategies for the management and care of this vulnerable group.

Acknowledgement

The authors would like to express their gratitude to all health care facilities throughout Thailand for collecting data and to all participants

and staff involved in the study. We would like to thank Dr. Suwannachai Wattanayingcharoenchai, Director–General, Department of Health, for his support on this study. We gratefully thank Associate Professor Chanane Wanapirak from the Department of Obstetrics and Gynecology, Chiang Mai University, for his support and advice throughout the study. We reserve special thanks to Dr Viroj Tangcharoensathien, Dr Rapeepong Suphanchaimat, and Ms Jintana Jankhotkaew from the International Health Policy Program (IHPP) for their unremitting academic and statistic support and advice for the study.

Authors' contributions

Conceptualization, PT, TT1, WL, BI; formal analysis, PT, BI, CT, TT2; resources, PT, TT1, WL, BI; writing—original draft preparation, PT, TT1, WL, BI, CT, TT2; writing—review and editing, PT, TT1, WL, BI, CT, TT2; visualization, PT, BI, TT2; project administration, PT, TT1, WL, BI; funding acquisition, PT, TT1, WL, BI. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding

This research was funded by the Department of Health. However, the researchers conducted the study independently, and the views and conclusions presented in this study are solely those of the authors and do not necessarily reflect the views of the funding agency.

Competing interests

The authors declare no conflict of interest.



References

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19). Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Jul 17]. Available from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.
2. Ntounis T, Prokopakis I, Koutras A, Fasoulakis Z, Pittokopitou S, Valsamaki A, et al. Pregnancy and COVID-19. *J Clin Med*. 2022;11(22):6645-58.
3. Simbar M, Nazarpour S, Sheidaei A. Evaluation of pregnancy outcomes in mothers with COVID-19 infection: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol*. 2023;43(1):2162867-87.
4. Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T, et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;370:m3320:1-17.
5. World Health Organization. Episode #43 - Pregnancy & COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2023 Jul 17]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/media-resources/science-in-5/episode-43---pregnancy-covid-19>.
6. Menezes MO, Takemoto MLS, Nakamura-Pereira M, Katz L, Amorim MMR, Salgado HO, et al. Risk factors for adverse outcomes among pregnant and postpartum women with acute respiratory distress syndrome due to COVID-19 in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;151(3):415-23.
7. Kahankova R, Barnova K, Jaros R, Pavlicek J, Snašel V, Martinek R. Pregnancy in the time of COVID-19: towards Fetal monitoring 4.0. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):33-50.
8. Aydin GA, Unal S, Ozsoy HGT. The effect of gestational age at the time of diagnosis on adverse pregnancy outcomes in women with COVID-19. *J Obstet Gynaecol Res*. 2021;47(12):4232-40.
9. Leung C, Simoes ESAC, Oliveira EA. Are in-hospital COVID-19-related mortality and morbidity in pregnancy associated with gestational age? *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2022;60(2):234-42.
10. Ma Y, Deng J, Liu Q, Du M, Liu M, Liu J. Effectiveness and safety of COVID-19 vaccine among pregnant women in real-world studies: a systematic review and meta-analysis. *Vaccines (Basel)*. 2022;10(2):1-17.
11. Tormen M, Taliento C, Salvioli S, Piccolotti I, Scutiero G, Cappadona R, et al. Effectiveness and safety of COVID-19 vaccine in pregnant women: a systematic review with meta-analysis. *BJOG*. 2023;130(4):348-57.
12. Worldometer. Coronavirus cases: worldometer. 2023 [cited 2023 Jul 29]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.
13. Aye YM, Kim SJ, Suriyawongpaisal W, Hong SA, Chang YS. Utilization of postnatal care services among Thai women during the COVID-19 pandemic: results of a web-based survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(11):6536-49.
14. Department of Medical Services. Guidelines for the diagnosis, management, and prevention of hospital-acquired COVID-19 infections, revised edition, April 18, 2023. Bangkok: HFocus; 2023 [cited 2023 Oct 17]. Available from: https://www.hfocus.org/sites/default/files/files_upload/aenwthangewchptibatilasud.pdf.
15. Biswas M, Rahaman S, Biswas TK, Haque Z, Ibrahim B. Association of sex, age, and comorbidities with mortality in COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Intervirology*. 2020:1-12.
16. Mesas AE, Caverro-Redondo I, Alvarez-Bueno C, Sarria Cabrera MA, Maffei de Andrade S, Sequi-Dominguez I, et al. Predictors of in-hospital COVID-19 mortality: a comprehensive systematic review and meta-analysis exploring differences by age, sex and health conditions. *PLoS One*. 2020;15(11):e0241742:1-23.
17. Patel U, Malik P, Usman MS, Mehta D, Sharma A, Malik FA, et al. Age-adjusted risk factors associated with mortality and mechanical ventilation utilization amongst COVID-19 hospitalizations: a systematic review and meta-analysis. *SN Compr Clin Med*. 2020;2(10):1740-9.
18. Uansri S, Kunpeuk W, Julchoo S, Sinam P, Phaiyarom M, Suphanchaimat R. Perceived barriers of accessing healthcare among migrant workers in Thailand during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(10):1-11.
19. Gilder ME, Moo P, Hashmi A, Praisengdet N, Wai K, Pimapanarak M, et al. "I can't read and don't understand": health literacy and health messaging about folic acid for neural tube defect prevention in a migrant population on the Myanmar-Thailand border. *PLoS One*. 2019;14(6):e0218138:1-17.
20. Holomyong C, Ford K, Sajjanand S, Chamrathirong A. The access to antenatal and postpartum care services of migrant workers in the Greater Mekong subregion: the role of acculturative stress and social support. *J Pregnancy*. 2018:1-12.
21. Phanwichatkul T, Schmied V, Liamputtong P, Burns E. The perceptions and practices of Thai health professionals

- providing maternity care for migrant Burmese women: an ethnographic study. *Women Birth*. 2022;35(4):e356-e68.
22. Tschirhart N, Jiraporncharoen W, Thongkhamcharoen R, Yoonut K, Ottersen T, Angkurawaranon C. Including undocumented migrants in universal health coverage: a maternal health case study from the Thailand-Myanmar border. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):1315:1-9.
23. Azami M, Nasirkandy MP, Esmaili Gouvarchin Ghaleh H, Ranjbar R. COVID-19 vaccine acceptance among pregnant women worldwide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2022;17(9):e0272273:1-19.
24. Bhattacharya O, Siddiquea BN, Shetty A, Afroz A, Billah B. COVID-19 vaccine hesitancy among pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2022;12(8):e061477:1-6.

Private Dental Clinic Management Experiences during the COVID-19 Crisis in Bangkok, Thailand: A Qualitative Study

Nicha Luksamijarulkul*

Arparat Yodbutr*

Chanon Wattanakul*

Ganyaphat Sawangsri*

Teerawat Tussanapirom*

Corresponding author: Teerawat Tussanapirom

Abstract

This study aimed to describe the experiences of private dental clinic providers in Bangkok managing their clinics during the COVID-19 crisis and to propose suggestions. A qualitative study was conducted. Nineteen private dental clinics were purposive recruited through snowball sampling to get various characteristics of clinic and were in-depth interviewed with semi-structured questionnaire. Content analysis was used to analyze the data. The study found that all dental clinics faced challenges in patient management due to various regulations, such as, COVID-19 screening was required before providing dental care, clinic environment and chair-side practices should reduce aerosol particles by improving ventilation system, air conditioning with HEPA (high efficiency particulate air) filters and extraoral suction (EOS). Personal protective measures such as isolation gowns, face masks especially double surgical masks, N95 respirators, or combinations of both, were emphasized. The study also revealed that some clinic owners felt the regulations were excessive or impractical, especially the ventilation systems. It was suggested that clear and feasible guidelines, with appropriate support to comply with strict dental clinic standards were needed to maximize benefits to the public and dental professionals. Overall, the study highlighted the

* Faculty of Dentistry, Mahidol University, Thailand

Received 5 February 2024; Revised 7 May 2024; Accepted 5 June 2024

Suggested citation: Luksamijarulkul N, Yodbutr A, Wattanakul C, Sawangsri G, Tussanapirom T. Private dental clinic management experiences during the COVID-19 crisis in Bangkok, Thailand: a qualitative study. *Journal of Health Systems Research* 2024;18(2):264-76.

นัชชา ลักขมิจรรกุล, อารพารัตน์ ยอดบุตร, ชานน วัตตะนกุล, กัญญาภัทสรส์ สว่างศรี, อีร์วัฒน์ ทิศนภิมย์. ประสบการณ์การจัดการคลินิกของผู้ให้บริการทันตกรรมเอกชนในช่วงวิกฤตโควิด-19 ในกรุงเทพฯ ประเทศไทย: การศึกษาเชิงคุณภาพ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2567;18(2):264-76.

importance of dental clinic safety measures during the COVID-19 crisis and the need for ongoing support and regulation to ensure public safety and the continuation of dental services.

Keywords: COVID-19, private dental clinics, clinic management experiences, qualitative study

ประสบการณ์การจัดการคลินิกของผู้ให้บริการทันตกรรมเอกชนในช่วงวิกฤตโควิด-19 ในกรุงเทพฯ ประเทศไทย: การศึกษาเชิงคุณภาพ

ณิชา ลักขมิจรกุลกุล, อาภารัตน์ ยอดบุตร, ชานน วัตนะกุล, กัญญภัทสรณ์ สว่างศรี, อีรววัฒน์ ทัศนภิรมย์

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้รับผิดชอบบทความ: อีรววัฒน์ ทัศนภิรมย์, Teerawat.tus@mahidol.edu

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนประสบการณ์ของผู้ให้บริการคลินิกทันตกรรมเอกชนในกรุงเทพมหานครในการบริหารจัดการคลินิกในช่วงวิกฤตการระบาดของไวรัสโควิด-19 และเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเลือกคลินิกทันตกรรมเอกชน 19 แห่งแบบเจาะจงเพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การศึกษาพบว่า คลินิกทันตกรรมพบกับความท้าทายในการจัดการผู้ป่วยเนื่องจากแนวปฏิบัติที่หลากหลาย ในช่วงวิกฤตการระบาด การตรวจหาไวรัสโควิด-19 เป็นสิ่งที่จำเป็นก่อนให้การรักษาทันตกรรม ในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของคลินิกและการปฏิบัติงานข้างเก้าอี้ คลินิกเน้นลดการกระจายของละอองฝอยโดยการปรับปรุงระบบระบายอากาศ เครื่องปรับอากาศ และการใช้เครื่องกรองอากาศ HEPA (high efficiency particulate air) และ เครื่องดูดละอองฝอยภายนอก (extraoral suction: EOS) มีการใช้มาตรการป้องกันส่วนบุคคล เช่น การสวมเสื้อคลุมกันน้ำและหน้ากากป้องกันละอองฝอย ทั้งใส่หน้ากากผ่าตัดสองชั้น หน้ากาก N95 หรือการใส่หน้ากากทั้งสองชนิดพร้อมกัน การศึกษายังพบว่าเจ้าของคลินิกส่วนหนึ่งรู้สึกว่าแนวปฏิบัติมีความสิ้นเกิน (excessive) หรือไม่สามารถปฏิบัติตามได้ โดยเฉพาะในเรื่องของระบบระบายอากาศ กลุ่มตัวอย่างเสนอว่าควรมีคำแนะนำที่ชัดเจนและสามารถปฏิบัติตามได้จริง รวมถึงมีการสนับสนุนที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อเป็นการควบคุมมาตรฐานคลินิกทันตกรรม เพื่อเพิ่มประโยชน์สูงสุดสำหรับสาธารณสุขและวิชาชีพทันตกรรมในอนาคต โดยรวมแล้วการศึกษาเน้นความสำคัญของมาตรการความปลอดภัยของคลินิกทันตกรรมในช่วงวิกฤตการระบาดของโควิด-19 และความจำเป็นของการสนับสนุนและการควบคุม เพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัยของสาธารณสุขและการให้บริการทันตกรรมต่อไป

คำสำคัญ: โควิด-19, คลินิกทันตกรรมเอกชน, การบริหารคลินิก, การศึกษาเชิงคุณภาพ

Background and Rationale

Physical distancing, wearing masks or face shields in public, and working from home, were the regulations proposed to counteract SARS-CoV-2, a novel strain of coronavirus “COVID-19” that emerged at the end of 2019.⁽¹⁾ The incubation period of the infection was from 2 to 14 days.⁽²⁾

Virus detection is possible within 20 days after the onset of symptoms including fever, cough, myalgia, fatigue, sputum production, headache, and hemoptysis with the possibility of abnormal chest computerized tomography (CT). Moreover, over 80% of infected persons were asymptomatic or with mild symptoms.^(3,4) Common transmission



routes include droplet and aerosol from cough and sneezes of infected persons, direct contact with mucous membranes of oral cavity, eye, and nose.⁽⁵⁾ The World Health Organization (WHO) announced that the spreading of the disease as pandemic on 11 March 2020.⁽⁶⁾

Dentists and oral health professionals face greatest risk of contracting COVID-19 as they interact closely with patients.^(2,7) Their work causes constant exposure to body fluids, such as blood and saliva, as well as the spread of aerosols during dental procedures.^(8,9) Early 2020, COVID-19 outbreaks started in Bangkok, Thailand. An initial wave of the infection peaked on 22 to 25 of March 2020, Thai Government decided to reinstate the Royal Decree for Public Administration in Emergency Situation, B.E. 2548 (2005). To ensure public safety, the Center of Diseases Control and Prevention (CDC), Ministry of Public Health as well as the Thai Dental Council and the Dental Association of Thailand issued the infection control guidance and regulations for healthcare facilities, with key concepts of reducing infection risk by isolating patients and protecting healthcare personnel. Such aerosol generating procedures (AGPs) should be performed with maximum caution of air changes per hour (ACH) protocol, or avoided completely.⁽³⁾ Dental professionals, especially ones in clinics and private sectors were dramatically affected by this protocol, since AGPs were necessary in most of their treatments. These adjustments to minimize risks altered the financial opportunity of dentistry, resulting in a significant increase in cost and lower

income.⁽¹⁰⁾

Most private dental clinics had faced difficulties in the aspect of certain limitations and funding in keeping up with the regulations. Air ventilation in some dental clinics might not meet the minimum standards required to effectively prevent aerosol spread, further highlighting the impact COVID-19 had on the current dental practices across the country. There has been no study on dental clinic management under pandemic in Thai context. This study aimed to qualitatively describe the experiences of private dental clinic providers in Bangkok in managing their clinics during the COVID-19 crisis.

Methodology

Study design and participants

A qualitative study was carried out using in-depth interviews. An empirical phenomenological approach⁽¹¹⁾ was used to obtain detailed descriptions of clinic management experiences. The focus of phenomenological research was to describe commonalities of experiences across the target group. Participants were recruited through purposive sampling to get various locations and characteristics of clinics (from small clinic to private hospital) by snowball sampling asking clinic owners who were likely to participate in this research. The selection criteria were: i) clinic located in Bangkok; ii) non-government or non-profit organization; iii) legally registered clinic. The sample size was determined by data saturation - i.e., at

the point where no new themes from participants' experiences emerged. A total of 19 clinic owners of selected private dental clinics were included. Variations in years of work experience, and sizes of dental clinics were obtained to reach diversity of patient care experiences during COVID-19 epidemics.

Data were collected by in-depth interviews and observations with semi-structured questionnaire following key concepts of CDC infection control regulations of facility risk reduction, isolating patients, improving clinic air environment from AGPs, and protecting healthcare personnel.⁽³⁾ Qualitative questions covered general clinic management, patient appointments for dental treatment and follow-up, environmental improvement in clinics emphasizing AGPs and chair-side practices, and personal protective measures, including limitations and suggestions regarding practice protocols in response to the issued regulations. The content validity of semi-structured tool was approved by 3 experts in dental public health field. In-depth interviews were done at a time convenient for participants between February and March 2021. With participant permission, all interviews were audio-recorded. Participants' age, marital status, years of work experience, years of clinic operation, and number of days per week and hours per day in services were stated before the proper questions were partaken. A broad data-generating question was first used: "please tell me about your experiences of general clinic management during COVID-19 epidemic". Open-ended

follow-up questions were used to obtain detailed descriptions. The final question was the limitations and suggestions regarding practice protocols proposed in response to the issued regulations. Probing questions, such as "please tell me more about that", were used to enhance the depth of discussion.

Data analysis

Content analysis was employed as the primary method for analyzing qualitative data. The process involved thorough transcript readings to gain an understanding of conveyed meanings, identifying significant phrases and restating them in general terms, formulating meanings and validating meanings through research team discussions, identifying and organizing themes into clusters and categories, and developing a full description of themes. Agreement between authors was done by triangulation using multiple sources of information, interview, observation, and other documents to gain a comprehensive understanding of a topic. All authors agreed with the findings and chose the highlighted quotations. Transferability was established by considering variations of participant characteristics and sufficient quotations collected through in-depth interviews. An audit trail was maintained to ensure all analysis steps traced back to original interviews in the study.

Ethics approval

Ethics approval for this research was received from the institutional review board at Faculty of

Dentistry, Mahidol University (COA.NO.MU-DT/PY-IRB 2020/051.0809). The study objectives and voluntary nature of the study were explained to participants, and informed consent was obtained before each interview. Names of the dental clinics and business providers remained anonymous. Confidentiality was assured by using numbers instead of names (e.g., clinic no. 1, 2, etc.) and removing identifying information from the transcripts. All recorded data were saved on a password-protected computer.

Results

General clinic management of studied dental clinics

Nineteen participating dental clinics were 13 small (1-4 dental chairs), 3 medium (5-8 dental chairs), and 3 large clinics (9-12 dental chairs). During a period of study, 11 clinics accepted only Thai patients, and 7 clinics accepted both Thai and foreign patients. One clinic experienced severe business loss and finally closed (clinic no. 15 in Table 1), therefore, only 18 clinics' reflections regarding dental clinic management experiences during the COVID-19 crisis were qualitatively described.

For general clinic management, most clinics shared common traits in days of operation as five clinic owners decided to close their clinics temporarily after Thai Government reinstating the royal decree on public administration emergency on 25 March 2020. However, thirteen clinics remained open. This could categorize clinics ac-

cording to their interval of operating time during the COVID-19 epidemics in Thailand (Figure 1) as follows:

- Group A: 8 clinics that re-opened before the absence of new domestic COVID-19 cases
- Group B: 7 clinics that re-opened after the absence of new domestic COVID-19 cases
- Group C: 3 clinics that remained opened after the national lockdown measures were implemented.

Patient management: patient appointment and COVID-19 screening before dental care

The increase in cost and the reduction in income were commonly mentioned by many clinic owners. Most clinics encountered the situation by adhering to the regulation of physical distancing, whether by clinical setting rearrangement, or reducing the number of overlapped patient appointments for dental treatment and follow-up. Some clinics reduced more than 50% of patient appointments for dental treatment and follow-up compared with normal situations (pre-COVID epidemics). To make appointments, communication tools including mobile telephone, LINE application and e-mail, Facebook, and Zoom were used in 16 clinics, 8 clinics, 2 clinics, and 1 clinic, respectively. All clinics screened their patients for COVID-19 before treatment. The screening process includes filling COVID risk assessment form and measuring body temperature. Alcohol hand sanitizers were provided to visitors. Moreover, few clinics (such as clinics no. 6 and 12) had to check foreigners' vaccine passports.

Table 1 General characteristics of clinics inquired by the owners

Categories	Subcategories	Clinic No. 1	Clinic No. 2	Clinic No. 3	Clinic No. 4	Clinic No. 5	Clinic No. 6	Clinic No. 7	Clinic No. 8	Clinic No. 9	Clinic No. 10	Clinic No. 11	Clinic No. 12	Clinic No. 13	Clinic No. 14	Clinic No. 15	Clinic No. 16	Clinic No. 17	Clinic No. 18	Clinic No. 19
location		Ladprao	Bangkok Yai	Thawi Watthana	Watthana	Khlong Toei	Pathum Wan	Laksi	Chatuchak	Bangkhen	Bang Kapi	Phaya Thai	Khlong San	Bang Sue	Yan Nawa	Bang Phlat	Bang Sue	Prawet	Bang Sue	Bang Sue
Patient's nationality	Thai	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓
	Foreigners residing in Thailand	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✗	-	✓	✗	✗	✗
	Foreigners	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	-	✓	✗	✗	✗
No. of units		5	3	3	2	4	12	3	6	3	2	6	3	2	2	-	12	2	3	11
Size of clinic		medium	small	small	small	small	large	small	medium	small	small	medium	small	small	small		large	small	small	large
Financial turn over	↑ cost	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	N/A	✓	-	✓	✓	✓	✓
	↓ income	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	N/A
Change in opening and closing time		✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✗	-	✗	✗	✗	✗
No. of personnel	Dentist	↑	↓	same	↓	same	↓	same	same	same	same	same	same	↓	same	-	↓	↓	same	↓
	Non-dentist	same	same	same	same	same	same	same	↑	same	same	same	same	same	same	-	same	↓	same	↓
Wages for non-dentist		same	same	same	same	same	same	↓	same	same	same	same	same	↓	same	-	same	↓	same	↓

✓ = Yes ✗ = No ↑ = increased ↓ = decreased

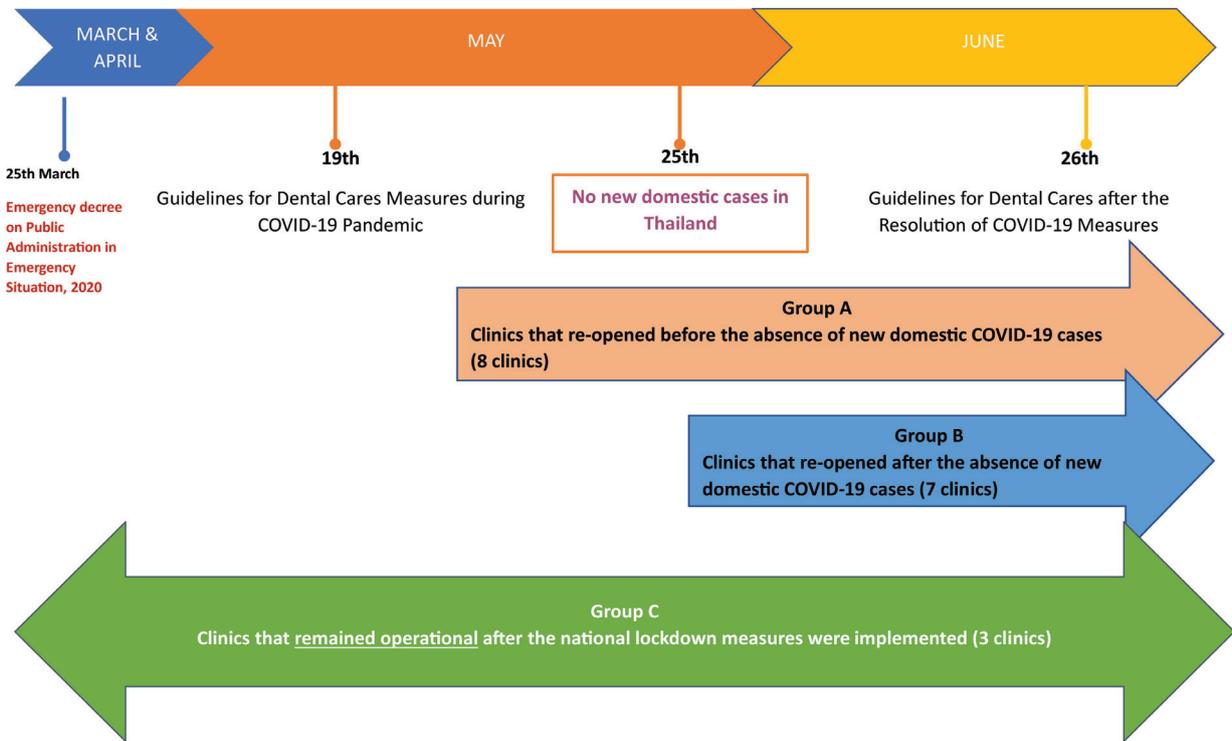


Figure 1 Eighteen dental clinics categorized by their operation in early 2020 COVID-19 epidemics.

Clinic environment improvement and chair-side practices

For clinic environment improvement and chair-side practices using extraoral suction (EOS), more than half put their emphasis on aerosol reduction by improving their ventilation system, revamping air conditioning, and utilizing the HEPA filters, following by using exhaust fans and ultra-violet C (UVC) germicidal irradiation machines. Certain clinics had acquired or purchased new equipment during the pandemic to strengthen their infection control capabilities, they had mentioned dental EOS or extraoral suction system for chair-side practices to reduce aerosol particles and

fluids generated during dental procedures. For mouth-rinse practices, varied types of disinfectant mouthwash were used.

Eight clinics re-opened before the absence of new domestic COVID-19 cases (group A), they executed their infection control regulations by preventing excessive aerosol generation, via; adjusting the ventilation system, constructing separate operating rooms, and high-power EOS. Specifically, one clinic mentioned that *“we are confident in our screening protocols and our improved treatment rooms. Both patients and staffs will not go away if we remain confident in our infection control measures as we are barely*

affected by COVID-19 and the morale remained positive.” Most of them did not avoid AGPs since all believed that adjusted high-power EOSs were sufficient. Moreover, the application of plastic cup lids on the suction tips, aerosol box and procedure practices with 2 assistants working simultaneously at EOS were ensured for chair-side practices. Contrastingly, some clinics did not rely on EOSs due to expensiveness. They used exhaust fans, UVC sterilizers, and ozone machines.

For clinics that re-opened after the absence of new domestic cases (group B), some smaller clinics were closed for maintenance, and some were closed to avoid the COVID-19 situation. Both did not rely on the use of EOS. One of the closing-for-maintenance clinics mentioned that *“this improved clinical setting and ventilation did not affect financially, as the total cost was covered by the clinic’s reserved capital for intermittent maintenance.”* In contrast, some of the clinics that were closed to avoid the pandemic only used exhaust fans, doors, and windows for better ventilation. The owners stated that these clinics did not improve their ventilation system, as *“the clinic is quite old, so not much adjustment could be made, we opened doors and used fans to ventilate the air”, “we are also afraid of COVID-19, so it is better to wait until there is no more new case.”* Another clinic mentioned, *“I will wait until there’s no more new case, my clinic relies on only COVID-19 screening and minimizing overlapped patient appointments.”* However, in this group, there was also a large clinic that opened after the

absence of new domestic cases, which reduced aerosol generation by using high-power EOS.

For the last group, 3 clinics that remained operational after the national lockdown (group C), ventilation improvement was not their top priority. These clinics tended to rely on the use of EOS instead, as mentioned by one owner that *“during the lockdown period, there was barely any patient since places like restaurants were closed. We did however, standby for emergency treatment since healthcare providers were able to be open.”* Nonetheless, a clinic claimed that their suction had been improved and that they practiced with multiple suction units, hence EOSs were not required.

Personal protective measures

The most common response found among the 3 groups was that personal protection had become more restricted or varied in both strategies and combinations. Most clinics required their dentists to wear isolation gowns, and some had to use disposable raincoats. Emphasis had also been put on protection via face masks, such as double surgical masks, N95 respirators as well as combinations of both surgical mask and N95. Additional equipment like mask fitters or fitting tapes had also been used in some clinics. However, the infection control capabilities of each clinic and their confidence in doing so might also determine the clinics’ operation.

Opinions on limitations and suggestions regarding practice protocols

Regarding their opinions on the guidelines



from the associated organizations or the government, non-dentist worker subsidization was mentioned by several owners. Most of them were somewhat satisfied with the guidelines issued by the Thai Dental Council and the Dental Association of Thailand. One clinic owner justified that these guidelines were relatively “excessive”, and that to follow these regulations to which extent were up to the administrative figures. Another common feedback that recurred throughout multiple interviews was that the guidelines issued by the Thai Dental Council were outdated, and slow in publication. Smaller clinics addressed that the instructions were both impractical and difficult to follow, especially about the ventilation systems. Clinics with limited funding, and unsuitable infrastructure were likely unable to follow the guidelines to the ideal criteria.

Discussion

Clinics that were closed to avoid the pandemic might have been affected by monetary and infrastructure issues. Incomes were reduced due to strict screening measures and reduced working hours. Financial difficulty was recurring, potentially preventing higher standards of infection control from being achieved. One clinic mentioned that the pandemic caused their revenues to decrease by 90%, and the struggle was further emphasized by a “*totally down-at-heel*” statement. Thailand’s economy might also contribute to some clinics’ financial decline as well. Further studies are necessary to portray the relationship between

COVID-19 and clinics’ financial status. The effect of COVID-19 on the economy should also be cautious as some owners reported that their revenues were already in decline prior to the pandemic. Moreover, financial difficulties might contribute to some clinics’ decision in making handmade equipment or methods to compensate for aerosol reduction aids, which included putting plastic cup lids on the suction tips, practicing with aerosol boxes that connected to the suction system, and using an instant UVC radiation machine.

The reasons behind each owner’s decision to keep their clinic running during the lockdown greatly varied, not overtly mentioned in the interview. They ranged from a clinic being situated in a commercial district (Pathumwan district), another clinic being part of a hospital, and the owner’s decision on using the aerosol box with suction tube.

PPE gowns and N95 respirators were necessary. Despite being supplied by the associated organizations; shortages of these personal protective barriers were still seen as the demand notably increased. Therefore, many clinics used raincoats or mask-locking frames as substitution, and respirators had to constantly be sterilized for reuse purposes. According to the Recommended Guidelines for Dental Treatments during the COVID-19 Outbreak from the Dental Council of Thailand, sealed surgical masks using mask fitters, or surgical tape could substitute N95.⁽⁶⁾ As reported previously, the use of adhesive tapes might also enhance the effectiveness of surgical

masks.⁽⁷⁾

The Guidance for Dental Settings classifies the utilization of UVC devices under the alternative disinfection methods as its efficiency is still controversial.⁽⁸⁾ The use of UVC light is not included in Thailand's guidelines as well.^(5,6) A study in Italy explained the usage of UVC devices in dentistry as there were the types that sterilize the ambient air and the types that exposed the surrounding surface with UV radiation.⁽¹²⁾ The two types of the machine had various advantages and disadvantages that might need to be studied further for dental application to establish their efficiency. However, about one-third of the clinics used UVC radiation to disinfect between cases. One clinic created a 36-watt mobile UVC machine to conduct an experiment to prove its effectiveness. Its result showed that UVC could efficiently reduce the number of microbes. However, the experiment did not provide any explanation on whether UVC could directly kill SARS-CoV-2. Interestingly, UVC was believed to kill the SARS-CoV-2 as viruses were more susceptible than bacteria. The owner claimed that if the bacteria were killed, so would the virus. UVC machines were not utilized in some clinics as the owners of those clinics pointed out that UVC could damage dental units, instruments made of plastics as well as other equipment when exposed to UVC. The CDC also suggested the removal of frequently touched objects and providing masks for the patients while these measures were not mentioned in guidelines from Thai Dental Council.^(6,8)

Droplets reduction via EOS was neither included in the standard precautions nor CDC's guidelines.^(8,13) As an article in the American Dental Association mentioned that the effectiveness or potential issues of EOS was still limited.⁽¹⁴⁾ However, the Thai Dental Council suggested otherwise, influencing the use of EOS in 11 clinics.⁽⁶⁾

In comparison to an Iranian study, PPE shortages were commonly found in dental clinics of Iran and Thailand.⁽¹⁵⁾ The Iranian clinics suffered economically due to the reduced hours and limited treatable criterion, which was similarly observed in our findings. Furthermore, almost 50% of dental clinics in Iran had considered closing their clinics until the pandemic had subsided. Regarding our data on clinic closures, some were reluctant to close, as the owners believed that their implemented measures were adequate. However, some wished their clinics to be demanded close by the Thai Dental Council, and to be provided with governmental non-dentist worker subsidy. Some limitations, such as, the different understanding in terminologies and definitions of clinic environment improvement and PPE probably occurred. However, the chance of bias was minimized with random clinic observation by researchers.

It is noteworthy that confidence in controlling infections by clinic owners directly affected the decision to close or open clinics during outbreaks. However, data from interviews indicated that while many clinics had elevated their infection control capabilities to approximate professional organization guidelines, some clinics lacked sufficient



resources and chose to close during outbreaks. Conversely, some clinics had chosen to use equipment with uncertain efficacy in preventing infection, such as UVC or home-made devices namely aerosol boxes connected to evacuation systems, and plastic cup lids. This can be observed from post-pandemic standard guidelines that do not incorporate these tools into service standards.^(5,6,13)

The fact that certain dental clinics chose to utilize instruments whose effectiveness in preventing the dissemination of the virus was questionable, partly due to slow and confusing policy measures and partly due to inadequate control and regulation of infection prevention standards in dental clinics during outbreaks. As a result, there are doubts about the safety standards of dental clinics in general.

During the pandemic, dental practices faced heightened risks of contagion, leading to significant financial challenges. The reduction in patient numbers has resulted in a sharp decline in income, while increased expenses, such as the procurement of PPE and renovations to meet safety standards, have further strained finances. This financial strain has proven severe, with some practices ultimately ceasing operations as a consequence. This phenomenon is observed across various countries. For instance, in Malaysia, over three-quarters of private dental practitioners reported a negative impact on their daily income during the pandemic, necessitating alternative income sources.⁽¹⁶⁾ Similarly, the General Dental Council in the United Kingdom noted that 80% of

dental business owners experienced a decrease in income compared to the previous year, with 65% anticipating further declines in the subsequent years.⁽¹⁷⁾ This data should raise concerns about the need for governmental financial assistance in the overlooked dental industry. The authorities primarily focused on supporting big sectors such as entertainment and travel.

This study should be beneficial to policy makers in dentistry to cope with new infectious outbreaks in the future. Clear and feasible guidelines, appropriate support for dental clinics to meet standards, and strict regulation of dental clinic standards are important measures for maximizing benefits to the public and the dental profession in the future.

Limitation

The limitations of this research encompassed the following aspects: firstly, the study was confined to a single geographic location, specifically Bangkok, which might restrict the generalizability of the findings to broader contexts. Secondly, the study exclusively represented the perspective of service providers, potentially overlooking the perspectives of service recipients and other stakeholders, thus limiting the comprehensiveness of the insights obtained. Lastly, the utilization of a purposive sample selection method might introduce bias into the research outcomes, as it relied on the deliberate selection of participants based on specific criteria, potentially omitting important viewpoints and experiences that might be present

in a more randomly or broadly selected sample. A broader study is warranted to garner more comprehensive insights into this topic. Perhaps a quantitative study could address these limitations more effectively. Nevertheless, this study offers valuable insights and perspectives on the subject matter, serving as an initial step in comprehending the responses of private dental clinics to such crises.

Recommendations

First and foremost, there is a pressing need for improved coordination among the organizations responsible for issuing protocols and guidelines, such as the Ministry of Public Health, Dental Association, and Dental Council. Delays and variations in guidance issuance had caused confusion and made it challenging for private dental providers to comply and implement the recommended measures. Secondly, the study underscored the importance of recognizing the specific challenges faced by small dental clinics in meeting certain protocol standards, often necessitating improvisation. Regulatory authorities should contemplate the creation of guidelines that were characterized by adaptability while simultaneously adhering to established safety standards. These guidelines should be specifically customized to align with the resources and capacities of smaller clinics. Collaborative efforts among involved organizations are also essential to ensure quick and unanimous responses to healthcare crises. Finally, it is recommended that the government extend financial

support to private dental providers in the form of soft loans and interest deductions. Such support can mitigate the economic impact of the COVID-19 crisis on dental clinics, contributing to their sustainability and continued provision of essential oral healthcare services for the population while ensuring they can provide services that meet safety standard regulations. Incorporating these recommendations into policymaking and organizational strategies will be valuable in enhancing the management and resilience of private dental clinics during future crises.

Acknowledgements

Sincere thanks are extended to everyone that provided us with the necessary inputs, and those who participated in the interviews. Diligent advice of this paper by Assoc. Prof. Pipat Luksamijarulkul is highly appreciated.

Funding

This report was supported by Mahidol International Dental School.

All authors declare that they have no conflicts of interest.

References

1. Centers for Disease Control and Prevention. How to protect yourself and others: Centers for Disease and Prevention. 2021 [updated 2021 Jul 26; cited 2021 Jul 27]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>.
2. Gamio L. The workers who face the greatest coronavirus risk. *The New York Times*. 2020 Mar 15 [updated 2021 Mar 15; cited 2021 Jul 27]. Available from: <https://www.nytimes>.



- com/interactive/2020/03/15/business/economy/coronavirus-worker-risk.html.
- Centers for Disease Control and Prevention. Infection control guidance for healthcare professionals about coronavirus (COVID-19): Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [cited 2020 Jul 13]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control.html>.
 - World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) WHO Thailand situation report – 25 March 2020. World Health Organization; March 25, 2020. [cited 2020 Jul 13]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/who-thailand-situation-report---32.pdf?sfvrsn=adce58ef_0.
 - The Dental Association of Thailand. Guidelines for dental cares after the resolution of COVID-19 measures. 2020 [updated 2020 Jun 26; cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://www.thaidental.or.th/main/download/upload/upload-206271726208790.pdf>. (in Thai)
 - Thai Dental Council. Recommended guidelines for dental treatments during the COVID-19 outbreak. 2020 [cited 2020 Jul 12]. Available from: https://www.dentalcouncil.or.th/th/committee_activities_info.php?id=24#. (in Thai)
 - Pan X, Li X, Kong P, Wang L, Deng R, Wen B, et al. Assessment of use and fit of face masks among individuals in public during the COVID-19 pandemic in China. *JAMA New Open* 2021;4(3):1-7.
 - Centers for Disease Control and Prevention. Interim infection prevention and control guidance for dental settings during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. 2020 [cited 2020 Jul 13]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dental-settings.html>.
 - Epstein JB, Chow K, Mathias R. Dental procedure aerosols and COVID-19. *Lancet Infect Dis* 2021;21(4):e73.
 - Cousins M, Patel K, Araujo M, Beaton L, Scott C, et al. A qualitative analysis of dental professionals' beliefs and concerns about providing aerosol generating procedures early in the COVID-19 pandemic. *BDJ Open* 2022;8:2. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41405-022-00094-9>.
 - Moustakas, C. Phenomenology research methods. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994.
 - Cumbo E, Gallina G, Messina P, Scardina GA. Alternative methods of sterilization in dental practices against COVID-19. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(16):8-10.
 - Centers for Disease Control and Prevention. Standard precautions: Centers for Disease Control and Prevention. [updated 2018 Jun 18; cited 2021 May 25]. Available from: <https://www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol/summary-infection-prevention-practices/standard-precautions.html>.
 - Versaci MB. Products marketed to sanitize, reduce dental aerosols may lack research to support efficacy COVID-19 pandemic may lead dentists to consider buying air filter. *ADA News* 2020 Jun 1.
 - Ahmadi H, Ebrahimi A, Ghorbani F. The impact of COVID-19 pandemic on dental practice in Iran: a questionnaire-based report. *BMC Oral Health* 2020;20(1):354.
 - Abdul Hamid N, Jaafar A, Mohamd Mahmud N, Raja Amir Hamzah R. Financial implication of COVID-19: a story of Malaysian dental practitioner. *J Dent Indones* 2021;28(3):177-84.
 - Palmer H, Campbell-Jack D, Lillis J, Elsby A. The impact of COVID-19 on dental professionals: a report for General Dental Council. Birmingham: Ecorys UK; 2020.

ข้อกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่ ปี พ.ศ. 2566 และมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ ปี พ.ศ. 2563: ความแตกต่างและความคล้ายคลึง

วริศรา อินทรแสน*

ธีรานันท์ นาคะบุตร†

จันทรพีญ ลาพระอินทร์*

สุญาดา สุวรรณเรืองศรี*

สตรียรัตน์ กอบลาภเจริญ*

ผู้รับผิดชอบบทความ: วริศรา อินทรแสน

บทคัดย่อ

ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีความร่วมมือเพื่อยกระดับมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่ส่งเสริมสุขภาพไปสู่มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบกลุ่มบำบัดนิโคติน การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อกำหนดมาตรฐานทั้ง 2 นี้ จึงเป็นประโยชน์ต่อสถานพยาบาลที่มีแผนดำเนินการขอรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบในกลุ่มภาวะติดนิโคติน ในการศึกษาที่มีการเปรียบเทียบข้อแตกต่างมาตรฐานทั้ง 2 เป็น 3 กรณีคือ 1) เอกสารในการขอรับรอง 2) จำนวนและรายละเอียดของข้อกำหนด และ 3) เกณฑ์การพิจารณา ผลการศึกษาพบว่า 1) เอกสารในการขอรับรองมีความแตกต่างกันทั้งจำนวนและรายการ โดยมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบจะมีรายการเอกสารมากกว่า 2) ข้อกำหนดของสองมาตรฐานมีจำนวนเท่ากันแต่ต่างกันรายละเอียดของเนื้อหา โดยมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่มีความจำเพาะในกระบวนการและผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ ส่วนข้อกำหนดของมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบเน้นกระบวนการดูแลผู้ป่วย และระบบงานสำคัญ โดยเน้นการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) เกณฑ์การพิจารณาอ้างอิงมาตรฐานตาม scoring guideline 1-5 คะแนน เหมือนกันทั้ง 2 มาตรฐาน โดยมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่แยกเกณฑ์มาตรฐานข้อที่ 1-7 กับมาตรฐานข้อที่ 8 และยังมีการคำนวณคะแนนด้วยค่าถ่วงน้ำหนักของแต่ละข้อมาตรฐาน ไม่กำหนดคะแนนขั้นต่ำ ในขณะที่มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบกำหนดให้ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย ควรได้คะแนนมากกว่า

* ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

† สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว งานการศึกษาระดับหลังปริญญา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Received 9 November 2023; Revised 16 February 2024; Accepted 15 May 2024

Suggested citation: Intharasaen W, Nakabut T, Laprain C, Suvanruangsri S, Koblapcharoen S. Standard requirements for smoke-free hospital 2023 versus program and disease specific standard 2020: differences and similarities. Journal of Health Systems Research 2024;18(2):277-87.

วริศรา อินทรแสน, ธีรานันท์ นาคะบุตร, จันทรพีญ ลาพระอินทร์, สุญาดา สุวรรณเรืองศรี, สตรียรัตน์ กอบลาภเจริญ. ข้อกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่ปี พ.ศ. 2566 และมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบปี พ.ศ. 2563: ความแตกต่างและความคล้ายคลึง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567;18(2):277-87.



3.0 โดย สถานพยาบาลควรเริ่มจาก 1) จัดตั้งคณะทำงานดำเนินการที่ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) จัดทำแผนปฏิบัติในการขอรับรอง 3) กำหนดตัวชี้วัด พร้อมกำหนดค่าเป้าหมาย 4) ส่งเสริมการพัฒนางานด้วยผลงานวิชาการ ทั้งนี้สำหรับสถานพยาบาลที่เริ่มต้นใหม่อาจจะใช้ระยะเวลาในการดำเนินการอย่างน้อย 3 ปี เพื่อให้ได้เห็นผลลัพธ์กระบวนการดูแลและกระบวนการพัฒนาของสถานพยาบาล

คำสำคัญ: มาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดภัยสูบบุหรี่, มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ, มาตรฐานโรงพยาบาล

Standard Requirements for Smoke-Free Hospital 2023 versus Program and Disease Specific Standard 2020: Differences and Similarities

Warisara Intharasaen^{*}, Teeranun Nakabut[†], Chanpen Laprain^{*}, Suyada Suvanruangsi^{*}, Satreerat Koblapcharoen^{*}

^{*} Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

[†] Department of Family Medicine, Postgraduate Education Division, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Corresponding author: Warisara Intharasaen, warisara.int@mahidol.edu

Abstract

In 2023, Thailand started collaborating to upgrade the smoke-free hospital standard to the program and disease specific standard (PDSS). A comparative study of the similarities and differences in these two standard requirements would be beneficial to hospitals planning to apply for the PDSS certification particularly nicotine addiction. This study compared the differences between the two standards in 3 areas: 1) application documents, 2) number and details of requirements, and 3) scoring for decision-making. The study found that 1) the documents requesting for the PDSS certification were higher in both number and items within the documents. 2) The number of requirements for the two standards were consistent but differed in detail. Smoke-free hospital standard was specific to the process and outcome of smoking cessation, but the PDSS focused on patient care process and key hospital system of interdisciplinary teamwork. 3) Both standards employed the same 1–5-point scoring guideline. The smoke-free hospital standard calculated scores of 1-7 criteria separated from criterion 8 and weighting for the overall scores without specified passing minimum score. The PDSS required part III-patient care process scores of higher than 3.0. For PDSS certification, hospitals should start from 1) establishing a multidisciplinary team, 2) creating an action plan for accreditation, 3) setting performance indicators and targets, to 4) promoting continuity quality improvement. For new hospitals, it may take at least 3 years to see results and care process improvements.

Keywords: smoke-free hospital standard, program and disease specific standards, hospital standards

บทนำ

บุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกมากกว่า 6.3 ล้านคน เนื่องจากการสูบบุหรี่ยังนำมาสู่การเจ็บป่วยและการทำอันตรายต่ออวัยวะหลายส่วนในร่างกาย ในปัจจุบันมีคนไทยสูบบุหรี่ 10.9 ล้านคน โดยเป็นเยาวชน 353,898 คน^(1,2) และมี 1 ล้านคนที่เสียชีวิตอยู่

แต่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ จากข้อมูลพบว่าคนไทยที่เสียชีวิตจากบุหรี่จำนวนเฉลี่ยปีละ 50,710 คน จากโรคปอด 11,740 คนต่อปี โรคถุงลมโป่งพอง 11,890 คนต่อปี โรคมะเร็งอื่นๆ 7,244 คนต่อปี โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง 5,124 คนต่อปี⁽³⁾ ทั้งนี้ประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบมานานกว่า 30 ปี โดยอาศัย

ความร่วมมือทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน โดยกรมควบคุมโรคได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบมาแล้ว 3 ฉบับ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จากการดำเนินการที่ผ่านมาพบว่าภาคส่วนที่สำคัญที่สุดคือ สถานพยาบาล จึงได้มีการจัดตั้งเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมบริโภคยาสูบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 นำมาสู่การกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลปลอดบุหรี่ของเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ ในการควบคุมการบริโภคยาสูบเพื่อเป็นแนวทางการควบคุมและบำบัดบุหรี่ให้แก่สถานพยาบาล⁽⁴⁾ แม้ว่าจะมีการพัฒนาและการดำเนินการควบคุมยาสูบที่ดีมาโดยตลอด แต่ยังคงขาดประเด็นความร่วมมือกับภาคีด้านมาตรฐานสุขภาพ/โรงพยาบาล เพื่อผลักดันการดำเนินการให้มีความยั่งยืน^(5,6) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. มีพันธกิจในการส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยประสานร่วมมือกับหน่วยงานภาคีทั้งภายในและต่างประเทศ และในปี พ.ศ. 2566 ได้มีการลงนามบันทึกข้อตกลงร่วมมือทางวิชาการและพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูภาวะติดนิโคตินด้วยกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพร่วมกับสมาพันธ์เครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ และเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมยาสูบ เพื่อพัฒนา ประเมินและรับรองสถานพยาบาลตามมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ^(7,8) นำมาสู่โรงพยาบาลนาร่องการประเมินรับรองเฉพาะโรค/ระบบเรื่องภาวะติดนิโคติน โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 และคาดว่าจะมีโรงพยาบาลนาร่องอย่างน้อย 10 โรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2567 เพื่อเป็นต้นแบบของสถานพยาบาลในการดูแลภาวะติดนิโคตินของประเทศไทยต่อไป⁽⁶⁾

ในการนี้สถานพยาบาลที่มีความต้องการยกระดับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดนิโคตินนั้น จะต้องดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่ซึ่งขณะนี้มียังมีจำนวน 554 แห่ง⁽⁷⁾ และเพิ่มความเชื่อมโยงเชิงระบบตามเกณฑ์มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะ

ระบบ ดังนั้นการศึกษาเปรียบเทียบข้อกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่ปี 2566 และมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบปี 2563 จึงเป็นประโยชน์กับสถานพยาบาลที่ต้องการยกระดับความปลอดภัยจากมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่ไปสู่มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบของสถานพยาบาลกลุ่มภาวะติดนิโคติน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบข้อกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่ปี 2566 และมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบปี 2563 ในด้าน 1) เอกสารประกอบการขอรับรอง 2) จำนวนและรายละเอียดของข้อกำหนด และ 3) เกณฑ์การพิจารณาเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานของโรงพยาบาล/สถานพยาบาลที่ต้องการยกระดับมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบของสถานพยาบาลกลุ่มภาวะติดนิโคติน

เนื้อหา

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบข้อกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่ปี 2566 ของเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบปี 2563 ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

โดยศึกษาเปรียบเทียบด้วยการวิเคราะห์เอกสารรายละเอียดข้อกำหนดทั้งสองฉบับ จัดเรียงตามหัวข้อกำหนดจัดกลุ่มเปรียบเทียบข้อแตกต่างตามรายละเอียดที่ปรากฏในข้อกำหนดหลักและข้อกำหนดย่อย โดยพิจารณาจัดกลุ่มใน 3 กรณีคือ 1) เอกสารประกอบการขอรับรอง 2) จำนวนและรายละเอียดของข้อกำหนด และ 3) เกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

1. ความแตกต่างด้านเอกสารในการขอรับรอง

จากการศึกษาเอกสารมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่ปี 2566⁽⁴⁾ มีข้อกำหนดของเอกสารในการขอรับรองดังนี้ 1) ข้อมูลสมาชิกคลินิกฟ้าใส 2) รายงาน



การประเมินตนเองมาตรฐาน 8 ข้อ เมื่อสถาบันพิจารณาว่าสถานพยาบาลสามารถผ่านเกณฑ์เบื้องต้นจะมีการขอเอกสารเพิ่มเติมคือ 3) hospital profile และ 4) clinical tracer โดยมีผู้ตรวจเยี่ยมจำนวน 5-6 ท่าน ตรวจสอบความชำนาญในเกณฑ์มาตรฐาน 8 ข้อ ระยะเวลาในการตรวจเยี่ยมขึ้นอยู่กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผลการตรวจเยี่ยมในคราวก่อน ส่วนมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ⁽⁹⁾ ปี 2563 พบว่ามีเอกสารในการรับรองดังนี้ 1) หนังสือแสดงความจำนง 2) รายงานการประเมินตนเอง SAR PDSC (self assessment report, program disease specific

certification) 3) quality report for CLT (clinical lead team) 4) medical record form 5) CQI (continuous quality improvement), good practice 3-5 เรื่อง 6) เอกสารเกี่ยวกับการประเมินศักยภาพบุคลากรและเอกสารรับรอง และ 7) รายงานการประชุม โดยกำหนดเวลาในการตรวจเยี่ยมหลังจากส่งเอกสารให้ทางสถาบันฯ พิจารณา ในการขอรับรองครั้งแรกปกติใช้เวลา 1 วัน กับผู้ตรวจเยี่ยม 3 คน และในครั้งต่อไปจะเป็น 2 คน ทุก 3 ปี รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความแตกต่างด้านเอกสารในการขอรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่ปี 2566 และมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบปี 2563

เอกสารมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่	เอกสารมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ
1) ข้อมูลสมาชิกคลินิกฟ้าใส	1) หนังสือแสดงความจำนง
2) รายงานการประเมินตนเองมาตรฐาน 8 ข้อ เมื่อผ่านเกณฑ์จะขอเอกสารเพิ่ม	2) รายงานการประเมินตนเอง SAR PDSC
3) Hospital profile	3) Quality report for CLT
4) Clinical tracer	4) Medical record form 10 แพ้ม รวมทั้งแพ้มผู้ป่วยเสียชีวิต และ re-admit รวม 10 ฉบับ
	5) CQI/good practice 3-5 เรื่อง
	6) เอกสารเกี่ยวกับการประเมินศักยภาพบุคลากรและเอกสารรับรอง
	7) รายงานการประชุม

CLT = clinical lead team, CQI = continuous quality improvement, PDSC = program disease specific certification, SAR = self-assessment report

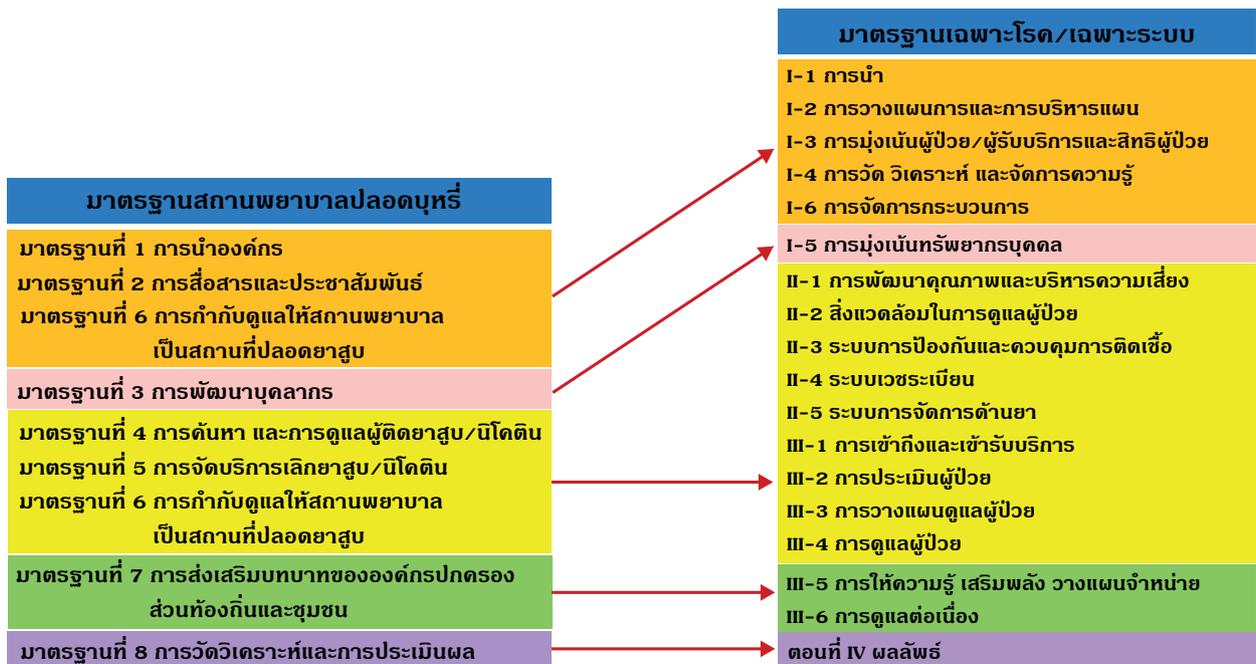
หากสถานพยาบาลต้องการปรับเอกสารการขอรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่ให้เป็นมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบปี 2563 โดยเพิ่มเติมเอกสารดังนี้ 1) เอกสารแสดงเจตจำนง 2) medical record form จำนวน 10 แพ้ม 3) CQI/good practice จำนวน 3-5 เรื่อง 4) เอกสารเกี่ยวกับการประเมินศักยภาพบุคลากรและเอกสารรับรอง และ 5) รายงานการประชุม ส่วนเอกสารที่สามารถปรับเอกสารเพิ่มเติมคือ 1) ปรับ

เอกสารรายงานการประเมินตนเองมาตรฐาน 8 ข้อ เป็นรายงานการประเมินตนเอง SAR PDSC (self-assessment report, program disease specific certification) โดยเพิ่มส่วนของระบบงานสำคัญใน part II, 2) ปรับ clinical tracer มาเป็นเอกสาร quality report for CLT (clinical lead team) โดยใช้รูปแบบ PCT (patient care team) profile ในการนำเสนอ โดยเพิ่มสถิติ การประเมินความเสี่ยง กระบวนการ และผลลัพธ์การบริการ

2. ความแตกต่างด้านจำนวนและรายละเอียดของข้อกำหนด

จากการศึกษามาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่ปี 2566⁽⁴⁾ พบว่ามีข้อกำหนดมาตรฐาน 8 มาตรฐานย่อย รวม 38 ข้อ ดังนี้ 1. การนำองค์กร (5 ข้อย่อย) 2. การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ (5 ข้อย่อย) 3. การพัฒนาบุคลากร (5 ข้อย่อย) 4. การค้นหาและการดูแลผู้ติดยาสูบ/นิโคติน (4 ข้อย่อย) 5. การจัดการบริการเลิกยาสูบ/นิโคติน (5 ข้อย่อย) 6. การกำกับดูแลให้สถานพยาบาลและสถานที่ปลอดยาสูบ (5 ข้อย่อย) 7. การส่งเสริมบทบาทของ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน (4 ข้อย่อย) และ 8. การวัดวิเคราะห์และการประเมินผล (5 ข้อย่อย) ในขณะที่มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ⁽⁹⁾ ปี 2563 พบว่ามีข้อกำหนดมาตรฐาน 4 ตอน รวม 38 ข้อเช่นกัน ดังนี้ ตอนที่ I การบริหารจัดการทั่วไป (8 ข้อย่อย) ตอนที่ II ระบบงานสำคัญ (6 ข้อย่อย) ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย (19 ข้อย่อย) และตอนที่ IV ผลลัพธ์ (5 ข้อย่อย) แสดงให้เห็นว่า 2 มาตรฐานมีมาตรฐานย่อย/ตอนเท่ากันและมีข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกันดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงความเกี่ยวเนื่องของข้อกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลปลอดบุหรี่และมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ⁽⁶⁾

โดยมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่มีความจำเพาะเกี่ยวกับการทำให้สถานพยาบาลปลอดบุหรี่ ในขณะที่มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบเป็นการพัฒนาภาพรวมเชิงระบบ หากสถานพยาบาลที่

ผ่านการรับรองสถานพยาบาลปลอดบุหรี่ต้องการขอรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบควรพิจารณาช่องว่างระหว่างมาตรฐาน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 วิเคราะห์ช่องว่างระหว่างมาตรฐานของข้อกำหนดในการรองรับมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดภัยปี 2566 และมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบปี 2563

จำนวนและรายละเอียด มาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดภัย	จำนวนและรายละเอียด มาตรฐานเฉพาะโรค /เฉพาะระบบ (PDSC)	วิเคราะห์ช่องว่างระหว่างมาตรฐาน
ทั้งหมด 8 มาตรฐานย่อย รวมทั้งสิ้น 38 ข้อ	ทั้งหมด 4 ตอน รวมทั้งสิ้น 38 ข้อ	
มาตรฐานที่ 1 การนำองค์กร	I-1 การนำ	- มาตรฐาน PDSC ด้านการนำ เน้นการดำเนินการของทีมสหสาขาวิชา โดยมีระบบการกำกับดูแลการปฏิบัติของทีมสหสาขา
มาตรฐานที่ 2 การสื่อสารและประชาสัมพันธ์	I-2 การวางแผนการและบริหารแผน	
มาตรฐานที่ 6 การกำกับดูแลให้สถานพยาบาลเป็นสถานที่ปลอดภัย	I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับบริการและสิทธิผู้ป่วย	- มาตรฐาน PDSC ส่วนที่ I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับบริการและสิทธิผู้ป่วย กำหนดให้ทีมรับฟังและเรียนรู้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาบริการ ตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวัง
มาตรฐานที่ 3 การพัฒนาบุคลากร	I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้	- มาตรฐาน PDSC I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ กำหนดให้ทีมมีการจัดการความรู้ ส่งเสริมและปลูกฝังการเรียนรู้ในงานประจำ
มาตรฐานที่ 4 การค้นหา และดูแลผู้ติดเชื้อ/นิโคติน	I-6 การจัดการกระบวนการ	
มาตรฐานที่ 5 การจัดบริการเล็ก ยาสูบ/นิโคติน	I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	- มาตรฐาน PDSC I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล เพิ่มส่วนการจัดอัตรากำลัง สภาพแวดล้อมที่เอื้อให้คนสุขภาพดีปลอดภัย มีความผูกพัน
มาตรฐาน 6 การกำกับดูแลให้สถานพยาบาลเป็นสถานที่ปลอดภัย	II-1 การพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง	- มาตรฐาน PDSC II-1 การพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง กำหนดให้มีโครงสร้างคุณภาพที่เหมาะสม บูรณาการระบบบริหารคุณภาพ ความเสี่ยง ความปลอดภัยและประสานกับระบบขององค์กร
	II-2 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย	- มาตรฐาน PDSC II-1 การพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง กำหนดให้มีระบบบริหารความเสี่ยง ระบบปฏิบัติการที่ใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์บททวน
	II-3 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	- มาตรฐาน PDSC II-3 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ระบุให้ทีมสหวิชาชีพวิเคราะห์ความเสี่ยงและโอกาสเกิดการติดเชื้อ การป้องกัน เฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ
	II-4 ระบบเวชระเบียน	- มาตรฐาน PDSC II-4 ระบบเวชระเบียน มีการทบทวนประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนและความถูกต้องของการบันทึกอย่างสม่ำเสมอ
	II-5 ระบบการจัดการด้านยา	- มาตรฐาน PDSC II-5 ระบบการจัดการด้านยา ให้มีการป้องกันการคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา มีการใช้อย่างสมเหตุผล มีการเก็บสำรอง มีรายการยาที่จำเป็น มีการเฝ้าระวังการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง และมีการทำ medication reconciliation
	III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	
	III-2 การประเมินผู้ป่วย	
	III-3 การวางแผนดูแลผู้ป่วย	
	III-4 การดูแลผู้ป่วย	

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ช่องว่างระหว่างมาตรฐานของข้อกำหนดในการขอรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่ปี 2566 และมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบปี 2563 (ต่อ)

จำนวนและรายละเอียด มาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่	จำนวนและรายละเอียด มาตรฐานเฉพาะโรค /เฉพาะระบบ (PDSC)	วิเคราะห์ช่องว่างระหว่างมาตรฐาน
		<ul style="list-style-type: none"> - มาตรฐาน PDSC III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายและวิเคราะห์ความต้องการ ปัญหา และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ - มาตรฐาน PDSC III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ มีแนวทางการรับหรือการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม - มาตรฐาน PDSC III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ กำหนดให้การเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับไว้รักษาอย่างเหมาะสม ทั้งการให้ข้อมูล การขอความยินยอม ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการให้ patient placement - มาตรฐาน PDSC III-2 การประเมินผู้ป่วย มีบริการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ พร้อมให้บริการในเวลาที่ต้องการ มีระบบประกันคุณภาพของการตรวจตามความเหมาะสม - มาตรฐาน PDSC III-3 การวางแผนดูแลผู้ป่วย ให้มีการวางแผนดูแลผู้ป่วยระหว่างวิชาชีพ แผนกและหน่วยงานบริการ บนพื้นฐานวิชาการชั้นนำ - มาตรฐาน PDSC III-4 การดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยผู้มีความรู้ที่เหมาะสม และประสานงาน/ขอคำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาอย่างเหมาะสม - มาตรฐาน PDSC III-4 การดูแลผู้ป่วย การดูแลรวมถึงการบำบัดอาการปวด การใช้ยา อาหาร/โภชนาการ การฟื้นฟูสภาพ/บำบัด/ออกกำลังกาย - มาตรฐาน PDSC III-4 การดูแลผู้ป่วย การตอบสนองเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ
มาตรฐาน 7 การส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน	III-5 การให้ความรู้ เสริมพลัง วางแผน จำหน่าย III-6 การดูแลต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> - มาตรฐาน PDSC III-5 การให้ความรู้ เสริมพลัง วางแผนจำหน่าย การประเมินความจำเป็นในการรับความรู้ในแต่ละช่วงเวลา ประเมินความต้องการการดูแล health-care need หลังจำหน่าย ความพร้อม ความเต็มใจ ความสามารถในการดูแลตนเองและครอบครัว - มาตรฐาน PDSC III-5 การให้ความรู้ เสริมพลัง วางแผนจำหน่าย มีสื่อความรู้ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่เหมาะสม - มาตรฐาน PDSC III-6 การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการร่วมกันจัดทำ self-management plan ตามความ



ตารางที่ 2 วิเคราะห์ช่องว่างระหว่างมาตรฐานของข้อกำหนดในการขอรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่ปี 2566 และมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบปี 2563 (ต่อ)

จำนวนและรายละเอียด มาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่	จำนวนและรายละเอียด มาตรฐานเฉพาะโรค /เฉพาะระบบ (PDSC)	วิเคราะห์ช่องว่างระหว่างมาตรฐาน
มาตรฐาน 8 การวัดวิเคราะห์และ การประเมินผล	IV-1 ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย IV-2 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจผู้รับ บริการ IV-3 ผลลัพธ์ด้านความผูกพันความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ IV-4 ผลลัพธ์ของระบบสนับสนุน IV-5 ผลลัพธ์ด้านจริยธรรม กฎหมาย และกฎระเบียบ พร้อมเปรียบเทียบคู่แข่ง คู่เทียบที่เหมาะสม (ถ้ามี)	- มาตรฐาน PDSC IV-2 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจผู้รับ บริการ - มาตรฐาน PDSC IV-3 ผลลัพธ์ด้านความผูกพันความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ - มาตรฐานสถานปลอดบุหรี่ข้อ 8 การวัดวิเคราะห์และการประเมินผล ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของชุมชน อสม. และเครือข่าย ⁽¹⁰⁾

PDSC = program disease specific certification

3. ความแตกต่างของเกณฑ์การพิจารณาในการขอรับรอง

มาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่⁽⁵⁾ กำหนดระดับคะแนนดังนี้ มาตรฐานที่ 1-7 คือ 1) ระดับเริ่มต้น มีผู้รับผิดชอบ แต่การดำเนินงานยังไม่เป็นระบบ 2) ระดับพอใช้ มีการออกแบบระบบและกระบวนการมี define-repeat-measure-predict และเริ่มใช้ plan-do-study-act 3) ระดับดี มีข้อ 2 และมีการปฏิบัติครอบคลุมทั่วถึงสอดคล้องกับบริบทที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมี plan-do-study-act มากกว่า 1 รอบ สามารถบรรลุเป้าหมายพื้นฐาน 4) ระดับดีมาก มีข้อ 3 และมีการจัดการความรู้ มีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ มีการบูรณาการเกิดการเรียนรู้และนำไปปรับปรุง มีนวัตกรรม 5) ระดับดีเยี่ยม มีข้อ 4 และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานภายนอกและพัฒนาต่อเนื่องเป็นแบบอย่างที่ดี มาตรฐานที่ 8 กำหนดระดับคะแนน คือ 1) ระดับเริ่มต้น มีการจัดเก็บข้อมูลแต่ยังไม่เป็นระบบ ผลลัพธ์ยังไม่น่าพอใจ 2) ระดับพอใช้ มีการออกแบบระบบการจัดเก็บผลลัพธ์ที่น่าเชื่อถือ มีข้อมูลน้อยกว่า 3 ปี ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย

3) ระดับดี มีข้อ 2 และมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล มีข้อมูลที่แสดงแนวโน้มผลลัพธ์และผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย 4) ระดับดีมาก มีข้อ 3 ของระบบการเก็บผลลัพธ์ ผลลัพธ์ดีกว่าเกณฑ์เฉลี่ย มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์กับโรงพยาบาล/สถานพยาบาลอื่น 5) ระดับดีเยี่ยม มีข้อ 4 และมีผลงานดีเลิศเชื่อมโยงและบูรณาการการใช้ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล/สถานพยาบาลเพื่อการพัฒนาสุขภาพของบุคลากร ผู้รับบริการและประชาชน และการพัฒนานโยบายสาธารณะ โดยมาตรฐานแต่ละข้อ จะมีการคำนวณคะแนนดิบและค่าถ่วงน้ำหนักที่ต่าง กัน ส่วนมาตรฐาน PDSS (program disease specific standard)^(11,12,13) ปี 2563 ใช้ข้อกำหนดของมาตรฐานตาม scoring guideline โดยกำหนดระดับคะแนนดังนี้ 1) เพิ่งเริ่มต้น 2) ยังต้องปรับปรุงในประเด็นสำคัญ 3) พอใจกับผลงาน 4) ผลลัพธ์ดี 5) ผลลัพธ์ดีเลิศ ตามลำดับ โดยมาตรฐาน PDSS ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย ควรได้คะแนนมากกว่า 3.0 ซึ่งผลลัพธ์การดูแลมีการเทียบเคียงกับสถานพยาบาลที่เป็นเลิศ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความแตกต่างของเกณฑ์การพิจารณาในการขอรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่ปี 2566 และมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบปี 2563

เกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่	เกณฑ์มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ
<p>มาตรฐาน 1-7 (กระบวนการ) กำหนดเป็น 5 ระดับดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การออกแบบและเริ่มต้นปฏิบัติ 2) มีการปฏิบัติได้บางส่วนแต่ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ 3) มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้ผล 4) มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง 5) มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี <p>มาตรฐาน 8 (ผลลัพธ์) กำหนดเป็น 5 ระดับดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีการวัดผล 2) ติดตามตัวชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตามประเด็นที่สำคัญ 3) วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด 4) มีผลลัพธ์อยู่ในเกณฑ์ดี สูงกว่าค่าเฉลี่ย 5) มีผลลัพธ์ที่ดีมาก <p>โดยมีการคำนวณแยกตามมาตรฐาน 8 ข้อดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การนำองค์กร คะแนนดิบ (เต็ม 25) x ค่าถ่วงน้ำหนัก (4) รวม 100 คะแนน 2) การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ คะแนนดิบ (เต็ม 25) x ค่าถ่วงน้ำหนัก (4) รวม 100 คะแนน 3) การพัฒนาบุคลากร คะแนนดิบ (เต็ม 25) x ค่าถ่วงน้ำหนัก (4) รวม 100 คะแนน 4) การค้นหาและดูแลผู้ติดบุหรี่ คะแนนดิบ (เต็ม 20) x ค่าถ่วงน้ำหนัก (6) รวม 120 คะแนน 5) การจัดบริการเลิกบุหรี่ คะแนนดิบ (เต็ม 25) x ค่าถ่วงน้ำหนัก (4) รวม 100 คะแนน 6) การกำกับดูแลให้เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ (เต็ม 25) x ค่าถ่วงน้ำหนัก (3) รวม 75 คะแนน 7) การส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน (เต็ม 20) x ค่าถ่วงน้ำหนัก (6.75) รวม 135 คะแนน 8) การวัดวิเคราะห์ และการประเมินผล (เต็ม 50) x ค่าถ่วงน้ำหนัก (5.4) รวม 270 คะแนน <p>รวมคะแนนเต็มทั้งสิ้น 1,000 คะแนน</p>	<p>กำหนดเป็น 5 ระดับดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เพิ่งเริ่มต้น มีกิจกรรมคุณภาพพื้นฐาน 5 ข้อเสนอแนะ มีการตั้งทีมงานรอบการทำงาน ปรับปรุงโครงสร้าง และแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา 2) ยังต้องปรับปรุงในประเด็นสำคัญ โดยออกแบบกระบวนการเหมาะสม สื่อสารมีความเข้าใจ และเริ่มนำไปปฏิบัติ 3) พอใจกับผลงาน มีความสอดคล้องกับบริบท นำไปปฏิบัติอย่างครอบคลุม และบรรลุเป้าหมายพื้นฐาน 4) ผลลัพธ์ดี มีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ ปรับปรุงระบบ และบูรณาการนวัตกรรม 5) ผลลัพธ์ดีเลิศ เป็นแบบอย่างที่ดีของการปฏิบัติ มีวัฒนธรรมคุณภาพ และวัฒนธรรมการเรียนรู้

บทสรุป

ผลการศึกษาเปรียบเทียบมาตรฐานทั้งสองฉบับพบว่า 1) จำนวนเอกสารในการขอรับรองของมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบปี 2563 มีจำนวน 7 รายการซึ่งมากกว่ามาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่ที่มีจำนวน 4 รายการ 2) ข้อกำหนดของทั้งสองมาตรฐานมีจำนวนเท่ากัน แต่มีความแตกต่างในส่วนรายละเอียดของเนื้อหาพอสมควร โดยมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่จะมีความลึกในแนวทางการเลิกบุหรี่จะมีความจำเพาะในกระบวนการและผลลัพธ์ที่มาตรฐานต้องการขยายผลไปสู่ชุมชนที่เกี่ยวข้อง ส่วนข้อกำหนดของมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบปี 2563 จะมุ่งเน้นในตอน III กระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญและยังครอบคลุมไปถึงระบบงานสำคัญด้านการพัฒนาคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ระบบเวชระเบียน และระบบการจัดการด้านยา โดยเน้นการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) เกณฑ์การพิจารณาอ้างอิงมาตรฐานตาม scoring guideline 1-5 คะแนนเหมือนกันทั้ง 2 มาตรฐาน โดยมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่มีการแยกเกณฑ์ระหว่างมาตรฐานข้อที่ 1-7 กับมาตรฐานข้อที่ 8 และยังมีการคำนวณคะแนนด้วยค่าถ่วงน้ำหนักของแต่ละมาตรฐานอีกด้วย แต่ไม่มีการกำหนดคะแนนขั้นต่ำที่มาตรฐานต้องการ ในขณะที่มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบปี 2563 กำหนดให้ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย ควรได้คะแนนมากกว่า 3.0

มาตรฐานสถานพยาบาลที่ผ่านการขอรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่ปี 2566 มีจุดเด่นคือ มีการกำหนดรายละเอียดด้านการดำเนินการและด้านการประเมินผลที่จำเพาะ ดังแสดงในมาตรฐานข้อ 8 การวัดวิเคราะห์และการประเมินผล แต่พบจุดด้อยคือ มาตรฐานยังไม่ครอบคลุมระบบสนับสนุนโรงพยาบาล อีกทั้งยังขาดส่วนของการพัฒนางานด้วยผลงานวิชาการ จึงทำให้องค์กรที่ต้องการยื่นขอมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ

ต้องดำเนินการในส่วนดังกล่าวเพิ่มเติม ในส่วนมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบปี 2563 นั้น มีจุดเด่นคือ มีการกำหนดระบบสนับสนุนโรงพยาบาลในการดำเนินการ เช่น การพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ระบบเวชระเบียน ระบบการจัดการด้านยา ทำให้เกิดการพัฒนารอบด้านและครบวงจร อีกทั้งมีการระบุค่าคาดหวังของผลลัพธ์ในตอน III หัวข้อกระบวนการดูแลผู้ป่วยว่าควรมีคะแนนมากกว่า 3.0 คือมีระดับความพึงพอใจกับผลงานมากกว่า 3.0 ขึ้นไป ซึ่งทำให้องค์กรสามารถประเมินความพร้อมของตนเองก่อนการยื่นขอรับรองได้ จุดด้อยคือ ยังไม่มีแนวทางหรือตัวอย่างในการขอรับรองเฉพาะโรคที่จำเพาะในทุกกระบวนการของกลุ่มโรคบำบัดนิโคติน ซึ่งแตกต่างจากโรคอื่น เช่น PDSC กลุ่มโรคเบาหวาน กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ไม่มีต้นแบบในการออกแบบระบบเพื่อให้องค์กรสามารถผ่านการรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบในการบำบัดภาวะติดนิโคติน

ข้อเสนอแนะ

สถานพยาบาลที่ผ่านการขอรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปลอดบุหรี่ปี 2566 และจะพัฒนาไปสู่มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบปี 2563 นั้น สถานพยาบาลควรเริ่มจาก 1) จัดตั้งคณะทำงานที่ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การขอรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบปี 2563 เกิดขึ้นได้จริง พร้อมประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานภายนอก เช่น เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ เครือข่ายพยาบาล 2) จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อสถานพยาบาลให้สามารถเข้าสู่การขอรับรองมาตรฐานเกี่ยวกับบุหรี่ที่องค์กรกำหนด ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ เช่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การหนุนเสริมจากส่วนกลาง และการขอรับรองมาตรฐาน 3) กำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนกระบวนการและผลลัพธ์การดูแล พร้อมกำหนดค่าเป้าหมายที่อ้างอิงจาก

คู่เทียบที่น่าเชื่อถือ 4) ส่งเสริมการพัฒนางานด้วยผลงานวิชาการ เช่น งานวิเคราะห์ งานวิจัย และ CQI ทั้งนี้สำหรับสถานพยาบาลที่เริ่มต้นใหม่อาจใช้ระยะเวลาในการดำเนินการอย่างน้อย 3 ปี เพื่อให้ได้เห็นผลลัพธ์กระบวนการดูแลและกระบวนการพัฒนาของสถานพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศ.เกียรติคุณ พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์ ประธานสมาพันธ์เครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่และประธานเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และ พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ที่เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาล เพื่อการบำบัดภาวะติดนิโคตินและสถานพยาบาลที่ปลอดบุหรี่ของประเทศไทยมาโดยตลอด พร้อมทั้งชี้แนะแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้

References

1. Research and Knowledge Management Center for Tobacco Control. Catch the culprit secondhand smoke. Keep up with research with the TRC. 2013. p 2-20. (in Thai)
2. National Alliance for Tobacco Free Thailand. Summary of the work of the synergy plan for a smoke-free Thailand, creating good health 2018-2020. Bangkok: National Alliance for Tobacco Free Thailand; 2021. (in Thai)
3. Tobacco Product Control Committee, Department of Disease Control Strategy, and Organizational Development Group. Action plan National Tobacco Control 2022-2027. 1st ed. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2022. (in Thai)
4. Rungruanghiranya S, Auamkul N. Smoke-free hospital standard revised edition 2023. Medical professional network to control tobacco consumption. The Medical Association of Thailand under the Royal Patronage; 2023. (in Thai)
5. Rungruanghiranya S. Quality development according to smoke-free hospital standards. Pilot Hospital. Paper presented at: Seminar on Assessment and Certification of Disease-Specific Certification Standards/Nicotine Treatment Systems; 2023 Aug 16; Rama Gardens Hotel, Bangkok, Thailand. (in Thai)
6. Limpanyalert P. Program disease/system specific certification assessment process. Pilot Hospital Paper presented at: Seminar on Assessment and Certification of Disease-Specific Certification Standards/Nicotine Treatment Systems; 2023 Aug 16; Rama Gardens Hotel, Bangkok, Thailand. (in Thai)
7. Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), the National Network Confederation for a Smoke-Free Thai Society, the Medical Professional Network for Tobacco Control. Memorandum of Understanding for Academic Cooperation and Development of Health Service Systems to Promote Health, Prevent, Treat, and Reverse Nicotine Addiction Through Quality Development and Certification Processes. Nonthaburi, Thailand. Nonthaburi: Healthcare Quality Assurance Institute; 2023. (in Thai)
8. Sirichotiratana N, Phruthipinyo C. Tobacco products: policies and control measures for health. Bangkok: Charoendee Mankong Printing; 2017. (in Thai)
9. Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Disease-specific/system-specific standards. June 2020 edition. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute; 2020. (in Thai)
10. Auamkul N. Standards for hospitals tobacco-free places items 7 and 8. Pilot Hospital Paper presented at: Seminar on Assessment and Certification of Disease-Specific Certification Standards/Nicotine Treatment Systems; 2023 Aug 16; Rama Gardens Hotel, Bangkok, Thailand. (in Thai)
11. Assessment and Certification Office Healthcare Quality Accreditation Institute Public organization. Steps for surveying and documents that must be prepared for Program and Disease Specific Standards SD-ACD-021-00. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute; 2021. (in Thai)
12. Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Standard user manual HA SD-ACD-015-00. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute; 2019. (in Thai)
13. Assessment and Certification Office, Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Details of preparation for the visit to evaluate and certify disease-specific/system-specific Program and Disease Specific Standards SD-ACD-022-00. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute; 2021. (in Thai)