

3

Journal of Health Systems Research

Vol. 19 No. 3 July - September 2025

ISSN 2672-9415 (Online)



วารสารวิจัย ระบบสาธารณสุข

ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 ก.ค. - ก.ย. 2568

223

แนวโน้มการสั่งยาและผลลัพธ์ทางคลินิกของ
ยากลุ่มสเตตินเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
แบบปฏิกิริยา ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำปาง

274

การพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพ
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหาร
ส่วนจังหวัดปราจีนบุรี

312

จากทัศนอนาคตระบบสุขภาพไทยใน 10 ปีข้างหน้า
และข้อเสนอด้านระบบและนโยบายสุขภาพ

Network



Management



Communication



Systems



Policy

Research



วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขผ่านการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ในกลุ่มที่ 2 และอยู่ในฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index, ACI) ด้วยวารสารฯ ราย 3 เดือนนี้ กำหนดเผยแพร่ในเดือนมีนาคม มิถุนายน กันยายน และธันวาคม

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรหมารุณทัย มุลินธิศุณย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

บรรณาธิการรอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรวยพร ศรีศัลักษณ์
เภสัชกรสรชัย จำเนียรดำรงการ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
นักวิชาการอิสระ

กรรมการประจำกองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. นายแพทย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์
ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์สุรศักดิ์ บุรณตรีเวช
ดร. นายแพทย์ปิยะ หาญรวงศ์ชัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์สมฤทธิ ศรีธำรงสวัสดิ์

นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก
ดร. นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย

ศาสตราจารย์ภิกขาน ดร. ทันทแพทย์หญิงเพ็ญแข ลาภยิ่ง

ดร. สุริรัตน์ งามเกียรติไพศาล
นายไพศาล ลิ้มสถิตย์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
วิทยาลัยทันตแพทยศาสตร์นานาชาติ
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
นักวิชาการอิสระ
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เลขานุการ

นางสาววรางคณา ปุณยธร

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงาน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ถนนสาธารณสุข 6
ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร. 0 2027 9701
Website: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/j_hsr

Journal of Health Systems Research has been classified in the Tier 2 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 Faculty of Public Health, Chiang Mai University

Surasak Buranatrevedh 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 International College of Dentistry, Walailak University

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://he04.tci-thaijo.org/index.php/j_hsr

วิสัยทัศน์

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นวารสารชั้นนำด้านการวิจัยระบบสุขภาพในระดับอาเซียน

เป้าหมายและขอบเขตของวารสาร

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นเวทีตีพิมพ์เผยแพร่องค์ความรู้วิชาการจากงานวิจัยระบบสุขภาพ ที่ครอบคลุมระบบบริการ กำลังคน ยา วัคซีนและเทคโนโลยี ข้อมูลข่าวสาร การคลัง ระบบอภิบาล เพื่อพัฒนานโยบายและนวัตกรรมที่ยกระดับขีดความสามารถในสังคม ชุมชนและประเทศ กลุ่มรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ

การจำกัดสิทธิความรับผิดชอบ

ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ถือเป็นความเห็นของวารสารวิจัยระบบสาธารณสุขและวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับข้อความและข้อคิดเห็นใดๆ ของผู้เขียน วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์ตามความเหมาะสม รวมทั้งการตรวจทานแก้ไขหรือขัดเกลารายละเอียดให้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด อนึ่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฯ ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายลิขสิทธิ์

เงื่อนไขหลักในการส่งต้นฉบับ

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขยินดีรับพิจารณาต้นฉบับงานวิจัยและต้นฉบับบทความวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้บทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขหลักดังต่อไปนี้

- ไม่เคยลงตีพิมพ์ในที่ใดๆ มาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ด้วย (กรุณานำแบบคำรับรองงานต้นฉบับโดยท่านสามารถดาวน์โหลดไฟล์ MS Words ได้ที่ https://drive.google.com/drive/folders/19ESSXM5fMVzwx1_ol73XNo_aTdeS7jzW)
- ต้องเขียนชื่อเรื่อง บทคัดย่อ ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด (ในกรณีมีสองสังกัด กรุณาระบุเพียงที่เดียว) เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้นิพนธ์ต้องแปลเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ
- ในกรณีมีผู้นิพนธ์หลายคน กรุณาระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) ในแบบคำรับรองงานต้นฉบับ

หากบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขดังกล่าวข้างต้น กองบรรณาธิการขอใช้สิทธิที่จะปฏิเสธบทความนั้นในทันที ทั้งนี้ ท่านสามารถดาวน์โหลดคำแนะนำในการส่งต้นฉบับงานวิจัยและบทความวิชาการ ได้จาก https://drive.google.com/drive/folders/19ESSXM5fMVzwx1_ol73XNo_aTdeS7jzW

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* is the publication forum to inform discussions on health systems research findings that cover health delivery system, health workforce, medicine-vaccine and technology, information, financing and governance; leading to policy and innovation developments for higher capability of community and society of lower- and middle-income countries.

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 https://drive.google.com/drive/folders/19ESSXM5fMVzwx1_ol73XNo_aTdeS7jzW
- 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 https://drive.google.com/drive/folders/19ESSXM5fMVzwx1_ol73XNo_aTdeS7jzW



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. ควรระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่ตนประเมินแต่ผู้เขียนไม่ได้อ้างถึงด้วย



บทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. รับรองว่าผลงานที่ส่งมาเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยเผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และได้ส่งผลงานนั้นไปยังวารสารใดๆ 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

ประเด็นอื่นๆ นอกเหนือจากที่ระบุในเอกสารนี้ กองบรรณาธิการวารสารวิจัยระบบสาธารณสุขจะถือตามคำแนะนำของ COPE (the Committee on Publication Ethics) ที่ <https://publicationethics.org/guidance>

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

คำธรรมเนียม

ไม่มีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมใดๆ ในทุกขั้นตอน จากผู้นิพนธ์

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อเผยแพร่

วารสารฯ รับเผยแพร่บทความ 4 ประเภท คือ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (special article) และจดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) ผู้เขียนควรศึกษารายละเอียดของบทความประเภทต่างๆ ซึ่งจะได้สาธยายต่อไป 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 โปรดระบุว่าการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร 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 กรณแบบคำรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ซึ่งท่านสามารถ download ไฟล์แบบคำรับรองงานต้นฉบับ ได้ที่ https://drive.google.com/drive/folders/19ESSXM5fMVzwx1_ol73XNo_aTdeS7jzW

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. unปริทัศน์ (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 กรุณาแนบบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ทั้งนี้ ท่าน
สามารถ download ไฟล์แบบคำรับรองงานต้นฉบับ ได้ที่ https://drive.google.com/drive/folders/19ESSXM5fMVzwx1_ol73XNo_aTdeS7jzW

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)

เป็นบทความวิชาการที่แสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ
หรือเป็นบทความที่รวบรวมเนื้อหาและการแสดงความคิดเห็นวิพากษ์วิจารณ์ในเรื่องดังกล่าว หรือเป็นกรณีศึกษาที่
สะท้อนระบบสาธารณสุขที่โดดเด่นในระดับประเทศหรือระดับภูมิภาคอาเซียน ควรประกอบด้วย

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (correspond-

ing 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 กรณียกแบบฉบับรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ทั้งนี้ท่านสามารถ download ไฟล์แบบฉบับรับรองงานต้นฉบับ ได้ที่ https://drive.google.com/drive/folders/19ESSXM5fMVzwx1_ol73XNo_aTdeS7jzW

ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้า ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16) กรณศึกษา “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 ให้ตัดเป็นชื่อรอง (subtitle) ชื่อเรื่องต้องไม่ส่วลที่ไม่ว่าเป็น เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...”

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

3. ชื่อสังกัด/สถานที่ปฏิบัติงาน (affiliation) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อหน่วยงานที่ผู้เขียนปฏิบัติ



งานอยู่ในปัจจุบัน ทั้งนี้ ในกรณีมีมากกว่าหนึ่งสังกัด ขอให้ระบุมาเพียงสังกัดเดียว เมื่อมีผู้เขียนหลายคน และอยู่คนละสังกัด ให้ใช้สัญลักษณ์ต่อไปนี้ตามลำดับเพื่อแยกสังกัด * † ‡ § # ¶

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

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

6. **ภูมิหลังและเหตุผล (background and rationale)** เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะและขนาดของ ปัญหา ที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ และใส่วัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้ในตอนท้าย

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

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช รวมถึงจำนวนและ ลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ต้องบอกถึงการได้รับอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา การ ยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

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

8. **ผลการศึกษา (result)** แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ถ้าผลไม่ ชัดช่อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้อง อธิบายตัวเลขซ้ำในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญ ที่อาจยกขึ้นมาอธิบายได้บ้าง ทั้งนี้ ขอให้แยกตาราง ภาพ และ แผนภูมิออกจากเนื้อหา โดยวางไว้ท้ายบทความ ไม่สอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ในเรื่องควรเว้นที่ว่างไว้พอเป็นที่เข้าใจ พร้อมกับเขียนแจ้งไว้ในรอบว่า

ใส่ตารางที่ 1

หรือ

ใส่ภาพที่ 1

หรือ

ใส่แผนภูมิที่ 1

ตาราง (แนะนำให้ทำเป็นภาษาอังกฤษ)

เป็นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลขและเครื่องหมายต่างๆ บรรจุลงในคอลัมน์เพื่อแสดงข้อมูลและความ สัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตารางมีดังนี้

- ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย
- ชื่อคอลัมน์เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้นหรือย่อๆ และอธิบายให้ละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ใต้ตาราง (ถ้าจำเป็น)
- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับ

เลขของเอกสารอ้างอิง เสนอให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ * † ‡ § # ¶

● บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง และไม่ควรระบุทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหา
อีก

- ต้องขออนุญาต หรืออ้างอิงกรณีนำข้อมูลในตารางมาจากการงานของผู้อื่น

ภาพ (แนะนำให้ทำเป็นภาษาอังกฤษ)

จะช่วยให้สื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ มีแนวทางดังนี้

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

9. วิจารณ์และข้อยุติ (discussion and conclusion) เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษา แปลความหมายของผล
ที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้ ว่าตรงหรือแตกต่างไปหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด
จึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง ควรจะเขียนเปรียบเทียบผลที่ได้จากการวิจัยกับผลที่
ถูกรายงานไว้แล้วในงานของผู้อื่นที่ทำก่อนหน้านี้ (ซึ่งถ้าเป็นไปได้ไม่ควรเกิน 3-5 ปี) นำมาสนับสนุนผลการทดลอง
สมมติฐาน หรือข้อสรุป เพื่อเพิ่มน้ำหนักความน่าเชื่อถือ ควรอภิปรายข้อจำกัด/ข้อบกพร่อง ข้อดีเด่น ซึ่งนำไปสู่ข้อเสนอ
แนะในเชิงนโยบาย ในทางการปฏิบัติ และข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

10. ข้อเสนอแนะ ผู้เขียนควรระบุข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายต่อประเด็นที่ศึกษา และข้อเสนอแนะในการทำการ
ศึกษาวิจัยต่อไป โดยอ้างอิงข้อค้นพบจากการศึกษา และควรระบุข้อจำกัดของการศึกษาไว้ด้วย

11. กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement) มีย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุน
ทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง หากปรากฏชื่อเป็นผู้เขียนร่วมแล้ว จะไม่ระบุในส่วนนี้อีก

12. เอกสารอ้างอิง (reference) ในส่วนนี้ให้ใช้ “References” เป็นชื่อหัวข้อ สำหรับการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ
แวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขด้วยในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความ
ที่อ้างถึง โดยเริ่มจาก “(1)” และเรียงเลขอื่นๆ ต่อไปตามลำดับ ถ้าอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ไม่ใช่คำย่อในรายการ
เอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นของผู้เขียนและชื่อวารสารที่มีตาม Index Medicus ส่วนวารสารที่ไม่พบใน Index Medi-
cus และวารสารไทยให้ใช้ชื่อวารสารที่เป็นชื่อเต็มในภาษาอังกฤษ หรือชื่อย่อตาม How to Cite ของ ThaiJO

การเขียนรายการอ้างอิงทุกรายการให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ (รายละเอียดดังส่วนต่อไปในเอกสารนี้)

สำหรับการเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหาของ
บทความ

บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้ว แต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังตีพิมพ์” (in the process of being
published) บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” (unpublished) หลีกเลี่ยงการนำ “ติดต่อส่วนตัว” (per-
sonal communication) มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บ
ท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง



การเขียนเอกสารอ้างอิงมีหลักเกณฑ์ดังนี้

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

- นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: นามสกุลบรรณาธิการ อักษรย่อชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.
18. Mahathanan N, Rodpai S. Counselling for renal replacement therapy. In: Eiam-Ong S, Susantitaphong P, Srisawat N, Tiranathanagul K, Praditpornsilpa K, Tungsanga K, editors. Textbook of hemodialysis. Nakhon Pathom: A I Press; 2007. p. 94-103.
19. Alexander RG. Considerations in creating a beautiful smile. In: Romano R, editor. The art of the



smile. London: Quintessence Publishing; 2005. p. 187-210.

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

กรณีเป็น e-book

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

กรณีเป็นบทหนึ่งใน e-book

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

12.3 รายงานการประชุม สัมมนา

เอกสารสรุปผลการประชุม

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: นามสกุลบรรณาธิการ อักษรย่อชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; ปี เดือน วันประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าที.

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 วิดิทัศน์

ชื่อเรื่อง (วิดิทัศน์). 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://jpesy.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 แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น

การตรวจทานต้นฉบับก่อนเผยแพร่ (final proof)

ผู้เขียนต้องตรวจพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา

Download Author guidelines (คำแนะนำการส่งต้นฉบับ) ซึ่งเป็น pdf file ได้ที่ลิงค์
https://drive.google.com/drive/folders/19ESSXM5fMVzwx1_ol73XNo_aTdeS7jzW

คำแนะนำการใช้ระบบ ThaiJO ในส่วนของผู้เขียนดังคู่มือการใช้งานระบบ ThaiJO (ปีที่ตีพิมพ์ 2565)

ที่หน้า 175-229 ซึ่ง download ได้ที่ลิงค์

<https://drive.google.com/file/d/1FHf1iGGokeJUTDWKaSvuKZfH1TC1omRc/view>

หากท่านมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ ในเวลาทำการ (08.00-16.00 น.) ของ

วันจันทร์-ศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ) ที่โทร 02-027-9701 ต่อ 9051 หรือ

ส่งคำถามของท่านได้ที่ warangkana@hsri.or.th



Publication Ethics

Roles and Responsibilities of Editor

1. Ensure that the manuscript has the highest possible quality based on recent academic progress by seeking opinions from at least 2 reviewers per article.
2. Never expose information on author and reviewers of the article to unrelated outsiders during the evaluation period.
3. Select articles for publication after finishing evaluation by considering how they conform to the policy of the journal and whether they have any risks to be charged with defamation, copyright infringement, or plagiarism.
4. Never publish any articles that have already been published elsewhere.
5. Have no conflict of interest with the author, reviewers, and the executive committee.
6. If plagiarism is detected during the evaluation of the article, editor must stop the evaluation process immediately and contact the author asking for explanation in order to decide whether the article should be published.
7. Evaluate by focusing on the content of the article regardless of race, sexual identity, belief, faith, ethnic, and political opinion of the author.

Roles and Responsibilities of Reviewer

1. Submit opinion on the article by due date providing comprehensible information to support the opinion.
2. Protect confidentiality of documents under review by not exposing them to unrelated persons.
3. If having realized that one has the conflict of interest with the author or other reasons that hinder one from expressing opinion/ giving advice freely, please notify the editorial team and refuse to evaluate the article.
4. Inform the editorial team of possible plagiarism if the author has not properly cited the source of information when it comes from another person's work or unpublished work.
5. Notify the editorial team of in-sufficient expertise to evaluate the article.
6. Suggest interesting research papers that are relevant to the article under review, but do not directly refer to paper written by the reviewer.

Roles and Responsibilities of the Author

1. Certify that the work is original, has not been published anywhere else, and has not been submitted for publishing in other journals.
2. Report the facts directly and straightforwardly without distorting data or using false data.
3. Refer to the work of another researcher if using such work in one's own research. This can be done by making the list of references at the end of the article.
4. Write the article in the format recommended in the journal's guidance.
5. All co-authors whose names appear on the research paper must have participated in the process of the research production.
6. Identify the source of research fund and notify if there is any conflict of interest.
7. State that the research has been approved by specific research ethics committee. If it required no approval, please provide explanation.
8. State protection of the rights of research participants/informants.
9. Provide raw data if the editorial team requests.
10. Notify the editorial team if any error/mistake significantly affected the research credibility, in order to defend retraction of the article.

Obtaining ethical committee approval

On the matter of getting approval from the ethical committee in case of human research, the author must clearly state when and where the research had been approved.

For other issues which cannot be found in this document, the Editorial Team follow COPE (the Committee on Publication Ethics) Guidance: <https://publicationethics.org/guidance>.

Main condition

Any article submitted to the Journal of Health Systems Research must not be published before and must not be under consideration for publishing by other journals.

Publishing dates

The journal publishes 4 (four) times a year, once every three months: January–March, April–June, July–September, and October–December.

Quality assessment of articles

If an article submitted for consideration meets the quality standard, it will receive a double-blind

review by at least 2 qualified persons. The editor will consider all comments before sending feedback to the author.

Publishing Fee

All papers published in the journal have no page charge (no publishing fee).

Types of Articles Accepted

There are 4 types of articles that the journal publishes: original article, review article, special article, and letter to the editor. The author should study the following details which are used to categorize the article into the four mentioned. Then state the type of the article on the first line of the first page before the title of the article. The details of each type of article are given below.

1. Original Article

It is the report of the results from research study concerning health and/or health systems development. It should consist of:

1.1 Title in English and Thai

1.2 Name of the author (or names of all the authors) and the institution that he/she works in, including the name of corresponding author, with mobile phone number and email address.

1.3 The abstract in English and Thai

1.4 Keywords in English and Thai

1.5 Background and Rationale

1.6 Methodology

1.7 The approval of human research ethic committee: identify the committee that gives approval.

If the article has not been approved by any committee, please explain why.

1.8 The results of the study

1.9 Critique and Conclusion

1.10 Acknowledgement

1.11 References or the list of all the literature referred to must be in English. If any of them are in Thai, the author must translate the name and details of such reference material into English and add a bracket “(in Thai)” at the end of that item.

1.12 Attach the declare form with signatures of all the authors. You can download the declare form from https://drive.google.com/drive/folders/19ESSXM5fMVzwx1_ol73XNo_aTdeS7jzW.

The article should not exceed 20 A4 pages (font: TH SarabunPSK 16). Please study the details of

how to prepare the manuscript below (at the end of topic 4, Letter to the Editor).

In case of an article in English, you should also have Thai version of the title, the author name with the institution, the abstract and the keywords.

Suggestion – If the work submitted is in Thai, it is recommended that you should translate the pictures and the tables into English so that international readers can comprehend and use as reference in their work.

2. Review Article

It is an article that collects knowledge from different journals, both in Thailand and other countries, and make comparative analysis of the knowledge in order to have more clarity. It should consist of the following:

2.1 The title in English and Thai

2.2 Name of the author and the institution that he/she works in, including the name(s) of corresponding author(s), with mobile phone number and address.

2.3 The abstract in English and Thai

2.4 Keywords in English and Thai

2.5 Introduction

2.6 Content

2.7 Conclusion or Critique

2.8 References or the list of all the literature being referred to must be in English. If any of them are in Thai, the author must translate the name and details of such reference material into English and add a bracket “(in Thai)” at the end of that item on the list.

2.9 Attach the declare form with signatures of all the authors. You can download the declare form from https://drive.google.com/drive/folders/19ESSXM5fMVzwx1_ol73XNo_aTdeS7jzW.

The article should not exceed 15 A4 pages (font: TH SarabunPSK 16). Please study the details of how to prepare the manuscript below (at the end of topic 4, Letter to the Editor).

In case of an article in English, you should also have Thai version of the title, the author name with the institution, the abstract and the keywords.

Suggestion – If the work submitted is in Thai, it is recommended that you should translate the pictures and the tables into English so that international readers could comprehend and use as reference in their work.

3. Special Article

It is an academic article that expresses opinion on current situations or events that are attracting

attention of public, or it could be an article that gathers different content and critique about such situations, or it could be a case study on an outstanding health system in Thailand or in ASEAN region. It should consist of the following:

3.1 Title in English and Thai

3.2 Name of the author/authors and his/her affiliation, including name of the corresponding author, with mobile phone number and email address.

3.3 The abstract in English and Thai

3.4 Keywords in English and Thai

3.5 Introduction

3.6 Content

3.7 Critique

3.8 References or the list of all the literature being referred to must be in English. If any of them are in Thai, the author must translate the name and details of such reference material into English and add a bracket “(in Thai)” at the end of that item on the list.

3.9 Attach the declare form with signatures of all the authors. You can download the declare form from https://drive.google.com/drive/folders/19ESSXM5fMVzwx1_ol73XNo_aTdeS7jzW.

The article should not exceed 10 A4 pages (font: TH SarabunPSK 16). Please study the detail of how to prepare the manuscript below (at the end of topic 4, Letter to the Editor).

In case of an article in English, you should also have Thai version of the title, the author name with the institution, the abstract and the keywords.

Suggestion – If the work submitted is in Thai, it is recommended that you translate the pictures and the tables into English so that international readers can comprehend and use as reference in their work.

4. Letter to the Editor or Correspondence

It could be the correspondence between a scholar, a reader, and the author whose article is published in the journal, especially in case that the readers have different opinion on the matter and want to point out a mistake in the report. At times the editor might support or disagree with such opinion.

Preparing the Manuscript

In the process of taking in an article, the system only accepts a file in MS Word format in A4 page size, single column, single spacing. It must be without file protection because the reviewer may want to give his/her comments by using track changes or add Comment.

1. Title – There must be both English and Thai title. It should be concise and clearly represent the main objective of the study. There must be no use of abbreviation. The length should not exceed 100 letters (spaces included). If the title of the report is very long, change a part of it into subtitle. Should avoid unnecessary phrases such as “the study of...” or “the observation of...” in the title.

2. Author and co-author – Name(s) should be written in both English and Thai. Use full name, not initial. No need to state the position, title or education.

3. Affiliation – It should be in both English and Thai. It means the institution that the author is currently working for. In case of more than one affiliation, state only one. If there are several authors who come from different institutions, use these symbols respectively to separate their affiliation: * † ‡ § # ¶.

4. Abstract - It should be in both English and Thai. It is the summary of the content of the article in the order of its structure: background and rationale, methodology, results and comments. It should not exceed 15 lines. The language must be concise and in full sentences. It should be easy to understand, not requiring further interpretation. No abbreviation. In English, all the content must be written in past tense.

5. Keywords – There should be English and Thai keywords at the end of the English and Thai abstract, not exceeding 5 keywords.

6. Background and Rationale – This part of the article give reasons that lead to the study, literature reviews that relate to the objectives of the study, explain the problem to the readers, state the size and characteristics of the problem, which leads to the need to conduct research in order to find the answer for the problem or answer the question. If you use a theory, explain the basic of the theory here and add the purpose of the study at the end.

7. Methodology – It can be explained and categorized into 2 main topics.

Material used in the study: Explain the details of what is being studied, such as patients, normal people, as well as the number and particular information of the sample group, such as gender, age, weight. It must include permission from the participants, approval from the ethical committee for research on human, and any equipment used in the study.

Method of study: Begin with study design such as randomized, double-blind, descriptive or quasi-experiment. Then follow with sampling, such as simple random sampling or multi-stage sampling. As for the interventions, if it is a common measure, include it as one of the references. If it is new, explain thoroughly to readers so that it can be applied in future studies. Clearly and briefly identify the tools/instrument and the main principles used in the qualitative/quantitative study. Examples are questionnaire, reliability test, data collection method, data analysis method, and statistics used.

8. Result – Show the results or the findings in the order of the study plan. Make it clear and easy to understand. If the results are not complicated having not many numbers of data, it can be explained in prose. However, in case of a lot of numbers or data and variables, use tables, figures or charts with short explanation referring to significant parts. Separate tables, figures and charts from the content by placing them at the end of the article instead of throughout the article. Nevertheless, leave spaces in the content of the article that can be understood that they belong to which tables/figures/charts. Label each space with text box, such as:

 or

 or

Table (*English is recommended*)

It is an organizing of words, numbers, and symbols into columns in order to show the data and how each data relates to one another. The guidelines for presenting tables in the article are as followed:

- Tables should not be presented as photos.
- The name of the column that represents the data in the column should be brief or shortened.

It can be further explained in the footnote under the table (if necessary).

- Footnote should consist of the details that cannot be contained in the column. Avoid using numbers because one can easily confuse it with number of the references. It is recommended to use symbols like: * † ‡ § # ¶.

- An article should not have more than 3-5 tables. All the data in the columns should not be repeated in the content, only some are allowed.

- In case that the data in the column comes from another person's work; permission should be obtained or references must be made.

Figure (*English is recommended*)

Figure helps communicate the content of the article by highlighting the important parts. The guidelines for presenting figures in the article are as follows:

- Figures must be sharp and clear. They can be in color or black and white.
- The original file should come from a camera not less than 600X800 pixels.
- If the figures include many text boxes or a lot of symbols, grouping must be done.
- In case that the figure comes from another person's work; permission should be obtained, or references must be made.

9. Discussion and conclusion – Begin with critique results, interpret or analyze results, and conclude by comparing them with the hypothesis and find out whether the results confirm the hypothesis. If not, discuss how they differ and why. Comment openly on the results that contradict the hypothesis. Compare with results from other research papers that had been done before (should not be older

than 3-5 years). Use those to support findings, hypothesis, or increase the reliability weight. Discuss the limitations/weaknesses and outstanding points that lead to the suggestion of policy and practices, as well as suggestions for future research.

10. Suggestion – The author should give suggestions in terms of policy on the subject being studied, based on the results discovered in the research. Limitations of the study should be added here.

11. Acknowledgement – It should be only one paragraph. State clearly the sources of assistance and research fund. If the person's name is already on the list of co-authors, he or she will not be mentioned here.

12. Reference – Use the title “Reference” on this topic. The writing of references on the list should be one in Vancouver style. Use superscript number in the bracket and place it at the end of the phrase or after the name of the person being referred to, beginning with “⁽¹⁾” and followed by the rest of the numbers. If the reference is repeated, use the same number. Abbreviation is not allowed in the reference list, except for the first name of the author and the name of the journal as stated in Index Medicus. For journals not found in Index Medicus and Thai journals, write the full name of the journal in English, or abbreviation as appears in How to Cite of ThaiJO.

All items in the references must be written in English (the details are discussed in the next part).

As for the order of the references at the end of the article, use the order of their appearance in the article.

An article that the editor has agreed to publish but has not yet been published should be labeled as “in the process of being published”. An article that is not published should be labeled “unpublished.” Avoid using personal communication in the reference, except that it is an extremely important piece of information rarely found elsewhere. In such case the name and the contacted date can be stated in the bracket that comes after the referred title.

Rules and regulations for writing the references

12.1 Academic journal

The author's last name and the abbreviation of the author's first name and middle name (if any). Title. Name of the journal year of publication;volume number:page numbers.

For references that are in Thai journal, every part of the above example must be translated into English and state “(in Thai)” at the end of the reference.

The author's name must begin with last name, followed by the first letter of the first name and middle name (if any). If there are more than 6 authors, only list the first six authors and followed with “et al”.

Name of the journal should be shortened into abbreviation in the format of U.S. National Library of Medicine, which is annually published in Index Medicus.

Title of the article must be in lower-case letters, except for the first letter and proper nouns. If the journal's pages are not arranged in chronological order in a year, ordinal numbers of the issue must be stated. For example, "10(3):" means that it has been published at the 10th years and appears in the 3rd issue (number in the bracket). Then put a colon.

Page number must be in full form on the first page but repeated number must be omitted on the last page, such as 123-9 instead of 123-129 or 248-58 instead of 248-258.

Leave no spaces in front of and after semicolon and colon when stating year of publication, volume number, and page number.

Here are some examples.

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

In case that the author is an institution

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

In case that the author is unknown

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

In case of publishing in a supplement issue

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 Book, text book or report

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 Economic 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 Jul]. 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.

Book or textbook wholly written by the author without an editor

The author's last name and the abbreviation of the author's first name. Name of the book. Edition. Place of publication: publisher's name; year of publication. Number of pages. (Edition will be stated only when it is not the first edition.)

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.

Book that has been published with an editor (quoted from one chapter only)

The author's last name and the abbreviation of the author's first name. Title. In: Editor's last name and abbreviation of the editor's first name, editor. Name of book. Volume number. Place of publication: publisher's name; year of publication. p. page numbers.

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

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

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

In case of an e-book

21. Ifan A. Protocols for predictable aesthetic dental restorations [internet]. Oxford: Blackwell Munks-

gaard; 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>.

In case of quoting from a chapter in 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 Documents from meeting or seminar

Minutes of meetings

The author's last name and abbreviation of the author's first name. Title. In: Editor's last name and abbreviation of the editor's first name, editor. Name of the meeting; date of the meeting; venue of the meeting. Place of publication: Publisher; Year of publication. p. page numbers.

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.

In case of papers presented in the meeting but have not been documented

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.

In case of paper published in 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 Academic report published by research funding sponsor

The author's last name and the abbreviation of the author's first name. Title. Type of report. Place of publication: Publishing institution/Fund source; Year of publication. Report number.

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 Thesis

The author's last name and the abbreviation of the author's first name. Title (type of degree). City/town: University; Year of graduation.

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 Other types of printed matter

12.6.1 Articles from newspapers

The author's last name and the abbreviation of the author's first name. Title. Name of newspaper. Year/month/day of publication: section. Page number (column number).

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.

In case that the author is unknown

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

12.6.2 Law

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

12.6.3 Dictionary

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

In case of on-line 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 Visual media

Title (visual media). Place of production: Production company: Year of production.

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 Electronic media

The author's last name and the abbreviation of the author's first name. Title. Name of journal or type of media [serial online] Year of publication [year/month/day of search]; Year (issue, if any): [number of pictures or number of pages]. Source: URL address.

Electronic file with 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.

Electronic file without 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://jpesy.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/>.

Adjustment of the manuscript

In general, the editorial team considers the overall academic accuracy and completeness of content, then the manuscript will be returned to the author, who has the right to make adjustments. However, the editorial team reserves the right to publish only those that conform with the format and main content of the journal.

Final proof

The author must proofread and agree on the final draft in order to ensure the accuracy and completeness of the content.

Download submission guidelines (pdf file) and related documents:

https://drive.google.com/drive/folders/19ESSXM5fMVzwx1_ol73XNo_aTdeS7jzW

ThaiJO user manual (version B.E. 2565) can be accessed:

<https://drive.google.com/file/d/1FHf1iGGokeJUTDWKaSvuKZfH1TC1omRc/view>

(for authors section can be found on page no. 175-229)

For more information: 02-027-9701 ext. 9051 or warangkana@hsri.or.th

Office hours: Monday-Friday, 9.00-16.00

สารบัญ

Contents

บทบรรณาธิการ

ข้อเสนอปฏิรูปวิธีจ่ายเงินกองทุนเงินทดแทน
การประกันภาคบังคับแบบแรกของประเทศไทย

ศุภลสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

นิพนธ์ต้นฉบับ

แนวโน้มการสั่งยาและผลลัพธ์ทางคลินิกของยา
กลุ่มสแตตินเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจแบบ
ปฐมภูมิ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาล
ชุมชน จังหวัดลำปาง

นันทน์ภัส อภิลิทธิเกษม และคณะ

แนวคิดและกฎหมายในการพัฒนาบริการด้าน
ทันตกรรมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ

ไพศาล ลิ้มสถิตย์ และคณะ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการ
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีเอชพีวี
ดีเอ็นเอในกลุ่มสตรีอายุ 30-60 ปี ของเขตบริการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธารทอง อำเภอ
พาน จังหวัดเชียงราย

อลงกรณ์ ศรีเลิศ และคณะ

การพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสุขภาพของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการ
ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด
ปราจีนบุรี

ปติญา อิศรางกูร ณ อยุธยา และคณะ

Editorial

Payment Reform Proposals for the First
Compulsory Insurance: Worker's Compensation
Fund

Supasit Pannarunothai

ORIGINAL ARTICLE

Prescribing Trends and Clinical Outcomes
of Statins for Primary Prevention of
Cardiovascular Diseases in Type 2 Diabetes
Mellitus Patients in Community Hospitals
in Lampang Province

Nannapat Apisittikasem, et al.

Concepts and Laws for Developing Dental
Services in State Health Security Schemes

Paisan Limstit, et al.

Factors related to the Decision to Undergo
Cervical Cancer Screening using the HPV
DNA Test among Women Aged 30-60 Years
in the Service Area of Than Thong Sub-District
Health Promoting Hospital, Phan District,
Chiang Rai Province

Alongkon Srilerd, et al.

Health Service Quality Development in
Sub-District Health Promoting Hospitals
after Devolution to Prachinburi Provincial
Administrative Organization

Patinya Issarangkur Na Ayutdhaya, et al.

สารบัญ

Contents

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัด
ไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรัง

จิราภรณ์ ชูวงศ์ และคณะ

ฉากทัศน์อนาคตระบบสุขภาพไทยใน 10 ปีข้างหน้า
และข้อเสนอแนะระบบและนโยบายสุขภาพ

นาฏอนงค์ เจริญสันติสุข และคณะ

294

312

Next Normal of Health Service System
among the Elderly in Trang Community

Jiraporn Choowong, et al.

Future Scenarios of Thailand Health
System in the Next 10 Years with Recommen-
dations on Health Systems and Policy

Nardanong Charoensuntisuk, et al.

ข้อเสนอปฏิรูปวิธีจ่ายเงินกองทุนเงินทดแทน การประกัน ภาคบังคับแบบแรกของประเทศไทย

Payment Reform Proposals for the First Compulsory Insurance: Worker's Compensation Fund

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเริ่มครั้งแรกจากประกาศของคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ณ วันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515 เพื่อให้เกิดความ“ปรองดองและเป็นธรรม” ระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง จึง“สมควรจัดให้มีกองทุนเงินทดแทนเพื่อเป็นหลักประกันแก่ลูกจ้างที่จะต้องได้รับเงินทดแทนในเมื่อประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย หรือถึงแก่ความตายเนื่องจากการทำงาน”⁽¹⁾ หลังจากตรา พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เพื่อเป็นหลักประกันภาคบังคับที่สมบูรณ์แบบมากขึ้น กองทุนเงินทดแทนจึงมีพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) ของตนเองคือ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 บทความเรื่องที่ 2 ของวารสารฉบับนี้เสนอ แนวคิดและกฎหมายในการพัฒนาบริการด้านทันตกรรมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ⁽²⁾ บทบรรณาธิการนี้จึงขอกล่าวถึงข้อเสนอปฏิรูปวิธีจ่ายเงินกองทุนเงินทดแทน ที่เป็นการประกันภาคบังคับแบบแรกของประเทศ

แม้ปี 2564 คาดว่ากองทุนเงินทดแทนมีรายจ่ายเพื่อสุขภาพ 988 ล้านบาท คิดเป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 0.1 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด เทียบกับประกันสังคมร้อยละ 12.7 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด⁽³⁾ แต่การที่เป็นแผนประกันสุขภาพภาคบังคับแบบแรกที่มีผลทางปฏิบัติมากกว่า 50 ปี ควรมีชุดข้อเสนอที่เหมาะสมกับยุคปัจจุบัน

เงินทดแทนยังเป็นแหล่งเงินภาครัฐเพื่อสุขภาพ (บังคับให้นายจ้างจ่ายเข้ากองทุนฯ) ปีละกว่าพันล้านบาท นอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาลการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับงาน พ.ร.บ. ยังให้กองทุนฯ จ่ายค่าทดแทน ค่าฟื้นฟู

สมรรถภาพในการทำงาน และค่าทำศพ ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์นอกเหนือจากรายจ่ายสุขภาพ พ.ร.บ. กำหนดให้นายจ้างของสถานประกอบการจ่ายเงินสมทบไม่เกินร้อยละห้าของค่าแรงลูกจ้างเข้ากองทุน โดยมีแรงจูงใจให้นายจ้างจ่ายสมทบน้อยลงหากสถิติการประสบอันตรายของสถานประกอบการในรอบสามปีปฏิทินที่ผ่านมาลดลง (experience rate contribution)

เนื่องจากเป็นหลักประกันภาคบังคับแบบแรก วิธีจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลยังเป็นยุคกึ่งศตวรรษจ่ายตามกิจกรรมแบบมียอดเพดานสูงสุด (fee-for-service with ceiling) ของแต่ละรายการหรือหมวดหรือยอดรวม แผนประกันภาคบังคับแบบที่สองยุค 3.5 ทศวรรษคือ พ.ร.บ.ประกันสังคม ซึ่งปฏิรูปวิธีจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลสู่สัญญาการจ่ายล่วงหน้าตามอัตราเหมาจ่ายรายหัว (prepayment contractual capitation) รวมจ่ายทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผ่านมาถึงยุค 2.5 ทศวรรษ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปฏิรูปการจ่ายเงินแยกเป็น เหมาจ่ายรายหัว (capitation) สำหรับบริการผู้ป่วยนอก ตกลงราคาล่วงหน้าตามความรุนแรงของโรค (กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหรือ diagnosis related group, DRG) สำหรับบริการผู้ป่วยใน และจ่ายตามกิจกรรม (fee-for-service) สำหรับบริการที่ต้องการจูงใจให้มีบริการเพิ่มขึ้น เช่น การป้องกันควบคุมโรคและการส่งเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอการปฏิรูปกองทุนฯ จึงเน้นที่วิธีการจ่ายเงินกองทุนฯ ควรศึกษาประสบการณ์ใหม่ของหลักประกันสุขภาพภาคบังคับทั้งในและต่างประเทศ ดำเนินการซื้อ

บริการสุขภาพอย่างมีกลยุทธ์ (strategic purchasing) จากสถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อให้ลูกจ้างพ้นตัวจากการเจ็บป่วยกลับเข้าสู่ผลิตภาพเศรษฐกิจและสังคมของแรงงาน เพื่อผลดีของลูกจ้างรวมทั้งครอบครัว นายจ้าง กองทุนฯ และระบบสุขภาพกับระบบเศรษฐกิจของประเทศ

สถานการณ์เงินกองทุนฯ สามารถควบคุมรายจ่ายน้อยกว่าเงินสมทบ แม้สถานประกอบการส่วนใหญ่จ่ายเงินสมทบลดลงเพราะได้ประโยชน์จากสถิติการประสบอันตรายลดลง ปี 2566 มีรายได้เงินสมทบสีพันล้านบาท รายจ่ายค่าทดแทนสิทธิประโยชน์สองพันกว่าล้านบาท ทำให้ตลอดทั้งศตวรรษ กองทุนฯ มีเงินสะสมเกือบแปดหมื่นล้านบาท⁽⁴⁾ จึงถือว่ามีเสถียรภาพสูง สามารถคิดและดำเนินการปฏิรูปโดยใช้เงินสะสมได้อย่างสมเหตุผล

ในสังคมยุคดิจิทัล กองทุนฯ ควรสร้างระบบฐานข้อมูลการจ่ายเงินด้านสุขภาพแก่สถานพยาบาลที่ดูแลลูกจ้างที่ประสบอันตรายที่มีมิติซับซ้อน เพื่อสามารถนำข้อมูลเชิงประจักษ์ใช้เป็นข้อมูลเรียนรู้ (learning data) ในขั้นตอนพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence) เพื่อออกแบบระบบการซื้อบริการอย่างมีกลยุทธ์ (strategic purchasing) โดยได้ผลลัพธ์เป็นระบบสุขภาพที่เน้นคุณค่า (value-based health fund)

ระบบอภิบาล (governance system) ของกองทุนเงินทดแทน ที่ผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ได้มีปฏิสัมพันธ์มานานกว่ากึ่งศตวรรษและสถานะการเงินมั่นคงสามารถแสวงหาและจัดซื้อบริการด้านเทคนิค (technical knowhow) เพื่อดำเนินการปฏิรูประบบวิธีจ่ายเงินแบบบูรณาการ (integrated care) ที่เน้นคุณค่า วิสัยทัศน์นี้จะสำเร็จได้ด้วยฐานรากระบบบันทึกข้อมูลดิจิทัลตามกิจกรรมบริการและผลลัพธ์สุขภาพที่มีความละเอียดและแม่นยำ

ระบบวิธีจ่ายเงินแบบบูรณาการ ของกองทุนเงินทดแทน จะย่างเข้าสู่ยุคหลังกึ่งศตวรรษ ที่ผสมผสานระหว่าง เหมจ่ายรายหัวที่ปรับค่าอัตราเสี่ยง (risk adjusted capitation) กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) กลุ่มโรคร่วมระยะกลางระยะยาว (intermediate and long-term care, ILTC)⁽⁵⁾ กลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก (Thai-ambulatory casemix classification, TACC)⁽⁶⁾ และ การจ่ายตามรายการกิจกรรม (fee-for-service)

ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย

บรรณาธิการ

References

1. Revolutionary Council's Announcement No. 103 B.E. 2515 (1972). The Royal Thai Government Gazette Special Volume 89, Section 41. 1972 Mar 16 [cited 2025 Sep 15]. Available from: <https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2515/A/041/1.PDF>. (in Thai)
2. Limstip P, Prasertsom P, Chalittikul W. Concepts and laws for developing dental services in state health security schemes. *Journal of Health Systems Research* 2025;19(3):245-61. (in Thai)
3. International Health Policy Program Foundation; Ministry of Public Health. Thai national health accounts 2020-2021 and projection of health expenditure 2022-2024. IHPP; 2023 Nov 22 [cited 2025 Sep 15]. Available from: https://ihppthaigov.net/sa22/publication/download/fl_1700627367561.pdf. (in Thai)
4. Social Security Office; Ministry of Labour. Worker's compensation fund. Annual report 2023 [cited 2025 Sep 15]. Available from: https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/0970d0f7b9ad5f864cf71a6e63c59953.pdf. (in Thai)
5. Khotthong K. Devalopment of casemix classification and relative cost weights for intermediate and long-term care (ILTC) in Thailand (unpublished Doctor of Philosophy). Social, Economic and Administrative Pharmacy Graduate Program, Faculty of Pharmacy. Bangkok: Mahidol University; 2024. (in Thai)
6. Thai CaseMix Centre. Expert meeting scrutinizing results of Thai ambulatory casemix development version 0.1.1. 2025 Aug 28 [cited 2025 Sep 15]. Available form: <https://www.tcmc.or.th/expert-panel-review-thai-ambulatory-care-case-mix-v-0.1.1-S0172>. (in Thai)

แนวโน้มการสั่งยาและผลลัพธ์ทางคลินิกของยากลุ่มสแตติน เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจแบบปฐมภูมิ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำปาง

นันทน์กัศ อภิสิทธิ์เกษม*

เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์†

สกนธ์ สุภากุล†

ผู้รับผิดชอบบทความ: นันทน์กัศ อภิสิทธิ์เกษม

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล: โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มโอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากโรคเบาหวานจะมีกระบวนการเมแทบอลิซึมของไขมันที่ผิดปกติ โดยมีระดับไตรกลีเซอไรด์และคอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำที่สูง จึงทำให้มีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดตามมา ควรป้องกันแบบปฐมภูมิโดยใช้ยาในกลุ่มสแตติน ดังนั้นจึงศึกษาแนวโน้มอัตราการสั่งจ่าย atorvastatin และ simvastatin ครั้งแรก เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และศึกษาผลของการเปลี่ยนยา atorvastatin จากบัญชียา เป็นบัญชียา ต่ออัตราการสั่งจ่ายในกลุ่มสแตติน อุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด และอาการไม่พึงประสงค์จากยากลุ่มสแตติน

ระเบียบวิธีศึกษา: ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำปาง ในช่วงปีงบประมาณ 2561–2565 จาก Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ศึกษาแนวโน้มอัตราการสั่งจ่าย atorvastatin และ simvastatin ครั้งแรกเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิ รูปแบบการวิจัย interrupted time series analysis ส่วนที่ 2 ศึกษาอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 1 ปี และอาการไม่พึงประสงค์ เปรียบเทียบระหว่าง atorvastatin กับ simvastatin ด้วยวิธี retrospective cohort study อุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 1 ปี คำนวณเป็นรายต่อ 1,000 คน-วัน และอาการไม่พึงประสงค์เปรียบเทียบระหว่าง atorvastatin กับ simvastatin นำเสนอข้อมูลเป็นร้อยละ

* นิสิตปริญญาโท หลักสูตรการจัดการเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

† ภาควิชาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Received 18 March 2025; Revised 1 June 2025; Accepted 15 September 2025

Suggested citation: Apisitikasem N, Kanjanarat P, Supakul S. Prescribing trends and clinical outcomes of statins for primary prevention of cardiovascular diseases in type 2 diabetes mellitus patients in community hospitals in Lamphang province. Journal of Health Systems Research 2025;19(3):223-44.

นันทน์กัศ อภิสิทธิ์เกษม, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, สกนธ์ สุภากุล. แนวโน้มการสั่งยาและผลลัพธ์ทางคลินิกของยากลุ่มสแตติน เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจแบบปฐมภูมิ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำปาง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2568;19(3):223-44.

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงปีงบประมาณ 2561–2565 ทั้งหมด 5,200 คน ได้รับยาสแตตินครั้งแรก มีจำนวน 662 คน ความชุกของการสั่งยาสแตตินคือร้อยละ 12.8 สัดส่วนการสั่งยาสแตตินมากที่สุดคือ simvastatin 20 mg, simvastatin 10 mg และ atorvastatin 40 mg ตามลำดับ หลังจากที่มีการปรับบัญชียา atorvastatin จากบัญชี ง เป็นบัญชี ข ส่งผลให้อัตราการสั่งยา simvastatin 10 mg และ atorvastatin 40 mg ครั้งแรกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่เพิ่มขึ้นคือ ร้อยละ 19.2 และ ร้อยละ 10.5 ตามลำดับ ทั้งนี้อัตราการสั่งยา simvastatin 20 mg ลดลงร้อยละ 4.3 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้นโยบายฯ (p -value > 0.05) และอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 1 ปีในผู้ป่วยที่ได้รับยา atorvastatin 40 mg และ simvastatin 10 หรือ 20 mg เท่ากับ 0.00671 และ 0.00896 ต่อ 1,000 คน-วัน อัตราส่วนอุบัติการณ์ เท่ากับ 0.75 (95%CI 0.02-4.68)

สรุปผลการศึกษา: การวิจัยนี้พบอัตราการสั่งยาสแตตินเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิในระดับต่ำ ไม่พบผลของการปรับบัญชียา atorvastatin จากบัญชี ง เป็นบัญชี ข ต่อการสั่งยา atorvastatin 40 mg, simvastatin 10 mg และ simvastatin 20 mg และพบอุบัติการณ์ของโรคหัวใจขาดเลือดใน 1 ปี ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยากลุ่มสแตตินอยู่ในระดับต่ำมาก

คำสำคัญ: ยาลดไขมันกลุ่มสแตติน, การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจแบบปฐมภูมิ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Prescribing Trends and Clinical Outcomes of Statins for Primary Prevention of Cardiovascular Diseases in Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Community Hospitals in Lampang Province

Nannapat Apisittikasem^{*}, Penkarn Kanjanarat[†], Sakon Supakul[†]

^{*} Graduate Student in the Master of Pharmacy Management Program, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

[†] Department of Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

Corresponding Author: Nannapat Apisittikasem, mewbfc.pharm@gmail.com

Abstract

Background and Rationale: Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is associated with an increased risk of cardiovascular diseases (CVD) due to abnormalities in lipid metabolism. Patients with T2DM commonly have elevated levels of triglycerides (TG) and low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), contributing to the development of atherosclerosis and subsequent cardiovascular occlusion. Primary prevention using statins therapy is therefore recommended to reduce the risk of CVD in this population. This study aimed to examine trends in first-time prescriptions of atorvastatin and simvastatin for primary prevention of CVD among patients with T2DM, and to evaluate the impact of reclassifying atorvastatin from the special-access drug list (List E) to the essential drug list (List B) on statin prescription rates, CVD incidence, and statin-associated adverse drug reactions (ADRs).

Methods: The study included T2DM patients receiving care at community hospitals in Lampang province between fiscal years 2018 and 2022, using data from the Ministry of Public Health's Health Data Center (HDC). The study was divided into two parts. Part 1 analyzed prescribing shifts using an interrupted time series (ITS) analysis. Part 2 assessed one-year incidence rates of CVD and ADRs in T2DM patients on atorvastatin and simvastatin for CVD primary prevention using a retrospective cohort study design. The CVD incidence was calculated as cases per 1,000 person-days and adverse drug reactions were reported as percentages.

Results: A total of 5,200 T2DM patients were identified between fiscal years 2018 and 2022. Initial statins prescriptions for CVD primary prevention were given to 662 patients, representing a prevalence

of 12.8%. The most commonly prescribed statins were simvastatin 20 mg, followed by simvastatin 10 mg and atorvastatin 40 mg. Following the drug list reclassification of atorvastatin, increased trends of simvastatin 10 mg and atorvastatin 40 mg were observed (19.2% and 10.5% respectively). Conversely, simvastatin 20 mg prescribing decreased by 4.3% (p -value > 0.05). A 1-year incidence rate of ischemic heart disease was 0.00671 per 1,000 person-days for patients receiving atorvastatin 40 mg, and 0.00896 per 1,000 person-days for simvastatin 10 or 20 mg. The incidence rate ratio was 0.75 (95% CI: 0.02–4.68).

Conclusion: This study revealed a relatively low rate of statins prescriptions for CVD primary prevention among T2DM patients. This study did not find the effect of prescribing shift or changes in CVD primary prevention in T2DM patients. Overall, the incidence of ischemic heart disease among statin-treated patients was low.

Keywords: statins, primary prevention of cardiovascular disease, type 2 diabetes mellitus

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases: CVD) เป็นกลุ่มโรคที่พบบ่อยและมีแนวโน้มการเป็นโรคสูงขึ้นทุกปี CVD เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีประชากรที่เสียชีวิตจาก CVD ประมาณ 17.9 ล้านคน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย CVD ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 มีการประมาณการว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ถึงร้อยละ 12 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด⁽²⁾ CVD ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดคือโรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease: IHD) ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อ CVD มีหลายปัจจัยที่สำคัญ คือ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีเกลือสูง และขาดการออกกำลังกาย⁽³⁾ และด้านภาวะโรคที่มีความเสี่ยง เช่น โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน⁽⁴⁾

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus: T2DM) เป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับ CVD ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิด CVD เพิ่มขึ้น เบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มการเกิด CVD มากกว่าคนปกติทั่วไป 2-4 เท่า⁽⁵⁾ จึงควรมีการป้องกันแบบปฐมภูมิ (primary prevention) ในผู้ป่วยที่ยังไม่แสดงอาการของ CVD โดยใช้ยาในกลุ่มสแตติน (statins) ซึ่งเป็นกลุ่มยาที่มีประสิทธิภาพที่ดีในการลดระดับ

low density lipoprotein-cholesterol (LDL-C)⁽⁶⁾ ตามเงื่อนไขที่ต้องใช้ statins เพื่อป้องกัน CVD ในแนวทางของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และแนวทางการรักษาของ European Society of Cardiology (ESC) และ European Atherosclerosis Society (EAS) ในการรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia: DLP) ปี 2020 กลไกการออกฤทธิ์ของยากลุ่ม statins ที่มีผลต่อ CVD คือ ยับยั้ง β -hydroxy β -methylglutaryl-coenzyme A (HMG-CoA) ในการสังเคราะห์คอเลสเตอรอลที่ตับ เป็นผลให้ total cholesterol (TC) และ LDL-C ลดลง ทำให้การทำงานของผนังหลอดเลือดชั้นในดีขึ้น ยับยั้งกระบวนการอักเสบของหลอดเลือด ลดการสร้างไฟบริโนเจนและทำให้เกิด fibrin stabilization ในปัจจุบันมียากลุ่ม statins ได้แก่ rosuvastatin, atorvastatin, simvastatin, fluvastatin, pravastatin และ pitavastatin⁽⁷⁾ การสั่งใช้ยากลุ่ม statins สำหรับใช้ในการป้องกัน CVD แบบปฐมภูมิจะขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ โดยเลือกยาจากกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับ พ.ศ. 2560 จนถึง พ.ศ. 2563 กำหนดให้ atorvastatin 40 mg เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งมีหลายข้อบ่งใช้ แต่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสมหรือเป็นยาที่มีราคาแพง จำเป็นสำหรับผู้ป่วยบางราย จนมีประกาศของบัญชียาหลัก

แห่งชาติ พ.ศ. 2564⁽⁸⁾ ให้ atorvastatin เฉพาะขนาด 40 mg เป็นยาบัญชี ข สามารถสั่งใช้แทนยา simvastatin ซึ่งเป็นยาบัญชี ก ได้ ยาบัญชี ข จะใช้สำหรับข้อบ่งใช้หรือโรคบางชนิดที่สั่งยาในบัญชี ก ไม่ได้ หรือไม่ได้ผล หรือใช้เป็นยาแทนยาในบัญชี ก ตามความจำเป็น ดังนั้น โอกาสการเข้าถึงยา atorvastatin 40 mg จึงเพิ่มขึ้น

จากงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ศึกษาอัตราการสั่งยาในกลุ่ม statins ที่แตกต่างกัน ศึกษาอัตราและแนวโน้มการสั่งยาในกลุ่ม statins ในภาพกว้างไม่เฉพาะกับการป้องกันโรค CVD แบบปฐมภูมิ และไม่มีการศึกษาระยะยาว มีเพียงการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาแบบสิทธิข้าราชการเท่านั้น เป็นงานวิจัยที่ดำเนินการ ณ สถานการณ์ที่ยา atorvastatin เป็นยาราคาแพงเมื่อ พ.ศ. 2554⁽⁹⁾ หรือเป็นงานวิจัยระดับสถานบริการโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กหนึ่งแห่งเท่านั้น⁽¹⁰⁾ ยังขาดการศึกษาผลของบัญชียาหลักแห่งชาติต่อพฤติกรรมคำสั่งใช้ยาในกลุ่ม statins ของแพทย์ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องทำงานวิจัยนี้ขึ้นมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวโน้มอัตราการสั่งใช้ยา atorvastatin และ simvastatin ครั้งแรก เพื่อป้องกันการเกิด CVD แบบปฐมภูมิในผู้ป่วย T2DM และศึกษาผลของการเปลี่ยนยา atorvastatin จากบัญชี ข เป็นบัญชี ข ต่ออัตราการสั่งใช้ยาในกลุ่ม statins รวมถึงอุบัติการณ์ของ CVD และอาการไม่พึงประสงค์จากยาในกลุ่ม statins

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวโน้มอัตราการสั่งใช้ยา atorvastatin และ simvastatin ครั้งแรก เพื่อป้องกัน CVD แบบปฐมภูมิ

รูปแบบการศึกษา

ศึกษาแบบ interrupted time series-analysis จากข้อมูลแฟ้มรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้มใน Health Data

Center (HDC)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยนอก T2DM โดยมีรหัสวินิจฉัยโรค E11 ตาม ICD-10 รับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โดยเก็บข้อมูลจาก รพช. ทั้งหมด 12 แห่งของจังหวัดลำปาง ในช่วงปีงบประมาณ 2561–2565

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้าการศึกษา

1. ผู้ป่วยนอกที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ตั้งแต่วันที่ขึ้นทะเบียนในระบบด้วยโรค T2DM
2. ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น T2DM มี ICD10 (E11) ร่วมกับการได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดทั้งรูปแบบยารับประทานหรือรูปแบบยาฉีด ตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป
3. ผู้ป่วย T2DM ที่เข้าเกณฑ์ในป้องกัน CVD แบบปฐมภูมิ
 - อายุ 40 ปีขึ้นไป หรือ
 - อายุ < 40 ปี และมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 2 ข้อขึ้นไป หรือ
 - อายุ < 40 ปี มีปัจจัยเสี่ยง 0-1 ข้อ (หาก LDL-C > 100 mg/dl จะเริ่มยาในกลุ่ม statins)
4. มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนหน้าไม่เกิน 3 เดือนจากวันที่สั่งใช้ยา ได้แก่ ค่า LDL-C และ FBS (fasting blood sugar)
5. มีสถานะยังรับการรักษาอยู่ (status 03 = ยังรักษาอยู่)
6. ได้รับยา statins ครั้งแรกในการป้องกัน CVD แบบปฐมภูมิ ภายใน 12 เดือนนับจากวันที่ขึ้นทะเบียนว่าเป็น T2DM (ไม่เคยเป็น CVD มาก่อนโดยดึงข้อมูลย้อนหลังปี 2560 เพื่อยืนยันการเป็น CVD ก่อนหน้า 12 เดือน ก่อนที่จะได้รับยา statins)

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรออกจากการศึกษา

ผู้ป่วย T2DM ที่เข้ารับบริการโดยมีการลงข้อมูลไม่ครบถ้วน ดังนี้ ไม่มีข้อมูลอายุ, ไม่มีประวัติการได้รับยาลดน้ำตาล, ไม่มีการตรวจ LDL-C หรือ FBS

ผู้ป่วย T2DM ที่มีประวัติแพ้ยากลุ่ม statins ในฐานะข้อมูล HDC ที่ไม่ได้บันทึกหรือบันทึกไม่ตรงกันระหว่างผู้ประเมินแต่ละคน

ผู้ป่วย T2DM ที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CVD มาก่อน ได้แก่ coronary artery bypass graft (CABG), percutaneous coronary intervention (PCI), ischemic stroke (IS), transient ischemic attack (TIA)

ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือหายไปในช่วงที่ทำการศึกษามีรหัสเพื่อคัดออกจากการศึกษาทั้งหมดดังนี้ หมายเลข 01 = หาย, 02 = ตาย, 04 = ไม่ทราบ, 05 = รอจำหน่าย/เผื่อไว้, 06 = ขาดการรักษาไม่มาติดต่อกัน, 07 = ครบการรักษา, 08 = โรคอยู่ในภาวะสงบ, 09 = ปฏิเสธการรักษา, 10 = ออกจากพื้นที่, 11 = กลับเป็นซ้ำ

ผู้ป่วย T2DM มีประวัติการรักษาด้วยยา atorvastatin และ simvastatin ก่อนหน้าอย่างน้อย 12 เดือน

เป็นผู้ป่วยภาวะเปราะบาง ได้แก่ มะเร็ง, สมอลเลียม, อัมพาต, การบำบัดทดแทนไต และได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ

มีข้อห้ามใช้จากการใช้ยา statins เช่น หญิงตั้งครรภ์ หญิงที่กำลังให้นมบุตร และผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับตับและไต

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลการวินิจฉัยโรค และโรคร่วม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

หาอัตราการเสี่ยงใช้ยากลุ่ม statins เป็นครั้งแรกเพื่อป้องกัน CVD แบบปฐมภูมิของผู้ป่วย T2DM เป็นข้อมูลรายเดือน จากฐานข้อมูล HDC แพ้มาตรฐาน 43 แพ้ในแต่ละปีงบประมาณระหว่างปี 2561-2565 เทากับ ผู้ป่วย T2DM ที่ได้รับยากลุ่ม statins ครั้งแรก หากด้วย ผู้ป่วย T2DM ทั้งหมด

หมายเหตุ : - ดูสัดส่วนการสั่งยา atorvastatin เปลี่ยนแปลงหรือไม่เมื่อเทียบกับก่อนการปรับเปลี่ยนบัญชียา

- ดูสัดส่วนการสั่งยา simvastatin เปลี่ยนแปลงหรือไม่เมื่อเทียบกับก่อนการปรับเปลี่ยนบัญชียา
- ดูอัตราการสั่งยา statins เพื่อป้องกัน CVD แบบปฐมภูมิเปลี่ยนแปลงหรือไม่เมื่อเทียบกับก่อนการปรับเปลี่ยนบัญชียา

3. คำนวณอัตราการสั่งยากลุ่ม statins แยกตามสิทธิการรักษา ประเภทของ รพ. และปัจจัยเสี่ยงในการกำหนดการเลือกใช้ยา simvastatin และ atorvastatin

4. สร้างกราฟแสดงอัตราการสั่งยา statins ครั้งแรกเพื่อป้องกัน CVD แบบปฐมภูมิ ของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน T2DM รายใหม่ในแต่ละเดือน เพื่อสังเกตแนวโน้มและเปลี่ยนแปลงเมื่อปรับบัญชียา ดูว่ามีค่าข้อมูลที่สูงหรือต่ำกว่าปกติ (outliers) หรือไม่ หากมีจะพิจารณาว่ามีปัจจัยอื่นที่สำคัญที่ส่งผลทำให้ค่าต่างๆ สูงหรือต่ำผิดปกติ หากไม่มีจะปรับค่าโดยใช้ค่าความชันเพื่อคำนวณอัตราการสั่งยาแล้วแทนค่าที่สูงหรือต่ำกว่าปกติ หากมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีหลักฐานชัดเจน เช่น นโยบายที่เกี่ยวข้อง จะเพิ่มตัวแปรปัจจัยนั้นเข้าในโมเดลเพื่อวิเคราะห์ผลทางสถิติด้วย

5. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม

5.1) ปัจจัยเสี่ยงต่อ CVD ได้แก่ เพศ อายุ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ LDL-C ก่อนหน้าไม่เกิน 3 เดือนในวินาทีสั่งใช้ยา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ค่าความดันช่วงบน (systolic blood pressure: SBP) ≥ 140 mmHg ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง การมีโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ≥ 126 mg/dl เส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI)

5.2) ระดับการให้บริการของโรงพยาบาลชุมชน แบ่งเป็น รพช.ขนาดใหญ่ (M2) เป็น รพช. 120 เตียงขึ้นไป มีแพทย์เฉพาะทาง จำนวน 2 แห่ง และ รพช.ขนาดกลาง (F2) เป็น รพช. 30-90 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง จำนวน 10 แห่ง

5.3) สิทธิการรักษาพยาบาล

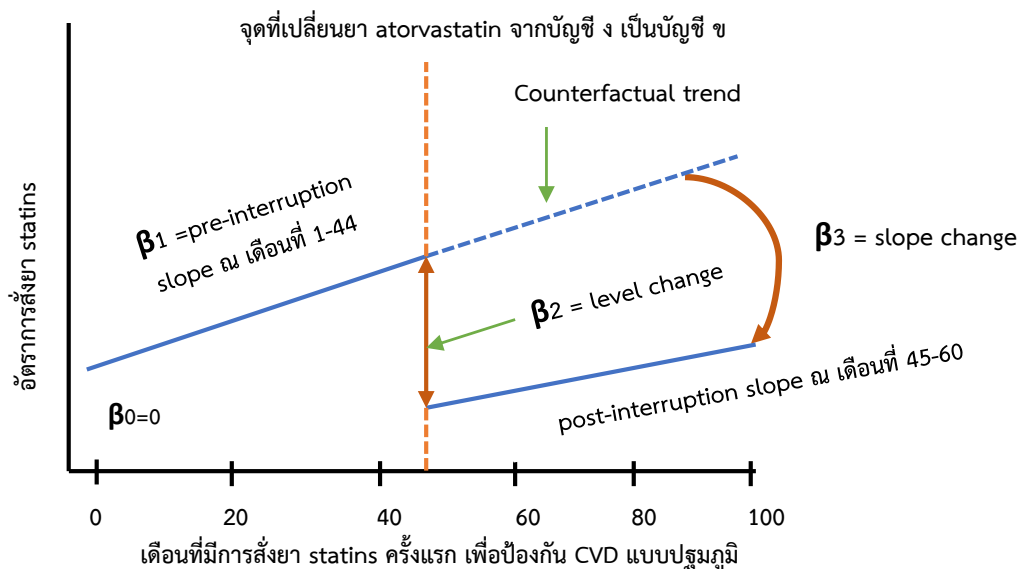
6. วิเคราะห์อนุกรมเวลา (interrupted-time series analysis) กำหนด 2 องค์ประกอบ คือ แนวโน้ม (trend: T) และ จุดเวลาที่เปลี่ยนยา atorvastatin จากบ๊วยซี ง เป็น บ๊วยซี ข (irregular: I) คือ โดยกำหนดเดือนที่ 1-44 เป็น 0 และเดือนที่ 45 เป็นต้นไปจนถึงเดือนที่ 60 เป็น 1 สมการอนุกรมเวลามีรายละเอียดดังนี้

$$Y = T + I$$

Y คือ อนุกรมเวลา T คืออิทธิพลของแนว

โน้มการสั่งยาสดเตตินในอดีต และ I คืออิทธิพลของความเปลี่ยนแปลง ในที่นี้คือปรับ atorvastatin จากบ๊วยซี ง เป็น บ๊วยซี ข

7. สร้างโมเดล autoregressive integrated moving average (ARIMA) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ auto regressive AR : (p), integrated (I) และ moving average MA : (q)



ภาพที่ 1 โมเดล autoregressive integrated moving average (ARIMA)

ค่าพารามิเตอร์ของโมเดล ARIMA (ตามภาพที่ 1) ประกอบด้วย β_0 คือค่าจุดตัดเมื่อเริ่มต้นวัดอัตราการสั่งยา statins เมื่อเดือน ต.ค. 2560, β_1 คือค่าความชัน (slope) เพื่อบอกแนวโน้มการสั่งยา statins ก่อนการปรับบ๊วยซี ยา atorvastatin ณ เดือนที่ 1-44, β_2 คือค่าพารามิเตอร์กำหนดความเปลี่ยนแปลง ณ เดือนที่ 45 หลังจากมีการปรับบ๊วยซียาแล้ว ซึ่งถูกประกาศในบ๊วยซีหลักแห่งชาติลงราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 และ β_3 คือค่าพารามิเตอร์ความเปลี่ยนแปลงของค่าความชันเมื่อ

เปรียบเทียบความชันหลังและก่อนปรับบ๊วยซียา กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ $p\text{-value} < 0.05$

ส่วนที่ 2 อุมัติการณของ CVD ใน 1 ปี และอาการไม่พึงประสงค์ เปรียบเทียบระหว่าง atorvastatin กับ simvastatin

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบ retrospective cohort study โดยใช้ข้อมูลการรักษาพยาบาล จากแฟ้ม

รายงานมาตรฐาน 43 แพ้ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยนอก T2DM มีรหัสการวินิจฉัยโรค E11 ตาม ICD-10 วิเคราะห์การรับบริการเฉพาะที่โรงพยาบาลชุมชน โดยเก็บข้อมูลจาก รพช.ทั้งหมด 12 แห่งของจังหวัดลำปาง ในช่วงปีงบประมาณ 2561–2565

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้าการศึกษา

ข้อ 1–6 ใช้เกณฑ์เดียวกับส่วนที่ 1 แนวโน้มอัตราการสั่งใช้ยา atorvastatin และ simvastatin ครั้งแรก เพื่อป้องกัน CVD แบบปฐมภูมิ เนื่องจากส่วนที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิก คืออุบัติการณ์ของ CVD นับจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนด้วย T2DM ที่มีความเสี่ยงในการเกิด CVD หลังจากเริ่มยา statins ภายในระยะเวลา 1 ปี ของแต่ละปีงบประมาณระหว่างปี 2561–2565 ซึ่งในที่นี้จะวินิจฉัย CVD ด้วย IHD มี ICD-10 คือ I20–I24 จากนั้นคำนวณเป็น cases per 1,000 person-days ดังนั้นผู้ป่วย T2DM ที่คัดเข้ามาในการศึกษาส่วนที่ 2 นี้จะต้องมีการรักษาด้วยยา atorvastatin หรือ simvastatin อย่างน้อย 12 เดือน นับจากวันที่ขึ้นทะเบียนว่าเป็นโรค T2DM และดูอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อสลาย (rhabdomyolysis) จากแฟ้มรายงานมาตรฐาน 43 แพ้มในฐานข้อมูล HDC ตั้งแต่เริ่มต้นที่มีการรักษาด้วยยา atorvastatin และ simvastatin ภายใน 12 เดือน

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรออกจากการศึกษา

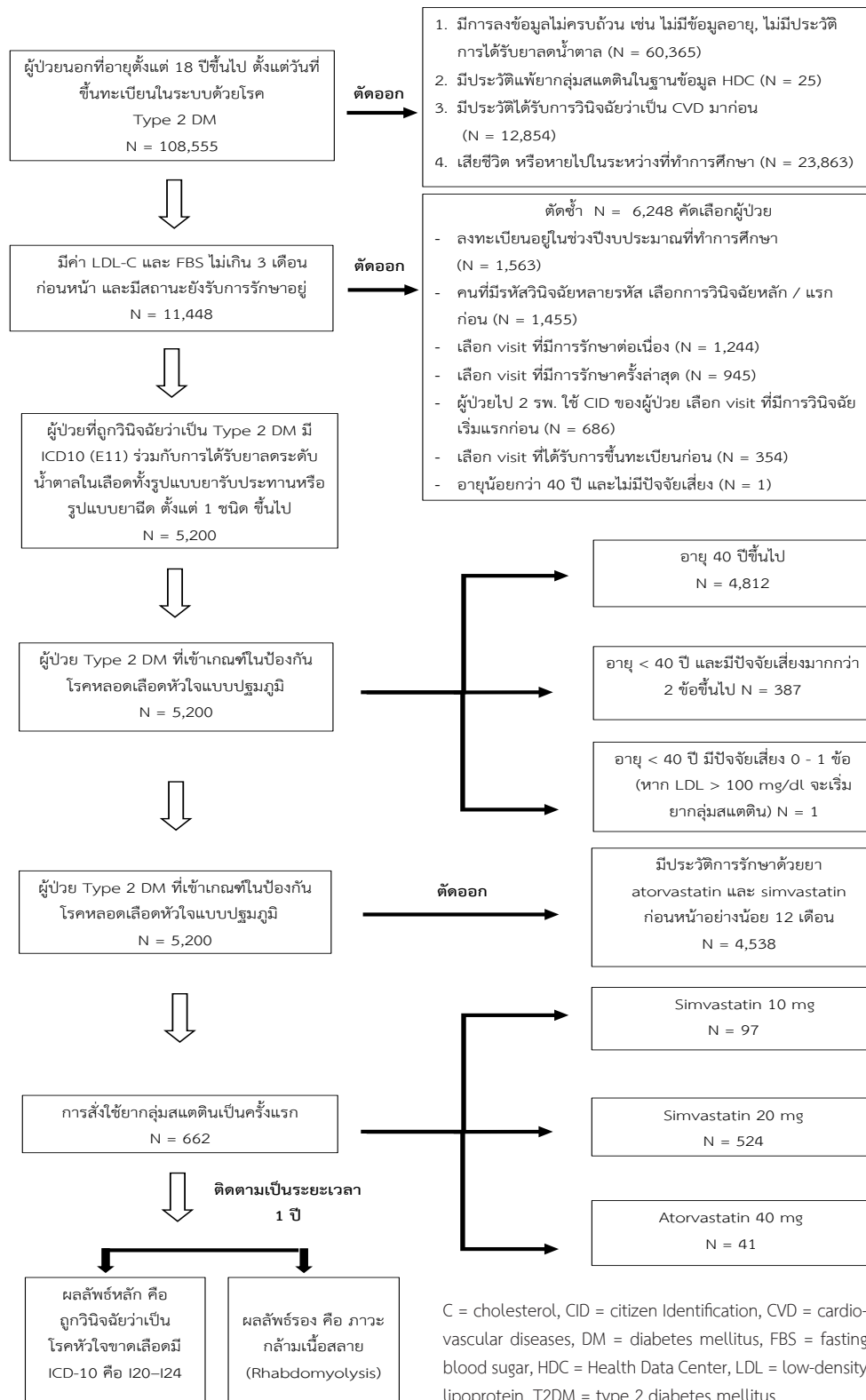
ข้อ 1–7 ใช้เกณฑ์คัดออก เช่นเดียวกับส่วนที่ 1 แนวโน้มอัตราการสั่งใช้ยา atorvastatin และ simvastatin ครั้งแรก เพื่อป้องกัน CVD แบบปฐมภูมิ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา mean $\pm$ SD, median (interquartile range), หรือจำนวน (ร้อยละ) อธิบายการเกิดของ CVD คำนวณเป็น cases per 1,000 person-days โดยใช้อัตรา incidence density หรืออัตรา (rate) ใช้สถิติ regression ที่ใช้คู่กับกรณีคำนวณ IRR (incidence rate ratio) คือสถิติ Poisson regression ที่มี multivariable analysis เพื่อลดปัจจัยรบกวน ผลข้างเคียงจากการใช้ยา categorical variable (ตัวแปรจัดกลุ่ม) นำเสนอเป็นเปอร์เซ็นต์และตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variables) นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) หรือช่วงความเชื่อมั่น 95% หรือค่ามัธยฐาน (พิสัยระหว่างควอไทล์) ตามความเหมาะสม

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำงานวิจัยในมนุษย์ (ethical committee approval) ของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หนังสือรับรองเลขที่ 020/2566/E รับรอง ณ วันที่ 9 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 8 มีนาคม 2567 จากนั้นจึงดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด



ภาพที่ 2 เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้า-ออกการศึกษา เพื่อดูอุบัติการณ์ของ CVD ใน 1 ปี และอาการไม่พึงประสงค์ เปรียบเทียบระหว่าง atorvastatin กับ simvastatin

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 แนวโน้มอัตราการสั้งใช้ยา atorvastatin และ simvastatin ครั้งแรก เพื่อป้องกัน CVD แบบปฐมภูมิ

ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะโดยรวมของผู้ป่วย T2DM ทั้งหมด 5,200 คน ที่เหมาะสมกับการประเมินการได้ยา statins เพื่อป้องกันแบบปฐมภูมิ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีค่าดัชนีมวลกาย 28 kg/m^2 ความยาวของเส้นรอบเอวล่าสุด 86 cm ค่าความดันช่วงบน 121 mmHg ระดับน้ำตาลในเลือด 95 mg/dl ส่วนใหญ่มีประวัติไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์

ไม่มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ลักษณะของผู้ป่วย T2DM ที่ได้รับยาและไม่ได้รับยา statins ที่แตกต่างกันมีนัยสำคัญคือ ผู้ป่วยกลุ่มได้รับยาป้องกันแบบปฐมภูมิมีสัดส่วนของเพศหญิงมากกว่า น้ำหนักตัว ส่วนสูง ดัชนีมวลกายมากกว่า เส้นรอบเอวล่าสุดมากกว่า ค่าความดันช่วงบนมากกว่า ระดับน้ำตาลในเลือด และประวัติดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา ทั้งนี้ กลุ่มที่ได้รับยา statins ส่วนใหญ่จะมีระดับ LDL $\geq 100 \text{ mg/dl}$ และมีอายุ ≥ 40 ปี อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา statins มีประวัติสูบบุหรี่ มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยา statins (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย T2DM ทั้งหมด

ลักษณะของผู้ป่วย	ผู้ป่วยทั้งหมด (n = 5,200)		ได้รับ statins (n = 662)		ไม่ได้รับ statins (n = 4,538)		p-value
เพศ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
- ชาย	2,245	43.2	301	45.5	1,944	74.9	0.030
- หญิง	2,955	56.8	361	54.5	2,594	25.1	
อายุ (ปี) mean $\pm$ sd	55.60 $\pm$ 10.93		58.94 $\pm$ 0.15		56.61 $\pm$ 10.26		0.077
น้ำหนัก (kg) mean $\pm$ sd	62.27 $\pm$ 15.95		65.35 $\pm$ 30.21		61.82 $\pm$ 12.52		0.003
ส่วนสูง (cm) mean $\pm$ sd	158.50 $\pm$ 8.56		158.61 $\pm$ 8.58		157.79 $\pm$ 8.40		0.021
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2) mean $\pm$ sd	28.06 $\pm$ 11.22		28.82 $\pm$ 12.47		27.30 $\pm$ 9.98		0.003
เส้นรอบเอวล่าสุด (cm) mean $\pm$ sd	85.66 $\pm$ 10.46		87.24 $\pm$ 9.88		85.40 $\pm$ 10.55		< 0.001
ค่าความดันช่วงบน (mmHg) mean $\pm$ sd	121.24 $\pm$ 18.59		121.57 $\pm$ 16.84		120.90 $\pm$ 20.35		< 0.001
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl) mean $\pm$ sd	95.43 $\pm$ 69.15		97.78 $\pm$ 69.86		93.15 $\pm$ 68.44		0.04
LDL-C (mg/dl)	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
- อายุ < 40 ปี							
- LDL-C < 100	1,898	36.5	1	0.1	1,897	41.8	0.16
- LDL-C $\geq$ 100	338	6.5	105	15.9	233	5.1	
อายุ $\geq$ 40 ปี							
- LDL-C < 100	2,287	44.0	45	6.8	2,242	49.4	0.22
- LDL-C $\geq$ 100	677	13.0	511	77.2	166	3.7	



ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย T2DM ทั้งหมด (ต่อ)

ลักษณะของผู้ป่วย	ผู้ป่วยทั้งหมด (n = 5,200)		ได้รับ statins (n = 662)		ไม่ได้รับ statins (n = 4,538)		p-value
สิทธิการรักษา	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	0.08
- หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า (UC ในเขต และนอกเขต)	2,115	40.7	524	79.2	1,591	35.1	
- สิทธิพิเศษเฉพาะกลุ่ม อนุเคราะห์	1,400	26.9	12	1.8	1,388	30.6	
- ประกันสังคม	1,007	19.4	64	9.7	943	20.8	
- ชำระเงิน	370	7.1	4	0.6	366	8.1	
- สวัสดิการข้าราชการ	308	5.9	58	8.8	250	5.5	
ชนิดของโรคเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	0.15
- เบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่ง อินซูลินร่วมกับไม่มี	3,808	73.2	444	67.1	3,364	74.1	
- ภาวะแทรกซ้อน (E119) เบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่ง อินซูลิน (E11)	1,308	25.2	188	28.4	1,120	24.7	
- เบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่ง อินซูลินร่วมกับภาวะ แทรกซ้อนทางไต (E112)	41	0.8	7	1.1	34	0.7	
- เบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่ง อินซูลินร่วมกับภาวะ แทรกซ้อนทางประสาท (E114)	29	0.6	16	2.4	13	0.3	
- เบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่ง อินซูลินร่วมกับภาวะ แทรกซ้อนทางตา (E113)	6	0.1	4	0.6	2	0.0	
- เบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่ง อินซูลินร่วมกับภาวะ แทรกซ้อน (E117)	5	0.1	1	0.2	4	0.1	
- เบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่ง อินซูลินร่วมกับภาวะ แทรกซ้อนอื่นที่ระบุ รายละเอียด (E116)	2	0.0	1	0.2	1	0.0	
- เบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่ง อินซูลินร่วมกับภาวะ แทรกซ้อนทางระบบ ไหลเวียนส่วนปลายหลาย อย่าง (E115)	1	0.0	1	0.2	0	0.0	

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย T2DM ทั้งหมด (ต่อ)

ลักษณะของผู้ป่วย	ผู้ป่วยทั้งหมด (n = 5,200)		ได้รับ statins (n = 662)		ไม่ได้รับ statins (n = 4,538)		p-value
โรครวม	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	0.062
- ไม่มีโรครวม	1,154	22.2	168	25.4	986	21.7	
- มีโรครวม							
- ความดันโลหิตสูง	3,339	64.2	315	47.6	3,024	66.6	
- อ้วน	25.4	4.9	76	11.5	178	3.9	
- ไตเรื้อรัง	239	4.6	47	7.1	192	4.2	
- ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	63	1.2	14	2.1	49	1.1	
- ไทรอยด์	36	0.7	10	1.8	26	0.6	
- เอคส์	33	0.6	9	1.4	24	0.5	
- หืด	27	0.5	8	1.2	19	0.4	
- มะเร็ง	19	0.4	6	0.9	13	0.3	
- ตับอักเสบเรื้อรัง/ตับแข็ง	16	0.3	4	0.6	12	0.3	
- ข้ออักเสบรูมาตอยด์	11	0.2	3	0.5	8	0.2	
- โลหิตจาง	5	0.1	1	0.2	4	0.1	
- วัณโรค	4	0.1	1	0.2	3	0.1	
ยารักษาโรคเบาหวานที่ได้รับ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	0.056
- metformin 500 mg	4,730	90.9	465	70.2	4,265	94.0	
- glipizide 5 mg	389	7.5	135	20.4	254	0.6	
- insulin	72	1.4	56	8.5	16	0.4	
- pioglitazone 15 mg	9	0.2	6	0.9	3	0.1	
- sitagliptin	1	0.0	1	0.2	0	0.0	
การสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	0.045
- สูบ	503	9.7	44	6.6	459	10.0	
- ไม่สูบ	4,611	88.7	588	88.8	4,023	88.7	
- ไม่มีข้อมูล	86	1.6	30	4.5	56	1.2	
การดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	< 0.001
- ดื่ม	819	15.8	124	18.7	695	15.3	
- ไม่ดื่ม	4,275	82.2	521	78.7	3,754	82.7	
- ไม่มีข้อมูล	106	2.0	17	2.6	89	2.0	
การมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	0.027
- มี	1,118	21.5	111	16.8	1,007	22.2	
- ไม่มี	3,754	72.2	434	65.6	3,320	73.2	
- ไม่มีข้อมูล	329	6.3	118	17.8	211	4.6	

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย T2DM ทั้งหมด (ต่อ)

ลักษณะของผู้ป่วย	ผู้ป่วยทั้งหมด (n = 5,200)		ได้รับ statins (n = 662)		ไม่ได้รับ statins (n = 4,538)		p-value
การมีประวัติคนในครอบครัว เป็นโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	< 0.001
- มี	1,204	23.2	142	21.5	1,062	23.4	
- ไม่มี	3,756	72.2	438	66.2	3,318	73.1	
- ไม่มีข้อมูล	240	4.6	82	12.4	158	3.5	

T2DM = type 2 diabetes mellitus, UC = universal coverage

การส่งใช้ยา atorvastatin และ simvastatin ครั้งแรกในผู้ป่วยโรค T2DM เมื่อจำแนกตามระดับการให้บริการของโรงพยาบาล ในช่วงปีงบประมาณ 2561-2565 (ก่อนและหลังที่มีการปรับยา atorvastatin จากยาบัญชี ง เป็น ยาบัญชี ข)

เมื่อจำแนกตามระดับ รพช. 12 แห่งในจังหวัดลำปาง ซึ่งมีโรงพยาบาลระดับ M2 เป็น รพช. เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย

(มี 120 เตียงขึ้นไป) และระดับ F2 ซึ่งเป็น รพช.ขนาดกลาง (มี 30-90 เตียง) พบว่า โรงพยาบาลขนาด F2 ไม่พบการส่งใช้ยา simvastatin 10 mg และโรงพยาบาลขนาด M2 มีการส่งใช้ยา statins ทุกชนิดและทุกความแรง อย่างไรก็ตาม ทั้งโรงพยาบาลขนาด M2 และ F2 ส่วนใหญ่มีการส่งใช้ยา simvastatin ขนาด 20 mg มากที่สุด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละการส่งใช้ยา statins ครั้งแรกในผู้ป่วยโรค T2DM เพื่อป้องกันการเกิด cardiovascular disease แบบปฐมภูมิ เมื่อจำแนกตามระดับของโรงพยาบาล

	Simvastatin 10 mg	Simvastatin 20 mg	Atorvastatin 40 mg	p-value
F2 (n = 87)	0	96.6	3.4	0.08
M2 (n = 575)	16.1	77.0	6.9	

T2DM = type 2 diabetes mellitus

จำนวนและร้อยละของการส่งใช้ยา atorvastatin และ simvastatin ครั้งแรก ในผู้ป่วยโรค T2DM จำแนกตามสิทธิการรักษา

ผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษามีการส่งใช้ยา simvastatin

20 mg มากที่สุด รองลงมาคือ atorvastatin 40 mg พบมากในกลุ่มอนุเคราะห์ สวัสดิการข้าราชการ และ ประกันสังคมตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละการสั่งใช้ยา statins ครั้งแรกในผู้ป่วยโรค T2DM เพื่อป้องกันการเกิด CVD แบบปฐมภูมิ เมื่อจำแนกตามสิทธิการรักษา

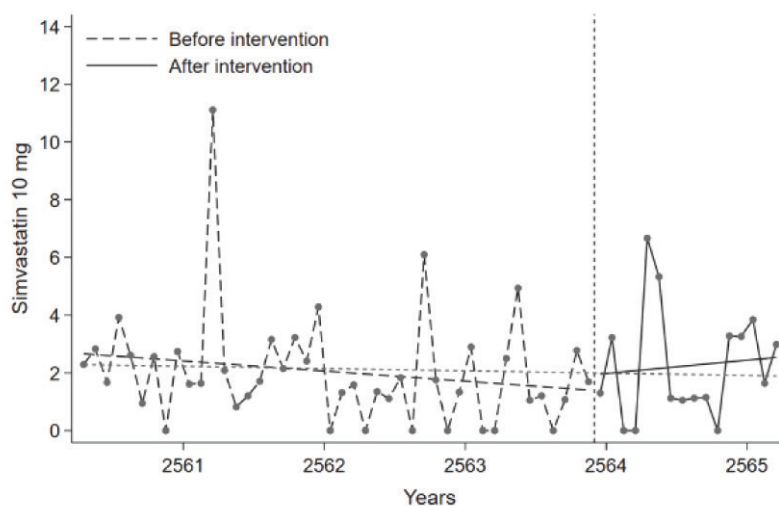
ชนิดยาและความแรงยา	จำนวนและร้อยละของการสั่งใช้ยา atorvastatin และ simvastatin ครั้งแรก ในผู้ป่วยโรค T2DM เพื่อป้องกันการเกิด CVD แบบปฐมภูมิ											
	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ในเขต) (n = 510)		ประกันสังคม (n = 64)		สวัสดิการข้าราชการ (n = 58)		สิทธิพิเศษเฉพาะกลุ่มอนุเคราะห์ (n = 12)		ข้าราชการ (n = 4)		หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นอกเขต) (n = 14)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Simvastatin 10 mg	25	4.9	5	7.8	2	3.4	1	8.3	0	0.0	3	21.4
Simvastatin 20 mg	441	86.5	48	75.0	44	75.9	8	66.7	4	100.0	10	71.4
Atorvastatin 40 mg	44	8.6	11	17.2	12	20.7	3	25.0	0	0.0	1	7.2

CVD = cardiovascular diseases, T2DM = type 2 diabetes mellitus

การวิเคราะห์อนุกรมเวลา (time series analysis)

จากการวิเคราะห์ด้วย interrupted time-series analysis (ITSA) ผลการวิเคราะห์หัตถิพลของนโยบายการปรับบัญชียา atorvastatin จากบัญชี ง เป็นบัญชี ข ต่อแนวโน้มการสั่ง simvastatin 10 mg พบว่า ภายหลังจาก

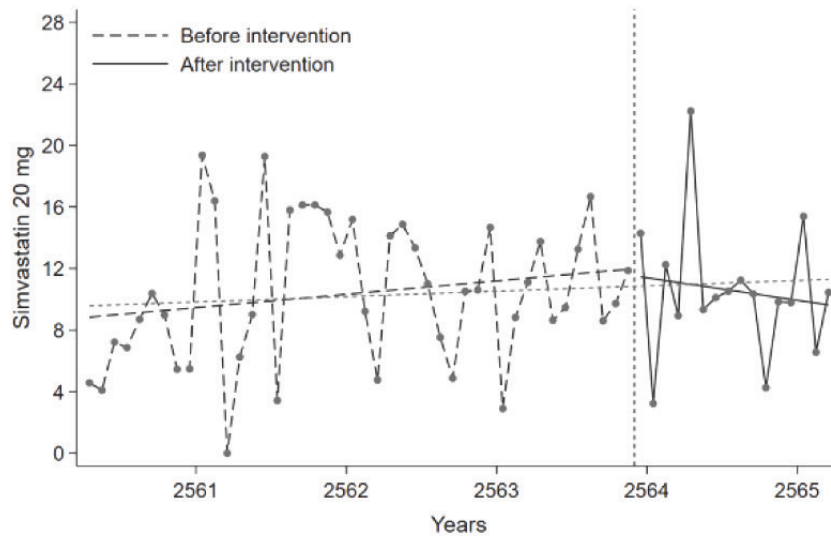
ที่มีการใช้นโยบายการปรับบัญชียา atorvastatin จากบัญชี ง เป็นบัญชี ข ส่งผลให้อัตราการสั่งยา simvastatin 10 mg เพิ่มขึ้น ร้อยละ 19.2 ดังภาพที่ 3 และตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้นโยบายฯ อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ



ภาพที่ 3 แนวโน้มอัตราการสั่งยา simvastatin 10 mg ในช่วงปีงบประมาณ 2561–2565

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของนโยบายการปรับบัญชียา atorvastatin จากบัญชี ข เป็นบัญชี ช ต่อแนวโน้มการสั่งยา simvastatin 20 mg พบว่าภายหลังจากที่มีการใช้นโยบายการปรับบัญชียา atorvastatin จากบัญชี ข เป็นบัญชี ช

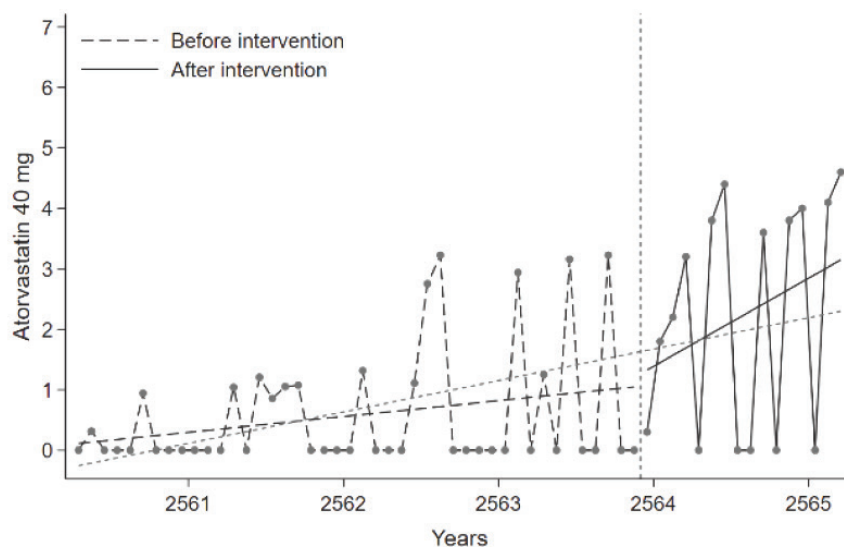
ส่งผลให้อัตราการสั่งยา simvastatin 20 mg ลดลง ร้อยละ 4.3 ดังภาพที่ 4 และตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้นโยบายฯ อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ



ภาพที่ 4 แนวโน้มอัตราการสั่งยา simvastatin 20 mg ในช่วงปีงบประมาณ 2561-2565

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของนโยบายการปรับบัญชียา atorvastatin จากบัญชี ข เป็นบัญชี ช ต่อแนวโน้มการสั่งยา atorvastatin 40 mg พบว่าภายหลังจากที่มีการใช้นโยบายการปรับบัญชียา atorvastatin จากบัญชี ข เป็น

บัญชี ช ส่งผลให้อัตราการสั่งยา atorvastatin 40 mg เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10.5 ดังภาพที่ 5 และตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้นโยบายฯ อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ



ภาพที่ 5 แนวโน้มอัตราการสั่งยา atorvastatin 40 mg ในช่วงปีงบประมาณ 2561-2565

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ผลกระทบของนโยบายการปรับปัญชียา atorvastatin จากปัญชี ง เป็นปัญชี ข ต่อดัชนีการสั่งยา statins

Variables	β	SE	T	p-value	(95%CI)
Simvastatin 10 mg					
INTERCEPT (β_0)	2.691	0.601	4.480	<0.001*	(1.488, 3.894)
TIME (β_1)	-0.029	0.023	-1.260	0.214	(-0.076, 0.017)
INTERVENTION (β_2)	0.517	1.180	0.440	0.663	(-1.846, 2.88)
TIME AFTER INTERVENTION (β_3)	0.068	0.109	0.620	0.537	(-0.15, 0.285)
Simvastatin 20 mg					
INTERCEPT (β_0)	8.767	1.409	6.220	<0.001*	(5.944, 11.59)
TIME (β_1)	0.072	0.055	1.330	0.189	(-0.037, 0.182)
INTERVENTION (β_2)	-0.377	2.768	-0.140	0.892	(-5.921, 5.168)
TIME AFTER INTERVENTION (β_3)	-0.194	0.255	-0.760	0.450	(-0.705, 0.317)
Total simvastatin					
INTERCEPT (β_0)	11.459	1.447	7.920	<0.001*	(8.561, 14.356)
TIME (β_1)	0.043	0.056	0.770	0.443	(-0.069, 0.155)
INTERVENTION (β_2)	0.140	2.841	0.050	0.961	(-5.552, 5.831)
TIME AFTER INTERVENTION (β_3)	-0.127	0.262	-0.480	0.631	(-0.651, 0.398)
Atorvastatin 40 mg					
INTERCEPT (β_0)	0.089	0.385	0.230	0.819	(-0.683, 0.861)
TIME (β_1)	0.022	0.015	1.460	0.150	(-0.008, 0.052)
INTERVENTION (β_2)	0.158	0.757	0.210	0.835	(-1.358, 1.674)
TIME AFTER INTERVENTION (β_3)**	0.100	0.070	1.430	0.159	(-0.04, 0.239)
Total statins					
INTERCEPT (β_0)	11.547	1.414	8.160	<0.001*	(8.714, 14.381)
TIME (β_1)	0.065	0.055	1.190	0.240	(-0.045, 0.175)
INTERVENTION (β_2)	0.298	2.778	0.110	0.915	(-5.267, 5.862)
TIME AFTER INTERVENTION (β_3)	-0.027	0.256	-0.100	0.917	(-0.540, 0.486)

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** การเปลี่ยนแปลงสัมพัทธ์ของ atorvastatin = $e^{\beta_3} - 1 = e^{0.100} - 1 = 1.105 - 1$ หรือ 10.5%

ส่วนที่ 2 อุบัติการณ์ของ CVD ใน 1 ปี และอาการไม่พึงประสงค์ เปรียบเทียบระหว่าง atorvastatin กับ simvastatin

อุบัติการณ์ของ CVD ใน 1 ปี

ผลการวิเคราะห์อุบัติการณ์ของ CVD ใน 1 ปี หลัง

จากที่ได้รับยา statins ครั้งแรกนับจากวันที่ขึ้นทะเบียนเป็น T2DM ในช่วงปีงบประมาณ 2561–2565 จำแนกผู้ป่วยที่ได้รับยา atorvastatin และยา simvastatin และ incidence rate ratio (IRR) ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 อุบัติการณ์ของ CVD ในผู้ป่วย T2DM ที่ได้รับยา atorvastatin และ simvastatin

ปัจจัย	จำนวนผู้ป่วยที่เกิด CVD	Person-days at risk	Incidence rate (case per 1,000 person - days)	IRR (95%CI)	p-value
Atorvastatin	1	14,912	.007	0.75 (0.02-4.68)	0.87
Simvastatin	20	223,109	.009	1.00	

CVD = cardiovascular diseases, IRR = incidence rate ratio, T2DM = type 2 diabetes mellitus

อุบัติการณ์ของ CVD ที่พบในกลุ่มได้รับยา atorvastatin และ simvastatin ในการศึกษานี้ต่ำมาก ผลการวิเคราะห์ด้วย multivariable Poisson regression เพื่อควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่ออุบัติการณ์ในการเกิด CVD ใน 1 ปี เปรียบเทียบกันระหว่าง simvastatin และ atorvastatin ค่า IRR (95%CI) เท่ากับ 0.75 (0.02-4.68) พบว่า atorvastatin มีอุบัติการณ์ของ CVD 0.75 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับอุบัติการณ์ของกลุ่มที่ได้รับ simvastatin อย่างไรก็ตาม ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อาการไม่พึงประสงค์ เปรียบเทียบระหว่าง atorvastatin กับ simvastatin

ในการศึกษาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการ

ได้รับยา atorvastatin และ simvastatin โดยอาศัยข้อมูลจากแฟ้มข้อมูล drug allergy ของฐานข้อมูล HDC (ตารางที่ 6) มีการรายงานการแพ้ยา 2 ประเภท คือ อาการไม่พึงประสงค์ (ADR) และ การแพ้ยา (allergy) ผู้ป่วย T2DM ที่ได้รับ statins เพื่อป้องกันการเกิด CVD แบบปฐมภูมิในรพช. ระหว่างปีงบประมาณ 2561–2565 มีทั้งหมด 662 คน พบว่า ยาที่ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อสลาย (rhabdomyolysis) คือ ยา simvastatin ซึ่งพบ 9 คน (ร้อยละ 1.4) นอกจากนี้ simvastatin ยังทำให้เกิดการแพ้ยาที่มีอาการอื่นๆ อีก 16 คน (ร้อยละ 2.4)

ตารางที่ 6 อาการไม่พึงประสงค์ เปรียบเทียบระหว่าง atorvastatin กับ simvastatin

ชื่อยาที่แพ้	ลักษณะการแพ้ยา	ยาทางเลือกอื่นที่เลือกใช้แทน	รหัสระดับความรุนแรงของการแพ้ยา	ผู้ให้ประวัติการแพ้ยา	จำนวนผู้ป่วยแพ้ยา	ร้อยละของผู้ป่วยที่แพ้ยา
คำอธิบาย	อาการแพ้ยา		1 = ไม่ร้ายแรง	1 = ผู้ป่วยให้ประวัติเอง 2 = ผู้ป่วยให้ประวัติจากการให้ข้อมูลของหน่วยบริการอื่น 3 = หน่วยบริการอื่นเป็นผู้ให้ข้อมูล 4 = หน่วยบริการแห่งนี้เป็นผู้พบการแพ้ยาเอง		คิดจากผู้ที่ได้รับ statins มีทั้งหมด 662 คน
Simvastatin	ADR	-	1	1	9	1.4
	Allergy	Atorvastatin	1	1	16	2.4

หมายเหตุ รหัสระดับความรุนแรงของการแพ้ยา ระดับความรุนแรงมี 8 ระดับ ดังนี้ 1. ไม่ร้ายแรง, 2. เสียชีวิต, 3. อันตรายถึงชีวิต, 4. ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล, 5. ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษานานขึ้น, 6. พิการ, 7. เป็นเหตุให้เกิดความผิดปกติแต่กำเนิด และ 8. ร้ายแรงอื่นๆ

วิจารณ์และข้อยุติ

ส่วนที่ 1 แนวโน้มอัตราการสั่งใช้ยา atorvastatin และ simvastatin ครั้งแรกเพื่อป้องกัน CVD แบบปฐมภูมิ

จากข้อมูลผู้ป่วย T2DM จำนวน 108,555 รายของ HDC การศึกษานี้ใช้ข้อมูลผู้ป่วยเพียง 5,200 ราย ที่ไม่เคยมี CVD มาก่อน ระหว่างปีงบประมาณ 2561–2565 จะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่หายไปในช่วงการเก็บข้อมูลโดยถูกคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า และคัดออก อาจเกิดอคติในการศึกษานี้ได้ ได้แก่ อคติจากการคัดเลือกตัวอย่าง

หากกระบวนการคัดเลือกผู้ป่วย 5,200 ราย ไม่ได้สุ่มหรือไม่เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด อาจทำให้ผลการศึกษาเบี่ยงเบน เช่น คัดเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบ ทำให้คนที่ขาดข้อมูลถูกตัดออก อคติจากข้อมูลไม่ครบหรือไม่ถูกต้อง อาจเกิดจากข้อมูลใน HDC มี missing data, ผิดพลาด, ข้อมูลบางตัว เช่น lab หรือประวัติการใช้ยา มีไม่

ครบทุกคน และอคติจากการตัดกลุ่มบางกลุ่มออกหากมีเกณฑ์การคัดออกที่เข้มงวดเกินไป ตัวผู้ป่วยที่ไม่มีผลตรวจ LDL, HbA1c ฯลฯ จะทำให้กลุ่มที่ถูกศึกษา แตกต่างจากความเป็นจริง นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ลักษณะผู้ป่วยพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ได้รับ statins กับไม่ได้รับ เช่น เพศ น้ำหนัก BMI ความดันโลหิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิ UC และได้รับยา metformin เป็นยาลดน้ำตาลตัวแรก โรคร่วมที่พบบ่อยคือความดันโลหิตสูงซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด CVD

จากการศึกษาพบว่า อัตราการสั่งใช้ยา statins ครั้งแรกเพื่อป้องกัน CVD ในผู้ป่วย T2DM รายใหม่ในรพ.ชุมชนยังต่ำ (12.8%) เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยต่างประเทศที่มีอัตราสูงกว่ามาก (40–70%)⁽¹¹⁾ อาจเนื่องจากการขาดแนวทางหรือมาตรการประเมินความเสี่ยงของการเกิด CVD ที่ชัดเจน มีการคัดผู้ป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องกับ CVD ออกจากการศึกษา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคของหลอดเลือดแดง (รวมถึงหลอดเลือดแดงย่อยและหลอดเลือดแดง

ฝอย) โรคหลอดเลือดดำ โรคท่อน้ำเหลืองและต่อมน้ำเหลือง กลุ่มที่มีได้จำแนกไว้ที่ใด กลุ่มที่มีความผิดปกติอื่นและที่ไม่ระบุรายละเอียดของระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้ได้จำนวนผู้ป่วย T2DM ที่น้อย และการใช้ statins เพื่อป้องกัน CVD แบบปฐมภูมิ ยังมีข้อจำกัดในด้านการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด CVD ของผู้ป่วย

จำแนกตามระดับการให้บริการของโรงพยาบาล

ผู้ป่วยของ รพช.ขนาด M2 มีโอกาสเข้าถึงยาและการใช้ยา atorvastatin และ simvastatin ได้มากกว่ารพช.ขนาด F2 ซึ่งเป็นรพช.ขนาดกลางที่มีขนาดเล็กกว่า แต่อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีข้อจำกัดในด้านการเข้าถึงยาทั้งในแง่ของการจัดหาและต้นทุนยา เนื่องจากงบประมาณที่จำกัดหรือข้อจำกัดในด้านการขนส่ง จัดหา จัดซื้อยา และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำหรือปานกลางอาจไม่ได้รับการสั่งใช้ยา statins เนื่องจากยังไม่มีมีการประเมินความเสี่ยงที่ละเอียดพอและการขาดแคลนบุคลากรที่สามารถให้คำแนะนำอย่างครบถ้วน การใช้ยาในรพช.มักเน้นไปที่การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงหรือเน้นการรักษาในระดับอาการ (secondary prevention) มากกว่าในระดับปฐมภูมิ

จำแนกตามสิทธิการรักษา

จากการศึกษาการใช้ยากลุ่ม statins ครั้งแรกในผู้ป่วย T2DM เพื่อป้องกันการเกิด CVD แบบปฐมภูมิ เมื่อจำแนกตามสิทธิการรักษา พบว่า simvastatin 20 mg เป็นยาที่ใช้มากที่สุดในทุกสิทธิการรักษา โดยเฉพาะในกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ในเขต) (86.5%) สอดคล้องกับการศึกษาการใช้ยาลดไขมันในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่⁽¹²⁾ พบว่า simvastatin เป็นยาที่มีการสั่งใช้มากที่สุดในกลุ่ม statins และเป็นยาตัวแรกที่แพทย์มักจะเลือกใช้ในทุกสิทธิการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขณะที่ atorvastatin 40 mg ถูกใช้มากในกลุ่มข้าราชการ (20.7%) และสิทธิพิเศษเฉพาะกลุ่มธนาคาร (25.0%) ซึ่งอาจสะท้อนถึงความแตกต่างใน

การเข้าถึงยาที่มีประสิทธิภาพสูงตามสิทธิการรักษา

การวิเคราะห์อนุกรมเวลา

การเปลี่ยนสถานะยา atorvastatin จากบัญชี เป็นบัญชี ข ส่งผลให้แพทย์สามารถสั่งยาได้ง่ายขึ้น ไม่ต้องเป็นแพทย์เฉพาะทาง ทำให้อัตราการสั่งใช้ยา atorvastatin 40 mg เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วย T2DM รายใหม่และมีความเสี่ยงต่อ CVD สูง เนื่องจากยา atorvastatin 40 mg จัดอยู่ในกลุ่ม statins ที่มีความแรงสูง (high-intensity statin) มีประสิทธิภาพในการลด LDL-C ได้มากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งเป็นผลจากการศึกษาของ Jose MA และคณะ⁽¹³⁾ ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของยา atorvastatin เปรียบเทียบกับ simvastatin พบว่ายา atorvastatin มีประสิทธิภาพในการลด LDL-C ได้ดีกว่า simvastatin อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ LDL-C ($p < 0.001$) ขณะที่แนวโน้มการสั่งใช้ simvastatin 20 mg ลดลง เนื่องจากแพทย์บางรายเปลี่ยนไปใช้ยา high-intensity statin แทน moderate-intensity statin เพื่อต้องการลดระดับ LDL-C ให้ถึงเกณฑ์เป้าหมายได้อย่างรวดเร็ว ตามแนวทางในการป้องกัน CVD ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้ที่มีความเสี่ยงสูง หรือมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เคยได้รับ simvastatin มีโอกาสกลับมาเป็น CVD ซ้ำ และมี ADR มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษา The Collaborative Atorvastatin Diabetes Study⁽¹⁴⁾ ทำการศึกษาในผู้ป่วย T2DM จำนวน 2,838 คน พบว่าผู้ป่วยที่ได้ยา atorvastatin จะลดโอกาสการเกิด CVD มากกว่ากลุ่มที่ได้ยาหลอกร้อยละ 37 แต่ผลการศึกษาของ The Atorvastatin Study for Prevention of CHD Endpoints in Non-insulin-dependent diabetes mellitus⁽¹⁵⁾ ในผู้ป่วย T2DM จำนวน 2,410 คน กลับพบว่ากลุ่มที่ได้รับ atorvastatin และกลุ่มที่ได้ยาหลอกมีการเกิด CVD แตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามในการศึกษาผลลัพธ์การลดลงของค่า LDL และ high sensitivity C-reactive protein (CRP) ในผู้ป่วย T2DM ที่ใช้ยา simvastatin และ atorvastatin⁽¹⁶⁾ ผลการศึกษา

หลังจากใช้ยาไป 3 เดือนพบว่า atorvastatin มีค่า CRP ลดลงมากกว่า simvastatin อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการลดลงของค่า CRP จะส่งผลช่วยลดอัตราการเกิด CVD ได้ นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง simvastatin 10 mg กับ 20 mg พบว่า simvastatin 10 mg มีแนวโน้มการส่งไขมันเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยเฉพาะราย เช่น ผู้ป่วยเอชไอวี ซึ่งนำเข้ามาในการศึกษานี้ด้วย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีโอกาสรอดชีวิตในระหว่างที่ทำการรักษา และสามารถเกิดอุบัติการณ์ของ CVD ได้เช่นกัน ในกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีนี้ แพทย์ผู้สั่งยาบางรายจะมีข้อจำกัดที่เริ่มต้นด้วยการใช้ยา simvastatin 10 mg ก่อนเป็นอันดับแรก แม้ว่า จะไม่มีการตรวจเลือดก่อนเริ่มยา เนื่องจากยาต้านเอชไอวีบางตัว มีผลทำให้ไขมันในเลือดสูง อีกทั้งผู้ป่วย T2DM บางรายที่แม้จะมีระดับ LDL < 100 mg/dl แพทย์ก็จะมัก เริ่มต้นด้วยการส่งยา simvastatin 10 mg ซึ่งเป็นขนาดต่ำก่อน เพื่อป้องกันการเกิด CVD แบบปฐมภูมิ รวมถึงรพช.ขนาดเล็กที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางและมีจำนวนผู้ป่วยน้อย จึงทำให้โอกาสการเข้าถึงยา simvastatin 10 mg มีมากกว่าขนาด 20 mg จากข้อจำกัดดังกล่าว จึงทำให้การส่งยา simvastatin 20 mg ลดลง ดังนั้น การวิเคราะห์ ITSA แสดงให้เห็นว่า แพทย์ยังมีการเลือกจ่าย statins ตามแนวทางการรักษา และพิจารณาปัจจัยด้านประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และงบประมาณการจัดซื้อ จัดหายาร่วมด้วยในการพิจารณาเลือกส่งยาให้แก่ผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 อุบัติการณ์ของ CVD ใน 1 ปี และอาการไม่พึงประสงค์ เปรียบเทียบระหว่าง atorvastatin กับ simvastatin

การได้ยา statins กับผลลัพธ์ทางคลินิก

การศึกษาใน รพ.ชุมชน จ.ลำปาง ปีงบประมาณ 2561–2565 พบว่าผู้ป่วย T2DM ที่ได้ยา atorvastatin มีอุบัติการณ์ของ CVD น้อยกว่าที่ได้ simvastatin (0.75 เท่า) แต่นับว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p -value = 0.87) อาจเกิดจากระยะเวลาในการติดตามสั้นเพียง 1 ปี และขนาดตัวอย่างไม่เพียงพอ การที่พบว่า กลุ่มที่ได้ atorvastatin มีอุบัติการณ์ของ CVD ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้ simvastatin แม้จะไม่มีความสำคัญนั้น ก็สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น ASPEN⁽¹⁵⁾ และ IDEAL⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า atorvastatin ช่วยลดการเกิด myocardial infarction ได้ดีกว่า simvastatin การใช้ยา statins มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงในการเกิด CVD ได้ร้อยละ 20-40 โดยเฉพาะในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง และช่วยลดการเสียชีวิตจาก CVD การศึกษา Cholesterol Treatment Trialists Collaboration⁽¹⁸⁾ พบว่า statins ลดความเสี่ยงของการเกิด major vascular events ในแต่ละปีที่ผ่านมาได้ถึง 1 ใน 4 ของการลดลงของ LDL-C 1 mmol/L ในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ทั้งที่มีความเสี่ยงต่ำและสูง การลด LDL-C เป็นแนวทางการรักษาในปัจจุบัน ที่สามารถลดความเสี่ยงในการเกิด cardiovascular events ของผู้ป่วยแต่ละรายจากการศึกษา ASCOT-LLA⁽¹⁹⁾ พบว่า statins ลด major cardiovascular events ได้ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อน โดยพบ major cardiovascular events ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ได้รับ statins เพียงร้อยละ 9.2 ขณะที่พบในผู้ป่วยฯ ที่ได้รับยาหลอกร้อยละ 11.9 มีค่า HR = 0.77, 95%CI = 0.61-0.98; p -value = 0.03 อีกทั้งมีการศึกษาในสถานพยาบาลปฐมภูมิ แคว้นกาตาลูญญา ระหว่างปี 2007–2018⁽²⁰⁾ พบว่า อุบัติการณ์ของ CVD เพิ่มขึ้น หากไม่ได้รับยา statins ในการป้องกันการเกิด CVD จากร้อยละ 18.4 เป็น 24.4 และการใช้ยา statins สามารถลด LDL-C ให้ < 100 mg/dl ได้ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.4 เป็น 48.4

อาการไม่พึงประสงค์ เปรียบเทียบระหว่าง atorvastatin กับ simvastatin

simvastatin มีการรายงานอาการไม่พึงประสงค์มากกว่า atorvastatin โดยมีผู้ป่วยเกิดภาวะ rhabdomyolysis 9 คน (1.36%) และแพ้ยา 16 คน (2.41%) ขณะที่การศึกษานี้ไม่พบรายงาน rhabdomyolysis ของยา

atorvastatin ปกติ แพทย์จะมีการสั่งใช้ยา simvastatin มากกว่า atorvastatin เพื่อให้ตรงตามเงื่อนไขและแนวทางการรักษาในปัจจุบัน แพทย์จะสั่ง atorvastatin ก็ต่อเมื่อต้องการลดระดับ LDL-C ให้ถึงเป้าหมายอย่างรวดเร็ว การใช้ simvastatin ขนาดสูงหรือร่วมกับยาอื่นเพิ่มความเสี่ยง ADR มากขึ้น จึงพบรายงานการเกิด ADR จาก simvastatin ที่มากกว่า atorvastatin นอกจากนี้การที่มีรายงานการเกิด ADR น้อย อาจเกิดจากการบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้องและไม่สมบูรณ์ การศึกษาที่พบปัญหาจากการใช้ยา statins คือ อาการปวดกล้ามเนื้อ พบได้ประมาณ 5%-10% การศึกษา Cai และคณะ⁽¹¹⁾ จากการวิเคราะห์ห่อถักเพื่อศึกษาเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ของยา statins ในการป้องกันการเกิด CVD แบบปฐมภูมิ พบว่ายา atorvastatin เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อกล้ามเนื้อ odds ratio = 1.06 (95% CI 0.90 - 1.26) ขณะที่ simvastatin odds ratio = 0.64 (95% CI 0.31 - 1.32) อย่างไรก็ตาม simvastatin มีความเสี่ยงสูงในการเกิด rhabdomyolysis โดยเฉพาะเมื่อใช้ในขนาดสูง (> 40 mg/day) ขนาดยาที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ simvastatin อาจเกิดอันตรกิริยากับยาหลายชนิดมากกว่า atorvastatin ซึ่งทำให้เกิดการเพิ่มระดับยาในเลือดและเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด ADR รายงานการพบ ADR และการแพ้ยา simvastatin ที่มากกว่า atorvastatin นั้น สาเหตุหลักอาจมาจากการเข้าถึงยา simvastatin ของผู้ป่วยหรือถูกสั่งใช้ยาโดยแพทย์ได้มากกว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับ simvastatin จึงมีโอกาสเกิด ADR และเกิดอาการแพ้ยาได้มากกว่า atorvastatin

สำหรับงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดในเรื่อง การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยา statins พบว่าเภสัชกรแต่ละคนมีการประเมินอาการไม่พึงประสงค์ไม่เหมือนกัน ด้วยความรู้ ประสบการณ์ และแนวทางการประเมิน ส่งผลต่อการลงข้อมูลและวินิจฉัยอาการไม่พึงประสงค์ของยา statins เภสัชกรบางรายไม่ได้เป็นผู้ประเมินอาการแพ้ยา

ด้วยตนเอง ในผู้ป่วยที่ให้ประวัติว่าแพ้ยา statins แต่ก็ลงข้อมูลในระบบเพื่อเฝ้าระวังการใช้ยาดังกล่าว ในการวิจัยนี้ใช้การบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูล ซึ่งอาจมีข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้รายงานผลข้างเคียงทั้งหมด หรือมีผลข้างเคียงที่ไม่ชัดเจน อาจมีข้อจำกัดในการนำผลส่วนอาการไม่พึงประสงค์ไปใช้อธิบายในการเลือกชนิดยา statins และการศึกษาไม่ได้ดึงข้อมูลค่า alanine aminotransferase (ALT) และค่า creatine phosphokinase (CPK) เพื่อดูข้อห้ามใช้และผลข้างเคียงจากการใช้ยา statins รวมถึงไม่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับอันตรกิริยาที่เกิดกับยา statins เนื่องจากอาจส่งผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้ จึงมีข้อจำกัดในการนำผลด้านอาการไม่พึงประสงค์ไปใช้ นอกจากนี้การวิจัยนี้ประเมินเฉพาะผลลัพธ์ของการสั่งใช้ยาในกลุ่ม statins คืออุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเท่านั้น โดยดึงข้อมูลเพื่อดูอุบัติการณ์หลังจากที่มีการสั่งใช้ยาในกลุ่ม statins ใน 1 ปี แต่ยังไม่ได้นำถึงผลลัพธ์อื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจอื่นที่นอกเหนือจากโรคหัวใจขาดเลือด การศึกษานี้มีการเก็บข้อมูลโดยใช้ข้อมูลการรักษาพยาบาลจากแฟ้มรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม ของฐานข้อมูล HDC ของจังหวัด การใช้ฐานข้อมูล HDC ในการศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการที่อาจนำไปสู่อคติ (bias) ในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลได้หลายประการ อันดับแรก คือ อคติจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection bias) เนื่องจากข้อมูลส่วนใหญ่ได้มาจากผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนเพียง 12 แห่งในจังหวัดลำปางเท่านั้น ไม่สามารถนำข้อมูลที่ได้เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดในประเทศได้ซึ่งอาจมีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มที่ศึกษาอันดับถัดมา คือ อคติจากข้อมูลไม่สมบูรณ์ (information bias) เช่น ข้อมูลอายุ การวินิจฉัยโรคที่ขาดหายหรือบันทึกไม่ครบถ้วน ไม่มีประวัติการได้รับยาลดน้ำตาล มีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม statins ข้อมูลที่ได้บางข้อมูลผู้ป่วยอาจมีการปกปิดข้อมูล เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน จึง

เป็นข้อมูลที่มีอคติ จากการชักประวัติผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อความแม่นยำของการวิเคราะห์ นอกจากนี้ ยังพบอคติจากข้อมูลซ้ำซ้อน (duplicate records bias) ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการในหลายสถานพยาบาล แม้ว่าจะคัดผู้ป่วยที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชนที่ซ้ำกันออกและเลือก visit ที่มีการวินิจฉัยครั้งแรกแล้ว ก็เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้รวมถึง อคติจากการจัดกลุ่มผิดพลาด (misclassification bias) ซึ่งเกิดจากการวินิจฉัยโรคที่คลาดเคลื่อนหรือไม่ได้มาตรฐาน และ อคติจากข้อมูลสูญหาย (missing data bias) ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างกระบวนการจัดเก็บและรายงานข้อมูล ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาได้

อย่างไรก็ตามสามารถนำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้ไปใช้ในการสนับสนุนเชิงนโยบาย ให้เพิ่มการสั่งจ่ายยา statins ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิ ข้อมูลแนวโน้มการใช้ยา และการเปลี่ยนสถานะ atorvastatin เป็นบัญชี ข ช่วยวางแผนนโยบายจัดซื้อยาในโรงพยาบาลให้เหมาะสม ส่งเสริมการจัดซื้อยา ร่วม ควบคุมราคา ยา อ้างอิงจากข้อมูลของปริมาณการสั่งจ่าย การเปรียบเทียบ atorvastatin กับ simvastatin จะช่วยให้แพทย์เลือกยาที่มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยมากขึ้น กระตุ้นแพทย์ให้ตระหนักถึงการให้ statins โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ควรได้รับแต่ยังไม่ได้รับการรักษา และนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาในระดับโรงพยาบาลได้ เช่น จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ กำหนดตัวชี้วัดในการให้ยา statins คัดกรองผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับยา statins อบรมและแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้ยังไม่ได้ศึกษาถึงผลลัพธ์ทางคลินิกอื่นๆ เช่น ระดับ LDL, HDL, total cholesterol ควรมีการศึกษาครั้งต่อไปในระยะยาว และควรเก็บกลุ่มตัวอย่างให้ได้จำนวนที่

เพียงพอ เพื่อติดตามดูประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการใช้ยา statins

ควรทำการศึกษาในเรื่องค่าใช้จ่ายจากการใช้ยา statins เปรียบเทียบกันแต่ละชนิด เพื่อดูความคุ้มค่าทางการแพทย์ด้านต้นทุนประสิทธิผล และทำการศึกษาในเรื่องของยาต้นแบบและยาชื่อสามัญของยา atorvastatin เพื่อให้ได้ยาที่ราคาถูกลงและจัดซื้อยาได้เพิ่มขึ้น

ในอนาคตควรเก็บข้อมูลปัจจัยอื่นๆ เพื่อประเมิน Framingham risk score ของผู้ป่วยแต่ละรายเพิ่มเติม เพื่อลดข้อจำกัดของการศึกษาแบบ retrospective cohort study ที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัวที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนและได้รับความช่วยเหลือจากหลายๆ ฝ่าย ขอขอบคุณสำนักทะเบียนและประมวลผล คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลถึงงบประมาณจากเงินรายได้ เพื่อสนับสนุนการจัดทำวิจัยจนสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์

References

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases overview. [internet]. 2021 [cited 2021 Aug 3]. Available from: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. Coronary artery disease (CAD) situation report, 2018 [internet]. 2018 [cited 2021 Aug 9]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1081120191227091554.pdf>. (in Thai)
3. World Health Organization (WHO). Cardiovascular diseases (CVDs) [internet]. 2021 [cited 2021 Aug 11]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>.
4. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent

- Secretary, Ministry of Public Health. Public Health Statistics [internet]. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2018 [cited 2021 Aug]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/node/232. (in Thai)
5. Bertoluci MC, Rocha VZ. Cardiovascular risk assessment in patients with diabetes. *Diabetol Metab Syndr*. 2017;9:25.
 6. Royal College of Physicians of Thailand. Clinical practice guideline for the use of lipid-lowering agents to prevent cardiovascular disease. Pathum Thani: A-Plus Print; 2017.
 7. Srisawat K, Sriassadaporn S. Care and prevention of foot ulcers in diabetic patients. In: Sriassadaporn S, Nithiyanan W, editors. *Diabetes mellitus*. 1st ed. Bangkok: Romyen Media; 2005. p. 583-608. (in Thai)
 8. Hengrassamee K, Kehasukcharoen W. Nonthaburi: Chest Disease Institute; 2014. (in Thai)
 9. Muenpa R, Arkleephan C, Siriranyakit B, Treesak C, Cheawchanwattana A, Limwattananon S, et al. Frontiers of knowledge: a decade experience of hospital-based drug use evaluation [internet]. *Journal of Health Science* 2004 [cited 2025 May 31];13(3):277-90. Available from: https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/245/2004_DMJ49_%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B9%81%E0%B8%94%E0%B8%99%E0%B9%81%E0%B8%AB%E0%B9%88%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%A3%E0%B8%B9%E0%B9%89.pdf?sequence=1&isAllowed=y. (in Thai)
 10. Detphuttawat V, Yadee J. Survey of statin utilization for the primary prevention of cardiovascular disease in diabetic patients in concordance with clinical practice guideline on pharmacologic therapy of dyslipidemia for atherosclerotic cardiovascular disease prevention 2016: a case study at Doi Lo Hospital, Chiang Mai Province [internet]. Chiang Mai: Chiang Mai Provincial Public Health Office; 2023 [cited 2021 Aug 9]. Available from: <https://www.chiangmaihealth.go.th/document/230125167461249946.pdf>. (in Thai)
 11. Cai T. Associations between statins and adverse events in primary prevention of cardiovascular disease: systematic review with pairwise, network, and dose-response meta-analyses. *BMJ*. 2021 Jul 14;374:n1537.
 12. Yoodde J. Prescribing patterns of statins emphasizing on dose in patients with dyslipidemia at a general hospital. *Dialogue on Pharmacy and Health Care Practice*. 2014;1(1):8-12.
 13. Jose M, Anandkumar S, Narmadha MP, Sandeep M. A comparative effect of atorvastatin with other statins in patients of hyperlipidemia. *Indian J Pharmacol*. 2012 Mar-Apr;44(2):261-3.
 14. Owen OG. The collaborative atorvastatin diabetes study: preliminary results. *Int J Clin Pract*. 2005 Jan;59(1):121-3.
 15. Robert H, Pocock M. on behalf of the ASPEN Study Group. Efficacy and safety of atorvastatin in the prevention of cardiovascular end points in subjects with type 2 diabetes: the atorvastatin study for prevention of coronary heart disease endpoints in non-insulin-dependent diabetes mellitus (ASPEN). *Diabetes Care*. 2006 Jul 1;29(7):1478-85.
 16. Sathyapalan T, Atkin SL, Kilpatrick ES. Disparate effects of atorvastatin compared with simvastatin on c-reactive protein concentrations in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2010 Sep 1;33(9):1948-50.
 17. Pedersen TR, Faergeman O, Kastelein JJ, Olsson AG, Tikkanen MJ, Holme I, et al. High-dose atorvastatin vs usual-dose simvastatin for secondary prevention after myocardial infarction: the IDEAL study: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005 Nov 16;294(19):2437-45.
 18. Mihaylova B, Emberson J, Blackwell L, Keech A, Simes J, Barnes EH, et al. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. *Lancet*. 2012 Aug 11;380(9841):581-90.
 19. Sever PS, Dahlöf B, Poulter NR, Wedel H, Beevers G, Caulfield M, et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial--Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2003 Apr 5;361(9364):1149-58.
 20. Aggarwal R, Bhatt DL, Rodriguez F, Yeh RW, Wadhera RK. Trends in lipid concentrations and lipid control among US adults, 2007-2018. *JAMA*. 2022 Aug 23;328(8):737-45.

แนวคิดและกฎหมายในการพัฒนาบริการทันตกรรมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ

ไพศาล ลิ้มสถิตย์*

ปิยะดา ประเสริฐสม†

วรุฒ ชลธิกุล‡

ผู้รับผิดชอบบทความ: ปิยะดา ประเสริฐสม

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์ คือ ศึกษาแนวคิด ความเป็นมาของกฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดสิทธิประโยชน์ของบริการทางทันตกรรมภายใต้ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐไทย ทบทวนกรณีศึกษาจากต่างประเทศ 3 ประเทศ และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาสิทธิประโยชน์ของบริการทางทันตกรรมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐที่ควรจะมีสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงและคุณภาพที่ดีเหมือนกัน การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ประเภทการวิจัยเชิงเอกสารและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่าบริการทางทันตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบของรัฐมีความแตกต่างกันเนื่องจากมีแนวคิดและหลักการที่แตกต่างกัน บริการทันตกรรมตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมที่มีสิทธิประโยชน์น้อยกว่าระบบหลักประกันสุขภาพอื่น ทำให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรมพื้นฐานของผู้ประกันตน คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (กสม.) มีมติว่าการกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านบริการทันตกรรมของผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม เป็นการกระทำหรือละเลยการกระทำอันเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อผู้ประกันตน ผลการศึกษาการบริการสาธารณสุขในต่างประเทศคือ สหราชอาณาจักร ญี่ปุ่น และมาเลเซียมีข้อสรุปสำคัญคือ ทั้งสามประเทศมีระบบบริการทันตกรรมพื้นฐานสำหรับประชากรทุกกลุ่มภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ ฉะนั้นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย คือ ควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากที่เป็นระบบเดียว หรือมีความเท่าเทียมกัน โดยสามารถนำแนวทางที่ประสบความสำเร็จจากทั้งสามประเทศมาประยุกต์ใช้ กล่าวคือ ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรปรับปรุงกฎหมายเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการทันตกรรมพื้นฐานอย่างทั่วถึง ขยายขอบเขตการให้บริการและวงเงินสนับสนุนในคลินิกเอกชนที่เข้าร่วม เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนประชากรให้มีสิทธิได้รับบริการทันตกรรมพื้นฐานให้ได้ร้อยละ 80 ตาม “ปฏิญญากรุงเทพฯ ว่าด้วยสุขภาพช่องปาก”

คำสำคัญ: ประกันสุขภาพของรัฐ, บริการทันตกรรม, กฎหมาย, ระเบียบ

* ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

† คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

‡ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

Received 8 April 2025; Revised 4 July 2025; Accepted 1 August 2025

Suggested citation: Limstitt P, Prasertsom P, Chalittikul W. Concepts and laws for developing dental services in state health security schemes. Journal of Health Systems Research 2025;19(3):245-61.

ไพศาล ลิ้มสถิตย์, ปิยะดา ประเสริฐสม, วรุฒ ชลธิกุล. แนวคิดและกฎหมายในการพัฒนาบริการด้านทันตกรรมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2568;19(3):245-61.

Concepts and Laws for Developing Dental Services in State Health Security Schemes

Paisan Limstit*, Piyada Prasertsom†, Warut Chalittikul‡

* Health Laws and Ethics Center, Faculty of Law, Thammasat University

† Faculty of Dentistry, Siam University

‡ Bureau of Dental Health, Department of Health

Corresponding author: Piyada Prasertsom, pprasertsom@gmail.com

Abstract

This qualitative study aimed to examine the concepts and historical development of laws and regulations related to dental service benefit packages of three Thai state health security schemes; to study three international case studies; and to develop policy recommendations for improving dental service benefits across the three security schemes to achieve equal benefits, access, and quality. This research employed qualitative methodology, specifically document research and literature review. The findings revealed that dental services across the three health security schemes differ due to varying concepts and principles. The Social Security Act had transcribed lower dental service benefit packages compared to other health security systems, resulting in access problems to basic dental services for the insured. The National Human Rights Commission of Thailand (NHRC) ruled that the determination of dental service benefits for the insured pertained to the Social Security Act constituted an act or an omission that violated human rights of the insured. The study of healthcare services in three countries - the United Kingdom, Japan, and Malaysia - concluded that all countries are providing basic dental services for all population subgroups under their state health security systems. Therefore, policy recommendation for Thailand is to develop a unified and equitable oral health service system by adapting successful approaches from the three countries. Government agencies and relevant organizations should amend laws and regulations to promote universal access to basic dental services by expanding the scope of basic services including funding to participating private clinics, in order to achieve the goal of 80 percent of insured populations access to basic dental services according to the 'Bangkok Declaration on Oral Health'.

Keywords: state health security, dental services, laws, regulations

ภูมิหลังและเหตุผล

การดูแลสุขภาพช่องปากเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตที่ดี ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพโดยรัฐ 3 ระบบที่ให้ความคุ้มครองด้านทันตกรรมแก่ประชาชน ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ซึ่งแต่ละระบบมีรูปแบบการให้บริการ

และข้อจำกัดที่แตกต่างกัน แม้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55 จะกำหนดให้รัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง⁽¹⁾ แต่ในทางปฏิบัติยังพบความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทันตกรรมระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ ดังกล่าว^(2,3)

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้สิทธิในการเบิกค่ารักษายาบาลจากสถานพยาบาลของรัฐตาม

อัตราที่กำหนด โดยผู้มีสิทธิจะต้องชำระค่าใช้จ่ายบางส่วนตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด แม้จะมีสัดส่วนอัตราการใช้บริการสูงสุดเมื่อเทียบกับอีกสองระบบ แต่ก็ยังพบปัญหาคิวรอนานและสิทธิไม่ครอบคลุมบางประเภท ขณะที่ระบบประกันสังคมให้วงเงินจำกัดสำหรับบริการทางทันตกรรมพื้นฐาน เช่น การอุดฟัน ถอนฟัน หรือผ่าฟันคุด โดยผู้ประกันตนสามารถเบิกค่าบริการได้สูงสุด 900 บาทต่อปี หากค่าใช้จ่ายเกินวงเงิน ผู้ประกันตนต้องรับผิดชอบส่วนเกินเอง ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือว่าบริการทันตกรรมเป็นสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยไม่จำกัดวงเงิน ผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการในเครือข่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)⁽⁴⁾

แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรมากกว่าร้อยละ 90 แต่การเข้าถึงบริการทันตกรรมยังคงอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อย สาเหตุหลักมาจากปัญหาความยาว ข้อจำกัดด้านสิทธิประโยชน์ เวลาให้บริการที่จำกัด และความไม่สะดวกของสถานที่ให้บริการ^(5,6) นอกจากนี้ ยังพบความแตกต่างของอัตราการใช้สิทธิระหว่างกลุ่มผู้รับบริการ โดยกลุ่มข้าราชการมีอัตราการใช้บริการสูงสุด รองลงมาคือผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ขณะที่ผู้ใช้สิทธิบัตรทองมีอัตราการใช้บริการต่ำที่สุด จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2564 กลุ่มข้าราชการเข้ารับบริการทันตกรรม ร้อยละ 16.0 กลุ่มผู้ประกันตน ร้อยละ 13.7 และกลุ่มหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพียงร้อยละ 8.3 แม้จะเป็นบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่าย^(6,7)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ คือ ศึกษาแนวคิด ความเป็นมาของกฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดสิทธิประโยชน์ในบริการทางทันตกรรมของระบบหลักประกันสุขภาพรัฐ 3 ระบบ ศึกษากรณีศึกษาต่างประเทศ 3 ประเทศ และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาสิทธิประโยชน์บริการทางทันตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพสามระบบที่ควรจะมีสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงและ

คุณภาพที่ทัดเทียมกัน

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative study) ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลรายงานและวารสารทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยวิเคราะห์แนวคิดและความเป็นมาของกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับบริการทันตกรรมของระบบหลักประกันสุขภาพไทย ประเด็นทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย และระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยที่มีสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพช่องปากที่ดี ได้แก่ สหราชอาณาจักร ญี่ปุ่น และมาเลเซีย ทั้งนี้ มีการสัมภาษณ์กรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติจำนวน 1 คนที่รับผิดชอบประเด็นการพัฒนาบริการทันตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ ซึ่งการศึกษานี้ไม่ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากเป็นการวิจัยที่มีความเสี่ยงต่ำ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิที่เผยแพร่ต่อสาธารณะและไม่ส่งผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยเพราะผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสิทธิมนุษยชน ไม่ใช่กลุ่มเปราะบาง โดยในส่วนของการสัมภาษณ์ได้มีการขออนุญาตจากผู้เกี่ยวข้องก่อนการเก็บข้อมูล รวมทั้งมีการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์ ระยะเวลาของการศึกษาตั้งแต่ มีนาคม พ.ศ. 2567 ถึง ธันวาคม 2567

ผลการศึกษา

1. ผลการทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลรายงานและวารสารทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

1.1 แนวคิดและความเป็นมาของกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับบริการทันตกรรมของระบบหลักประกันสุขภาพไทย ประเด็นทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

สิทธิด้านสุขภาพของบุคคลตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องดังนี้⁽⁸⁾

สิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐ

มาตรา 47 กำหนดให้บุคคลทุกคน รวมถึงผู้ยากไร้ มีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย รวมถึงการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย ซึ่งแสดงถึงความมุ่งมั่นของรัฐในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างครอบคลุม คำว่า “บุคคล” จะรวมถึงคนต่างด้าวด้วยหรือไม่ เมื่อพิจารณาประกอบกับมาตรา 25 ซึ่งอยู่ในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย บุคคลตามมาตรา 47 ของรัฐธรรมนูญ ย่อมหมายความว่าเฉพาะบุคคลธรรมดาผู้มีสัญชาติไทยเท่านั้น

หน้าที่ของรัฐในการจัดบริการสาธารณสุข

มาตรา 55 กำหนดให้รัฐมีหน้าที่ดำเนินการให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง โดยครอบคลุมทุกมิติของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพของภาครัฐ จึงต้องพัฒนาบริการสาธารณสุขให้มีมาตรฐาน และคุณภาพสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในระบบสุขภาพของประเทศ

การปฏิรูปประเทศเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 หมวด 16 มาตรา 258 ได้กำหนดให้การปฏิรูปประเทศ ด้านอื่น ๆ ข้อ (4) ด้านหลักประกันสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนผู้มีสัญชาติไทยได้รับสิทธิและประโยชน์ จากกระบวนการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ สะดวก และเท่าเทียมกัน ระบบหลักประกันสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำด้านบริการสุขภาพและเสริมสร้างสิทธิในสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม

บริการทันตกรรมถือเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิในสุขภาพ ซึ่งรัฐธรรมนูญระบุว่าประชาชนคนไทยทุกกลุ่มต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพโดยไม่แบ่งแยก หน่วยงานของรัฐจึงมีหน้าที่จัดบริการทันตกรรมที่ครอบคลุมและมีมาตรฐานขั้นต่ำให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้อย่างเสมอภาค

โดยที่ปัจจุบันการให้บริการทันตกรรมมีข้อจำกัดในด้านการกำหนดสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มต่างๆ ที่แตกต่างกัน ได้แก่ ข้าราชการ ผู้ประกันตน และประชาชนทั่วไป ในแต่ละกลุ่มมีกฎหมายกำหนดเงื่อนไขที่แตกต่างกัน การมีข้อกำหนดทางกฎหมายที่ก่อให้เกิดความแตกต่างกันเกี่ยวกับสิทธิการเข้าถึงบริการสาธารณสุข อาจขัดต่อหลักการของรัฐธรรมนูญ มาตรา 47 และมาตรา 55 ที่มุ่งเน้นการให้บริการสุขภาพอย่างเสมอภาคและมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ควรมีการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำด้านสิทธิประโยชน์ในการให้บริการสาธารณสุข รวมถึงบริการทันตกรรม เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียม

1.2 ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐไทย

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ⁽⁹⁾

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นกลไกสำคัญในการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่บุคลากรภาครัฐและครอบครัว โดยมุ่งส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ซึ่งประเทศไทยได้เริ่มพัฒนาระบบดังกล่าวมาตั้งแต่ พ.ศ. 2521 และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องภายใต้กรอบพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2555 โดยมีกรมบัญชีกลางเป็นหน่วยงานหลักในการกำกับดูแล

ระบบสวัสดิการนี้ให้ความคุ้มครองครอบคลุมทั้งผู้มีสิทธิหลัก อันได้แก่ ข้าราชการ และผู้มีสิทธิร่วม ซึ่งประกอบด้วย บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรที่ขอบด้วยกฎหมาย รวมไปถึงข้าราชการบำนาญ ในกรณีที่ผู้มีสิทธิมีความซับซ้อนกับระบบสวัสดิการอื่น เช่น ประกันสังคม สามารถเลือกใช้สิทธิได้เพียงระบบเดียว ทั้งนี้ ระบบได้พัฒนากลไกการเบิกจ่ายตรงเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ โดยสามารถใช้บัตรประจำตัวประชาชนในการแสดงตนที่หน่วยบริการของรัฐ อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่เข้ารับบริการนอกระบบเบิกจ่ายตรง ผู้มีสิทธิจำเป็นต้องสำรองจ่ายและนำหลักฐานมาเบิกคืนภายในระยะเวลาหนึ่งปี

ในส่วนของสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม ระบบ

ได้กำหนดขอบเขตการให้บริการครอบคลุม 87 รายการ ประกอบด้วยการรักษาพื้นฐานและการรักษาเฉพาะทาง เช่น การอุดฟัน การถอนฟัน การผ่าตัดฟันคุด การรักษาคลองรากฟัน และการใส่ฟันเทียม สำหรับการจัดฟันนั้น ระบบจะให้ความคุ้มครองเฉพาะในกรณีมีภาวะปากแหว่งหรือเพดานโหว่ ทั้งนี้ ในบางกรณีอาจมีค่าใช้จ่ายส่วนต่างตามที่หน่วยบริการกำหนด นอกจากนี้ ในกรณีที่บุคคลในครอบครัวได้รับสิทธิสวัสดิการจากหน่วยงานอื่นที่มีความครอบคลุมต่ำกว่า ก็สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่เกินสิทธิได้ตามระเบียบที่กำหนด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพยายามในการพัฒนาระบบสวัสดิการให้มีความครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้มีสิทธิอย่างมีประสิทธิภาพ แต่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการที่ต้องเป็นหน่วยบริการสุขภาพของภาครัฐเท่านั้น แตกต่างจากระบบอื่นๆ ที่สามารถเข้ารับบริการได้ที่หน่วยบริการสุขภาพภาคเอกชนที่ทำสัญญา

ระบบประกันสังคม⁽¹⁰⁾

ระบบประกันสังคมในประเทศไทยได้พัฒนามาอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่การประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความคุ้มครองและช่วยเหลือผู้ประกันตนในกรณีประสบเหตุการณ์ต่าง ๆ อาทิ การเจ็บป่วย ชราภาพ ทุพพลภาพ และการคลอดบุตร แต่กฎหมายประกันสังคม 2497 มิได้ถูกบังคับใช้ เนื่องจากรัฐบาลขาดการเตรียมการ และถูกคัดค้านจากฝ่ายนายจ้าง ลูกจ้างที่ขาดความเข้าใจระบบประกันสังคม⁽¹¹⁾ ภายหลังได้มีการตราพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และบังคับใช้ เพื่อขยายขอบเขตความคุ้มครองให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ระบบยังคงมีข้อจำกัดในด้านสิทธิประโยชน์บางประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของการบริการทันตกรรม ซึ่งได้รับการพัฒนาอย่างเป็นลำดับขั้น

การให้สิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมเริ่มต้นอย่างเป็นรูปธรรมใน พ.ศ. 2540 โดยกำหนดขอบเขตการให้บริการครอบคลุมการอุดฟัน ถอนฟัน และขูดหินปูน ภายใต้วงเงิน

ไม่เกิน 400 บาทต่อปี ในรูปแบบการเบิกจ่ายแบบเหมาจ่าย ต่อมาใน พ.ศ. 2559⁽¹²⁾ ได้มีการปรับเพิ่มวงเงินสำหรับบริการดังกล่าว รวมถึงการผ่าตัดฟันคุดเป็นไม่เกิน 900 บาทต่อปี นอกจากนี้ ยังได้เพิ่มสิทธิประโยชน์ในส่วนของการเทียมชนิดถอดได้บางส่วนและฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก โดยกำหนดวงเงินสูงสุด 1,500 บาท และ 4,400 บาทตามลำดับ ภายในระยะเวลา 5 ปี ทั้งนี้ ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสังคมโดยไม่ต้องสำรองจ่าย

อย่างไรก็ตาม ระบบประกันสังคมยังคงประสบข้อจำกัดที่สำคัญ กล่าวคือ การมุ่งเน้นการซ่อมแซมสุขภาพมากกว่าการส่งเสริมและป้องกันโรค ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคฟันผุ ไม่ได้รับความสำคัญอย่างเพียงพอ อีกทั้งการกำหนดวงเงินค่ารักษาทันตกรรมที่ 900 บาทต่อปี ยังไม่สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในสถานพยาบาลเอกชน โดยยกเว้นกรณีฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับสุขภาพช่องปากสามารถเข้ารับการรักษาได้ที่สถานพยาบาลคู่สัญญาได้โดยไม่รวมในวงเงิน 900 บาทต่อปี ได้แก่ การรักษาถุงน้ำและเนื้องอกของกระดูกขากรรไกร การติดเชื้อบริเวณช่องปากและใบหน้า การรักษาการแตกหักของฟัน กระดูกขากรรไกรและใบหน้าจากอุบัติเหตุ และการผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่ แม้วาระบบประกันสังคมของประเทศไทยจะมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องในการเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม แต่ความท้าทายในการพัฒนานโยบายที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพช่องปากยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการพิจารณา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบและลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ประกันตนในระยะยาว

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹³⁾

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ถูกพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งได้บัญญัติรับรองสิทธิของประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานโดยไม่เสียค่า

ใช้จ่ายสำหรับผู้ยากไร้ และกำหนดให้การจัดบริการต้องมีประสิทธิภาพครอบคลุมทั่วประเทศ ต่อมาได้มีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อเป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการระบบ

พระราชบัญญัติดังกล่าวได้กำหนดหลักการสำคัญไว้ในมาตรา 5 โดยระบุให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจกำหนดให้มีการร่วมจ่ายค่าบริการ ยกเว้นผู้ยากไร้ นอกจากนี้ มาตรา 9 และ 10 ยังได้กำหนดให้ผู้มีสิทธิตามกฎหมายอื่น อาทิ ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม สามารถใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ภายใต้ข้อตกลงระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ดำเนินการ

ในส่วนของสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม ระบบได้ให้ความสำคัญคุ้มครองครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วยบริการต่าง ๆ อาทิ การตรวจสุขภาพฟัน การอุดฟัน การถอนฟัน การใส่ฟันปลอม รวมถึงการจัดฟันในผู้ที่มีภาวะปากแห้ง เพดานโหว่ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจะต้องครอบคลุมประชาชนทุกสิทธิตามพระราชบัญญัตินี้ แต่ยังคงประสบปัญหาใน

การเข้าถึงสิทธิของประชาชนในกลุ่มสวัสดิการข้าราชการ และประกันสังคม

ใน พ.ศ. 2566 ได้เกิดประเด็นปัญหาการตีความ มาตรา 9 และ 10 ว่ายังไม่สามารถดำเนินการได้ตาม แนวทางการตีความของคณะกรรมการกฤษฎีกาซึ่งจะได้ วิเคราะห์ต่อไป ส่งผลให้ประชาชนบางกลุ่มไม่สามารถ เข้าถึงสิทธิได้อย่างครบถ้วน แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุข ได้พยายามเสนอร่างพระราชกฤษฎีกาเพื่อแก้ไขปัญหาดัง กล่าว แต่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากความซับซ้อนของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้พยายามเพิ่มการเข้าถึงสิทธิผ่าน โครงการเฉพาะต่างๆ โดยล่าสุดได้ริเริ่มโครงการ “30 บาท รักษาทุกที่” ซึ่งเพิ่มความสะดวกให้แก่ประชาชนด้วยการ ให้บริการรักษาทางทันตกรรมในคลินิกเอกชนที่เข้าร่วม โครงการ โดยสามารถรับบริการพื้นฐานได้ปีละ 3 ครั้ง อัน เป็นการช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล⁽¹⁴⁾

จากการศึกษาระบบสวัสดิการของทั้งสามระบบหลัก พบประเด็นความเหลื่อมล้ำทั้งในด้านสิทธิประโยชน์และ การบริหารจัดการกองทุน ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ ของประชาชน โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากความแตกต่างของ ข้อกำหนดและกรอบกฎหมายที่ใช้ในการกำกับดูแลแต่ละ กองทุน (ตารางที่ 1)

Table 1 Dental service concepts in three health security schemes

	Civil servant medical benefit scheme (CSMBS)	Social security scheme (SSS)	Universal coverage scheme (UCS)
Health security concept	Benefits for government personnel as morale support and compensation for their duties	Social security for insured persons in the system to protect against risks from illness, disability, childbirth, death, and old age.	Health security focuses on providing equal access to quality healthcare services without financial barriers.
Healthcare benefits	Covers medical treatment, health promotion, disease prevention, including special services such as annual health check-ups.	Covers medical treatment, health promotion and disease prevention.	Covers medical treatment, health promotion, and disease prevention according to National Health Security Office criteria.
Concept of dental service benefits	Dental services are considered part of civil servants' healthcare benefits, with coverage for all necessary dental treatments with no limit on number of visits but within rates set by the Comptroller General's Department.	Most dental services are not considered medical services that insured persons are entitled to, except for 4 items: tooth extraction, filling, scaling, and wisdom tooth surgery.	Dental services are considered essential public health services, covering preventive, treatment, and rehabilitative dental care.
Scope of dental service benefits	Define specific dental categories fewer than the National Health Security scheme.	Covers emergencies and severe dental care of only 4 dental services: filling, extraction, scaling, and wisdom tooth surgery, with a fixed sum of 900 baht per year.	Covers most extensive range of services, more than any other schemes.
Payment method	The requirement for advance payment varies depending on the service provider. For costs exceeding the Comptroller General's Department's standard rates, beneficiaries are responsible for paying the difference.	No advance payment required if within the specified limit. If there are additional treatment costs, the patient must pay the difference. For dentures, patients must make advance payments and later reimbursed through the Social Security Office.	No advance payment required. For the "30 Baht Treats Anywhere", 5 dental procedures are covered up to 3 times per year without additional charges.
Access to dental services	Public healthcare facilities	Private healthcare facilities or dental clinics contracted with the Social Security Office	Public healthcare facilities and private dental clinics participating in the 30 Baht Treats Anywhere

1.3 สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพช่องปากในระบบประกันสุขภาพของกรณีศึกษา 3 ประเทศ

สหราชอาณาจักร

ระบบบริการทันตกรรมในสหราชอาณาจักรเป็นส่วนหนึ่งของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) ที่ให้บริการประชาชนมาตั้งแต่ ค.ศ. 1948 โดยในระยะแรกเป็นการให้บริการฟรี แต่ต่อมาได้มีการปรับเปลี่ยนให้มีการร่วมจ่ายค่าบริการ ปัจจุบันการจัดบริการทันตกรรมดำเนินการผ่านผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชนที่ทำสัญญากับ NHS โดยมีการจัดระดับบริการและอัตราค่าบริการเป็น 3 ระดับ (band)⁽¹⁵⁾ ได้แก่ ระดับที่ 1 มีค่าบริการ 26.80 ปอนด์ ครอบคลุมบริการพื้นฐาน เช่น การตรวจวินิจฉัย การให้คำแนะนำ การถ่ายภาพรังสี การอุดฟัน และการวางแผนการรักษา ระดับที่ 2 มีค่าบริการ 73.50 ปอนด์ ครอบคลุมบริการในระดับที่ 1 และเพิ่มเติมนการรักษา เช่น การอุดฟัน การรักษารากฟัน และการถอนฟัน ส่วนระดับที่ 3 มีค่าบริการ 319.10 ปอนด์ ครอบคลุมบริการในระดับที่ 1 และ 2 รวมถึงการรักษาที่ซับซ้อน เช่น การครอบฟัน การใส่ฟันปลอม และการทำสะพานฟัน

อย่างไรก็ตาม มีประชากรบางกลุ่มที่ได้รับการยกเว้นค่าบริการ ได้แก่ เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และ 19 ปีที่กำลังศึกษา หญิงตั้งครรภ์หรือที่คลอดบุตรภายใน 12 เดือน ผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่มีบัตรสวัสดิการของรัฐ การบริหารจัดการระบบทันตกรรมอยู่ภายใต้การกำกับของ NHS England ซึ่งดำเนินงานผ่านคณะกรรมการการดูแลแบบบูรณาการ (Integrated Care Boards: ICBs) ในแต่ละพื้นที่⁽¹⁶⁾

ปัจจุบันระบบทันตกรรมของสหราชอาณาจักรกำลังเผชิญความท้าทายสำคัญในด้านการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล รัฐบาลจึงได้ประกาศแผนฟื้นฟูระบบทันตกรรม NHS ใน ค.ศ. 2024⁽¹⁷⁾ ที่มุ่งให้บริการ “รวดเร็วขึ้น ง่ายขึ้น และยุติธรรมขึ้น” มาตรการสำคัญ

ได้แก่ การจัดบริการผ่านรถทันตกรรมเคลื่อนที่ การให้เงินจูงใจ (golden hellos) แก่ทันตแพทย์ที่ไปทำงานในพื้นที่ขาดแคลน การเพิ่มค่าตอบแทนสำหรับการรับผู้ป่วยใหม่ และการปรับปรุงระบบสัญญาจ้างให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น โดยมีการกำกับดูแลคุณภาพบริการดำเนินการผ่านหลายหน่วยงาน เช่น Care Quality Commission (CQC) ที่ดูแลมาตรฐานบริการ General Dental Council ที่ควบคุมมาตรฐานวิชาชีพ และ Healthwatch England ที่เป็นองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีบทบาทสนับสนุน เช่น Public Health England ที่ดูแลงานส่งเสริมสุขภาพและวิจัย และ National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ที่พัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ

ระบบทันตกรรมของสหราชอาณาจักรจึงเป็นตัวอย่างของการจัดบริการที่มุ่งสร้างความเป็นธรรมผ่านกลไกการร่วมจ่ายตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขของกลุ่มประชากรที่รับบริการใน band ใด และการยกเว้นค่าบริการสำหรับกลุ่มเปราะบาง แม้จะมีความท้าทายด้านการเข้าถึงบริการ แต่รัฐบาลก็พยายามปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง

ประเทศญี่ปุ่น

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศญี่ปุ่นเริ่มต้นใน ค.ศ. 1922 ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสุขภาพ และประสบความสำเร็จในการครอบคลุมประชากรทั้งประเทศใน ค.ศ. 1961 ระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นมีรากฐานสำคัญจากรัฐธรรมนูญมาตรา 25 ที่รับรองสิทธิของประชาชนในการมีมาตรฐานการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานที่ดี และกำหนดให้รัฐต้องส่งเสริมสวัสดิการสังคมและสุขภาพของประชาชน⁽¹⁸⁾

ญี่ปุ่นมีการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร⁽¹⁹⁾ เริ่มจากพระราชบัญญัติสุขภาพชุมชน (1947) ที่ดูแลประชากร

ทั้งหมด พระราชบัญญัติสุขภาพและความปลอดภัยในโรงเรียน (1958) สำหรับเด็กนักเรียน พระราชบัญญัติอนามัยแม่และเด็ก (1965) สำหรับทารก เด็กก่อนวัยเรียน และสตรีมีครรภ์ พระราชบัญญัติความปลอดภัยและสุขภาพในอุตสาหกรรม (1972) สำหรับแรงงาน กฎหมายส่งเสริมสุขภาพ (2003) และพระราชบัญญัติส่งเสริมสุขภาพช่องปากและฟัน (2011) สำหรับประชากรทุกกลุ่ม รวมถึงพระราชบัญญัติการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ (2008) ที่ดูแลประชากรสูงอายุ

ระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นประกอบด้วย 3 โปรแกรมหลัก ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพพนักงาน ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติตามที่อยู่อาศัย และระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ครอบคลุมประชากรญี่ปุ่นมากกว่า 127 ล้านคน การพัฒนาระบบมีการปรับปรุงกฎหมายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ ค.ศ. 1958 ที่กำหนดให้รัฐบาลท้องถิ่นรับผิดชอบบริหารระบบประกันและบังคับให้ประชาชนทุกคนต้องลงทะเบียน⁽²⁰⁾

ลักษณะเด่นของระบบคือการบังคับให้ประชาชนทุกคนที่อาศัยในประเทศเกิน 3 เดือนต้องลงทะเบียนในระบบประกันสุขภาพ โดยแผนประกันจะถูกกำหนดตามสถานะการจ้างงาน อายุ และที่อยู่อาศัย ประชาชนมีอิสระในการเลือกสถานพยาบาลภายใต้ “ระบบเข้าถึงเสรี” ระบบการร่วมจ่ายอยู่ที่ร้อยละ 10-30 ขึ้นอยู่กับอายุและสถานะการจ้างงาน โดยสรุปแล้วระบบหลักประกันสุขภาพญี่ปุ่นได้รับเงินทุนจากภาษี เบี้ยประกันของประชาชน และเบี้ยประกันของนายจ้าง

ในด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ญี่ปุ่นมีการตรากฎหมายส่งเสริมสุขภาพช่องปากใน ค.ศ. 2011 ที่บูรณาการงานทันตกรรมเข้ากับระบบสุขภาพโดยรวม และมีการรณรงค์ที่สำคัญคือโครงการ 8020 (Eighty-Twenty) เริ่มใน ค.ศ. 1989 โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนอายุ 80 ปี มีฟัน

ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ โครงการนี้ประสบความสำเร็จใน ค.ศ. 2016 เมื่อพบว่าร้อยละ 56.1 ของประชากรอายุ 80 ปี มีฟันใช้งานได้ตามเป้าหมาย⁽²¹⁾

ญี่ปุ่นให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นพิเศษ โดยใน ค.ศ. 2000 ได้มีการออกกฎหมายระบบประกันสุขภาพระยะยาว (long-term care insurance) แยกออกมาโดยเฉพาะ เก็บเบี้ยประกันจากประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยมีเทศบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลัก รายรับของระบบมาจากภาษีร้อยละ 50 และเบี้ยประกันร้อยละ 50

ปัจจุบันญี่ปุ่นกำลังเผชิญความท้าทายจากการมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและปรับปรุงระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพิสูจน์ตัวตนผ่านบัตร My Number card และวางแผนพัฒนาระบบบริการทันตกรรมครอบคลุมเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากตลอดช่วงชีวิต โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มอายุขัยที่มีสุขภาพดีของประชากร⁽²²⁾

ความสำเร็จของระบบหลักประกันสุขภาพญี่ปุ่นเกิดจากการมีกฎหมายและนโยบายที่ชัดเจนครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร การบูรณาการระบบบริการ การมีส่วนร่วมของประชาชนผ่านการร่วมจ่าย และการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของประชากรและความท้าทายในอนาคต

ประเทศมาเลเซีย⁽²³⁾

มาเลเซียมีระบบการดูแลสุขภาพแบบสองระดับ (two-tier system) ที่ดำเนินการโดยภาครัฐและภาคเอกชน โดยระบบภาครัฐได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาษีของประชาชน ในขณะที่ระบบภาคเอกชนได้รับการชำระเงินผ่านประกันสุขภาพส่วนบุคคลหรือการจ่ายตรงจากผู้ป่วย โดยภาครัฐให้บริการสุขภาพแก่ประชากรทั้งหมด แม้จะมีข้อจำกัดด้านบุคลากรและระยะเวลารอคอย ส่งผลให้ประชาชนที่มีกำลังจ่ายมักเลือกใช้บริการภาคเอกชน โดยเฉพาะผู้ที่มีประกันสุขภาพส่วนบุคคล

กระทรวงสาธารณสุขมาเลเซียจัดบริการครอบคลุมตั้งแต่การดูแลเชิงป้องกัน การรักษาระดับปฐมภูมิ ไปจนถึงการรักษาระดับตติยภูมิ อย่างไรก็ตาม ภาคเอกชนมีส่วนให้บริการที่สูง โดยเฉพาะในเขตเมือง ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท มีหน่วยงานหลักในการดูแลระบบสุขภาพช่องปากของมาเลเซีย คือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดำเนินงานผ่านโครงการสุขภาพช่องปาก (oral health program) โดยแบ่งออกเป็น 3 กองหลักภายใต้ผู้อำนวยการหลักด้านสุขภาพช่องปาก (principal director) ได้แก่ กองนโยบายและการวางแผนเชิงกลยุทธ์สุขภาพช่องปาก กองการดูแลสุขภาพช่องปาก และกองการปฏิบัติและพัฒนาสุขภาพช่องปาก นอกจากนี้ยังมีสภาทันตกรรมแห่งมาเลเซีย (Malaysian Dental Council) และคณะกรรมการทันตภิบาลมาเลเซีย (Malaysian Dental Therapists Board) ที่อยู่ภายใต้โครงการนี้ด้วย ทั้งนี้ มีการจัดทำแผนพัฒนาโปรแกรมด้านสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่องทุก 5 ปี⁽²⁴⁾

สำหรับบริการทันตกรรม มาเลเซียไม่มีระบบประกันสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะ ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เลือกใช้

บริการทันตกรรมเอกชนต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง มีเพียงบางองค์กรเอกชนที่จัดสวัสดิการด้านทันตกรรมให้พนักงาน อย่างไรก็ตาม รัฐบาลได้จัดบริการทันตกรรมฟรีสำหรับกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่มที่เป็นกลุ่มเปราะบางหรือมีรายได้น้อย เช่น นักเรียนโรงเรียนรัฐบาล ผู้สูงอายุ และผู้มีรายได้น้อยที่ถือบัตรสวัสดิการของรัฐและมีราคาอุดหนุนในบางรายการ ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของมาเลเซียพึ่งพารายได้จากภาษีทั่วไปเป็นหลัก โดยกระทรวงการคลังจัดเก็บและจัดสรรงบประมาณให้กระทรวงสาธารณสุขภายใต้กรอบแผนห้าปีและงบประมาณรายปี ปัจจุบันกำลังมีการถกเถียงเพื่อหาทางเลือกในการจัดหาแหล่งเงินทุนเพิ่มเติม รวมถึงการพิจารณาจัดตั้งโครงการประกันสังคม เพื่อรองรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น

แม้มาเลเซียจะไม่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านสุขภาพช่องปาก แต่รัฐบาลก็พยายามทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ผ่านการอุดหนุนค่าบริการในระบบสาธารณสุขของรัฐ อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายในเรื่องความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการระหว่างกลุ่มประชากรต่าง ๆ อีกด้วย⁽²⁵⁾

Table 2 Comparison of oral healthcare systems across countries

	United Kingdom	Japan	Malaysia
Health security system	National Health Service (NHS) provides dental services under the national health security system.	Mandatory health security system (Universal Health Security) covers basic dental services.	Mixed system between public and private sectors, with free services provided in public healthcare facilities
Service access	Citizens can access services at NHS dental clinics by paying partial fees. Some groups are exempt from charges.	Citizens can freely choose healthcare facilities, paying 30% co-payment of treatment costs.	Citizens can choose between public services (free/low cost) or private sector.
Scope of services	Covers basic services such as fillings, extractions, scaling, and complex procedures.	Covers basic treatment and prevention, but cosmetic treatments are excluded.	Public sector provides basic services, while complex or cosmetic treatments are usually provided by private sectors.
Dental personnel	Most dentists work in NHS contract alongside private practice.	Most dentists work in private clinics but under the national health security system.	Distribution of personnel between public and private sectors, with new graduate dentists allocated to understaffed areas.
Prevention and promotion	Emphasizes oral health promotion and disease prevention, with free dental check-up programs for children and at-risk groups.	Has strong school-based oral health screening system and continuous dental health education campaigns.	Focuses on school and community services, with oral health promotion programs for children and elderly.
Special benefits	Fee exemptions for children, elderly, pregnant women, and low-income individuals	Cost reductions for elderly and low-income individuals	Free services for students from public schools, senior citizens, and low-income families with welfare cards and subsidized rates in public sector
Finance	Main budget from taxes and co-payments from service users	Health security is funded by taxes, individual premiums, and employer premiums.	Public sector receives government budget, private sector operates as business.
Service distribution	NHS dental clinics distributed nationwide, but some areas may have long waiting times.	Healthcare facilities distributed throughout the country, easily accessible.	Urban-rural healthcare disparities exist, with limited facilities in rural areas.

1.4 แผนปฏิบัติการระดับโลกว่าด้วยสุขภาพช่องปาก

ปี 2019 ที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติได้เห็นชอบ the Political Declaration of the High-Level Meeting on Universal Health Coverage (2019) โดยให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ รวมถึงความพยายามที่จะนำเอาเรื่องสุขภาพในช่องปากมาเป็นส่วนหนึ่งของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage: UHC)⁽²⁶⁾ ที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 74 ที่จัดขึ้นในเดือนพฤษภาคม 2021 ได้มีมติเห็นชอบในเรื่อง ข้อมติเรื่องสุขภาพช่องปาก (Resolution on oral health WHA74.5) มีเนื้อหาระบุว่าโรคทางช่องปากมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับโรคไม่ติดต่อ และอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่รุนแรง รวมถึงภาระด้านเศรษฐกิจและสังคม

ที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 75 เมื่อเดือนพฤษภาคม 2022 ได้มีมติเห็นชอบยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยสุขภาพช่องปาก หรือ Global Strategy on Oral Health (A75/10 Add.1 and WHA75(11)) โดยในรายงานสถานการณ์สุขภาพฟันและช่องปากขององค์การอนามัยโลก (WHO Global Oral Health Status Report) ค.ศ. 2022 ได้นำเสนอสถานการณ์ปัญหาสุขภาพฟันและช่องปากของประชากรทั่วโลกเกือบ 3,500 ล้านคน ซึ่งโรคทางช่องปากมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับโรคไม่ติดต่อ และอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่รุนแรง รวมถึงภาระด้านเศรษฐกิจและสังคม ทั้งนี้ ข้อมูลจำนวนประชากรทั่วโลกที่ป่วยด้วยโรคฟันและช่องปากพบมากในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและประเทศรายได้ปานกลางถึงสูงคิดเป็นร้อยละ 45 โดยกลุ่มประชากรในประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิกตะวันตกพบปัญหาามากที่สุด ต่อมาที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 76 ได้เห็นชอบ “แผนปฏิบัติการระดับโลกว่าด้วยสุขภาพช่องปาก พ.ศ. 2566-2573” (Global Oral Health Action Plan (2023–2030))

วันที่ 26 พฤศจิกายน 2024 (พ.ศ.2567) องค์การ

อนามัยโลกได้จัดประชุมสุขภาพช่องปากระดับโลกเป็นครั้งแรก ณ กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีผู้แทนจากกว่า 110 ประเทศ หน่วยงานของสหประชาชาติ องค์กรระหว่างประเทศ มูลนิธิการกุศล องค์กรภาคประชาสังคม และภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้ร่วมประชุมกันเพื่อสร้างแผนปฏิบัติการระดับชาติ และร่วมเจรจาจัดทำ “ปฏิญญากรุงเทพฯ ว่าด้วยสุขภาพช่องปาก” (Bangkok Declaration – No Health Without Oral Health Towards Universal Health Coverage for Oral Health by 2030)⁽²⁷⁾ กำหนดวิสัยทัศน์มุ่งสู่การบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านทันตกรรมภายในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) โดยได้กำหนดเป้าประสงค์ที่สำคัญ 3 ประการคือ 1. การเพิ่มสัดส่วนประชากรที่มีสิทธิได้รับบริการทันตกรรมพื้นฐานให้ได้ร้อยละ 80 2. การลดอัตราการเกิดโรคในช่องปากที่สำคัญลงร้อยละ 10 และ 3. การผลักดันให้ร้อยละ 50 ของประเทศทั่วโลกมีการดำเนินการมาตรการเพื่อควบคุมหรือลดการบริโภคน้ำตาล

2. ผลการสัมภาษณ์กรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติเกี่ยวกับประเด็นการพัฒนาบริการทันตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ

การศึกษานี้ได้ทำการสัมภาษณ์กรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (กสม.) จำนวน 1 ท่านที่รับผิดชอบประเด็นข้อร้องเรียนความไม่เท่าเทียมของสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสังคม โดยได้รับข้อมูลสำคัญของหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องที่ได้มาให้ถ้อยคำต่อ กสม. ได้แก่ ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม (สปส.) กรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ทันตแพทยสภา สมาคมทันตแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมผู้ประกันตน รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องหลายท่าน ประเด็นหลักเกี่ยวข้องกับความไม่เท่าเทียมของสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมในระบบประกันสังคม เมื่อเปรียบเทียบกับสิทธิบัตรทองและสวัสดิการข้าราชการ โดยระบบประกันสังคมได้กำหนด

เพดานการเบิกค่ารักษาทันตกรรมไว้ที่ 900 บาทต่อปี ซึ่งครอบคลุมเพียงบริการขั้นพื้นฐาน เช่น การถอนฟัน อุดฟัน ชูดหินปูน และผ่าฟันคุด วงเงินดังกล่าวไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายจริง ส่งผลให้ผู้ประกันตนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนเกินด้วยตนเอง

คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติได้พิจารณาและมีข้อสังเกตที่สำคัญว่า การที่ผู้ประกันตนภาคบังคับตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 33 ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลด้านทันตกรรมที่แตกต่างและไม่เท่าเทียมกับสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ถือเป็นการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม อันเป็นผลมาจากความแตกต่างของนโยบายรัฐและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งส่งผลให้การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพและการจัดระบบบริการสุขภาพของประชาชนเกิดความเหลื่อมล้ำและไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

จากสถานการณ์ดังกล่าว คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติได้เสนอมาตรการและแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไขการละเมิดสิทธิมนุษยชนหลายประการ โดยเฉพาะการเสนอให้ผู้ถูกร้อง (คณะกรรมการประกันสังคม) และคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2546 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ ลงวันที่ 28 กันยายน 2559 ข้อ 8 (14) (ก) โดยให้ยกเลิกการกำหนดเพดานค่าบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐานในวงเงินไม่เกิน 900 บาทต่อคนต่อปี และกำหนดสิทธิประโยชน์ในด้านบริการทันตกรรมให้ไม่น้อยกว่าสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ ให้ดำเนินการภายใน 90 วัน นับแต่วันที่ได้รับรายงาน

นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนะด้านมาตรการและแนวทางในการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชน โดย

เสนอให้ผู้ถูกร้องและคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ทำการทบทวนสิทธิประโยชน์ด้านบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นแก่ผู้ประกันตน เพื่อให้มีมาตรฐานและประสิทธิภาพไม่ต่ำกว่าสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำหรับข้อเสนอแนะด้านการแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย กฎ ระเบียบ หรือคำสั่งนั้น คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติได้เสนอให้ผู้ถูกร้องและคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ร่วมกันดำเนินการให้ผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ตามมาตรา 5 และมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยให้ออกเป็นพระราชกฤษฎีกาและให้มีผลบังคับใช้โดยเร็ว

ท้ายที่สุด มติของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติได้มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในสามประเด็นหลัก ได้แก่ การปรับปรุงเพดานเบิกค่าบริการทันตกรรมให้เทียบเท่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การแก้ไขกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ และการออกมาตรการให้ผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิจารณ์และข้อยุติ

ความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของไทย โดยเฉพาะด้านทันตกรรมสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชน ซึ่งขัดกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 5 ที่กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ และมาตรา 10 ที่กำหนดให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ เพื่อให้มีการคุ้มครองผู้รับบริการ แม้ประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ แต่การมีระบบประกัน

สุขภาพที่แยกส่วนเป็น 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบสวัสดิการ ศึกษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้เกิดความแตกต่างของสิทธิประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ที่ได้รับสิทธิประโยชน์จำกัดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับต่างประเทศ พบว่าประเทศสหราชอาณาจักรและญี่ปุ่น มีแนวโน้มในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพแบบรวมศูนย์หรือมีมาตรฐานเดียว โดย สหราชอาณาจักรที่มีระบบ National Health Service (NHS) เป็นระบบหลักเพียงระบบเดียว ครอบคลุมบริการทันตกรรมตั้งแต่ระดับพื้นฐานไปจนถึงการรักษาที่ซับซ้อน ประเทศญี่ปุ่นแม้จะมีระบบย่อยหลายระบบ แต่ได้พัฒนาให้มีชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ครอบคลุมการดูแลทันตกรรมอย่างทั่วถึง จากข้อมูลวัยผู้ใหญ่ในสหราชอาณาจักรได้เข้าถึงบริการทันตกรรมกว่าร้อยละ 31 ในปี 2566 โดยส่วนใหญ่ได้รับการบริการในทันตกรรมป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพช่องปาก การได้รับฟลูออไรด์เฉพาะที่ รวมทั้งการขูดหินน้ำลาย⁽²⁸⁾ และมีการศึกษาการเข้าถึงบริการทันตกรรมในประเทศญี่ปุ่น พบว่าประชาชนวัยทำงานในประเทศญี่ปุ่นได้เข้ารับบริการทันตกรรมถึงร้อยละ 40.2⁽²⁹⁾ ซึ่งมากกว่าประเทศไทย ส่วนประเทศมาเลเซียนั้นมีระบบคู่ขนานระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยภาครัฐสามารถจัดบริการทันตกรรมที่ครอบคลุมและเข้าถึงได้ในราคาที่ประชาชนรับภาระได้ (ตารางที่ 2) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาพบว่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่ของประเทศมาเลเซียเข้ารับบริการทันตกรรมร้อยละ 13.4⁽³⁰⁾ ใกล้เคียงกับประเทศไทย แต่ก็มีแนวโน้มการเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น

ปัญหาสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพไทย

คือ การที่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมได้รับสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมที่จำกัด ทั้งในแง่ประเภทของการรักษาที่จำกัดเฉพาะบางรายการและวงเงินสิทธิประโยชน์ในการรับบริการที่คลินิกทันตกรรมไม่เกิน 900 บาทต่อปี ไม่สอดคล้องกับอัตราค่ารักษาในปัจจุบัน และไม่เพียงพอต่อความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากของผู้ประกันตนซึ่งเป็นประชากรวัยทำงาน ความเหลื่อมล้ำนี้ยังมีความชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมมากกว่า ทั้งที่ผู้ประกันตนเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน

ความเห็นของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ทั้งคณะคือ การกำหนดสิทธิประโยชน์ดังกล่าวเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนและเป็นการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมขัดกับหลักการพื้นฐานของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมตินี้มีข้อเสนอในการแก้ไขปัญหาคือ การยกเลิกการกำหนดเพดานค่าบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน และปรับปรุงสิทธิประโยชน์ให้ไม่น้อยกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในประเด็นความเห็นของ กสม. คณะผู้วิจัยเห็นว่าบริการทันตกรรมในระบบประกันสังคมที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจไม่เข้าองค์ประกอบของการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมต่อบุคคล (ผู้ประกันตน) ที่ขัดต่อมาตรา 27 ของรัฐธรรมนูญ 2560 ที่กำหนดหลักการสำคัญของสิทธิมนุษยชนคือ หลักความเสมอภาคและหลักการไม่เลือกปฏิบัติ เนื่องจากเป็นการปฏิบัติที่มีลักษณะหรือส่งผลที่แตกต่างกันระหว่างบุคคลที่อยู่ในสถานะและเงื่อนไขแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ร้องซึ่งเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ซึ่งได้รับสิทธิด้านบริการทันตกรรมที่แตกต่างจากบุคคลที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันเป็นผลจากกฎหมายที่แตกต่างกันมิใช่การเลือกปฏิบัติอันเป็นผลจากอายุ เพศ วัย สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฯลฯ อย่างไรก็ตาม คณะ

ผู้วิจัยมีความเห็นสอดคล้องกับ กสม. ว่าควรพิจารณาการออกพระราชกฤษฎีกาตามมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อให้ผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิรับบริการทันตกรรมบางรายการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพ

ในระยะยาว ประเทศไทยควรพิจารณาการปฏิรูประบบประกันสุขภาพให้มีมาตรฐานเดียวเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน โดยเฉพาะการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่เท่าเทียมกันสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม การมีระบบหลักประกันสุขภาพที่แยกส่วนอาจมีความเหมาะสมในช่วงของการพัฒนาระบบ แต่ในระยะยาวควรมีการบูรณาการระบบเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทรัพยากร ทั้งนี้ การปฏิรูปดังกล่าวต้องคำนึงถึงความยั่งยืนทางการเงินและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเป็นธรรมอย่างแท้จริง

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องด้วยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นการทบทวนเอกสารเป็นหลัก มีขอบเขตการศึกษาวิจัยที่จำกัดเฉพาะแนวคิด หลักการ ความเป็นมาของระบบการจัดการด้านสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม รวมถึงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง มิได้ครอบคลุมการศึกษาระบบประกันสุขภาพของรัฐในประเด็นอื่น ๆ อีกทั้งยังขาดข้อมูลเชิงปริมาณที่จะสนับสนุนข้อค้นพบ เช่น สถิติการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ และได้ครอบคลุมการศึกษาผลกระทบทางการเงินของข้อเสนอแนะที่นำเสนอ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาระบบหลักประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมในประเทศไทย คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลาย

ประการ โดยสำนักงานประกันสังคมควรพิจารณากระดับสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมในระบบประกันสังคม เนื่องด้วยปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานของผู้ประกันตน ทั้งนี้ คณะกรรมการการแพทย์ควรกำหนดให้การรักษาสุขภาพช่องปากเป็นสิทธิประโยชน์พื้นฐาน และควรทบทวนหลักการที่ไม่ถือว่าบริการทันตกรรมเป็นสิทธิของผู้ประกันตน ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดด้านสาธารณสุขในระดับสากล

ในส่วนของกรมบัญชีกลาง ควรพิจารณาขยายสิทธิให้ข้าราชการสามารถเข้ารับบริการในคลินิกทันตกรรมเอกชนได้ เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งควรมุ่งเน้นการรักษาทันตกรรมที่มีความซับซ้อน การที่ข้าราชการไม่สามารถเข้ารับบริการในคลินิกเอกชนได้ในขณะที่ผู้ประกันตนและผู้ป่วยบัตรทองสามารถทำได้ ถือเป็นความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ จึงควรมีการทบทวนและปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความเท่าเทียมระหว่างสามกองทุน

สำหรับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรประเมินผลโครงการ “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ที่ให้ประชาชนสามารถรับบริการดูแลสุขภาพช่องปากเบื้องต้น 5 รายการ ปีละ 3 ครั้ง ที่คลินิกทันตกรรมชุมชนอบอุ่น พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลกับสำนักงานประกันสังคมและกรมบัญชีกลาง นอกจากนี้ ควรศึกษาแนวทางการบริหารจัดการงบประมาณจากกรณีศึกษาของประเทศสหราชอาณาจักรและญี่ปุ่น โดยเฉพาะรูปแบบการร่วมลงทุนและการร่วมจ่ายที่ประสบความสำเร็จ พร้อมทั้งพัฒนากฎระเบียบเพื่อรองรับการร่วมจ่ายค่าบริการตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเทศไทยสามารถยกระดับสู่มาตรฐานเดียวในบริการทันตกรรมได้ผ่านการปรับสมดุลระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบ โดยต้องเริ่มจากการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมในระบบประกันสังคมให้เป็น

สิทธิพื้นฐานที่ครอบคลุมการป้องกันสุขภาพช่องปาก โดยปรับเปลี่ยนเงินที่เหมาะสมและกำหนดอัตราค่าบริการกลางสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการระดับโลกว่าด้วยสุขภาพช่องปาก พ.ศ. 2566-2573 ควบคู่กับการขยายสิทธิให้ข้าราชการสามารถเข้ารับบริการในคลินิกทันตกรรมได้เช่นเดียวกับผู้ประกันตนและผู้ถือบัตรทอง การสร้างมาตรฐานเดียวอาจดำเนินการได้โดยเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการทันตกรรม และการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์บริการทันตกรรมพื้นฐานที่ไม่แตกต่างกันมากนัก การประเมินผลการให้บริการ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานเพื่อพัฒนาแนวทางการบริหารงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ โมเดลความสำเร็จจากต่างประเทศ โดยเฉพาะรูปแบบการร่วมลงทุนและร่วมจ่ายของสหราชอาณาจักรและญี่ปุ่น ควรนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของไทย พร้อมทั้งพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายตามกฎหมาย และมีการให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบาง ซึ่งจะนำไปสู่ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชนทุกกลุ่ม อาจจะเป็นการศึกษาสำรวจเพื่อให้เห็นความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นเป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนประชากรให้มีสิทธิได้รับบริการทันตกรรมพื้นฐานภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ได้ถึงร้อยละ 80 ภายใน พ.ศ. 2573 ตาม “ปฏิญญากรุงเทพฯ ว่าด้วยสุขภาพช่องปาก”

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษารังต่อไปควรพิจารณาทำการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) โดยเพิ่มการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น การสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การวิเคราะห์ข้อมูลการเข้าถึงบริการและค่าใช้จ่ายจริง รวมถึงการศึกษามลัทธิทางสุขภาพช่องปากของประชาชนในแต่ละระบบ นอกจากนี้ควรทำการศึกษาความเป็นไปได้ทางการเงินการคลังของการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ที่เสนอเพื่อประเมินผลกระทบต่อบริการ ประเมินแหล่งที่มาของเงิน

ทุน และความยั่งยืนทางการเงินในระยะยาว ควรศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับรูปแบบการจ่ายค่าบริการที่เหมาะสม โดยเปรียบเทียบรูปแบบการจ่ายค่าบริการในต่างประเทศและศึกษาความเป็นไปได้ของการนำระบบร่วมจ่ายมาใช้ รวมถึงควรทำการศึกษาติดตามประเมินผลของนโยบายที่ได้ดำเนินการไปแล้ว เช่น โครงการ “30 บาทรักษาทุกที่” เพื่อนำบทเรียนมาพัฒนาระบบต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย และขอขอบคุณกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติและเจ้าหน้าที่ กสม. ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยนี้ การศึกษานี้จะสำเร็จมิได้หากปราศจากความร่วมมือจากทุกท่าน

References

1. Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2560 (2017), Section 55. Royal Thai Government Gazette Volume 134, Part 40a (2017 Apr 6). (in Thai)
2. Bureau of Dental Health. Report of the 9th national oral health survey, Thailand 2023. Nonthaburi: Bureau of Dental Health; 2024. (in Thai)
3. Chaianant N, Tussanapirom T, Kettratad M, Prasertsom P, Vejvithree W, Niyomsilp K, et al. Inequalities in dental service utilization among Thai adults from 2000 to 2017. Community Dent Oral Epidemiol 2023;51(4):660-70.
4. Tussanapirom T, Panichkriangkrai W, Vongmongkol V. Equity in utilization of oral health services among Thai population: results from health and welfare survey 2017. J Health Syst Res 2019;13(3):271-83. (in Thai)
5. Vongmongkol V, Viriyathorn S, Wanwong Y, Wangbanjongkun W, Tangcharoensathien V. Annual prevalence of unmet healthcare need in Thailand: evidence from national household surveys between 2011 and 2019. Int J Equity Health 2021;20:244.
6. National Statistical Office. The 2023 health and welfare survey. Bangkok: National Statistical Office; 2023. (in Thai)
7. Amornsuradech S, Vejvithree W. Socioeconomic inequality

- and dental caries among Thai working age population: analysis of Thailand national oral health survey. *J Health Res* 2019;33(6):517-28.
8. Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2560 (2017), Section 25, 47, 55 and Chapter 16 Section 258. Royal Thai Government Gazette Volume 134, Part 40a (2017 Apr 6). (in Thai)
 9. Royal Decree on Medical Benefits B.E. 2553 (2010). Royal Thai Government Gazette Volume 127, Part 23a (2010 April 2). (in Thai)
 10. Social Security Act B.E. 2533 (1990). Royal Thai Government Gazette Volume 107, Part 161 (1990 Sep 1). (in Thai)
 11. Tommarasak H. Problems and obstacles in implementing the Social Security Act B.E. 2497 in Thailand (master's thesis). Bangkok: National Institute of Development Administration; 1966. p. 22-36.
 12. Announcement of the Medical Committee under the Social Security Act B.E. 2533 (1990) on Rules and Rates for Non-Occupational Injury or Illness Benefits. Royal Thai Government Gazette Volume 133, Special Part 175d (2016 Aug 10). (in Thai)
 13. National Health Security Act B.E. 2545 (2002). Office of the Council of State (2002 Nov 11). (in Thai)
 14. Announcement of the National Health Security Office on Payment Criteria for Public Health Services in Dental Services B.E. 2567 (2024). Royal Thai Government Gazette Volume 141, Special Part 28d, p 10-4. (in Thai)
 15. National Health Service England. How much will I pay for NHS dental treatment? (internet). London: NHS England; 2024 (cited 2024 Feb 3). Available from: <https://www.nhs.uk/nhs-services/dentists/how-much-will-i-pay-for-nhs-dental-treatment/>.
 16. National Health Service England. Integrated care boards in England (internet). London: NHS England; 2024 (cited 2024 Feb 3). Available from: <https://www.england.nhs.uk/publication/integrated-care-boards-in-england/>.
 17. Department of Health and Social Care. Faster, simpler and fairer: our plan to recover and reform NHS dentistry (internet). GOV. UK; 2024 (cited 2024 Feb 3). Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/our-plan-to-recover-and-reform-nhs-dentistry/faster-simpler-and-fairer-our-plan-to-recover-and-reform-nhs-dentistry>.
 18. Matsuda S. Health policy in Japan - current situation and future challenges. *JMA J* 2019;2(1):1-10.
 19. Zaitu T, Saito T, Kawaguchi Y. The oral healthcare system in Japan. *Healthcare* 2018;6(3):79.
 20. Aida J, Fukai K, Watt RG. Global neglect of dental coverage in universal health coverage systems and Japan's broad coverage. *Int Dent J* 2021;71(5):454-7.
 21. Takehara S, Karawekpanyawong R, Okubo H, Tun TZ, Ramadhani A, Chairunisa F, et al. Oral health promotion under the 8020 campaign in Japan-a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20(3):1883.
 22. Hiramatsu K, Barrett A, Miyata Y. Current status, challenges, and future perspectives of real-world data and real-world evidence in Japan. *Drugs Real World Outcomes* 2021;8(4):459-80.
 23. Oral Health Programme, Ministry of Health Malaysia. 2023 annual report. Putrajaya: Ministry of Health Malaysia; 2023.
 24. Oral Health Programme, Ministry of Health Malaysia. Oral health policy. Putrajaya: Ministry of Health Malaysia; 2023.
 25. Oral Health Programme, Ministry of Health Malaysia. National oral health strategic plan 2022-2030. Putrajaya: Ministry of Health Malaysia; 2022.
 26. World Health Organization. Draft global oral health action plan (2023–2030) [internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2025 Jul 17]. Available from: [https://www.who.int/publications/m/item/draft-global-oral-health-action-plan-\(2023-2030\)](https://www.who.int/publications/m/item/draft-global-oral-health-action-plan-(2023-2030)).
 27. World Health Organization. Bangkok declaration: no health without oral health [internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 (cited 2025 Jul 17). Available from: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/mnd/oral-health/bangkok-declaration-oral-health.pdf>.
 28. NHS Business Services Authority. Dental narrative 2023-24 [internet]. London: NHS Business Services Authority; 2024 (cited 2025 Jul 7). Available from: https://nhsbsa-open-data.s3.eu-west-2.amazonaws.com/dental/dental_narrative_2023_24_v001.html#21_National_dental_activity.
 29. Murakami K, Aida J, Kuriyama S, Hashimoto H. Associations of health literacy with dental care use and oral health status in Japan. *BMC Public Health* 2023;23(1):1074. doi:10.1186/s12889-023-15866-7.
 30. Tan YR, Tan EH, Jawahir S, Mohd Hanafiah AN, Mohd Yunus MH. Demographic and socioeconomic inequalities in oral healthcare utilisation in Malaysia: evidence from a national survey. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):34. doi:10.1186/s12903-020-01388-w.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีเอชพีวีดีเอ็นเอในกลุ่มสตรีอายุ 30-60 ปี ของเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธารทอง อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

อลงกรณ์ ศรีเลิศ*

คล้ายเดือน ปงเมฆ*

เหมือนดาว ปงเมฆ*

สิริลักษณ์ ศักดิ์สิทธาบุภาพ*

ปณณสา วงศ์ชนะ*

เบญจมาศ พิชัย*

อภิสกร ศรีรักษา†

ผู้รับผิดชอบบทความ: อลงกรณ์ ศรีเลิศ

บทคัดย่อ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในสตรี การคัดกรองที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ค้นพบผู้ป่วยได้เร็วและมีอัตราการรอดชีวิตสูง อย่างไรก็ตามในหลายพื้นที่ของประเทศไทยยังมีความชุกของการเข้ารับการตรวจคัดกรองไม่มาก เช่นเดียวกับในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธารทอง อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย ปี 2566 มีอัตราการคัดกรองเพียงร้อยละ 11.1 ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA (human papillomavirus deoxyribonucleic acid) test ในสตรีอายุ 30-60 ปี โดยวิธีการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง จำนวน 148 คน จำแนกเป็นผู้ที่เคยและไม่เคยตรวจคัดกรองจำนวน 70 คน และ 78 คน ตามลำดับ ปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเข้ารับการตรวจคัดกรอง และปัจจัยร่วมรวมถึงสิ่งชักนำในการเข้ารับการตรวจคัดกรอง เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยง วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสถิติ multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีตัวแปรใดที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัด

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

† โรงพยาบาลเทิง

Received 8 April 2025; Revised 6 August 2025; Accepted 1 September 2025

Suggested citation: Srilerd A, Pongmek K, Pongmek M, Saksitthanuphap S, Wongchana P, Pichai B, et al. Factors related to the decision to undergo cervical cancer screening using the HPV DNA Test among women aged 30-60 years in the service area of Than Thong Sub-District Health Promoting Hospital, Phan District, Chiang Rai Province. Journal of Health Systems Research 2025;19(3):262-73.

อลงกรณ์ ศรีเลิศ, คล้ายเดือน ปงเมฆ, เหมือนดาว ปงเมฆ, สิริลักษณ์ ศักดิ์สิทธาบุภาพ, ปณณสา วงศ์ชนะ, เบญจมาศ พิชัย, และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีเอชพีวีดีเอ็นเอในกลุ่มสตรีอายุ 30-60 ปี ของเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธารทอง อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2568;19(3):262-73.

กรอง และปัจจัยรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรอง (adjusted odds ratio 0.92 และ 0.85 และค่า p -value 0.81 และ 0.64 ตามลำดับ) ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเข้ารับการตรวจคัดกรอง และปัจจัยรวม รวมถึงสิ่งชักนำในการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรอง (adjusted odds ratio 0.74 และ 0.73 และค่า p -value 0.37 และ 0.57 ตามลำดับ) ความชุกของการเข้ารับการตรวจคัดกรองที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 19.6 ในปี 2567 ยังเป็นอัตราที่ต่ำ จึงควรดำเนินการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับการตรวจคัดกรองในพื้นที่ต่างๆ ที่มีบริบทแตกต่างกันทั้งในด้านปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การศึกษา และเศรษฐกิจฐานะ รวมถึงปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยรวมและสิ่งชักนำ เพื่อค้นหาและยืนยันสาเหตุต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัย, การตัดสินใจ, การตรวจคัดกรอง, มะเร็งปากมดลูก, เอชพีวีดีเอ็นเอ

Factors related to the Decision to Undergo Cervical Cancer Screening using the HPV DNA Test among Women Aged 30-60 Years in the Service Area of Than Thong Sub-District Health Promoting Hospital, Phan District, Chiang Rai Province

Alongkon Srilerd^{*}, Khlaiduean Pongmek^{*}, Mueandao Pongmek^{*}, Sirilak Saksitthanuphap^{*}, Punnasa Wongchana^{*}, Benjamas Pichai^{*}, Aphisit Sriraksa[†]

^{*} Faculty of Public Health, Chiang Rai College

[†] Thoeng Hospital

Corresponding author: Alongkon Srilerd, alongkonmanrocco0912@gmail.com

Abstract

Cervical cancer is a cancer commonly found in women. Effective screening helps detect patients early and increase survival rates. However, participation in cervical cancer screening in Thailand remains low. The rate in the service area of Than Thong sub-district health promoting hospital, Phan district, Chiang Rai province, in 2023, was only 11.1 percent. This study aimed to investigate factors associated with the decision to undergo cervical cancer screening by the HPV DNA (human papillomavirus deoxyribonucleic acid) test using an analytical cross-sectional study method among 148 women aged 30-60 years, divided into 70 women who ever screened and 78 women who never screened. The factors studied included personal factors, perceived risk and severity of cervical cancer, perceived benefits and barriers of participating in screening, and enabling and reinforcing factors for participating in screening. A questionnaire that passed validity and reliability tests was used to collect patient data. The associated factors were analyzed by multiple logistic regressions. The results found no personal factors associated with the decision to undergo cervical cancer screening. Nor the perceived risk and perceived severity of cervical cancer associated with the decision to undergo screening (adjusted odds ratios of 0.92 and 0.85, and p -values of 0.81 and 0.64, respectively). The perceived benefits and barriers to participating in screening, as well as the enabling and reinforcing factors for participating in screening, were not associated with the decision to undergo cervical cancer screening (adjusted ORs 0.74 and 0.73, and p -values of 0.37 and 0.57, respectively). The prevalence of screening participation from 11.1 percent in 2023 to 19.6 percent in 2024 was very low. Further study should focus on the factors influencing the decision to undergo HPV DNA cervical cancer screening in other areas with different contexts, including personal factors such as education and socioeconomic status, as well as perceived factors, enabling factors, and reinforcing factors, to identify and confirm the reasons.

Keywords: factors, decision-making, screening, cervical cancer, HPV DNA test

ภูมิหลังและเหตุผล

ในระดับโลกนั้น มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งอันดับที่ 4 ที่พบในสตรี โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 660,000 รายในปี พ.ศ. 2565 และในปีเดียวกันนั้น ร้อยละ 94 ของ ผู้เสียชีวิต 350,000 รายในประเทศรายได้น้อยและปานกลาง มีสาเหตุมาจากมะเร็งปากมดลูก อัตราการพบโรค รายใหม่ (incidence rate) และการเสียชีวิต (mortality rate) จากมะเร็งปากมดลูกพบสูงสุดในแถบแอฟริกาใต้ ซาฮารา อเมริกากลางและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁽¹⁾ สำหรับในประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมาก เป็นอันดับ 5 รองจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็ง ตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งเต้านม โดยในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 249 ราย ซึ่งโดยส่วนใหญ่ เป็นสตรีอายุ 30-65 ปี และมีระยะของโรคในระยะที่ 4 สัดส่วนร้อยละ 15.6 ในระยะที่ 3 ร้อยละ 42.1 ในระยะที่ 2 ร้อยละ 29.2 ในระยะที่ 1 เพียงร้อยละ 13.3 และในระยะที่ ระบุไม่ได้ (unknown stage) ร้อยละ 6.9⁽²⁾ จากการศึกษา ที่ผ่านมามีได้ยืนยันแล้วว่าหากมีการตรวจพบโรคในระยะเริ่ม แรกจะมีอัตราการรอดชีวิต (survival rate) อยู่ในระดับ สูง ในการทางกลับกันหากตรวจพบโรคในระยะท้ายๆ จะมีอัตราการรอดชีวิตอยู่ในระดับต่ำ^(3,4,5) ข้อมูลดังกล่าวนี้ได้ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง ปากมดลูกเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งนอกจากจะสามารถช่วยชีวิต ผู้ป่วยได้แล้ว ยังสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายและภาระจากการ รักษาของระบบสาธารณสุขได้อีกด้วย

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการกำหนดแนวทางการจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแก่หน่วย บริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ ประเทศ ครั้งที่ 4/2562 วันที่ 13 มิถุนายน 2562 ได้กำหนด ให้ใช้วิธี HPV DNA (human papillomavirus deoxy-ribonucleic acid) test ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกเพื่อยืนยันผลขั้นต้น แทนวิธีการตรวจคัดกรองแบบ ดั้งเดิม (Papanicolaou test or Pap smear) ร่วมกับ วิธี colposcopy ในกรณีที่ผลขั้นต้นพบเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์

16 และ 18 และใช้วิธี liquid-based cytology (LBC) ใน กรณีที่ผลขั้นต้นไม่พบเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ 16 และ 18 เป็น วิธีการมาตรฐานในการยืนยันผลขั้นสุดท้าย ซึ่งถูกเรียกว่า co-testing มีความไว (sensitivity) ในการตรวจพบรอย โรคก่อนมะเร็งสูงถึงร้อยละ 99 และมีค่าในการทำนาย ผลลบ (negative predictive value: NPV) สูงถึงเกือบ ร้อยละ 100 อีกทั้งการตรวจ HPV DNA test ยังมีความสะดวก ที่ผู้ตรวจสามารถทำได้เอง^(6,7) อย่างไรก็ตาม ในปี 2566 พบว่ามีสตรีกลุ่มเสี่ยงของเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลธารทอง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย เข้า รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 84 คน จาก 754 คน หรือเพียงร้อยละ 11.1 ต่ำกว่าจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 40⁽⁸⁾ อีกทั้งจากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยมะเร็ง รายใหม่ของเขตบริการสุขภาพที่ 1 (ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย แพร่ แม่ฮ่องสอน น่าน พะเยา ลำปาง และลำพูน) ปี 2565 พบว่าจังหวัดเชียงรายมีผู้ป่วย มะเร็งรายใหม่ 11 ราย รองจากจังหวัดเชียงใหม่ที่พบ 13 ราย⁽²⁾ แม้จะมีหลายการศึกษาที่ศึกษาปัจจัยการตัดสินใจ เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแบบดั้งเดิม แต่ผลการศึกษายังไม่สอดคล้องกันและยังไม่มีการศึกษาใด ที่ศึกษาปัจจัยในการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test^(8,9,10,11) ดังนั้นผู้วิจัยจึง สนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้า รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ใน กลุ่มสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลธารทอง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย

ระเบียบวิธีศึกษา

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

ประชากร

ประชากร คือ สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีรายชื่อใน ทะเบียนราษฎร์ทั้งหมดในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลธารทอง ปี 2566 ซึ่งมีทั้งหมด 11 หมู่บ้าน

ในตำบลธารทอง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย รวมจำนวน 754 คน

กลุ่มตัวอย่าง

สตรีอายุ 30–60 ปี จำนวน 148 คน ที่ได้จากการคำนวณ โดยจำแนกเป็นผู้ที่เคยและไม่เคยมารับการตรวจการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test จำนวน 70 และ 78 คน ตามลำดับ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

วิธีการคำนวณหาขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุ (multiple logistic regression) กรณีตัวแปรอิสระหนึ่งตัวและเป็นตัวแปรประเภททวินาม (dichotomous variable) ใช้สูตรดังต่อไปนี้⁽¹²⁾

เมื่อ n คือ จำนวนตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณด้วยสูตรการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{P(1-P)}{B}} + z_{1-\beta} \sqrt{P_0(1-P_0) + \frac{P_1(1-P_1)(1-B)}{B}} \right)^2}{[(P_0 - P_1)^2(1-B)]}$$

P คือ สัดส่วนผู้ที่ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองฯ : $(1-B)P_0 + BP_1$

P_0 คือ สัดส่วนผู้ที่ตัดสินใจไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองฯ โดยอนุมานค่าสัดส่วนผู้ที่ไม่รับการตรวจจากอายุน้อยกว่า 44 ปีของการศึกษาเดิม⁽¹³⁾ : $c / (c+d)$

P_1 คือ สัดส่วนผู้ที่ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองฯ อนุมานสัดส่วนผู้ที่รับการตรวจกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 44 ปีจากการศึกษาเดิม⁽¹³⁾ : $a / (a+b)$

B คือ สัดส่วนผู้ที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 44 ปี ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด : $(a+b) / (a+b+c+d)$

$Z_{1-\alpha/2}$ คือ ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha = 0.05$) มีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ คือ ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.8 ($\beta = 0.20$) มีค่าเท่ากับ 0.84

โดยมีตัวแปรที่ยังไม่ทราบค่า ได้แก่ P P_0 P_1 และ B ซึ่งทั้งหมดได้มาจาก ค่า a b c และ d จากงานวิจัยก่อนหน้า คือ การศึกษาของปิยปราชญ์ รุ่งเรือง และรุจิรา ดวงสงค์ (2561)⁽¹³⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30–60 ปี ในตำบลหนึ่ง

ของอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้ค่าจากตัวแปรอายุมากกว่า 44 ปี ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted odds ratio = 2.153, p -value = 0.004) โดย $a=91$ $b=59$ $c=66$ และ $d=98$

เมื่อแทนค่าในสมการจะได้จำนวนตัวอย่าง $n = 135$ คน แต่ผู้วิจัยสามารถเก็บตัวอย่างได้ทั้งหมด 148 คน จำแนกเป็นกลุ่มศึกษา 70 ราย และ 78 ราย จึงจะใช้ตัวอย่างทั้งหมดในการวิเคราะห์อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มอำนาจการทดสอบอีกด้วย

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณากฎทั่วไป (the rule of thumb) สำหรับการถดถอยโลจิสติกพหุ ที่กำหนดจำนวนเหตุการณ์ผลลัพธ์ต่อตัวแปรพยากรณ์ (events per predictor variable: EPV) อย่างน้อยเท่ากับ 10 จากจำนวนตัวอย่างที่ใช้จำนวน 148 คน จำนวนผู้ที่ตัดสินใจเข้ารับการตรวจ (จำนวนเหตุการณ์ผลลัพธ์) จำนวน 70 คน สำหรับโมเดลการถดถอยโลจิสติกพหุเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากรที่มีจำนวนตัวแปรอิสระจำนวน 8 ตัวแปรกับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองฯ มีค่า EPV เท่ากับ 8.75 ดังนั้นโมเดลนี้อาจมีข้อจำกัดสำหรับความแม่นยำของการแปลผลที่น้อยกว่าเกณฑ์ของกฎทั่วไป ขณะที่โมเดลการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับ

รู้และปัจจัยร่วมรวมถึงสิ่งชักนำเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีจำนวนตัวแปรอิสระ จำนวน 4 ตัวแปร มีค่า EPV = 17.5 ซึ่งมีค่าอยู่ในเกณฑ์ของกฎทั่วไป⁽¹⁴⁾

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (analytical cross-sectional study)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองเป็นเครื่องมือรวบรวมข้อมูล โดยจำแนกแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้และปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองฯ โดยจำแนกเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยง การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกจำนวน 10 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกจำนวน 10 ข้อ การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคในการตรวจมะเร็งปากมดลูกจำนวน 10 ข้อ และปัจจัยร่วมรวมถึงสิ่งชักนำในการตรวจมะเร็งปากมดลูกจำนวน 15 ข้อ

แบบสอบถามส่วนที่ 2 เป็นแบบให้คะแนนแบบถูก-ผิด (dichotomous items) โดยตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน มีการจำแนกเกณฑ์ออกเป็น 2 ระดับ คือ ดี (ตอบถูกมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ข้อจาก 10 ข้อ หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 9 ข้อจาก 15 ข้อ) และ ไม่ดี (ตอบถูกน้อยกว่า 7 ข้อจาก 10 ข้อ หรือน้อยกว่า 9 ข้อจาก 15 ข้อ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยให้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of item objective congruence) และปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญทุกข้อ (IOC=1) และหาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม โดยการทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มสตรีอายุ 30-60 ปี ในพื้นที่ชุมชนอื่นจำนวน 30 ชุด โดยใช้สูตรการหา KR 20 ของ

คูเดอร์ริชาร์ดสัน ดังสมการ ผลการลองใช้แบบสอบถามได้ค่า KR20 เท่ากับ 0.72⁽¹⁵⁾

$$KR20 = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum p_i q_i}{S_t^2} \right]$$

k คือ จำนวนข้อคำถาม

p_i คือ สัดส่วนของผู้ตอบถูกในข้อที่ i

q_i คือ สัดส่วนของผู้ตอบผิดในข้อที่ i

S_t^2 เป็นความแปรปรวนของคะแนนรวม t

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตั้งศูนย์เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธารทอง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ในวันที่ 11 สิงหาคม 2567 กำหนดวันโดยเป็นวันที่กลุ่มประชากรได้รับการนัดหมายล่วงหน้าจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธารทอง เพื่อให้มารับชุดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ประจำปี 2567 จากนั้นผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและใช้วิธีการสุ่มเลือกตัวอย่างตามความสะดวก (convenient sampling) กล่าวคือ เก็บข้อมูลในประชากรผู้ที่มารับชุดตรวจฯ ทั้งหมดทุกคนในวันดังกล่าว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หลังจากเก็บข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยทำการเตรียมข้อมูลโดยการนำข้อมูลจากแบบสอบถามมาทำการใส่รหัส (coding) ลงในโปรแกรม Microsoft Excel

2. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรม STATA 15.1 ดังนี้

2.1 สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ สำหรับอธิบายลักษณะของตัวอย่าง

2.2 สถิติเชิงอนุมาน ใช้สำหรับวัดความสัมพันธ์วิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple logistic regression โดยนำเสนอข้อมูลเป็นค่า adjusted odd ratio 95% CI และค่า p-value

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยเลขที่ CRC.IRB No.008/2567 ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเชียงราย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines และ International Conference on Harmonization Good Clinical Practice (ICH-GCP) เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2567

ผลการศึกษา

ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งหมด 8 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนบุตร อายุเมื่อตั้งครรภ์แรก และการมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติเป็นมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ จำนวนทั้งหมด 70 คน ร้อยละ 40 มีอายุ 30-39 ปี และร้อยละ 60 มีอายุ 40-60 ปี ขณะที่กลุ่มที่ไม่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ มีจำนวนทั้งหมด 78 คน อายุ 30-39 ปีร้อยละ 33.8 และอายุ 40-60 ปีร้อยละ 69.2 ระดับการศึกษาในกลุ่มที่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ จำแนกออกเป็นกลุ่มไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 20 ประถมศึกษาร้อยละ 27.1 มัธยมศึกษาหรือ ปวช. ร้อยละ 30 และอนุปริญญาหรือ ปวส. หรือสูงกว่าร้อยละ 22.9 สำหรับในกลุ่มที่ไม่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ จำแนกออกเป็นกลุ่มไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 15.4 ประถมศึกษาร้อยละ 41.0 มัธยมศึกษาหรือ ปวช. ร้อยละ 24.4 และอนุปริญญาหรือ ปวส. หรือสูงกว่าร้อยละ 19.2 ด้านอาชีพพบว่าในกลุ่มที่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ เป็นแม่บ้านร้อยละ 25.7 เกษตรกรร้อยละ 24.3 รับจ้างทั่วไปร้อยละ 21.4 ค้าขายร้อยละ 22.9 และราชการหรือพนักงานร้อยละ 5.7 ขณะที่อาชีพในกลุ่มที่ไม่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ พบว่าเป็นแม่บ้านร้อยละ

16.7 เกษตรกรร้อยละ 34.6 รับจ้างทั่วไปร้อยละ 28.2 ค้าขายร้อยละ 19.2 และราชการหรือพนักงานร้อยละ 1.3 ด้านสถานภาพสมรสในกลุ่มที่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ พบว่าเป็นโสดร้อยละ 17.1 หม้ายร้อยละ 34.3 แยกกันอยู่ร้อยละ 24.3 สมรสร้อยละ 17.1 และหย่าร้างร้อยละ 7.1 ขณะที่สถานภาพสมรสในกลุ่มที่ไม่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ พบว่าเป็นโสดร้อยละ 18.0 หม้ายร้อยละ 38.5 แยกกันอยู่ร้อยละ 29.5 สมรสร้อยละ 6.4 และหย่าร้างร้อยละ 7.7 ด้านจำนวนบุตรในกลุ่มที่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ พบว่ากลุ่มที่มีบุตร 1-2 คนมีร้อยละ 57.14 และ 3-4 คนมีร้อยละ 42.86 ขณะที่จำนวนบุตรในกลุ่มที่ไม่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ พบว่าจำนวนบุตร 1-2 คนมีร้อยละ 55.1 และ 3-4 คนมีร้อยละ 44.9 ด้านอายุเมื่อตั้งครรภ์แรกในกลุ่มที่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ พบว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีมีร้อยละ 45.7 และสูงกว่า 20 ปีมีร้อยละ 54.3 ขณะที่อายุเมื่อตั้งครรภ์แรกในกลุ่มที่ไม่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ พบว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีมีร้อยละ 55.1 และสูงกว่า 20 ปีมีร้อยละ 44.9 ด้านการมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติเป็นมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มที่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ พบว่า กลุ่มที่มีมีร้อยละ 25.7 กลุ่มที่ไม่มีมีร้อยละ 74.2 และด้านการมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติเป็นมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มที่ไม่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ พบว่า กลุ่มที่มีคิดเป็นร้อยละ 30.8 กลุ่มที่ไม่มีคิดเป็นร้อยละ 69.2 (ตารางที่ 1)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มที่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ มีระดับดีร้อยละ 54.3 และระดับไม่ดีร้อยละ 45.7 ขณะที่กลุ่มที่ไม่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ มีระดับดีร้อยละ 51.3 และระดับไม่ดีร้อยละ 48.7 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มที่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ มีระดับดีร้อยละ 47.1 และระดับไม่ดีร้อยละ 52.9 ขณะที่กลุ่มที่ไม่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ มีระดับดีร้อยละ 42.3 และระดับไม่ดีร้อยละ 57.7

การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคที่จะได้รับจากการตรวจ
มะเร็งปากมดลูกในกลุ่มที่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ มี
ระดับดีร้อยละ 54.3 และระดับไม่ดีร้อยละ 45.7 ขณะที่กลุ่ม
ที่ไม่เคยมารับการตรวจคัดกรองมีระดับดีร้อยละ 46.2 และ
ระดับไม่ดีร้อยละ 53.9 ปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำในการตรวจ
มะเร็งปากมดลูกในกลุ่มที่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ
มีระดับดีร้อยละ 11.4 และระดับไม่ดีร้อยละ 88.6
ขณะที่กลุ่มที่ไม่เคยมารับการตรวจคัดกรองฯ มีระดับดี
ร้อยละ 9.0 และระดับไม่ดีร้อยละ 91.0 (ตารางที่ 2)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล
กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย
วิธี HPV DNA test พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อ
เดือนของครอบครัว จำนวนบุตร อายุเมื่อตั้งครรภ์แรก และ
การมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก
ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ดังแสดงในตาราง
ที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test วิเคราะห์โดยสถิติ multiple logistic regression (N=148)

ปัจจัยส่วนบุคคล	เคยมารับตรวจคัดกรองด้วยวิธีการ HPV DNA test (n=70) Frequency (%)	ไม่เคยมารับการตรวจคัดกรองด้วยวิธีการ HPV DNA test (n=78) Frequency (%)	Crude odds ratio	Adjusted odds ratio	P-value	95% CI
1. อายุ (ปี)						
30-39	28 (40.0)	24 (33.8)				
40-60	42 (60.0)	54 (69.2)	1.5	1.60	0.23	0.75–3.37
2. ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	14 (20.0)	12 (15.4)				
ประถมศึกษา	19 (27.1)	32 (41.0)	1.96	2.94	0.05	1.02-8.48
มัธยมศึกษา/ปวช.	21 (30.0)	19 (24.4)	1.06	1.65	0.37	0.55-4.93
อนุปริญญา/ปวส./หรือสูงกว่า	16 (22.9)	15 (19.2)	1.09	1.39	0.57	0.44-4.41
3. อาชีพ						
แม่บ้าน	18 (25.7)	13 (16.7)				
เกษตรกร	17 (24.3)	27 (34.6)	2.20	2.17	0.14	0.78-6.07
รับจ้างทั่วไป	15 (21.4)	22 (28.2)	2.03	1.87	0.25	0.64-5.39
ค้าขาย	16 (22.9)	15 (19.2)	1.30	1.43	0.52	0.48-4.23
ข้าราชการ/พนักงาน	4 (5.7)	1 (1.3)	0.34	0.36	0.41	0.03-4.14
4. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (บาท)						
≤ 10,000	55 (78.6)	69 (88.5)				
สูงกว่า 10,000	15 (21.4)	9 (11.5)	0.48	0.48	0.15	0.18-1.30
5. สถานภาพสมรส						
โสด	12 (17.1)	14 (18.0)				
หม้าย	24 (34.3)	30 (38.5)	1.08	1.27	0.65	0.46-3.52
แยกกันอยู่	17 (24.3)	23 (29.5)	1.15	0.99	0.99	0.33-2.97
สมรส	12 (17.1)	5 (6.4)	0.36	0.36	0.16	0.09-1.50
หย่าร้าง	5 (7.1)	6 (7.7)	1.03	1.12	0.89	0.23-5.34
6. จำนวนบุตร (คน)						
1-2	40 (57.1)	43 (55.1)				
3-4	30 (42.9)	35 (44.9)	1.09	1.14	0.72	0.55-2.39
7. อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก (ปี)						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20	32 (45.7)	43 (55.1)				
สูงกว่า 20	38 (54.3)	35 (44.9)	0.69	0.55	0.13	0.25-1.19
8. การมีบุคคลในครอบครัว/ญาติป่วยมะเร็งปากมดลูก						
มี	18 (25.7)	24 (30.8)				
ไม่มี	52 (74.3)	54 (69.2)	0.78	0.71	0.40	0.32-1.58

ผลการศึกษาปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยการรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคที่จะได้รับจากการตรวจมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยร่วมและ

สิ่งชักนำในการตรวจมะเร็งปากมดลูกไม่มีความสัมพันธ์ ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองฯ กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test วิเคราะห์โดยสถิติ multiple logistic regression (N=148)

ปัจจัยด้านการรับรู้ และปัจจัยร่วม และสิ่งชักนำ	เคยมารับการตรวจ คัดกรองด้วยวิธีการ HPV DNA test (n=70) Frequency (%)	ไม่เคยมารับ การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธีการ HPV DNA test (n=78) Frequency (%)	Crude odds ratio	Adjusted odds ratio	P-value	95% CI
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงการ เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก						
ระดับไม่ดี	32 (45.7)	38 (48.7)				
ระดับดี	38 (54.3)	40 (51.3)	0.89	0.92	0.81	0.47-1.78
2. การรับรู้ความรุนแรงของ โรคมะเร็งปากมดลูก						
ระดับไม่ดี	37 (52.9)	45 (57.7)				
ระดับดี	33 (47.1)	33 (42.3)	0.82	0.85	0.64	0.44-1.66
3. การรับรู้ประโยชน์และ อุปสรรคในการตรวจ มะเร็งปากมดลูก						
ระดับไม่ดี	32 (45.7)	42 (53.8)				
ระดับดี	38 (54.3)	36 (46.2)	0.72	0.74	0.37	0.38-1.43
4. ปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำ ในการตรวจมะเร็งปากมดลูก						
ระดับไม่ดี	62 (88.6)	71 (91.0)				
ระดับดี	8 (11.4)	7 (9.0)	0.76	0.73	0.57	0.24-2.16

วิจารณ์และข้อยุติ

ผลการศึกษาพบว่าความชุกของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธารทอง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 19.6 ในปี 2567 อย่างไรก็ตามยังเป็นสัดส่วนที่น้อยมาก การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

การตัดสินใจการเข้ารับการตรวจคัดกรองฯ จึงเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างยิ่งเพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการเพื่อเพิ่มสัดส่วนการเข้ารับการตรวจคัดกรองฯ อย่างตรงจุด แม้ว่าจะมีการศึกษาก่อนหน้าเป็นจำนวนมากในประเทศไทย แต่ผลการศึกษาก็ยังเป็นที่ถกเถียงเพราะไม่เป็นไปในทางเดียวกัน เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจุบันที่ไม่พบปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองฯ

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีความแตกต่างกันของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยร่วมและปัจจัยชักนำที่แตกต่างกัน รวมไปถึงขนาดตัวอย่างและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ และที่สำคัญคือวิธีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ใช้วิธีการ HPV DNA test ยังไม่เคยได้รับการศึกษามาก่อน^(8-10,16-18) โดยกฤษฎ สอนกอง (2564) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ สถานภาพสมรส (adjusted OR=3.37, $p<0.001$) การมีประวัติการเคยคุมกำเนิด (adjusted OR = 1.92, $p=0.006$) การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ (adjusted OR=5.89, $p<0.001$) การรับรู้อุปสรรคระดับปานกลาง (adjusted OR=10.03, $p=0.031$) และระดับต่ำ (adjusted OR=32.11, $p=0.001$) วิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple logistic regression⁽¹⁶⁾ ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์ และคณะ⁽⁸⁾ พบปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา การมีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ นันทิดา จันต๊ะวงศ์ และคณะ⁽⁹⁾ พบปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ประวัติการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด การดูแลตนเองเรื่องการออกกำลังกาย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ นิสรีน สาเร๊ะ และคณะ⁽¹⁰⁾ พบปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ศาสนา ระดับการศึกษา ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับเจ้าหน้าที่ที่รู้จัก ด้านความสะดวกในการเข้ารับบริการ และปัจจัยเอื้อโดยรวม ภูรินทร สีกุด และคณะ⁽¹⁷⁾ พบปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ($r=0.13$, $p=0.006$) ประวัติการตั้งครรภ์ ($r=0.09$, $p=0.022$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ($r=0.026$,

$p=0.026$) การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ($r=0.23$, $p<0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($r=0.15$, $p=0.004$) การรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($r=0.07$, $p=0.018$) โดยสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient และสุขุมล โพธิ์ทอง⁽¹⁸⁾ พบปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ประวัติการตั้งครรภ์ การมีประจำเดือน ความรู้

การศึกษานี้มีความโดดเด่นคือ เป็นการศึกษาแรกที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ซึ่งเป็นวิธีการที่มีความไวและความจำเพาะสูงกว่าวิธีแปปสเมียร์แบบดั้งเดิม การเป็นงานวิจัยบุกเบิกในบริบทนี้ ช่วยวางรากฐานสำหรับการสำรวจการยอมรับเทคโนโลยีใหม่ในพื้นที่ชนบทอย่างเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธารทอง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย และสอดคล้องกับแนวโน้มสากลที่มุ่งเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ การบันทึกความชุกที่เพิ่มจากร้อยละ 11.1 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 19.6 ในปี 2567 สะท้อนถึงความก้าวหน้าในพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดในเรื่องขนาดตัวอย่างน้อยเกินไปเพราะคาดการณ์สัดส่วนผู้รับการตรวจถึง 0.6 ที่แทนค่าในสูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ทำได้น้อยกว่าค่าที่คาดการณ์ จึงทำให้ผลการศึกษาไม่พบปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรอง นอกจากนี้ การเน้นการใช้ HPV DNA test ซึ่งเป็นวิธีใหม่ในบริบทท้องถิ่น อาจเผชิญอุปสรรคที่ยังไม่ได้รับการสำรวจ เช่น ความรู้หรือทัศนคติต่อวิธีการนี้ ซึ่งอาจมีผลต่อผลลัพธ์ การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มขนาดตัวอย่างและสำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับ HPV DNA test โดยเฉพาะ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการตรวจคัดกรอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองฯ โดยการขยายหน่วยตรวจคัดกรองฯ เคลื่อนที่
2. รณรงค์ให้ความรู้โดยจัดแคมเปญสื่อสารผ่านสื่อท้องถิ่นและโซเชียลมีเดีย รวมถึงอบรม อสม. เพื่อสร้างความตระหนักและแก้ความเข้าใจผิด
3. อบรมบุคลากรโดยเสริมทักษะบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. ในการให้คำปรึกษาและการตรวจ HPV DNA test

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เพื่อยืนยันปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ควรดำเนินการวิจัยเพิ่มเติมในพื้นที่อื่นๆ ในประเทศไทย เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การศึกษา และฐานะเศรษฐกิจ รวมถึงปัจจัยด้านการรับรู้ และปัจจัยเอื้อและสิ่งชักนำเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองฯ เช่น ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติต่อวิธี HPV DNA test มีความแตกต่างกัน และควรสำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับ HPV DNA test และควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพและปริมาณควบคู่กันไปเพื่อระบุปัจจัยที่ชัดเจนและพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับแต่ละพื้นที่
2. เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวิเคราะห์ผลทางสถิติของปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ควรเพิ่มขนาดตัวอย่างให้เพียงพอตามหลักทางสถิติ และควรใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสถิติด้วย multiple logistic regression เพราะสามารถควบคุมตัวแปรกวนได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นางสาวเบญจมาภรณ์ พลสารรัตน์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธารทอง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย และ คณะสาธารณสุข-

ศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย ที่ให้การสนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสนับสนุนในด้านการติดต่อประสานงานและการอำนวยความสะดวก ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้การวิจัยสามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

References

1. World Health Organization. Cervical cancer [internet]. 2025 Mar [cited 2025 Apr 8]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer?gclid=CjwKCAjw34qzBhBmEiwAOUQcF_Q5cFGQ-fKD_GeIE28SIgrL0pZCEh7q4qTmLPPVl2cMLVrIkZMsXSROc-J2wQAvD_BwE.
2. National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry 2022-2023. Bangkok: Medical Digital Division, National Cancer Institute; 2024. (in Thai)
3. Vali M, Maleki Z, Nikbakht H, Hassanipour S, Kouhi A, Nazemi S, et al. Survival rate of cervical cancer in Asian countries: a systematic review and meta-analysis. BMC Women's Health. 2023;23(671):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02829-8>.
4. National Cancer Institute. Cervical cancer prognosis and survival rates [internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2023 [cited 2025 Apr 7]. Available from: <https://www.cancer.gov/types/cervical/survival>.
5. Srisomboon J, Kietpeerakool CH, Suprasert P, Manopanya M, Siriaree S, Charoenkwan K, et al. Survival and prognostic factors comparing stage IB 1 versus stage IB 2 cervical cancer treated with primary radical hysterectomy. Asian Pac J Cancer Prev. 2011;12(7):1753-6.
6. National Cancer Institute. Guidelines for screening, diagnosis, and treatment of cancer. Bangkok: National Cancer Institute; 2018. (in Thai)
7. National Cancer Institute. Guidelines for cervical cancer screening using the HPV DNA test. Bangkok: National Cancer Institute; 2023. (in Thai)
8. Phiromsidj N, Kunsiripunyo J, Tansiri P, Loungpantao K. Factors related to the decision to undergo cervical cancer screening among women in Suphan Buri Province. J Health Nurs Res. 2019;35(2):95. (in Thai)
9. Chantawong N, Tridech P, Siri S, Tridech C. Factors associated with cervical cancer screening service utilization among

- target women aged 30–60 years in Mueang District, Pathum Thani Province. *J Praboromarajchanok Inst Nurs Chantaburi*. 2017;28(1):63–79. (in Thai)
10. Sareh N, Leeya Y, Tansakul K. Factors associated with cervical cancer screening behavior among women in Rue So district, Narathiwat province. In: *The 10th Hat Yai National and International Conference*; 2019 Jul 12–13; Hatyai University, Songkhla province. (in Thai)
 11. Seekud P, Bangnimnoi M, Manaying C. Factors associated with cervical cancer screening service uptake among high-risk women in Ban Mai subdistrict, Mueang district, Nakhon Ratchasima province. *Northeast J Prim Health Care*. 2021;36(1):37–47. (in Thai)
 12. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen DM. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med*. 1998;17(14):1623–34.
 13. Rungreung P, Duangsong R. Factors related to cervical cancer screening among women aged 30–60 years in one sub-district of Mueang district, Kalasin province. *J Sakon Nakhon Hosp*. 2018;21(1):48–55. (in Thai)
 14. Vittinghoff E, McCulloch CE. Relaxing the rule of ten events per variable in logistic and Cox regression. *Am J Epidemiol*. 2007;165(6):710–8. doi:10.1093/aje/kwk052.
 15. Bolarinwa OA. Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science research. *Niger Postgrad Med J* 2015;22:195–201.
 16. Sonkong K. Factors associated with cervical cancer screening among women aged 30–60 years in the Taktok Sub-district Health Promotion Hospital in Tak province. *J Med Health Sci*. 2021;28(3):61–74. (in Thai)
 17. Sikud P, Bangnimnoi M, Manaying C. Factors related to the utilization of cervical cancer screening services among at-risk women in Ban Mai sub-district, Mueang district, Nakhon Ratchasima province. *J Prim Public Health Northeast*. 2021;36(1):37–47. (in Thai)
 18. Phothong S. Factors related to cervical cancer screening among women in Lang Suan district, Chumphon province. *Reg 11 Med J*. 2018;32(2):965–70. (in Thai)

การพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสุขภาพของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอน ภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี

ปติญญา อิศรางกูร ณ อยุธยา*

กิระพล กาละดี†

สมโภช รติโอฬาร‡

ผู้รับผิดชอบบทความ: ปติญญา อิศรางกูร ณ อยุธยา

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล: จังหวัดปราจีนบุรีได้ถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) อย่างสมบูรณ์ พร้อมกับการปรับใช้เกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิใหม่ การรักษาและพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสุขภาพ (2) เปรียบเทียบผลการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และพ.ศ. 2567 และ (3) ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี

ระเบียบวิธีศึกษา: เป็นการวิจัยผสมวิธี (mixed methods research) ดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณโดยการเปรียบเทียบข้อมูลทุติยภูมิจากคะแนนประเมินคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ 8 ด้าน ของ รพ.สต. 94 แห่งด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบ Wilcoxon signed-rank และดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์เชิงลึก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 31 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึงเดือนกรกฎาคม 2568

ผลการศึกษา: พบว่า (1) ผลการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอน ส่วนใหญ่สะท้อนว่าคุณภาพบริการโดยรวมยังคงรักษามาตรฐานได้ดีขึ้นหรือเท่าเดิมในเกือบทุกด้าน การบริหารจัดการมีความคล่องตัวมากขึ้น มีการจัดบริการที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย ส่งผลให้หน่วยบริการสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดีขึ้น (2) ผลการเปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

* นักศึกษาหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

† สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

‡ นักวิชาการอิสระ

Received 1 July 2025; Revised 31 August 2025; Accepted 10 September 2025

Suggested citation: Issarangkur Na Ayutdhaya P, Kaladee K, Ratoran S. Health service quality development in sub-district health promoting hospitals after devolution to Prachinburi Provincial Administrative Organization. Journal of Health Systems Research 2025;19(3):274-93.

ปติญญา อิศรางกูร ณ อยุธยา, กิระพล กาละดี, สมโภช รติโอฬาร. การพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2568;19(3):274-93.

และ พ.ศ. 2567 พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีคุณภาพการจัดการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะด้านการบริหารจัดการ การจัดการบุคลากร ระบบสารสนเทศและการจัดการบริการเภสัชกรรม เนื่องจากนโยบายและเป้าหมายจาก อบจ. มีความชัดเจน ทำให้ รพ.สต. มีทิศทางการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ และ (3) ปัจจัยความสำเร็จสำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนเชิงนโยบายและทรัพยากรจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และความร่วมมือของบุคลากรและชุมชน ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ภาระงานเอกสารที่เพิ่มขึ้น บุคลากรไม่เพียงพอ ระบบสารสนเทศไม่ครอบคลุม และเกณฑ์ประเมินที่มีความซับซ้อนบางด้าน

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ, ปัจจัยความสำเร็จ, ปัญหาอุปสรรค, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Health Service Quality Development in Sub-District Health Promoting Hospitals after Devolution to Prachinburi Provincial Administrative Organization

Patinya Issarangkur Na Ayutdhaya^{*}, Kiraphol Kaladee[†], Sompoch Ratoran[‡]

^{*} Student in Master of Public Health Program in Public Health Administration, School of Health Sciences, Sukhothai Thammathirat Open University

[†] School of Health Sciences, Sukhothai Thammathirat Open University

[‡] Independent academia

Corresponding author: Patinya Issarangkur Na Ayutdhaya, itsarangkul55@gmail.com

Abstract

Background and Rationale: Prachinburi Province has successfully transferred sub-district health promoting hospitals (SHPHs) to the provincial administrative organization (PAO), concurrent with the adoption of new primary care standards. Maintaining and developing health services quality to ensure continuing access to standardized healthcare is crucial. This study aimed to: (1) examine the outcomes of health service quality development in SHPHs, (2) compare outcomes of the quality of health service delivery in fiscal years 2023 and 2024, and (3) examine success factors and obstacles in developing the quality of health services of SHPHs after devolution to the Prachinburi PAO.

Methodology: This was a mixed methods research study. The quantitative component involved comparing secondary data of primary health care service quality assessment scores in 8 parts of 94 SHPHs using descriptive statistics and Wilcoxon signed-rank test statistics. The qualitative component consisted of in-depth interviews with a purposive sample of 31 SHPH directors registered as primary care units and primary care networks. The qualitative data were analyzed using content analysis. This study was conducted from February 2024 to July 2025.

Results: (1) The development of health service quality of the SHPHs after the devolution led to overall sustained or improved standards across nearly all aspects, with enhanced management agility. The provided services were consistent with the local context, and received support from network partners, resulting in service units being able to better respond to the needs of the people. (2) Comparing between fiscal years 2023 and 2024, the quality of health services of the SHPHs increased significantly ($p < 0.05$), especially in terms of management, personnel management, information systems, and pharmaceutical services. Clear PAO policies and objectives have created concrete direction and efficient operation of the SHPHs. And, (3) key success factors included policy support and resources from the PAO, effective management, and cooperation of personnel and communities. Obstacles included increased paperwork, insufficient personnel, incomplete information systems, and some complex evaluation criteria.

Keywords: health service quality development, success factors, problems and obstacles, sub-district health promoting hospital

ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับระบบบริการสุขภาพมาอย่างยาวนาน ซึ่งได้มีการพัฒนาและขยายหน่วยบริการสุขภาพและการให้บริการสุขภาพในทุกมิติอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีนโยบายให้ประชาชนทุกคนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัวช่วยดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ (integrated care) ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยบูรณาการเชื่อมโยงการบริการของหน่วยบริการ ทั้งในระดับเดียวกันและระดับที่สูงขึ้นไปอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ⁽¹⁾ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีหน่วยบริการ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จึงถือเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพที่มุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพดี เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง เป็นธรรม และได้รับบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการด่านหน้าของกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชนมากที่สุด มีหน้าที่ดูแลประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบทุกช่วงวัยที่ครอบคลุมทั้งกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มปกติ ให้เข้าถึงบริการสุขภาพและมีสุขภาวะที่ดี แบบครบวงจร ต่อเนื่อง และเป็นองค์รวม โดยมุ่งเน้นการจัดบริการเชิงรุกที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ด้วยการประสานความร่วมมือกับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนราชการและองค์กรต่างๆ⁽²⁾ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในฐานะหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จึงเป็นกลไกสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน ซึ่งถือเป็นก้าวสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

คุณภาพการให้บริการเป็นการตอบสนองความต้องการบนพื้นฐานความคาดหวังของผู้รับบริการ อาทิ ความเชื่อมั่นไว้วางใจ การเข้าถึงบริการ ความปลอดภัย เป็นต้น⁽³⁾ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการ

พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการทุกระดับ โดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน⁽⁴⁾ ตามมาตรา 32 ของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่ระบุว่า ให้คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการ หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริม ปรับปรุง และพัฒนาการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾ ซึ่งเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่กำหนดไว้นั้นถือเป็นเป้าหมายที่ต้องการให้หน่วยบริการปฐมภูมินำไปใช้ในการพัฒนาการให้บริการให้มีความครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพและมาตรฐานมากที่สุด⁽³⁾

การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) เป็นกลไกในการยกระดับคุณภาพของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้ได้มาตรฐาน โดยอาศัยเกณฑ์คุณภาพที่พัฒนาโดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพในระดับพื้นที่ และตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชน⁽⁴⁾ ในระยะ 5 ปีแรก (พ.ศ. 2560–2564) มุ่งเน้นการพัฒนา รพ.สต. ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาวทั่วประเทศ ส่วนปี 2565 เป็นช่วงคงสภาพคุณภาพ ขณะเดียวกันได้มีการพัฒนาเกณฑ์ใหม่ โดยสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งบูรณาการเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว และเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อจัดทำ “คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.

2566” ซึ่งมุ่งเน้นการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ที่มีความต่อเนื่อง เป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ⁽⁶⁾ นอกจากนี้ ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ พ.ศ. 2542 และประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2564 ได้กำหนดให้ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. และสถานีนานามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยในปี 2566 ได้มีการถ่ายโอนแล้วทั้งสิ้น 3,263 แห่ง ครอบคลุม 49 จังหวัด พร้อมลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง อบจ. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อบูรณาการการดำเนินงานด้านสุขภาพปทุมภูมิ และไม่ให้เกิดผลกระทบต่อ การรับบริการของประชาชนในช่วงเปลี่ยนผ่าน⁽⁷⁾

ตามยุทธศาสตร์ที่ 2 ของจังหวัดปราจีนบุรี คือ การจัดการบริการทางการแพทย์ และการฟื้นฟูสุขภาพในทุกะดับที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ปลอดภัย ไร้รอยต่อ ที่ประชาชนเชื่อมั่น และวางใจ การสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี เป็นสาธารณสุขระบบบริการทางการแพทย์ระดับปทุมภูมิที่มีศักยภาพในการจัดการที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย และการคุ้มครองผู้บริโภค สาธารณสุขจังหวัดมีพื้นที่บริการครอบคลุมทั้งจังหวัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการให้มีกระบวนการจัดการบริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานและมีแนวปฏิบัติที่ดี มีสภาพแวดล้อมทางการบริการทางการแพทย์และโครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสม สอดคล้องกับการพัฒนามาตรฐานการบริการ⁽⁸⁾ จังหวัดปราจีนบุรีมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 94 แห่ง ดำเนินงานตามนโยบายในการประเมินและพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว จำนวน 93 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 98.9 ซึ่งอยู่ในระดับที่ 3 ของการพัฒนากระบวนการสุขภาพปทุมภูมิของเขตสุขภาพที่ 6

สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปทุมภูมิ พ.ศ. 2566 จำนวน 48 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 51.1⁽⁹⁾ ซึ่งระยะของการเปลี่ยนผ่านที่ยังไม่มีความเสถียรภาพเนื่องจากจังหวัดปราจีนบุรีได้มีการถ่ายโอนภารกิจสถานีนานามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยมีการถ่ายโอนไปทั้งจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 94 แห่ง เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2565 อันเป็นไปตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543 ซึ่งคณะกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีมติเห็นชอบ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี ได้รับมอบอำนาจจากปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่งมอบภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี โดยบันทึกข้อตกลงความร่วมมือเพื่อพัฒนาศักยภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรีในด้านสาธารณสุขมูลฐาน และการบริการสุขภาพระดับปทุมภูมิระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี 5 ข้อสำคัญ⁽¹⁰⁾ คือ 1) องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี จะส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดให้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และมาตรฐาน การให้บริการด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด และจะร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี และส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาทักษะความรู้และความสามารถของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี เป็นประจำอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี โดย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี จะปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี ตามกฎหมายว่า

ด้วยวิชาชีพเวชกรรมและระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทยมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี จะนิเทศและตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี จะสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการนิเทศและตรวจเยี่ยมดังกล่าว 4) องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี จะร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี สนับสนุนและส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาความรู้และนวัตกรรมเพื่อพัฒนาการให้บริการด้านสาธารณสุขที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่จังหวัดปราจีนบุรี และเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่จังหวัดปราจีนบุรี ให้สอดคล้องกับเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาจังหวัด และปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง 5) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี จะส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ตามภารกิจสถานีนามายเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรีร้องขออย่างเต็มที่ ภายใต้บทบัญญัติแห่งกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยยึดผลประโยชน์ของประชาชนในพื้นที่จังหวัดปราจีนบุรีเป็นหลัก อันเป็นไปเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด พัฒนาการให้บริการด้านสาธารณสุขที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่จังหวัดปราจีนบุรี และเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่จังหวัดปราจีนบุรี ให้สอดคล้องกับเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาจังหวัด และปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง⁽¹⁰⁾ ซึ่งระบบ

สุขภาพปฐมภูมิของจังหวัดปราจีนบุรีก่อนการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้น มีความโดดเด่นในด้านความเข้มแข็งของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรทุกวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณและอัตรากำลังของกระทรวงสาธารณสุข และสภาพบริบทและข้อจำกัดของพื้นที่⁽¹¹⁾

แม้ระบบสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัดปราจีนบุรีก่อนการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปสู่ อบจ. จะมีความเข้มแข็งด้านเครือข่ายบริการ⁽¹¹⁾ แต่ยังเผชิญปัญหาการขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การเปลี่ยนแปลงบุคลากรที่ขาดความต่อเนื่อง และความท้าทายในการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ หน่วยบริการ และโรงพยาบาลแม่ข่าย ภายหลังการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบการบริหารของ อบจ. ยังพบข้อจำกัดด้านคำสั่ง การกำกับดูแล และระบบข้อมูลที่ยังไม่สอดคล้องกัน⁽⁸⁾ ในช่วงเปลี่ยนผ่านนี้ ความมั่นคงของคุณภาพบริการปฐมภูมิยังคงเป็นเรื่องท้าทาย โดยเฉพาะเมื่อมีการปรับใช้เกณฑ์คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (ฉบับปรับปรุง) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จ และอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพบริการของ รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอน เพื่อหาแนวทางสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างยั่งยืน

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยผสมวิธี (mixed methods research) รูปแบบเชิงอธิบายเป็นลำดับ (explanatory sequential design) แบบ participant selection model

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เชิงปริมาณ ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากคะแนนการประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้ง 8 ส่วน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567 ตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (ฉบับปรับปรุง) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี ทั้ง 94 แห่ง จากระบบ PCUstandard.moph⁽¹¹⁾

เชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 31 คน ซึ่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามผลการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567 ประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการประเมินฯ ทั้ง 2 ปี 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการประเมินปีใดปีหนึ่ง และ 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ผ่านการประเมินฯ ทั้ง 2 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิสรุปคะแนนประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (ฉบับปรับปรุง)⁽³⁾ จากระบบ PCUstandard.moph ทางเว็บไซต์ <https://pcustandard.moph.go.th> ที่พัฒนาโดยกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปขององค์กร

ส่วนที่ 2 สรุปคะแนนประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้ง 8 ส่วน

1) ด้านระบบบริหารจัดการ คะแนนเต็ม 6 คะแนน

2) ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ คะแนนเต็ม 8 คะแนน

3) ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม คะแนนเต็ม 5 คะแนน

4) ด้านระบบสารสนเทศ คะแนนเต็ม 9 คะแนน

5) ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ คะแนนเต็ม 60 คะแนน

6) ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข คะแนนเต็ม 40 คะแนน

7) ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ คะแนนเต็ม 65 คะแนน

8) ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน

รวม 253 คะแนน (ส่วนที่ 1-4 ต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 ทุกข้อ และส่วนที่ 5-8 ต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80)

2. แบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง มี 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปขององค์กร ประเด็นคำถามเกี่ยวกับความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (ฉบับปรับปรุง) และประเด็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาของแบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิและแบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง (index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.8

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตทำการวิจัย การเข้าถึงข้อมูลและการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัยและขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่

2. ผู้วิจัยกำหนดวัน เวลา และสถานที่สัมภาษณ์

พร้อมทำการนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบตัวต่อตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงาน พร้อมขออนุญาตบันทึกเสียงและจดบันทึกข้อมูลสำคัญระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อให้สามารถนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลได้อย่างละเอียดและถูกต้อง

4. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ พร้อมทั้งคัดเลือกและจับประเด็นตัดคำพูดที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยออก เพื่อให้ข้อมูลเป็นไปตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ค่าคะแนนการประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (ฉบับปรับปรุง) ทั้ง 8 ส่วน โดยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่ามัธยฐาน (median) และช่วงควอไทล์ (interquartile range, IQR)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของผลคะแนนการประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (ฉบับปรับปรุง) ทั้ง 8 ส่วน ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และปี พ.ศ. 2567 โดยสถิติ Wilcoxon signed rank test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

3. วิเคราะห์ข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รหัสโครงการวิจัย STOUIRB

2568/009.0301 เลขที่ใบรับรอง 006.68 รับรอง ณ วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2568 และกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งการแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

ผลการศึกษา

ผลการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี

จังหวัดปราจีนบุรีได้มีการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ทั้งหมดในจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 94 แห่ง ให้แก่ อบจ. โดยมีการส่งมอบภารกิจอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2565⁽¹⁰⁾ จากการศึกษาการพัฒนาคุณภาพภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ พบว่าบริบทการดำเนินงานในพื้นที่มีความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในหลายมิติ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยสรุปจากความคิดเห็นของผู้อำนวยการ รพ.สต. ได้ดังนี้

1. นโยบายและการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

หลังการถ่ายโอนภารกิจ ได้มีการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU: memorandum of understanding) ระหว่าง อบจ.ปราจีนบุรี และ สสจ.ปราจีนบุรี เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดย สสจ. ยังคงมีบทบาทในการสนับสนุนด้านวิชาการ กำกับมาตรฐาน และเป็นพี่เลี้ยง ในขณะที่ อบจ. เข้ามามีบทบาทหลักในการบริหารจัดการและสนับสนุนทรัพยากร นโยบายของ อบจ. มีความชัดเจนขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ที่ตั้งเป้าหมายให้ รพ.สต. ทุกแห่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพร้อยละ 100 และเน้นย้ำเรื่องภาพลักษณ์ของหน่วยบริการที่ต้อง “สวยงามและสะอาด” รวมถึงการ

พัฒนาระบบบริการแบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (one stop service)

2. การสนับสนุนด้านทรัพยากรจาก อบจ.

2.1 งบประมาณ รพ.สต. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน มีความคล่องตัวและรวดเร็วในการเบิกจ่าย ทำให้สามารถบริหารจัดการงบประมาณได้ตรงตามความต้องการของพื้นที่มากขึ้น เช่น การได้รับงบประมาณตั้งต้น 1,050,000 บาทต่อปี เพื่อใช้ในการบริหารจัดการและจ้างบุคลากรเพิ่มเติม

2.2 กำลังคน การมีงบประมาณที่เพียงพอทำให้ รพ.สต. สามารถจ้างบุคลากรเพิ่มเติมได้ ส่งผลให้สามารถจัดบริการดูแลประชาชนได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความท้าทายในการจัดหาบุคลากรสายวิชาชีพในพื้นที่ห่างไกล

2.3 วัสดุอุปกรณ์และระบบสารสนเทศ อบจ. ให้การสนับสนุนด้านครุภัณฑ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์ที่จำเป็น ทำให้การบริการรวดเร็วขึ้น เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องตรวจน้ำตาล รวมถึงอุปกรณ์สำหรับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (infection control: IC) นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อยกระดับการบันทึกและติดตามข้อมูล

3. การทำงานร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและภาคีเครือข่าย

3.1 โรงพยาบาลแม่ข่าย ความสัมพันธ์ยังคงเชื่อมโยงกันอยู่ แต่มีทั้งจุดแข็งและปัญหาอุปสรรค จุดแข็งคือการได้รับการสนับสนุนจากทีมพี่เลี้ยงสหวิชาชีพ เช่น เภสัชกร หรือทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม บางแห่งประสบปัญหาการประสานงานกับแพทย์ที่ไม่ชัดเจน การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ล่าช้า และการ

ถูกผลกระทบด้านการจัดการคลังยาสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาให้ รพ.สต.

3.2 ภาคีเครือข่ายในชุมชน การถ่ายโอนภารกิจและได้รับการสนับสนุนจาก อบจ. ทำให้ รพ.สต. สามารถขับเคลื่อนงานเชิงรุกในชุมชนได้ดีขึ้น เช่น การออกเยี่ยมบ้าน การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่

ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 94 แห่ง มีจำนวนบุคลากรเฉลี่ยเท่ากับ 6 คน ครึ่งหนึ่งของ รพ.สต. มีบุคลากรน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คน จำนวนบุคลากรน้อยที่สุด 2 คน และมากที่สุด 14 คน จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบเฉลี่ย 3,777 คน ครึ่งหนึ่งของ รพ.สต. ดูแลประชากรน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,035 คน มีจำนวนประชากรน้อยที่สุด 621 คน และมากที่สุด 11,693 คน ขนาดของ รพ.สต. จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีขนาดเล็ก (ประชากร น้อยกว่า 3,000 คน) จำนวน 44 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 46.8 ขนาดกลาง (ประชากร 3,000–8,000 คน) จำนวน 38 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 40.4 และขนาดใหญ่ (ประชากรมากกว่า 8,000 คน) จำนวน 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 12.8 สำหรับการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 พบว่า มีการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit: PCU) จำนวน 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 6.4 ขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (network of primary care units: NPCU) จำนวน 79 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 84.0 และยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน จำนวน 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.6 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี ทั้ง 94 แห่ง

ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน (n=94)	ร้อยละ
จำนวนบุคลากร mean = 6.0, S.D. = 2.7, median = 5 (4-8), min = 2, max = 14		
จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ mean = 3,776.9, S.D. = 2,610.8, median = 3,035 (1,749-4,596), min = 621, max = 11,693		
ขนาด รพ.สต.		
ขนาดเล็ก (ประชากรน้อยกว่า 3,000 คน)	44	46.8
ขนาดกลาง (ประชากร 3,000-8,000 คน)	38	40.4
ขนาดใหญ่ (ประชากรมากกว่า 8,000 คน)	12	12.8
การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562		
หน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit: PCU)	6	6.4
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (network of primary care units: NPCU)	79	84.0
ไม่ได้ขึ้นทะเบียน	9	9.6

ภาพรวมการผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (ฉบับปรับปรุง) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี ทั้ง 94 แห่ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มี รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 48 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 51.1 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มี รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นเป็น 72 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 76.6 สำหรับการเปรียบเทียบการผ่านเกณฑ์คุณภาพตามขนาด รพ.สต. ขนาดเล็ก (S) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ผ่านเกณฑ์ 19

แห่ง คิดเป็นร้อยละ 43.2 และปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นเป็น 30 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 68.2 ขนาดกลาง (M) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ผ่านเกณฑ์ 22 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 57.9 และปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นเป็น 32 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 84.2 ขนาดใหญ่ (L) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ผ่านเกณฑ์ 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 58.3 และปีงบประมาณ 2567 ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นเป็น 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 83.3 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (ฉบับปรับปรุง) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี ทั้ง 94 แห่ง ผ่านระบบ primary care unit standard จำแนกตามปีงบประมาณและขนาด รพ.สต.

ขนาด รพ.สต.	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566		ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ขนาดเล็ก (S) (n=44)	19	43.2	30	68.2
ขนาดกลาง (M) (n=38)	22	57.9	32	84.2
ขนาดใหญ่ (L) (n=12)	7	58.3	10	83.3
รวม (n=94)	48	51.1	72	76.6

ความคิดเห็นของผู้อำนวยการ รพ.สต. ภายหลังจากการถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด พบว่าโดยรวมคุณภาพการให้บริการยังคงอยู่ในระดับมาตรฐาน เนื่องจากต้องปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ อย่างไรก็ตามหลายพื้นที่มีศักยภาพเพิ่มขึ้นจากการได้รับงบประมาณบุคลากร และครุภัณฑ์ที่ดีขึ้น ทำให้สามารถขับเคลื่อนงานเชิงรุกได้มากขึ้น เช่น คำกล่าวของผู้อำนวยการ รพ.สต. หมายเลข 6 ที่ว่า “หลังจากถ่ายโอน...คุณภาพบริการดีขึ้น เพราะมีเงินเพิ่มมากขึ้น” ด้านการบริหารจัดการ หน่วยบริการมีอิสระในการวางแผนและใช้งบประมาณตรงตามบริบทของพื้นที่ ส่งผลให้เกิดความคล่องตัวมากขึ้น เช่น คำ

กล่าวของผู้อำนวยการ รพ.สต. หมายเลข 9 ที่ว่า “หน่วยบริการสามารถบริหารจัดการตนเองได้มากขึ้น...ใช้งบประมาณตรงกับความต้องการ” อย่างไรก็ตาม มีข้อท้าทายเรื่องภาระงานเอกสารและการเงินที่เพิ่มขึ้นจากระเบียบของกระทรวงมหาดไทย โดยเฉพาะในหน่วยงานขนาดเล็กที่มีบุคลากรจำกัด

เพื่อให้เห็นภาพรวมของผลการประเมินในเชิงลึกมากขึ้น ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ย คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุดในแต่ละด้านการประเมิน ทั้ง 8 ด้าน ตามเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 โดยเปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567 ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนตามเกณฑ์ คะแนนเฉลี่ย คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด ของการประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (ฉบับปรับปรุง) จำแนกตามปีงบประมาณ และผลการประเมินรายส่วน

เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนผ่านเกณฑ์	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566			ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567		
			$\bar{X}$	Max	Min	$\bar{X}$	Max	Min
ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ	6	6	5.83	6.00	3.00	5.97	6.00	4.00
ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	8	8	7.56	8.00	4.00	7.88	8.00	7.00
ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	5	5	4.91	5.00	3.00	4.98	5.00	3.00
ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ	9	9	8.80	9.00	5.00	9.00	9.00	9.00
ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	60	48	52.56	60.00	31.00	53.84	60.00	38.00
ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	40	32	33.56	40.00	0.00	35.45	40.00	0.00
ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)	65	52	57.04	65.00	0.00	60.11	65.00	14.00
ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	60	48	54.87	60.00	19.70	54.40	60.00	36.00
คะแนนรวม	253	208	225.28	253.00	119.40	231.63	253.00	164.40

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยการประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (ฉบับปรับปรุง) ในปี 2566 เท่ากับ 225.28 คะแนน จากคะแนนเต็ม 253 และเพิ่มเป็น 231.63 ในปี 2567 โดยคะแนนสูงสุดเท่ากันที่ 253 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำสุดเพิ่มจาก 119.40 เป็น 164.40 เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 8 เกณฑ์ พบว่าทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น ยกเว้นส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่ลดลงเล็กน้อย (54.87 เป็น 54.40) แต่คะแนนต่ำสุดของด้านนี้เพิ่มขึ้นมาก ขณะที่ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแม้ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (33.56 เป็น 35.45) แต่ยังพบคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 แสดงว่ามีบางแห่งยังไม่ผ่านเกณฑ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการ รพ.สต. สามารถสรุปภาพรวมของการเปลี่ยนแปลงภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้ อบจ. ใน 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ด้านคุณภาพและศักยภาพในการให้บริการ ในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ คุณภาพการให้บริการไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจาก รพ.สต. ยังคงต้องยึดมั่นและปฏิบัติตามมาตรฐานกลางที่กฎหมายกำหนด คือ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ดังที่ผู้อำนวยการ รพ.สต. หมายเลข 28 กล่าวว่า “เรื่องของการให้บริการไม่ต่างกันมาก เพราะต้องทำตามมาตรฐานอยู่แล้ว เช่น มาตรฐาน รพ.สต. 5 ดาว หรือ ปฐมภูมิซึ่งเป็น พรบ. ที่ต้องปฏิบัติตาม” สิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน คือ ศักยภาพ (potential) ของหน่วยบริการที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเป็นผลโดยตรงมาจากการสนับสนุนของ อบจ. ทำให้ รพ.สต. มีความพร้อมในการพัฒนาบริการให้ดียิ่งขึ้นได้ในอนาคต ดังที่ผู้อำนวยการ รพ.สต. หมายเลข 5 ได้สะท้อนมุมมองนี้ว่า “คิดว่าเรื่องคุณภาพการบริการไม่ค่อยต่างกันเท่าไร แต่ต่างกันเรื่องศักยภาพ...หลังจากการ

ถ่ายโอนก็ยังคงเป็นแบบนั้นอยู่ แต่รู้ลึกกว่าศักยภาพของเราเพิ่มขึ้น เพราะได้รับการสนับสนุนเรื่องงบประมาณ สามารถบริหารจัดการได้มากขึ้น”

2. ด้านการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) การสนับสนุนจาก อบจ. ถือเป็นปัจจัยบวกที่เด่นชัดที่สุดหลังการถ่ายโอนภารกิจ โดยเป็นการสนับสนุนที่ครอบคลุมทั้ง “คน เงิน ของ” ตามที่ผู้อำนวยการ รพ.สต. หมายเลข 15 ได้กล่าวไว้อย่างชัดเจนว่า “คำว่าถ่ายโอน รพ.สต. มันคือการถ่ายโอนภารกิจ รวมถึง คน เงิน ของ มันไม่ได้ถ่ายโอนมาแค่ภารกิจอย่างเดียว แต่พอมาสังกัด อบจ. สิ่ง que เพิ่มขึ้นเน่ๆ คือเรื่องของ ของ คน และเงิน” การสนับสนุนนี้ส่งผลให้ รพ.สต. สามารถจัดหาบุคลากรและครุภัณฑ์ที่จำเป็นได้มากขึ้น ดังที่ผู้อำนวยการ รพ.สต. หมายเลข 12 ระบุว่า “อบจ. ให้การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์มากขึ้น เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องตรวจน้ำตาล ช่วยให้บริการผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น” ซึ่งการมีทรัพยากรที่พร้อมมูลนี้เองที่เป็นรากฐานสำคัญที่ทำให้คุณภาพบริการโดยรวมมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ดังที่ผู้อำนวยการ รพ.สต. หมายเลข 17 สรุปว่า “หลังจากถ่ายโอน ในเรื่องของคุณภาพบริการก็เป็นผลพวงมาจากการถ่ายโอน เนื่องจากมีเงินเพิ่มมากขึ้น”

3. ด้านการบริหารจัดการและภาระงาน หลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. มีความคล่องตัวและความเป็นอิสระในการบริหารจัดการ เพิ่มขึ้นอย่างมาก สามารถวางแผนพัฒนาและใช้งบประมาณได้ตรงตามความต้องการและบริบทของพื้นที่ตนเองอย่างแท้จริง ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการ รพ.สต. หมายเลข 9 ที่ว่า “หน่วยบริการสามารถบริหารจัดการตนเองได้มากขึ้น มีอิสระในการวางแผนพัฒนาและใช้งบประมาณที่ตรงกับความต้องการ” ความคล่องตัวนี้มาพร้อมกับ ภาระงานด้านเอกสารที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะงานที่เกี่ยวข้องกับการเงิน การบัญชี และการจัดซื้อจัดจ้าง ที่ต้องปฏิบัติตามระเบียบของกระทรวง

มหาดไทยอย่างเข้มงวด ซึ่งถือเป็นความท้าทายใหม่สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ดังที่ผู้อำนวยการ รพ.สต. หมายเลข 14 ชี้ให้เห็นว่า “ความแตกต่างก่อนกับหลังถ่ายโอนที่เห็นชัดคือภาระงานเอกสาร โดยเฉพาะเรื่องการเงินการบัญชีที่มีความเข้มงวดและชัดเจนมากขึ้นตามระเบียบของมหาดไทย...ส่งผลให้ภาระงานเพิ่มขึ้นและอาจกระทบต่อการให้บริการ” ซึ่งเป็นจุดที่ต้องมีการบริหารจัดการและพัฒนากระบวนการสนับสนุนต่อไปในอนาคต

การเปรียบเทียบผลการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567

การเปรียบเทียบผลการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรีระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567 พบว่า คะแนนรวมของการประเมินในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 สูงกว่าปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (median of difference = 8.85, $Z = -2.67$, $p = 0.007$) ภาพรวมของการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีพัฒนาการและการปรับปรุงที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า

สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนรายส่วน ทั้ง 8 ส่วน พบว่าเกณฑ์ที่มีการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ส่วนที่ 2 และ ส่วนที่ 7 เป็นส่วนที่มีพัฒนาการโดดเด่นและชัดเจนที่สุด โดยมีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับที่สูงมาก ($p < 0.001$) โดยส่วนที่ 7 มีค่ามัธยฐานของคะแนนที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 4.00 ($Z = -3.79$) และส่วนที่ 2 มีค่ามัธยฐานของคะแนนที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.00 ($Z = -3.44$) ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 4 มีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($p = 0.011$) โดยส่วนที่ 4 มีค่ามัธยฐานของคะแนนที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.50 ($Z = -2.52$) และส่วนที่ 1 มีค่ามัธยฐานของคะแนนที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.50 ($Z = -2.52$) การเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกของทั้งสี่ส่วนนี้เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลให้คะแนนรวมมีการพัฒนาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนเกณฑ์ที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ได้แก่ ส่วนที่ 3 และ ส่วนที่ 5 ($p = 0.143$ และ $p = 0.114$ ตามลำดับ) แม้ค่ามัธยฐานของผลต่างคะแนนจะเป็นบวก แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนที่ 6 และ ส่วนที่ 8 ($p = 0.483$ และ $p = 0.611$ ตามลำดับ) เป็นส่วนที่คะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แม้ว่าค่ามัธยฐานของผลต่างจะติดลบเล็กน้อย (median of difference = -0.80 และ -1.00) ซึ่งชี้ว่าระดับการดำเนินงานในส่วนเหล่านี้ยังคงรักษาระดับใกล้เคียงกับปีที่ผ่านมา ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567 รายส่วนและคะแนนรวม

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	คะแนนเต็ม	n*	Median of difference**	Interquartile range	Z***	p-value
ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ	6	8	1.50	1.25	- 2.539	0.011
ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	8	26	1.00	1.00	- 3.525	< 0.001
ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อม	5	7	1.00	1.40	- 1.466	0.143
ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ	9	8	2.50	1.25	- 2.536	0.011
ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	60	72	1.50	8.87	- 1.583	0.113
ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	40	73	- 0.80	6.40	- 0.693	0.483
ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)	65	83	4.00	14.50	- 3.793	< 0.001
ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	60	84	- 1.00	9.62	- 0.509	0.611
คะแนนรวม	253	92	8.85	27.88	- 2.676	0.007

* จำนวนคู่ตัวอย่างที่มีผลต่างของคะแนนปี 2567 - 2566 ไม่เป็นศูนย์ (จาก n ทั้งหมด 94 แห่ง)

** มัธยฐานของ คะแนนปี พ.ศ. 2567 - คะแนนปี พ.ศ. 2566 ของหน่วยบริการแต่ละแห่ง

*** Z จาก Wilcoxon signed rank test เพราะข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ

ผลการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นช่วงแรกของการถ่ายโอนภารกิจมายัง อบจ. การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังคงมีความต่อเนื่องจากแนวทางเดิมของกระทรวงสาธารณสุข และยังขาดความชัดเจนในเชิงนโยบายและการประเมินจาก อบจ. ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้อำนวยการ รพ.สต. หมายเลข 6 ที่ระบุว่า “ปีแรกที่ถ่ายโอนมาก็คือ ปี 66 ก็ยังไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงอะไรมาก แต่พอ ปี 67 มันเริ่มมีความเปลี่ยนแปลง” จุดเปลี่ยนสำคัญเกิดขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เมื่อ อบจ. ได้กำหนดนโยบายและเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน โดยมุ่งเน้นคุณภาพการบริการและตั้งเป้าหมายให้ทุกแห่งต้องผ่านมาตรฐาน 100% ดังที่ผู้อำนวยการ รพ.สต. หมายเลข 2 ยืนยันว่า “ปี 67 อบจ. กำหนดชัดเจนว่าต้องผ่าน 100% ทำให้มีการพัฒนาอย่างจริงจังใน

ทุกพื้นที่” ความชัดเจนเชิงนโยบายนี้ได้กลายเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างจริงจัง โดยเฉพาะการพัฒนากระบวนการแบบ one stop service ซึ่งน่าจะเป็นคำอธิบายสำคัญที่ส่งผลให้คะแนนในส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ และส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) มีพัฒนาการที่โดดเด่นและเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูงสุด นอกเหนือจากนโยบายแล้ว การสนับสนุนด้านงบประมาณและทรัพยากรจาก อบจ. ยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง การจัดสรรงบประมาณที่รวดเร็วและตรงตามความต้องการของพื้นที่มากขึ้น ทำให้ รพ.สต. หลายแห่งสามารถแก้ไขปัญหาที่เคยมีอยู่ได้ โดยเฉพาะการจ้างบุคลากรเพิ่มเติมและการจัดหาครุภัณฑ์ที่

จำเป็น ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการ รพ.สต. หมายเลข 7 ที่ว่า “มีการเปลี่ยนแปลง อย่างที่บอกไป เรามีบุคลากรเพิ่มขึ้นเราสามารถ *manage* คนได้มากขึ้น” และผู้อำนวยการ รพ.สต. หมายเลข 30 ที่กล่าวว่า “อบจ. สนับสนุนงบประมาณที่สามารถใช้ได้รวดเร็วและตรงกับความต้องการ ทำให้สามารถปรับปรุงอาคารและจัดซื้อครุภัณฑ์ได้มากขึ้น” การสนับสนุนเหล่านี้จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มขึ้นของคะแนนในส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ และส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ ในขณะเดียวกัน ส่วนที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และส่วนที่ 8 ด้านระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ อาจเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานที่มีความต่อเนื่องจากเดิม หรือเป็นส่วนที่หน่วยบริการสามารถปฏิบัติได้ดียอยู่แล้ว ทำให้เกณฑ์ใหม่ของ อบจ. ไม่ได้ส่งผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากนัก

โดยสรุปแล้ว ผลคะแนนเชิงปริมาณที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เป็นผลลัพธ์โดยตรงจากความชัดเจนเชิงนโยบาย และการสนับสนุนด้านทรัพยากรอย่างจริงจังจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งได้กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนภารกิจให้้องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี

ผลการศึกษาพบปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในภาพรวมปัจจัยแห่ง

ความสำเร็จร่วมกันของ รพ.สต. ทุกขนาด คือ การสนับสนุนที่ชัดเจนจาก อบจ. ทั้งในด้านนโยบายและงบประมาณ ซึ่งแก้ไขข้อจำกัดเดิมๆ และสร้างแรงผลักดันให้เกิดการพัฒนาอย่างไ้ก็ตาม บริบทของขนาดส่งผลให้การใช้ประโยชน์จากปัจจัยดังกล่าวแตกต่างกัน

รพ.สต. ขนาดใหญ่ (L) มักมีความพร้อมด้านบุคลากรและโครงสร้างพื้นฐานเดิมอยู่แล้ว ปัจจัยแห่งความสำเร็จจึงมักเกิดจากการบริหารจัดการภายในที่มีประสิทธิภาพ และการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพ การสนับสนุนจาก อบจ. ช่วยเสริมศักยภาพให้สามารถยกระดับบริการสู่รูปแบบเฉพาะทางหรือครบวงจรได้มากขึ้น ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการ รพ.สต. หมายเลข 14 ที่ว่า “ของเราจะใช้หลัก *one stop service* ทำอะไรให้มันเสร็จทีเดียววันเดียวให้จบ ทุกวิชาชีพต้องช่วยกัน” ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

รพ.สต. ขนาดกลาง (M) เป็นกลุ่มที่ได้รับประโยชน์จากการสนับสนุนของ อบจ. อย่างเห็นได้ชัดที่สุด ปัจจัยแห่งความสำเร็จมักมาจากการได้รับงบประมาณสนับสนุนเพื่อปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและจัดหาครุภัณฑ์ ที่เคยขาดแคลน ทำให้สามารถยกระดับภาพลักษณ์และคุณภาพบริการได้ทัดเทียมกับหน่วยบริการขนาดใหญ่ขึ้น ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการ รพ.สต. หมายเลข 26 ที่ว่า “เรื่องสิ่งแวดล้อมไม่เป็นปัญหา มีงบประมาณจาก อบจ. สำหรับปรับปรุงภูมิทัศน์ ป้าย จุดเช็คอินตามแผน 5 ปี” นอกจากนี้ การสนับสนุนการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรก็เป็นปัจจัยสำคัญสำหรับ รพ.สต. ขนาดนี้

รพ.สต. ขนาดเล็ก (S) แม้จะมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร แต่ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือ ความเข้มแข็งของเครือข่ายและความสัมพันธ์ในชุมชน รวมถึงการสนับสนุนจากทีมพี่เลี้ยงของโรงพยาบาลแม่ข่าย (*contracting unit for primary care: CUP*) ซึ่งช่วยทดแทนข้อจำกัดด้านบุคลากรและความเชี่ยวชาญเฉพาะทางได้เป็นอย่างดี ดังที่ผู้อำนวยการ รพ.สต. หมายเลข 11 กล่าวถึงการแก้ปัญหา

ขาดแคลนเภสัชกรว่า “เรามีน้องเภสัชที่เราขอความร่วมมือไปให้เค้ามาช่วยสอนให้เจ้าหน้าที่แบบไม่เป็นทางการ ก็คือใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวเข้ามา มาช่วยในส่วนนี้”

2. ปัญหาและอุปสรรค ที่พบในการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันไปตามบริบทของขนาด รพ.สต. ซึ่งสะท้อนความท้าทายที่แตกต่างกัน ดังนี้

รพ.สต. ขนาดใหญ่ (L) อุปสรรคที่พบบ่อยไม่ใช่เรื่องการขาดแคลนทรัพยากรพื้นฐาน แต่เป็นความซับซ้อนในการบริหารจัดการและภาระงานที่เกิดจากระบบ เนื่องจากต้องรองรับผู้ป่วยจำนวนมากและมีความคาดหวังสูง ปัญหาจึงมักเกิดจากภาระงานที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ ทำให้ต้องแบกรับต้นทุนและปริมาณงานที่เกินกว่าบทบาทหน้าที่ของบริการปฐมภูมิ ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการ รพ.สต. หมายเลข 18 ที่ว่า “รพ.สต. ต้องรับภาระเรื่องค่ายาที่มาจากผู้ป่วยเบาหวานที่ควรอยู่ในความรับผิดชอบของทุติยภูมิ ทำให้ภาระงานและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น” ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาเชิงโครงสร้างที่ส่งผลกระทบต่อหน่วยบริการด้านหน้าขนาดใหญ่

รพ.สต. ขนาดกลาง (M) มักเผชิญกับปัญหาความไม่สอดคล้องของเกณฑ์การประเมินกับทรัพยากรที่มีอยู่ กล่าวคือ มีความคาดหวังให้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานระดับสูง แต่ยังขาดแคลนบุคลากรหรือมีข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานบางอย่าง ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติจริง ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการ รพ.สต. หมายเลข 22 ที่ชี้ให้เห็นว่า “ไม่มีพื้นที่เฉพาะสำหรับแยกของสะอาดและของสกปรกตามที่เกณฑ์ IC กำหนด ทำให้ไม่สามารถผ่านการประเมินได้” ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านกายภาพที่ยังปรับปรุงไม่ทันตามเกณฑ์ที่คาดหวัง

รพ.สต. ขนาดเล็ก (S) ปัญหาที่รุนแรงและชัดเจนที่สุดคือ การขาดแคลนบุคลากรอย่างหนัก ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อความสามารถในการให้บริการตามเกณฑ์มาตรฐาน และทำให้เจ้าหน้าที่หนึ่งคนต้องรับผิดชอบภาระงานที่หลากหลายเกินขอบเขตหน้าที่ของตนเอง (work-

load) ดังที่ผู้อำนวยการ รพ.สต. หมายเลข 31 สะท้อนปัญหานี้ว่า “ภาระงานมีมากแต่เจ้าหน้าที่ไม่ครบตำแหน่งต้องแบ่งหน้าที่กันเอง เช่น พยาบาลต้องทำหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขด้วย” นอกจากนี้ ปัญหาทักษะด้านเทคโนโลยีของบุคลากร ก็มักเป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับ รพ.สต. ขนาดเล็ก ดังที่ผู้อำนวยการ รพ.สต. หมายเลข 2 กล่าวว่า “คนของ รพ.สต. ขาดความรู้ในเรื่องของเทคโนโลยีอย่างมากไม่ได้มีความรู้ที่จะเอาไปต่อยอดได้” ซึ่งทำให้การปรับตัวเข้ากับระบบสารสนเทศใหม่ๆ เป็นไปได้ช้ากว่าหน่วยบริการขนาดอื่น

วิจารณ์และข้อยุติ

จากการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรีสามารถอภิปรายผลแต่ละประเด็นได้ ดังนี้

1. ผลการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจคุณภาพการบริการสุขภาพของ รพ.สต. ในจังหวัดปราจีนบุรีมีการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยภาพรวมการผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.1 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็นร้อยละ 76.6 ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของ อบจ. ในการเข้ามาบริหารจัดการและสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์เชิงบวกนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชาและคณะ (2565) ซึ่งได้ศึกษาบริบทของจังหวัดปราจีนบุรีก่อนการถ่ายโอนพบว่า จังหวัดปราจีนบุรีมี “ทุนดั้งเดิม” ที่แข็งแกร่ง โดยเฉพาะ “ภาวะผู้นำร่วม (shared leadership)” ระหว่างผู้บริหาร อบจ. และผู้บริหารในระบบสุขภาพของจังหวัด ซึ่งนำไปสู่ความร่วมมือที่ราบรื่นในช่วงเปลี่ยนผ่าน การ

สนับสนุนจาก อบจ. ที่ชัดเจนทั้งด้านงบประมาณและทรัพยากรเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยยกระดับคุณภาพบริการ⁽¹²⁾ ปัจจัยสำคัญที่ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการคือการสนับสนุนที่ชัดเจนจาก อบจ. ทั้งในด้านงบประมาณและทรัพยากร ซึ่งช่วยเติมเต็มช่องว่างที่ รพ.สต. เคยประสบปัญหามาก่อน ดังที่ผู้ปฏิบัติงานสะท้อนว่า “หลังจากถ่ายโอน ในเรื่องของคุณภาพบริการก็เป็นผลพวงมาจากการถ่ายโอน เนื่องจากมีเงินเพิ่มมากขึ้น” และ “พอมาอยู่ อบจ. เราได้รับการดูแลเป็นอันดับแรก เพราะกองสาธารณสุขก็ดูแลแค่ รพ.สต. อย่างเดียว” การสนับสนุนนี้ไม่เพียงช่วยแก้ปัญหาเฉพาะหน้า แต่ยังสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากรในการพัฒนางานบริการเชิงรุกในชุมชนได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดาราวรรณ รองเมือง และคณะ (2565) ที่พบว่า รพ.สต. ที่กำลังจะถ่ายโอนส่วนใหญ่มีความพร้อมด้านโครงสร้างในระดับที่ดี แต่ยังขาดความพร้อมด้านบุคลากร⁽¹³⁾ ผลการพัฒนาที่ปราจีนบุรีแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนอย่างจริงจังจาก อบจ. สามารถช่วยเติมเต็มช่องว่างด้านบุคลากรและทรัพยากรได้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การบริการไม่หยุดชะงักและสามารถพัฒนาต่อไปได้ นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง อบจ. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ก่อนการถ่ายโอน ยังช่วยให้การประสานงานด้านวิชาการและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ

2. ผลการเปรียบเทียบการพัฒนาคุณภาพการจัดการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567

การเปรียบเทียบผลการพัฒนาคุณภาพระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567 พบว่า คะแนนคุณภาพโดยรวมในปี พ.ศ. 2567 สูงกว่าปี พ.ศ. 2566 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$) การเปลี่ยนแปลงนี้สะท้อนให้เห็นถึงการปรับตัวและการพัฒนาระบบอย่างเป็นรูป

ธรรมภายหลังจากผ่านพ้นช่วงเปลี่ยนผ่านในปีแรก โดยเฉพาะใน 4 ด้านสำคัญที่มีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ด้านระบบบริหารจัดการ, ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพ, ด้านระบบสารสนเทศ และด้านการจัดบริการเภสัชกรรม การพัฒนาที่ก้าวกระโดดนี้เป็นผลมาจากนโยบายที่ชัดเจนและเข้มข้นขึ้นของ อบจ. ในปีที่สอง ดังที่ผู้ปฏิบัติงานระบุว่า “ปี 67 นโยบายในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิจาก อบจ. มีความชัดเจนมากขึ้น” และ “อบจ. กำหนดชัดเจนว่าต้องผ่าน 100% ทำให้มีการพัฒนาอย่างจริงจังในทุกพื้นที่” นโยบายดังกล่าวได้กระตุ้นและเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้เกิดการปรับปรุงกระบวนการทำงานและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง คะแนนในส่วน of ระบบสารสนเทศผ่านเกณฑ์ทุกแห่งในปี พ.ศ. 2567 เป็นผลโดยตรงจากการที่ อบจ. เข้ามาสนับสนุนด้านเทคโนโลยีและจัดอบรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งช่วยแก้ปัญหาที่หลาย รพ.สต. ขาดแคลนทรัพยากรและความรู้ด้านนี้มาก่อน รวมทั้งการทำงานร่วมกับเภสัชกรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย อย่างไรก็ดี ในบางด้าน เช่น ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และ ด้านระบบห้องปฏิบัติการ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและต้องอาศัยการประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างใกล้ชิด ซึ่งยังคงเป็นความท้าทายในการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานต่างสังกัด สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาราวรรณ รองเมืองและคณะ ที่ชี้ให้เห็นถึงความกังวลเรื่องการคงความสามารถในการให้บริการเฉพาะทางบางอย่างหลังการถ่ายโอน⁽¹³⁾

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการ รพ.สต. หลังถ่ายโอนภารกิจประกอบด้วย นโยบายที่ชัดเจน การสนับสนุนด้านงบ

ประมาณและทรัพยากรอย่างเพียงพอจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด ตลอดจนการเปิดโอกาสให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. มีบทบาทในการวางแผนและตัดสินใจมากขึ้น ซึ่งทำให้ รพ.สต. มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ การทำงานเป็นทีมและความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ทั้งภายในหน่วยบริการและกับหน่วยงานภายนอกยังเป็นรากฐานที่สำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย ในทางกลับกันปัญหาและอุปสรรค ที่พบสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศ ประเด็นสำคัญคือ แม้ อบจ. จะสนับสนุนการจ้างงาน แต่ภาระงานด้านเอกสาร การเงิน และบัญชีที่เพิ่มขึ้น ซึ่งมีความซับซ้อนและเข้มงวดตามระเบียบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิศดาร แสงชาติ และคณะ (2568) ที่พบว่า บุคลากรบางส่วนยังมีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านระเบียบและกฎหมาย รวมทั้งมีความคาดหวังของด้านการบริหารงบประมาณ การเงิน บัญชี และการพัสดุ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีผู้ปฏิบัติงานตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินการบัญชี⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในบางสายงาน เช่น ด้านการเงินและบัญชี ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ แม้ อบจ. จะสนับสนุนการจ้างงาน แต่การสรรหาบุคลากรเฉพาะทางยังคงเป็นเรื่องท้าทาย โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล สำหรับประเด็นเรื่องขวัญกำลังใจและความก้าวหน้าในสายอาชีพของบุคลากรก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญ ดังผลการศึกษาของ ธนเดช ธรรมแก้ว และคณะ (2567) ที่พบว่า บุคลากร รพ.สต. หลายรายมีความกังวลใจเกี่ยวกับการตัดสินใจถ่ายโอน โดยมีปัจจัยด้านความเจริญก้าวหน้าในอนาคตและการยอมรับนับถือเป็นแรงจูงใจสำคัญในการตัดสินใจ โดย อบจ. ต้องวางระบบการบริหารจัดการกฎหมายและระเบียบให้ชัดเจน ร่วมกับหน่วยงานด้านการควบคุมมาตรฐานบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับ

บริการอย่างมีคุณภาพ⁽¹⁵⁾

สรุป

การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ.ปราจีนบุรี ถือเป็นกรณีศึกษาที่ประสบความสำเร็จในการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นผลจากทุนดั้งเดิมที่ดีของพื้นที่ โดยเฉพาะภาวะผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และความร่วมมือที่เข้มแข็ง ควบคู่ไปกับการสนับสนุนที่เป็นระบบจาก อบจ. อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความท้าทายในด้านภาระงานของบุคลากร การขาดแคลนบุคลากรในบางสายงาน และความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากรประสานงานกับระบบบริการในระดับทุติยภูมิให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นโจทย์ที่ต้องอาศัยการวางแผนเชิงนโยบายและการลงทุนในระยะยาวต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้เปรียบเทียบผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจโดยตรง เนื่องจากเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ใช้ในช่วงก่อนและหลังการถ่ายโอนไม่ได้เป็นเกณฑ์มาตรฐานเดียวกัน
2. ข้อมูลเชิงปริมาณที่นำมาวิเคราะห์อาจมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนหรือความถูกต้อง เนื่องจากพึ่งพาการบันทึกและรายงานจากหน่วยบริการ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่
3. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกครอบคลุมเฉพาะผู้บริหารของหน่วยบริการ อาจไม่สะท้อนมุมมองของผู้ปฏิบัติงานในแต่ละด้าน ผู้เกี่ยวข้อง เช่น เครือข่ายทีมพี่เลี้ยงจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลแม่ข่าย และผู้รับบริการหรือประชาชนในพื้นที่
4. ระยะเวลาการศึกษาที่ครอบคลุมเพียง 2

ปีงบประมาณ (พ.ศ. 2566–2567) อาจยังไม่เพียงพอที่จะสะท้อนผลการพัฒนาคุณภาพบริการในระยะยาวหลังการถ่ายโอนภารกิจ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีคะแนนไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากพบข้อจำกัดด้านทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐาน พื้นที่และอาคารที่ไม่สามารถปรับปรุงได้ งบประมาณจำกัด มีภาระงานที่เพิ่มขึ้น ขาดการพัฒนาองค์ความรู้ปัจจุบัน รวมถึงข้อจำกัดของ clinical practice guidelines (CPG) และเกณฑ์การประเมินที่ซับซ้อนและไม่เหมาะสมกับการปฏิบัติจริง

ดังนั้น ควรพิจารณาจัดสรรทรัพยากรและบุคลากรให้เหมาะสมกับภาระงาน พร้อมปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและสภาพแวดล้อมของหน่วยบริการให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ควรปรับเกณฑ์และแนวทางประเมินให้เหมาะสมกับบริบทจริง ตลอดจนเสริมศักยภาพบุคลากรด้านองค์ความรู้ พร้อมสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น และสร้างกลไกประสานงานที่ชัดเจนเพื่อยกระดับคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

2. เกณฑ์ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ และส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากหน่วยบริการมีการบริหารจัดการชัดเจน แบ่งบทบาทหน้าที่เป็นระบบ มีเครือข่ายบุคลากรเข้มแข็ง และได้รับการสนับสนุนจาก อบจ. ในการพัฒนาศักยภาพ รวมถึงมีการใช้เทคโนโลยีติดตามงานที่รวดเร็ว และได้รับความร่วมมือจากเภสัชกรโรงพยาบาล

แม่ข่าย ดังนั้น ควรต่อยอดแนวทางดังกล่าว พร้อมส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่แนวปฏิบัติที่ดีแก่หน่วยบริการใกล้เคียง

3. นโยบายที่ชัดเจนและการสนับสนุนของ อบจ. ส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยเฉพาะในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ที่คะแนนคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น ควรสนับสนุนให้ รพ.สต. จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ โดยนำเสนอทั้งความสำเร็จ เช่น คะแนนประเมินที่เพิ่มขึ้นและตัวอย่างการพัฒนากระบวนการ ตลอดจนความท้าทาย เช่น ภาระงานที่เพิ่มขึ้นและการบูรณาการบริการที่ยังมีข้อจำกัด พร้อมแนวทางแก้ไข เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจและวางแผนสนับสนุนอย่างเหมาะสมต่อไป

4. การสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด และการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลแม่ข่ายมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ดังนั้น ควรส่งเสริมบทบาทของโรงพยาบาลแม่ข่ายในฐานะพี่เลี้ยงทางวิชาการ และร่วมมือพัฒนามาตรฐานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งถัดไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงลึกเฉพาะด้านที่มีการพัฒนาน้อยหรือมีปัญหาอุปสรรคต่อการพัฒนา เช่น ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม

2. ควรมีการศึกษาลดข้อบกพร่องของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุข ในการกำกับมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. ควรศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดในจังหวัดอื่นๆ รายเขตสุขภาพ หรือในภาพรวมระดับประเทศ เพื่อเปรียบเทียบผล

การพัฒนาคุณภาพภายใต้บริบทที่แตกต่างกัน

4. ควรศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อพัฒนาการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือศึกษาประสบการณ์ของชุมชนในการมีส่วนร่วมกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ประธานกลุ่มพื้นที่สุขภาพทุกอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 31 แห่งที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลในพื้นที่และสละเวลาในการให้สัมภาษณ์

References

1. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Five-year operational plan (2023–2027) of the Ministry of Public Health. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2022. p. 117. (in Thai)
2. Bureau of Policy and Strategy. Sub-district health promoting hospital management manual. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2011. p. 39. (in Thai)
3. Division of Primary Health Care System Support. Primary health care service quality standards manual B.E. 2566 (revised edition). Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
4. Bureau of Primary Health System Support. Guideline for the development of star-rated sub-district health promoting hospitals (RorPorSorTor Tid Dao) for the year 2021. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2020. p. 1. (in Thai)
5. Primary Health Care Act B.E. 2562 (2019). The Royal Thai Government Gazette Volume 136 Chapter 56 Kor. p. 165-85. (Apr 26, 2019). (in Thai)
6. Bureau of Primary Health System Support. Primary health care service quality standards manual B.E. 2566. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2022. p. n. (in Thai)
7. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Lessons learned from the management of the transfer of missions of the Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn's 60th Birthday Anniversary health stations and sub-district health promoting hospitals to the Provincial Administrative Organizations (October 2022 - January 2023). Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2023. p. 1-10. (in Thai)
8. Prachinburi Provincial Public Health Office. Strategic plan for public health development in Prachinburi Province B.E. 2566-2570. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2022. p. 49-50. (in Thai)
9. Quality and Service Model Development Group. Official inspection issue 3: development of the primary health system. Ministry of Public Health inspection report, Health Region 6 fiscal year 2022; 2022 Apr 1. Prachinburi Province: Prachinburi Provincial Public Health Office; 2022. p. 1-3. (in Thai)
10. Prachinburi Provincial Administrative Organization, Prachinburi Provincial Public Health Office. Memorandum of understanding for the development of the potential of Prachinburi Provincial Administrative Organization in primary health care and primary health services. 2022 Oct 7. (in Thai)
11. Bureau of Primary Health System Support. Primary health care service quality standards assessment system database (PCU Standard) [internet]. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2025 [cited 2025 Mar 11]. Available from: <https://pcustandard.moph.go.th/login.php>. (in Thai)
12. Suttipongpacha T, Tewtong K, Kaewchiangwang A, Mungdee T, Tungcharoendee B, Thachmakerat P. Developing a model of a primary care system for provincial administrative organizations (PAOs) and an action plan for inter-agency collaboration and citizen engagement: cases of Suphanburi Provincial Administrative Organization and Prachinburi Provincial Administrative Organization. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. p. 47-80. (in Thai)
13. Rongmuang D, Sukrungruang I, Thongdee J, Dechawut L, Suwannarat K, Sornkasatrin A, et al. Service provision according to primary service standards and service standard certification of sub-district health promoting hospitals under provincial administrative organizations. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. (in Thai)

14. Saenchat P, Swasthaisong S, Udomkijmongkol C, Romyen L. Local public health administration conditions before and after transferring the mission of sub-district health promotion hospitals to Sakon Nakhon Provincial Administrative Organization. *Journal of Local Governance and Innovation*. 2025;9(1):211-34. (in Thai)
15. Thamkaew T, Suwannaphant K, Assana S, Intarasaksit P. Factors associated with decision making for job transfer to Provincial Administrative Organization among sub-district health promoting hospital personnel in Loei Province. *Journal of Health Science and Community Public Health*. 2024;7(2):16-28. (in Thai)

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไป สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรัง

จิรากรณ์ ชูวงศ์*

นิตยา ชีพประสพ*

ดวงใจ สวัสดิ์*

ผู้รับผิดชอบบทความ: นิตยา ชีพประสพ

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุโดยการส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเป็นหัวใจสำคัญในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด PARIHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) ซึ่งเน้นการผสมผสานระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์ บริบทและการสนับสนุนการดำเนินงาน เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรัง เพื่อให้มีความสอดคล้องทั้งในด้านการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ สภาพแวดล้อม และกลไกการสนับสนุนที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน

ระเบียบวิธีศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้กรอบแนวคิด PARIHS เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์และสังเคราะห์แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยดำเนินการใน 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวินิจฉัยสถานการณ์ปัจจุบัน การออกแบบและทดลองใช้ระบบบริการสุขภาพ และการประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างรวม 156 คน ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 60 คน และผู้สูงอายุพร้อมผู้ดูแล 90 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการถอดบทเรียนและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การอภิปรายกลุ่มและการศึกษาเอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการศึกษา: ข้อค้นพบสำคัญที่สนับสนุนการจัดระบบบริการสุขภาพในยุคชีวิตวิถีถัดไป ได้แก่ (1) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อการติดตามและสื่อสารสถานะสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและมีความสะดวก (2) การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะที่ครบถ้วนของผู้สูงอายุ (3) การเสริมสร้างศักยภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน (4) การสนับสนุนเชิงระบบที่ครอบคลุมตั้งแต่การให้บริการทางการแพทย์ การให้คำปรึกษาและการสร้างแรงจูงใจในทุกกระดับ และจากการสัมภาษณ์ติดตามผลการประเมินความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพในยุคชีวิตวิถีถัดไป พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 100 มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\text{mean} = 117.52$, $\text{SD} = 4.58$)

สรุปผลและข้อเสนอแนะ: การใช้กรอบแนวคิด PARIHS ช่วยให้เกิดความเข้าใจและพัฒนาปัจจัยสำคัญในการเข้าถึง

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Received 20 April 2025; Revised 2 September 2025; Accepted 15 September 2025

Suggested citation: Choo Wong J, Cheepprasop N, Sawatdee D. Next normal of health service system among the elderly in Trang community. Journal of Health Systems Research 2025;19(3):294-311.

จิรากรณ์ ชูวงศ์, นิตยา ชีพประสพ, ดวงใจ สวัสดิ์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรัง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2568;19(3):294-311.

และจัดบริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในแง่ของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน การพิจารณาสภาพแวดล้อมและความพร้อมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงการสนับสนุนต่อเนื่องที่เหมาะสมจากเครือข่ายชุมชน การบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นกลไกที่สำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งและความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนท้องถิ่นในยุคชีวิตวิถีถัดไป

คำสำคัญ: ระบบบริการสุขภาพ, ชีวิตวิถีถัดไป, ผู้สูงอายุ, ชุมชน

Next Normal of Health Service System among the Elderly in Trang Community

Jiraporn Choowong^{*}, Nittaya Cheepprasop^{*}, Duangjai Sawatdee^{*}

^{*} Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Prabormarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Corresponding author: Nittaya Cheepprasop, nittayac@bcnt.ac.th

Abstract

Background and Rationale: The development of health service systems that effectively address the specific needs and challenges of older adults, by fostering multisectoral community participation in elder care, is fundamental to enhancing their quality of life. This study employed the PARIHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) framework, which integrated empirical evidence, contextual factors, and facilitation processes, as a guiding approach to develop a community-based health service system tailored for older adults in Trang province. The framework ensured alignment with evidence-based practices, local context, and appropriate facilitation mechanisms.

Methodology: This action research utilized the PARIHS framework to analyze the current situation, develop and implement the health service system, and evaluate its outcomes. The study involved 156 participants, including 3 sub-district health promoting hospital directors, 3 professional nurses, 60 village health volunteers, and 90 older adults with their caregivers. Data collection tools comprised demographic questionnaire, reflective journal, and health-related quality of life survey for older adults. Data were gathered through interviews, focus group discussions, and document reviews. Quantitative data were analyzed using frequency distribution, percentages, means, and standard deviations, while qualitative data underwent thematic content analysis.

Results: Key findings supporting the health service system's implementation in the next normal era included: (1) utilization of digital technology, such as the LINE application, for effective and convenient health status monitoring and communication; (2) provision of holistic care encompassing physical, psychological, and social dimensions to promote comprehensive well-being among older adults; (3) capacity building and active involvement of families and communities in sustainable elder care; and (4) systematic support ranging from medical services and counseling to motivation at all levels. Follow-up evaluations revealed 100% satisfaction among older adult participants, consistent with high overall health-related quality of life scores (mean = 117.52, SD = 4.58).

Conclusion and Recommendations: The PARIHS framework facilitated an in-depth understanding and enhancement of critical factors influencing access to and delivery of health services for older adults. Emphasizing evidence-based approaches within community contexts, consideration of environmental and stakeholder readiness, and continuous support from community networks strengthened the integration of community participation in elder care systems. This integration is vital for reinforcing the resilience and sustainability of local community-based healthcare services in the next normal era.

Keywords: health service system, next normal, older adults, community-based care

ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา โดยคาดว่าจะเป็สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ซึ่งจะมีประชากรที่มีอายุ 60 ปี จำนวน 1 คนในประชากร 5 คนในปี พ.ศ. 2574 และจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super-aged society) ภายในปี พ.ศ. 2578 แต่จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว⁽¹⁾ ในอนาคตจะพบเห็นผู้สูงอายุนั่งรถเข็นและใช้เปเลนอนในโรงพยาบาลมากขึ้นและผู้สูงอายุมักประสบอุบัติเหตุภายในบ้านและสถานที่ที่ผู้สูงอายุไปทำกิจกรรมบ่อยๆ ดังนั้นเป้าหมายที่สำคัญของการจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคก็คือ การชะลอความเสื่อมของสุขภาพตามวัยที่เพิ่มขึ้นทุกปี การป้องกันภาวะแทรกซ้อน/ภาวะทุพพลภาพ/ความพิการ และการเพิ่มศักยภาพในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ

แนวคิดทั่วไปในการจัดระบบบริการสุขภาพมุ่งเน้น 3 เรื่องหลัก คือ 1) ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้/พึ่งตนเองได้ การจัดบริการสุขภาพของรัฐจึงต้องมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานที่สามารถดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้จัดบริการต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางสังคมวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของแต่ละชุมชน 2) การจัดการดูแลสุขภาพชุมชนโดยชุมชนเอง ภาครัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษา โดยรัฐต้องสนับสนุนให้ประชาชนในท้องถิ่นเกิดการดูแลสุขภาพของชุมชนเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และ 3) การจัดสถานบริการสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้⁽²⁾

สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ คือ การจัดบริการให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพดี เจ็บป่วยเฉียบพลันเรื้อรัง และระยะสุดท้าย ซึ่งเครือข่ายในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ 1) ภาาีเครือข่ายในชุมชน

ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล และชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มหลังนี้ส่วนใหญ่เป็นการประสานความร่วมมือในการจัดกิจกรรมในชุมชน เช่น การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ การตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน การจัดหาอุปกรณ์และงบประมาณ 2) ภาาีเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน เป็นการประสานเพื่อการรับส่งต่อเพื่อวินิจฉัยกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และรักษาในกลุ่มที่เกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เช่น กรณีผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตไม่ได้ และ 3) หน่วยงานสนับสนุนอื่นๆ ได้แก่ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ประสานข้อมูลด้านสารสนเทศและงบประมาณรวมทั้งการประสานบริการส่งต่อ⁽³⁾

แม้ว่าการดำเนินงานเพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีอย่างต่อเนื่อง แต่จากการทบทวนวรรณกรรม⁽⁴⁾ นั้น พบว่า ความพร้อมของครอบครัวและชุมชนเพื่อรองรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนยังมีไม่เพียงพอ และการดำเนินงานในชุมชนยังเป็นลักษณะแยกส่วน ยังมองเห็นภาพความเชื่อมโยงของระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ไม่ชัดเจน รวมถึงความต้องการบริการและ/หรือสวัสดิการที่จำเป็นต้องดำเนินการให้กับผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความต้องการการดูแลสุขภาพถึงที่บ้าน เพราะจะช่วยลดหรือยืดเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ และการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องเป็นประจำจะทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคจะลดลง⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตามในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และการดำเนินงานเรื่องผู้สูงอายุยังขาดการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ มีข้อจำกัดของการประสานงานระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กับ รพ.สต. ในเรื่องข้อมูลซึ่งยังมีการทำงานแบบแยกส่วนทำให้เกิดความซ้ำซ้อน อีกทั้งการของบประมาณในการดำเนินงานขาดหน่วยงานหลักในการติดต่อประสานงานและเป็นการสื่อสารทางเดียว ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการติดตามประเมินผลการส่งต่อเมื่อพบภาวะผิดปกติ⁽⁶⁾

ปี พ.ศ. 2563 ประชากรของจังหวัดตรัง (ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่) มีทั้งหมด 504,285 คน เป็นผู้สูงอายุ 95,591 คน คิดเป็นร้อยละ 19.0 ของประชากรทั้งหมด โดยเป็นเพศชาย 40,889 คน คิดเป็นร้อยละ 42.8 เป็นผู้หญิง 54,702 คน คิดเป็นร้อยละ 57.2 เป็นผู้สูงอายุติดสังคม 86,244 คน ผู้สูงอายุติดบ้าน 1,885 คน ผู้สูงอายุติดเตียง 688 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน สมอแสงเสื่อม เมื่อพิจารณาข้อมูลผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอทั้ง 10 อำเภอ พบว่า อำเภอที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากที่สุดเมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมดคืออำเภอเมืองตรัง มีร้อยละ 21.0 น้อยที่สุดคืออำเภอสีเกา มีร้อยละ 15.1⁽⁷⁾ และจากข้อมูลจำนวนประชากรจังหวัดตรังปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 102,558 คน (ชาย 44,323 คน หญิง 58,635 คน) คิดเป็นร้อยละ 15.9 จากจำนวนประชากรรวม 643,164 คน โดยพบว่าประชากรสูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวาน 22,855 คน เสียชีวิต 1,542 คนและป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 59,237 คน เสียชีวิต 1,542 คน⁽⁸⁾ ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าขณะนี้จังหวัดตรังได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และอำเภอเมืองได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว

จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยได้ประสบปัญหาการแพร่ระบาดของ COVID-19 เพิ่มขึ้น โดยมีผู้ป่วยติดเชื้อสะสม จำนวน 12,964 คน เสียชีวิตสะสม 60 คน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุและเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง⁽⁹⁾ และกระจายไปยังพื้นที่ตามจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ รวมทั้งจังหวัดตรังซึ่งถูกจัดอยู่ในกลุ่มพื้นที่ควบคุมสูงสุดหรือพื้นที่สีแดงด้วย⁽⁸⁾ ทำให้มีผลกระทบต่อการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับประชากรผู้สูงอายุใน

พื้นที่ เนื่องจากปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่เผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (noncommunicable diseases, NCDs) ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคทางระบบประสาท ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและการพึ่งพิงบริการสุขภาพ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีในยุค next normal ยังสร้างความท้าทายใหม่ ๆ ในการจัดระบบบริการสุขภาพที่มีความยืดหยุ่น ครอบคลุมและสอดคล้องกับความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต เพื่อให้เท่าทันกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง เช่น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อลดการพบแพทย์ การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปจะต้องเน้นการบูรณาการบริการทางการแพทย์ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมและการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม⁽¹⁰⁾ เพื่อให้สามารถบริการได้อย่างครอบคลุมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน

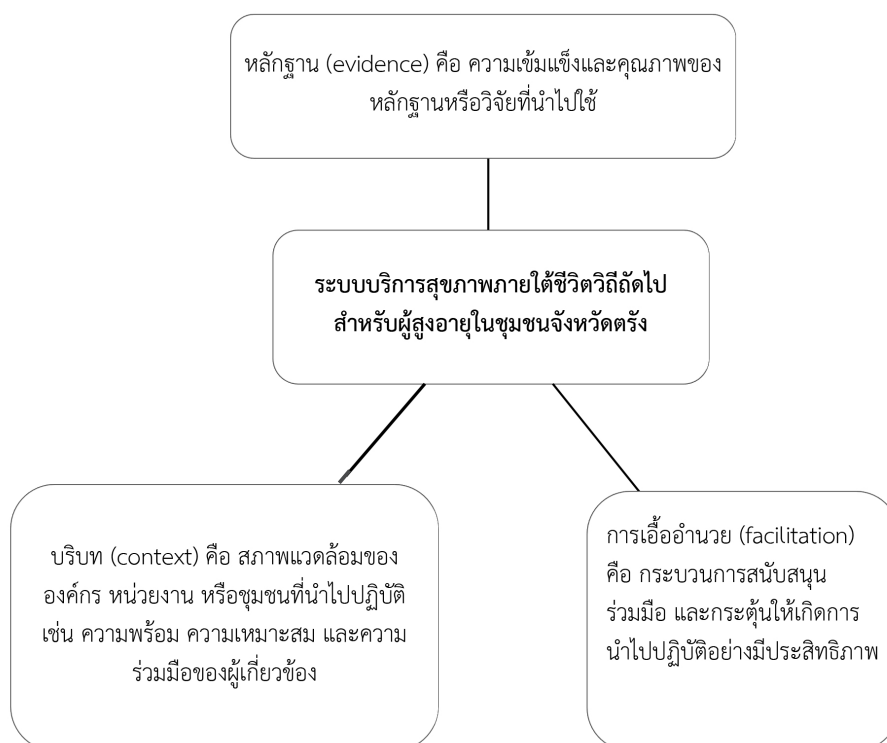
ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นจุดเริ่มต้นและกลไกสำคัญที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน โดยมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพและสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะในยุค next normal ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการให้บริการหลังวิกฤติโรคระบาด การปรับโครงสร้างและรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิให้ตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เช่น การเน้นบริการสุขภาพที่เน้นการพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน การสร้างความรู้และทักษะด้านสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และการวางแผนเพื่อความมั่นคงในชีวิต รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีสุขภาพดีและมีความมั่นคงในชีวิต ดังนั้นการศึกษาระบบปฐมภูมิกับผู้สูงอายุในวิถีชีวิตถัดไป จึงมีความสำคัญใน

การเตรียมความพร้อมและสร้างกลไกการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในสังคมสูงอายุที่กำลังขยายตัวนี้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทใหม่ของวิถีชีวิต โดยในการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด The Promoting Action of Research Implementation in Health Services (PARiHS)^(11,12) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัยเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ไปสู่การปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ โดยกรอบนี้เน้นความสัมพันธ์ระหว่าง 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ (1) หลักฐาน (evidence) เป็นข้อมูลวิชาการ งานวิจัย หรือข้อมูลจริงที่รองรับความน่าเชื่อถือของนโยบายหรือการปฏิบัติ

(2) บริบท (context) เป็นสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่นำนโยบายไปปฏิบัติ เช่น ความพร้อมขององค์กร ทรัพยากรความเป็นผู้นำ และวัฒนธรรมของชุมชนหรือระบบ และ (3) การเอื้ออำนวย (facilitation) เป็นกระบวนการสนับสนุนหรือส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจริง เช่น บุคคลหรือกลไกที่ช่วยจัดการและขับเคลื่อนการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพกรอบ PARiHS นั้น มีการนำแนวคิดไปใช้ในการประเมินแต่ละปัจจัยเพื่อวางแผนและออกแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม เช่น วิเคราะห์หลักฐานที่มีเพื่อยืนยันความเหมาะสมและความน่าเชื่อถือของมาตรการหรือแนวทางใหม่ ประเมินบริบทของพื้นที่หรือชุมชนเป้าหมายเพื่อเข้าใจอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการนำนโยบายไปใช้ ซึ่งจะช่วยให้การนำนโยบายหรือการวิจัยไปสู่การปฏิบัติในระบบสุขภาพมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทจริง ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงมีความยั่งยืนและได้รับการยอมรับจากผู้เกี่ยวข้อง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)⁽¹³⁾ มี 4 ระยะ คือ 1. การวิเคราะห์สถานการณ์ศึกษาบริบทชุมชน ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน 2. การสังเคราะห์แนวทางการดำเนินงานและการจัดทำกรอบแนวคิดและการออกแบบระบบบริการสุขภาพ 3. การนำระบบบริการสุขภาพไปทดลองใช้ และ 4. การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน

สถานที่ ตัวอย่างและแหล่งข้อมูล

หน่วยการสุ่ม (sampling unit)

คือ อำเภอเมือง อำเภอย่านตาขาว และอำเภอรษฎา ในจังหวัดตรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง/วิธีการสุ่มตัวอย่าง

มีจำนวน 3 ชุมชน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายชนิดไม่ใส่คืน

1. บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย

1.1 ผู้อำนวยการ รพ.สต. จำนวน 3 คน

1.2 พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. จำนวน 3 คน

1.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานโดยสามารถให้ข้อมูลที่ครอบคลุมได้ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป ชุมชนละ 20 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

2. ผู้สูงอายุ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายชนิดไม่ใส่คืน

ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้การประเมินจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน⁽¹⁴⁾ ที่มีค่าคะแนนระหว่าง 0-11 คะแนน ชุมชนละ 15 คน รวมทั้งสิ้น 45 คน

3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ชุมชนละ 15 คน รวมทั้งสิ้น 45 คน

การดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

ผู้วิจัยประเมินบริบทของพื้นที่หรือชุมชนเป้าหมายเพื่อให้เข้าใจอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการนำนโยบายไปใช้ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดตรัง ศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน โดยใช้กรอบแนวคิดการดำเนินงานตาม PARiHS ในด้านบริบท ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ความพร้อมขององค์กร ทรัพยากร ความเป็นผู้นำและวัฒนธรรมของชุมชน รวมทั้งบุคคลหรือกลไกที่ช่วยในการเอื้ออำนวย/สนับสนุน/ส่งเสริมที่ช่วยจัดการและขับเคลื่อนการนำระบบบริการผู้สูงอายุในชุมชนไปใช้ในทางปฏิบัติ โดยสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้อำนวยการ รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และจัดประชุมถอดบทเรียนเพื่อสรุปประเด็นสิ่งที่ทำได้ดียอยู่แล้ว หรือมีปัจจัยเทคนิควิธีการทำได้ดี จุดที่อยากปรับปรุง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติไม่ได้ มีปัญหาอุปสรรคหรือจุดที่อยากปรับปรุงแก้ไขอย่างไร ข้อเสนอแนะเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ทบทวนว่า จะมีข้อเสนอแนะในการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมอย่างไร

ระยะที่ 2 สังเคราะห์แนวทางการดำเนินงาน

ผู้วิจัยจัดประชุมระดมความคิด (brainstorming) โดยการนำข้อมูลหลักฐาน (evidence) ที่เป็นข้อมูลทางวิชาการ งานวิจัย หรือนโยบายที่ได้จากการทบทวนเอกสาร

และการถอดบทเรียนการดำเนินงานในระยะที่ 1 ประเมินบริบทของพื้นที่หรือชุมชนเป้าหมายเพื่อเข้าใจอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการนำนโยบายไปใช้ นำข้อมูลเหล่านี้มาสังเคราะห์แนวทาง วางแผนและจัดบุคลากรที่มีบทบาทในการเอื้ออำนวยกระบวนการเปลี่ยนแปลง จัดทำกรอบแนวคิดและออกแบบระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่เหมาะสม และนำร่างระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ ผู้ที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด ตรวจสอบรูปแบบและให้ข้อคิดเห็น เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบความเป็นไปได้ของระบบบริการ ซึ่งเป็นข้อคำถามตามมาตรฐานการประเมิน 3 ด้าน คือ 1) ด้านความสอดคล้อง 2) ด้านความเหมาะสม 3) ด้านความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยภาพรวมการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ เท่ากับ 4.00 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ซึ่งมีความเหมาะสมและเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้

ระยะที่ 3 นำระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสู่การปฏิบัติ

นำระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนไปทดลองใช้ในชุมชนทั้ง 3 ชุมชน เป็นระยะเวลา 6 เดือน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการดำเนินการตามแนวคิดที่เป็นวงจรคุณภาพ คือ กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานเพื่อทำหน้าที่ในการบริหารจัดการแผนงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด จัดทำแผนงานโครงการและกิจกรรมตามเป้าหมายการพัฒนาที่กำหนด นำแผนงาน โครงการและกิจกรรมไปสู่การปฏิบัติ ติดตามการดำเนินงานตามแผนงานโครงการและกิจกรรมทุกเดือน เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าในการดำเนินงาน ทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ และนำผลการประเมินในรายไตรมาสและผลการประเมินแผนงานโครงการมาวิเคราะห์และใช้เป็นข้อมูลในการปรับแผนงาน

ในไตรมาสต่อไป

ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน

ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการจัดระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรัง และใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต⁽¹⁵⁾ ของผู้สูงอายุในการถามผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การรับรู้สิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ
2. แบบบันทึกการถอดบทเรียน การสนทนากลุ่มในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรัง และความต้องการการพัฒนากระบวนการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยข้อคำถามคือ สิ่งที่ดีอยู่แล้ว เพื่อสรุปประเด็นสิ่งที่ดีได้ หรือมีปัจจัยเทคนิควิธีการทำได้ดี จุดที่ยากปรับปรุง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติไม่ได้ มีปัญหาอุปสรรคหรือจุดที่ยากปรับปรุงแก้ไขอย่างไร จะมีข้อเสนอแนะในการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมอย่างไร
3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนำมาจากแบบสอบถามการประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชื่อย่อฉบับภาษาไทย⁽¹⁴⁾ โดยสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกต่อข้อความที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้านดังนี้
 - 1) ด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24
 - 2) ด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23

3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25

4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

ส่วนข้อที่ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม

โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยหรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่

ปานกลาง หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแยระดับปานกลาง

มาก หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกสมบูรณ์

การให้คะแนนคุณภาพชีวิต ดังนี้

คำตอบ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
คะแนนความหมายทางบวก	1	2	3	4	5
คะแนนความหมายทางลบ	5	4	3	2	1

การแปลผล

1. คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

26-60 คะแนน แสดงถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี

61-95 คะแนน แสดงถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง

96-130 คะแนน แสดงถึง คุณภาพชีวิตดี

2. คุณภาพชีวิตแยกเป็นองค์ประกอบย่อยได้ ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
1. ด้านสุขภาพร่างกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index, CVI) ของ

แบบสอบถาม เท่ากับ 0.89

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุในตำบลทับเที่ยง อำเภอเมืองจังหวัดตรัง ที่

มีระยะทางห่างจากพื้นที่ศึกษา 15 กิโลเมตร วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการตีความข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มด้วยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) การตรวจสอบความถูกต้องของความเชื่อถือได้ของข้อมูลเป็นการยืนยันว่าข้อมูลและวิธีการได้มาซึ่งข้อมูลมีความเหมาะสมถูกต้องเป็นจริงและมีคุณภาพทั้งในประเด็นภายในของการวิจัย ได้แก่ นักวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การตีความข้อมูล และประเด็นภายนอก ซึ่งเป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อผู้ให้ข้อมูล (member checking) และผู้ร่วมวิจัย รวมทั้งใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation)

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการประเมินการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครฯ เลขที่ 02/2567 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิอย่างเคร่งครัด โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และการปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยจะเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยปราศจากการล่อลวงล่อลึงและไม่ว่าจะก่อให้เกิดอันตรายรวมถึงผลเสียใดๆ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ส่วนข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าเท่านั้น

ผลการศึกษา

สถานการณ์การจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรัง

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64) มีอายุเฉลี่ย 72 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 59) และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว (ร้อยละ 52.80) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 73) รองลงมา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 27 มีโรคประจำตัว 1-2 โรค โรคประจำตัวที่พบบ่อย 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 55.2, 14 และ 10.8 ตามลำดับ) มีความจำบกพร่อง (ร้อยละ 75) มีการได้ยินไม่ชัดเจน (ร้อยละ 20.8) มีอาการปัสสาวะเล็ด (ร้อยละ 11.7) มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 75.2) เมื่อเจ็บป่วยจะรับบริการที่ รพ.สต. (ร้อยละ 75) และมีการรับรู้สิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ร้อยละ 32) ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุภายในชุมชนจังหวัดตรัง โดยใช้กรอบแนวคิด PARiHS ดังนี้

หลักฐาน (evidence)

ผู้วิจัยได้รวบรวมและสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุตามนโยบายการดูแลปฐมภูมิและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกรอบแนวคิด PARiHS ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่า ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในหลายมิติเพื่อตอบสนองต่อสังคมสูงวัยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมครอบคลุมร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และเน้นบริการในระดับปฐมภูมิ เช่น การดูแลที่บ้านและในชุมชน การสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแล⁽¹⁶⁾ มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ การกำหนดบทบาทเครือข่าย การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

การพัฒนาบริการสุขภาพ และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล ส่งผลให้ความรู้และการบริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ยังมีนวัตกรรมระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในบริบทที่หลากหลายอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การใช้ปัญญาประดิษฐ์ AI Chatbot ในการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้น⁽¹⁸⁾ รวมทั้งการมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืนในผู้สูงอายุ โดยการใช้เทคโนโลยีเพื่อดูแลสุขภาพทางไกล (telehealth) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตและสุขภาพกายอย่างสมดุล ซึ่งช่วยลดภาระการเดินทางและเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ⁽¹⁹⁾ สรุปโดยรวมระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุเน้นการบูรณาการการดูแลแบบองค์รวมในระดับปฐมภูมิ พร้อมกับใช้เทคโนโลยีและการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ เพื่อสร้างระบบที่ยั่งยืนและเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบันและอนาคต^(20,21,22)

บริบท (context)

นโยบายการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยมุ่งเน้นการสร้างระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการที่ครอบคลุม พัฒนาศักยภาพบุคลากร และเสริมสร้างชุมชนที่เข้มแข็งเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในระยะยาวอย่างยั่งยืน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพและผลิตบุคลากรดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง การขับเคลื่อนผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อพัฒนานโยบายในมิติต่างๆ ได้แก่ มิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม การจัดสวัสดิการและสิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ บริการทางการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สิทธิในการรักษาพยาบาล และโครงการสนับสนุนการเรียนรู้และการทำงานของสูงอายุ การสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพ เช่น คลินิกบริการสุขภาพทุกช่วงวัย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและยกระดับ

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ต่างๆ และการส่งเสริมชุมชนและครอบครัวให้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ สร้างสภาพแวดล้อมและชุมชนที่เอื้อต่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีคุณภาพ ผลการวิจัย พบว่า ระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรัง สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งได้รับการยอมรับและความร่วมมือจากชุมชนในการดำเนินการตามแนวปฏิบัติ คือ (1) สนับสนุนทางการแพทย์และการติดตามอาการ โดยผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีจะได้รับบริการเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละครั้ง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคัดกรองภาวะสุขภาพเบื้องต้น เช่น แนะนำและชักชวนให้ไปออกกำลังกาย ตรวจวัดความดันโลหิต กรณีคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเบื้องต้นแล้วพบว่ามีอาการผิดปกติ ก็จะมีการประสานความร่วมมือกับทีมผู้ให้บริการจาก รพ.สต. เพื่อติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องที่บ้านทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือทุกวันขึ้นอยู่กับอาการทางคลินิก บริบทของครอบครัวและบริบทภายในชุมชน เพื่อประเมินอาการ และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุหรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ลดโอกาสการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ในกรณีที่ผู้สูงอายุติดเตียงและต้องใส่อุปกรณ์ช่วยหายใจ ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีการเยี่ยมบ้านเกือบทุกวัน เพื่อติดตามประเมินอาการ เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือด และอาการทางร่างกายอื่นๆ (2) ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุสุขภาพดีตามหลัก 3อ. 2ส. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย จัดการกับอารมณ์ ลด ละ เลิกสูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ (3) ใช้เทคโนโลยีในการติดตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและทีมดูแลสามารถติดตามภาวะสุขภาพและให้คำแนะนำได้อย่างรวดเร็วเมื่อมีความเสี่ยง (4) ดูแลด้านจิตใจและการ

สร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในการดูแลตัวเอง เช่น ในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ไม่มีบุตรหลานดูแลที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะไปเยี่ยมบ้านเป็นทีม เพื่อพูดคุยให้กำลังใจและให้คำปรึกษาในด้านการใช้ชีวิตที่บ้าน (5) สร้างการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

การเอื้ออำนวยให้เกิดการดำเนินงานตามแผน (facilitation)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้เอื้ออำนวยในการให้บริการในชุมชน ประกอบด้วย ผู้อำนวยความสะดวก รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน รับผิดชอบดูแล 10-15 ครอบครัว แต่ละเขตความรับผิดชอบจะมีผู้สูงอายุจำนวน 14-18 คน ทั้งติดบ้าน ติดสังคมและติดเตียง ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 1-3 ราย ผู้ให้บริการมีความคุ้นเคยกับนโยบายการดูแลสุขภาพปฐมภูมิและการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว ผู้อำนวยความสะดวก รพ.สต. มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการจัดระบบบริการสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการฝึกอบรมการดูแลสุขภาพในชุมชน ก่อนการปฏิบัติงานในหน้าที่ มีทัศนคติที่ดีและมีทักษะเบื้องต้นในการปฏิบัติงานในชุมชนตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และพยายามที่จะทำให้ระบบบริการดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการหาแนวทางการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ มีการนัดประชุมผู้สูงอายุและผู้ดูแลในพื้นที่เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุที่ว่า

“ผู้สูงอายุได้รับการบริการที่ดีจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ เมื่อมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปเยี่ยมบ้านก็ดีใจ”

แต่ช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 ทำให้มีข้อจำกัด

ในการเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่เพียงรับยาจากโรงพยาบาลมาส่งให้ผู้สูงอายุเท่านั้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีอาการของโรคมามากขึ้น

ผลกระทบต่อระบบบริการดูแลผู้สูงอายุหลังมีการระบาดของ COVID-19 มีดังนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องเยี่ยมบ้านบ่อยขึ้น แต่ยั้งขาดวัสดุ/อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องเจาะน้ำตาลที่ปลายนิ้ว โปรอท เครื่องวัดออกซิเจนที่ปลายนิ้ว หรือวัสดุที่จำเป็นอื่นๆ เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ดังคำกล่าวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ว่า

“ตอนนี้อุปกรณ์เยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องใช้ 2 คนต่อ 1 ชุด บางหมู่บ้านยังได้ไม่ครบ หากเป็นไปได้ต้องการอุปกรณ์สำรองเผื่อเครื่องเดิมชำรุดด้วย”

“อยากให้มีการจัดหารถเข็น แพนเพิร์ส ไม่คำยันเตียงผู้ป่วย ที่นอนลม ถังออกซิเจน เก้าอี้นั่งถ่าย สำรองไว้เป็นส่วนกลางที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้”

2. กรณีที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยฉุกเฉินและต้องให้การช่วยเหลือที่บ้านหรือที่เกิดเหตุทันที แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือผู้ดูแลบางคนยังมีความรู้น้อยในการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยก่อนที่จะส่งต่อไปโรงพยาบาล ต้องติดต่อประสานงานกับพยาบาล รพ.สต. ในการให้การช่วยเหลือหรือนำส่ง รพ.ชุมชน อย่างเร่งด่วน และบางครั้งผู้ดูแลต้องนำผู้ป่วยมาส่งที่สถานบริการสุขภาพเอง เนื่องจากไม่มีรถรับส่ง ทำให้มีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น จุดที่ยากปรับปรุงแก้ไข คือ อยากให้มีรถรับส่งผู้ป่วยจากบ้านไป รพ.สต. หรือสถานบริการอื่นๆ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากให้มียานรับส่งคนไข้จากบ้านไปโรงพยาบาลหรือสถานอนามัย สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแลหรืออยู่คนเดียว

ส่วนมากต้องเหมารถกันไปเอง”

3. ชุมชนที่มีโรงเรียนผู้สูงอายุ ต้องปิดบริการโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชนในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 ซึ่งโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุเคยได้พบปะสังสรรค์กัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลตัวเองและความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุต้องการให้โรงเรียนเปิดบริการเช่นเดิม ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุที่ว่า

“หากมีโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้พบปะกัน และจัดให้มีการให้ความรู้ในการดูแลตัวเอง และการรับประทานอาหารร่วมกัน เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เหมือนเดิมจะดีมาก”

“อยากให้มิกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต ขวนพุด ขวนคุย”

4. การได้รับเบี้ยยังชีพอาจจะยังไม่เพียงพอสำหรับผู้สูงอายุบางราย ดังคำกล่าวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ว่า

“อยากให้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติในด้านอาหารการกิน เนื่องจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่ได้รับอาจจะไม่เพียงพอสำหรับการดูแลตนเอง”

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีปกติไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรัง

ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์ตามกรอบแนวคิด PARiHS ในด้านนโยบายที่จะนำไปปฏิบัตินั้นมีงานวิจัยหรือหลักฐานรองรับที่ชัดเจนหรือไม่ สอดคล้องกับบริบทหรือไม่ ผู้ให้บริการมีความคุ้นเคยกับนโยบายหรือไม่ และผู้นำมีความมุ่งมั่นที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ หากนโยบายมีงานวิจัยหรือหลักฐานที่เข้มแข็งรองรับ (evidence เป็น +) การนำนโยบายลงไปปฏิบัติในพื้นที่ที่เหมาะสมกับผู้มารับบริการและบริบทของชุมชน (context เป็น +) รวมทั้งมีผู้ปฏิบัติงานมีความมุ่งมั่นในการเอื้ออำนวยในการนำนโยบายไปปฏิบัติ (facilitation เป็น +) การจัดระบบบริการสุขภาพ

สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนก็จะเกิดกระบวนการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยได้จัดทำร่างระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีแนวปฏิบัติเพิ่มเติมจากข้อค้นพบที่สนับสนุนการจัดระบบบริการสุขภาพในยุคชีวิตวิถีถัดไป ดังนี้

1. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อการติดตามและสื่อสารสถานะสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและสะดวกสบาย

2. การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่ครบถ้วนของผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นเพิ่มเติม เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต ผ้าอ้อมสำเร็จรูป และการเสนอและสนับสนุนให้มีการเปิดโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อการพบปะของผู้สูงอายุ เพื่อให้การดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรังเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

3. การเสริมสร้างศักยภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

4. การสนับสนุนเชิงระบบที่ครอบคลุมตั้งแต่การให้บริการทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา และการสร้างแรงจูงใจในทุกระดับ โดยการพัฒนาศักยภาพ/ฟื้นฟูความรู้และทักษะการให้บริการผู้สูงอายุแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการให้ความรู้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ รวมทั้งฟื้นฟูความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีการทั้งด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การประเมินปัญหาสุขภาพในวัยสูงอายุ หลักการดูแลผู้สูงอายุ การใช้ยาในผู้สูงอายุ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ความผิดปกติที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุ

ประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถี ปกติสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรังหลังการ ระบาดของ COVID-19

ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการ รพ.สต. เพื่อนำระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีปกติสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุเป็นผู้ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อการติดตามและสื่อสารสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ/ฟื้นฟูความรู้และทักษะการบริการผู้สูงอายุให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นเพิ่มเติม เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป โดยผู้วิจัยมีการติดตามประเมินผลในด้านกระบวนการและผลลัพธ์ของ

ระบบบริการสุขภาพทุกเดือน ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสนทนา พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกคนมีความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพ ร้อยละ 100 ดังคำกล่าวจากผู้อำนวยการ รพ.สต. ที่ว่า

“เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ดีทุกคน มีจิตบริการในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นสังคมสูงวัย เป็นกันเอง บริการดี เข้าถึงง่าย ลงพื้นที่ ร่วมเยี่ยมบ้านกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้คำปรึกษาแนะนำดีมาก ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้ ช่วยประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของจังหวัด (พม.) เพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง”

โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม สอดคล้องกับการให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่มีค่าเฉลี่ยรายด้านและภาพรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี (mean = 117.52, SD = 4.58) ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 45)

รายด้าน	ก่อนการพัฒนาระบบ			หลังการพัฒนาระบบ		
	Mean	SD	ระดับ คุณภาพชีวิต	Mean	SD	ระดับ คุณภาพชีวิต
1. ด้านร่างกาย	30.17	2.20	ดี	30.78	2.45	ดี
2. ด้านจิตใจ	24.48	1.81	ดี	26.39	1.95	ดี
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	12.61	0.87	ดี	13.78	1.28	ดี
4. สิ่งแวดล้อม	33.74	2.19	ดี	36.56	1.24	ดี
ภาพรวม	111.00	2.69	ดี	117.52	4.58	ดี

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 45)

รายด้าน	ก่อนการพัฒนาระบบ			หลังการพัฒนาระบบ		
	Mean	SD	ระดับ คุณภาพชีวิต	Mean	SD	ระดับ คุณภาพชีวิต
1. ด้านร่างกาย	30.86	2.36	ดี	31.65	1.55	ดี
2. ด้านจิตใจ	25.09	1.84	ดี	26	1.22	ดี
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	12.91	0.58	ดี	13.13	0.33	ดี
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	35.21	1.56	ดี	36.04	1.34	ดี
ภาพรวม	114.00	3.33	ดี	116.83	2.57	ดี

วิจารณ์และข้อยุติ

การจัดระบบการบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนตามนโยบายการดูแลสุขภาพปทุม-ภูมิและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการและแบบองค์รวม โดยมีรูปแบบบริการที่สามารถเข้าถึงได้ ดูแลเป็นองค์รวมทั้งกาย จิตและสังคม มีการประสานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มีรูปแบบบริการทั้งการคัดกรอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน^(23,24) มีการติดตามเยี่ยมบ้าน⁽²⁵⁾ (evidence เป็น +) และมีผู้ให้บริการในชุมชน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพของ รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติตามหน้าที่ของตนเอง คือ การให้บริการสุขภาพ การจัดการและประสานงาน รวมทั้งการสนับสนุนและเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองให้แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการเตรียมชุมชนให้เข้าใจและรู้ถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ (facilitation เป็น +) นอกจากนี้ภายในชุมชนยังมีการสร้างแกนนำที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว รวมทั้งมีชมรมผู้สูงอายุประจำตำบลอีกด้วย (context เป็น +) ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวเอื้อต่อการส่งเสริมการเรียนรู้ในการปรับตัวของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี มีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับกรอบการทำงานโดยใช้แนวคิดของ PARIHS ที่กล่าวไว้ว่า การทำงานให้ประสบความสำเร็จโดยการส่งเสริมให้มีการนำงานวิจัยไปใช้นั้น สิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ นโยบายที่จะนำไปปฏิบัติในพื้นที่นั้นจะต้องมีหลักฐานรองรับที่ชัดเจน และสอดคล้องกับบริบทของผู้มารับบริการ ผู้นำมีความมุ่งมั่นที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และมีผู้เอื้ออำนวยในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ก็จะทำให้เกิดการปฏิบัติงานตามแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁶⁾ นอกจากนี้การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพครั้งนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิด

การดูแลสุขภาพปทุมภูมิ 1A4C ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการปทุมภูมิ (accessibility) ความต่อเนื่องของการดูแล (continuity) การดูแลอย่างเป็นองค์รวม (comprehensiveness) การประสานงานของทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพ (coordination) และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (community participation)⁽²⁷⁾ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความพึงพอใจต่อบริการ

จากผลการวิจัยจึงสรุปได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีความพึงพอใจนั้น อาจสะท้อนถึงการใช้อยู่อาศัยและหลักฐานที่เพียงพอและถูกต้องเพื่อพัฒนานโยบายและโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น งานวิจัยหรือข้อมูลทางวิชาการที่ชี้ชัดเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมในชุมชน มีงานศึกษาที่สนับสนุนวิธีการดูแลที่ตอบสนองต่อจิตวิญญาณและความต้องการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย บริบทของชุมชนมีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น ความเข้มแข็งของชุมชน ความร่วมมือของสมาชิกในชุมชน มีเครือข่ายสังคมที่ดีที่สนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และการช่วยเหลือกันอย่างต่อเนื่อง รวมถึงสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพกายของผู้สูงอายุ และบทบาทของผู้เอื้ออำนวย เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร ผู้นำชุมชนที่มีการสนับสนุนและกระตุ้นให้เกิดการนำความรู้ไปปฏิบัติจริง ช่วยลดอุปสรรคและส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการให้บริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้กรอบ PARIHS นี้ช่วยให้เห็นทวิคูณและผู้กำหนดนโยบายมองเห็นว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจะต้องคำนึงถึงทั้งหลักฐานของบริบทและกระบวนการสนับสนุนอย่างครบถ้วน จึงจะทำให้การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่สำเร็จได้อย่างแท้จริง⁽³⁾

ในปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถจัดหาวัสดุและอุปกรณ์จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างครอบคลุม เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่อง

เจาะน้ำตาลที่ปลายนิ้ว เครื่องวัดออกซิเจนที่ปลายนิ้ว และ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ซึ่งตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของชุมชนได้มากขึ้น การพัฒนาระบบฯ ครั้งนี้สอดคล้องกับหลักการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ 5 ประการ ได้แก่ การให้บริการอย่างเสมอภาค (equitable service) การให้บริการอย่างทันต่อเวลา (timely service) การให้บริการอย่างเพียงพอ (ample service) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (continuous service) การให้บริการอย่างก้าวหน้า (progressive service) โดยมีการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติงานและเพิ่มประสิทธิภาพเดิม⁽²⁸⁾ และ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดำเนินงานตามสถานการณ์ภายในจังหวัดของผู้ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มเครือข่าย ร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) ทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลรวมทั้งรับผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนานั้นๆ และสามารถแก้ไขปัญหาดังๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนได้^(29,30) อย่างไรก็ตามปัญหาความต้องการระบบรับส่งผู้ป่วยจากบ้านไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานบริการอื่นๆ ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน การบูรณาการนวัตกรรมเทคโนโลยีและการวางแผนระบบบริการสาธารณสุขในชุมชนจึงเป็นทิศทางที่จำเป็นในการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับยุควิถีถัดไปที่การเข้าถึงบริการสุขภาพที่บ้านและชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดภาระในการเดินทางและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน

สิ่งที่ประชาชนได้เรียนรู้จากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ที่ผ่านมาก็คือ ระบบสุขภาพที่เน้นการสร้าง ความเข้มแข็งของประชาชนและชุมชนเป็นสำคัญ และการที่ประชาชนเปลี่ยนแปลงบทบาทจากผู้รับบริการมาเป็น ผู้ร่วมสร้างให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ สามารถส่งเสริมให้

ระบบสุขภาพยั่งยืนและตอบสนองความต้องการในอนาคต ได้ดียิ่งขึ้น ประชาชนมีความตระหนักรู้และรับผิดชอบต่อการป้องกันตนเองมากขึ้น ผ่านการปฏิบัติตามมาตรการสุขภาพอย่างถูกต้อง เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การรักษาระยะห่างทางสังคม การล้างมืออย่างสม่ำเสมอ และการรับวัคซีน ทำให้ประชาชนเป็นแรงสำคัญในการลดการแพร่ระบาด โดยไม่พึ่งพิงเพียงหน่วยงานจัดบริการสุขภาพ อย่างเดียว การให้ความรู้และสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูล ที่ถูกต้องจึงเป็นกุญแจสำคัญ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง บทบาทของประชาชน โดยประชาชนไม่ได้รอคอยเพียง การขอให้หน่วยงานรัฐหรือสาธารณสุขจัดบริการเพิ่มขึ้น แต่กลับกลายเป็นผู้มีบทบาทเชิงรุกในการร่วมวางแผน ปรับปรุงและดำเนินการด้านสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง เช่น การจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังดูแลกันเอง การเผยแพร่ข้อมูล ป้องกันโรคผ่านช่องทางดิจิทัล การใช้เทคโนโลยีสื่อสาร อย่างมีประสิทธิภาพในชุมชน การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลต่อการ พัฒนานโยบายที่มีการให้ความสำคัญกับการเสริมสร้าง ศักยภาพชุมชนมากกว่าการเพิ่มบริการจากภายนอก

การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน

ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและป้องกัน โรค การระดมทรัพยากรและแรงงานในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน รวมถึงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสมาชิกในชุมชน ทำให้เกิดการช่วยเหลือดูแล กันเอง ทั้งด้านการป้องกันโรคเบื้องต้นและการดูแลผู้ป่วย ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ การเรียนรู้ร่วมกันและการ แบ่งปันความรู้ในชุมชนช่วยเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชน และพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น การใช้หลักการ “สุขภาพดี โดยคนในชุมชน” (community empowerment) เป็น แนวทางหลักในการบริหารจัดการสุขภาพระดับท้องถิ่น จะต้องเน้นการศึกษาและฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน บูรณาการ เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการสื่อสารและการให้ข้อมูล

อย่างรวดเร็วและถูกต้อง และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการตัดสินใจ จะช่วยป้องกันโรคในระดับท้องถิ่นได้อย่างต่อเนื่อง

หน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบันรับภาระงานจำนวนมาก ทั้งงานให้บริการทางคลินิก การจัดการประชากรผู้ป่วยเรื้อรัง การดูแลสุขภาพจิต และงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้บุคลากรมีความเสี่ยงต่อภาวะทำงานหนัก ขาดแคลนเวลาในการพัฒนาคุณภาพบริการ และการสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ นอกจากนี้ยังต้องรับมือกับความคาดหวังของผู้ใช้บริการที่เพิ่มขึ้นในยุคดิจิทัลที่เน้นบริการที่รวดเร็วและมีคุณภาพ

การพัฒนานโยบายในยุคดิจิทัลไป จำเป็นต้องมองเห็นข้อจำกัดและโอกาสของหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ การนำเทคโนโลยีดิจิทัลและระบบ telehealth มาช่วยลดภาระงาน (เช่น การนัดหมายออนไลน์ การติดตามผู้ป่วยทางไกล) การจัดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และลดความซ้ำซ้อนของงาน การกระจายภาระงานและอำนาจในการตัดสินใจให้เหมาะสม การส่งเสริมและสร้างความเข้มแข็งในบริบทของชุมชนและครอบครัวเพื่อเป็นฐานสนับสนุนสุขภาพและลดความต้องการการใช้บริการในระดับสูง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การถ่ายโอนภารกิจบริการสุขภาพไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น มีจุดท้าทายสำคัญ เช่น ข้อจำกัดด้านศักยภาพ บุคลากร และเครื่องมือในการบริหารจัดการบริการที่ยังไม่เพียงพอขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้การถ่ายโอนบางประเด็นยังไม่ราบรื่น การประสานงานและความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานระดับจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีช่องว่างและความซ้ำซ้อน ภาระงานของหน่วยบริการปฐมภูมียังจัดว่ามีมากอยู่ ทำให้บางครั้งไม่สามารถถ่ายโอนงานได้เต็มที่ ความต่างของบริบทและทรัพยากรในแต่ละพื้นที่ อาจทำให้การบริหารจัดการและคุณภาพบริการมีความไม่สม่ำเสมอ

ดังนั้นการถ่ายโอนงานสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องพิจารณาถึงการสนับสนุนทางเทคนิค บุคลากร ระบบข้อมูลและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพควบคู่กันไปด้วย เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและท้องถิ่นสามารถรองรับความต้องการที่เพิ่มขึ้นในอนาคตได้อย่างยั่งยืน โดยการพัฒนาศักยภาพทั้งด้านบุคลากรและระบบข้อมูลให้พร้อมต่อการจัดการงานที่ถ่ายโอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องสร้างระบบและกลไกการประสานงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ชัดเจน เพื่อป้องกันความซ้ำซ้อนและหลีกเลี่ยงช่องว่างของการบริการ สนับสนุนและขยายการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในระดับปฐมภูมิเพื่อลดภาระงานและเพิ่มประสิทธิภาพ ส่งเสริมบทบาทของชุมชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ติดตามและประเมินผลการถ่ายโอนอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงนโยบายและแนวทางปฏิบัติต่อไป

ข้อยุติ

จากผลการวิจัยพบว่าการใช้กรอบแนวคิด PARiHS มีประโยชน์ในการพัฒนาปัจจัยในการเข้าถึงระบบบริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะให้พัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งหากสมาชิกทุกฝ่ายในชุมชนเห็นถึงความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมตามบริบทของพื้นที่ จะสามารถเพิ่มคุณภาพบริการและส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้ในที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณสนับสนุนงานมูลฐาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

References

1. Office of the National Economic and Social Development Council. National strategy 20-year plan (2018-2037). 2nd ed. Bangkok: Secretariat of the National Strategy Committee, Office of the National Economic and Social Development Council; 2019. (in Thai)
2. Srivanichakorn S. NCDs management issue. PCFM [internet]. 2021 Aug 31 [cited 2025 Apr];4(2):4-7. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/254894>. (in Thai)
3. Sittipreechachan P, Priyatrak P, Chotkakam Y. Community participation in the process of care of elderly at Mabcare Sub-district. J Royal Thai Army Nurses. 2012;13(2):8-17. (in Thai)
4. Kumniyom N, Sritanyarat W. Needs of long-term care service package for frail older persons in community. J Natl Health. 2016;34(3):125-31. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/69161>. (in Thai)
5. Sindhupakorn B, Numpaisal PO, Thienpratharn S, Jomkoh D. A home visit program versus a non-home visit program in total knee replacement patients: a randomized controlled trial. J Orthop Surg Res. 2019 Nov 29;14(1):405. doi: 10.1186/s13018-019-1412-6.
6. Buajaroen H, Poopitukkul J, Chankam W, Aungkaprasertkul N, Chayatab S. Development of strategies and system in providing health care services for elderly in community by Sub-District Administrative Organization. J Natl Health. 2015;33(1):97-107. (in Thai)
7. Governor's office of Trang Province. Demographic report. 2021. (in Thai)
8. Emergency Operation Center, Trang Provincial Public Health Office. COVID-19 situation daily report. 2021. (in Thai)
9. Wirojrat W, Amnat S, Sasat R, Malathum P, Narongsak J. Development of a healthcare service system for dependent elderly. J Thai Nurse Midwife Counc [internet]. 2014 Sep 22 [cited 2025 Sep 1];29(3):104-15. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/27082>. (in Thai)
10. World Health Organization. WHO coronavirus (COVID-19) dashboard [internet]. 2023 [cited 2025 Sep 1]. Available from: <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases>.
11. Stetler CB, Damschroder LJ, Helfrich CD, Hagedorn HJ. A guide for applying a revised version of the PARIHS framework for implementation. Implementation Sci. 2011;6:99. doi: 10.1186/1748-5908-6-99.
12. Bergström A, Ehrenberg A, Eldh AC, Graham ID, Gustafsson K, Harvey G, et al. The use of the PARIHS framework in implementation research and practice - a citation analysis of the literature. Implementation Sci. 2020 Aug 27;15(1):68. doi: 10.1186/s13012-020-01003-0.
13. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
14. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Medical Journal. 1965;14:61-5.
15. Department of Mental Health. WHOQOL-BREF Thai version: World Health Organization quality of life assessment [internet]. Ministry of Public Health; 2002. Available from: <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>. (in Thai)
16. Ministry of Public Health Thailand. Report on health care system for the elderly to support the aging society in Thailand [internet]. 2020 [cited 2025 Sep 1]. Available from: [https://www.senate.go.th/assets/portals/122/file-ups/276/files/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%9A%E0%B8%B9%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C\).pdf](https://www.senate.go.th/assets/portals/122/file-ups/276/files/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%9A%E0%B8%B9%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C).pdf). (in Thai)
17. Boonsong B. Development of long-term care system and health services for dependent elderly: Research report. J Health Sci Kalasin. 2025;1(2):25-30. (in Thai)
18. Thammasat University. Innovation of holistic elderly health care system to enhance health system [internet]. 2023 [cited 2025 Sep 1]. Available from: <https://tu.ac.th/thammasat-220868-elderly-health-care-system>. (in Thai)
19. Kasem S. Elderly health care trends 2025 for sustainable health. Modern Form Healthcare Magazine. 2025 Mar 20.
20. Office of the Elderly Health. Research and policy on primary care for elderly in Thailand [internet]. 2025 [cited 2025 Sep 1]. Available from: <https://eh.anamai.moph.go.th/th/>. (in Thai)
21. Kitson A, Harvey G, McCormack B. Enabling the implementation of evidence-based practice: a conceptual framework. Qual Health Care. 1998;7(3):149-58.
22. Rycroft-Malone J. The PARIHS framework—a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. J Nurs Care Qual. 2004;19(4):297-304.
23. Kruschke C, Butcher HK. Evidence-based practice guideline: fall prevention for older adults. J Gerontol Nurs. 2017 Nov 1;43(11):15-21. doi: 10.3928/00989134-20171016-01.
24. Frieson CW, Tan MP, Ory MG, Smith ML. Evidence-based

- practices to reduce falls and fall related injuries among older adults. *Frontiers. Public Health* 2018;6:222. Available from: <https://www.frontiersin.org/research-topics/4231/evidence-based-practices-to-reduce-falls-and-fall-related-injuries-among-older-adults>.
25. Unwin BK, Jerant AF. The home visit. *Am Fam Physician*. 1999 Oct 1;60(5):1481-8.
26. Kitson A, Harvey G, McCormack B. Enabling the implementation of evidence-based practice: a conceptual framework. *BMJ Quality & Safety*. 1998;7:149-58.
27. Prates ML, Machado JC, Silva LSD, Avelar PS, Prates LL, Mendonca ET, et al. Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review. *Ciencia Saude Coletiva*. 2017;22:1881-93.
28. Millet JD. *Management in the public service: The quest for effective performance*. New York: McGraw-Hill; 1954.
29. Wongpathomtip K. The participation in the Zika virus disease prevention and control for health volunteers in Don Tum district, Nakhon Pathom province. *J Office DPC 7 Khon Kaen*. 2017;24(2):59-67. (in Thai)
30. Opananant P, Ratanasuwan W, Punyawong S. Development of health service system for older adults in the community. *J Natl Health*. 2017;35(2):177-87. (in Thai)

ฉากทัศน์อนาคตระบบสุขภาพไทยใน 10 ปีข้างหน้าและข้อเสนอต้นระบบและนโยบายสุขภาพ

นาฏอนงค์ เจริญสันติสุข*

พงศธร พอกเพิ่มดี†

เชาวรินทร์ คำหา‡

ผู้รับผิดชอบบทความ: นาฏอนงค์ เจริญสันติสุข

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงอนาคตครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ 2) ศึกษาฉากทัศน์ความเป็นไปได้ของระบบสุขภาพในอีก 10 ปีข้างหน้า และ 3) สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านระบบสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบทของประเทศไทย แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ประยุกต์ใช้เทคนิค วิจัยอนาคตแบบ ethnographic Delphi futures research (EDFR) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และใช้แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบาย ระบบสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม จำนวน 25 คน ระยะที่ 2 สร้างฉากทัศน์อนาคตระบบสุขภาพ ด้วยการจัดประชุมระดมสมอง 2 ครั้ง ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารจากหน่วยบริการสาธารณสุข 48 คน และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งในและนอกภาคสาธารณสุขจากภาครัฐและเอกชน 38 คน และระยะที่ 3 จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายด้านระบบสุขภาพ โดยการวิเคราะห์จากผลการศึกษาระยะที่ 1 และ 2 เพื่อสนับสนุนให้เกิดภาพฉากทัศน์ที่พึงประสงค์ และป้องกันการเกิดภาพฉากทัศน์ที่ไม่ต้องการในอนาคต ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า 1) แนวโน้มปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ ประกอบด้วย 2 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ 1.1) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมด้านสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ ทักษะคิดด้านสุขภาพ ความเครียดและวิตกกังวล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 1.2) ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคม กำลังคนด้านสุขภาพ ฐานข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เทคโนโลยีด้านสุขภาพ นวัตกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบสุขภาพ การเมืองการปกครอง และเศรษฐกิจ

* สำนักสุขภาพดิจิทัล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

† สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

‡ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

Received 20 January 2025; Revised 7 May 2025; Accepted 30 July 2025

Suggested citation: Charoensuntisuk N, Pokpermddee P, Khamha C. Future scenarios of Thailand health system in the next 10 years with recommendations on health systems and policy. Journal of Health Systems Research 2025;19(3):312-34.

นาฏอนงค์ เจริญสันติสุข, พงศธร พอกเพิ่มดี, เชาวรินทร์ คำหา. ฉากทัศน์อนาคตระบบสุขภาพไทยใน 10 ปีข้างหน้าและข้อเสนอต้นระบบและนโยบายสุขภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2568;19(3):312-34.

2) ปัจจัยความไม่แน่นอนและผลกระทบต่อระบบสุขภาพ พบว่ามี 6 มิติ 33 ปัจจัย ได้แก่ มิติทางการเมืองและกฎหมาย 6 ปัจจัย มิติทางเศรษฐกิจ 6 ปัจจัย มิติทางสังคม 6 ปัจจัย มิติทางเทคโนโลยี 4 ปัจจัย มิติทางสิ่งแวดล้อม 5 ปัจจัย และมิติด้านระบบบริการสุขภาพ 6 ปัจจัย ทั้งนี้ ปัจจัยความไม่แน่นอนสูงสุด ได้แก่ โรคระบาดใหญ่และความผันผวนทางเศรษฐกิจ ซึ่งได้นำมาจัดทำฉากระบบสุขภาพของประเทศไทย 4 ฉากทัศน์ ประกอบด้วยฉากทัศน์ที่ 1 เศรษฐกิจแบบก้าวกระโดดกับการดำรงของโรคระบาด ฉากทัศน์ที่ 2 วิกฤติเศรษฐกิจ วิกฤติสุขภาพ ฉากทัศน์ที่ 3 ความผันผวนทางเศรษฐกิจที่ปราศจากโรคระบาด และฉากทัศน์ที่ 4 ประเทศมั่งคั่ง ระบบสุขภาพมั่นคง

ข้อเสนอแนะระบบและนโยบายสุขภาพ ได้แก่ ก) ด้านนโยบาย สร้างความต่อเนื่องของนโยบายสุขภาพระยะยาวและผลักดัน Health in All Policies อย่างต่อเนื่อง ข) ด้านเศรษฐกิจ ส่งเสริมการลงทุนในเทคโนโลยีสะอาดและเศรษฐกิจ (bio-circular-green: BCG) สร้างแรงจูงใจในการลงทุนเทคโนโลยีทางการแพทย์ และพัฒนาเศรษฐกิจสุขภาพ ค) ด้านสังคม พัฒนาระบบสวัสดิการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน แก้ไขปัญหาภาระหนี้สินครัวเรือน พัฒนาหลักสูตรการเรียนรู้ด้านสุขภาพตลอดชีวิต ง) ด้านเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพ พัฒนาระบบการศึกษาด้านการแพทย์ร่วมกับเทคโนโลยีสุขภาพอย่างบูรณาการ จ) ด้านสิ่งแวดล้อม พัฒนาเมืองสุขภาพดีและระบบเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม ฉ) ด้านกฎหมาย ปรับปรุงกฎหมายส่งเสริมสิทธิผู้ป่วยและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพดิจิทัลและกฎหมายด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ข) ด้านระบบบริการสุขภาพ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ กระจายอำนาจในระบบบริการปฐมภูมิ ปรับรูปแบบบริการเน้นชุมชนเป็นฐาน พัฒนาระบบข้อมูลเชื่อมโยงด้วยดิจิทัล พัฒนารูปแบบการจ้างงานและการจัดการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้มีความยั่งยืน และเท่าเทียม

คำสำคัญ: ฉากทัศน์, อนาคต, ระบบสุขภาพ

Future Scenarios of Thailand Health System in the Next 10 Years with Recommendations on Health Systems and Policy

Nardanong Charoensuntisuk^{*}, Pongsadhorn Pokpermdee[†], Chaowarin Khamha[‡]

^{*} Bureau of Digital Health, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

[†] Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

[‡] Department of Health Service Support, Ministry of Public Health

Corresponding author: Nardanong Charoensuntisuk, nardanongc@hotmail.com

Abstract

This future research study aimed to: 1) examine current situations and trends of factors influencing the health system, 2) explore plausible future scenarios of Thailand's health system over the next decade, and 3) synthesize policy recommendations suitable for future Thai contexts. The study was conducted in three phases. Phase 1 examined trends and factors affecting the health system through a systematic literature review and expert opinions, employing the ethnographic Delphi futures research (EDFR) method. This involved in-depth interviews and questionnaires with 25 experts in health policy, health systems, society, economy, and environment. Phase 2 involved developing four future health system scenarios through two rounds of brainstorming workshops with 48 public health executives and 38 multidisciplinary experts from both public and private sectors. Phase 3 formulate policy recommendations based on results from phases 1 and 2 to promote desirable future outcomes and mitigate undesirable scenarios. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics.

The study found that: 1) the influencing factors on health system could be categorized into two main groups; 1.1) individual factors such as gender, age, marital status, income, education, health experiences, health beliefs and behaviors, health literacy, and mental well-being; and 1.2) external factors including environmental condition, social support, health workforce, health information systems,

communication channels, medical technology and innovation, health system accessibility, political governance, and economic context. Uncertainty analysis identified 33 critical factors across six dimensions: political and legal (6 factors), economic (6 factors), social (6 factors), technological (4 factors), environmental (5 factors), and health service systems (6 factors). The highest uncertainties were pandemics and economic volatility. Based on these, four future scenarios were formulated: 1) Rapid economic growth hindered by recurring pandemics, 2) Dual crisis of economy and public health, 3) Economic instability without pandemics, and 4) Prosperous nation with a resilient health system.

The recommendations on health systems and policy were organized into seven areas: (a) Policy – continuously advocate long-term health policy and the “Health in All Policies”; (b) Economy – encourage investment in clean technology, bio-circular-green (BCG) economy, medical innovation and health development (medical hub) economy; (c) Society – improve elderly welfare, promote community participation, mitigate household debt, and develop lifelong learning health curricula; (d) Health technology and education – enhance the integration of healthcare technology and medical education; (e) Environment – build healthy cities and environmental health surveillance systems; (f) Legal – revise laws to safeguard patient rights, ensure access to digital health services, and improve environmental health legislation; and (g) Health service systems – strengthen health service efficiency, decentralize primary care, promote community-based services, integrate digital health data systems, reform employment models, and optimize healthcare financing for equity and sustainability.

Keywords: scenarios, future, health system

ภูมิหลังและเหตุผล

ระบบสุขภาพของประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายที่เพิ่มขึ้นจากปัจจัยภายในและภายนอกประเทศ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่สังคมไทยเปลี่ยนเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว วัยทำงานลดจำนวนลง⁽¹⁾ โดยคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวจาก 12.0 ล้านคน ใน พ.ศ. 2563 เป็น 20.5 ล้านคน ใน พ.ศ. 2583⁽²⁾ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีแนวโน้มสูงขึ้น เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตถึงร้อยละ 77 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรในประเทศไทย⁽³⁾ ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2575 จะมีค่าใช้จ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้นถึง 1,854 พันล้านบาท⁽⁴⁾ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี การเคลื่อนไหวทางสังคม และความท้าทายทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการเผชิญกับโรคอุบัติใหม่และการระบาดของโรคติดเชื้อ ล้วนแล้วแต่ส่งผล

กระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย⁽⁵⁾

นอกจากนี้ระบบสุขภาพไทยยังต้องเผชิญกับความท้าทายจากการขาดแคลนทรัพยากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายบุคลากรและเครื่องมือแพทย์ที่ไม่เหมาะสมและเท่าเทียมระหว่างพื้นที่ในเมืองกับพื้นที่ในชนบท⁽⁶⁻⁷⁾ ได้เพิ่มภาระและแรงกดดันอย่างมากต่อระบบสุขภาพ ซึ่งล้วนเต็มไปด้วยความไม่แน่นอนที่ระบบบริการสุขภาพของประเทศจำเป็นต้องรับมือในอนาคต การตอบสนองต่อความท้าทายเหล่านี้ต้องการการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญของรูปแบบหรือวิธีการในการจัดการสุขภาพ หรือการจัดบริการสุขภาพ⁽⁸⁾ ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความท้าทายต่างๆ เหล่านี้ได้ต้องมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญและเร่งด่วน

จากการที่โลกมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ระบบสุขภาพกำลังเผชิญกับความไม่แน่นอนหลายด้าน การพยากรณ์ภาพอนาคตด้วยวิธีการต่อขยายแนวโน้มปัจจุบัน

ไปข้างหน้าอย่างเดียวนั้นในลักษณะการทำนายภาพอนาคต
หนึ่งเดียว (prediction) จึงไม่เพียงพอและเกิดความคลาด
เคลื่อนได้⁽⁹⁾ ฉากทัศน์จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อพิจารณาแนวทาง
ที่เป็นไปได้อย่างหลากหลาย เพื่อเลือกเส้นทางที่ดีที่สุด ฉาก
ทัศน์ช่วยให้เห็นภาพของระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงซับซ้อน
มากขึ้นทั้งในด้านที่ดีและด้านที่ไม่พึงประสงค์ ดังนั้นการ
สร้างฉากทัศน์ (scenarios) จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการ
ตัดสินใจและวางแผนในอนาคต เพื่อให้ผู้บริหารเห็นมุมมอง
ในอนาคตหลากหลายรูปแบบ และครอบคลุมทุกเหตุการณ์
ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต จึงจะสามารถเตรียมการรองรับสิ่ง
ที่จะเกิดขึ้น รวมถึงป้องกันสิ่งที่ไม่ต้องการให้เกิดในอนาคต
ซึ่งจะทำให้สามารถวางแผนบริหารจัดการในปัจจุบันให้เกิด
ประสิทธิภาพสูงสุดได้^(8,10) ดังเช่นบริษัทเชลล์ที่ประสบความสำเร็จ
ในการนำภาพอนาคตมาสร้างกลยุทธ์ให้กับองค์กร
โดยพยากรณ์ไว้ว่าราคาน้ำมันจะขึ้นอย่างต่อเนื่องก่อนที่
ราคาจะตกลงมา และคาดการณ์การล่มสลายของระบบ
คอมพิวเตอร์ในรัสเซีย ทำให้บริษัทสามารถปรับตัวรับการ
เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในมิติพลังงานระดับโลกและก้าวนำ
องค์กรอื่นๆ ในช่วงเดียวกัน⁽¹¹⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยว
กับระบบสุขภาพในประเทศไทย โดยมากมุ่งเน้นไปที่การ
แก้ไขปัญหาด้านระบบสุขภาพที่ประสบอยู่ในปัจจุบัน
หรือเป็นการทำตามแนวโน้มของทิศทางหรือกระแสใน
ช่วงเวลานั้นๆ หรือการวิจัยเพื่อสร้างระบบสุขภาพที่พึง
ประสงค์ในอนาคต ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมา มักมองข้ามปัจจัย
และเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน รวมถึงปัจจัยพลิกผันที่อาจ
ทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพในภาพรวมได้ ดัง
นั้น การศึกษาฉากทัศน์อนาคตระบบสุขภาพไทย โดยการ
ประเมินแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงปัจจัยสังคมด้านสุขภาพ
ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ จึงมีความจำเป็นเพื่อนำไปสู่การ
ออกแบบนโยบายด้านระบบสุขภาพทั้งในปัจจุบันและ
อนาคต การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จึงนำรูปแบบการศึกษาอนาคต
(future research) มาเป็นแนวทางในการสร้างและ

วิเคราะห์ฉากทัศน์อนาคต (future scenario building
and analysis) ของระบบสุขภาพไทยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น
ในอนาคตอีก 10 ปีข้างหน้า ท่ามกลางปัจจัยสังคมกำหนด
สุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผันผวนไม่แน่นอน
ซับซ้อน และไม่ชัดเจน นำไปสู่การจัดทำข้อเสนอทางเลือก
ในการเผชิญกับเหตุการณ์ในอนาคตได้อย่างครอบคลุมมาก
ขึ้น ทำให้เกิดการเตรียมความพร้อมได้อย่างเหมาะสมยิ่ง
ขึ้น สามารถกำหนดนโยบายด้านระบบสุขภาพที่เหมาะสม
ที่จะให้แนวโน้มที่พึงประสงค์เกิดขึ้น และจัดการแนว
โน้มที่ไม่พึงประสงค์ได้อย่างเหมาะสมและครอบคลุมมาก
ที่สุด การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษา
สถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อระบบ
สุขภาพของประเทศไทย 2) เพื่อศึกษาฉากทัศน์ความเป็น
ไปได้ของระบบสุขภาพไทยในอีก 10 ปีข้างหน้า และ 3) เพื่อ
สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านระบบสุขภาพที่เหมาะสม
ตามบริบทของประเทศไทยและรองรับแนวโน้มระบบ
สุขภาพที่คาดว่าจะเกิดในอนาคต

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงอนาคต (future
research) เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมวิธี (mixed
method) โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ
ethnographic Delphi futures research (EDFR) และ
เทคนิคการสร้างและวิเคราะห์ฉากทัศน์แห่งอนาคต (future
scenario building and analysis) ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวม
ข้อมูลและความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เฉพาะ
ด้าน ระหว่างเดือนกันยายน 2565 - ตุลาคม 2566 แบ่งการ
วิจัยออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 ศึกษาแนว
โน้มการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ
โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการ
รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ประยุกต์ใช้เทคนิค
วิจัยอนาคตแบบ EDFR ระยะที่ 2 สร้างและวิเคราะห์ฉาก
ทัศน์อนาคตระบบสุขภาพไทยในอีก 10 ปีข้างหน้า โดย

ประยุกต์ใช้เทคนิคการสร้างและวิเคราะห์ฉากทัศน์แห่งอนาคต ด้วยการระดมสมองผู้บริหารจากหน่วยบริการสาธารณสุขและนักยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งในและนอกภาคสาธารณสุขจากภาครัฐและเอกชน และระยะที่ 3 จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายด้านระบบสุขภาพด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลจากผลการศึกษาระยะที่ 1 และ 2

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาระยะที่ 1 ครั้งนี้เป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีบทบาทและประสบการณ์เกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย และนักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจง (purposive sampling) จำแนกเป็น 6 กลุ่ม จำนวน 25 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

- 1) ผู้มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบายด้านระบบสุขภาพ 3 คน ได้แก่ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข) ผู้ช่วยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้แทน สปสช.) และเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
- 2) ผู้มีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและสนองตอบนโยบายด้านระบบสุขภาพ 3 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (ผู้แทนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
- 3) ผู้มีบทบาทในการกำหนดนโยบายการบริการสุขภาพภาคเอกชน 3 คน ได้แก่ ประธานเจ้าหน้าที่บริหารโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ และผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่
- 4) ผู้มีบทบาทหน้าที่ในการให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ต่อระบบสุขภาพ ทางการเมือง สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี 4 คน ได้แก่ รองผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ผู้ตรวจราชการกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนสำนักงานนโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.) และผู้อำนวยการกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

5) นักวิชาการ/นักวิจัยด้านระบบสุขภาพ 6 คน จากสถาบันวิชาการ ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ศูนย์นโยบายและการจัดการสุขภาพ (สังกัดคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล) สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และหัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program: HITAP)

6) นักวิชาการ/นักวิจัยด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และอนาคตศาสตร์ (think tank) 6 คน ได้แก่ ประธานสถาบันอนาคตศึกษาเพื่อการพัฒนา (Institute of Future Studies for Development: IFD) ผู้อำนวยการหลักสูตรปริญญาเอก สาขาการเมืองและยุทธศาสตร์การพัฒนา คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า) อาจารย์ประจำวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้อำนวยการสถาบันนโยบายสาธารณะ ผู้อำนวยการฝ่ายยุทธศาสตร์นวัตกรรม สถาบันการมองอนาคตนวัตกรรม (Innovation Foresight Institute: IFI) และที่ปรึกษาด้านหลักประกันทางสังคม ทีดีอาร์ไอ (Thailand Development Research Institute: TDRI)

วิธีการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

(1) ทบทวนวรรณกรรมในรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพไทย โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ทั้งจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic databases) ที่ได้รวบรวมรายงานการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความน่าเชื่อถือ ได้แก่ ฐานข้อมูล PubMed, Thai Journals Online (ThaiJO), ฐานข้อมูลเครือข่ายระบบห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS) ช่วงเวลาที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 – 2565 หรือ ค.ศ. 2017 – 2022 เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทย และภาษาอังกฤษ และทำการสืบค้นด้วยมือ (hand searching) จากห้องสมุดและเอกสารทางราชการ โดยกำหนดคำสำคัญ (keywords) ในการสืบค้นวรรณกรรมที่ประกอบด้วย

1) ภาษาไทย: “ระบบสุขภาพ” “ปัจจัยกำหนดสุขภาพ” “ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ” “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ” “ปัจจัยกำหนดพฤติกรรม” “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล” “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเมืองหรือการปกครองหรือนโยบาย” “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประชากร” “ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพ” “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสังคมและระบบสุขภาพ” “ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและระบบสุขภาพ กฎหมายและระบบสุขภาพ” “ปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ” “ปัจจัยทางสังคมและระบบสุขภาพ”

2) ภาษาอังกฤษ: “determinants related to health and social service systems”, “behavioral determinants”, “determinants related to personal factors”, “determinants related to the physical environment”, “determinants related to the social environment”, “economic determinants”, “technology determinants”, “legal determinants”, “health, health care”, “health service”, “trends”, “social determinants”, “social determinants of health”, “scenarios”, “socioeconomic of health”,

“determinants related to personal factors and health systems”, “determinants related to environment factors and health systems”

จากนั้นจึงนำวารสารที่ผ่านการสืบค้นทั้งหมดมาประเมินงานวิจัยผ่านแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (critical appraisal) โดยผู้วิจัย 2 คน แยกกันอ่านรายงานวิจัยที่สืบค้นได้ แล้วทำการคัดเลือกแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและแบบบันทึกการสกัดข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลมาพิจารณา เมื่อมีความเห็นไม่ตรงกันและหากไม่สามารถตกลงกันได้ ให้ผู้วิจัยคนที่ 3 เป็นผู้ลงมติ

(2) นำผลที่ได้จาก (1) มาสร้างแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

(3) กำหนดและเตรียมผู้เชี่ยวชาญที่มีบทบาทและที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ โดยการพิจารณาบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ตามกฎหมาย

(4) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ (EDFR รอบที่ 1) โดยมีการรอบในการสัมภาษณ์ คือ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยด้านต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพในอีก 10 ปีข้างหน้า ฉากทัศน์ระบบสุขภาพที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต และข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาจะนำไปใช้กับการศึกษาระยะที่ 2 และ 3

(5) วิเคราะห์ข้อมูล ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และใช้กรอบที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตาม (1) เป็นกรอบในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อสร้างกรอบเนื้อหาของ (ร่าง) แบบสอบถาม

(6) สร้างและพัฒนาแบบสอบถาม ด้วยการนำข้อมูลที่ได้จาก (5) มาสร้าง (ร่าง) แบบสอบถาม โดยกำหนดให้ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า (rating scale) แบ่งเป็น 10 ระดับ ใช้ค่า 1–10 เป็นสัญลักษณ์แทนความหมาย คือ ปัจจัยที่มีความไม่แน่นอนน้อยที่สุด (แทนด้วย 1) ไปถึงปัจจัยที่มีความไม่แน่นอนมากที่สุด (แทนด้วย 10)

และผลกระทบต่อระบบสุขภาพน้อยที่สุด (แทนด้วย 1) ไปถึงผลกระทบต่อระบบสุขภาพมากที่สุด (แทนด้วย 10) หลังจากนั้นนำ (ร่าง) แบบสอบถาม เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของการใช้ภาษาสื่อความหมาย ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และสรุปเป็นแบบสอบถามต่อไปตามลำดับ

(7) นำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ 25 คน เพื่อพิจารณาตอบตามความเห็นของแต่ละคน (EDFR รอบที่ 2) เก็บรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูล (ภายหลังมีการตอบกลับ 21 คน)

(8) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยการแจกแจงความถี่ในแต่ละข้อคำถามและภาพรวม

ระยะที่ 2 การสร้างและวิเคราะห์ฉากทัศน์อนาคตระบบสุขภาพไทยในอีก 10 ปีข้างหน้า

(9) ผู้วิจัยนำผลจากการศึกษาในระยะที่ 1 มากำหนดปัจจัยที่มีความไม่แน่นอนและมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพสูงสุด 2 ปัจจัย โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีความไม่แน่นอนสูงก่อนระดับผลกระทบ ทั้งนี้ นำผลการวิเคราะห์ในขั้นที่ 8 มากำหนดเป็นแกน X และแกน Y ในการสร้างภาพฉากทัศน์ของระบบสุขภาพไทยในระยะ 10 ปีข้างหน้า

(10) จัดประชุมระดมสมอง (brainstorming) เพื่อจัดทำภาพฉากทัศน์อนาคตระบบสุขภาพไทยในอีก 10 ปี ข้างหน้า ตามกรอบ PESTEL (political, economic, social, technological, environmental, legal) และระบบบริการสุขภาพ (six building blocks) จำนวน 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 เป็นการประชุมระดมสมองของผู้บริหารหรือผู้แทนจากหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐ และนักยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จำนวน 48 คน และครั้งที่ 2 เป็นการประชุมระดมสมองของผู้เชี่ยวชาญทั้งภายในและภายนอกภาคสาธารณสุขจากทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 38 คน นำข้อมูลจากการประชุมทั้ง 2 ครั้ง มาวิเคราะห์และจัดทำ (ร่าง) ภาพฉากทัศน์อนาคตระบบสุขภาพไทยในอีก

10 ปีข้างหน้า

(11) ผู้วิจัยสรุปภาพฉากทัศน์อนาคตระบบสุขภาพไทยในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยการนำ (ร่าง) จากขั้นตอนที่ 10 มาพิจารณาร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากขั้นตอนที่ 1 เพื่อปรับปรุงภาพฉากทัศน์ให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับข้อสรุปทางวิชาการ

ระยะที่ 3 จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายด้านระบบสุขภาพ

(12) วิเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและสัมภาษณ์เชิงลึกในระยะที่ 1 และการระดมสมองในระยะที่ 2 เพื่อสรุปข้อเสนอเชิงนโยบายด้านระบบสุขภาพต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ มีการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) จากการสัมภาษณ์ และการประชุมระดมสมอง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)

การพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข รหัสโครงการวิจัยที่ 3/2566 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2565

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบงานวิจัยทั้งสิ้น 7,299 บทความ หลังจากนั้นตรวจสอบพบงานวิจัยที่ไม่ตรงประเด็นและซ้ำซ้อน โดยตัดออก 7,152 บทความ เหลือ

147 บทความ จากนั้นพิจารณารายละเอียดในบทคัดย่อ และบทความ ซึ่งคัดงานวิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องออก 9 บทความ คงเหลือ 138 บทความ หลังจากนั้นพิจารณาตัดงานวิจัยที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ (critical appraisal) โดยพิจารณาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การวัดผลตัวแปร และการ

วิเคราะห์ข้อมูลออก 118 บทความ คงเหลือทั้งสิ้น 20 บทความ ในการนี้ ผลจากการวิเคราะห์งานวิจัยทำให้พบปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ ซึ่งจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย

ปัจจัยภายในบุคคล	ปัจจัยภายนอกบุคคล
(1) เพศ	(1) สิ่งแวดล้อม
(2) อายุ	(2) การสนับสนุนทางสังคม
(3) สถานภาพสมรส	(3) กำลังคนด้านสุขภาพ
(4) รายได้	(4) ฐานข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
(5) ระดับการศึกษา	(5) แหล่งข้อมูลข่าวสาร
(6) ประสบการณ์ด้านสุขภาพ	(6) เทคโนโลยีด้านสุขภาพ
(7) ความเชื่อด้านสุขภาพ	(7) นวัตกรรมสุขภาพ
(8) พฤติกรรมด้านสุขภาพ	(8) การเข้าถึงระบบสุขภาพ
(9) การรับรู้ด้านสุขภาพ	(9) การเมืองการปกครอง
(10) ทักษะจิตด้านสุขภาพ	(10) เศรษฐกิจ
(11) ความเครียดและวิตกกังวล	
(12) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	

ผลการศึกษาปัจจัยความไม่แน่นอนและผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย

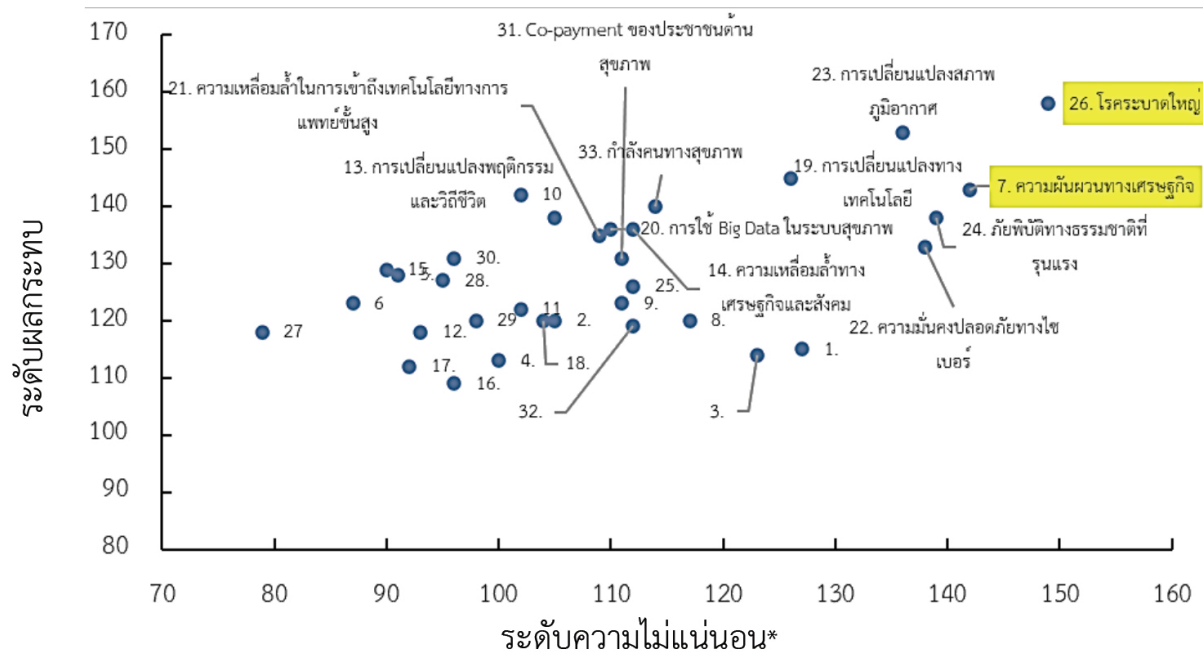
การศึกษาโดยการสร้างและพัฒนาแบบสอบถาม ปัจจัยความไม่แน่นอนและผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย และเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ 21 คน จาก 25 คน พบว่า ปัจจัยความไม่แน่นอนและผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย จำแนกเป็น 6 มิติ

33 ปัจจัย ได้แก่ (1) มิติทางการเมืองและกฎหมายประกอบด้วย 6 ปัจจัย (2) มิติทางเศรษฐกิจประกอบด้วย 6 ปัจจัย (3) มิติทางสังคมประกอบด้วย 6 ปัจจัย (4) มิติทางเทคโนโลยีประกอบด้วย 4 ปัจจัย (5) มิติทางสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย 5 ปัจจัย และ (6) มิติด้านระบบบริการสุขภาพประกอบด้วย 6 ปัจจัย สามารถสรุปผลคะแนนได้ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนรวมปัจจัยความไม่แน่นอนและผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย (เรียงคะแนนความไม่แน่นอนจากมากไปน้อย) (n=25)

มิติ	ปัจจัยความไม่แน่นอน	คะแนน* ความไม่แน่นอน	คะแนน* ผลกระทบ
สิ่งแวดล้อม	26. โรคระบาดใหญ่	149	158
เศรษฐกิจ	7. ความผันผวนทางเศรษฐกิจ	142	143
สิ่งแวดล้อม	24. ภัยพิบัติทางธรรมชาติที่รุนแรง	139	138
เทคโนโลยี	22. ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์	138	133
สิ่งแวดล้อม	23. การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ	136	153
การเมืองและกฎหมาย	1. การเปลี่ยนแปลงด้านภูมิรัฐศาสตร์โลก	127	115
เทคโนโลยี	19. การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมรูปแบบใหม่ๆ	126	145
การเมืองและกฎหมาย	3. เสถียรภาพ/ความมั่นคงรัฐบาล	123	114
เศรษฐกิจ	8. การปรับโครงสร้างเศรษฐกิจสู่นวัตกรรม	117	120
ระบบบริการสุขภาพ	33. กำลังคนทางสุขภาพ	114	140
สังคม	32. ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคม	112	136
สิ่งแวดล้อม	25. ความมั่นคงและความปลอดภัยทางอาหาร	112	126
ระบบบริการสุขภาพ	32. ความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน	112	119
เศรษฐกิจ	9. แรงงานข้ามชาติ	111	123
ระบบบริการสุขภาพ	31. การร่วมจ่าย (co-payment) ของประชาชนด้านสุขภาพ	111	131
เทคโนโลยี	20. การใช้บิ๊กดาต้า (big data) ในระบบสุขภาพ	110	136
เทคโนโลยี	21. ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง	109	135
การเมืองและกฎหมาย	2. สงครามอาวุธเคมีและชีวภาพ	105	120
สังคม	13. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและวิถีชีวิต	105	138
สังคม	18. ความปลอดภัยทางสังคม	104	120
เศรษฐกิจ	10. เสถียรภาพทางการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศ	102	142
เศรษฐกิจ	11. หนี้สินครัวเรือน	102	122
การเมืองและกฎหมาย	4. นโยบายการเมืองด้านสุขภาพ	100	113
ระบบบริการสุขภาพ	29. ภาวะผู้นำด้านสุขภาพ	98	120
สังคม	16. ความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	96	109
ระบบบริการสุขภาพ	30. การบริการสุขภาพเชิงพาณิชย์	96	131
ระบบบริการสุขภาพ	28. ระบบสุขภาพแบบบูรณาการของภาคส่วนสุขภาพและนอกภาคส่วนสุขภาพ	95	127
เศรษฐกิจ	12. การว่างงาน	93	118
สังคม	17. การเปลี่ยนแปลงของระบบการศึกษา	92	112
การเมืองและกฎหมาย	5. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไปยังท้องถิ่น	91	128
สังคม	15. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	90	129
การเมืองและกฎหมาย	6. กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับของภาครัฐด้านสุขภาพ	87	123
สิ่งแวดล้อม	27. การขยายตัวของเมือง	79	118

*คะแนนรวมสูงสุด 210 คะแนน โดยผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน (ทั้งหมด 21 คน) ให้คะแนนแต่ละปัจจัย จาก 1 น้อยที่สุด จนถึง 10 มากที่สุด



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความไม่แน่นอนและผลกระทบต่อระบบสุขภาพในอีก 10 ปีข้างหน้า

หมายเหตุ: *ระดับความไม่แน่นอน และ ระดับผลกระทบ คะแนนรวมสูงสุด 210 คะแนน โดยผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน (ทั้งหมด 21 คน) ให้คะแนนแต่ละปัจจัย จาก 1 น้อยที่สุด จนถึง 10 มากที่สุด

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านภูมิรัฐศาสตร์โลก, 2. สงครามอาวุธเคมีและชีวภาพ, 3. เสถียรภาพ/ความมั่นคงรัฐบาล,
4. นโยบายการเมืองด้านสุขภาพ, 5. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไปยังท้องถิ่น, 6. กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับของภาครัฐทางด้านสุขภาพ, 7. ความผันผวนทางเศรษฐกิจ, 8. การปรับโครงสร้างเศรษฐกิจสู่นวัตกรรม,
9. แรงงานข้ามชาติ, 10. เสถียรภาพทางการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศ, 11.หนี้สินครัวเรือน, 12. การว่างงาน, 13. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและวิถีชีวิต, 14. ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคม, 15. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน, 16. ความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม, 17. การเปลี่ยนแปลงของระบบการศึกษา,
18. ความปลอดภัยทางสังคม, 19. การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมรูปแบบใหม่ๆ 20. การใช้บิ๊กดาต้า (big data) ในระบบสุขภาพ, 21. ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง, 22. ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์, 23. การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ, 24. ภัยพิบัติทางธรรมชาติที่รุนแรง, 25. ความมั่นคงและความปลอดภัยทางอาหาร, 26. โรคระบาดใหญ่, 27. การขยายตัวของเมือง, 28. ระบบสุขภาพแบบบูรณาการของภาคส่วนสุขภาพและนอกภาคส่วนสุขภาพ, 29. ภาวะผู้นำทางด้านสุขภาพ, 30. การบริการสุขภาพเชิงพาณิชย์,
31. การร่วมจ่าย (co-payment) ของประชาชนด้านสุขภาพ, 32. ความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ 3 กองทุน, 33. กำลังคนทางสุขภาพ



ภาพที่ 2 Scenario matrix ภาพอนาคตของระบบสุขภาพไทย

ปัจจัยที่มีความไม่แน่นอนและมีผลกระทบสูงสุดลำดับแรก ได้แก่ โรคระบาดใหญ่ และเมื่อพิจารณาปัจจัยลำดับที่ 2 ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยความผันผวนทางเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความไม่แน่นอนสูงเป็นลำดับ 2 (ภาพที่ 1) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยโรคระบาดใหญ่เป็นแกน X (horizontal axis) และปัจจัยความผันผวนทางเศรษฐกิจเป็นแกน Y (vertical axis) เพื่อประกอบการจัดทำฉากทัศน์ระบบสุขภาพของประเทศไทยจำนวน 4 ฉากทัศน์ (ดังภาพที่ 2) โดยปัจจัยที่มีความไม่แน่นอนต่ำและมีผลกระทบสูงต่อระบบสุขภาพจะอยู่ในทุกฉากทัศน์

ผู้วิจัยนำปัจจัยตามกรอบ PESTEL เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ความผันผวนทางเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การมีส่วนร่วมของ

ชุมชน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ปัญหามลพิษ การปรับปรุงกฎหมาย และระบบบริการสุขภาพ (six building blocks) เช่น การถ่ายโอนภารกิจการจัดบริการสุขภาพ รูปแบบบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบการจัดการข้อมูล การเข้าถึงเทคโนโลยี ระบบการเงินการคลัง ระบบสุขภาพชุมชน มาจัดทำเป็นภาพฉากทัศน์ 4 ฉาก ได้แก่ ฉากทัศน์ที่ 1 เศรษฐกิจแบบก้าวกระโดดกับการตั้งรับของโรคระบาด ฉากทัศน์ที่ 2 วิกฤติเศรษฐกิจกับวิกฤติสุขภาพ ฉากทัศน์ที่ 3 ความผันผวนทางเศรษฐกิจที่ปราศจากโรคระบาด และฉากทัศน์ที่ 4 ประเทศมั่นคงกับระบบสุขภาพมั่นคง (ภาพที่ 2) โดยมีรายละเอียดแต่ละฉากทัศน์ตามกรอบ PESTEL และระบบบริการสุขภาพ (six building blocks) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาพฉากทัศน์ตามกรอบ PESTEL และระบบบริการสุขภาพ

	Scenario 1 เศรษฐกิจแบบก้าวกระโดด กับการตั้งรังของโรคระบาด	Scenario 2 วิกฤติเศรษฐกิจ วิกฤติสุขภาพ	Scenario 3 ความผันผวนทางเศรษฐกิจ ที่ปราศจากโรคระบาด	Scenario 4 ประเทศมั่งคั่ง ระบบสุขภาพมั่นคง
ปัจจัยที่มีผลต่อระบบสุขภาพ				
การเมือง (political)	- การเมืองมีเสถียรภาพ กระบวนการที่ค่อยเป็นค่อยไปของการทำให้เป็นประชาธิปไตย - ปฏิรูปสังคม มุ่งเน้นสร้างความเท่าเทียม - การทุจริตมีน้อยลงจากกลไกการตรวจสอบของทั้งภาครัฐและประชาชน - นโยบายทางสุขภาพนำเศรษฐกิจ มีการจัดการทรัพยากรรองรับระบบสุขภาพ - นโยบายภาครัฐจะมุ่งเน้นสวัสดิการแห่งรัฐมากขึ้น ลดค่าใช้จ่าย มอบสิทธิประโยชน์ให้กับประชาชนในมิติต่างๆ มากขึ้น	- ความไม่มีเสถียรภาพทางการเมือง พรรคการเมืองมีการต่อสู้อย่างสูงสุดด้วยการกำหนดนโยบายประชานิยม โดยเฉพาะนโยบายสุขภาพ รวมทั้งความไม่ต่อเนื่องของนโยบาย - การเมืองเข้าแทรกแซงหน่วยงานรัฐในทุกมิติเมื่อเปลี่ยนขั้วทางการเมือง หน่วยงานต่างๆ ไม่สามารถบูรณาการทำงาน - โครงสร้างอำนาจนิยมที่ผูกขาด ทำให้รัฐไม่สามารถสร้างสรรค์สิ่งใหม่	- มีความขัดแย้งระหว่างกลุ่มเสรีนิยมประชาธิปไตยกับกลุ่มอนุรักษ์นิยม - นโยบายมุ่งเน้นประชานิยมเพื่อคาดหวังคะแนนนิยมจากสังคม - ทิศทางของนโยบายภาคการเมือง เน้นเศรษฐกิจและการลงทุน - การทุจริตในภาครัฐยังสูง - มีนโยบายเอื้อกลุ่มทุน - โครงสร้างอำนาจนิยมที่ผูกขาด ทำให้รัฐไม่สามารถสร้างสรรค์สิ่งใหม่	- การเมืองมีเสถียรภาพ มีประชาธิปไตยเต็มใบ - ความท้าทายและการแบ่งขั้วทางการเมืองยังคงมีอยู่ - การแย่งชิงอำนาจ นำไปสู่ความตึงเครียดและความขัดแย้งทางการเมืองบางครั้ง - นโยบายทางสุขภาพเหมาะสมกับบริบทของสังคม และเศรษฐกิจ - มีการสนับสนุนทรัพยากรรองรับระบบสุขภาพอย่างเพียงพอ - เป็นรัฐสวัสดิการมากขึ้น
เศรษฐกิจ (economic)	- เศรษฐกิจอยู่ในระดับคงที่ แม้จะไม่สูงมาก - มีการลงทุนเศรษฐกิจสีเขียวและหมุนเวียนมากขึ้น - การแพทย์เชิงพาณิชย์ เอกชนจะเข้ามามีบทบาทสำคัญ - ธุรกิจด้านสุขภาพเติบโต - เกิดการแย่งชิงทรัพยากรด้านสาธารณสุข ทั้งระหว่างรัฐและเอกชน - มี startup ที่ทำเรื่อง health tech - ศักยภาพในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจน้อยลงจากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลง	- เศรษฐกิจได้รับผลกระทบจากความขัดแย้งระหว่างประเทศ - ไม่มีศักยภาพในการแข่งขันกับต่างประเทศ - ศักยภาพในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจน้อยลงจากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลง - อัตราการเติบโตของ GDP ลดลง - รัฐไม่มีงบประมาณสนับสนุนระบบสุขภาพอย่างเพียงพอ - หนี้สินครัวเรือนเพิ่มขึ้น คนจนเพิ่มขึ้น	- เศรษฐกิจได้รับผลกระทบจากความขัดแย้งระหว่างประเทศ - ไม่มีศักยภาพในการแข่งขันกับต่างประเทศ - ศักยภาพในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจน้อยลงจากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลง - มุ่งเน้นการลงทุนจากต่างชาติ - ลดความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ - ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (health expenditure) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP) สูงขึ้น	- เศรษฐกิจดี มีความสมดุลระหว่างอุปสงค์และอุปทาน - มีการลงทุนเศรษฐกิจสีเขียวและหมุนเวียนมากขึ้น - การแพทย์เชิงพาณิชย์ เอกชนจะเข้ามามีบทบาทสำคัญ - ธุรกิจด้านสุขภาพเติบโต ผ่านนโยบาย Medical HUB และแนวโน้มของ Wellness Center ที่สูงขึ้น - มี startup ที่ทำเรื่อง health tech - ศักยภาพในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจน้อยลงจากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาพฉากทัศน์ตามกรอบ PESTEL และระบบบริการสุขภาพ (ต่อ)

	Scenario 1 เศรษฐกิจแบบก้าวกระโดด กับการตั้งรังของโรคระบาด	Scenario 2 วิกฤติเศรษฐกิจ วิกฤติสุขภาพ	Scenario 3 ความผันผวนทางเศรษฐกิจ ที่ปราศจากโรคระบาด	Scenario 4 ประเทศมั่งคั่ง ระบบสุขภาพมั่นคง
สังคม (social)	- สังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ - แรงงานข้ามชาติมีแนวโน้มสูงขึ้น - ครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น - ประชากรย้ายถิ่นไปสู่เมืองรอง - ความเหลื่อมล้ำยังดำรงอยู่ - อัตราการว่างงานมากขึ้น - มีความเป็นปัจเจก - ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น - มีการปรับรูปแบบการทำงาน เช่น Work From Home	- สังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ - ประชากรกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคติดเชื้อสูงขึ้น เกิดภาวะต่อระบบสาธารณสุข - เกิดภาวะสมองไหล บุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขย้ายไปทำงานต่างประเทศ - แรงงานข้ามชาติมีแนวโน้มสูงขึ้น - ครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น - ประชากรยังย้ายเข้าสู่เมืองหลักอย่างต่อเนื่อง - ความเหลื่อมล้ำสูงขึ้นต่อเนื่อง - มีความเป็นปัจเจก - ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น	- สังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ - แรงงานข้ามชาติมีแนวโน้มสูงขึ้น - ครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น - ประชากรยังย้ายเข้าสู่เมืองหลักอย่างต่อเนื่อง - ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสวัสดิการของรัฐสูงขึ้นต่อเนื่อง - มีภาระโรคมากขึ้น มีระบบการดูแลมากขึ้น มีการใช้ทรัพยากรมากขึ้น - ขาดวัยแรงงาน - มีภาวะพึ่งพิงสูง - สภาพสังคมทำให้ขาดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างวัย - ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น	- สังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ - แรงงานข้ามชาติมีแนวโน้มสูงขึ้น - ครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น - ประชากรย้ายถิ่นไปสู่เมืองรอง - ความเหลื่อมล้ำยังดำรงอยู่ - มีความเป็นปัจเจก - พฤติกรรมสุขภาพลดลง เกิดสังคมบริโภคนิยม - ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น - สังคมยอมรับความหลากหลายทางเพศมากขึ้น
เทคโนโลยี (technological)	- มีความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี - มีการพึ่งพิงเทคโนโลยีต่างประเทศน้อยลง - มีการใช้เทคโนโลยีจัดการโรคระบาดมากขึ้น ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และระบบสุขภาพ - รูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ทางไกล (telemedicine) จะมีการให้ความสำคัญและพัฒนาแบบก้าวกระโดด	- มีการใช้งานอินเทอร์เน็ตมากขึ้น มีโครงสร้างพื้นฐานรองรับที่เพียงพอ - มีการพึ่งพิงเทคโนโลยีต่างประเทศมากขึ้น - ไม่สามารถเป็นเจ้าของเทคโนโลยีและเทคโนโลยียังมีราคาสูง	- มีการพึ่งพิงเทคโนโลยีพื้นฐานจากต่างประเทศน้อยลง - มีการพัฒนาเทคโนโลยีพื้นฐานภายในประเทศ - การเข้าถึงเทคโนโลยีได้ง่าย - มีการเข้าถึงเทคโนโลยีในชีวิตประจำวันมากขึ้น - มีการแข่งขันทางเทคโนโลยี - มีการใช้ digital มาสนับสนุน health system มากขึ้น	- มีความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี (AI และ robot) - มีการผลักดันให้เมืองเป็น healthy และ age friendly - มีการพึ่งพิงเทคโนโลยีพื้นฐานจากต่างประเทศน้อยลง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาพฉากทัศน์ตามกรอบ PESTEL และระบบบริการสุขภาพ (ต่อ)

	Scenario 1 เศรษฐกิจแบบก้าวกระโดด กับการตั้งรังของโรคระบาด	Scenario 2 วิกฤติเศรษฐกิจ วิกฤติสุขภาพ	Scenario 3 ความผันผวนทางเศรษฐกิจ ที่ปราศจากโรคระบาด	Scenario 4 ประเทศมั่งคั่ง ระบบสุขภาพมั่นคง
สิ่งแวดล้อม (environ- mental)	- การเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ ยังคงอยู่ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ มีความรุนแรงขึ้น - การจัดการสิ่งแวดล้อมไม่เต็ม ศักยภาพ - มีการลงทุนปรับปรุงและพัฒนา โครงสร้างสถานพยาบาลให้มี ความปลอดภัยและสามารถ รองรับภัยพิบัติต่าง ๆ ได้ - มีแนวโน้มการใช้พลังงาน ทางเลือกมากขึ้น - Carbon credit การใช้ พลังงานทางเลือก พลังงาน สะอาดมากขึ้น	- การเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ ยังคงอยู่ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ มีความรุนแรงขึ้น ภาวะโลก เดือด - การจัดการสิ่งแวดล้อมไม่มี ประสิทธิภาพ - มีโรคที่เกิดจากการประกอบ อาชีพและสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น	- การเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ ยังคงอยู่ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ มีความรุนแรงขึ้น ภาวะโลก เดือด - การจัดการสิ่งแวดล้อมไม่เต็ม ศักยภาพ - มีภัยคุกคาม food security	- การเปลี่ยนแปลงสภาพ อากาศยังคงอยู่ ภัยพิบัติ ทางธรรมชาติมีความรุนแรง ขึ้น ภาวะโลกเดือด - การจัดการสิ่งแวดล้อมมี ประสิทธิภาพ - มีการพัฒนาระบบ green & clean ตั้งแต่ที่บ้าน ชุมชน สังคม สถานประกอบการ และสถานที่ทำงาน
กฎหมาย (legal)	- สอดคล้องกับสภาพสังคม - บังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ - ยึดหยุ่น รองรับสถานการณ์ แพ้ระบาดของโรค	- สอดคล้องกับสภาพสังคม - บังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ - ยึดหยุ่น รองรับสถานการณ์ แพ้ระบาดของโรค	- สอดคล้องกับสภาพสังคม - บังคับใช้ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ - ยึดหยุ่น รองรับการบริหาร จัดการด้านสุขภาพ - มีการทบทวนสิทธิมนุษยชน มีความเสมอภาคมากขึ้น	- สอดคล้องกับสภาพสังคม - บังคับใช้ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ - ยึดหยุ่น รองรับการบริหาร จัดการด้านสุขภาพ - มีการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน ที่ครอบคลุมมากขึ้น ทั้งสิทธิ คนไทย ชาวต่างชาติ และคน ที่ย้ายถิ่นฐาน
ระบบบริการสุขภาพ (มุมมองในระบบบริการสุขภาพ)				
Leadership and governance	- การถ่ายโอนภารกิจการจัด บริการสุขภาพในระดับ ปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ไปสู่ อปท. - กระทรวงสาธารณสุข มี บทบาทในการกำกับดูแล (regulator)	- การถ่ายโอนภารกิจการจัด บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ไปสู่ อปท. - กระทรวงสาธารณสุข มี บทบาทในการกำกับดูแล (regulator)	- การถ่ายโอนภารกิจการจัด บริการสุขภาพในระดับ ปฐมภูมิ ไปสู่ อปท. - กระทรวงสาธารณสุข มี บทบาท ในการกำกับดูแล (regulator)	- การถ่ายโอนภารกิจการจัด บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ไปสู่ อปท. - กระทรวงสาธารณสุข มี บทบาทในการกำกับดูแล (regulator)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาพฉากทัศน์ตามกรอบ PESTEL และระบบบริการสุขภาพ (ต่อ)

	Scenario 1 เศรษฐกิจแบบก้าวกระโดด กับการตั้งรังของโรคระบาด	Scenario 2 วิกฤติเศรษฐกิจ วิกฤติสุขภาพ	Scenario 3 ความผันผวนทางเศรษฐกิจ ที่ปราศจากโรคระบาด	Scenario 4 ประเทศมั่งคั่ง ระบบสุขภาพมั่นคง
Service delivery system	- มุ่งเน้นการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคระบาดใหญ่ ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย - มีการพัฒนาแนวทางการจัดบริการผู้ป่วย NCDs ภายใต้อาณัติของกระทรวงสาธารณสุข - สถานพยาบาลเฉพาะทางและคลินิก premium เพิ่มมากขึ้น - รูปแบบบริการสุขภาพเปลี่ยนจาก hospital based ไปสู่ community based	- ขาดแคลนทรัพยากรโดยเฉพาะ ICU bed และ ventilators - ระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคระบาดใหญ่ มีประสิทธิภาพ ภายใต้อาณัติของกระทรวงสาธารณสุข - รูปแบบบริการสุขภาพเปลี่ยนจาก hospital based ไปสู่ community based	- มุ่งเน้นการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค - มีการใช้เทคโนโลยีในการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรค - รูปแบบบริการสุขภาพเปลี่ยนจาก hospital based ไปสู่ community based	- มุ่งเน้นการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค - มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง (AI) ในการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรค - สถานพยาบาลเฉพาะทางและคลินิก premium เพิ่มมากขึ้น - รูปแบบบริการสุขภาพเปลี่ยนจาก hospital based ไปสู่ community based
Health workforce	- มีรูปแบบการทำงานที่หลากหลาย และยืดหยุ่น (gig workforce) - มีการพัฒนาศักยภาพที่มีประสิทธิภาพ - การผลิตมีศักยภาพสูงขึ้น - การกระจายระหว่างพื้นที่ไม่เป็นธรรม	- มีการพัฒนาศักยภาพที่มีประสิทธิภาพ - การผลิตมีศักยภาพสูงขึ้น - ค่าตอบแทนไม่สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ - การกระจายระหว่างพื้นที่ไม่เป็นธรรม	- มีการพัฒนาศักยภาพที่มีประสิทธิภาพ - การผลิตมีศักยภาพสูงขึ้น - ค่าตอบแทนไม่สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ - การกระจายระหว่างพื้นที่ไม่เป็นธรรม	- มีรูปแบบการทำงานที่หลากหลายและยืดหยุ่น (gig workforce) - มีการพัฒนาศักยภาพที่มีประสิทธิภาพ - การผลิตมีศักยภาพสูงขึ้น - การกระจายระหว่างพื้นที่ไม่เป็นธรรม
Health information system	- ระบบการบริหารจัดการข้อมูลไม่เป็นเอกภาพ แต่เมื่อเกิดการระบาดของโรค สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกันได้ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล - ระบบประเมินสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (ePHR) - ความปลอดภัยด้านข้อมูลขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการแต่ละท้องถิ่น และแต่ละกระทรวงที่มีโรงพยาบาล - ประชาชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ง่าย แต่ยังพบปัญหา fake news	- ระบบการบริหารจัดการข้อมูลไม่เป็นเอกภาพ - ระบบประเมินสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (ePHR) - ความปลอดภัยด้านข้อมูลขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการแต่ละท้องถิ่น และแต่ละกระทรวงที่มีโรงพยาบาล - ประชาชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ง่าย แต่ยังพบปัญหา fake news - ขาดบุคลากรและงบประมาณในการวิเคราะห์ข้อมูล big data เพื่อคาดการณ์และกำหนดนโยบายสุขภาพ	- ระบบการบริหารจัดการข้อมูลไม่เป็นเอกภาพ - ระบบประเมินสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (ePHR) - ความปลอดภัยด้านข้อมูลขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการแต่ละท้องถิ่นและแต่ละกระทรวงที่มีโรงพยาบาล - ประชาชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ง่าย แต่ยังพบปัญหา fake news - ไม่สามารถนำข้อมูล big data มาใช้ในการวิเคราะห์ คาดการณ์และกำหนดนโยบายสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ	- ระบบการบริหารจัดการข้อมูลไม่เป็นเอกภาพ - ระบบประเมินสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (ePHR) - ความปลอดภัยด้านข้อมูลขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการแต่ละท้องถิ่น และแต่ละกระทรวงที่มีโรงพยาบาล - ประชาชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ง่าย มีระบบการคัดกรองข้อมูลและตอบโต้ fake news - มีการลงทุนงบประมาณ วิเคราะห์ข้อมูล big data ในการเฝ้าระวัง ประเมินคาดการณ์ และกำหนดนโยบายสุขภาพ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาพฉากทัศน์ตามกรอบ PESTEL และระบบบริการสุขภาพ (ต่อ)

	Scenario 1 เศรษฐกิจแบบก้าวกระโดด กับการตั้งรับของโรคระบาด	Scenario 2 วิกฤติเศรษฐกิจ วิกฤติสุขภาพ	Scenario 3 ความผันผวนทางเศรษฐกิจ ที่ปราศจากโรคระบาด	Scenario 4 ประเทศมั่งคั่ง ระบบสุขภาพมั่นคง
Access to essential medicines and health technology	- ประชาชนเข้าถึงยาและเทคโนโลยีได้มากขึ้น - ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีขั้นสูงในกลุ่มเปราะบางยังคงดำเนินอยู่	- มีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีขั้นสูง	- มีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีขั้นสูง	- ประชาชนเข้าถึงยาและเทคโนโลยีได้มากขึ้น - ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีขั้นสูงในกลุ่มเปราะบางยังคงดำเนินอยู่
Financing system	- การเงินการคลังด้านสุขภาพรับภาระในการจัดการโรคระบาดใหญ่ - ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นมากอย่างต่อเนื่อง - ประชาชนซื้อประกันสุขภาพเอกชนมากขึ้น - งบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP) โดยเฉพาะการจัดการโรคระบาดที่มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น - ท้องถิ่นมีบทบาทในการบริหารงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการรักษาในระดับทุติยภูมิ	- การเงินการคลังด้านสุขภาพไม่สามารถรองรับภาระจากโรคระบาดใหญ่ มีการกู้ยืมเงินระหว่างประเทศ - งบประมาณการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IP) มีสัดส่วนสูงขึ้น และงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP) ลดลง - ท้องถิ่นมีบทบาทในการบริหารงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค - กระทรวงสาธารณสุขยังคงมีบทบาทสำคัญในการบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว	- การเงินการคลังด้านสุขภาพไม่มีเสถียรภาพ - ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นต่อเนื่อง รัฐกู้ยืมเงินระหว่างประเทศ - งบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP) ยังคงมีสัดส่วนที่ต่ำกว่า IP - ท้องถิ่นมีบทบาทในการบริหารงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค - กระทรวงสาธารณสุขยังคงมีบทบาทสำคัญในการบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว	- การเงินการคลังด้านสุขภาพมีเสถียรภาพ - ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นต่อเนื่อง - ประชาชนซื้อประกันสุขภาพเอกชนมากขึ้น - งบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP) มีสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้น - ท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว
Community health system	- การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน - ประชาชนมีความรอบรู้และสามารถจัดการสุขภาพตนเอง	- ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ - ประชาชนไม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	- ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ - ประชาชนไม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	- การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน - ประชาชนมีความรอบรู้และสามารถจัดการสุขภาพตนเอง

อปท.= องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น, AI = artificial intelligence, ePHR = electronic personal health record, ICU = intensive care unit, IP = inpatient, NCDs = noncommunicable diseases, OP = outpatient, PESTEL = political-economic-social-technological-environmental-legal, PP = health promotion and disease prevention

ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการระบบสุขภาพ

1. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ

1.1 ด้านนโยบาย

1) สร้างความต่อเนื่องของนโยบายสุขภาพ โดยกำหนดแผนสุขภาพระยะยาวที่เน้นผลลัพธ์ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศ

2) ผลักดันให้เกิด Health in All Policies

3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดทิศทางสุขภาพของประเทศ และลดการเกิดนโยบายที่มุ่งเน้นประชานิยมมากเกินไป

1.2 ด้านเศรษฐกิจ

1) ส่งเสริมการลงทุนในเทคโนโลยีและธุรกิจที่ใช้พลังงานสะอาด เช่น การลงทุนในเศรษฐกิจ (bio-circular-green economy)

2) สร้างมาตรการจูงใจให้ภาคเอกชนในประเทศลงทุนในเทคโนโลยีพื้นฐานทางการแพทย์ เพื่อลดการพึ่งพาการนำเข้าเทคโนโลยีจากต่างประเทศ

3) ส่งเสริมและพัฒนาด้านเศรษฐกิจสุขภาพ (medical hub) ให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้าน medical and wellness tourism, medical and wellness valley, health convention and exhibition hub, เวชกรรมความงาม และการบำบัดรักษาการเสพติดยา

1.3 ด้านสังคม

1) พัฒนาระบบสวัสดิการทางสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยการบูรณาการทุกภาคส่วน เพื่อตอบสนองโครงสร้างทางประชากร

2) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้ชุมชนมีบทบาทในการกำหนดแผนสุขภาพของตนเอง และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อยกระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้สามารถจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน

3) ออกมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาภาระหนี้สินครัวเรือนและพัฒนากลไกในการช่วยเหลือครัวเรือนที่ประสบปัญหาทางการเงิน พร้อมสนับสนุนโครงการด้านสาธารณสุขเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้กับประชาชน

4) พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมในทุกกระดับ โดยบรรจุเนื้อหาการเรียนการสอนที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ด้านสุขภาพ เช่น การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ การส่งเสริมสุขภาพจิตและการบริหารจัดการสุขภาพจิต และการพัฒนาพฤติกรรมด้านสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน และออกแบบแพลตฟอร์มการเรียนรู้ออนไลน์ แอปพลิเคชันสุขภาพและเทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตลอดชีวิต (lifelong learning) รวมถึงปลูกฝังการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมในปัจจุบันไปสู่อนาคต

1.4 ด้านเทคโนโลยี

1) ส่งเสริมการผลิตเทคโนโลยีด้านสุขภาพภายในประเทศ และพัฒนาระบบการศึกษาด้าน medical with health technology เพื่อให้เกิดการพัฒนาเทคโนโลยีขั้นสูง ลดการนำเข้าเทคโนโลยีจากต่างประเทศ

1.5 ด้านสิ่งแวดล้อม

1) พัฒนาให้เกิดเมืองสุขภาพดี (healthier cities) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เพื่อการพัฒนาแหล่งสนับสนุนและทางเลือกในการสนับสนุนการมีสุขภาพดี เช่น สวนสาธารณะ มาตรการ/กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ การจัดการด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาลในชุมชน

2) พัฒนาระบบเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม โดยจัดตั้งหน่วยเฝ้าระวังที่ตรวจสอบผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพ เช่น ฝุ่น PM 2.5 การเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ และภัยพิบัติธรรมชาติ เพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับโรคที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม

1.6 ด้านกฎหมาย

1) ปรับปรุงและพัฒนากฎหมายส่งเสริมสิทธิ

ของผู้ป่วยและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพดิจิทัล เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล การจัดการข้อมูล big data การแพทย์ทางไกล การใช้ปัญญาประดิษฐ์ เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้รับบริการ และคุ้มครองข้อมูลสุขภาพของประชาชน

2) ปรับปรุงกฎหมายด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ รวมทั้งการกำหนดกฎหมายคุ้มครองสภาพแวดล้อมในการทำงาน การลดผลกระทบของโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

2. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการระบบบริการสุขภาพ ได้แก่

2.1 การจัดการระบบสุขภาพ ถ่ายโอนบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อเพิ่มการกระจายตัวและยกระดับการบริการในท้องถิ่น พร้อมกับการให้กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทเป็นหน่วยงานในการกำกับดูแลและควบคุมคุณภาพมาตรฐาน

2.2 ระบบบริการสุขภาพ ปรับรูปแบบบริการจาก hospital based เป็น community based ให้ชุมชนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง พัฒนาระบบสุขภาพให้มีความเชื่อมโยงกันทุกระดับด้วยระบบดิจิทัล นำเทคโนโลยีการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมาใช้เพื่อยกระดับคุณภาพการรักษาและป้องกันโรค และพัฒนาความครอบคลุมของระบบบริการสุขภาพในประชากรเขตเมือง กลุ่มแรงงานข้ามชาติ และพื้นที่ชายแดน เพื่อให้สอดคล้องกับการขยายตัวของระบบเศรษฐกิจ ความเป็นเมือง และการเคลื่อนย้ายทางประชากร รวมทั้งสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการภัยพิบัติและเหตุฉุกเฉินด้านสุขภาพ

2.3 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พัฒนา 3 กองทุนให้มี standard requirements ที่เท่าเทียม ส่งเสริม health security และพัฒนาให้เกิด unit cost ที่แท้จริงเพื่อการออกแบบระบบสุขภาพ ปรับวิธีการจัดสรรงบประมาณโดยเน้นที่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (outcome-based budgeting) รวมทั้งเพิ่มงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ในระดับปฐมภูมิ เพื่อให้บริการเชิงป้องกันมากขึ้น ลดภาระค่ารักษาพยาบาลในระยะยาว

2.4 ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ปฏิรูป information system เพื่อให้ได้ data ในการวิเคราะห์ข้อมูล พัฒนาระบบ cyber security พัฒนา big data และการเชื่อมโยงข้อมูลด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ (machine learning, artificial intelligence: AI, blockchain) รวมทั้งสร้างระบบทะเบียนสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (personal health record: PHR) ที่สามารถเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยบริการทุกระดับทุกสังกัด ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ และพัฒนาแพลตฟอร์มข้อมูลสุขภาพแบบศูนย์รวม ให้การจัดการข้อมูลสุขภาพที่เป็นเอกภาพ เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขในทุกระดับ เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มความแม่นยำในการจัดบริการสุขภาพและกำหนดนโยบาย

2.5 กำลังคนด้านสุขภาพ วางระบบการจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอกับการให้บริการสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ พัฒนารูปแบบการจ้างงานแบบยืดหยุ่น (gig economy) หรือแบบ outsource, skill mix และ task shifting และพัฒนาศักยภาพให้แก่บุคลากรที่เป็น professional และ nonprofessional ทั้ง upskill/reskill ทักษะที่จำเป็นในการรองรับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี รวมทั้งปรับปรุงโครงสร้างและค่าตอบแทนบุคลากรให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ สร้างแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ และพัฒนา career path

2.6 ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการบริการสุขภาพเบื้องต้นเพื่อให้การตรวจคัดกรองโรคและวินิจฉัยโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลในการเข้าถึงการรักษาในพื้นที่ห่างไกล และสนับสนุนให้มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น AI ในการคัดกรองวินิจฉัย และติดตามผลการรักษา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ รวมทั้งสนับสนุนการวิจัย

ด้านยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ให้กับสถาบันการวิจัย สถาบันการศึกษา ภาคเอกชน ให้เกิดการแข่งขันในการพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อลดการนำเข้ายาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ และนำไปสู่การอภิบาลระบบสุขภาพในภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของประเทศ

วิจารณ์และข้อยก

การศึกษานี้วิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทยในอีก 10 ปี ข้างหน้า จากการศึกษา พบว่า โรคระบาดใหญ่ และความผันผวนทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีคะแนนความไม่แน่นอนและมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพสูง สอดคล้องกับการศึกษาแผนภาพอนาคตภาคอุตสาหกรรม (industry foresight) ของอุตสาหกรรมการบินและโลจิสติกส์ ที่ใช้กระบวนการทำ foresight โดยผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนปัจจัยที่มีความไม่แน่นอนและมีผลกระทบสูง 2 ปัจจัย คือ โรคระบาด และสงครามการค้า และนำมากำหนดเป็นแกนสำหรับสร้างภาพฉากทัศน์⁽¹²⁾ สะท้อนให้เห็นว่าทั้ง 2 ปัจจัย เป็นปัจจัยสำคัญที่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ส่งผลกระทบต่อระบบอื่นๆ ด้วย ซึ่งจะเห็นได้ชัดจากการระบาดของโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม⁽¹³⁾ โดยที่เศรษฐกิจ การเมืองและสังคม มีปฏิสัมพันธ์ที่ทับซ้อนกันอย่างแยกไม่ออก ต่างก็มีผลกระทบและเป็นตัวกำหนดรูปแบบของโครงสร้างอื่นๆ ขึ้นอยู่กับว่าในยุคสมัยใด ตัวแปรใดเป็นตัวแปรหลัก⁽¹⁴⁾ ระบบเศรษฐกิจก็เช่นเดียวกัน เมื่อเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงประชาชนย่อมได้รับผลกระทบทั้งด้านชีวิตความเป็นอยู่ อาชีพ รายได้ รวมถึงการดูแลสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม⁽¹⁵⁾

การสร้างภาพอนาคตระบบสุขภาพไทยในอีก 10 ปี ข้างหน้า โดยนำปัจจัยที่มีความไม่แน่นอนและมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพสูงสุด 2 ปัจจัย เกิด 4 ฉากทัศน์ ได้แก่

scenario 1 เศรษฐกิจแบบก้าวกระโดด กับการตั้งรับของโรคระบาด scenario 2 วิฤติเศรษฐกิจกับวิกฤติสุขภาพ scenario 3 ความผันผวนทางเศรษฐกิจที่ปราศจากโรคระบาด และ scenario 4 ประเทศมั่งคั่งกับระบบสุขภาพมั่นคง ที่แตกต่างกันไปตามปัจจัยโรคระบาดและความผันผวนทางเศรษฐกิจ ในลักษณะ quadrant 1 (บวก-ลบ), quadrant 2 (ลบ-ลบ), quadrant 3 (ลบ-บวก) และ quadrant 4 (บวก-บวก) (ภาพที่ 2) และเนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ความเข้าใจเชิงลึกด้วยประสบการณ์ส่วนตัวของผู้เชี่ยวชาญ ที่มีข้อจำกัดด้วยลักษณะของ 2 ปัจจัย ในตารางที่ 3 ซึ่งไม่ได้พิจารณาพร้อมกับข้อบ่งชี้จากข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น แนวโน้ม และปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังพบ การศึกษาภาพอนาคตระบบสาธารณสุขไทย (Thailand health care system foresight) โดยวิเคราะห์และสังเคราะห์ภาพอนาคตระบบสาธารณสุขของประเทศไทยเป็น 2 ฉากทัศน์ คือ ฉากทัศน์ที่ 1 อนาคตแบบไปตามแนวโน้มปกติ (business as usual scenario) และฉากทัศน์ที่ 2 อนาคตที่พึงปรารถนาของระบบสาธารณสุขไทย (preferred future scenario)⁽¹⁶⁾ และการศึกษาอนาคตสุขภาพและสุขภาวะสังคมไทย พ.ศ. 2576 ที่ใช้วิธีการ foresight หาสัญญาณการเปลี่ยนแปลงขนานใหญ่ และปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญนำไปสู่การสร้างภาพฉากทัศน์จำนวน 5 ฉากทัศน์ คือ สิ้นแสงสาธารณสุข ระบบสุขภาพทั่วหล้า ค่าเงินการแพทย์ขึ้นสูง รุ่งอรุณสุขภาวะ และสุขภาพสุขสมบูรณ์⁽¹⁷⁾ ภาพฉากทัศน์ที่ได้จะมีความแตกต่างกันไปตามวิธีการที่ใช้ทำฉากทัศน์และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งแต่ละวิธีการก็จะมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกัน ดังนั้น จึงต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์การศึกษา⁽¹²⁾

ในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการปัจจัยสุขภาพ โดยใช้กรอบการวิเคราะห์สภาพภายนอก (PESTEL) และข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดย

ใช้กรอบ six building blocks ของ WHO ซึ่งจากข้อเสนอเชิงนโยบาย พบว่า เทคโนโลยีไม่ได้เป็นเพียงแค่เครื่องมือที่ช่วยในการรักษาและดูแลสุขภาพ แต่ยังเป็นปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมให้มีการพัฒนาอย่างยั่งยืน⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ จะเห็นได้ว่าจุดร่วมของข้อเสนอเชิงนโยบายจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการดำเนินงาน สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลที่ให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม (innovation drive economy) รวมทั้งการพัฒนาอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร (medical hub) ที่เป็นอุตสาหกรรมในอนาคต⁽²⁰⁾ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้งระดับนโยบายและระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community based) ที่เป็นการทำงานเชิงรุกเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ⁽²¹⁾ เพื่อลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วยและลดการมารักษาที่โรงพยาบาล (hospital based) ซึ่งในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19⁽²²⁻²³⁾ ดังนั้น การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการระหว่างเทคโนโลยีและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งศักยภาพของชุมชน การขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรมและการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันจะเป็นกลไกสำคัญในการสร้างระบบสุขภาพที่แข็งแกร่งและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเป็นหลัก ดังนั้นการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ อาจมีช่องว่างและข้อจำกัดของความเชี่ยวชาญนั้นภายใต้ประสบการณ์และองค์ความรู้ของบุคคล ซึ่งอาจ

ทำให้เกิดอคติในการเลือกผู้เชี่ยวชาญ (selection bias)

2. การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก ซึ่งระเบียบวิธีการดังกล่าว ผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ดังนั้นผลการตีความหมายของผู้วิจัยซึ่งอาจมีความเป็นอัตวิสัย (subjectivity) ในการตีความข้อมูลได้

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับจัดสัมมนา เพื่อบ่งชี้สถานการณ์ (event detection and verification) ทั้งในระยะสั้น (3 ปี หรือ 5 ปี) และระยะยาว (10 ปี) เพื่อนำไปใช้ในการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันและตอบโต้สถานการณ์ต่อไป

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำกรอบแนวทางการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สามารถนำผลการศึกษานี้ไปเป็นข้อมูลสำคัญในการจัดทำแผนในระดับต่างๆ ได้ อีกทั้งสำนักงบประมาณสามารถนำผลการศึกษานี้ไปประกอบการพัฒนาแนวทางในการพิจารณาประมาณด้านสุขภาพ

3) การศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ประเด็นด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศ เช่น สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงควรนำประเด็นที่ได้จากการศึกษานี้ไปสู่การพัฒนารอบการวิจัยทั้งในเชิงยุทธศาสตร์และโจทย์การวิจัยพัฒนาประเทศและระบบบริการสุขภาพ เพื่อใช้ในการพิจารณาจัดสรรและสนับสนุนงบประมาณให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในอนาคต

4) สถาบันทางด้านการศึกษาหรือวิจัยเชิงนโยบาย

(Think Tank) ในประเทศ ควรนำประเด็นด้านสุขภาพจากการศึกษาครั้งนี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนและการศึกษาวิจัยในระดับการศึกษาต่างๆ เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่นำไปสู่การแก้ปัญหาปัจจัยผลกระทบต่อระบบสุขภาพในอนาคต

5) การศึกษาครั้งนี้พบจุดเฝ้าระวังเชิงนโยบาย ได้แก่ กำลังคนด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นทรัพยากรที่จำกัดและไม่สามารถจัดหาได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว และขึ้นกับนโยบายทางการเมือง ที่ต้องมีการตัดสินใจภายใต้สภาวะความกดดันขององค์ความรู้ที่จำกัดและการดำเนินงานทางการเมืองที่ต้องใช้รูปแบบการสื่อสารสุขภาพบูรณาการยุทธศาสตร์การเมือง ดังนั้น ควรมีการกำหนดมาตรการเพื่อประกอบทิศทางการพัฒนาไปสู่ฉันทมติที่พึงประสงค์ ด้วยการลงทุนในการพัฒนารูปแบบการบริหารกำลังคนสุขภาพ และรูปแบบการสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทในฉันทมติต่างๆ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการนำรูปแบบการศึกษาภาพอนาคตไปใช้ศึกษาทั้งปัญหาสุขภาพเชิงประเด็น เช่น อนาคตการจัดบริการป้องกันโรคเบาหวาน อนาคตอัตราากำลังของแพทย์ อนาคตการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ และการแก้ปัญหาสุขภาพเชิงระบบ เช่น อนาคตการจัดบริการของ รพ.สต. อนาคตการจัดบริการของสถานบริการสุขภาพในเขตพื้นที่พิเศษ

2) การศึกษาครั้งนี้พบว่าจุดวิกฤติเชิงนโยบาย ที่จะหักเหการพัฒนาระบบสุขภาพไทยไปในทิศทางที่ยากต่อการปรับเปลี่ยน คือ ความเพียงพอของกำลังคนด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดในการนำบริการสุขภาพไปสู่บุคคล ดังนั้น ควรมีการศึกษาครั้งต่อไปในประเด็นที่เกี่ยวกับการจัดสรรกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสมในทุกระดับการบริการสุขภาพ การพัฒนารูปแบบการจัดสรรกำลังคนที่มีดุลยภาพระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อนำไปสู่ความเท่าเทียมและความเป็น

ธรรมด้านสุขภาพ และการพัฒนารูปแบบการผลิตกำลังคนสุขภาพและมาตรฐานการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์ด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 25 คนที่ให้ความกรุณาต่อโครงการวิจัยเป็นอย่างสูง ขอขอบคุณผู้บริหารของหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐ นักยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญ ทั้งในและนอกภาคสาธารณสุขจากทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ให้ความเมตตาต่อโครงการวิจัยทั้งในกระบวนการสร้างและวิเคราะห์ฉันทมติอนาคตระบบสุขภาพไทย และกระบวนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายอย่างสุดกำลัง และได้กรุณาชี้แนะในประเด็นต่างๆ อันเป็นการเติมเต็มองค์ความรู้ใหม่ รวมทั้งการให้ข้อคิดเห็นที่มีคุณค่าแก่โครงการวิจัย นำไปสู่การพัฒนา 4 ฉันทมติ และข้อเสนอเชิงนโยบายจนสำเร็จ และขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของโครงการวิจัยนี้ และได้พิจารณาสนับสนุนงบประมาณ ตลอดถึงทรัพยากรต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย ส่งผลให้การศึกษานี้บรรลุเป้าหมายทุกประการ

References

1. Jindaratannaporn N, Chuanwan S. Downfall fertility in Thailand and Asian countries. J. of Soc Sci & Hum [internet] 2020 [cited 2024 Oct 30];46(2):48-85. Available form: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/socku/article/view/248135/168669>. (in Thai)
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2020 [internet]. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2021 [cited 2023 Nov 21]. Available form: <https://thaitgri.org/?p=39772>. (in Thai)
3. Strategy and Planning Division, Office of Permanent Secretary of Ministry of Public Health. Thailand health care system

- foresight [internet]. 2023 [cited 2023 Nov 21]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/08/Thaihealthcareforesight.pdf>. (in Thai)
4. Thailand Development Research Institute. Estimated public health expenditure over the next 15 years [internet]. 2019 [cited 2023 Nov 11]. Available from: <https://tdri.or.th/2019/12/public-healthcare-evaluation/>. (in Thai)
 5. Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Thai Health Promotion Foundation. Thai Health 2024: stress, the silent threat to Thai society [internet]. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2024 [cited 2025 Jan 4]. Available from: https://www.thaihealthreport.com/file_book/601-Thai-health-report-2567-edit20240509.pdf. (in Thai)
 6. Sawaengdee K, Kirdruang P, Sukumalpaiboon P, Siripanumas C, Piyakulmala T, Noree T. Distribution of physician to health care setting in hardship or remote areas: a study of policy option [internet]. Nonthaburi: Sansuay; 2023 [cited 2024 Oct 11]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5755>. (in Thai)
 7. Office of the National Economic and Social Development Council. Report on the analysis of poverty and inequality in Thailand [internet]. 2021 [cited 2023 Nov 11]. Available from: https://www.nesdc.go.th/more_news.php?cid=941&filename=social. (in Thai)
 8. Institute for Alternative Futures. Public health 2030: a scenario exploration [internet]. 2014 [cited 2022 Oct 24]. Available from: <https://kresge.org/wp-content/uploads/2020/07/Institute-for-Alternative-Futures-Public-Health-2030.pdf>.
 9. Kaosa-ard M, Ratanawaraha A, Thanapat K, Pongpatchartontep D, Untong A, Anantanasan N, et al. Strategies for research and development for tourism after COVID-19 [internet]. 2021 [cited 2023 Nov 4]. Available from: https://www.khonchai4-0.net/content_detail.php?id=302. (in Thai)
 10. Udomsopagit S, Srisasalux J, Srisookwatana O, Posayanonda T, Foresight in healthcare Systems [internet]. Nonthaburi: Saphattanaphaisarn; 2023 [cited 2023 Nov 4]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/3913/hs2083.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. (in Thai)
 11. Wattanarak N. Forecasting the future of the logistics business in Thailand and the ASEAN region, according to the views of those involved in the logistics business [internet]. (master thesis). Department of General Management, College of Management, Bangkok: Mahidol University; 2019. (in Thai)
 12. The Office of Industrial Economics, and Chula Unisearch, Chulalongkorn University. Industry Foresight Project: driving industries towards industry 4.0 (phase 3): final report on the aviation and logistics industry [internet]. n.d. [cited 2024 Nov 4]. Available from: https://www.oie.go.th/assets/portals/1/files/study_report/Industry%20Foresight_3_logistic_2021.pdf. (in Thai)
 13. International Health Policy Program (IHPP), Non-Communicable Diseases Division, Department of Disease Control. Review report on the economic and social impacts of the COVID-19 pandemic at global and national levels [internet]. 2021 [cited 2024 Nov 4]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1177420210915075055.pdf>. (in Thai)
 14. Siriphuntrap K. The relationship between economic politics and government. Journal of Modern Learning Development [internet]. 2017 [cited 2022 Dec 27];2(2):19-32. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/jomld/article/view/240259/163709>. (in Thai)
 15. CIMJournal. Wealth: what factors influenced the Thai and global economies in 2022? [internet]. 2022 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://cimjournal.com/doctor-life/%E0%B9%80%E0%B8%A8%E0%B8%A3%E0%B8%A9%E0%B8%90%E0%B8%81%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%B0%E0%B9%82%E0%B8%A5%E0%B8%81-2022/>. (in Thai)
 16. Strategy and Planning Division, The Permanent Secretary Ministry of Public Health. Thailand health care system foresight [internet]. 2023 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/08/Thaihealthcareforesight.pdf>. (in Thai)
 17. Department of Mental Health, National Innovation Agency (Public Organization), Electronic Transactions Development Agency, Future Tales Lab. Futures of health and wellness in Thailand 2033 [internet]. 2024 [cited 2024 May 5]. Available from: <https://www.futuretaleslab.com/research/futuresof-healthandwellness2033>. (in Thai)
 18. National Science and Technology Development Agency. Science, Technology and Innovation for Sustainable Development [internet]. Patumthani: National Science and Technology Development Agency; 2020 [cited 2024 May 5]. Available from: <https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2014/20140404-sustainable-development.pdf>. (in Thai)
 19. Driskell D. Impact of new technologies on economy and society: a literature review. Journal of Cyber Security Technology and Management [internet]. 2022 [cited 2024



- Oct 30];4(3):17-25. Available form: <https://mpa.ub.uni-muenchen.de/115764/>.
20. Ministry of Industry. Thailand 4.0 industrial development strategy for 20 years (B.E. 2560 - 2579) [internet]. 2022 [cited 2024 Oct 30] Available form: <https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171114-oie.pdf>. (in Thai)
21. Rifkin SB. Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. *Int Health* [internet]. 2009 Sep [cited 2024 Oct 30];1(1):31-6. Available form: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24036293/>. doi: 10.1016/j.inhe.2009.02.001. PMID: 24036293.
22. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic [internet]. 2020 [cited 2024 Oct 30] Available form: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331975/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1-eng.pdf?sequence=1.
23. Gilmore B, Ndejjo R, Tchetchia A, de Claro V, Mago E, Diallo AA, et al. Community engagement for COVID-19 prevention and control: a rapid evidence synthesis. *BMJ Glob Health* [internet]. 2020 [cited 2024 Oct 30];5(10):e003188. Available form: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33051285/>.