

4

Journal of Health Systems Research



Vol. 19 No. 4 October - December 2025

ISSN 2672-9415 (Online)

วารสารวิจัย ระบบสาธารณสุข

ปีที่ 19 ฉบับที่ 4 ต.ค. - ธ.ค. 2568

338

การประเมินหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในด้าน
การบริหารจัดการและการกำกับองค์กร

362

การดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพใน
ประเทศไทย ตามแผนการปฏิรูปประเทศ
ด้านสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2558–2567:
การทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยาย

420

ความตระหนักต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลง
สภาพภูมิอากาศและความท้าทายในการแก้ไขปัญหาใน
มุมมองผู้บริหารโรงพยาบาลในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข

Network

N

Management

M

Communication

C

K

Health

S

P

Policy

R

Research

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

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

นายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์สุภสิทธิ์ พรหมารุณทัตย์ มุลินธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

บรรณาธิการรอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรวยพร ศรีศัลลักษณ์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เภสัชกรสรชัย จำเนียรดำรงการ

นักวิชาการอิสระ

ดร. เภสัชกรหญิงนพคุณ ธรรมธัชอารี

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กรรมการประจำกองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. นายแพทย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

รองศาสตราจารย์ (คลินิก) ดร. นายแพทย์ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย

สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ Saw Swee Hock

มหาวิทยาลัยแห่งชาติสิงคโปร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์สมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร. นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ภิกขาน ดร. ทันทแพทย์หญิงเพ็ญแข ลาภยิ่ง

วิทยาลัยทันตแพทยศาสตร์นานาชาติ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ดร. สุริรัตน์ งามเกียรติไพศาล

นักวิชาการอิสระ

นายไพศาล ลิ้มสถิตย์

คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ดร. นายแพทย์ ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

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

โดย นายธีรวัช กันตมระ

ผู้จัดการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

และ คณะเจ้าหน้าที่ฝ่ายสื่อสารและเผยแพร่ความรู้

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
Sura Wisedsak	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
Noppakun Thammatacharee	Health Systems Research Institute

Members

Suwat Chariyalertsak	Faculty of Public Health, Chiang Mai University
Surasak Buranatreveth	Faculty of Medicine, Thammasat University
Piya Hanvoravongchai	Saw Swee Hock School of Public Health, National University of Singapore
Samrit Srithamrongsawat	Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
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
Rapeepong Suphanchaimat	Department of Disease Control, Ministry of Public Health

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
By Theerat Kantamara
Manager, Policy and Strategy Office
and Communication and Public Relation Division team

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 กรณียบแบบฉบับคำรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ทั้งนี้ท่านสามารถ download ไฟล์แบบฉบับคำรับรองงานต้นฉบับ 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 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา 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 ชัดช้อน 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 แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น

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 AIDS. 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

ปัญญาประดิษฐ์กับระบบสุขภาพไทยบนฐานคุณค่า แห่งอนาคต

ศุภลสิทธิ์ พรรณารุณทไย

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในด้านการ บริหารจัดการและการกำกับองค์กร

ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร และคณะ

การดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในประเทศไทย ตามแผนการปฏิรูปประเทศด้าน สาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2558–2567: การ ทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยาย

สายชล คล้อยเอี่ยม และคณะ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัด สตูล

ยศกร ละมัยสะอาด

กฤษณะ สุวรรณภูมิ

การวิเคราะห์สถานการณ์และข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อพัฒนาระบบความก้าวหน้าในวิชาชีพของ นักกายภาพบำบัดในสถานพยาบาลภาครัฐ กระทรวง สาธารณสุข

วัชรินทร์ ทายะติ และคณะ

ต้นทุนกิจกรรมของหลักสูตรวิชาชีพพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ปีการศึกษา 2566

นพดล ผ่องฉวี และคณะ

Editorial

Artificial Intelligence and Futuristic Value- Based Health System

Supasit Pannarunothai

ORIGINAL ARTICLE

An Assessment of the National Health Security Scheme: Governance and Management Perspectives

Nuttanan Wichitaksorn, et al.

Implementation of Health Literacy Pro- motion under the Health System Reform Plan in Thailand during 2015 to 2024: A Narrative Review

Saichon Kloyiam, et al.

Health Literacy and Factors Associated to Health Literacy of People in Satun Province

Yodsakorn Lamaisaart

Krishna Suvarnabhumi

A Situational Analysis and Policy Recom- mendations for Career Advancement System for Physical Therapists in Public Facilities under the Ministry of Public Health

Watcharin Tayati, et al.

Activity-Based Costing of the Nurse Anesthetist Curriculum Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Academic Year 2023

Noppadon Phongchawee, et al.

สารบัญ

Contents

ความตระหนักต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและความท้าทายในการแก้ไขปัญหามุมมองผู้บริหารโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ธนกร เจริญกิตติวุฒ และคณะ

จดหมายถึงบรรณาธิการ: แก้ไขบทความ

แก้ไขบทความเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของเด็กไทยอายุ 6-18 ปี ซึ่งได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2568

นงนุช จินดารัตนาภรณ์
สลักจิต ชื่นชม

420

Climate Change Awareness and Challenges in Mitigating its Effects: A Perspective from Hospital Executives of the Ministry of Public Health

Thanakorn Jalearnkittiwut, et al.

LETTER TO THE EDITOR: Corrigendum

436

Corrigendum - Factors Associated with Body Mass Index of Thai Children Aged 6-18 Years, published in Journal of Health Systems Research Vol. 19 No. 1 January-March 2025

Nongnuch Jindarattanaporn
Salakjit Chuenchom

ปัญญาประดิษฐ์กับระบบสุขภาพไทยบนฐานคุณค่าแห่งอนาคต Artificial Intelligence and Futuristic Value-Based Health System

คุณค่าของระบบสุขภาพไทยในอนาคตนั้น หากต้องการจะฟังเสียงผู้ป่วยหรือประชาชนอย่างเป็นระบบ เราสามารถเรียนรู้ได้จากวรรณกรรมต่างประเทศโดยใช้คำค้นสำคัญ คือ “patient-reported” ซึ่งคำตอบที่ระบบปัญญาประดิษฐ์ (AI: artificial intelligence) สร้างออกมาจะเป็น patient-reported experience measure (PREM), patient-reported outcome measure (PROM) หากค้นลึกลงไปอีกกว่า มีประเทศใดทำการสำรวจตัวชี้วัดที่ผู้ป่วยรายงานอย่างจริงจัง พบว่าเกือบครึ่ง (18/38) ของประเทศสมาชิกองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic and Cooperation Development, OECD) มีการสำรวจ PREM, PROM ควบคู่ไปกับการสำรวจผู้ให้บริการ⁽¹⁾ ทั้งนี้ได้คำตอบที่น่าสนใจว่า เทคโนโลยีดิจิทัลซึ่งรวมถึง AI ประเภทต่างๆ จะช่วยให้สิ่งที่นักวิชาการไทยพูดถึง ระบบสุขภาพบนฐานคุณค่า หรือ value-based health care (VBHC) มากขึ้นมาก สามารถเป็นจริงได้

วลี VBHC มาจาก Michael Potter ศาสตราจารย์ของ Harvard Business School ซึ่งได้ตั้งคำถามกับระบบสุขภาพทั่วโลก โดยเฉพาะกับสหรัฐอเมริกาว่า ได้ใช้ทรัพยากรไปกับการเจ็บป่วยและมีต้นทุนการให้บริการมากกว่าการให้คุณค่าหรือไม่ โดยเฉพาะคุณค่าที่เป็นผลตอบแทนของการมีสุขภาพดี ซึ่งผู้ป่วยหรือประชาชนเป็นผู้ประเมิน Potter น่าจะเห็นว่าสิ่งที่ตนนำเสนอทำได้ยาก จึงตั้งองค์กรไม่แสวงกำไร The International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)

ตั้งแต่ปี 2012⁽²⁾ เพื่อให้เกิดระบบข้อมูลประเมินคุณค่า (value) ที่ได้จากระบบบริการสุขภาพอย่างจริงจัง ICHOM จึงมีพันธกิจสร้างชุดข้อมูลคุณค่าในสายตาผู้ให้บริการ และคุณค่าในสายตาผู้ป่วย/ประชาชน เพื่อใช้ในปฏิบัติการ VBHC บนหลักฐานเชิงประจักษ์

ปี 2023 OECD สรุปนวัตกรรมที่ระบบสุขภาพประเทศต่างๆ พยายามประยุกต์แนวคิด VBHC เป็นการจ่ายเงินจริงยังอยู่ในวงจำกัดเฉพาะกรณีโรคทางศัลยกรรมเป็นหลัก เช่น การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ซึ่งจ่ายเป็นชุดบูรณาการการบริบาลตาม episode ของการเจ็บป่วยทั้งระยะก่อนผ่าตัด ช่วงอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด และช่วงการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดหวังเพิ่มคุณค่าให้ผู้ป่วยจะกลับมาใช้ชีวิตดังเดิมได้อย่างรวดเร็ว ส่วนกรณีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (noncommunicable diseases, NCDs) ยังไม่มีตัวอย่างของ value-based payment ที่ชัดเจน⁽³⁾

แผนที่เดินทางของ VBHC มีมิติที่ยาก แนวร่วมที่เป็น European Alliance for Value in Health ของสหภาพยุโรป จึงใช้เวลากว่า 4 ปี เพื่อจัดทำรายงานเข็มทิศของการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้เสียในการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบสุขภาพบนฐานคุณค่า พบว่า รายงานสรุปภายหลังรับฟังความคิดเห็นต่อฉบับร่างเมื่อต้นปีนี้ยังคงให้ความสำคัญกับปัจจัยความสำเร็จ (enabler) ของ VBHC 2 ประการคือ 1. การวิจัยเพื่อสนับสนุนวิวัฒนาการ นวัตกรรมของการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรค 2. จัดการศึกษาฝึกอบรมให้กับผู้มีส่วนได้เสียทุกส่วนเพื่อให้เกิดการพัฒนา

อย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁾

สถานการณ์ปัจจุบันของเทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ ทั้ง generative AI, agentic AI น่าจะเป็นตัวช่วยให้ VBHC ที่คุณค่าในอนาคตกำหนดโดยผู้มีส่วนได้เสียทุกส่วนเป็นจริงได้มากขึ้น หากข้อมูลรายละเอียดระดับบุคคลได้นำมาใช้เป็นข้อมูลเรียนรู้ (learning data) ของ AI โดยสมบูรณ์ ประสบการณ์ VBHC ของประเทศสิงคโปร์⁽⁵⁾ นั้น สิงคโปร์ต้องทำ PREM และ PROM อย่างเข้มข้น ผนวกเข้าไปใน electronic medical record (EMR) และต้องผ่านการรับรองจาก ICHOM ซึ่งระยะเวลาการพัฒนา VBHC ในรอบทศวรรษที่ผ่านมายังครอบคลุมกลุ่มชุดบริการได้ไม่เกินกว่า 100 ชุดบริการ โดยยังไม่มีคำตอบว่าต้องครอบคลุมร้อยละเท่าไรของบริการที่มีจึงจะถือว่าเป็น VBHC country

ถ้าประเทศไทยอยากจริงจังต่อ VBHC ควรทำแผนที่เดินทางแบบแนวร่วมสหภาพยุโรปโดยผู้มีส่วนได้เสียทั้งประชาชน/ผู้ป่วยและผู้ให้บริการในทุกกลุ่มโรคสำคัญ (ทั้งบริการผู้ป่วยผ่าตัด การดูแลผู้ป่วย NCDs จนกระทั่งการดูแลสุขภาพประชาชนในครัวเรือนและชุมชนเพื่อให้มีสุขภาพดีตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ฯลฯ) ได้มีโอกาสออกแบบระบบโดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง แม้การประเมินคุณค่าโดยเฉพาะประเมินคุณค่าของแพทย์ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในสหรัฐอเมริกาก็ทำได้ยากอย่างยิ่ง⁽⁶⁾

ผู้วางนโยบายมีบทบาทสำคัญสนับสนุนให้การใช้ AI ในงานสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยต้องวางกรอบการควบคุมที่รัดกุม (robust regulatory frameworks) ครอบคลุมวงจรการพัฒนาเทคโนโลยีทั้งการลงทุนที่ต่อเนื่องและลงทุนพัฒนากำลังคน ให้ความสำคัญต่อประเด็นความเป็นธรรมตั้งแต่การออกแบบ AI และการนำไปใช้ ต้องมองรอบด้านไปถึงกระบวนการที่มั่นใจว่าจะมีโครงสร้างพื้นฐานรองรับความต้องการข้อมูลขนาดใหญ่ที่

ต้องใช้ในการทำงาน AI ประเด็นธรรมาภิบาลการใช้ข้อมูลและความปลอดภัยทาง cyber ส่งเสริมจริยธรรมของการใช้ AI โดยมีคู่มือที่ชัดเจนสอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชน หลักสินค้าสาธารณะและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม⁽⁷⁾

ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร (C-suite ทั้ง chief executive officer, chief operating officer, chief information officer, chief financial officer,...) มีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนระบบทำงานเพื่อรองรับการให้ AI เข้าเป็นระบบทำงานจริง สิ่งแวดล้อมเชิงอุดมคติแม้ในองค์กรภาคเอกชนก็ยิ่งยากในการสร้างการเปลี่ยนระบบงานที่ใช้ AI รวมทั้ง process mining, process intelligence กลุ่มผู้บริหารสูงสุดขององค์กรต้องให้เป้าหมายทางธุรกิจนำการเปลี่ยนทางเทคนิค AI เพื่อให้เป้าหมายการเปลี่ยนแปลงได้ผลตอบแทนกลับคืนต่อการลงทุน (return on investment) ที่คุ้มค่าและมีหลักฐานเชิงประจักษ์โดยผู้นำ C-suite ผู้นำการเปลี่ยนแปลงเองทำการตรวจสอบอย่างเข้มข้นว่า AI สร้างผลงานที่เชื่อถือได้ ก่อนที่ “ลูกค้า” ของระบบจะขาดความไว้วางใจกับเครื่องมือ AI เพราะให้ผลหลอน (hallucinations) และคลาดเคลื่อน⁽⁸⁾

การคาดการณ์คุณค่าอนาคตควรคำนึงถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้วย AI เป็นระบบที่หิวพลังงาน ต้องใช้ไฟฟ้ามากเพื่อประมวลผลจากการอ่านข้อมูลขนาดใหญ่ ช่วงเครื่องประมวลผลก็เกิดความร้อนอย่างมากต้องใช้น้ำเพื่อระบายความร้อน ฉะนั้นศูนย์ข้อมูล (data center) อันเป็นสถานที่ตั้งให้ AI ทำงานตลอดเวลาที่มีชุดคำสั่งให้หาคำตอบ ต้องใช้ไฟฟ้าและน้ำปริมาณมหาศาล เกิด digital smog อันสร้างมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม⁽⁹⁾ หากไม่วางแผนความพร้อมป้องกันผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมก็จะเป็นอุปสรรคลดทอนคุณค่าที่ควรจะได้รับ

ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์

บรรณาธิการ

References

1. Organization for Economic and Cooperation Development. Does healthcare deliver?: Results from the patient-reported indicator surveys (PaRIS). Paris: OECD Publishing; 2025. Available from: <https://doi.org/10.1787/c8af05a5-en>.
2. International Consortium for Health Outcomes Measurement. Putting patients at the heart of healthcare. No date. Available from: <https://www.ichom.org/about-us/>.
3. Lindner L, Lorenzoni L. Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems: Start small, prove value, and scale up. OECD Health Working Papers No. 154, 2023.
4. European Alliance for Value in Health. A compass for collaboration: navigation stakeholders' roles in transitioning to value-based healthcare – feedback from the healthcare community. 2025. Available from: <https://www.europeanallianceforvalueinhealth.eu/wp-content/uploads/2025/01/EAVH-Report-for-Stakeholder-Engagement-Initiative.pdf>.
5. Ministry of Health Singapore. A primer on appropriate and value-based care (AVBC) in Singapore. No date. Available from: [https://isomer-user-content.by.gov.sg/95/57bd75ff-5b0f-4f06-a52f-fb71dd643716/A%20Primer%20on%20Appropriate%20and%20Value-based%20Care%20\(AVBC\)%20in%20Singapore.pdf](https://isomer-user-content.by.gov.sg/95/57bd75ff-5b0f-4f06-a52f-fb71dd643716/A%20Primer%20on%20Appropriate%20and%20Value-based%20Care%20(AVBC)%20in%20Singapore.pdf).
6. Rosenbaum L. Why have we chosen not to fix primary care? The vicious cycle of medical hierarchy. *N Engl J Med* 2025;393;20:2058-62.
7. Panteli D, Adib K, Buttigieg S, Goiana-da-Silva F, Ladewig K, Azzopardi-Muscat N, et al. AI in public health: promises, challenges & an agenda for policy makers and public health institutions. *The Lancet Public Health* 2025. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(25\)00036-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(25)00036-2/fulltext).
8. Kaufmann M, Eklund S, Luchtenberg D. Unlocking value with process intelligence in healthcare and beyond. McKinsey & Company 2025. Available from: <https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/business%20functions/operations/our%20insights/unlocking%20value%20with%20process%20intelligence%20in%20healthcare%20and%20beyond/unlocking-value-with-process-intelligence-in-health-care-and-beyond.pdf?shouldIndex=false>.
9. Ren S, Wierman A. Mitigating the public health impacts of AI data centers. 2025 [accessed 2025 Nov 5]. Available from: <https://hbr.org/2025/11/mitigating-the-public-health-impacts-of-ai-data-centers>.

การประเมินหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในต้น การบริหารจัดการและการกำกับองค์กร

ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร*

ธิปไตย แสละวงค์*

ชนิสรา คำคำ*

จิราภรณ์ แผลงประพันธ์*

นครินทร์ อมเรศ*

ธนรัตน์ โชติกเสถียร*

มนัชญา ชูยิ่งสกุลทิพย์*

อามานี หะมุ*

ธงชัย นาพิมพ์*

ผู้รับผิดชอบบทความ: ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร

บทคัดย่อ

ประเทศไทยดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามานานกว่า 20 ปี โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนและจัดบริการตามนโยบายดังกล่าว ที่ผ่านมา แม้หลายหน่วยงานได้ติดตามและประเมินผลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งในระดับประเทศและสากลอย่างต่อเนื่อง แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงเน้นผลลัพธ์ด้านบริการและการเข้าถึงของประชาชน ขณะที่การประเมินการบริหารจัดการของ สปสช.ยังมีจำกัด โครงการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (governance) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสช. ครอบคลุมการกำหนดนโยบายและการกำกับองค์กร ในการประเมินการบริหารจัดการครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีตัวการ-ตัวแทน (principal-agent theory) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอำนาจและความรับผิดชอบในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แนวทางการประเมินใช้หลัก “3E” ได้แก่ execution (การดำเนินงานในทางปฏิบัติ) evidence (การใช้ข้อมูลหลักฐานมาประกอบการตัดสินใจ) และ efficiency (การดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ) ผู้วิจัยใช้หลักฐานจากเอกสาร รายงานการประชุม งานวิจัย ฐานข้อมูลของ สปสช. พร้อมทั้งเสริมด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิและตัวแทนจากเครือข่ายหรือองค์กรที่มีส่วนได้เสียในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผลการประเมินสะท้อนผลสัมฤทธิ์ของนโยบายพร้อมข้อเสนอแนะที่ชัดเจนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากการประเมินการกำกับองค์กรของ

* สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

Received 22 August 2025; Revised 12 November 2025; Accepted 8 December 2025

Suggested citation: Wichitaksorn N, Saelawong T, Dumkum C, Plangpraphan J, Amarase N, Chotikasathian T, Chuyingsakultip M, Hamu A, Naphim T. An assessment of the national health security scheme: governance and management perspectives. Journal of Health Systems Research 2025;19(4):338-61.

ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร, ธิปไตย แสละวงค์, ชนิสรา คำคำ, จิราภรณ์ แผลงประพันธ์, นครินทร์ อมเรศ, ธนรัตน์ โชติกเสถียร, มณัชญา ชูยิ่งสกุลทิพย์, อามานี หะมุ, ธงชัย นาพิมพ์. การประเมินหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในด้านการบริหารจัดการและการกำกับองค์กร. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2568;19(4):338-61.

สปสข. พบว่าโครงสร้างการกำกับองค์กรยังขัดต่อเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 14 และ 15 ที่มุ่งเน้นการถ่วงดุลอำนาจและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เนื่องจากกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขดำรงตำแหน่งต่อเนื่องหลายวาระสลับกัน นอกจากนี้ กรรมการหลักฯ บางรายยังดำรงตำแหน่งในอนุกรรมการมากกว่า 3 คณะในช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดบทบาทซ้ำซ้อนระหว่างผู้กำหนดนโยบาย (principal) และผู้ดำเนินงาน (agent) โดยเฉพาะเมื่อบุคคลเดียวกันมีบทบาทในระดับเขตพื้นที่ร่วมด้วย ดังนั้น เพื่อลดการผูกขาดอำนาจ ควรป้องกันการสลับการดำรงตำแหน่งระหว่างกรรมการหลักฯ กับกรรมการควบคุมฯ โดยกำหนดให้มีช่วงเว้นว่างจากตำแหน่งภายหลังครบ 2 วาระ พร้อมจำกัดการเป็นอนุกรรมการไม่เกิน 2 คณะต่อวาระ และทบทวนการแต่งตั้งกรรมการส่วนกลางเป็นอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่

คำสำคัญ: หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, การประเมินการบริหารจัดการ

An Assessment of the National Health Security Scheme: Governance and Management Perspectives

Nuttanan Wichitaksorn, Tippatrai Saelawong, Chanisara Dumkum, Jiraporn Plangpraphan, Nakarin Amarase, Thanarat Chotikasathian, Manatchaya Chuyingsakultip, Amanee Hamu, Tongchai Naphim
Thailand Development Research Institute

Corresponding author: Nuttanan Wichitaksorn, nuttanan@tdri.or.th

Abstract

Thailand has maintained a commitment to the universal coverage (UC) scheme for over 20 years, with the National Health Security Office (NHSO) playing a central role in driving its implementation and service delivery. Although various organizations have monitored and evaluated Thailand's UC, research has largely focused on health outcomes and access to care, whereas assessments of the NHSO's governance remain relatively unexplored. This study thus aimed to evaluate the NHSO's governance, including its management of the National Health Security Fund. This evaluation applied the principal-agent theory to analyze power dynamics and accountability within the UC system. The assessment was guided by the "3E" framework: execution (practical implementation), evidence (evidence-based decision-making), and efficiency (operational performance). Key data sources included official documents, meeting records, research studies, and NHSO databases, complemented by in-depth interviews with experts and representatives from stakeholder organizations in the UC system. The findings offer insight into policy performance along with concrete recommendations for improving the governance and management of Thailand's UC system. The evaluation of NHSO's governance revealed that the current governance structure contradicted the intent of Sections 14 and 15 of the National Health Security Act, which emphasize checks and balances and inclusive participation. Members of both the National Health Security Board and the Quality and Standards Control Board have consecutively rotated across multiple terms, with some members concurrently serving on more than three subcommittees. This led to role overlaps between policymakers (principals) and implementers (agents), especially when individuals held dual roles at the central and regional levels. To prevent concentration of power, the study recommends introducing legal safeguards, including mandatory breaks after two consecutive terms when rotating between the main boards, limiting each member to no more than two concurrent subcommittees, and reconsidering the appointment of central board members to regional subcommittees.

Keywords: universal coverage scheme, National Health Security Office, governance assessment

ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยเริ่มใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage scheme: UCS) ครอบคลุมทุกพื้นที่ใน พ.ศ. 2545 โดยรัฐบาลจัดสรรงบประมาณอุดหนุนรายหัวต่อปีให้เพิ่มขึ้นเรื่อยมา จากปีแรกประมาณ 48,000 ล้านบาทเป็น 217,628 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2567 เพื่อมุ่งหวังสร้างหลักประกันสุขภาพแก่คนไทยให้ได้ รับบริการด้านสุขภาพตามความจำเป็นอย่างครอบคลุมทั่วถึงและไม่มีภาระค่าใช้จ่าย ณ จุดรับบริการ UCS เป็นระบบหลักประกันสุขภาพหลักหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ประสบความสำเร็จอย่างมาก⁽¹⁾ ผลสำเร็จสำคัญคือการขยายความครอบคลุมและช่วยทำให้สัดส่วนของประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพลดลงจากร้อยละ 29 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 2.6 ใน พ.ศ. 2552 การที่ประชาชนใช้บริการนี้มากขึ้น ทำให้สัดส่วนค่ารักษาพยาบาลที่ใช้เงินตัวเองจ่ายต่อค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดของคนไทยลดลงอย่างมากจากประมาณร้อยละ 40 ใน พ.ศ. 2538 เหลือเพียงไม่เกินร้อยละ 15 ใน พ.ศ. 2555⁽²⁾

นับตั้งแต่เริ่มมี UC หน่วยงานต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศได้ติดตามและประเมินผลเรื่อยมา ประเด็นสำคัญที่มุ่งเน้นศึกษาคือ (1) ด้านผู้ให้บริการ เช่น การดำเนินงานตามนโยบาย แนวโน้มสถานการณ์ทางการเงินของสถานบริการระดับต่างๆ ความเพียงพอของงบประมาณที่ได้รับ ภาระที่รัฐบาลจ่ายเพื่อจัดหาหลักประกันสุขภาพให้ประชาชน ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล ผลกระทบต่อการให้บริการการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วย คุณภาพการให้บริการ ตลอดจนการหมุนเวียนของแพทย์และสถานะทางการเงินของสถานพยาบาล และ (2) ด้านผู้รับบริการ เช่น ความครอบคลุมประชากร การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพประเภทต่างๆ ความเสมอภาคในการได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ในด้านต่างๆ คุณภาพของบริการที่ได้รับ ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน

ผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพ รายได้ และรายจ่าย ตลอดจนค่าใช้จ่ายด้านยาและการได้รับยา

นอกจากนั้นแล้ว งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ UC ของไทยส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาด้านการให้บริการสุขภาพ ความครอบคลุมประชากร ภาระการคลัง และการลดอุปสรรคทางการเงินของประชาชน ประเด็นเหล่านี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของวัตถุประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่คนไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่จัดบริการ UC มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการสร้างความเป็นอยู่ที่ดีให้แก่คนไทย หากพิจารณาในแง่ของการสาธารณสุข (public health) แล้ว UC ยังมีภารกิจรวมถึงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (prevention and promotion หรือ P&P) ด้วย

ในประเด็นของการประเมิน UC นั้น งานวิจัยหลายชิ้นพิจารณาผลสัมฤทธิ์เชิงนโยบายและระบบ เช่น กระบวนการพัฒนานโยบายและการออกแบบระบบ บริบทด้านนโยบายรัฐและการปฏิรูปของรัฐ การดำเนินนโยบายการบริหารจัดการระบบ และผลกระทบของนโยบายที่มีต่อระบบสาธารณสุข^(1,3,4) ขณะที่ธรรมาภิบาลในระบบการจัดการสุขภาพเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจ⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตาม การประเมิน UC โดยเฉพาะการบริหารจัดการ (governance) ยังมีไม่มากเท่าใดนัก ประเด็นดังกล่าวนี้เป็นสิ่งที่น่าสนใจเนื่องจาก สปสช. ในฐานะหน่วยงานที่ดำเนินงานตามนโยบายมากกว่า 20 ปี ควรต้องได้รับการประเมินถึงผลสัมฤทธิ์ในด้านการบริหารจัดการว่าประสบความสำเร็จในเรื่องต่างๆ หรือไม่ อย่างไร และมีการบริหารจัดการด้านใดที่ควรปรับปรุงเพื่อให้เป็นไปตามเป้าประสงค์ของหน่วยงานและนโยบายที่ได้วางไว้

แผนปฏิบัติราชการของ สปสช. ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2566-2570 กล่าวถึง 5 ประเด็นยุทธศาสตร์อันประกอบไปด้วย (1) การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2) การมีบริการสาธารณสุขรองรับการเข้าถึงบริการของประชาชน (3) การคุ้มครองหลักประกันสุขภาพของ

ประชาชน (4) การมีส่วนร่วมของภาคียุทธศาสตร์และผู้มีส่วนได้เสีย และ (5) กลไกอภิบาลและระบบบริหารจัดการองค์กร ในแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์มีกลยุทธ์/แผนงานสำคัญที่สามารถนำมาใช้เป็นกรอบในการประเมินการบริหารจัดการ สปสช. ได้เป็นอย่างดี

จากเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการประเมินการบริหารจัดการของ สปสช. อย่างเป็นระบบเพื่อสะท้อนถึงผลลัพธ์จากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับนโยบายและองค์กร การประเมินครั้งนี้วิเคราะห์ว่า สปสช. ได้ดำเนินการตามกรอบยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการไว้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การประเมินการบริหารจัดการครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีตัวการ-ตัวแทน (principal-agent theory) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอำนาจและความรับผิดชอบในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁶⁾ ผู้มอบอำนาจ (principal) และผู้รับมอบอำนาจ (agent) ในระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น ประกอบด้วย 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ (1) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้รับมอบอำนาจที่ต้องรับผิดชอบทางอ้อมต่อประชาชนผ่านฝ่ายการเมือง (2) สปสช. ที่ต้องรับผิดชอบต่อคณะกรรมการหลักฯ ในการบริหารจัดการกองทุน และ (3) หน่วยบริการซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการในระดับพื้นที่ และมีหน้าที่รับผิดชอบต่อ สปสช.

ภายใต้ความสัมพันธ์นี้ ปัญหาความไม่สมมาตรของข้อมูลมักเกิดขึ้นเมื่อผู้รับมอบอำนาจมีข้อมูลมากกว่าผู้มอบอำนาจ ซึ่งสามารถนำไปสู่ปัญหา adverse selection และ moral hazard ต่อไป ด้วยบริบทข้างต้น กลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงถูกออกแบบเพื่อถ่วงดุลอำนาจ เพื่อให้ตรวจสอบได้ และเน้น

ประสิทธิภาพของผลลัพธ์เป็นสำคัญ

การบริหารจัดการกองทุนเริ่มต้นจากการกำกับองค์กร และการกำหนดกรอบนโยบาย ซึ่งเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการหลักฯ และคณะกรรมการควบคุมฯ ทั้งสองคณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายและมีกลไกที่ประชาชนสามารถตรวจสอบได้ทางอ้อมผ่านผู้แทนในคณะกรรมการที่มาจากภาคประชาชน ภาควิชาชีพ และภาคบริการสาธารณสุข (หน่วยบริการ)

เมื่อได้กำหนดกรอบนโยบายหรือชุดสิทธิประโยชน์ คณะกรรมการหลักฯ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการและเจ้าหน้าที่ สปสช. มีหน้าที่จัดทำข้อเสนองบประมาณประจำปี (งบประมาณขาขึ้น) เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาอนุมัติ จากนั้นจึงจัดสรรงบประมาณ (งบประมาณขาลง) ให้กับหน่วยบริการตามกรอบนโยบายหรือแผนการดำเนินงาน

ในระดับปฏิบัติการ หน่วยบริการรับหน้าที่ให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด เมื่อบริการเกิดขึ้น สปสช. รับผิดชอบในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลบริการ และดำเนินการเบิกจ่ายค่าชดเชยแก่หน่วยบริการตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีระบบควบคุมตรวจสอบภายในและเทคโนโลยีสนับสนุนเพื่อลดความเสี่ยงจากการเบิกจ่ายเกินจริงหรือไม่ถูกต้อง

กระบวนการทั้งหมดข้างต้นดำเนินภายใต้กรอบกฎหมายที่ชัดเจน โดยเฉพาะพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดบทบาท อำนาจหน้าที่ และกลไกการตรวจสอบถ่วงดุลของหน่วยงานต่างๆ ไว้อย่างเป็นระบบ

ท้ายที่สุด ผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการบริหารจัดการดังกล่าวคือการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขและได้รับผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี อันเป็นเป้าหมายสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้กรอบแนวคิดและกลไกการบริหารจัดการดังกล่าว ผู้วิจัยจึงประเมินการบริหารจัดการ (governance) กองทุนหลัก

ประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสช. ครอบคลุมการกำหนดนโยบายและการกำกับองค์กร

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ผนวกทฤษฎีข้างต้นกับหลัก “3E” ได้แก่ execution, evidence และ efficiency ในการประเมินการบริหารจัดการ กล่าวคือประเมินทั้งการนำนโยบายไปปฏิบัติจริง (execution) กระบวนการใช้ข้อมูลหลักฐานในการตัดสินใจ (evidence) และความมีประสิทธิภาพคุ้มค่าในการบริหารจัดการทรัพยากร (efficiency) เพื่อให้เห็นภาพรวมของการบริหารจัดการขององค์กร

นอกจากทฤษฎีข้างต้น ผู้วิจัยยึดกรอบแนวคิดด้าน governance จาก health system performance assessment⁽⁴⁾ การทำงานของระบบหลักประกันสุขภาพแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การบริหารจัดการ การสร้างทรัพยากร การเงิน และการบริการสุขภาพ ทั้งนี้ การบริหารจัดการถือเป็นหน้าที่สำคัญที่สุดในระบบสุขภาพ เนื่องจากการดำเนินการด้านการบริหารจัดการเป็นทั้งรากฐานและกลไกสำหรับการทำงานในด้านอื่นๆ เช่นกัน

อย่างไรก็ตาม หลักการบริหารจัดการสามารถพิจารณาผ่านองค์ประกอบ 4 ด้านคือ (1) policy and vision (2) stakeholder voice (3) information and intelligence และ (4) legislation and regulation ขณะที่ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการเหล่านี้มักสะท้อนผ่านความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ให้เป็นไปตามเป้าหมายและความโปร่งใส

ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขอบเขตการประเมินการบริหารจัดการด้านการกำหนดนโยบายและการกำกับองค์กร 5 ด้านสำคัญของ สปสช. ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่

1. องค์ประกอบของคณะกรรมการและอนุกรรมการ (composition of boards) ผู้วิจัยพิจารณาความเหมาะสมของโครงสร้างและองค์ประกอบของคณะกรรมการหลักและคณะอนุกรรมการตามที่กฎหมายกำหนดว่ามีการถ่วง

ดุลตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ อย่างเหมาะสมหรือไม่

2. กลไกตรวจสอบการทำหน้าที่และความรับผิดชอบ (accountability) ผู้วิจัยประเมินระบบและกระบวนการที่ทำให้เกิดความรับผิดชอบในการใช้อำนาจและตัดสินใจ เช่น กระบวนการพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์และการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

3. การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest) ผู้วิจัยพิจารณานโยบายและมาตรการขององค์กรในการป้องกันมิให้เจ้าหน้าที่หรือกรรมการมีส่วนได้เสียส่วนตัวที่ขัดกับประโยชน์ส่วนรวม และการกำกับดูแลด้านจริยธรรมภายในองค์กร

4. ความโปร่งใสและการเปิดเผยข้อมูล (transparency) ผู้วิจัยประเมินระดับความโปร่งใสของ สปสช. ในการดำเนินงาน เช่น การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารต่อสาธารณะตามกฎหมาย การสื่อสารข้อมูลที่สำคัญต่อผู้มีส่วนได้เสียและความโปร่งใสในการจัดการด้านการเงินและทรัพยากร

5. การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการใช้อำนาจ (public participation) ผู้วิจัยประเมินกลไกที่เปิดโอกาสให้ภาคประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือในการตัดสินใจของ สปสช. ในระดับต่างๆ เช่น ผู้แทนภาคประชาชนในคณะกรรมการการรับฟังความคิดเห็น และช่องทางให้เสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การประเมินทั้งห้ามิติที่กล่าวถึงข้างต้นชี้ให้เห็นการบริหารจัดการแต่ละด้านของ สปสช. ว่ามีประสิทธิภาพและความเหมาะสมเพียงใด

ระเบียบวิธีศึกษา

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงผสมผสาน (mixed methods) ผสมผสานการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในการประเมินการบริหารจัดการของ สปสช. โดยการประเมินครั้งนี้ได้ใช้หลัก “3E” ที่ได้กล่าวถึงข้างต้น ผู้วิจัยใช้ scoring rubric ประเมินความสอดคล้อง

ระหว่างข้อค้นพบและเกณฑ์การให้คะแนน โดยแบ่งระดับความพร้อมด้านการบริหารจัดการเป็น 4 ระดับคือ สูงที่สุด สูง ต่ำ และต่ำที่สุด (ผู้วิจัยกล่าวถึงรายละเอียดในหัวข้อถัดไป) การประเมินใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research method) และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เป็นหลักเพื่ออธิบายกลไกการทำงานให้เกิดความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของกรรมการ อนุกรรมการ และการทำงานของ สปสช. ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น เว็บไซต์ของ สปสช. ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การอธิบายกลไกการทำงานของกรรมการ อนุกรรมการ และการทำงานของ สปสช. ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research method) และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่

1. กฎหมายและระเบียบรับรองชัดเจน เช่น ประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักฯ รวมถึงกฎระเบียบและแนวทางปฏิบัติงานเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน

2. เอกสารที่แสดงการมีส่วนร่วมจากฝ่ายต่างๆ เช่น รายงานการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ประจำปี 2563-2566 และข้อมูลสถานะหัวข้อที่ผ่านการพิจารณาคัดเลือกเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพฯ บนเว็บไซต์โครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ UCBP (universal coverage benefit package)

3. เอกสารหรือหลักฐานทางการที่แสดงรายละเอียดของการประชุมหรือมติที่ประชุม เช่น รายงานการประชุม คณะกรรมการหลักฯ

4. เอกสารที่เผยแพร่ต่อสาธารณะ เช่น รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณ และข้อมูลที่สำรวจจากเว็บไซต์ของ สปสช.

นอกจากการใช้หลักฐานจากเอกสาร รายงานการประชุม งานวิจัย และฐานข้อมูลของ สปสช. ข้างต้น ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้มีบทบาทสำคัญในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย เลขาธิการ รองเลขาธิการ ผู้ช่วยเลขาธิการ และเจ้าหน้าที่ สปสช. ส่วนกลางรวม 19 ราย และคณะทำงานฝ่ายวิชาการ 3 ชุด อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสช.) และ/หรืออนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) และเจ้าหน้าที่ สปสช. เขตพื้นที่ทั้ง 13 เขตสุขภาพ นักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิ 9 ราย ตลอดจนผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลรัฐ 23 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 5 แห่ง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง และหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐและเอกชน 13 และ 12 แห่ง ตามลำดับ ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 เพื่อใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและความถูกต้องของข้อมูลเชิงประจักษ์ข้างต้น

เกณฑ์การประเมินการบริการจัดการด้านรอบนโยบาย

ตามที่กล่าวถึงในหัวข้อกรอบแนวคิด ผู้วิจัยยึดกรอบแนวคิดด้านการบริหารจัดการจาก Papanicolas et al.⁽⁷⁾ โดยดัดแปลงกรอบแนวคิดข้างต้นและขยายหัวข้อการประเมินให้ครอบคลุมการบริหารจัดการภายในของ สปสช. ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ทั้งนี้ การประเมินการกำหนดนโยบายและการกำกับองค์กรจำแนกออกเป็น 5 ด้าน (หัวข้อ) โดยใช้ scoring rubric (ตารางที่ 1) เพื่อประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อค้นพบและเกณฑ์การให้คะแนนที่แบ่งระดับความพร้อมของการบริหารจัดการเป็น 4 ระดับ คือ สูงที่สุด สูง ต่ำ และต่ำที่สุด

ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนด้านการประเมินกรอบนโยบายและการกำกับองค์กร

หัวข้อ	ประเด็น	ความพร้อมด้านการบริหารจัดการ			
		ต่ำที่สุด (0 คะแนน)	ต่ำ (1 คะแนน)	สูง (2 คะแนน)	สูงที่สุด (3 คะแนน)
1. องค์ประกอบของ คณะกรรมการฯ และ อนุกรรมการชุดต่างๆ (composition of boards)	องค์ประกอบของ คณะกรรมการฯ คณะอนุกรรมการฯ ส่วนกลางและอนุกรรมการ ระดับเขตพื้นที่	ไม่มีกฎหมายที่ชัดเจน	มีกฎหมายที่ชัดเจน ผู้แทนไม่หลากหลาย และไม่ปฏิบัติตาม หลักเกณฑ์	มีกฎหมายที่ชัดเจน แต่ไม่มีผู้แทนที่ หลากหลาย แม้จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์	มีกฎหมายที่ชัดเจน มีผู้แทนที่หลากหลาย และปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ ซึ่งเป็นไปตามหลักการ
2. ระบบตรวจสอบ การทำงาน (accountability)	2.1 บทบาทหน้าที่ของ คณะกรรมการฯ ในการเพิ่มขีดสิทธิ ประโยชน์ (role conflict)	ไม่มีกฎหมาย	มีกฎหมายแต่ขั้นตอน การพิจารณาทับซ้อนกัน (กรรมการฯ มีบทบาท ทับซ้อน)	มีกฎหมายที่ชัดเจน แต่การเผยแพร่ข้อมูล มีจำกัด	มีกฎหมายที่ชัดเจน และ มีการเผยแพร่ข้อมูล ให้ประชาชนทราบ
	2.2 คณะกรรมการและ อนุกรรมการกลั่นกรอง พิจารณา UCBP จาก หลักฐานเชิงประจักษ์	การพิจารณา UCBP ทั้งหมดไม่พบหลักฐาน เชิงประจักษ์และข้อมูล เชิงสถิติที่ผ่านการตรวจ สอบแบบ peer-reviewed	การพิจารณา UCBP ที่ประกาศเป็นสิทธิ ประโยชน์ไม่มีหลักฐาน เชิงประจักษ์และข้อมูล เชิงสถิติที่ผ่านการ ตรวจสอบแบบ peer-reviewed	การพิจารณา UCBP ที่ประกาศเป็นสิทธิ ประโยชน์มีหลักฐาน เชิงประจักษ์และข้อมูล เชิงสถิติที่ผ่านการ ตรวจสอบแบบ peer-reviewed แต่บางส่วนไม่พบข้อมูล	การพิจารณา UCBP ที่ประกาศ เป็นสิทธิประโยชน์ ต้องมี หลักฐานเชิงประจักษ์ และข้อมูลเชิงสถิติที่ผ่านการ ตรวจสอบแบบ peer-reviewed
	2.3 สปสช.ประเมินผลสัมฤทธิ์ ชุดสิทธิประโยชน์	ไม่มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ สิทธิประโยชน์	มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ สิทธิประโยชน์ และ แผนการดำเนินงานชัดเจน แต่ไม่เผยแพร่รายงานให้ ประชาชนทราบ	มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ สิทธิประโยชน์ และ แผนการดำเนินงานชัดเจน แต่เผยแพร่รายงานอย่างจำกัด	มีการประเมินผลสัมฤทธิ์สิทธิ ประโยชน์ และแผนการดำเนินงาน ชัดเจน และเผยแพร่รายงานให้ ประชาชนทุกกลุ่มทราบ
	2.4 สปสช.พิจารณาและนำ ข้อเสนอจากเครือข่าย ภาคประชาชนไป ประกอบการดำเนินงาน	นำข้อเสนอแนะน้อยกว่า 20% ไปดำเนินการต่อ	นำข้อเสนอแนะ 20% - 49% ไปดำเนินการต่อ	นำข้อเสนอแนะ 50% - 79% ไปดำเนินการต่อ	นำข้อเสนอแนะมากกว่า 80% ไปดำเนินการต่อ



ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนด้านการประเมินกรอบนโยบายและการกำกับองค์กร (ต่อ)

หัวข้อ	ประเด็น	ความพร้อมด้านการบริหารจัดการ			
		ต่ำที่สุด (0 คะแนน)	ต่ำ (1 คะแนน)	สูง (2 คะแนน)	สูงที่สุด (3 คะแนน)
3. ผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest)	3.1 สปสข.มีกฎระเบียบกำหนดมาตรฐานจริยธรรมและการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และมีระบบประเมินผล การปฏิบัติตามกฎระเบียบ	ไม่มีกฎระเบียบ	มีกฎระเบียบบางเรื่อง และไม่มีระบบประเมินผล	มีกฎระเบียบ แต่ไม่มีระบบประเมินผล	มีกฎระเบียบ มีระบบประเมินผล และมีการรายงานผล
	3.2 มีปัจจัยที่เอื้อให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อน ได้แก่ ไม่เปิดเผยข้อมูล ขาดระบบควมลงมติ แต่งตั้งแบบเฉพาะกลุ่ม ขาดระบบการประเมินจริยธรรมและความเสี่ยง	มีปัจจัยที่เอื้อให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อนทั้งหมด และไม่มีระบบและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน	มีปัจจัยที่เอื้อให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อน แต่บางส่วนปัจจัยไม่มีระบบและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน	มีปัจจัยที่เอื้อให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อน และมีระบบและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน	ไม่พบปัจจัยที่เอื้อให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อนทั้งหมด
4. ความโปร่งใส (transparency)	4.1 สปสข.เปิดเผยข้อมูลต่อประชาชนเป็นไปตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540	มีกฎหมาย แต่ สปสข. ไม่เปิดเผยข้อมูล	มีกฎหมาย แต่ สปสข. เปิดเผยข้อมูลบางส่วน	มีกฎหมาย แต่ สปสข. เปิดเผยข้อมูลบางส่วน และการเข้าถึงจำกัด	มีกฎหมาย และสปสข. เปิดเผยข้อมูลครบถ้วน
	4.2 การเผยแพร่ข้อมูลของ สปสข. มีลักษณะที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึง มากน้อยเพียงใด	การเผยแพร่ข้อมูลไม่เอื้อต่อการเข้าถึงทั้งหมด	การเผยแพร่ข้อมูลเอื้อต่อการเข้าถึงในระดับต่ำ (ผ่านเกณฑ์คุณลักษณะของข้อมูลเปิด 20% - 49%)	การเผยแพร่ข้อมูลเอื้อต่อการเข้าถึงในระดับสูง (ผ่านเกณฑ์ 50% - 79%)	การเผยแพร่ข้อมูลเอื้อต่อการเข้าถึงในระดับสูงที่สุด (ผ่านเกณฑ์ มากกว่า 80%)

ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนด้านการประเมินกรอบนโยบายและการกำกับองค์กร (ต่อ)

หัวข้อ	ประเด็น	ความพร้อมด้านการบริหารจัดการ			
		ต่ำที่สุด (0 คะแนน)	ต่ำ (1 คะแนน)	สูง (2 คะแนน)	สูงที่สุด (3 คะแนน)
5. การมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสีย (public participation)	5.1 คณะกรรมการฯ และอนุกรรมการต่างๆ มีตัวแทนจากหลากหลายกลุ่ม	มีแต่ตัวแทนจากภาครัฐและภาควิชาการหรือวิชาชีพ และไม่มีตัวแทนผู้ให้บริการภาคประชาชนหรือผู้รับบริการ	มีตัวแทนจากภาครัฐ ภาควิชาการหรือวิชาชีพ ผู้ให้บริการ แต่ขาดตัวแทนภาคประชาชนหรือผู้รับบริการ	มีตัวแทนจากภาครัฐ ภาควิชาการหรือวิชาชีพ ผู้ให้บริการ และภาคประชาชนหรือผู้รับบริการ แต่ให้สัดส่วนภาคประชาชนน้อย	มีตัวแทนจากภาครัฐ ภาควิชาการหรือวิชาชีพ ผู้ให้บริการและภาคประชาชนหรือผู้รับบริการและสัดส่วนภาคประชาชนเท่ากันหรือมากกว่า
	5.2 สปสช.มีกลไกให้ภาคประชาชนหรือผู้รับบริการได้นำเสนอข้อเสนอแนะ	ไม่มี	มีช่องทางหลากหลาย แต่ไม่รายงานผลดำเนินการตามข้อเสนอแนะ	มีช่องทางหลากหลาย และรายงานผลดำเนินการตามข้อเสนอแนะ แต่ไม่ต่อเนื่อง	มีช่องทางหลากหลาย และรายงานผลดำเนินการตามข้อเสนอแนะอย่างต่อเนื่อง

- หมายเหตุ: 1) ผู้วิจัยพิจารณาจากรายชื่อคณะกรรมการหลักฯ และกรรมการควบคุมฯ วาระที่ 1-6 ตั้งแต่ พ.ศ. 2545-2567 และอนุกรรมการฯ 3 วาระ ได้แก่ วาระ 4, 5 และ 6 (ด้วยข้อจำกัดของข้อมูลทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถเข้าถึงรายชื่ออนุกรรมการ วาระที่ 1-3 ได้ อีกทั้ง รายชื่ออนุกรรมการมักบันทึกให้อยู่ในรูปแบบผู้แทนโดยตำแหน่ง)
- 2) ผู้แทนที่หลากหลายคือกรรมการต้องไม่ดำรงตำแหน่งหลายวาระติดต่อกันและต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ คือ การได้มาขององค์ประกอบกรรมการและอนุกรรมการเป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ และมติคณะกรรมการฯ ซึ่งเป็นไปตามหลักการ คือ ไม่ขัดต่อหลักเจตนารมณ์ของ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 15 เพื่อป้องกันการผูกขาดการเป็นกรรมการ
- 3) จากการทบทวนงานศึกษาของ HITAP พบว่ามีข้อกำหนดให้คัดเลือกหัวข้อที่ได้คะแนนสูงสุดเพื่อประเมินประมาณ 10 หัวข้อต่อปี
- 4) การเผยแพร่รายงาน/ข้อสรุปให้ประชาชนทุกกลุ่มทราบ ตรวจสอบผ่านความหลากหลายของช่องทางในการเผยแพร่ ได้แก่ เว็บไซต์ และช่องทางอื่นๆ เช่น Facebook
- 5) การเปิดเผยข้อมูลบัญชีทรัพย์สิน ตามข้อกำหนดของกฎหมาย ปปช. มีหลายรูปแบบ เช่น (1) มีข้อมูลที่ต้องแจ้งและต้องเปิดเผยต่อสาธารณะ และ (2) มีข้อมูลต้องแจ้ง แต่ไม่ต้องเปิดเผยต่อสาธารณะ
- 6) เกณฑ์คุณลักษณะของข้อมูลเปิด อ้างอิงจากสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล⁽⁶⁾
- ปปช. = สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ, สปสช. = สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, HITAP = Health Intervention and Technology Assessment Program, UCBP = universal coverage benefit package

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Research Institute Ethics Committee) เอกสารรับรองเลขที่ TDRI-IRB/2024/05 เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

ผลการประเมินการบริหารจัดการของ สปสช. ด้านการประเมินกรอบนโยบายและการกำกับองค์กรแบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 องค์ประกอบของคณะกรรมการและอนุกรรมการ

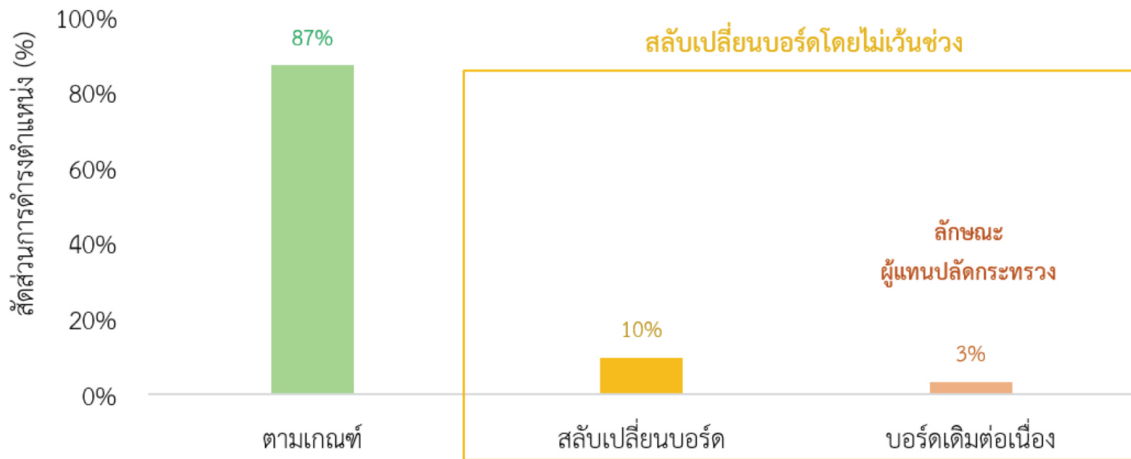
การประเมินในประเด็นแรก ผู้วิจัยพิจารณาว่าข้อค้นพบที่เกิดขึ้นขัดหรือไม่ต่อหลักการสำคัญของเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 14 การถ่วงดุลอำนาจกัน และมาตรา 15 เพื่อป้องกันการผูกขาดการเป็นกรรมการ

หลักการสำคัญสำหรับการพิจารณาองค์ประกอบคณะกรรมการ ได้แก่ (1) การถ่วงดุลอำนาจระหว่างคณะกรรมการหลักๆ ผู้ดำเนินนโยบายและกำหนดหลักเกณฑ์ต่างๆ และคณะกรรมการควบคุมฯ ซึ่งเป็นผู้ควบคุมกำกับการปฏิบัติตามนโยบายนั้น ดังนั้น ผู้ดำเนินนโยบายจึงไม่ควรเข้ามาเป็นผู้ตรวจสอบนโยบาย (กรรมการต้องไม่มีบทบาทซ้ำซ้อนกัน) และ (2) การป้องกันการผูกขาดการเป็นกรรมการ โดยกำหนดวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปี และอาจได้รับเลือกหรือแต่งตั้งใหม่อีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่า 2 วาระติดต่อกันไม่ได้ ดังนั้น การคัดเลือก

กรรมการควรเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้เสียใหม่ๆ เข้ามาเป็นผู้กำหนดนโยบายเพื่อเสนอแนวคิดที่หลากหลายและลดอำนาจการผูกขาด

ผู้วิจัยได้ทบทวนรายงานประจำปีและประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการระดับชาติตั้งแต่มี พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อประเมินการดำรงตำแหน่งของกรรมการ การทบทวนดังกล่าวพบว่า (1) การคัดเลือกคณะกรรมการหลักๆ และคณะกรรมการควบคุมฯ เป็นไปตามมาตรา 13 ของ พ.ร.บ. ทั้งในด้านกระบวนการและสัดส่วนผู้แทนกลุ่มต่างๆ ขณะที่ (2) การทบทวนการดำรงตำแหน่งข้างต้นพบว่ามีแนวโน้มที่กรรมการมักดำรงตำแหน่งหลายวาระและต่อเนื่องระหว่างคณะกรรมการหลักๆ และคณะกรรมการควบคุมฯ

การดำรงตำแหน่งของกรรมการมีลักษณะสลับตำแหน่งระหว่างสองคณะโดยบุคคลกลุ่มเดิมอย่างต่อเนื่อง (revolving door) แม้ พ.ร.บ.ฯ ไม่มีมาตราใดห้ามบุคคลเดิมเข้าดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการอีกชุดหลังจากดำรงตำแหน่งครบ 2 วาระ แต่ถือว่าขัดต่อหลักการถ่วงดุลอำนาจและการป้องกันการผูกขาดอำนาจ ซึ่งควรส่งเสริมความครอบคลุม ความเป็นกลาง และการหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน ทั้งนี้ การสลับตำแหน่งระหว่างสองคณะโดยไม่เว้นช่วงข้างต้นอาจกระทบต่อความโปร่งใสและความน่าเชื่อถือของกลไกตรวจสอบ (checks and balances) ผู้วิจัยพบว่าแม้กรรมการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87) ปฏิบัติตามเกณฑ์แต่กรรมการบางส่วน (ร้อยละ 13) ดำรงตำแหน่งไม่ปฏิบัติตามเจตนารมณ์ เช่น สลับเปลี่ยนตำแหน่งระหว่างคณะกรรมการโดยไม่เว้นช่วง (ร้อยละ 10) และดำรงตำแหน่งเกิน 2 วาระ (ร้อยละ 3) ซึ่งมักอยู่ในรูปแบบผู้แทนหน่วยงานรัฐ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 สัดส่วนกรรมการดำรงตำแหน่งไม่ผิดหลักเกณฑ์ แต่ไม่ถูกหลักการ

แม้กฎหมายมิได้กำหนดวาระสำหรับกรรมการที่มาจากตำแหน่งโดยตรง แต่ลักษณะการดำรงตำแหน่งต่อเนื่องอาจลดโอกาสในการเปิดรับผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มใหม่ๆ ให้เข้ามามีบทบาทในการกำกับและพัฒนาระบบ ดังนั้น อาจพิจารณากำหนดช่วงเว้นว่างจากตำแหน่งสำหรับกรรมการที่ดำรงตำแหน่งครบสองวาระ เพื่อห้ามการดำรงตำแหน่งต่อเนื่องหรือสลับกันระหว่างคณะกรรมการหลักฯ กับคณะกรรมการควบคุมฯ และส่งเสริมให้ระบบเป็นสถาบัน (institutionalization) มากกว่าการยึดโยงกับตัวบุคคล

การประเมินในประเด็นที่สองนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง “ตัวการ” กับ “ตัวแทน” ตามทฤษฎีตัวการ-ตัวแทน เพื่อสะท้อนระดับความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในบริบทนี้ คณะกรรมการหลักฯ ทำหน้าที่เป็นตัวการ (principal) ที่กำหนดกรอบนโยบาย วางทิศทางการบริหารกองทุน และมอบหมายอำนาจให้คณะกรรมการภายใต้ตนเป็นตัวแทน (agent) ในการวางแผนการดำเนินงานและปฏิบัติหน้าที่ตามนโยบาย ขณะเดียวกัน คณะกรรมการควบคุมฯ ทำหน้าที่ถ่วงดุลคณะกรรมการ

หลักฯ ผ่านการกำกับ ตรวจสอบมาตรฐานและคุณภาพการจัดบริการภายใต้นโยบาย และให้ข้อเสนอแนะเชิงระบบเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้รับบริการ โดยมีคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการควบคุมฯ เป็นตัวแทนดำเนินการติดตามและประเมินมาตรฐานและคุณภาพบริการโดยเฉพาะในระดับพื้นที่

ผู้วิจัยพบว่า กรรมการหลักฯ บางรายดำรงตำแหน่งอนุกรรมการมากกว่า 3 คณะในวาระเดียวกันซึ่งขัดต่อหลักเกณฑ์ตามมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2559 ครั้งที่ 5/2563 และครั้งที่ 8/2567 การดำรงตำแหน่งเช่นนี้อาจก่อให้เกิดอำนาจกระจุกตัว ทำให้การตรวจสอบถ่วงดุลไม่มีประสิทธิภาพและเปิดช่องให้ตัวการกับตัวแทนเกิดภาวะกลืนบดบังจนไม่สามารถแยกหน้าที่กำกับกับการปฏิบัติได้ชัดเจน ลักษณะดังกล่าวยังขัดต่อหลักการข้อที่ 1 กรรมการต้องไม่มีบทบาทซ้ำซ้อนกัน เพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนและการรักษาความรับผิดชอบตามทฤษฎีตัวการ-ตัวแทน ทั้งนี้ แม้ สปสช. จะพยายามบูรณาการงานของคณะกรรมการต่างๆ และจำกัดจำนวนอนุกรรมการให้มีเท่าที่จำเป็น แต่ในทางปฏิบัติอาจยังไม่บรรลุผล

การประเมินในประเด็นสุดท้ายนี้ ผู้วิจัยประเมินความสัมพันธ์ระหว่าง “ตัวการ” ซึ่งหมายถึงกรรมการระดับชาติ กับ “ตัวแทน” ซึ่งหมายถึงอนุกรรมการระดับพื้นที่ โดยใช้กรอบทฤษฎีตัวการ-ตัวแทน พบว่า กรรมการหลักฯ และกรรมการควบคุมฯ เข้าดำรงตำแหน่งในอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่ การดำรงตำแหน่งเช่นนี้อาจขัดต่อหลักการข้อที่ 1 กรรมการต้องไม่มีบทบาทซ้ำซ้อนกัน เนื่องจากบุคคลเดียวกันมีบทบาททั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่า แม้ สปสช. จะพยายามเชื่อมโยงการทำงานและการสื่อสารนโยบายระหว่างส่วนกลางกับเขตพื้นที่ แต่การที่กรรมการระดับชาติเข้ามามีบทบาทในคณะอนุกรรมการระดับพื้นที่อาจทำให้ขอบเขตอำนาจและหน้าที่ระหว่างสองระดับไม่ชัดเจน ความไม่ชัดเจนดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อความโปร่งใสและลดทอนประสิทธิภาพของกลไกตรวจสอบ-ถ่วงดุลอำนาจภายในองค์กร

ข้อค้นพบทั้งสามประเด็น ได้แก่ (1) กรรมการบางรายดำรงตำแหน่งหลายวาระต่อเนื่อง (2) กรรมการหลักฯ บางส่วนดำรงตำแหน่งอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักฯ มากกว่า 3 คณะในวาระเดียวกัน และ (3) กรรมการหลักฯ และกรรมการควบคุมฯ เข้าดำรงตำแหน่งในคณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่ สะท้อนให้เห็นว่ากรรมการบางรายมีบทบาทซ้ำซ้อนทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดความไม่ชัดเจนในขอบเขตความรับผิดชอบ

กล่าวโดยสรุป การบริหารจัดการองค์กรภายในของ สปสช. ยังไม่มีความโปร่งใสเท่าที่ควร เนื่องจากการบริหารจัดการไม่เป็นไปตามหลักการถ่วงดุลอำนาจและมีลักษณะเป็นการผูกขาดการดำรงตำแหน่งของกรรมการ อย่างไรก็ตาม การที่กรรมการดำรงตำแหน่งหลายวาระและต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังคงต้องพึ่งพาคณะบุคคล กล่าวคือ ระบบยังขาดความเป็นสถาบัน (institutionalization) ยังคงขับเคลื่อนโดยบุคคลมากกว่าจะเป็นระบบที่เข้มแข็ง เช่น การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจดำเนินนโยบายในทุกกระบวนการ ดังนั้น ผล

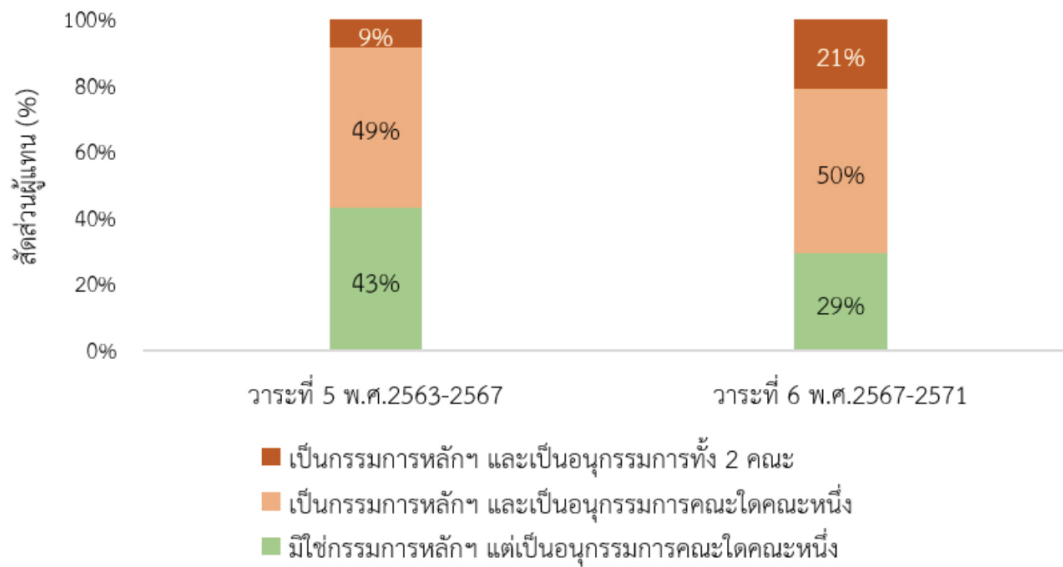
การประเมินด้านโครงสร้างการบริหารจัดการองค์กรโดยพิจารณาองค์ประกอบกรรมการและอนุกรรมการอยู่ใน “ระดับต่ำ” (ตามตารางที่ 1 หัวข้อที่ 1)

ส่วนที่ 2 กลไกตรวจสอบการทำงานและความรับผิดชอบ

การประเมินในประเด็นแรกเกี่ยวกับบทบาทของกรรมการในการพิจารณาและเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ ผู้วิจัยนำทฤษฎีตัวการ-ตัวแทน (principal-agent theory) มาใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และสะท้อนความรับผิดชอบระหว่างกรรมการหลักฯ กับอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการในกระบวนการพิจารณาและจัดลำดับความสำคัญของชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCBP)

ตามทฤษฎีข้างต้น คณะกรรมการหลักฯ ทำหน้าที่เสมือน “ตัวการ” ซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายและมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพ รวมถึงวางกรอบมาตรการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิผล โดยมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นมาปฏิบัติหน้าที่เฉพาะด้าน เช่น คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนและคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข คณะอนุกรรมการเหล่านี้จึงทำหน้าที่ในฐานะ “ตัวแทน” ที่ได้รับมอบหมายตามนโยบายที่กำหนดไว้

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพบว่าคณะอนุกรรมการฯ ทั้งวาระที่ 5 (พ.ศ. 2563–2567) และวาระที่ 6 (พ.ศ. 2567–2571) มีผู้แทนในคณะอนุกรรมการทั้งสองชุดที่เป็นกรรมการหลักฯ มากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนอนุกรรมการทั้งหมด นอกจากนี้ กรรมการหลักฯ ที่ดำรงตำแหน่งในคณะอนุกรรมการทั้งสองชุดพร้อมกันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9 ในวาระที่ 5 เป็นร้อยละ 20.8 ในวาระที่ 6 (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 สัดส่วนผู้แทนในอนุกรรมการทั้งสองชุดที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณา UCBP (universal coverage benefit package)

ลักษณะดังกล่าวสะท้อนถึงบทบาททับซ้อน (role overlapping) ระหว่างคณะกรรมการหลักฯ และคณะอนุกรรมการฯ กล่าวคือ กรรมการบางรายมีบทบาททั้งในฐานะผู้กำหนดนโยบายและผู้กลั่นกรองในเวลาเดียวกัน การดำรงตำแหน่งเช่นนี้ส่งผลให้ขาดความเป็นอิสระในการพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์และลดประสิทธิภาพของกลไกตรวจสอบภายในระบบ ปัญหาดังกล่าวจึงส่งผลให้ความพร้อมด้านการบริหารจัดการด้านบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการฯ ในการเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์อยู่ใน “ระดับต่ำ” (ตามตารางที่ 1 ประเด็นที่ 2.1)

การประเมินในประเด็นที่สอง ผู้วิจัยพิจารณาว่า กระบวนการกลั่นกรองข้อเสนอ UCBP มีการอ้างอิงข้อมูลเชิงสถิติและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (peer-reviewed) หรือไม่ เนื่องจากหลักที่สำคัญคือการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจมากกว่าการใช้ดุลยพินิจของบุคคล โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดไว้

จากการรวบรวมข้อมูลชุดสิทธิประโยชน์ที่ผ่าน

กระบวนการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายบนหลักฐานเชิงประจักษ์ระหว่างปีงบประมาณ 2560-2567 พบว่า หลายหัวข้อได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยทั้งภายในเว็บไซต์ UCBP และจากแหล่งภายนอก เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และ Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) อย่างไรก็ตาม ชุดสิทธิประโยชน์บางหัวข้อ เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งก่อนระยะลุกลามด้วยวิธี stereotactic breast biopsy และการตรวจผู้ป่วยสงสัยโรคไขเลือดออกด้วยชุดตรวจอย่างรวดเร็ว Dengue nonstructural 1 (NS1) antigen rapid diagnostic test (RDT) (ปีงบประมาณ 2567) ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนตามที่เผยแพร่ผ่านช่องทางสาธารณะที่เข้าถึงได้ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากเงื่อนไขของผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยที่จำกัดการเผยแพร่ผลงานวิจัยผ่านช่องทางอื่นนอกเหนือจากเว็บไซต์ของผู้ให้ทุนหรือยังไม่อนุญาตให้เผยแพร่ต่อสาธารณะในบางกรณี

จากข้อค้นพบข้างต้นสรุปได้ว่า คณะกรรมการและอนุกรรมการกลั่นกรองพิจารณา UCBP จากหลักฐานเชิง

ประจักษ์ ขณะเดียวกัน ข้อจำกัดหลักคือ สปสช. ไม่เปิดเผยข้อมูลหรือเอกสารวิชาการที่ใช้ประกอบการพิจารณาสิทธิประโยชน์อย่างเป็นระบบต่อสาธารณะและขาดระบบติดตามความคืบหน้าของการเสนอ UCBP ดังนั้น ความพร้อมด้านการบริหารจัดการการกลั่นกรองพิจารณา UCBP จากหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ใน “ระดับสูง” (ตามตารางที่ 1 ประเด็นที่ 2.2)

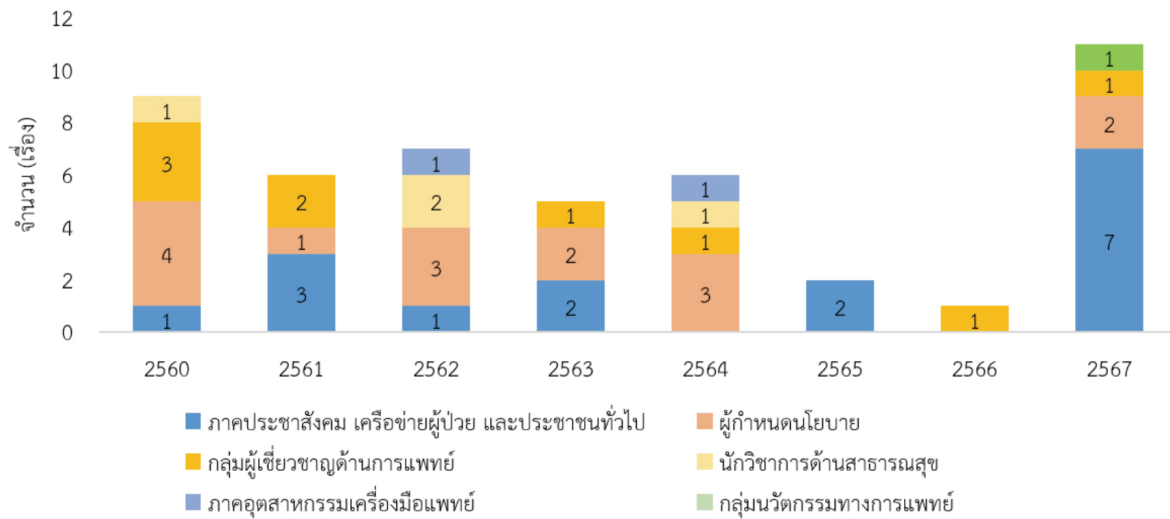
การประเมินในประเด็นที่สาม ผู้วิจัยประเมินว่าสิทธิประโยชน์ได้รับการประเมินผลสัมฤทธิ์ และมีแผนการดำเนินงานชัดเจนต่อหรือไม่ ผู้วิจัยทบทวนรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566 พบว่า การประเมินผลสัมฤทธิ์ของ สปสช. ถูกนำเสนอผ่านตัวชี้วัด 2 ด้าน คือ (1) เป้าหมายตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรรหรือผลงานตามหมวดบริการในงบเหมาจ่ายรายหัวและงบบริการเพิ่มเติมในกลุ่มเฉพาะ (ยึดเป้าหมายการให้บริการ) และ (2) ผลการดำเนินงานการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในแง่ของการให้บริการสาธารณสุขในงบเหมาจ่ายรายหัวและงบเพิ่มเติมเพื่อดูแลกลุ่มเฉพาะ (ยึดผลงานการให้บริการ)

ผู้วิจัยทบทวนการขยายสิทธิประโยชน์นอกงบเหมาจ่ายรายหัวและพบว่าไม่สอดคล้องกับงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ยกตัวอย่างเช่น กองทุนบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (primary care cluster: PCC) ในปีงบประมาณ 2566 พบว่าสิทธิประโยชน์ด้านบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 6 รายการจากปีงบประมาณ 2565 เช่น บริการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน (home ward) และบริการการแพทย์ทางไกลในลักษณะผู้ป่วยนอกทั่วไป (outpatient tele-medicine) ขณะที่งบประมาณที่จัดสรรให้กลับลดลงจาก 319.28 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2565 เหลือเพียง 188.85 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2566 ข้อค้นพบนี้สะท้อนข้อจำกัดเชิงโครงสร้างในการบริหารกองทุนหลัก

ประกันสุขภาพแห่งชาติ หาก สปสช. ไม่ปรับปรุงกลไกการจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับการขยายขอบเขตสิทธิประโยชน์อาจกระทบต่อความยั่งยืนของระบบในระยะยาวได้

สปสช. มีระบบประเมินผลสัมฤทธิ์ของชุดสิทธิประโยชน์ แต่การเผยแพร่ผลการประเมินต่อสาธารณะ เช่น ผ่านรายงานประจำปี ยังมีจำกัด นอกจากนี้ สปสช. ยังขาดเกณฑ์หรือตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ที่เฉพาะเจาะจงกว่าการวัดเพียงระดับความครอบคลุมของบริการโดยเฉพาะในกรณีของชุดสิทธิประโยชน์เฉพาะด้าน เช่น บริการสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาโรคเรื้อรัง หรือบริการสำหรับกลุ่มเปราะบาง ดังนั้น การบริหารจัดการด้านการประเมินผลสัมฤทธิ์ของชุดสิทธิประโยชน์จึงจัดอยู่ใน “ระดับสูง” (ตามตารางที่ 1 ประเด็นที่ 2.3)

การประเมินในประเด็นสุดท้ายนี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาว่า สปสช. นำข้อเสนอจากเครือข่ายภาคประชาชนไปประกอบการดำเนินงานมากน้อยเพียงใด โดยใช้ข้อมูลจากสถานะของหัวข้อที่ผ่านการพิจารณาและประกาศเป็นชุดสิทธิประโยชน์ ระหว่างปีงบประมาณ 2560–2567 พบว่ามีหัวข้อที่ได้รับการเพิ่มเป็นชุดสิทธิประโยชน์รวมทั้งสิ้น 47 หัวข้อ โดยมาจากภาคประชาชน (ครอบคลุมภาคประชาสังคม เครือข่ายผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป) มากที่สุด จำนวน 16 หัวข้อ หรือคิดเป็นร้อยละ 34.0 รองลงมาคือกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย จำนวน 15 หัวข้อ (ร้อยละ 31.9) และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ จำนวน 9 หัวข้อ (ร้อยละ 19.2) (ภาพที่ 3) ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนว่าภาคประชาชนมีบทบาทสำคัญในการเสนอแนะปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ และ สปสช. ให้ความสำคัญกับความคิดเห็นของประชาชนโดยนำข้อเสนอเหล่านั้นมาพิจารณาคัดเลือกและประกาศใช้เป็นชุดสิทธิประโยชน์จริง



ภาพที่ 3 หัวข้อที่ผ่านการพิจารณาและประกาศเพิ่มเป็นชุดสิทธิประโยชน์ (รวม 47 หัวข้อ)

ทั้งนี้ สปสช. มีกลไกให้ประชาชนสามารถเสนอข้อเสนอแนะผ่านการประชุมรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี ข้อเสนอที่ได้รับจะผ่านการคัดกรองและจัดลำดับความสำคัญภายในกลุ่ม ก่อนคัดเลือกเหลือ 5 หัวข้อเพื่อเสนอสู่กระบวนการ UCBP สำหรับปีงบประมาณ 2567 ภาคประชาชนได้เสนอข้อเสนอทั้งหมด 9 หัวข้อ เมื่อผ่านกระบวนการ UCBP แล้วพบว่ามี 7 หัวข้อที่ได้รับการพิจารณาให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์ (คิดเป็นร้อยละ 77.8 ของข้อเสนอทั้งหมด) ความพร้อมด้านการบริหารจัดการในการนำข้อเสนอจากเครือข่ายภาคประชาชนไปประกอบการดำเนินงานจึงอยู่ใน “ระดับสูง” (ตามตารางที่ 1 ประเด็นที่ 2.4)

ส่วนที่ 3 การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน

การประเมินในประเด็นแรก ผู้วิจัยประเมินกฎระเบียบและแนวทางปฏิบัติงานเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนโดยมีกรอบการประเมินว่า สปสช. มีกฎระเบียบกำหนดมาตรฐานจริยธรรม การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และมีระบบประเมินผลการปฏิบัติตามกฎระเบียบหรือไม่

ผู้วิจัยสำรวจกฎระเบียบของ สปสช. มาตรการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนของคณะกรรมการของ สปสช. และมาตรฐานจริยธรรมของเจ้าหน้าที่ พบว่า สปสช. มีกฎระเบียบ มาตรฐานจริยธรรม มีวินัย การอุทธรณ์ และการร้องทุกข์เพื่อป้องกันและเป็นมาตรการประเมินผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้วิจัยยังพบว่า สปสช. มีมาตรการป้องกันการทุจริตในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพประจำปีงบประมาณต่างๆ เช่น ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรการภายในเพื่อส่งเสริมความโปร่งใสและป้องกันการทุจริต พ.ศ. 2562 แผนบริหารความเสี่ยงด้านการทุจริตและการประเมินความเสี่ยงด้านการทุจริตประจำปี แผนการปฏิบัติราชการด้านการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม ป้องกันปราบปรามการทุจริตและการประพฤติมิชอบ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) และแผนปฏิบัติการส่งเสริมคุณธรรมป้องกันปราบปรามการทุจริตและการประพฤติมิชอบ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้วิจัยพบว่า สปสช. มีกฎระเบียบและแนวทางปฏิบัติ

งานเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนเช่นเดียวกับหน่วยงานอื่นๆ และเพื่อตรวจสอบว่ากฎระเบียบดังกล่าวมีการติดตาม ประเมินผลและกำกับดูแลหรือไม่ ผู้วิจัยจึงได้สำรวจเพิ่มเติม สปสช. กำหนดตัวชี้วัด (key performance indicator: KPI) ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน เช่น ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานตามมาตรฐานการประเมินของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ป.ช.) ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90 ภายใน พ.ศ. 2570

นอกจากนี้ สปสช. ยังได้วางแผนประเมินผลอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ ขณะเดียวกัน สปสช. ได้มอบหมายให้งานคุณภาพองค์กรและธรรมาภิบาล (quality management system: QMS) เป็นฝ่ายติดตามและประเมินผล โดยมีบทบาทในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผล และเสนอมาตรการปรับปรุงเมื่อจำเป็น ทั้งนี้ สปสช. ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานรัฐ (integrity and transparency assessment: ITA) ตามที่ ป.ป.ช. กำหนดเป็นประจำทุกปี เพื่อปรับปรุงพัฒนาการบริหารงาน

กล่าวโดยสรุป สปสช. มีกฎระเบียบและแนวทางปฏิบัติงานเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในองค์กร และประเมินผลการปฏิบัติ อย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ ดังนั้น ความพร้อมด้านการบริหารจัดการผลประโยชน์ทับซ้อนอยู่ใน “ระดับสูงที่สุด” (ตามตารางที่ 1 ประเด็นที่ 3.1)

การประเมินในประเด็นสุดท้ายนี้ ผู้วิจัยประเมินว่า กรรมการและอนุกรรมการมีปัจจัยที่เอื้อให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อนหรือไม่ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดไว้ดังตารางที่ 1 ปัจจัยที่สะท้อนปัญหาดังกล่าว ได้แก่ (1) การไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล (2) การขาดระบบดเว้นลงมติ (3) การแต่งตั้งแบบเฉพาะกลุ่ม (4) การขาดระบบการประเมินจริยธรรมและความเสี่ยง และ (5) การขาดการรายงานผลการประเมินความเสี่ยง

ผู้วิจัยพบปัจจัยที่ยังคงสุ่มเสี่ยงและขาดแนวปฏิบัติ

ที่ชัดเจน ได้แก่ (1) การไม่เปิดเผยข้อมูลผลประโยชน์ส่วนบุคคล (บัญชีทรัพย์สินและหนี้สิน) ของกรรมการต่อสาธารณะ (2) ระบบดเว้นการลงมติที่ยังขาดการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการพิจารณาว่ากรรมการใดมีส่วนได้เสียและควรดเว้นการลงมติ รวมถึงวิธีการประกาศการดเว้นต่อสาธารณะ และ (3) การขาดการประเมินความเสี่ยงด้านจริยธรรมในระดับผู้กำหนดนโยบาย (คณะกรรมการและอนุกรรมการ) หรือการเปิดเผยผลการประเมินดังกล่าวต่อสาธารณะอย่างชัดเจน

จากข้อค้นพบข้างต้น ผู้วิจัยสรุปว่า สปสช. มีโครงสร้างและมาตรการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในระดับพื้นฐานที่ชัดเจน ทั้งในด้านกฎระเบียบ แนวทางจริยธรรม และระบบตรวจสอบภายใน โดยกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง เช่น ดัชนีคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านคุณธรรมและธรรมาภิบาลอย่างต่อเนื่อง และมอบหมายให้หน่วยงานเฉพาะ เช่น งาน QMS รับผิดชอบติดตามและรายงานผล

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพบจุดอ่อนสำคัญด้านผลประโยชน์ทับซ้อน ได้แก่ สปสช. ไม่มีข้อกำหนดให้กรรมการต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลต่อสาธารณะ ขณะที่การดเว้นการลงมติเมื่อต้องพิจารณา UCBP นั้นไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ แม้ว่ากรรมการจะมาจากผู้แทนที่หลากหลายก็ตาม นอกจากนี้ การประเมินความเสี่ยงด้านจริยธรรมของคณะกรรมการและอนุกรรมการยังไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อนในระดับผู้พิจารณา นโยบายและงบประมาณ ดังนั้น การประเมินการกำกับองค์กรโดย สปสช. พบว่าการบริหารจัดการเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อนอยู่ในระดับ “ระดับต่ำ” (ตามตารางที่ 1 ประเด็นที่ 3.2)

ส่วนที่ 4 ความโปร่งใสและการเปิดเผยข้อมูลต่อประชาชน

การประเมินในประเด็นแรก ผู้วิจัยได้ทบทวนกฎหมาย

ที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยข้อมูลเพื่อวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และศึกษาข้อมูลบนเว็บไซต์ของ สปสช. ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 หน่วยงานของรัฐมีหน้าที่เปิดเผยข้อมูล 3 ประเภท ได้แก่ (1) ข้อมูลตามมาตรา 7 เช่น โครงสร้างองค์กร อำนาจหน้าที่ และนโยบายที่มีผลต่อประชาชน (2) ข้อมูลตามมาตรา 9 เช่น ผลการพิจารณางบประมาณ คู่มือการปฏิบัติงานและรายงานการประชุมที่เกี่ยวข้อง และ (3) ข้อมูลที่เปิดเผยได้เมื่อมีการร้องขอเป็นรายกรณี ตามมาตรา 11 โดยต้องไม่กระทบต่อความมั่นคงของรัฐหรือสิทธิส่วนบุคคล

จากการสำรวจเว็บไซต์ของ สปสช. พบว่า สปสช. ดำเนินการเปิดเผยข้อมูลตามที่กฎหมายกำหนดเกือบทั้งหมด โดยเฉพาะกฎระเบียบ รายงานผลการดำเนินงาน และข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้าง ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า สปสช. ตระหนักและดำเนินการเปิดเผยข้อมูลตามหลักการของกฎหมายข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสะท้อนถึงความมุ่งมั่นในการสร้างระบบบริหารจัดการภาครัฐที่โปร่งใส

ตรวจสอบได้และเปิดให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ขณะเดียวกัน เอกสารบางรายการไม่พบบนเว็บไซต์ของ สปสช. คือ รายงานข้อเสนอของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้น การประเมินการเปิดเผยข้อมูล อยู่ใน “ระดับสูง” (ตามตารางที่ 1 ประเด็นที่ 4.1)

การประเมินในประเด็นสุดท้าย ผู้วิจัยประเมินการเผยแพร่ข้อมูลของ สปสช. ว่ามีลักษณะที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงมากนักน้อยเพียงใด โดยเลือกประเมินเอกสารสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการงบประมาณ ซึ่งประชาชนมีสิทธิรับรู้ได้แก่ มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายงานประจำปี แผนการใช้จ่ายงบประมาณ และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้างของ สปสช.

การสำรวจเอกสารที่ระบุข้างต้นจากเว็บไซต์ของ สปสช. เพื่อประเมินความง่ายและความยุ่งยากของการเข้าถึงข้อมูล พบว่า สปสช. เปิดเผยข้อมูลสำคัญ เช่น มติคณะกรรมการฯ รายงานประจำปี แผนการใช้จ่ายงบประมาณ และเอกสารจัดซื้อจัดจ้างต่อสาธารณะ

คุณลักษณะของข้อมูลเปิดภาครัฐ	มติคณะกรรมการหลักฯ	รายงานประจำปี	แผนการใช้จ่ายงบประมาณขาขึ้น	แผนการใช้จ่ายงบประมาณขาลง	เอกสารการจัดซื้อจัดจ้าง
1. สมบูรณ์ (complete)	×	✓	×	×	✓
2. ปฐมภูมิ (primary)	✓	✓	✓	✓	✓
3. เป็นปัจจุบัน (timely)	✓	✓	×	✓	✓
4 เข้าถึงได้ง่าย (accessible)	×	✓	×	×	×
5. อ่านได้ด้วยเครื่อง (machine-readable)	✓	✓	✓	✓	✓
6. ไม่เลือกปฏิบัติ (non-discriminatory)	✓	✓	×	✓	✓
7. ไม่จำกัดสิทธิ (non-proprietary)	✓	✓	✓	✓	✓
8. ปลอดสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา (license-free)	✓	✓	✓	✓	✓
9. คงอยู่ถาวร (permanence)	✓	✓	×	×	×
10. ไม่มีค่าใช้จ่าย (free of charge)	✓	✓	✓	✓	✓

✓/ใช่ × ไม่ใช่

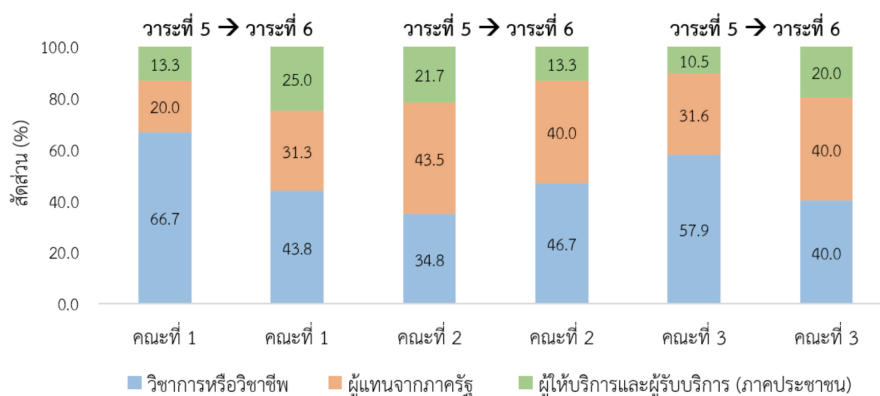
ภาพที่ 4 ผลการประเมินลักษณะข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลการประเมินคุณลักษณะของข้อมูลเปิดของ สปสช. ตามหลักการเปิดเผยข้อมูลของสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล⁽⁸⁾ พบว่าผ่านเกณฑ์ 38 จากทั้งหมด 50 ช่อง คิดเป็นร้อยละ 76 (ภาพที่ 4) ผลดังกล่าวสะท้อนว่า ข้อมูลมีลักษณะเอื้อต่อการเข้าถึงในระดับดี โดยมีจุดเด่นคือการเข้าถึงข้อมูลไม่มีค่าใช้จ่าย ไม่จำกัดสิทธิการเข้าถึง และเป็นข้อมูลที่มาจาก สปสช. โดยตรง ขณะเดียวกัน ในทางปฏิบัติ ผู้วิจัยพบข้อจำกัดบางประการ เช่น ไม่ระบุรายละเอียดเชิงรายการ บางรายการประชาชนต้องร้องขอเป็นรายกรณี และยังขาดความต่อเนื่องของชุดข้อมูล

สปสช. ตระหนักและดำเนินการเปิดเผยข้อมูลตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 การบริหารจัดการองค์กรด้านการเปิดเผยข้อมูลถือว่ามีความโปร่งใสสูง ขณะเดียวกัน การเผยแพร่ข้อมูล เช่น มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แผนการใช้จ่ายงบประมาณฯ และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้างของ สปสช. (ยกเว้นรายงานประจำปี) ยังมีลักษณะที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงอยู่ ดังนั้น การประเมินด้านความโปร่งใสและการเปิดเผยข้อมูลต่อประชาชนของ สปสช. ระดับการประเมินที่ได้รับคือ “ระดับสูง” (ตามตารางที่ 1 ประเด็นที่ 4.2)

ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการใช้อำนาจและตัดสินใจ

การประเมินในประเด็นแรก ผู้วิจัยมุ่งประเมินคณะกรรมการหลักเท่านั้น ประกอบด้วย 3 คณะ ได้แก่ (1) คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข (2) คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน และ (3) คณะอนุกรรมการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข เนื่องจากคณะอนุกรรมการดังกล่าวมีส่วนสำคัญต่อการกำหนดนโยบายและกำหนดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน และมีหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน และกำหนดมาตรฐานการให้บริการซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญในการบริหารจัดการองค์กรของ สปสช. ผู้วิจัยทบทวนรายชื่อผู้แทนกลุ่มต่างๆ ในคณะอนุกรรมการทั้งสามคณะที่กล่าวถึงข้างต้น โดยพิจารณาเฉพาะวาระที่ 5 พ.ศ. 2563-2567 และวาระที่ 6 พ.ศ. 2567-2571 (เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลวาระที่ 4 ผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบเพียงสองวาระเท่านั้น) พบว่า กลุ่มวิชาการหรือวิชาชีพ มีสัดส่วนสูงที่สุดในทั้งสามคณะ รองลงมาคือผู้แทนภาครัฐ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (ภาคประชาชน) ตามลำดับ (ภาพที่ 5) ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงถึงโอกาสในการมีส่วนร่วมที่ยังคงมีอย่างจำกัด ซึ่งเห็นได้ว่าผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (ภาคประชาชน) มีสัดส่วนน้อยและสม่ำเสมอในทั้งสองวาระ



คณะที่ 1 อนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข, คณะที่ 2 อนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน, คณะที่ 3 อนุกรรมการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข

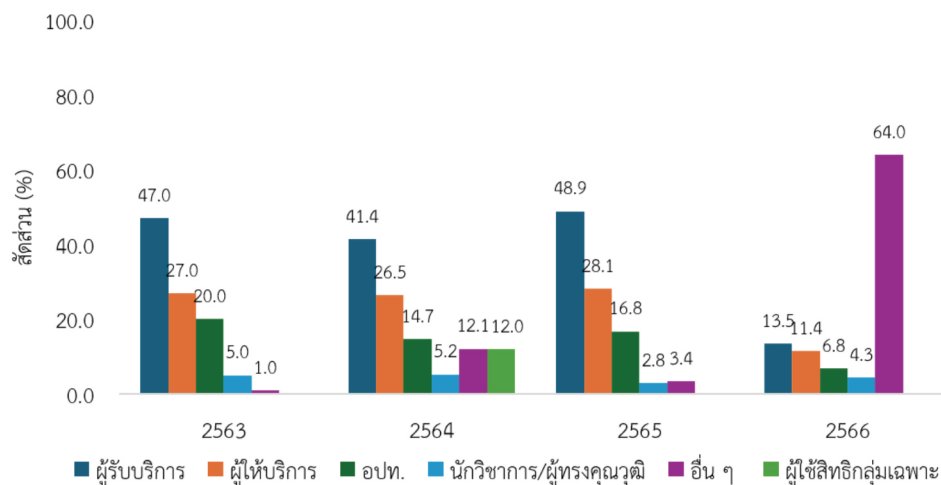
ภาพที่ 5 สัดส่วนผู้แทนกลุ่มต่างๆ ในคณะอนุกรรมการ 3 คณะที่สำคัญ

กลไกขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมี คณะอนุกรรมการทำหน้าที่ศึกษารายละเอียดและปฏิบัติหน้าที่ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่อาจ ดำเนินการได้เองทั้งหมด และนำเสนอต่อกรรมการหลักฯ ซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายและตัดสินใจในขั้นสุดท้าย การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในคณะอนุกรรมการ 3 คณะหลัก พบว่า อนุกรรมการมีตัวแทนจากภาครัฐ ภาควิชาการ หรือวิชาชีพ ผู้ให้บริการ และภาคประชาชนหรือผู้รับบริการ แต่สัดส่วนภาคประชาชนยังคงน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ดังนั้น ผลการประเมินด้านโครงสร้างการบริหารจัดการ องค์การโดยพิจารณาการมีส่วนร่วมของกรรมการและ อนุกรรมการอยู่ใน “ระดับสูง” (ตามตารางที่ 1 ประเด็น ที่ 5.1)

การประเมินในประเด็นสุดท้ายนี้ ผู้วิจัยประเมินการมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียผ่านกลไกการ

มีส่วนร่วมระดับปฏิบัติการ และมีกรอบการประเมินว่า สปสช. มีกลไกให้ภาคประชาชนหรือผู้รับบริการได้นำเสนอ ข้อเสนอแนะ โดยมีช่องทางหลากหลาย และรายงานผล ดำเนินการตามข้อเสนอแนะอย่างต่อเนื่องหรือไม่

สปสช. มีช่องทางรับฟังความคิดเห็นที่หลากหลาย อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลรายงานการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการประจำปีงบประมาณ 2563-2566 ผู้วิจัยพบว่า สัดส่วนผู้เสนอ ความคิดเห็นประจำปีประเภทต่างๆ ไม่แตกต่างกันในสาม ปีแรก แต่ในปีงบประมาณ 2566 กลุ่มผู้รับบริการมีสัดส่วน ลดลง ซึ่งไม่สามารถสรุปได้ว่าเกิดจากปัญหาด้านช่องทาง หรือกระบวนการรับฟังเสียงประชาชน เนื่องจากกลุ่มผู้รับ บริการเปลี่ยนรูปแบบการเข้าถึงจากการเข้าร่วมผ่านเวทีรับ ฟังความคิดเห็นเป็นเข้าร่วมผ่าน Facebook Live มากขึ้น (ภาพที่ 6)



ภาพที่ 6 สัดส่วนประเภทผู้เสนอความคิดเห็นประจำปีงบประมาณ 2563-2566

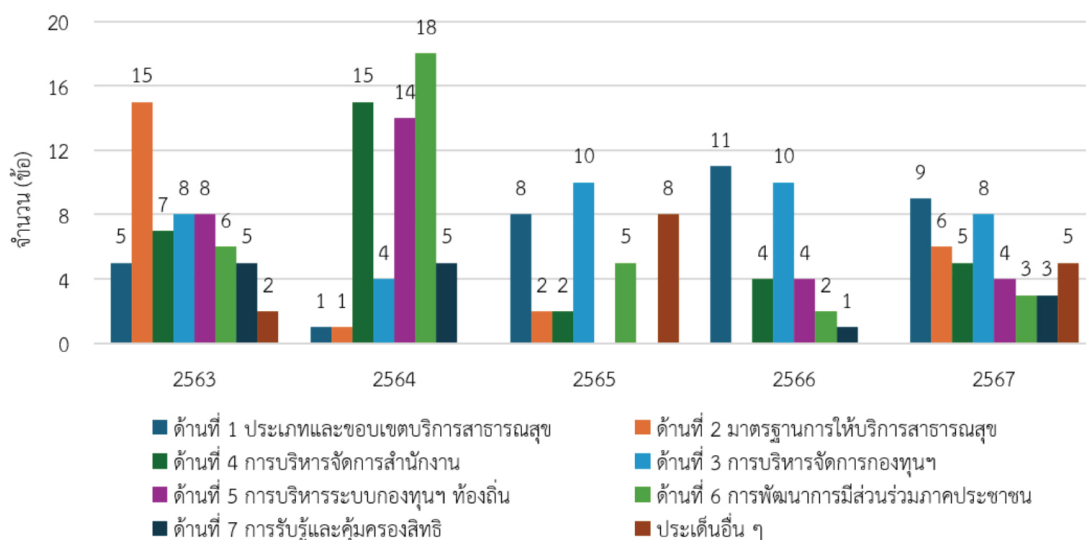
ผู้วิจัยยังพบว่า สปสช. รับฟัง กลั่นกรองและตอบ สอนความคิดเห็นจากการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจาก ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดย สปสช. รวบรวมข้อคิดเห็น ผ่านช่องทางนี้ประมาณ 300-400 เรื่อง ก่อนจะกลั่นกรอง โดยคณะทำงานวิชาการฯ และคณะอนุกรรมการสื่อสาร สังคมและรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับ

บริการ เสนอต่อคณะกรรมการหลักฯ เพื่อพิจารณาอบ หายคณะกรรมการควบคุมฯ และอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการต่อไป

คณะอนุกรรมการสื่อสารสังคมและรับฟังความคิด เห็นโดยทั่วไปฯ จะสรุปผลการรับฟังความคิดเห็นที่ผ่าน การกลั่นกรองจนเหลือข้อเสนอประจำปีเพื่อนำไปจัดทำ

ข้อเสนอนโยบาย 8 ด้าน ผู้วิจัยพบว่าประเภทของข้อเสนอเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอขึ้นอยู่กับบริบททางนโยบายและสถานการณ์สาธารณสุขในแต่ละช่วงเวลา ทั้งนี้ ข้อเสนอด้านที่ 1 ประเภทและขอบเขตบริการกลับมาเป็นประเด็นหลักในช่วงหลัง (ปีงบประมาณ 2565–2567) เช่นเดียวกับด้านที่ 3 การบริหารจัดการกองทุนฯ ข้อเสนอตั้ง

กล่าวสะท้อนถึงความต้องการพัฒนาและขยายขอบเขตบริการหรือชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมมากขึ้น ขณะเดียวกัน ข้อเสนอด้านที่ 6 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนมีแนวโน้มลดลง สะท้อนถึงมีการพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ดีขึ้น (ภาพที่ 7)



ภาพที่ 7 ประเภทข้อเสนอประจำปีเพื่อจัดทำข้อเสนอนโยบายระหว่างปีงบประมาณ 2563-2567

อย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับปฏิบัติการสำคัญไม่น้อยไปกว่าระดับนโยบาย เนื่องจากข้อเสนอ มักสะท้อนปัญหาที่ประชาชนต้องเผชิญโดยตรง การเปิดให้มีเวทีรับฟังความคิดเห็นช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมตามกรอบการมีส่วนร่วมของ International Association for Public Participation (IAP2) คือการให้ร่วมคิด (involve)⁽⁹⁾ โดย สปสช. เปิดเวทีให้ประชาชนร่วมวิเคราะห์ ประเมินผล และเสนอแนวทางปรับปรุงบริการ

กลไกการมีส่วนร่วมระดับปฏิบัติการ โดยประชาชนมีสิทธิแจ้งปัญหาหรือนำเสนอหัวข้อสิทธิประโยชน์ เทคโนโลยี และข้อเสนอแนะต่างๆ สปสช. มีช่องทางรับฟังความคิดเห็นที่หลากหลาย นอกจากประชาชนทั่วไปจะสามารถ

เสนอปัญหาแล้ว สปสช. ยังจัดเตรียมประชุมกลุ่มเฉพาะ เช่น คนพิการ ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ พระสงฆ์ ทหารเกณฑ์ กลุ่มชาติพันธุ์และผู้ให้บริการ เพื่อให้การมีส่วนร่วมครอบคลุมทุกกลุ่มคนที่มีสิทธิบัตรทอง สปสช. รายงานผลดำเนินการตามข้อเสนอแนะอย่างต่อเนื่อง โดยจัดทำรายงานสรุปผลการรับฟังความคิดเห็นทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นประจำทุกปี ดังนั้น การประเมินด้านโครงสร้างการบริหารจัดการองค์กร โดยพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมเสนอปัญหาและข้อเสนอแนะของประชาชนหรือผู้รับบริการแล้ว ระดับการประเมินที่ได้รับคือ “ระดับสูงที่สุด” (ตามตารางที่ 1 ประเด็นที่ 5.2)

วิจารณ์และข้อยุติ

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมามีการทศวรรษของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) พบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญหลายประการ ในช่วงทศวรรษแรก (พ.ศ. 2544–2553) ประเด็นท้าทายหลักคือการปฏิรูประบบสาธารณสุขโดยการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อบริการ (สปสช.) และผู้ให้บริการ (ส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่าง สปสช. กับกระทรวงฯ⁽¹⁾ ต่อมาในทศวรรษหลัง ความขัดแย้งดังกล่าวลดลงอย่างมาก สปสช. มีอำนาจบริหารงบประมาณชัดเจนขึ้นและได้รับความร่วมมือจากกระทรวงฯ ในการกำกับหน่วยบริการภาครัฐ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบประเด็นอื่นที่น่ากังวลเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบ UC และ สปสช.

ผู้วิจัยพบว่ากรรมการบางรายดำรงตำแหน่งต่อเนื่องหลายวาระหรือเป็นอนุกรรมการหลายคณะ เช่น อนุกรรมการด้านสิทธิประโยชน์ (UCBP) อนุกรรมการระดับเขตพื้นที่ ในเวลาเดียวกัน การดำรงตำแหน่งลักษณะนี้อาจมีข้อดีในแง่ของการสร้างความต่อเนื่องของนโยบายและการรักษาบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจในระบบที่ซับซ้อนไว้ในองค์กร แต่ประโยชน์ดังกล่าวอาจไม่เพียงพอที่จะชดเชยความเสี่ยงจากการรวมศูนย์อำนาจ การขาดมุมมองใหม่ในการตัดสินใจ และการบั่นทอนกลไกการตรวจสอบถ่วงดุลเนื่องจากผู้กำหนดนโยบายและผู้ดำเนินงานมีบทบาททับซ้อนกัน แม้ผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในช่วงทศวรรษแรกสะท้อนว่ากรรมการและอนุกรรมการมีความโปร่งใสในระดับสูง⁽¹⁾ แต่ความน่าเชื่อถือของระบบอาจลดลงจากการผูกขาดอำนาจของกรรมการในระยะหลัง อย่างไรก็ตาม สปสช. ยังคงมีจุดแข็งในเรื่องการประเมินความเสี่ยงด้านผลประโยชน์ทับซ้อนเพื่อป้องกันการทุจริตภายในองค์กรโดยมีกฎระเบียบและมาตรการที่

ชัดเจน

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า สปสช. มีกลไกรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มเฉพาะ เช่น คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย และกลุ่มชาติพันธุ์ อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบของคณะกรรมการที่สำคัญกลับมีสัดส่วนของผู้แทนภาคประชาชนที่น้อยกว่าผู้แทนกลุ่มอื่นอย่างชัดเจน ผลดังกล่าวอาจสะท้อนว่าภาคประชาชนยังมีอำนาจต่อรองและบทบาทในการกำหนดทิศทางของนโยบายที่จำกัดอยู่

อย่างไรก็ดี การพิจารณา UCBP ในปัจจุบันส่วนใหญ่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์เหมือนกับการดำเนินงานในช่วงทศวรรษแรก โดย HITAP มีบทบาทสำคัญในการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายสุขภาพก่อนบรรจุเป็น UCBP⁽¹⁾ นอกจากนี้ สปสช. ประเมินผลสัมฤทธิ์ของ UCBP อย่างต่อเนื่องในรูปแบบผลงานการให้บริการหรือความครอบคลุมตามหมวดบริการ แต่ยังคงขาดตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ที่เจาะจงสำหรับ UCBP เฉพาะด้าน เช่น บริการสร้างเสริมสุขภาพและกลุ่มโรคเรื้อรัง

การเปิดเผยข้อมูลของ สปสช. ครอบคลุมตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 ข้อมูลส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและมาจากหน่วยงานโดยตรง อย่างไรก็ตาม เหมือนกับช่วงทศวรรษแรก⁽¹⁾ สปสช. มีจุดบกพร่องในเรื่องการเปิดเผยข้อมูลบางรายการที่ยังไม่ครบถ้วน ไม่เป็นปัจจุบัน หรือไม่สะดวกต่อสาธารณชนในการเข้าถึง ตัวอย่างข้อมูลดังกล่าว เช่น ข้อมูลทรัพย์สินและผลการประเมินความเสี่ยงด้านจริยธรรมของกรรมการและอนุกรรมการ แผนการใช้จ่ายงบประมาณ ขาขึ้นและขาลง และข้อมูลวิจัยที่ใช้อ้างอิง UCBP บางหัวข้อ



สปสช. = สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, UCBP = universal coverage benefit package

ภาพที่ 8 สรุปผลการประเมินการกำหนดนโยบายและการกำกับองค์กร

ข้อจำกัดของการศึกษา

การประเมินองค์ประกอบคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการที่พบว่า มีการมรดำรงตำแหน่งหลายวาระและต่อเนื่องซึ่งอาจสะท้อนกลไกการคัดเลือกกันเองหรือการคัดเลือกโดยตำแหน่ง ทั้งนี้ รายงานการประชุมคณะกรรมการยังขาดรายละเอียดบางส่วนเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้แทนแต่ละกลุ่มทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถประเมินบทบาทการทำหน้าที่ของแต่ละกลุ่มได้อย่างชัดเจน การวิจัยในอนาคตควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อประเมินคุณภาพการทำงานของกรรมการร่วมด้วย การศึกษาดังกล่าวจะช่วยให้เข้าใจที่มาบทบาทและการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจของผู้แทนแต่ละกลุ่ม ตลอดจนคณะทำงานเบื้องหลังได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

ในประเด็นการประเมินกลไกตรวจสอบการทำหน้าที่ให้เกิดความรับผิดชอบนั้น ผู้วิจัยได้พิจารณาหัวข้อสิทธิประโยชน์แล้ว พบว่า มีจำนวน 47 หัวข้อที่ระบุแหล่งที่มาของหัวข้อสิทธิประโยชน์ได้ แต่ยังมีสิทธิประโยชน์อื่นๆ อีกจำนวนมากที่มิได้ระบุผ่านเว็บไซต์ UCBP ซึ่งควรจะศึกษาต่อในอนาคต ทั้งนี้ สถานะหัวข้อที่เสนอไม่สามารถติดตามได้แบบ real-time เป็นอีกหนึ่งข้อจำกัดในการประเมินนี้

นอกจากนี้ การตีความผลในส่วนของการเสนอจากการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการปีงบประมาณ 2565–2567 เพื่อประเมินการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจมีข้อจำกัด ผู้วิจัยไม่ได้พิจารณาระดับความซับซ้อนของแต่ละประเด็นข้อเสนอ ทำให้ไม่สามารถจำแนกได้ว่าประเด็นใดยากหรือง่ายต่อการดำเนินการ เช่น ประเด็นเกี่ยวกับการจ่ายชดเชยค่าบริการที่ผู้ให้บริการบางส่วนยังคงกังวลอยู่ การวิจัยในอนาคตควรศึกษารายละเอียดเหล่านี้เพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะ

จากผลการประเมินพบว่าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังเปราะบางในเรื่องกลไกการบริหารจัดการและการใช้อำนาจหน้าที่โดยเฉพาะของคณะกรรมการและของคณะอนุกรรมการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความชัดเจนในความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่ (accountability) และการถ่วงดุลอำนาจ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับปรุงกฎหมายเป็นหลัก ดังนี้

กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขหลายรายดำรงตำแหน่งต่อเนื่องหลายวาระสลับกันระหว่างสอง

คณะ ซึ่งอาจขัดต่อเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 15 ที่มุ่งเน้นการป้องกันการผูกขาด การดำรงตำแหน่งกรรมการ ดังนั้น ฝ่ายพัฒนากฎหมาย ควรแก้ไขมาตราดังกล่าวโดยกำหนดให้มีช่วงเว้นว่างจากตำแหน่งหลังดำรงตำแหน่งครบ 2 วาระ เพื่อห้ามการดำรงตำแหน่งต่อเนื่องหรือสลับกันระหว่างคณะกรรมการหลักๆ กับคณะกรรมการควบคุมฯ

ผู้วิจัยพบว่า กรรมการหลักๆ ดำรงตำแหน่งในอนุกรรมการมากกว่า 3 คณะ ซึ่งอาจขัดต่อเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 15 และเกิดบทบาทซ้ำซ้อนระหว่างผู้ดำรงตำแหน่งระดับนโยบาย (principal) และระดับปฏิบัติการ (agent) ฝ่ายพัฒนากฎหมายจึงควรกำหนดให้กรรมการหลักๆ และกรรมการควบคุมฯ ดำรงตำแหน่งอนุกรรมการได้ไม่เกิน 2 คณะต่อวาระ

นอกจากนี้ กรรมการหลักๆ และกรรมการควบคุมฯ สามารถแสดงความจำนงเข้าดำรงตำแหน่งอนุกรรมการ (อปสข. และ อคม.) ในแต่ละเขตพื้นที่ได้ไม่เกิน 2 คนต่อหนึ่งชุดคณะอนุกรรมการ การมอบอำนาจดังกล่าวสะท้อนการทำงานแบบ “บนลงล่าง” (top-down) ซึ่งทำให้การสะท้อนปัญหาจากพื้นที่ไม่มีประสิทธิภาพเท่ากับการทำงานแบบ “ล่างขึ้นบน” (bottom-up) คณะกรรมการหลักๆ จึงควรทบทวนการแต่งตั้งกรรมการจากส่วนกลางไปเป็นอนุกรรมการในเขตพื้นที่และเพิ่มบทบาทและอำนาจของ อปสข. และ อคม. ให้สามารถร่วมพิจารณาและเสนอความเห็นเชิงนโยบายในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ได้อย่างมีผลผูกพัน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยการสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ประจำปีงบประมาณ 2567 ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งมีได้เป็นเพียง

แหล่งข้อมูลหลักอันมีคุณค่าสำหรับการศึกษาเท่านั้น หากยังให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการประสานงาน อำนวยความสะดวกด้านข้อมูล เอกสาร และเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้กระบวนการทำงานของหน่วยงานอย่างลึกซึ้ง นอกจากนี้ ความร่วมมือจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในการแสดงความเห็นและให้ข้อเสนอแนะ ยังเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการเติมเต็มมุมมองทางวิชาการของการวิจัยครั้งนี้ อนึ่ง ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในเชิงบริหารจัดการต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ หากมีข้อบกพร่องประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับคำติชม และขอเสนอแนะด้วยความยินดี เพื่อนำไปปรับปรุงในการดำเนินงานวิจัยในอนาคต

References

1. Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001-2010). -- Nonthaburi, Thailand: Health Insurance System Research Office, 2012 [cited 2025 Jul]. Available from: <https://tile.loc.gov/storage-services/service/gdc/gd-covop/2013341727/2013341727.pdf>.
2. Huang X, Yoshino N. Impacts of universal health coverage: Financing, income inequality, and social welfare. ADBI Working Paper; 2016 [cited 2025 Jul]. Available from: <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/214481/adbi-wp617.pdf>.
3. Suriyawongpaisal P, Srithamrongsawat S, Apibunyopas Y, Nipaporn S, Prasitsiriphon O, Bamrunghet W, et al. Evaluation of emergency accident care services under the “Emergency care for all” policy across the three major health insurance schemes. Nonthaburi: Thai Health Insurance System Research Office; 2012 [cited 2025 Jul]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3749?locale-attribute=th>. (in Thai)
4. Nikomborirak D, Paibuljitari V, Srisuwankes T, Lilhawess P. Development of governance guidelines for the Universal Health Coverage system. Nonthaburi: Thai Health Insurance System Research Office; 2013. (in Thai)
5. Srisasalux J, Singthipphun E. Good governance in health

- system management. *J Health Syst Res* 2008;2(2):172-8. (in Thai)
6. Gailmard S. Accountability and principal-agent theory. *The Oxford handbook of public accountability*. New York: Oxford University Press; 2014. p. 90-105.
 7. Papanicolas I, Karanikolos M, Figueras J, Rajan D, editors. Working towards a common approach: the HSPA Framework for UHC. In: *Health system performance assessment: a framework for policy analysis*. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2022: 26 p.
 8. Digital Government Development Agency. Open government data guideline version 1.0. Bangkok: Digital Government Development Agency; 2020 [cited 2025 Jul]. Available from: https://gdhelppage.gdcatalog.go.th/data/05/files/Final_GD-Catalog-Guideline-v1.0.pdf. (in Thai)
 9. International Association for Public Participation. IAP2 core values, code of ethics and spectrum for public participation. Denver (CO): International Association for Public Participation; 2024 [cited 2025 Jul]. Available from: <https://www.iap2.org/page/pillars>.

การดำเนินการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย ตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2558–2567: การทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยาย

สายชล คล้อยเอี่ยม*

วิทิ มโนมัย*

คัมภีร์ งานดี*

อัครวัฒน์ เพียวพงกวัต*

ผู้รับผิดชอบบทความ: สายชล คล้อยเอี่ยม

บทคัดย่อ

ประเทศไทยดำเนินการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานที่ผ่านมายังขาดการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความก้าวหน้าและความท้าทายในการขับเคลื่อนงานในช่วงที่ผ่านมา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอภาพรวมของการพัฒนางานการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย และความก้าวหน้าของการพัฒนาและขับเคลื่อนงานความรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2558–2567 โดยทบทวนเอกสารการสำรวจ เอกสารทางการ และรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวม ประเทศไทยมีการพัฒนานโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ คู่มือและเครื่องมือการทำงาน การสำรวจสถานการณ์ และการดำเนินกิจกรรมโครงการทั้งในระดับองค์กร ชุมชน และระดับบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาของประเทศต่างๆ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในเชิงระบบยังพบความท้าทายหลายประการในด้านการบูรณาการเข้ากับระบบที่มีอยู่ การขาดตัวชี้วัดที่วัดผลได้จริง และการดำเนินงานนอกภาคสาธารณสุขที่ค่อนข้างจำกัด การขับเคลื่อนงานส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในอนาคตยังจำเป็นต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากทุกภาคส่วน เพื่อให้การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพไทยและสังคมไทย

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, ความก้าวหน้า, ประเทศไทย, แผนปฏิบัติการ

* กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข

Received 22 September 2025; Revised 5 November 2025; Accepted 13 November 2025

Suggested citation: Kloyiam S, Manomai W, Ngandee K, Piawpongpakawat A. Implementation of health literacy promotion under the health system reform plan in Thailand during 2015 to 2024: a narrative review. Journal of Health Systems Research 2025;19(4):362-77.

สายชล คล้อยเอี่ยม, วิทิ มโนมัย, คัมภีร์ งานดี, อัครวัฒน์ เพียวพงกวัต. การดำเนินการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย ตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2558–2567: การทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยาย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2568;19(4):362-77.

Implementation of Health Literacy Promotion under the Health System Reform Plan in Thailand during 2015 to 2024: A Narrative Review

Saichon Kloyiam, Withi Manomai, Kampee Ngandee, Akkhrawat Piawpongpakawat

Division of Health Literacy and Health Communication, Department of Health, Ministry of Public Health

Corresponding author: Saichon Kloyiam, skloyiam@gmail.com

Abstract

Thailand has been continuously promoting health literacy according to the National Reform Plan on Public Health since 2015. However, there is lack of systematic collection of data on the progress and challenges in health literacy promotion. This study aimed to present an overview of the development of health literacy promotion, the changes in the health literacy levels among Thai population, and the progress of Thailand's development and promotion of health literacy from 2015 to 2024. The study reviewed documents from surveys, official documents, and various reports related to health literacy promotion. The findings show that, overall, Thailand had made continuous progress in implementing health literacy promotion. There had been developments in policies, strategic plans, action plans, manuals, and working tools, as well as national surveys and project activities at the organizational, community, and individual levels. These actions were found among other countries as well. However, several challenges remained, including systemically integrating health literacy friendly practices into the existing systems, lack of practical indicators, and relatively limited implementation outside the public health sector. The future systematic promotion of health literacy requires support from all sectors to ensure that health literacy promotion would be integrated into health systems and societal activities.

Keywords: health literacy, progress, Thailand, action plan

ภูมิหลังและเหตุผล

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนและระบบสุขภาพ การที่ประชาชนมีความสามารถในการเข้าใจ เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพมาใช้ในการตัดสินใจ ได้อย่างเหมาะสมจะช่วยให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งในการป้องกันโรค และในการเข้ารับบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นและสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นในระบบสาธารณสุขได้⁽¹⁾

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา หลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนามาตรการ

และกลไกในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับพลเมืองของตนเองมากขึ้น ตัวอย่างเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา มี National Action Plan to Improve Health Literacy ซึ่งประกาศใช้ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2553 และยังคงมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนในการปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการสื่อสาร เพื่อให้ประชาชนสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น⁽²⁾ ประเทศเยอรมนีพัฒนา National Action Plan for Health Literacy โดยเน้นการทำให้ระบบสุขภาพเข้าถึงได้ง่ายและปรับปรุงข้อมูลสุขภาพให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น รวมทั้งยกระดับการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับ

ผู้ป่วยให้สูงขึ้นด้วย⁽³⁾ ประเทศสกอตแลนด์มีแผนปฏิบัติการ Making it Easier: A Health Literacy Action Plan for Scotland ซึ่งต่อยอดมาจากแผนปฏิบัติการ Making it Easy (ปี พ.ศ. 2557) เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงและในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ⁽⁴⁾ ประเทศออสเตรเลียพัฒนา National Health Literacy Strategy ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์สุขภาพเชิงป้องกันแห่งชาติ (National Preventive Health Strategy 2021-2030) โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ⁽⁵⁾ ประเทศกาตาร์มี Corporate Strategic Plan 2024-2030 of the Primary Health Care Corporation โดยให้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นวัตถุประสงค์และตัวชี้วัดหนึ่งของแผนปฏิบัติการ⁽⁶⁾ และสาธารณรัฐประชาชนจีนมีการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและเป็นประเทศแรกที่ดีติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เป็นรายปีอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551⁽⁷⁾

การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพระดับชาติของประเทศไทย กำหนดคำนิยามความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy: HL) ว่าหมายถึง ความรู้และสมรรถนะส่วนบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือ (access) ในการทำความเข้าใจ (understand) ในการซักถามข้อสงสัย (ask) ในการประเมิน และในการใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ (decision) ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม

ทักษะการเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการค้นหาข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การป้องกันตนเองจากโรคต่างๆ การทำให้สุขภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรง และเกี่ยวกับการใช้ยา เครื่องสำอางและสมุนไพร หรือการเลือกซื้อสินค้าบริการอื่นๆ เกี่ยวกับสุขภาพ

ทักษะการซักถามข้อสงสัย หมายถึง ความสามารถ

ของบุคคลในการซักถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับโรคและวิธีป้องกันโรค การทำให้สุขภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรง และซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการสุขภาพ

ทักษะการใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับพิจารณาความเหมาะสมและเลือกตัดสินใจนำข้อมูลเหล่านั้นไปใช้ในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การเลือกซื้ออาหาร การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพสะอาดและความปลอดภัยภายในและภายนอกบ้าน การรักษาและป้องกันโรค การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการแจ้งเหตุเดือดร้อนรำคาญ

ประเทศไทยเริ่มดำเนินการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างจริงจัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 โดยมีการดำเนินงานทั้งในระดับการพัฒนานโยบาย การสร้างองค์ความรู้ การพัฒนาเครื่องมือการทำงาน การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนากลไกและการดำเนินกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างๆ และได้ประกาศใช้แผนปฏิบัติการด้านการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพะ การป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2566–2570 อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานที่ผ่านมายังขาดการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความก้าวหน้าและความท้าทายในการขับเคลื่อนงานในช่วงเวลาดังกล่าว การทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมาจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้เห็นภาพรวมของสถานการณ์ปัจจุบันและช่องว่างเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแผนปฏิบัติการในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอภาพรวมของการพัฒนางานการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย และความก้าวหน้าของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2558–2567 โดยรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจ งานวิจัย และ

รายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้สามารถนำไปสู่การกำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยในอนาคต

ระเบียบวิธีศึกษา

คณะผู้วิจัยใช้การทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยาย (narrative review) เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์การพัฒนาการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยในช่วงปี พ.ศ. 2558–2567⁽⁸⁾ โดยดำเนินการดังนี้

1. รวบรวมไฟล์เอกสารและบทความเกี่ยวกับนโยบาย แผนงาน โครงการ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ จากหน้าเว็บไซต์ของหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรอื่นๆ เช่น กรมต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น ดังนี้ “ความรู้ด้านสุขภาพ”, “ความแตกต่างด้านสุขภาพ”, “การส่งเสริมสุขภาพ”, “การรู้เท่าทันสื่อ”, และ “แผนปฏิบัติการ”

2. ส่องหนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาและความก้าวหน้าของการดำเนินกิจกรรม โครงการ และแผนงานที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแผนปฏิบัติการด้านการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2566–2570 จากหน่วยงานระดับกรมและกระทรวง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

3. คัดเลือกเอกสารและแหล่งที่มาของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพในช่วงเวลา พ.ศ. 2558–2567 ด้วยมีคณะผู้วิจัยทั้งหมดเป็นผู้ร่วมพิจารณาและคัดเลือก ดังนี้

- 3.1 ผู้วิจัยแต่ละคนอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อหรือบทสรุปสำหรับผู้บริหารของรายงานและเอกสารทั้งหมด และคัดเลือกเฉพาะที่สอดคล้องกับเกี่ยวกับนโยบาย แผนงาน โครงการ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ ในช่วงปี พ.ศ. 2558–2567

- 3.2 คณะผู้วิจัยประชุมกลุ่มเพื่อนำผลการคัดกรองของตนเองมาเปรียบเทียบกัน รายงานหรือเอกสารที่มีผู้วิจัยส่วนใหญ่คัดเลือกเข้ามา ถูกนำไปวิเคราะห์เชิงพรรณนา ส่วนบทความที่คณะผู้วิจัยมีความคิดเห็นแตกต่างกัน คณะผู้วิจัยได้ร่วมกันอภิปรายจนได้ข้อสรุป

4. สังเคราะห์เชิงพรรณนา (narrative synthesis) และจัดเป็นประเด็นหัวข้อสำคัญ ได้แก่ เหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย ลักษณะและการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย และผลการดำเนินงานส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยาย (narrative review) โดยมุ่งเน้นการสังเคราะห์ข้อมูลจากบทความวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์หรือเผยแพร่แล้ว ไม่มีการเก็บข้อมูลจากมนุษย์โดยตรง ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดมาจากแหล่งข้อมูลสาธารณะ ได้แก่ บทความวิชาการ หนังสือ หรือเอกสารรายงานทางวิชาการที่ได้รับการเผยแพร่สาธารณะ ดังนั้น การศึกษานี้จึงไม่ได้ยื่นขอการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการศึกษา

เหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย

ในช่วงปี พ.ศ. 2558 ถึง 2567 ประเทศไทยมีความ

ก้าวหน้าในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนานโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ คู่มือและเครื่องมือการทำงาน การสำรวจ

สถานการณ์ และการดำเนินกิจกรรมโครงการทั้งในระดับองค์กร ชุมชน และระดับปัจเจก (ตารางที่ 1)

Table 1 Key milestones in the promotion of health literacy in Thailand from B.E. 2558 to 2567

ปี พ.ศ.	เหตุการณ์สำคัญ
2558	สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) เห็นชอบการพัฒนาความรู้และสื่อสารสุขภาพเป็นประเด็นการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ^(9,10)
2559	สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศเห็นชอบรายงานการขับเคลื่อนการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ ^(9,10)
2559	การเข้าร่วมการประชุม the 4 th AHIA International Health Literacy Conference, Vietnam ⁽¹¹⁾
2560	คณะรัฐมนตรี สภานิติบัญญัติแห่งชาติ สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ มีมติเห็นชอบ และส่งเรื่อง การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดิน คณะที่ 4 (พลเรือเอก ณรงค์ พิพัฒนาศัย เป็นประธาน) ^(9,10)
2560	กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ของกระทรวง และดำเนินการให้เรื่องดังกล่าวอยู่ในวาระปฏิรูปเร่งด่วน (Quick win) ของกระทรวง โดยมอบหมายให้กรมอนามัยเป็นเจ้าภาพหลักและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถานศึกษา สถานบริการ ชุมชน ให้เป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ ^(9,10)
2560	คณะกรรมการขับเคลื่อนความรู้และสื่อสารสุขภาพ (คำสั่ง กระทรวงสาธารณสุข ที่ 62/2560) ⁽⁹⁾
2560	สำนักงานขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.) โดยกรมอนามัย
2560	การเข้าร่วมการประชุม the 5 th AHIA International Health Literacy Conference, Malaysia ⁽¹²⁾
2561	แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ประเด็นที่ 8: ความรู้และสื่อสารสุขภาพ) ⁽¹³⁾
2561	ประเด็นสื่อสารหลัก 66 ข้อเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Thai Health Literacy 66) ⁽¹⁴⁾
2561	การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 1 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและกรมอนามัย ⁽¹⁵⁾
2561	ข้อตกลงความร่วมมือ เรื่อง ความรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกรมอนามัย กับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ⁽¹⁶⁾
2561	สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย ⁽¹⁷⁾
2561	การประชุมวิชาการด้านความรู้ด้านสุขภาพระดับชาติ ครั้งที่ 1 โดยสมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทยและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ⁽¹⁸⁾
2561	แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ (กลุ่มเด็กและเยาวชน) โดยกองสุขภาพศึกษา ⁽¹⁹⁾
2561	แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 30.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง โดยกองสุขภาพศึกษา ⁽¹⁹⁾
2561	มติ 11.3 ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 11 พ.ศ. 2561 ⁽²⁰⁾

Table 1 Key milestones in the promotion of health literacy in Thailand from B.E. 2558 to 2567 (cont.)

ปี พ.ศ.	เหตุการณ์สำคัญ
2561	หลักสูตร การพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization) โดยมหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับกรมอนามัย ⁽²¹⁾
2562	คู่มือมาตรฐานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) ได้แก่ สถานบริการสุขภาพ, โรงเรียน, ชุมชน และสถานประกอบการ โดยสมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย ⁽¹⁸⁾
2562	ศูนย์เฝ้าระวังและตอบโต้ความเสี่ยงเพื่อความรู้ด้านสุขภาพ (Risk Response for Health Literacy: RRHL) โดยกรมอนามัย ⁽²²⁾
2562	แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็น 13: การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ⁽²³⁾
2563	คู่มือการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมูลนิธิพัฒนาสถานีนอมนายเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ⁽²⁴⁾
2564	แผนการปฏิรูปด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง) ⁽²⁵⁾
2564	เกณฑ์ประเมินรับรองและคู่มือการใช้เกณฑ์องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ โรงเรียน, ชุมชน และสถานประกอบการ โดยสมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย ⁽¹⁸⁾
2564	กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ (คำสั่งกรมอนามัย ที่ 482/2564)
2564	ศูนย์รวมข้อมูลและกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทย HLO/HLC Hub (สาสุข อุ๋นใจ) โดยกรมอนามัย ⁽¹⁸⁾
2564	คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยกรมควบคุมโรค ⁽²⁶⁾
2564	การประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ปี 2564 โดยกรมควบคุมโรค ⁽²⁷⁾
2565	ระบบการประเมินและรับรองออนไลน์ สถานะการเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยผู้ใช้บริการและคนในชุมชน โดยกรมอนามัย ⁽¹⁸⁾
2565	ประเทศไทยเข้าร่วมเป็นสมาชิก Asian Health Literacy Association: AHLA ⁽²⁸⁾
2565	กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้อัตราความรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการ ⁽²⁹⁾
2565	หลักสูตรพี่เลี้ยงสุขภาพ Health Literacy Coach โดยกรมอนามัย ⁽¹⁸⁾
2565	การเข้าร่วมการประชุม the 7 th AHLA International Health Literacy Conference, Taiwan ⁽²⁸⁾
2565	การประชุมวิชาการระดับชาติด้านความรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 2 (HLO of the Year), นนทบุรี โดยกรมอนามัย ⁽¹⁸⁾
2566	แผนปฏิบัติการด้านการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2566–2570
2566	ความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในแผนหลัก (พ.ศ. 2566–2570) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ⁽³⁰⁾
2566	ปฏิบัติการฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพตามกลุ่มวัย “สาสุข อุ๋นใจ ชาเลนจ์ 2567” โดยกรมอนามัย ⁽¹⁸⁾
2566	หลักสูตรออนไลน์ “ครอบครัวรอบรู้ด้านสุขภาพ” โดยกรมอนามัย ⁽¹⁸⁾
2566	ประชุมวิชาการระดับประเทศ การเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพปฐมภูมิ HLO โดยมูลนิธิพัฒนาสถานีนอมนายเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ⁽³¹⁾

Table 1 Key milestones in the promotion of health literacy in Thailand from B.E. 2558 to 2567 (cont.)

ปี พ.ศ.	เหตุการณ์สำคัญ
2566	การประชุม the 9 th AHLA International Health Literacy Conference, Phuket, Thailand โดยสมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย สสส. และกรมอนามัย ⁽³²⁾
2566	การประชุมวิชาการระดับชาติด้านความรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 3 (HLO of the Year), ขอนแก่น ⁽¹⁸⁾
2566	การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 2 ⁽³³⁾
2566	ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ในแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566-2570) ⁽³⁴⁾
2567	หลักสูตรสำหรับบุคลากรสุขภาพนำไปใช้ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพอเพียงของกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs วิจัยทำงาน โดยสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ⁽³⁵⁾
2567	การเข้าร่วมการประชุม the 10 th AHLA International Health Literacy Conference, Vietnam ⁽³⁶⁾
2567	การประชุมวิชาการระดับชาติด้านความรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 4 (Annual National Health Literacy Meeting), เชียงใหม่ ⁽³⁷⁾

สสรส. = สำนักงานขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน, AHLA = Asian Health Literacy Association, B.E.= Buddhist era, HLC = health literate community, HLO = health literate organization, RRHL = risk response for health literacy

การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย

ประเทศไทยดำเนินการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพระดับประเทศครั้งแรกใน ปี พ.ศ. 2561 และครั้งที่ 2 ใน ปี พ.ศ. 2566 มีคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปเป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างและการกระจายตัวสามารถสะท้อนสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในระดับเขตสุขภาพและประเทศได้ ในภาพรวมพบว่า ร้อยละของคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียง

พอในปี พ.ศ. 2566 อยู่ที่ร้อยละ 80.95 เทียบกับปี พ.ศ. 2561 ร้อยละ 80.91

ในระดับเขตสุขภาพพบว่า เขตสุขภาพจำนวน 7 เขตสุขภาพมีประชากรที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอเพิ่มขึ้น ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 3, 6, 7, 8, 9, และ 10 ขณะที่เขตสุขภาพอีก 6 เขตสุขภาพมีสัดส่วนนี้ลดลง ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 2, 4, 5, 11, และ 12 รวมทั้งกรุงเทพมหานคร (ภาพที่ 1)

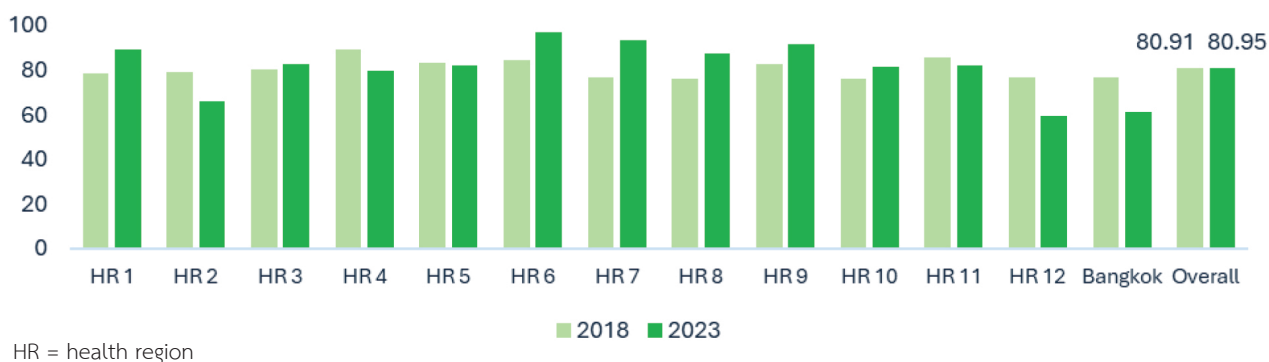


Figure 1 The changing profile of percentages of Thais with adequate health literacy between 2018 and 2023 by health regions and overall

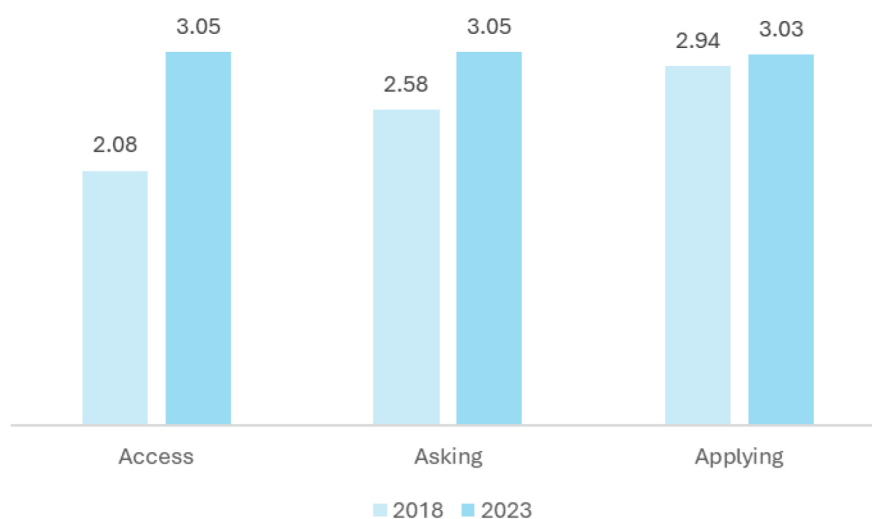


Figure 2 Changes in averaged health literacy scores among Thais by health literacy skills between 2018 and 2023

ภาพที่ 2 แสดงการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ของปี พ.ศ. 2561 กับ 2566 จำแนกตามทักษะที่เกี่ยวข้อง โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2566 คะแนนเฉลี่ยของทั้ง 3 ทักษะ คือ การเข้าถึงข้อมูล การซักถาม และการใช้ข้อมูล เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 ทั้งนี้ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเพิ่มขึ้นมากที่สุด ขณะที่ทักษะการใช้ข้อมูลเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด

ในส่วนของเนื้อหาข้อมูล พบว่า ในปี พ.ศ. 2566

ประชาชนไทยสามารถเข้าถึง ซักถาม และใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพมากขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 โดยประชาชนมีทักษะความรู้ด้านสุขภาพในเนื้อหาของข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมาคือด้านการบริการสุขภาพ และการป้องกันโรค (ภาพที่ 3)

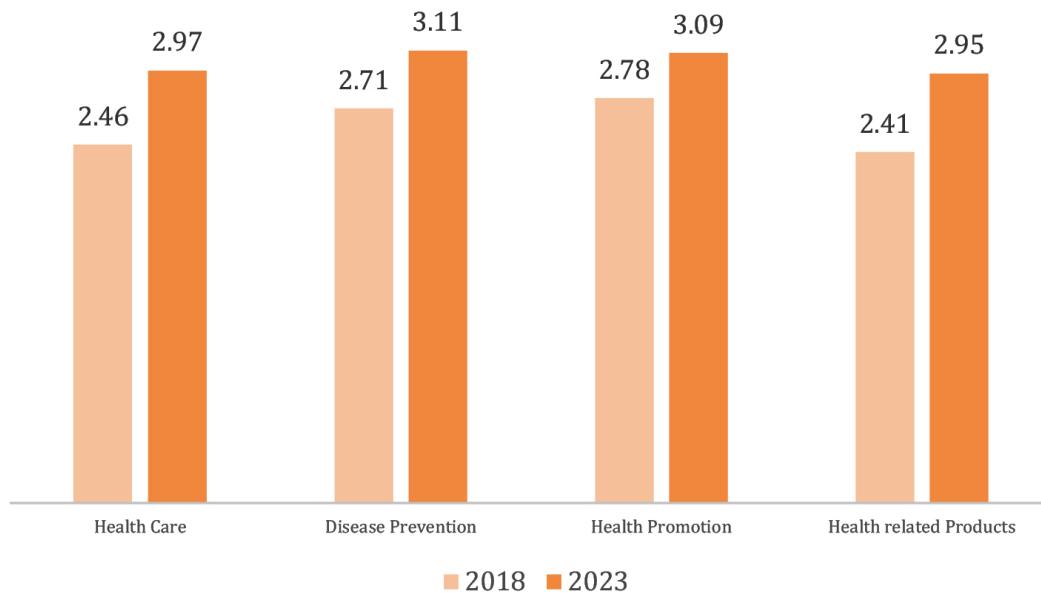


Figure 3 Changes in averaged health literacy scores among Thais by health domains between 2018 and 2023

ผลการดำเนินงานส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของตัวชี้วัดในแผนปฏิบัติการด้านการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2566–2570 จำแนกตามผลการบรรลุค่าเป้าหมาย ณ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 และยุทธศาสตร์ 4 ยุทธศาสตร์ และ ภาพที่ 4 แสดงสถานการณ์ความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2566–2570 ณ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กับค่าเป้าหมาย ณ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยกำหนดให้ผลการดำเนินงานที่สูงกว่าหรือเท่ากับค่าเป้าหมายเป็นสีเขียว และที่ต่ำกว่าเป็นสีแดง และที่ไม่มีข้อมูลเป็นสีเทา ทั้งนี้ ตำแหน่งของผลการดำเนินงานสะท้อนถึงระยะทางความก้าวหน้าของการดำเนินงานเมื่อ

เทียบกับค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ในช่วง 5 ปี

ในภาพรวมพบว่า จากตัวชี้วัดทั้งหมด 30 ตัวชี้วัด มีตัวชี้วัดที่บรรลุค่าเป้าหมาย ณ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 15 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 50 ขณะเดียวกัน มีตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 17) ที่ยังไม่สามารถบรรลุค่าเป้าหมายได้ อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดที่ไม่สามารถรายงานผลได้เนื่องจากไม่มีข้อมูลมีมากถึง 10 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 33 (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาเป็นรายยุทธศาสตร์พบว่า ยุทธศาสตร์ที่มีสัดส่วนตัวชี้วัดที่บรรลุค่าเป้าหมายได้มากที่สุดคือ ยุทธศาสตร์ที่ 4 รองลงมาคือยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่วนยุทธศาสตร์ที่มีจำนวนตัวชี้วัดที่ไม่สามารถรายงานผลได้มากที่สุดคือยุทธศาสตร์ที่ 1 จำนวน 4 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 33 รองลงมาคือยุทธศาสตร์ที่ 2 จำนวน 3 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 42 (ตารางที่ 2)

ทุกตัวชี้วัดที่แสดงสถานะผ่านและไม่ผ่าน เป็นการรายงานจากหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด

สถานการณ์ความก้าวหน้าแผนฯ HL แยกตามรายตัวชี้วัด ณ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

แผนปฏิบัติการด้านการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ: พ.ศ. 2566–2570

**ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ของประชาชนในการจัดการสุขภาพ:**

**เป้าประสงค์ที่ 1 ทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้และทักษะในการพัฒนา
สุขภาพตนเองตลอดช่วงชีวิต**

อายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดี (ปี)

ปี 2565

68

2566

71

2567

72

2568

73

2569

74

2570

75

IHPF, สส

อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิด (ปี)

ปี 2565

74

2566

81

2567

82

2568

83

2569

84

2570

85

IHPF, สส

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป (ร้อยละ)

2566

70

2567

71

2568

82

2569

83

2570

84

กอ, สส

**เป้าประสงค์ที่ 2 ประชาชนมีทักษะสามารถจัดการส่งเสริมสุขภาพ
การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ:**

ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ร้อยละ)

40.0

2566

55

2567

56

2568

57

2569

58

2570

59

ประชาชนทั่วไปเข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (ร้อยละ)

2566

55

2567

56

2568

57

2569

58

2570

59

ประชาชนกลุ่มเสี่ยง (ที่มีภาวะเสี่ยงจากการประเมินตนเองหรือ
การตรวจสุขภาพประจำปี) ได้รับการส่งเสริมเข้าร่วมกิจกรรม
ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (ร้อยละ)

2566

55

2567

56

2568

57

2569

58

2570

59

สร. สค. สก. สข. สพฐ. สอศ. ดย.
พส. สกร. กพร. สปส. ปค.
พ.ท.

ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านโรคและภัยสุขภาพ
สามารถป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพได้
(ร้อยละ)

2566

55

2567

56

2568

57

2569

58

2570

59

ประชาชนที่มีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ
ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศเพิ่ม (ร้อยละ)

48.08

2566

55

2567

56

2568

57

2569

58

2570

59

ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและ
หลอดเลือดได้รับคำปรึกษาสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับยาที่เหมาะสมเพื่อป้องกัน
โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ)

2566

55

2567

56

2568

57

2569

58

2570

59

**เป้าประสงค์ที่ 3 ผู้สูงอายุมีความรอบรู้และทักษะในการดูแล
ตนเองและตัดสินใจรับบริการส่งเสริม ป้องกันและรักษาเพื่อลด
อัตราป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อ**

ผู้สูงอายุมีทักษะในการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี
(Wellness Plan) (ร้อยละ)

2566

50

2567

55

2568

60

2569

65

2570

70

สร. พส. สก.

ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมอง
เสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ)

2566

>30

2567

>40

2568

>50

2569

>50

2570

>50

สร. พส. สก.

ชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการและบูรณาการส่งเสริม
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (1 ชมรม/ตำบล)

2566

2000

2567

4000

2568

6000

2569

8000

2570

10000

สร. พส. สก.

กปส. = กรมประชาสัมพันธ์, กพร. = กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน, กรอ. = กรมโรงงานอุตสาหกรรม, กอ. = กรมอนามัย, จพ. = วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ดย. = กรมกิจการเด็กและเยาวชน, ปค. = กรมการปกครอง, พส. = กรมกิจการผู้สูงอายุ, พท. = กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, พส. = กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, มข. = คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, มธ. = คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, มม. = คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, วช. = สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ, สกร. = กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, สค. = กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, สข. = สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน, สดช. = สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สด. = กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, สธ. = กระทรวงสาธารณสุข, สปส. = สำนักงานประกันสังคม, สพฐ. = สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, สวรส. = สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สสส. = สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, สอศ. = สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา, GSHPS = global standards for health promoting schools, HL = health literacy, HLS = health literate school, IHPF = International Health Policy Foundation มูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ

Figure 4 Progress of the implementation of the Health Literacy Action Plan: B.E. 2566–2570 in year B.E. 2567



สถานการณ์ความก้าวหน้าแผนฯ HL แยกตามรายตัวชี้วัด ณ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (ต่อ)

แผนปฏิบัติการด้านการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ: พ.ศ. 2566-2570

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพและสร้างนวัตกรรมใหม่ในการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล	2566	2567	2568	2569	2570	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
เป้าประสงค์ที่ 1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข (ระดับปฐมภูมิ) สถานประกอบการ/กิจการและหน่วยบริการทั่วไปในการพัฒนาระบบบริการด้านการสร้างความรอบรู้และทักษะในการจัดการสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้รับบริการ						
โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS) /โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล (GSHPs) (แห่ง)	4000 HLS	3000	4000	5000 4795	6000	สส. สก. สข. สพข. สอศ.
สถานบริการสาธารณสุข (ระดับปฐมภูมิ) เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (แห่ง)	2000	4000 3067	6000	8000	10000	สส. สก. สปส.
สถานประกอบการรอบรู้ด้านสุขภาพ (แห่ง)	1000	2000 ?	3000	4000	5000	สส. สก. สข. สพข. สอศ. ปค. กรอ.
บุคลากรด้านสาธารณสุข ครูอนามัยโรงเรียน และนักเรียนที่รับรู้และเข้าถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS) (คน)	3000	4000 2299	5000	6000	7000	สส. สก. สข. สพข. สอศ.
ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (จังหวัด/อำเภอ/ตำบล)	2000	4000	6000	8000 7775	10000	สส. สก. สข. สข. สพข. สอศ. ดย. ผส. สก. สข. สข. สพข. สอศ. ปค. พส. พก. สส. สก. ผส. สก. สข. สพข. สอศ. ปค. พส. พก.
อสม. แก่นนำสุขภาพ จัดอาสาสมัครสุขภาพในชุมชนเพื่อเป็นที่ปรึกษาให้เกิิดการเข้าถึง เข้าใจ และตัดสินใจในการรับบริการสาธารณสุข (ปฐมภูมิ) ที่เหมาะสม (คน)	100000	200000	400000	600000	800000	สส. สก. สข. สข. สพข. สอศ. ดย. ผส. สก. สข. สข. สพข. สอศ. ปค. พส. พก. สส. สก. ผส. สก. สข. สพข. สอศ. ปค. พส. พก.
ยุว อสม. ที่ผ่านการยกระดับพัฒนาศักยภาพเป็นที่ปรึกษาด้านความรอบรู้สุขภาพในชุมชน (คน)	10000	20000 ?	30000	40000	50000	สส. สก. สข. สข. สพข. สอศ. ดย. ปค. พส. พก.
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และกลไกการสื่อสารสัมพันธ์แบบบูรณาการ						
เป้าประสงค์ที่ 1 ประชาชนมีความรอบรู้และทักษะ คิดวิเคราะห์และรู้เท่าทันสื่อ และเลือกใช้ข้อมูลและสื่อสุขภาพที่น่าเชื่อถือ						
ร้อยละของการเฝ้าระวังและตอบโต้ความเสี่ยงด้านสุขภาพออนไลน์ที่ทันต่อสถานการณ์ (ร้อยละ)	10	20	30	40	50	สส. กปส. สดข. สสส. สก. ปค. 83
กลไกและเครือข่ายการสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ (จังหวัด อำเภอ ตำบล) หรือรายประเด็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (องค์กร/แห่ง/ระบบ)	500	1000	1500	2000	3000	สส. กปส. สดข. สสส. สก. ปค.
แกนนำสื่อสารปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพในพื้นที่ (HL Coach/Smart อสม.) (คน)	100000	200000	400000	600000	800000	สส. สก. สข. สข. สพข. สอศ. กปส. สดข. สสส. ดย. ปค. พส. พก.
ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบเฝ้าระวังและมาตรการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามด้านสุขภาพและสุขภาพจิต						
เป้าประสงค์ที่ 1 ขับเคลื่อนนโยบายการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพระดับชาติสู่การปฏิบัติในทุกกระดับ						
มีนโยบายการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในระดับส่วนกลางและระดับภูมิภาคในประเด็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพ (เรื่อง)	1	1 1	1	1	1	สส. สก. สข. สข. สพข. สอศ. ดย. ผส. สก. สข. สข. สพข. สอศ. ปค. พส. พก. กปส. สดข. สสส.
มีศูนย์กลางและกลไกการขับเคลื่อนนโยบายการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านคณะทำงานระดับชาติ (แห่ง)	1	1 1	1	1	1	
มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และจัดการข้อมูลความรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ระบบ)	1	1 1	1	1	1	
ผลงานวิจัย นวัตกรรมความรู้ด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาและนำไปใช้ที่ได้รับการยอมรับ/เผยแพร่ (เรื่อง)	50	100 89	150	200	250	สส. สวรส. มข. มร. ม.ม. จฟ. วช. สสส.
การติดตามและประเมินผลการขับเคลื่อน (ครั้ง)	1	1 1	1	1	1	กอ. สร.
ข้อตกลงความร่วมมือของเครือข่ายส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพระดับประเทศ (ฉบับ)	1	1 ?	1	1	1	สส. สก. สข. สข. สพข. สอศ. ดย. ผส. สก. สข. สข. สพข. สอศ. ปค. พส. พก. กปส. สดข. สวรส. มข. มร. ม.ม. จฟ. วช. สสส.
ภาคีเครือข่าย และภาคประชาสังคมในประเทศ	10	15	20	25	30	
ภาคีเครือข่าย และภาคประชาสังคมระหว่างประเทศ	1	1	1	1	1	

กปส. = กรมประชาสัมพันธ์, กพร. = กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน, กรอ. = กรมโรงงานอุตสาหกรรม, กอ. = กรมอนามัย, จพ. = วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ดย. = กรมกิจการเด็กและเยาวชน, ปค. = กรมการปกครอง, ผส. = กรมกิจการผู้สูงอายุ, พก. = กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, พส. = กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, มข. = คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, มอ. = คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, มม. = คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, วช. = สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ, สกร. = กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, สค. = กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, สข. = สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน, สดข. = สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สก. = กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, สธ. = กระทรวงสาธารณสุข, สปส. = สำนักงานประกันสังคม, สพฐ. = สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, สวรส. = สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สสส. = สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, สอศ. = สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา, = global standards for health promoting schools, HL = health literacy, HLS = health literate school, IHPP = International Health Policy Foundation, มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

Figure 4 Progress of the implementation of the Health Literacy Action Plan: B.E. 2566-2570 in year B.E. 2567 (cont.)

Table 2 Numbers and percentages of indicators by achievement status in 2024 and strategies of Health Literacy Action Plan 2023-2027

Achievement status	Strategy one		Strategy two		Strategy three		Strategy four		Overall	
	number	percent	number	percent	number	percent	number	percent	number	percent
Passed	6	50	2	29	1	33	6	75	15	50
Failed	2	17	2	29	0	0	1	12.5	5	17
No data	4	33	3	42	2	67	1	12.5	10	33
Total	12	100	7	100	3	100	8	100	30	100

วิจารณ์และข้อยุติ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอภาพรวมของการพัฒนางานการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย และความก้าวหน้าของการพัฒนาและขับเคลื่อนงานความรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2559–2567 การสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารรายงาน และแหล่งข้อมูลที่เผยแพร่สาธารณะที่เกี่ยวข้องพบว่า ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนานโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ คู่มือ และเครื่องมือการทำงาน การสำรวจสถานการณ์ และการดำเนินกิจกรรมโครงการทั้งในระดับองค์กร ชุมชน และระดับปัจเจก สอดคล้องกับประเทศอื่นๆ ที่มีการดำเนินการเรื่องนี้

ประเทศไทยบรรจุเรื่องการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเป็นประเด็นปฏิรูปในระบบสาธารณสุข ส่งผลให้เกิดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับกระทรวงสาธารณสุข แผนแม่บทย่อย และแผนปฏิบัติการด้านการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2566–2570 ซึ่งล้วนเป็นแผนระยะยาว การมีแผนระยะยาวนี้เป็นปัจจัยสนับสนุน

การสร้างความรู้ด้านสุขภาพในระดับนโยบายได้อย่างต่อเนื่อง คล้ายกับสาธารณรัฐประชาชนจีนที่มีแผนปฏิบัติการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเป็นรายปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 และมีการดำเนินการในระดับต่างๆ อย่างต่อเนื่อง⁽⁷⁾

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีคู่มือและเครื่องมือทำงานที่หลากหลายสำหรับการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้กับพลเมืองอย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งประเด็นสื่อสารหลัก 66 ข้อสอดคล้องกับสาธารณรัฐประชาชนจีน⁽⁷⁾ คู่มือการสร้างความรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคลตามประเด็นสุขภาพสอดคล้องกับสาธารณรัฐประชาชนจีน⁽⁷⁾ คู่มือพัฒนาองค์กรให้เป็นมิตรต่อผู้ใช้บริการที่มีข้อจำกัดด้านความรู้ด้านสุขภาพและแบบประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับปัจเจกสอดคล้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา⁽²⁾ เยอรมนี⁽³⁾ สกอตแลนด์⁽⁴⁾ และออสเตรเลีย⁽⁵⁾

ด้านการสำรวจสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนระดับชาตินั้น ประเทศไทยดำเนินการไปแล้ว 2 ครั้ง ที่เป็นการติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับชาติ โดยมีช่วงเวลาห่างกัน 5 ปี ทั้งนี้ มีเพียงประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาชนจีนที่ดำเนินการติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับชาติมากกว่า 1 ครั้ง

อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนเรื่องนี่ยังพบความท้าทาย

หลายประการ ดังนี้

ความรู้ด้านสุขภาพที่ยังคงเป็นการดำเนินการในระดับปัจเจก แม้ว่าประเทศไทยจะมีองค์ความรู้ คู่มือและตัวอย่างการดำเนินงานที่ดีเกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแล้ว และมีการดำเนินการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศอย่างต่อเนื่อง แต่การนำไปปฏิบัติจริงยังคงขึ้นอยู่กับความสนใจของผู้บริหารและแกนนำในพื้นที่ เช่น การขับเคลื่อนงานภาครัฐขึ้นอยู่กับกำกับและติดตามของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก โดยเฉพาะการกำหนดให้อัตราความรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการประจำปีงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นไปได้ว่า ในบางปีงบประมาณ อัตราความรู้ด้านสุขภาพอาจไม่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการก็ได้ ทำให้การขับเคลื่อนเรื่องนี้กลายเป็น “ภาคสมัครใจ” มากกว่า “ภาคบังคับ” ที่ยังไม่ได้บูรณาการเข้ากับระบบที่มีอยู่อย่างเป็นรูปธรรม

ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือ ความไม่ต่อเนื่องและความไม่ครอบคลุมของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในระดับปฏิบัติการที่ใกล้ชิดกับประชาชนโดยตรง บางพื้นที่มีการดำเนินงานที่เข้มแข็ง ขณะที่บางพื้นที่อาจยังไม่ได้ดำเนินการมากนัก ดังนั้น จึงยังต้องผลักดันให้การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเป็นนโยบายหลักและแนวปฏิบัติที่ทุกหน่วยงานต้องดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ โดยมีกลไกที่ชัดเจนในการกำกับ ติดตามและประเมินผลเป็นงานประจำ การขาดตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการติดตามความก้าวหน้า

ในแผนปฏิบัติการด้านความรู้ด้านสุขภาพพบว่า มีตัวชี้วัดที่ไม่สามารถรายงานผลได้เนื่องจากไม่มีข้อมูลจำนวน 13 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 43 ของตัวชี้วัดทั้งหมด ส่งผลให้ไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ที่แท้จริงของการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการฯ ได้ว่า ประสบความสำเร็จเพียงใดและควรปรับปรุงแก้ไขในส่วนใดบ้าง จากการรายงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักพบว่า สาเหตุที่ไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดได้นั้น เนื่องมาจาก

การไม่มีรายละเอียดกรอบแนวทางการวัดประเมินผล แหล่งข้อมูล เครื่องมือ และช่องทางการรายงานผลการดำเนินงาน โครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด ทำให้หน่วยงานไม่สามารถพิจารณาได้ว่าโครงการหรือกิจกรรมของหน่วยงานตนเองนั้นสอดคล้องกับตัวชี้วัดใด การขาดข้อมูลนี้ทำให้การวางแผนในอนาคตเป็นไปได้ยาก และอาจทำให้การจัดสรรงบประมาณหรือทรัพยากรขาดประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนและสามารถวัดผลได้จริง พร้อมทั้งมีระบบการรายงานผลอย่างสม่ำเสมอ และโปร่งใส เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนาแผนปฏิบัติการฯ ในช่วงต่อไปให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

การดำเนินงานที่จำกัดอยู่ในภาคสาธารณสุข

ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของแผนปฏิบัติการด้านการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ มาจากการรายงานของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ไม่มีการรายงานจากหน่วยงานภายนอก การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไม่ใช่เพียงแค่การให้ข้อมูลทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลไปใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งต้องอาศัยการฝึกฝนและนำไปใช้ในชีวิตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง ทำให้การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน เช่น การศึกษา การสื่อสาร และสังคม หากการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพยังคงจำกัดอยู่ในภาคสาธารณสุขเป็นหลักจะทำให้เกิดการจำกัดขอบเขตของโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลและขอบเขตของความรู้และการเสริมสร้างทักษะของประชาชน

ดังนั้น จึงจำเป็นต้องขยายขอบเขตการทำงานให้ครอบคลุมหน่วยงานและภาคส่วนอื่นๆ เช่น กระทรวงศึกษาธิการควรบรรจุเนื้อหาความรู้ด้านสุขภาพเข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอนและการฝึกปฏิบัติ กระทรวงมหาดไทยควรพัฒนาพื้นที่และโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรต่างๆ อย่าง

เท่าเทียม ภาคสื่อมวลชนควรมีบทบาทในการนำเสนอและ
เฝ้าระวังข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเข้าใจง่าย และภาค
เอกชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมหรือสร้าง
ผลิตภัณฑ์ที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับพนักงาน
และลูกค้าของตนเอง

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเช่นกัน ประการแรก คณะผู้
วิจัยค้นหารายงานและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้
ด้านสุขภาพที่ค้นพบได้จากหน้าเว็บไซต์ของหน่วยงานต่างๆ
ซึ่งเป็นไปได้ว่า อาจจะมีข้อมูลอื่นๆ ที่ไม่ได้เผยแพร่ผ่านหน้า
เว็บไซต์ นอกจากนี้ ถึงแม้ว่า คณะผู้วิจัยจะได้ทำหนังสือ
ขอรับข้อมูลการดำเนินงานเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
จากหน่วยงานอื่นๆ นอกภาคสาธารณสุข แต่อาจมีข้อมูล
จากบุคคลอื่นอีกที่ไม่ได้เข้าร่วมให้ข้อมูลในครั้งนี้ ประการ
ที่สอง ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ในครั้งนี้เกิดจากการหารือ
และอภิปรายร่วมกันของคณะผู้วิจัยของบทความนี้ ดังนั้น
ข้อสรุปและผลการศึกษาที่ได้รับจึงเป็นผลของการตีความ
หมายของคณะผู้วิจัย

ข้อยุติ

ในภาพรวม ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2567 มีการพัฒนานโยบาย แผน
ยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ คู่มือและเครื่องมือการทำงาน
การสำรวจสถานการณ์ และการดำเนินกิจกรรมโครงการทั้ง
ในระดับองค์กร ชุมชน และระดับบุคคล อย่างไรก็ตาม การ
ขับเคลื่อนเรื่องนี้ยังพบความท้าทายหลายประการในด้าน
การบูรณาการเข้ากับระบบที่มีอยู่ การขาดตัวชี้วัดที่วัดผล
ได้จริง และการดำเนินการนอกภาคสาธารณสุขที่ค่อนข้าง
จำกัด การขับเคลื่อนงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพใน
อนาคตยังจำเป็นต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากทุกภาคส่วน
เพื่อผลักดันให้การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นส่วน
หนึ่งของระบบสุขภาพและสังคมไทย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และหน่วยงานต่างๆ
ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการศึกษานี้ ทั้งการ
ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และการสนับสนุนด้านข้อมูล
ซึ่งช่วยให้การศึกษานี้มีความสมบูรณ์และถูกต้อง ขอ
ขอบคุณกรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุขสำหรับการให้
ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับผลการดำเนินการขับเคลื่อนความ
รอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นหัวใจหลักของการศึกษานี้
กระทรวงมหาดไทยสำหรับการสนับสนุนข้อมูลเชิงพื้นที่
และรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในระดับท้องถิ่น
กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมสำหรับข้อมูลที่
เป็นประโยชน์เกี่ยวกับบทบาทของเทคโนโลยีดิจิทัลในการ
ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ กระทรวงศึกษาธิการ
สำหรับข้อมูลด้านการศึกษาและการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระบบการศึกษา และกระทรวง
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำหรับการให้
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพใน
กลุ่มเป้าหมายต่างๆ

References

1. Apfel F, Tsouros AD. Health literacy: the solid facts. Cph World Health Organ. 2013;15(1):3–26.
2. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, DC: Author; 2010.
3. Schaeffer D, Gille S, Hurrelmann K. Implementation of the national action plan health literacy in Germany—lessons learned. Int J Environ Res Public Health. 2020 June 19;17(12):4403.
4. Scottish Government. Making it easier: a health literacy action plan for Scotland 2017-2025 [internet]. 2017 [cited 2025 May 10]. Available from: <https://www.gov.scot/publications/making-easier-health-literacy-action-plan-scotland-2017-2025/>.
5. Australian Government. Consultation paper: development of the national health literacy strategy [internet]. [cited 2025 May 10]. Available from: <https://consultations.health.gov.au/national-preventive-health-taskforce/national-health-lit->



- eracy-strategy-framework-consul/supporting_documents/Att%20A%20%20NHL5%20Draft%20Framework%20for%20Consultation.pdf.
6. Primary Health Care Corporation. Corporate strategic plan 2024-2030 [internet]. [cited 2025 May 10]. Available from: https://www.phcc.gov.qa/docs/default-source/default-document-library/strategy-2024-2030_v3.pdf.
 7. Li Y, Lv X, Liang J, Dong H, Chen C. The development and progress of health literacy in China. *Front Public Health*. 2022 Nov 7;10:1034907.
 8. Sukhera J. Narrative reviews in medical education: key steps for researchers. *J Grad Med Educ*. 2022 Aug;14(4):418-9.
 9. Secretariat of the House of Representatives. Reform of health literacy and health communication [internet]. [cited 2025 Jun 20]. Reform of Health Literacy and Health Communication. Available from: https://old.parliament.go.th/ewtcommittee/ewt/drive_health/download/user_genocide508/810.pdf. (in Thai)
 10. Secretariat of the House of Representatives. Progress report of health and environmental health reform [internet]. [cited 2025 Jun 20]. Available from: https://old.parliament.go.th/ewtcommittee/ewt/drive_health/download/article/article_20170815155701.pdf. (in Thai)
 11. Asian Health Literacy Association. Conference 2016 - Conference - AHLA - Asian Health Literacy Association [internet]. [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.ahla-asia.org/about/6.htm>.
 12. Asian Health Literacy Association. Conference 2017 - Conference - AHLA - Asian Health Literacy Association [internet]. [cited 2025 Jul 20]. Available from: <https://www.ahla-asia.org/about/7.htm>.
 13. Royal Thai Government Gazette. Announcement of Health Reform [internet]. 2018 [cited 2025 Jul 25]. Available from: <https://www.excise.go.th/cs/groups/public/documents/document/dwnt/mzyz/~edisp/uatucm363801.pdf>. (in Thai)
 14. Child Impact. Health literacy 66 key message [internet]. 2022 [cited 2025 May 8]. Available from: <https://childimpact.co/learning/health-literacy-66-key-message>. (in Thai)
 15. Roma W, Kloyiam S. Thai health literacy survey (THL-S) of Thais aged 15 years and above, 2019. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2019. (in Thai)
 16. Mahidol University. MOU between Mahidol University and Department of Health on Health Literate Thai Society [internet]. [cited 2025 May 13]. Available from: <https://mahidol.ac.th/th/2018/mou-ph-2/>. (in Thai)
 17. Thai Health Literacy Promotion Association. Thai Health Literacy Promotion Association: Health literacy propulsion [internet]. [cited 2025 May 8]. Available from: <https://www.chonlatit.com/bs/indexDisplay.php?id=623>. (in Thai)
 18. Department of Health. Sasuk Oon Chai: HLO/HLC Hub [internet]. [cited 2025 May 11]. Available from: <https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/>. (in Thai)
 19. Health Education Division. Health literacy and health behavior tools and guidelines [internet]. [cited 2025 May 8]. Available from: <https://hed.hss.moph.go.th/tool-hlhb/>. (in Thai)
 20. National Health Commission Office. Resolution 11.3: Health literacy for the prevention and management of non-communicable diseases [internet]. Available from: <https://www.samatcha.org/site/resolution/39a9b4e8-71dd-454a-99ff-cc943495f9ae/detail>. (in Thai)
 21. Mahidol University. Workshop on Health Literate Organization [internet]. [cited 2025 May 13]. Available from: <https://mahidol.ac.th/event/คณะสาธารณสุขศาสตร์-จัดท/>. (in Thai)
 22. Department of Health. Sasuk Sure: RRHL [internet]. [cited 2025 Jun 1]. Available from: <https://sasuksure.anamai.moph.go.th/>. (in Thai)
 23. Office of the National Economic and Social Development Council. Model scheme: 13.1: Wellbeing promotion [internet]. [cited 2025 Jun 20]. Available from: <https://www.nesdc.go.th/wordpress/wp-content/uploads/2025/11/05-NS62-13.pdf>. (in Thai)
 24. Foundation of Royal Health Organization. Handbook for health literate organization development for primary health care organizations [internet]. [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Pdfview/021c6b23-e30d-eb11-80ec-00155d09b41f>. (in Thai)
 25. Office of the National Economic and Social Development Council. Revised national reform plan [internet]. [cited 2025 June 20]. Available from: cr-improvement.pdf. (in Thai)
 26. Department of Disease Control. Handbook for promoting health literacy for disease control and health risk prevention [internet]. 2021 [cited 2025 May 10]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1188920211018040126.pdf>. (in Thai)
 27. Department of Disease Control. Assessment of health literacy for disease control and health risk prevention [internet]. 2022 [cited 2025 June 3]. Available from: <https://datariskcom-ddc.moph.go.th/download/การประเมินความรอบรู้-2/>. (in Thai)
 28. Asian Health Literacy Association. Conference 2022 -

- 8th AHLA International Conference [internet]. [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.ahla-asia.org/about/23.htm>.
29. Inspection Bureau. Inspection guideline [internet]. [cited 2025 Jun 23]. Available from: https://inspection.moph.go.th/e-inspection/file_doch/2025-02-13-03-13-44.pdf. (in Thai)
30. Thai Health Promotion Foundation. Master plan 2023-2027 [internet]. [cited 2025 Jun 24]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/?p=326882>. (in Thai)
31. Thai Health Promotion Foundation. National Health Literate Primary Health Care Organization Conference [internet]. 2023 [cited 2025 May 18]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/ประชุมวิชาการระดับประเทศ/>. (in Thai)
32. Asian Health Literacy Association. Conference 2023 - 9th AHLA International Conference [internet]. 2023 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.ahla-asia.org/about/24.htm>.
33. Suerungruang S, Chamnankong K, Wanwaja M, Kloyiam S. The second health literacy survey of Thai population aged 15 years and above, 2023. Advancing health literacy in Thailand: a national assessment of current situation, determinants, and policy recommendation. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2024. (in Thai)
34. Department of Disease Control. National strategic action plan for non-communicable disease prevention: 2023-2027 [internet]. [cited 2025 May 3]. Available from: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9564>. (in Thai)
35. Behavioral Science Research Institute. Manual of workshop on health literacy and health behavior promotion according to sufficiency philosophy to prevent NCDs among working age group [internet]. 2024 [cited 2025 May 14]. Available from: <https://bsri.swu.ac.th/health-literacy/>. (in Thai)
36. Asian Health Literacy Association. Conference 2024 - 10th AHLA International Conference [internet]. [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.ahla-asia.org/about/25.htm>.
37. Department of Health. 4th Annual National Health Literacy Meeting [internet]. [cited 2025 May 24]. Available from: https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/download/NHLA%202024%20BOOK%20_24092567.pdf. (in Thai)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสตูล

ยศกร ละมัยสะอาด*

กฤษณะ สุวรรณภูมิ†

ผู้รับผิดชอบบทความ: ยศกร ละมัยสะอาด

บทคัดย่อ

การศึกษากาหนดวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชนในจังหวัดสตูล กลุ่มตัวอย่าง 1,928 คน อายุ 15 ปีขึ้นไป เก็บข้อมูลผ่านแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (general health literacy scale for Thais) Cronbach's alpha 0.968 โดยการสำรวจออนไลน์ระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน (independent t-test, one-way ANOVA, chi-square test) ผลการศึกษาพบว่าประชาชนในจังหวัดสตูลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 49.0) มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ได้ โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 177.45 (SD = 32.24) จากคะแนนเต็ม คะแนนปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ภูมิลำเนา, พื้นที่อยู่อาศัย (ใน/นอกเขตเทศบาล), เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, อาชีพ, ความเพียงพอทางเศรษฐกิจ และความรู้สึกลดต่อสุขภาพของตนเอง ในขณะที่ปัจจัยด้านสถานภาพ และโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และกลุ่มผู้อยากนอกเขตเทศบาล มีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเหลื่อมล้ำนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการกำหนดนโยบายและมาตรการเชิงรุก เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มดังกล่าวสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ปัจจัยที่สัมพันธ์, ประชาชน, จังหวัดสตูล

* โรงพยาบาลทุ่งหว้า จ.สตูล

† คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จ.สงขลา

Received 16 July 2025; Revised 3 September 2025; Accepted 27 October 2025

Suggested citation: Lamaisaart Y, Suvarnabhum K. Health literacy and factors associated to health literacy of people in Satun province. Journal of Health Systems Research 2025;19(4):378-91.

ยศกร ละมัยสะอาด, กฤษณะ สุวรรณภูมิ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสตูล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2568;19(4):378-91.

Health Literacy and Factors Associated to Health Literacy of People in Satun Province

Yodsakorn Lamaisaart*, Krishna Suvarnabhumi†

* Thungwa Hospital, Satun Province

† Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Songkhla Province

Corresponding author: Yodsakorn Lamaisaart, yohsakorn@gmail.com

Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate the health literacy levels and associated factors among the people of Satun. The sample comprised 1,928 individuals aged 15 years and older. Data were collected online from June to September 2024 using the general health literacy scale for Thais (Cronbach's alpha 0.968). Descriptive and inferential statistics, including independent t-tests, one-way ANOVA, and chi-square tests, were used for data analysis. The findings revealed that the majority of Satun residents (49.0%) exhibited a fair level of health literacy, with a mean score of 177.45 (SD = 32.24) out of 235 full score. Personal factors that were significantly associated with health literacy ($p < 0.05$) were: place of residence (district), residential area (municipal/non-municipal), gender, age, education level, occupation, economic adequacy, and health perceptions. In contrast, marital status and the presence of chronic diseases were not found to be statistically significant factors. The findings indicated that older adults, individuals with low socioeconomic status, those with a low level of education, and residents living in non-municipal areas have a tendency to possess lower health literacy compared to other groups ($p < 0.05$). This disparity highlights the urgent need to establish proactive policies and measures to empower lower health literate populations to effectively access, understand, and utilize health information for self-care.

Keywords: health literacy, factors, population, Satun province

ภูมิหลังและเหตุผล

ปัจจุบัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ได้รับการยอมรับว่าเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของประชาชน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่สลับซับซ้อน ซึ่งไม่ได้จำกัดอยู่เพียงความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ แต่ยังครอบคลุมความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินและนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่นในชีวิตประจำวัน⁽¹⁾ แนวคิดนี้สอดคล้องกับร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ของประเทศไทย ที่ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แก่ประชาชน ชุมชน และภาคีเครือข่าย เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้ แม้ระบบบริการสาธารณสุขของไทยในอดีตจะเน้นการให้ความรู้แก่ประชาชน แต่ก็พบว่า การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน⁽²⁾ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขไทย ได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า ความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ตอบข้อซักถาม จนสามารถประเมิน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับ เลือกใช้ผลิตภัณฑ์และบริการ เพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ โดยมี 6 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ทักษะความรู้

ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ⁽³⁾ จากความสำคัญดังกล่าว จึงมีผู้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้กันมากมาย และมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำมีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ทางสุขภาพเชิงลบ เช่น การดูแลตนเองอย่างไม่สม่ำเสมอ การเกิดผลข้างเคียงจากยา อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น และมีคุณภาพชีวิตลดลง⁽⁴⁻⁹⁾ ในขณะที่ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสถานะทางเศรษฐกิจที่ดีขึ้น⁽⁸⁾ จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2566 (ครั้งที่ 2) พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ เช่น อายุ การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคเรื้อรัง สถานะสุขภาพ⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำยังก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 3-5 ของรายจ่ายทั้งหมดในแต่ละประเทศ⁽¹¹⁾ ด้วยเหตุนี้ การศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่จึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะในจังหวัดสตูลที่มีได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจระดับประเทศ⁽¹⁰⁾ และยังไม่เคยมีการสำรวจในระดับนี้มาก่อน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสตูล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสตูล กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาคือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสตูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 399 คน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากงานศึกษานี้เลือกใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (convenience sampling) ซึ่งเป็นการคัดเลือกผู้เข้าร่วมที่เข้าถึงได้ง่ายและสะดวกที่สุด และเพื่อรองรับอัตราการไม่ตอบแบบสำรวจที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเก็บข้อมูลผ่านช่องทางโซเชียลมีเดีย เช่น LINE และ Facebook ทีมวิจัยจึงตัดสินใจเพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นเป็นสองเท่าของที่คำนวณได้ นั่นคือ 798 คน เพื่อให้มั่นใจว่าจะมีจำนวนตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ตามที่ต้องการ โดยแบบสอบถามจะถูกกระจายผ่านเครือข่ายของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งในจังหวัดสตูล เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้จำนวนตามที่กำหนด

เครื่องมือในการศึกษา

แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (general health literacy scale for Thais)⁽¹²⁾ ที่พัฒนาโดยสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒมีความน่าเชื่อถือสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha) รวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.968 แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 47 ข้อ จำแนกได้ 5 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (8 ข้อ) ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพอย่างเพียงพอต่อการปฏิบัติ (5 ข้อ) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ (6 ข้อ) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (17 ข้อ) การจัดการสุขภาพตนเอง (11 ข้อ) มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha) ของแต่ละองค์ประกอบเท่ากับ 0.81, 0.85, 0.85, 0.94, 0.90 ตามลำดับ การแปลผลระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (จากองค์ประกอบที่ 1-5) กำหนดเกณฑ์

คือ ไม่ดีพอ-น้อยกว่า 141 คะแนน, พอใช้ได้ 141–187.99
คะแนน, ดีมาก 188-235 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลออนไลน์สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้ Google Forms เพื่อสร้างแบบสอบถาม โดยในส่วนแรกสุดของแบบสอบถามจะมีคำถามคัดกรอง เพื่อยืนยันตัวตนผู้ตอบว่ามีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์และอาศัยอยู่ในจังหวัดสตูลจริง โดยการถามอายุและที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน และตั้งคำถามให้บังคับตอบ จากนั้นกระจายลิงก์แบบสอบถามผ่าน LINE และ Facebook ของเครือข่ายโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่งในจังหวัดสตูล ทั้งนี้เพื่อให้แน่ใจว่าได้กลุ่มตัวอย่างครบถ้วนตามจำนวนที่คำนวณไว้และมีการกระจายตัวครอบคลุมทุกพื้นที่ เมื่อได้ข้อมูลมาแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วน และตรวจสอบความถูกต้องสมเหตุสมผลของข้อมูลด้วยสายตาพร้อมกับทำความสะอาดข้อมูล หากพบข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือมีการตอบที่ไม่สมเหตุสมผลอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจะกำจัดข้อมูลเหล่านั้นออกจากการวิเคราะห์ เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่นำมาใช้มีคุณภาพและน่าเชื่อถือที่สุด โดยดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึงกันยายน 2567 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัย และต้องคลิกยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ก่อนที่จะเข้าทำแบบประเมิน การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจาก คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน จังหวัดสตูล เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2567 โดยมีหมายเลขใบรับรองคือ ET-ST 04/2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการผ่านการใช้โปรแกรม R โดยมีการเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมตามลักษณะของข้อมูลโดยใช้ independent *t*-test และ one-way ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งหากผลการวิเคราะห์ one-way ANOVA พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ก็จะดำเนินการวิเคราะห์ post-hoc analysis เพิ่มเติมเพื่อระบุว่าความแตกต่างนั้นเกิดขึ้นในกลุ่มใดบ้างอย่างเจาะจง นอกจากนี้ ยังมีการใช้ chi-square test เพื่อหาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสตูล

ผลการศึกษา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามจากประชาชนจังหวัดสตูลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 1,984 ชุด พบว่ามีแบบสอบถามที่สมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 1,928 ชุด คิดเป็นร้อยละ 97.2 ของแบบสอบถามทั้งหมด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,928 คน สรุปได้คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 1,543 คน (ร้อยละ 80.0) ในขณะที่เป็นเพศชาย จำนวน 385 คน (ร้อยละ 19.9) อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25-59 ปี จำนวน 1,392 คน (ร้อยละ 72.9) รองลงมาคือช่วงอายุ 60-75 ปี จำนวน 382 คน (ร้อยละ 19.8) และน้อยที่สุดคือช่วงอายุ 15-24 ปี จำนวน 154 คน (ร้อยละ 8.0) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 71.5) ในด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภูมิลำเนา (อำเภอที่อาศัยอยู่) อยู่ในอำเภอเมืองสตูลมากที่สุด จำนวน 469 คน (ร้อยละ 24.3) และน้อยที่สุดคืออำเภอควนโดน 111 คน (ร้อยละ 5.8) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 82.3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 47.1)

กลุ่มตัวอย่างมีการประกอบอาชีพใช้แรงงาน/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป มากที่สุด (ร้อยละ 57.1) ส่วนใหญ่มีทรัพย์สินพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 48.1)

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉลี่ยของประชาชนจังหวัดสตูลเท่ากับ 177.45 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) = 32.24) ซึ่งจัดอยู่ใน ระดับพอใช้ได้ เมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ได้ จำนวน 944 คน (ร้อยละ

49.0) รองลงมาคือระดับดีมาก จำนวน 772 คน (ร้อยละ 40.1) และมีส่วนน้อยที่อยู่ในระดับไม่ดีพอ จำนวน 212 คน (ร้อยละ 11.0) เมื่อแยกเป็นรายองค์ประกอบ พบว่าทุกองค์ประกอบมีลักษณะเช่นเดียวกัน คือ ผู้เข้าร่วมศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ได้ และน้อยที่สุดมีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดีพอ สำหรับผลการพิจารณาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบ สรุปได้ดัง Table 1

Table 1 Overall and domain-specific health literacy levels

Domain-specific health literacy	Mean (SD)	Health literacy levels (%)		
		Low	Moderate	High
1. Access to health information and services	29.98 (5.87)	312 (16.2)	724 (37.5)	892 (46.3)
2. Understanding health information and services sufficient for action	19.05 (3.89)	331 (17.2)	522 (27.1)	1075 (55.8)
3. Appraising health information and services	22.92 (4.52)	311 (16.1)	568 (29.5)	1049 (54.4)
4. Communication and social support	64.38 (12.52)	274 (14.2)	753 (39.1)	901 (46.7)
5. Self-management of health	41.13 (8.02)	323 (16.8)	737 (38.2)	868 (45.0)
Overall health literacy	177.45 (32.24)	212 (11.0)	944 (49.0)	772 (40.1)

การเปรียบเทียบระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใน Table 2
ของกลุ่มตัวอย่างต่างๆ ตามคุณลักษณะส่วนบุคคลแสดง

Table 2 Health literacy scores and levels by personal characteristics

Personal characteristics	N (%)	Mean (SD)	p-value	Health Literacy Levels (%)			p-value*
				Low	Fair	High	
District of residence			<0.001 ^a				<0.001
Mueang Satun	469 (24.3)	181.64 (30.27)		37 (7.9)	225 (48.0)	207 (44.1)	
La-ngu	219 (11.4)	170.94 (28.51)		33 (15.1)	116 (53.0)	70 (32.0)	
Khuan Don	111 (5.8)	180.4 (23.78)		9 (8.1)	56 (50.5)	46 (41.4)	
Tha Phae	136 (7.1)	170.93 (28.68)		16 (11.7)	71 (52.2)	49 (36.0)	
Khuan Kalong	443 (23.0)	172.84 (28.04)		66 (14.9)	218 (49.2)	159 (35.9)	
Thung Wa	289 (15.0)	183.34 (27.99)		24 (8.3)	123 (42.6)	142 (49.1)	
Manang	261 (13.5)	179.38 (29.06)		27 (10.3)	135 (51.7)	99 (37.9)	
Residential area			<0.001 ^t				0.003
Municipal	342 (17.7)	184.15 (28.70)		27 (7.9)	152 (44.4)	163 (47.7)	
Non-municipal	1586 (82.3)	176.03 (28.67)		185 (11.7)	792 (49.9)	609 (38.4)	
Gender			0.01 ^t				0.09
Male	385 (19.9)	173.62 (29.56)		53 (13.8)	191 (49.6)	141 (36.6)	
Female	1543 (80.0)	178.43 (28.59)		159 (10.3)	753 (48.8)	631 (40.9)	
Age			<0.001 ^a				<0.001
15-24 years	154 (8.0)	183.62 (28.54)		13 (8.4)	63 (40.9)	78 (50.7)	
25-59 years	1392 (72.2)	178.47 (28.14)		139 (10.0)	692 (49.7)	561 (40.3)	
60-75 years	382 (19.8)	171.73 (30.60)		60 (15.7)	189 (49.5)	133 (34.8)	
Education level			<0.001 ^a				<0.001
No formal education	34 (1.8)	149.51 (43.08)		13 (38.2)	13 (38.2)	8 (23.5)	
Primary education	539 (28.0)	168.46 (29.20)		92 (17.1)	295 (54.7)	152 (28.2)	
Secondary education	909 (47.1)	179.43 (27.78)		89 (9.8)	447 (49.2)	373 (41.0)	
Vocational certificate, high vocational diploma, or equivalent	194 (10.1)	183.04 (25.42)		9 (4.6)	91 (46.9)	94 (48.5)	
Bachelor's degree	233 (12.1)	190.56 (25.73)		7 (3.0)	92 (39.5)	134 (57.5)	
Master's degree or higher	19 (0.9)	184.84 (25.70)		2 (10.5)	6 (31.6)	11 (57.9)	
Marital status			0.105 ^a				0.17
Single	309 (16.0)	180.69 (27.83)		26 (8.4)	142 (46.0)	141 (45.6)	
Married	1401 (72.7)	177.07 (28.69)		158 (11.3)	698 (49.8)	545 (38.9)	

Table 2 Health literacy scores and levels by personal characteristics (cont.)

Personal characteristics	N (%)	Mean (SD)	p-value	Health Literacy Levels (%)			p-value*
				Low	Fair	High	
Widowed, divorced or separated	218 (11.3)	175.26 (30.68)		28 (12.8)	104 (47.7)	86 (39.5)	
Occupation			<0.001 ^a				<0.001
Agricultural laborer, general laborer	1100 (57.1)	173.21 (29.05)		159 (14.5)	569 (51.7)	372 (33.8)	
Self-employed, business owner	270 (14.0)	182.50 (27.17)		18 (6.7)	136 (50.4)	116 (43.0)	
Private sector employee	33 (1.7)	184.11 (20.52)		0 (0)	11 (33.3)	22 (66.7)	
Government official, public sector employee	157 (8.1)	193.07 (25.38)		8 (5.1)	54 (34.4)	95 (60.5)	
Student	96 (5.0)	188.77 (24.85)		3 (3.1)	38 (39.6)	55 (57.3)	
Unemployed, homemaker	272 (14.1)	176.82 (28.75)		24 (8.8)	136 (50.0)	112 (41.2)	
Economic adequacy			<0.001 ^a				0.018
Sufficient income with savings	427 (22.1)	182.85 (29.65)		41 (9.6)	183 (42.9)	203 (47.5)	
Sufficient income, no savings	928 (48.1)	176.74 (28.05)		97 (10.5)	473 (51.0)	358 (38.6)	
Insufficient income	199 (10.3)	171.88 (30.00)		27 (13.6)	100 (50.3)	72 (36.2)	
Insufficient income and in debt	374 (18.6)	176.15 (28.66)		47 (12.6)	188 (50.3)	139 (37.2)	
Chronic diseases, chronic conditions			0.218 ^a				0.123
None	1379 (71.5)	178.88 (28.23)		142 (10.3)	669 (48.5)	568 (41.2)	
Have noncommunicable diseases (NCDs) such as obesity, diabetes, hypertension, hyperlipidemia, heart etc.	489 (25.4)	174.08 (30.16)		61 (12.6)	251 (51.3)	177 (36.2)	
Have infectious, communicable diseases (e.g., respiratory infections, tuberculosis, chronic fever, blood disorders, etc.)	20 (1.0)	165.68 (32.70)		5 (25.0)	6 (30.0)	9 (45.0)	

Table 2 Health literacy scores and levels by personal characteristics (cont.)

Personal characteristics	N (%)	Mean (SD)	p-value	Health Literacy Levels (%)			p-value*
				Low	Fair	High	
Other	40 (2.1)	176.64 (29.06)		4 (10.0)	18 (45.0)	18 (45.0)	
Health perceptions			<0.001 ^a				<0.001
Excellent	194 (10.1)	198.84 (26.74)		4 (2.1)	55 (28.4)	135 (69.6)	
Good	894 (46.4)	178.36 (27.39)		86 (9.6)	434 (48.6)	374 (41.8)	
Quite good	477 (24.2)	173.12 (28.76)		65 (13.6)	257 (53.9)	155 (32.5)	
Quite poor	306 (15.9)	169.29 (27.35)		43 (14.1)	174 (56.9)	89 (29.1)	
Poor	46 (2.4)	170.04 (33.02)		12 (26.1)	18 (39.1)	16 (34.8)	
Very poor	11 (0.6)	178.64 (34.00)		2 (18.2)	6 (54.6)	3 (27.3)	

^a: result from one-way ANOVA, ^t: result from independent samples t-test, * result from chi-square test

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ามี 8 ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนจังหวัดสตูล ($p < 0.05$) ดังแสดงใน Table 2 ปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่ ภูมิฐานะ ($p < 0.001$), พื้นที่อยู่อาศัย (ในหรือนอกเขตเทศบาล) ($p < 0.001$), เพศ ($p = 0.01$), อายุ ($p < 0.001$), ระดับการศึกษา ($p < 0.001$), อาชีพ ($p < 0.001$), ความเพียงพอทางเศรษฐกิจ ($p < 0.001$) และความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเอง ($p < 0.001$) นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ไม่ดีพอ พอใช้ได้ ดีมาก) ยังพบว่ามี 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ภูมิฐานะ ($p < 0.001$), พื้นที่อยู่อาศัย (ในหรือนอกเขตเทศบาล) ($p = 0.003$), อายุ ($p < 0.001$), ระดับการศึกษา ($p < 0.001$), อาชีพ ($p < 0.001$), ความเพียงพอทางเศรษฐกิจ ($p = 0.018$) และความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเอง ($p < 0.001$)

พบว่า ภูมิฐานะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่อาศัยอยู่ในอำเภอทุ่งหว้ามีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้าน

สุขภาพสูงที่สุด คือ 183.34 คะแนน (SD = 27.99) รองลงมาคือผู้ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองสตูล มีคะแนนเฉลี่ย 181.64 คะแนน (SD = 30.27) ในขณะที่ผู้ที่อาศัยอยู่ในอำเภอท่าแพมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด คือ 170.93 คะแนน (SD = 28.68) จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (post-hoc analysis) พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองสตูลมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในอำเภอควนกาหลง ($p < 0.001$) และอำเภอละงู ($p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ที่อาศัยอยู่ในอำเภอทุ่งหว้ามีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในอำเภอควนกาหลง ($p = 0.005$) และอำเภอละงู ($p = 0.002$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าภูมิฐานะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรอบรู้ ($p < 0.001$) โดยอำเภอทุ่งหว้าเป็นอำเภอที่มีสัดส่วนของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมากสูงที่สุด ร้อยละ 49.1 และในขณะที่อำเภอละงูมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีพอสูงที่สุด ร้อยละ 15.1

พบว่า พื้นที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 184.15 คะแนน ($SD = 28.70$) ซึ่งสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ที่มีคะแนนเฉลี่ย 176.03 คะแนน ($SD = 28.67$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าพื้นที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p = 0.003$) โดยมีการกระจายของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันระหว่างผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล โดยสัดส่วนผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีมากในเขตเทศบาลมีค่าเท่ากับร้อยละ 47.7 แต่่นอกเขตเทศบาลมีค่าเท่ากับร้อยละ 38.4

พบว่า เพศมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p = 0.01$) โดยเพศหญิงมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 178.43 คะแนน ($SD = 28.59$) ซึ่งสูงกว่าเพศชายที่มีคะแนนเฉลี่ย 173.62 คะแนน ($SD = 29.56$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) ผู้ที่มีอายุ 15-24 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงที่สุด คือ 183.62 คะแนน ($SD = 28.54$) ในขณะที่ผู้ที่มีอายุ 60-75 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด คือ 171.73 คะแนน ($SD = 30.60$) จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (post-hoc analysis) พบว่า ผู้ที่มีอายุ 60-75 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีอายุ 15-24 ปี ($p < 0.001$) และผู้ที่มีอายุ 25-59 ปี ($p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) โดยมีการกระจายของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ กลุ่มอายุ 15-24 ปี มีสัดส่วนผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก มากที่สุด ร้อยละ 50.7 แต่กลุ่มอายุ 60-75 ปี มีสัดส่วนผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ระดับไม่ดีพอ มากที่สุด

พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงที่สุด คือ 190.56 คะแนน ($SD = 25.73$) และผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด คือ 149.51 คะแนน ($SD = 43.08$) จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (post-hoc analysis) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ($p < 0.001$), ผู้ที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ($p < 0.001$), และผู้ที่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ($p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ($p = 0.004$), ผู้ที่มีการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ($p < 0.001$), และผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า ($p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งระดับการศึกษายังมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) คือมีการกระจายของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันตามระดับการศึกษา โดยผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงกว่ามีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมากมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า

พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงที่สุด ด้วยคะแนนเฉลี่ย 193.07 คะแนน ($SD = 25.38$) ในขณะที่ผู้ที่ใช้แรงงาน/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด ด้วยคะแนนเฉลี่ย 173.21 คะแนน ($SD = 29.05$) จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (post-hoc analysis) พบว่าผู้ที่รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ มีระดับความรอบรู้

ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มิอาชีพใช้แรงงาน/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป ($p < 0.001$), ผู้ที่ไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้านเป็นแม่บ้านพ่อบ้าน ($p < 0.001$), และผู้ที่มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ($p = 0.03$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีการกระจายของระดับความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอาชีพ โดยอาชีพพนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชนมีสัดส่วนผู้มีความรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก มากที่สุด ร้อยละ 66.7 และอาชีพใช้แรงงาน/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป มีสัดส่วนผู้มีความรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดีพอ มากที่สุด ร้อยละ 14.5

พบว่า ความเพียงพอทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่มีทรัพย์สินพอใช้และมีเหลือเก็บมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด ด้วยคะแนนเฉลี่ย 182.85 คะแนน (SD = 29.65) ในขณะที่ผู้ที่มีทรัพย์สินไม่พอใช้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด คือ 171.88 คะแนน (SD = 30.00) จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (post-hoc analysis) พบว่า ผู้ที่มีทรัพย์สินพอใช้และมีเหลือเก็บ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีทรัพย์สินพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ($p < 0.001$), ผู้ที่มีทรัพย์สินไม่พอใช้ ($p < 0.001$), และผู้ที่มีทรัพย์สินไม่พอใช้และมีหนี้สิน ($p = 0.03$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ความเพียงพอทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.018$) โดยมีการกระจายของระดับความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันตามสถานะความเพียงพอทางเศรษฐกิจ โดยผู้ที่มีความเพียงพอทางเศรษฐกิจพอใช้มีเหลือเก็บมีสัดส่วนความรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก มากที่สุด ร้อยละ 47.5 และผู้ที่มีความเพียงพอทางเศรษฐกิจไม่พอใช้มีสัดส่วนความรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีพอ มากที่สุด ร้อยละ 13.6

พบว่า ความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่รู้สึกสุขภาพของตนเองดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงที่สุด คือ 198.84 คะแนน (SD = 26.74) ในขณะที่ผู้ที่รู้สึกสุขภาพของตนเองค่อนข้างแย่ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด คือ 169.29 คะแนน (SD = 27.35) จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (post-hoc analysis) พบว่า ผู้ที่รู้สึกสุขภาพของตนเองดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่รู้สึกสุขภาพของตนเองดี ($p < 0.001$), ผู้ที่รู้สึกสุขภาพของตนเองไม่ดี ($p < 0.001$), ผู้ที่รู้สึกสุขภาพของตนเองค่อนข้างดี ($p < 0.001$), และผู้ที่รู้สึกสุขภาพของตนเองค่อนข้างไม่ดี ($p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) คือมีการกระจายของระดับความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันตามความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเอง โดยผู้ที่รู้สึกสุขภาพดีมากมีสัดส่วนความรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก มากที่สุด ร้อยละ 69.6 ในขณะที่ผู้ที่รู้สึกสุขภาพไม่ดีมีสัดส่วนความรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดีพอ มากที่สุด ร้อยละ 26.1

วิจารณ์และข้อยุติ

ความรู้ด้านสุขภาพมีลักษณะที่สลับซับซ้อนและแวดล้อมด้วยปัจจัยนานัปการ ดังนั้น การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในประชากรจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพิจารณาและทำความเข้าใจบริบททางสังคมอย่างครอบคลุมและถ่องแท้ จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ที่ 177.45 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับพอใช้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Intarakamhang U⁽¹³⁾ ที่เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือประเมินเดียวกันกับงานศึกษานี้ ในกลุ่มตัวอย่างประชากรไทย 4,000 คน พบว่ามีระดับความรู้ด้านสุขภาพใน

ระดับพอใช้ได้ นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับรายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2566 (ครั้งที่ 2) ซึ่งพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ⁽¹⁰⁾ แม้ว่าการเปรียบเทียบโดยตรงอาจทำได้ยากเนื่องจากมีความแตกต่างด้านเครื่องมือวัดและเกณฑ์การประเมิน แต่ผลลัพธ์ที่ได้จากจังหวัดสตูลนี้ก็ชี้ให้เห็นถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับค่าเฉลี่ยของประเทศ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้กลับไม่สอดคล้องกับการศึกษาในเขตสุขภาพที่ 4 ของ Boonkhayai S⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้จากบริบททางสังคม ประชากรศาสตร์ และความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้ประเมิน

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคลหลายประการมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสตูล โดยผลลัพธ์ที่ได้นั้นสอดคล้องกับแนวโน้มที่พบในการศึกษาวิจัยล่าสุดทั้งในและต่างประเทศ

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า พื้นที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล ซึ่งผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Aljassim และ Ostini⁽¹⁵⁾ ที่สรุปว่า การเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากรที่มากกว่าในเขตเมืองมักส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับรายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2566 (ครั้งที่ 2) Suerungruang⁽¹⁰⁾ ซึ่งพบว่ากลุ่มคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเยอรมนีของ Haeger⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในพื้นที่ชนบทสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้จากปัจจัยหลายประการ เช่น ความแตกต่างของบริบททางสังคมและระบบสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ รวมถึงความแตกต่างของประชากรกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ที่ได้

อายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ที่มีอายุ 15-24 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงที่สุด รวมถึงมีสัดส่วนผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก มากที่สุด ร้อยละ 50.7 ในขณะที่ผู้ที่มีอายุ 60-75 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุดและจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ พบว่าผู้ที่มีอายุ 60-75 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีอายุ 15-24 ปี และผู้ที่มีอายุ 25-59 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับรายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2566 (ครั้งที่ 2) Suerungruang⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า กลุ่มคนที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่ากลุ่มคนที่มีอายุมาก และการศึกษาของ Intarakamhang⁽¹³⁾ ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละกลุ่มอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับการศึกษาและอาชีพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษานี้พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงที่สุด เป็นไปในทิศทางเดียวกับรายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2566 (ครั้งที่ 2) Suerungruang⁽¹⁰⁾ ที่ระบุว่า กลุ่มคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมักมีการศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ มี

ค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่นและผู้ที่ไม่มียาชีพ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาในประเทศตุรกี และประเทศจีน ของ Bodur⁽¹⁷⁾ และ Xie⁽¹⁸⁾ ตามลำดับ ที่พบว่าพนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนสูงสุดของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ข้อสังเกตนี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ และพนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน โดยทั่วไปมักจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีทักษะและช่องทางในการสื่อสารกับบุคคลและเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านนโยบายสาธารณสุขได้มากกว่าอาชีพอื่นๆ ซึ่งข้อค้นพบนี้มีลักษณะคล้ายคลึงกับผลการศึกษามากฉบับ^{(16),(17),(18)}

ความเพียงพอทางเศรษฐกิจเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพบว่าผู้ที่มีทรัพย์สินไม่พอใช้ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด สอดคล้องกับหลายงานการศึกษาในอดีต^{(7),(16),(17)} โดยทั่วไปแล้ว บุคคลที่มีทรัพย์สินมักมีความสามารถในการพัฒนาตนเองได้สูง รวมถึงมีศักยภาพในการสร้างทรัพย์สินได้สูงเช่นกัน อีกทั้งผู้มีรายได้น้อยอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงทรัพยากรและการศึกษา ข้อค้นพบนี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยของ Nilnate⁽¹⁹⁾ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสองปัจจัยดังกล่าว ซึ่งสันนิษฐานได้ว่าเกิดจากความคล้ายคลึงกันของสถานะทางเศรษฐกิจของผู้เข้าร่วมการศึกษาในงานวิจัยนั้น

จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าประชาชนชนดูลในภาพรวมมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่พอใช้ได้และประชาชนบางกลุ่มจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ, ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล, ผู้มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ และผู้มีการศึกษาน้อย ซึ่งการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเร่งด่วนในกลุ่มประชากรเหล่านี้ การค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในระดับชาติและสากลที่ชี้ชัดว่าปัจจัยด้านประชากรศาสตร์และเศรษฐกิจ

สังคม เช่น อายุ การศึกษา และสถานะทางเศรษฐกิจ ล้วนเป็นปัจจัยกำหนดที่สำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยประชากรกลุ่มเหล่านี้มักเผชิญกับข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล ขาดโอกาสในการเรียนรู้ และมีทักษะในการประเมินข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นต่อการตัดสินใจในชีวิตประจำวันที่ดีกว่า การระบุกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการออกแบบและดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดสตูลในอนาคต โดยควรมีการปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละกลุ่ม เช่น การใช้ช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงง่ายสำหรับผู้สูงอายุ การพัฒนาเนื้อหาที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้มีการศึกษาน้อย หรือการสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสุขภาพในชุมชนชนบท เพื่อให้มั่นใจว่า การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์จะเกิดขึ้นอย่างทั่วถึงในทุกกลุ่มประชากร

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสตูลยังคงอยู่ในระดับพอใช้ได้ และมีความเหลื่อมล้ำในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการให้ข้อมูลข่าวสาร แต่ต้องมุ่งเน้นที่การเพิ่มศักยภาพและทักษะของแต่ละกลุ่มบุคคล เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปใช้ในการตัดสินใจและปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพได้โดยหน่วยงานหลักที่ควรมีบทบาทคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผ่านการจัดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้ฝึกฝนทักษะ เช่น การตั้งคำถาม การประเมินข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ใช่แค่การรับรู้ข้อมูล แต่คือความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ได้จริง โดยการออกแบบที่จำเพาะต่อกลุ่มเป้าหมาย จากผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ ผู้มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ และผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีคะแนนความรอบรู้ด้าน

สุขภาพน้อย ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ปรับให้เข้ากับบริบทของกลุ่มเหล่านี้ เช่น การใช้สื่อที่เข้าใจง่าย เน้นการสาธิตเชิงปฏิบัติ และการจัดการประชุมกลุ่มย่อยในชุมชนเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน สำหรับกลุ่มผู้อาศัยนอกเขตเทศบาล ควรมีการสร้างเครือข่ายการสื่อสารที่เข้าถึงง่ายในชุมชน เช่น อสม. ควรได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสารสุขภาพที่เข้าใจบริบทท้องถิ่นและเข้าถึงประชาชนโดยตรง โดยเฉพาะในอำเภอที่มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าอำเภออื่นๆ เช่น อำเภอท่าแพและอำเภอละงู เพื่อช่วยให้ประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงและประเมินข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้ง่ายขึ้น

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรนำมาพิจารณา ประการแรก เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลลัพธ์ได้ ประการที่สอง การเก็บข้อมูลออนไลน์อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรจังหวัดสตูลทั้งหมด โดยเฉพาะกลุ่มที่มีข้อจำกัดหรือผู้ที่เข้าไม่ถึงเทคโนโลยีดิจิทัล และประการสุดท้าย สัดส่วนเพศหญิงที่สูงถึงร้อยละ 80.0 ในกลุ่มตัวอย่าง อาจทำให้ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับเพศไม่สามารถสะท้อนความเป็นจริงของประชากรชายหญิงในจังหวัดสตูลได้ทั้งหมด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษา “ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนจังหวัดสตูล” ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์และความช่วยเหลือจากบุคคลและหน่วยงานหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณฐิตาภรณ์ เต่งหลี เครือข่ายโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดสตูล ที่ได้อนุเคราะห์ข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณครอบครัวที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจอันอบอุ่นมา

โดยตลอด หากมีข้อผิดพลาดประการใดในการศึกษานี้ ผู้วิจัยขอน้อมรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียว และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจและวงการวิชาการต่อไป

References

1. World Health Organization. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
2. National Economic and Social Development Council. The twelfth national economic and social development plan (B.E. 2560 - 2564). Bangkok: NESDC; 2017. (in Thai)
3. Tanasugarn C. Health literacy: lessons learned from international experience to the Thailand context. *Journal of Public Health*. 2018;48(1):1-4.
4. Zheng M, Jin H, Shi N, Duan Ch, Wang D, Yu X, et al. The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):1-10.
5. Chesser AK, Woods NK, Smothers K, Rogers N. Health literacy and older adults. *Gerontol Geriatr Med*. 2016;2:1-13.
6. N'Goran AA, Pasquier J, Deruaz-Luyet A, Burnand B, Haller DM, Neuner-Jehle S et al. Factors associated with health literacy in multimorbid patients in primary care: a cross-sectional study in Switzerland. *BMJ*. 2018;8(2):1-9.
7. Tiparat W, Suwanwela S, Wauters Y. Factors predicting health literacy of older people with hypertension and co-morbidity in Trang Province. *SCNJ*. 2020;7(August):26-38. (in Thai)
8. Wannasirikul P, Termsirikulchai L, Sujirarat D, Benjakul S, Tanasugarn C. Health literacy, medication adherence, and blood pressure level among hypertensive older adults treated at primary health care centers. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2016;47(1):109-20. (in Thai)
9. Ingram RR, Ivanov LL. Examining the association of health literacy and health behaviors in African American older adults: does health literacy affect adherence to antihypertensive regimens. *J Gerontol Nurs*. 2013;39(3):22-32.
10. Suerungruang S, Chamnankong K, Wanwaja M, Kloyiam S. The 2nd national health literacy survey of Thai population aged 15 years and above, 2023. *HSRI*. 2024 Nov [cited 2025 Jul 11]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6197?show=full>.
11. World Health Organization. Health literacy and health promotion. The 7th Global Conference on Health Promotion,

- promoting health and development: closing the implementation gap; 2009 Oct 26-30; Nairobi.
12. Intarakamhang U. Creating and developing of general health literacy scales for Thais. Bangkok, Thailand: MOPH; 2017. (in Thai)
 13. Intarakamhang U, Khammungskul J, Boocha P. General health literacy scale for Thais and comparison between age groups. *Heliyon*. 2022;8(5):e09462.
 14. Boonkhayai S. The study of factors that correlate with health literacy of Thai age 15 years old and above case study in Health Area 4. 2019 [cited 2024 Jul 11]. Available from: <https://hpc4.anamai.moph.go.th/th/cms-of-36/download/?-did=207593&id=80115&reload>. (in Thai)
 15. Aljassim N, Ostini R. Health literacy in rural and urban populations: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2020;103(10):2142–54.
 16. Haeger C, Lech S, Messer M, Gellert P. Urban-rural differences in health literacy in the metropolitan area of Berlin, Germany, and its surroundings. *Eur J Public Health*. 2023;33(4):561–7.
 17. Bodur AS, Filiz E, Kalkan I. Factors affecting health literacy in adults: a community based study in Konya, Turkey. *Int J Caring Sci*. 2017;10(1):100–9.
 18. Xie Y, Ma M, Zhang Y, Tan X. Factors associated with health literacy in rural areas of central China: structural equation model. *BMC Health Serv Res*. 2019 May 10;19(1):300.
 19. Nilnate W, Hengpraprom S, Hanvoravongchai P. Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. *J Health Res*. 2016;30(5):315–21.

การวิเคราะห์สถานการณ์และข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบความก้าวหน้าในวิชาชีพของนักกายภาพบำบัดในสถานพยาบาลภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุข

วัชรินทร์ ทายะติ^{*,§}

สันติภาพ พึ่งอำ^{†,§}

มนติชา ม่วงเงิน^{‡,§}

ผู้รับผิดชอบบทความ: วัชรินทร์ ทายะติ

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล: ระบบความก้าวหน้าในวิชาชีพกายภาพบำบัดในสถานพยาบาลภาครัฐยังมีข้อจำกัดด้านจำนวนอัตราตำแหน่งระดับสูง (ชำนาญการพิเศษขึ้นไป) และการกระจายตัวของอัตราเหล่านั้น ส่งผลกระทบต่อขวัญกำลังใจและการพัฒนาวิชาชีพ

วัตถุประสงค์: เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และอุปสรรคของระบบความก้าวหน้า ศึกษาผลกระทบต่อการพัฒนาวิชาชีพและพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

วิธีการศึกษา: การวิจัยแบบผสมผสาน เริ่มด้วยการวิจัยเชิงปริมาณเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์จากการสุ่มนักกายภาพบำบัดแบบแบ่งชั้น 12 เขตสุขภาพ รวม 363 คน (โรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 20.1 โรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 34.4 และโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 45.5) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และสหสัมพันธ์ Spearman's rank และการวิจัยเชิงคุณภาพสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 40 คน

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปฏิบัติการ (ร้อยละ 76.6) และพบความแตกต่างของการกระจายระดับตำแหน่งตามระดับสถานพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โรงพยาบาลชุมชนมีตำแหน่งระดับชำนาญการพิเศษขึ้นไปเพียงร้อยละ 1.8 เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลศูนย์ที่มีถึงร้อยละ 12.3 สำหรับระดับแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้า พบมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ขั้นตอนการเลื่อนระดับในแต่ละระดับ ($\rho = 0.1214, p < 0.05$)

* งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลตรัง

§ คณะอนุกรรมการส่งเสริมสมรรถนะเพื่อความก้าวหน้าในวิชาชีพกายภาพบำบัดในสถานพยาบาลภาครัฐ สภากายภาพบำบัด

† งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลวังน้ำเขียว

‡ งานกายภาพบำบัด สถาบันลิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

Received 21 August 2025; Revised 10 November 2025; Accepted 14 December 2025

Suggested citation: Tayati W, Pueng-am S, Muang-ngoen M. A situational analysis and policy recommendations for career advancement system for physical therapists in public facilities under the Ministry of Public Health. Journal of Health Systems Research 2025;19(4):392-403.

วัชรินทร์ ทายะติ, สันติภาพ พึ่งอำ, มนติชา ม่วงเงิน. การวิเคราะห์สถานการณ์และข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบความก้าวหน้าในวิชาชีพของนักกายภาพบำบัดในสถานพยาบาลภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2568;19(4):392-403.

สัมพันธ์เชิงลบกับภาระงานประจำ ($\rho = -0.1141, p < 0.05$) และภาระครอบครัว ($\rho = -0.1645, p < 0.01$) ปัญหาหลักของระบบความก้าวหน้า ได้แก่ การจำกัดตำแหน่ง (ร้อยละ 94.7) และการกระจุกตัวในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (ร้อยละ 91.1)

ข้อเสนอแนะ: ควรเพิ่มความชัดเจนของขั้นตอนการเลื่อนระดับควบคู่กับมาตรการสนับสนุนเชิงโครงสร้าง ลดข้อจำกัดด้านภาระงาน และควรเพิ่มการสร้างระบบสนับสนุนการทำงานในพื้นที่เพื่อเสริมแรงจูงใจ และลดความเหลื่อมล้ำของโอกาสความก้าวหน้าในวิชาชีพ

คำสำคัญ: กายภาพบำบัด, การจัดสรรตำแหน่ง, สมรรถนะ, นโยบายสาธารณสุข

A Situational Analysis and Policy Recommendations for Career Advancement System for Physical Therapists in Public Facilities under the Ministry of Public Health

Watcharin Tayati^{*§}, Santipap Pueng-am^{†,§}, Monticha Muang-ngoen^{‡,§}

^{*} Physical Therapy Unit, Department of Rehabilitation Medicine, Trang Hospital

[†] Physical Therapy Unit, Wang Nam Khiao Hospital

[‡] Physical Therapy Unit, Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute

[§] Subcommittee on Competency Promotion for Career Advancement of Physical Therapists in Public Hospitals, Physical Therapy Council

Corresponding author: Watcharin Tayati, watcharintayati@gmail.com

Abstract

Background: The career advancement system for physical therapists in public health facilities is currently constrained by the limited positions of senior professional levels and unequal distribution. Such structural limitations have resulted in reduced motivation and restricted professional development.

Objectives: To analyze current situations and barriers in the career advancement system, to study impacts on professional development, and to develop policy recommendations.

Methods: A mixed-methods study first collected quantitative data from 363 physical therapists through stratified random sampling; and qualitative data from 40 in-depth interviews. Data were analyzed using descriptive statistics, significant difference and Spearman's rank correlation tests.

Results: Imbalance in position distribution was found, with community hospitals having only 1.8% of senior specialist positions compared to 12.3% in tertiary hospitals ($p < 0.001$). Main problems included limited positions (94.7%) and concentration in large hospitals (91.1%). Personal factors were significantly associated with motivation for self-development toward career advancement. Routine workload showed a negative correlation with motivation ($\rho = -0.1141, p < 0.05$), and family responsibilities demonstrated a negative correlation as well ($\rho = -0.1645, p < 0.01$).

Conclusions: The current system creates inequity and impacts professional development. Recommendations include restructuring position distribution, developing context-appropriate evaluation criteria, and creating alternative career pathways.

Keywords: physical therapy, position allocation, competency, health policy

ภูมิหลังและเหตุผล

วิชาชีพกายภาพบำบัดมีบทบาทสำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ครอบคลุมการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันความเจ็บป่วย ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2547⁽¹⁾ สภากายภาพบำบัดได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2566-2569 เพื่อส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะ และสร้างความก้าวหน้าในวิชาชีพอย่างเป็นระบบ⁽²⁾ ปัจจุบันประเทศไทยมีนักกายภาพบำบัดในระบบราชการ จำนวน 3,653 คน⁽³⁾ ซึ่งกระจายตัวในสถานพยาบาลภาครัฐทั้ง 3 ระดับ คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตาม ระบบความก้าวหน้าในวิชาชีพยังประสบปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะการจำกัดจำนวนตำแหน่งระดับชำนาญการพิเศษและระดับเชี่ยวชาญ ส่งผลให้สัดส่วนของตำแหน่งระดับสูงมีจำนวนน้อย และมีการกระจุกตัวในโรงพยาบาลขนาดใหญ่⁽⁴⁾

ระบบการตรึงตำแหน่งตามหลักเกณฑ์สำนักงาน ก.พ. ที่ นร 1008/ว17 ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2552⁽⁵⁾ กำหนดให้การเลื่อนระดับต้องอิงตามโครงสร้างและความจำเป็นของหน่วยงาน ทำให้นักกายภาพบำบัดที่มีศักยภาพและผลงานดีในโรงพยาบาลชุมชนหรือต่างจังหวัด ต้องเผชิญกับทางเลือกที่ยากลำบากระหว่างการคงอยู่ในพื้นที่หรือการย้ายเพื่อความก้าวหน้า การศึกษาในต่างประเทศพบว่าระบบความก้าวหน้าที่ไม่เป็นธรรมเป็นปัจจัยสำคัญในการสูญเสียบุคลากรสุขภาพ⁽⁶⁾ ระบบและโอกาสความก้าวหน้าที่ยากลำบาก ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการรักษาอัตราค่าจ้าง คุณภาพในพื้นที่โดยเฉพาะในชนบท⁽⁷⁾ ขณะที่การปรับระบบให้มีเส้นทางความก้าวหน้าที่หลากหลายสามารถลดการสูญเสียบุคลากรได้ร้อยละ 40 และเพิ่มความพึงพอใจในงานร้อยละ 35⁽⁸⁾

ที่ผ่านมายังขาดข้อมูลการศึกษาในด้านนี้ในประเทศไทย พบเพียงการให้ข้อมูลด้านการดำเนินการขอเพิ่มอัตราค่าจ้างนักกายภาพบำบัดเพื่อให้เพียงพอต่อประชาชนผู้รับ

บริการ โดยนายกสภาะกายภาพบำบัด วาระปี 2566-2569 (ศ.ดร.กภ.ประวิตร เจนวรรณกุล) กล่าวว่าจำนวนนักกายภาพบำบัดในประเทศไทยขณะนี้ที่ขึ้นทะเบียนกับสภาะกายภาพบำบัด และมีใบประกอบวิชาชีพอยู่ประมาณ 1.4-1.5 หมื่นคน ในจำนวนนี้ทำงานในสถานพยาบาลของภาครัฐประมาณ 6,000-7,000 คน ที่เหลือทำงานในภาคเอกชน แต่ทั้งสองภาคส่วนในระบบสุขภาพของประเทศไทยล้วนแต่ขาดแคลนนักกายภาพบำบัดด้วยกันทั้งสิ้น⁽⁹⁾ และมีคณะผู้แทนจากวิชาชีพต่างๆ ดำเนินการขอเพิ่มอัตรานักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษขึ้นไปในโรงพยาบาลชุมชน⁽¹⁰⁾ แต่ยังคงขาดการสนับสนุนการขับเคลื่อนดังกล่าว ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเชิงประจักษ์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน เข้าใจปัญหาและอุปสรรค และพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อปรับปรุงระบบให้เป็นธรรม ยั่งยืน และสนับสนุนการพัฒนาวิชาชีพอย่างแท้จริง

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) อธิบายภาพรวมสถานการณ์และอุปสรรคของระบบความก้าวหน้าในวิชาชีพของนักกายภาพบำบัดสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน 2) ศึกษาผลกระทบต่อการพัฒนาวิชาชีพและแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านองค์กรต่อแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้า 4) พัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางปรับปรุงระบบการพัฒนาวิชาชีพนักกายภาพบำบัดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) ประกอบด้วยการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวทาง sequential explanatory design ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2567 - มีนาคม 2568

การวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือนักกายภาพบำบัดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ จำนวน 3,653 คน ตามข้อมูลกองบริหารทรัพยากรบุคคล ณ ปีงบประมาณ 2566⁽³⁾ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ $n = N/(1+Ne^2) = 3,653/[1+3,653(0.05)^2] = 362.1$ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 363 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง: ใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยแบ่งตามระดับสถานพยาบาล ได้แก่: โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 73 คน (ร้อยละ 20.1) โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 125 คน (ร้อยละ 34.4) และ โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 165 คน (ร้อยละ 45.5)

เกณฑ์การคัดเลือก:

- เป็นนักกายภาพบำบัดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี
- ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก:

- อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ
- ข้อมูลไม่สมบูรณ์

การวิจัยเชิงคุณภาพ เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 40 คนประกอบด้วย ผู้บริหารระดับสูง (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, หัวหน้ากลุ่มงาน) จำนวน 10 คน ผู้ทรงคุณวุฒิและกรรมการประเมินจำนวน 8 คนและ นักกายภาพบำบัดระดับต่างๆ จำนวน 22 คน

เครื่องมือวิจัย

1. แบบสอบถามเชิงปริมาณ พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลพื้นฐาน (12 ข้อ)

ส่วนที่ 2: ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบความก้าวหน้า (15 ข้อ)

ส่วนที่ 3: ปัญหาและอุปสรรค (20 ข้อ)

ส่วนที่ 4: แรงจูงใจและความพึงพอใจ (18 ข้อ)

ส่วนที่ 5: ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม (เป็นคำถามปลายเปิด)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่า item objective congruence index (IOC) = 0.87

2. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก พัฒนาเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง ครอบคลุมประเด็น ดังนี้

- ประสิทธิภาพและมุมมองต่อระบบปัจจุบัน
- ปัญหาและอุปสรรคที่เผชิญ
- ผลกระทบต่อการปฏิบัติงานและชีวิตส่วนตัว
- ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทดลองสัมภาษณ์ 3 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์ (Google Forms) โดยประสานงานผ่านเครือข่ายนักกายภาพบำบัดแต่ละเขตสุขภาพ ระยะเวลาเก็บข้อมูล 6 สัปดาห์ (มกราคม - กุมภาพันธ์ 2568)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบตัวต่อตัว และผ่าน video conference ระยะเวลาสัมภาษณ์ 45-90 นาทีต่อคน มีบันทึกเสียงและจดบันทึกประกอบ (ได้รับอนุญาต) และจัดประชุมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญครั้งละ 6 คน จำนวน 2 ครั้ง ระยะเวลาเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2568 โดยคณะผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ เก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS version 29.0 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) เพื่อทดสอบความแตกต่าง ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของ

สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การวิเคราะห์เชิงประเด็น (thematic analysis) และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (triangulation)

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลตรัง เลขที่ 65/2567 และปฏิบัติตามหลักเกณฑ์พิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย คือ ได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน รักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ให้สิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และไม่มีความเสี่ยงต่อการเข้าถึงผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้พบการตอบกลับ อย่างสมบูรณ์ 363 คน จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 372 คน จาก 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศ คิดเป็นร้อยละแบบสอบถามสมบูรณ์ 97.6

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 363 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือมีจำนวน 219 คน (ร้อยละ 60.3) และจำนวน 144 คน (ร้อยละ 39.7) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี คือมีจำนวน 153 คน (ร้อยละ 42.1) รองลงมาคือช่วงอายุ 25-30 ปี จำนวน 99 คน (ร้อยละ 27.3) อายุ 41-50 ปี จำนวน 87 คน (ร้อยละ 24.0) และอายุ 51-60 ปี จำนวน 24 คน (ร้อยละ 6.6) ในด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 291 คน (ร้อยละ 80.2) รองลงมาคือระดับปริญญาโท จำนวน 68 คน (ร้อยละ 18.7) และระดับปริญญาเอก จำนวน 4 คน (ร้อยละ 1.1) สำหรับประสบการณ์การทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงาน

5-10 ปี จำนวน 135 คน (ร้อยละ 37.2) รองลงมาคือ 11-20 ปี จำนวน 108 คน (ร้อยละ 29.8) น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 88 คน (ร้อยละ 24.2) และ มากกว่า 20 ปี จำนวน 32 คน (ร้อยละ 8.8) เมื่อพิจารณาตามเขตสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างกระจายตัวใกล้เคียงกันในทุกภูมิภาค รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนักกายภาพบำบัด (n = 363)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	144	39.7
หญิง	219	60.3
อายุ (ปี)		
25-30	99	27.3
31-40	153	42.1
41-50	87	24.0
51-60	24	6.6
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	291	80.2
ปริญญาโท	68	18.7
ปริญญาเอก	4	1.1
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)		
น้อยกว่า 5 ปี	88	24.2
5-10 ปี	135	37.2
11-20 ปี	108	29.8
มากกว่า 20 ปี	32	8.8
เขตสุขภาพ		
เขต 1-3 (ภาคเหนือ)	89	24.5
เขต 4-6 (ภาคกลาง)	91	25.1
เขต 7-10 (ภาคอีสาน)	92	25.3
เขต 11-12 (ภาคใต้)	91	25.1

การกระจายตำแหน่งตามระดับสถานพยาบาล

การศึกษาพบว่าในทุกระดับสถานพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งระดับปฏิบัติการ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วนตำแหน่งปฏิบัติการมากที่สุด (ร้อยละ 86.1) ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีสัดส่วนตำแหน่งชำนาญการและชำนาญการ

พิเศษมากกว่า เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนด้วย chi-square test พบว่า สัดส่วนตำแหน่งวิชาชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระดับสถานพยาบาล ($\chi^2 = 18.42$, $df = 6$, $p < 0.001$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของสถานพยาบาลกับระดับตำแหน่งวิชาชีพของบุคลากร ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การกระจายระดับตำแหน่งวิชาชีพตามระดับสถานพยาบาล (n = 363)

ระดับสถานพยาบาล	ปฏิบัติการ n(%)	ชำนาญการ n(%)	ชำนาญการพิเศษ n(%)	เชี่ยวชาญ n(%)	รวม
โรงพยาบาลศูนย์	46 (63.0)	18 (24.7)	7 (9.6)	2 (2.7)	73 (100)
โรงพยาบาลทั่วไป	90 (72.0)	28 (22.4)	6 (4.8)	1 (0.8)	125 (100)
โรงพยาบาลชุมชน	142 (86.1)	20 (12.1)	3 (1.8)	0 (0.0)	165 (100)
รวม	278 (76.6)	66 (18.2)	16 (4.4)	3 (0.8)	363 (100)

$\chi^2 = 18.42$, $df = 6$, $p < 0.001$

ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบความก้าวหน้าในวิชาชีพ

ผลการสำรวจระดับการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับ

ระบบความก้าวหน้าในวิชาชีพ พบว่า ผู้ตอบเกือบครึ่งไม่แน่ใจในโครงสร้างตำแหน่งในสายงานกายภาพบำบัดและเส้นทางความก้าวหน้า ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับระบบความก้าวหน้าในวิชาชีพ (n = 363)

หัวข้อ	ระดับการรับรู้และความเข้าใจ: จำนวน (ร้อยละ)		
	ทราบ (3)	ไม่ทราบ (2)	ไม่แน่ใจ (1)
1. โครงสร้างตำแหน่งในสายงานกายภาพบำบัด			
1.1 ระดับตำแหน่งทั้งหมดในสายงาน	140 (38.6)	67 (18.5)	156 (43.0)
1.2 คุณสมบัติที่จำเป็นในการเลื่อนระดับแต่ละระดับ	110 (30.3)	101 (27.8)	152 (41.9)
2. เส้นทางความก้าวหน้า			
2.1 ขั้นตอนการเลื่อนระดับในแต่ละระดับ	100 (27.6)	99 (27.3)	164 (45.2)
2.2 ระยะเวลาที่ต้องใช้ในการเลื่อนระดับแต่ละระดับ	103 (28.4)	111 (30.6)	149 (41.1)

สถานการณ์และอุปสรรคในการพัฒนาความก้าวหน้า

ผลการสำรวจระดับสถานการณ์และอุปสรรคต่อความก้าวหน้าในวิชาชีพ พบว่าในด้านการสนับสนุนจากองค์กร ผู้ตอบส่วนใหญ่ระบุว่าได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในระดับปานกลาง โดยบางส่วนยังไม่แน่ใจหรือไม่เคยได้รับการสนับสนุนอย่างชัดเจน แม้ว่าหน่วยงานจำนวนหนึ่งจะมีตำแหน่งที่สามารถเลื่อนระดับได้ แต่ยังมีผู้ตอบจำนวนมากที่ไม่แน่ใจในระบบดังกล่าว อีกทั้งส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีระบบพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาในการพัฒนา ขาดการจัดสรรเวลาและ

งบประมาณสำหรับการพัฒนาผลงาน ส่งผลให้การส่งเสริมความก้าวหน้าด้านอาชีพยังไม่เป็นรูปธรรม ในด้านบุคคล พบว่าภาระงานประจำเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาความก้าวหน้า ขณะที่ภาระครอบครัวไม่ได้ส่งผลมากนัก อย่างไรก็ตาม มีบุคลากรจำนวนหนึ่งมีข้อจำกัดในการย้ายถิ่นฐานเพื่อโอกาสความก้าวหน้า ทั้งนี้ ผู้ตอบส่วนใหญ่เห็นว่าตนยังมีความรู้และทักษะด้านการทำผลงานวิชาการไม่เพียงพอ แม้จะมีแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองในระดับมากถึงปานกลางก็ตาม ดังตารางที่ 4 โดยสรุป ผลการสำรวจสะท้อนให้เห็นว่า บุคลากรมีความตั้งใจในการพัฒนา แต่

ตารางที่ 4 สถานการณ์และอุปสรรคต่อการพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ (n = 363)

หัวข้อ	ระดับสถานการณ์และอุปสรรค: จำนวน (ร้อยละ)		
	เคย (3)	ไม่เคย (2)	ไม่แน่ใจ (1)
1. ด้านองค์กร			
1.1 การสนับสนุนจากผู้บริหารในการพัฒนาความก้าวหน้า	151 (41.6)	130 (35.8)	82 (22.6)
	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ
1.2 หน่วยงานมีตำแหน่งที่สามารถเลื่อนระดับ	145 (39.9)	119 (32.8)	99 (27.3)
1.3 มีระบบพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาสำหรับการพัฒนา	68 (18.7)	227 (62.5)	68 (18.7)
1.4 ได้รับการจัดสรรเวลาสำหรับการพัฒนาผลงาน	78 (21.5)	199 (54.8)	86 (23.7)
	ได้รับ	ไม่ได้รับ	ไม่แน่ใจ
1.5 ได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรและงบประมาณ	76 (20.9)	195 (53.7)	92 (25.3)
2. ด้านบุคคล			
2.1 ภาระงานประจำของท่านเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาความก้าวหน้า	213 (58.7)	99 (27.3)	51 (14.1)
2.2 ภาระครอบครัวของท่านเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาความก้าวหน้า	80 (22.0)	254 (70.0)	29 (8.0)
	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ
2.3 มีข้อจำกัดในการย้ายถิ่นฐานเพื่อโอกาสความก้าวหน้าในอาชีพ	138 (38.0)	180 (49.6)	45 (12.4)
	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	ไม่แน่ใจ
2.4 ความรู้และทักษะในการทำผลงานวิชาการ: ท่านมีความรู้และทักษะในการทำผลงานวิชาการ	87 (24.0)	186 (51.2)	90 (24.8)
	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
2.5 แรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อการพัฒนาความก้าวหน้า	159 (43.8)	158 (43.5)	46 (12.7)

ยังเผชิญข้อจำกัดด้านโครงสร้างและระบบสนับสนุนจากองค์กร ซึ่งควรได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าในวิชาชีพอย่างยั่งยืน

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้า

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบความก้าวหน้าและลักษณะส่วนบุคคลกับแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้า โดยใช้ Spearman's rank correlation coefficient พบว่าตัวแปรส่วน

ใหญ่ไม่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญจำนวน 3 ประเด็น ได้แก่ การรับรู้ขั้นตอนการเลื่อนระดับในแต่ละระดับ ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับแรงจูงใจ ($\rho = 0.1214$, $p = 0.0207$) ขณะที่ภาระงานประจำ ($\rho = -0.1141$, $p = 0.0297$) และภาระครอบครัว ($\rho = -0.1645$, $p = 0.0017$) มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำกับแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้า ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้า ($n = 363$)

ปัจจัย	แรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้า*		
	Rho	p-value	ระดับของความสัมพันธ์
ด้านเส้นทางความก้าวหน้า			
ทราบขั้นตอนการเลื่อนระดับในแต่ละระดับ	0.1214	0.0207	สัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำ
ด้านส่วนบุคคล			
ภาระงานประจำเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาความก้าวหน้า	-0.1141	0.0297	สัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำ
ภาระครอบครัวเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาความก้าวหน้า	-0.1645	0.0017	สัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำ

* Based on Spearman's rank correlation coefficient

ปัญหาและอุปสรรคหลักของระบบความก้าวหน้า

ในด้านปัญหาและอุปสรรคหลักของระบบความก้าวหน้า พบว่า มากกว่าร้อยละ 90 เป็นเรื่องจำนวนตำแหน่งระดับสูงมีจำกัด และตำแหน่งระดับสูงกระจุกตัวในโรงพยาบาลใหญ่ และมากกว่าร้อยละ 80 เป็นเรื่องขาดการสนับสนุนในการทำผลงานวิชาการ เกณฑ์การประเมินไม่สะท้อนความสามารถจริง และต้องย้ายที่ทำงานเพื่อความก้าวหน้า ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ปัญหาและอุปสรรคหลักของระบบความก้าวหน้าจากกลุ่มตัวอย่าง ($n = 363$)

ปัญหา/อุปสรรค	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนตำแหน่งระดับสูงจำกัด	344 (94.7)
ตำแหน่งระดับสูงกระจุกตัวในโรงพยาบาลใหญ่	331 (91.1)
ขาดการสนับสนุนในการทำผลงานวิชาการ	320 (88.1)
เกณฑ์การประเมินไม่สะท้อนความสามารถจริง	303 (83.4)
ต้องย้ายที่ทำงานเพื่อความก้าวหน้า	297 (81.7)
ภาระงานมากไม่มีเวลาทำผลงาน	289 (79.5)
กระบวนการประเมินใช้เวลานานและซับซ้อน	267 (73.6)
ขาดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง	236 (65.0)

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่าง 40 คน เผยให้เห็นประเด็นสำคัญ 4 ด้าน

1. ความไม่สมดุลในการกระจายตำแหน่งของระบบ (มีผู้กล่าวถึง 34/40 คน, ร้อยละ 85) โครงสร้างตำแหน่งและความก้าวหน้าในสายงานนักกายภาพบำบัดยังไม่เหมาะสม เช่น การที่มีตำแหน่ง “ระดับชำนาญการพิเศษ/เชี่ยวชาญ” จำนวนน้อยในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป หรือไม่มีในโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลต่อความก้าวหน้า

ผู้บริหารระดับสูง (อายุ 52 ปี, ประสบการณ์ 28 ปี) “ระบบปัจจุบันทำให้เราสูญเสียบุคลากรคุณภาพไปมาก เพราะคนเก่งต้องย้ายไปโรงพยาบาลใหญ่เพื่อความก้าวหน้า แต่งานในชุมชนก็สำคัญเหมือนกัน ควรจะมีระบบที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาในพื้นที่”

นักกายภาพบำบัดชำนาญการ (อายุ 38 ปี, โรงพยาบาลชุมชน) “ทำงานมา 12 ปีแล้ว มีผลงานดีหลายชิ้น แต่ไม่มีตำแหน่งให้เลื่อน ถ้าอยากก้าวหน้าต้องย้าย แต่ครอบครัวอยู่ที่นี้ ลูกเรียนอยู่ที่นี้ เลยติดขัด”

2. ผลกระทบต่อครอบครัวและชีวิตส่วนตัว (มีผู้กล่าวถึง 31/40 คน, ร้อยละ 77.5) การกระจายตำแหน่งและโอกาสไม่เท่าเทียมระหว่างภูมิภาค และโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลชุมชนไม่มีโอกาสเลื่อนขั้นระดับสูงทำให้บุคลากรต้องมีการโยกย้ายที่อยู่เพื่อเลื่อนระดับ และมีปัญหาการรักษาบุคลากรไว้ในองค์กร

นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ (อายุ 45 ปี) “ผมเลื่อนขั้นมาได้ แต่ต้องแลกด้วยการย้ายมากรุงเทพฯ เมียต้องลาออกจากงาน ลูกต้องย้ายโรงเรียน ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นมาก บางทีคิดว่าคุ้มไหม”

3. คุณภาพบริการในชุมชนที่ได้รับผลกระทบ (มีผู้กล่าวถึง 26/40 คน, ร้อยละ 65) เนื่องจากอัตรากำลังบุคลากรไม่สอดคล้องกับปริมาณงานและภาระหน้าที่ที่แท้

จริง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดได้ล่าช้าและไม่ทั่วถึง

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านกายภาพบำบัด “การที่ไม่มีโอกาสก้าวหน้าในโรงพยาบาลชุมชน ทำให้บุคลากรขาดแรงจูงใจในการพัฒนาผลงาน ผลกระทบคือคุณภาพบริการในชุมชนไม่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อคนเก่งย้ายไปชุมชนก็เสียโอกาสในการได้รับบริการที่ดี”

4. ระบบสนับสนุนที่ไม่เพียงพอ (มีผู้กล่าวถึง 24/40 คน, ร้อยละ 60) ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ระบบสนับสนุนยังไม่เพียงพอ ทั้งในด้านการพัฒนาบุคลากรและการพัฒนางานวิจัย สาเหตุจากโครงสร้างและการกระจายตำแหน่งที่ไม่สอดคล้องกับบริบทการทำงาน จึงควรมีการบริหารจัดการในระบบอย่างบูรณาการ

หัวหน้างานกายภาพบำบัด (โรงพยาบาลชุมชน) “อยากให้คนในทีมพัฒนาผลงาน แต่ไม่มีระบบสนับสนุน ไม่มี mentor ไม่มีงบประมาณ ไม่มีเวลาเพราะภาระงานเยอะ สุดท้ายก็ท้อแท้”

ข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.1 เสนอให้ปรับระบบการกระจายตำแหน่งอย่างเป็นธรรม และมากกว่าร้อยละ 70 เสนอให้สร้างระบบสนับสนุนการทำงานในชุมชน ปรับเกณฑ์การประเมินให้สะท้อนบริบทของพื้นที่และสร้างเส้นทางความก้าวหน้าแบบทางเลือก ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง (n = 363)

ข้อเสนอแนะ	ความถี่ (ร้อยละ)
ปรับระบบการกระจายตำแหน่งให้เป็นธรรม	298 (82.1)
สร้างระบบสนับสนุนการทำงานในชุมชน	287 (79.1)
ปรับเกณฑ์การประเมินให้สะท้อนบริบทพื้นที่	276 (76.0)
สร้างเส้นทางความก้าวหน้าแบบทางเลือก	265 (73.0)
พัฒนาระบบ mentoring และ coaching	242 (66.7)

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงประจักษ์ครั้งแรกที่แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาระบบความก้าวหน้าในวิชาชีพกายภาพบำบัดในประเทศไทย ผลการศึกษาจาก 363 คน แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงความไม่สมดุลในการกระจายตำแหน่งของระบบปัจจุบัน

ความไม่สมดุลของการกระจายตำแหน่ง

ผลการศึกษาเผยให้เห็นความไม่สมดุลอย่างรุนแรงในการกระจายตำแหน่งระดับสูง โดยโรงพยาบาลชุมชนซึ่งครอบคลุมพื้นที่บริการส่วนใหญ่ของประเทศ มีตำแหน่งระดับชำนาญการพิเศษขึ้นไปถึงเพียงร้อยละ 1.8 เทียบกับโรงพยาบาลศูนย์ที่มีร้อยละ 12.3 ความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำที่รุนแรงในระบบ ความไม่สมดุลนี้ขัดแย้งกับหลักการความเป็นธรรมและการกระจายโอกาสที่เท่าเทียม ตามทฤษฎีความยุติธรรมของ Rawls ว่า สถาบันที่เป็นธรรมต้องให้โอกาสที่เท่าเทียมแก่ทุกคนโดยไม่เลือกปฏิบัติ⁽¹¹⁾ การที่นักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนมีโอกาสนในการเลื่อนระดับน้อยกว่าเพียงเพราะสถานที่ทำงาน นับเป็นการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม

ผลกระทบต่อแรงจูงใจและการพัฒนาวิชาชีพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Spearman's rank correlation พบว่า โดยรวมปัจจัยด้านโครงสร้างตำแหน่งและปัจจัยด้านองค์กรในประเด็นอื่นๆ ที่ศึกษา ไม่สัมพันธ์กับแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม มี 3 ปัจจัยที่แสดงความสัมพันธ์ในระดับต่ำแต่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ขั้นตอนการเลื่อนระดับในแต่ละระดับซึ่งสัมพันธ์เชิงบวกกับแรงจูงใจ ($\rho = 0.1214, p = 0.0207$) ขณะที่ภาระงานประจำ ($\rho = -0.1141, p = 0.0297$) และภาระครอบครัว ($\rho = -0.1645, p = 0.0017$) สัมพันธ์เชิงลบกับแรงจูงใจ

ผลดังกล่าวสะท้อนนัยสำคัญเชิงระบบต่อการออกแบบมาตรการสื่อสารสนับสนุนด้านการพัฒนาวิชาชีพในองค์กรกับข้อจำกัดด้านเวลา พลังงาน และความสมดุลชีวิตการทำงาน ซึ่งอาจลดความพร้อมของบุคลากรในด้านการพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้าในวิชาชีพ ประเด็นดังกล่าวมีความสอดคล้องกับภาพรวมของสถานการณ์และอุปสรรคที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่า ภาระงานประจำเป็นข้อจำกัดสำคัญต่อการพัฒนาความก้าวหน้าในสายงาน ดังนั้นการส่งเสริมแรงจูงใจในบริบทสถานพยาบาลภาครัฐอาจจำเป็นต้องดำเนินควบคู่ทั้งการทำให้ข้อมูลเส้นทางความก้าวหน้ามีความชัดเจน เข้าถึงได้ และเป็นรูปธรรม พร้อมกับมีมาตรการสนับสนุนเชิงโครงสร้างเพื่อบรรเทาภาระงานและเอื้อต่อการจัดสรรเวลาในการพัฒนาศักยภาพ

โอกาสการเลื่อนระดับมีอิทธิพลสูงสุดต่อแรงจูงใจในการพัฒนาผลงาน ซึ่งสอดคล้องกับ Herzberg's Two-Factor Theory⁽¹²⁾ ที่ระบุว่าความก้าวหน้าในอาชีพเป็นปัจจัยจูงใจหลัก (motivator) ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมในงาน ผลการศึกษายังพบแนวโน้มการลดลงของแรงจูงใจตามระยะเวลาการทำงาน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ทำงานมากกว่า 10 ปี ซึ่งมีคะแนนแรงจูงใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) การลดลงนี้อาจเป็นผลจากการรับรู้ว่าโอกาสในการเลื่อนระดับมีจำกัด สอดคล้องกับ Expectancy Theory ของ Vroom (1964) ที่อธิบายว่าแรงจูงใจขึ้นอยู่กับความคาดหวังในการได้รับผลลัพธ์ที่ต้องการ⁽¹³⁾

ปรากฏการณ์ brain drain ในระดับชาติ

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพเผยให้เห็นปรากฏการณ์สมองไหล (brain drain) จากโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ หรือออกจากระบบราชการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Buchan et al. (2019) ที่พบว่าระบบความก้าวหน้าที่ไม่เป็นธรรมเป็นปัจจัยสำคัญในการสูญเสียบุคลากรสุขภาพ⁽¹⁴⁾ ปรากฏการณ์นี้ส่งผลกระทบร้ายแรงต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขในระดับชุมชน เนื่องจากการสูญเสียบุคลากรที่มีประสบการณ์

และศักยภาพ จะทำให้การถ่ายทอดความรู้และการพัฒนาบริการในพื้นที่ขาดความต่อเนื่อง

เปรียบเทียบกับระบบต่างประเทศ

เมื่อเปรียบเทียบกับระบบในต่างประเทศ พบว่าหลายประเทศได้พัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาค้ำค้ำคลั่งกัน Williams et al. (2007) รายงานว่า ออสเตรเลียใช้ flexible career pathway ที่เน้นการพัฒนาตามสมรรถนะมากกว่าตำแหน่ง และให้โอกาสอย่างเท่าเทียมไม่ว่าจะอยู่พื้นที่ใด⁽⁷⁾ Wilson (2021) พบว่า สหราชอาณาจักรปรับระบบ National Health Service (NHS) ให้มีเส้นทางความก้าวหน้าหลากหลาย ส่งผลให้ลดการสูญเสียบุคลากรร้อยละ 40 และเพิ่มความพึงพอใจในงานได้ร้อยละ 35⁽⁸⁾

ความหมายต่อนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ

ผลการวิจัยนี้มีนัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมาย universal health coverage (UHC) ที่มีคุณภาพ เนื่องจากการขาดบุคลากรกายภาพบำบัดระดับสูงในชุมชนจะส่งผลต่อ:

1. ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ: ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลจะได้รับบริการที่มีคุณภาพต่ำกว่า
2. ความยั่งยืนของระบบ: การขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาจะทำให้ระบบไม่สามารถพัฒนาไปได้
3. ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร: การลงทุนในการฝึกอบรมบุคลากรจะไม่คุ้มค่าหากมีการสูญเสียสูง

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ขอบเขตพื้นที่: การศึกษาครอบคลุมเฉพาะสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมหน่วยงานอื่น
2. ระยะเวลา: เป็นการศึกษา cross-sectional ไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวได้
3. ตัวแปรที่ศึกษา: อาจมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อแรงจูงใจที่ไม่ได้รวมในการศึกษา เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

สังคม

4. การสุ่มตัวอย่าง: แม้จะใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ แต่อาจมี selection bias จากการที่ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นกลุ่มที่ให้ความสนใจกับประเด็นนี้

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อยกระดับระบบความก้าวหน้าในวิชาชีพของนักกายภาพบำบัดในสถานพยาบาลภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ผลการสำรวจเชิงปริมาณสะท้อนความไม่สมดุลของการกระจายตำแหน่งตามระดับสถานพยาบาล ทั้งนี้ ตำแหน่งระดับสูงกระจุกตัวในโรงพยาบาลใหญ่ และการขาดการสนับสนุนในการทำผลงานวิชาการ รวมถึงเกณฑ์การประเมินที่ไม่สะท้อนความสามารถจริง และความจำเป็นต้องย้ายที่ทำงานเพื่อความก้าวหน้าสำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้า คือ การรับรู้ขั้นตอนการเลื่อนระดับ การะงานประจำ และการะครอบครั

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายตามลำดับความเร่งด่วน

ระยะสั้น (1-2 ปี): การปฏิรูปเร่งด่วน

1. ปรับระบบการกระจายตำแหน่งแบบเฉพาะกิจ เช่น กำหนดตำแหน่งชำนาญการพิเศษสำหรับโรงพยาบาลชุมชน สร้างคณะกรรมการประเมินแยกพิเศษที่เข้าใจบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ปรับเกณฑ์การประเมินให้เหมาะสมกับการทำงานในชุมชน

2. พัฒนาระบบสนับสนุนการทำผลงานแบบครบวงจร โดยจัดตั้งศูนย์พัฒนาผลงานวิชาการใน 12 เขตสุขภาพ สร้างโปรแกรม mentoring แบบ cross-hospital เชื่อมโยงผู้เชี่ยวชาญกับบุคลากรในชุมชน สร้างกองทุนสนับสนุนการวิจัยระดับชุมชน

ระยะกลาง (3-5 ปี): การปรับโครงสร้างระบบ

3. พัฒนาเส้นทางความก้าวหน้าแบบทางเลือก

ได้แก่ สร้างเส้นทางความก้าวหน้า 2 เส้นทาง: clinical specialist track และ community development track กำหนดเกณฑ์การประเมินที่แตกต่างกันตามเส้นทาง ให้ความเท่าเทียมในการเลื่อนระดับทั้ง 2 เส้นทาง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. การศึกษาติดตามผล (longitudinal study)

หลังการปรับปรุงระบบ

2. การศึกษาเปรียบเทียบ กับวิชาชีพสุขภาพอื่น
3. การวิจัยเชิงกระบวนการ เน้นการดำเนินนโยบาย
4. การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจ อย่างละเอียด
5. การพัฒนาเครื่องมือวัดสมรรถนะ ที่เหมาะสมกับบริบทไทย

การดำเนินการตามข้อเสนอแนะนี้จะมีความสำคัญในการสร้างระบบความก้าวหน้าที่เป็นธรรม ยั่งยืน และสนับสนุนการพัฒนาวิชาชีพกายภาพบำบัดอย่างแท้จริง อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขของประเทศในระยะยาว

ความขัดแย้งทางผลประโยชน์: ผู้วิจัยไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

แหล่งทุนวิจัย: การศึกษานี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากแหล่งใด

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสภากายภาพบำบัด นักกายภาพบำบัดทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลตรัง ที่อนุมัติการดำเนินการวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย รวมทั้ง ดร.มานะชัย ยิ่งกลาง ที่มีความเมตตาให้คำปรึกษาข้อมูลทางสถิติในงานวิจัยครั้งนี้

References

1. Physical Therapy Profession Act B.E. 2547 (2004). The Royal Thai Government Gazette Volume 121, Section 65 A. (Oct 12, 2004). (in Thai)
2. Physical Therapy Council. Strategic plan of the Physical Therapy Council, B.E. 2566–2569 (2023–2026). Bangkok: Physical Therapy Council; 2022. (in Thai)
3. Human Resource Management Division, Ministry of Public Health. Report on health workforce in the civil service system, fiscal year B.E. 2566 (2023). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
4. Information and Communication Technology Center, Office of the Civil Service Commission, Ministry of Public Health. Public sector workforce report for fiscal year B.E. 2564 (2021). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
5. Office of the Civil Service Commission (OCSC). OCSC Official Letter No. NR 1008/Wor17 dated July 2, B.E. 2552 (2009): criteria and conditions for position classification. Nonthaburi: Office of the Civil Service Commission; 2009. (in Thai)
6. Buchan J, Dhillon I, Campbell J. Health employment and economic growth: an evidence base. Geneva: World Health Organization; 2019.
7. Williams E, D'Amore W, McMeeken J. Physiotherapy in rural and regional Australia. Aust J Rural Health. 2007;15(6):380-6.
8. Wilson ME. Professional development and career pathways in public healthcare systems: an international comparison. Health Serv Res 2021;56(1):78-92.
9. Jaibun K. Analyzing the issues and impacts of the shortage of physical therapists: a discussion with Prof. Dr. Prawit Jenwattanukul [blog on the internet]; 2024 Dec 26 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://www.thecoverage.info/news/content/7926>. (in Thai)
10. Four professional groups petition the Minister of Public Health to support the establishment of 'Senior Professional Level' positions in community hospitals [blog on the internet]; 2025 Sep 16 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2025/09/35290>. (in Thai)
11. Rawls J. A theory of justice. Cambridge. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1971.
12. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. The motivation to work. New York: John Wiley & Sons; 1959.
13. Vroom VH. Work and motivation. New York: Wiley; 1964.
14. Buchan J, Dhillon I, Campbell J. Health employment and economic growth: an evidence base. Geneva: World Health Organization; 2019.

ต้นทุนกิจกรรมของหลักสูตรวิสัญญีพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ปีการศึกษา 2566

นพดล พ่องฉวี*
สุขุม เจริญตน†
สุนธรา คงศีล‡
รัฐพล แสงรุ่ง#
ดารารัตน์ รัตนรักษ์§

ผู้รับผิดชอบบทความ: นพดล พ่องฉวี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนการผลิตวิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ในปีการศึกษา 2566 โดยคำนวณต้นทุนรวมตลอดหลักสูตร และต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้เข้ารับการฝึกอบรม ต่อคนต่อปี การวิเคราะห์ใช้แนวทางการวิเคราะห์ต้นทุนตามกิจกรรม (activity-based costing: ABC) โดยอ้างอิงจาก พจนานุกรมกิจกรรมของหลักสูตร ต้นทุนในการศึกษานี้จำแนกออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ต้นทุนค่าดำเนินการ (recurrent cost) และ 2) ต้นทุนค่าลงทุน (capital cost) กิจกรรมหลักที่เกี่ยวข้องกับการผลิตวิสัญญีพยาบาลแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การบริหารจัดการและพัฒนาหลักสูตร การจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ การวัดและ ประเมินผล และการประเมินหลักสูตร ผลการศึกษาพบว่า ในปีการศึกษา 2566 มีนักศึกษาในหลักสูตรจำนวน 31 คน และมีบุคลากรที่เกี่ยวข้องรวม 39 คน ต้นทุนรวมตลอดปีการศึกษาเท่ากับ 2,580,119 บาท หรือเฉลี่ยเท่ากับ 83,230 บาทต่อคน ต่อปี ขณะที่ค่าบำรุงการศึกษาที่ภาควิชาเรียกเก็บจากผู้เข้ารับการฝึกอบรมอยู่ที่ 50,000 บาทต่อคน ส่งผลให้ต้นทุนจริงต่อ หัวสูงกว่ารายรับที่ได้รับ ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงภาระด้านงบประมาณที่ภาควิชาต้องแบกรับ และแสดงให้เห็นความ จำเป็นของการพิจารณาเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณของหลักสูตรให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อสนับสนุนการ พัฒนาบุคลากรวิสัญญีพยาบาลเฉพาะทาง และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ ข้อเสนอแนะ เงินนโยบาย ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนด้านงบประมาณและการบริหารจัดการทรัพยากร

* หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

† คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

‡ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

§ โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร

Received 3 September 2025; Revised 28 October 2025; Accepted 24 November 2025

Suggested citation: Phongchawee N, Jiamton S, Kongsin S, Seangrung R, Rutanarugsa D. Activity-based costing of the Nurse Anesthetist Curriculum Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Academic Year 2023. Journal of Health Systems Research 2025;19(4):404-19.

นพดล พ่องฉวี, สุขุม เจริญตน, สุนธรา คงศีล, รัฐพล แสงรุ่ง, ดารารัตน์ รัตนรักษ์. ต้นทุนกิจกรรมของหลักสูตรวิสัญญีพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ปีการศึกษา 2566. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2568;19(4):404-19.

ของหลักสูตร เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและประสิทธิภาพ อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นต้นแบบในการวิเคราะห์ต้นทุนของหลักสูตรวิชาชีพเฉพาะทางอื่นๆ ต่อไปในอนาคต **ข้อเสนอแนะ** การศึกษานี้ได้แสดงวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนโดยคำนวณต้นทุนกิจกรรมการผลิตวิสัญญีพยาบาล ผลการศึกษาจะสามารถนำไปใช้เป็นฐานในการคำนวณค่าบำรุงการศึกษหลักสูตรการผลิตวิสัญญีพยาบาลและเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ต้นทุนหลักสูตรทางการแพทย์ต่อไป ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อโรงพยาบาลรามธิบดีและราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

คำสำคัญ: ต้นทุนกิจกรรม, หลักสูตรวิสัญญีพยาบาล, ภาควิชาวิสัญญีวิทยา, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

Activity-Based Costing of the Nurse Anesthetist Curriculum Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Academic Year 2023

Noppadon Phongchawee^{*}, Sukhum Jiamton[†], Sukhontha Kongsin[‡], Rattaphol Seangrung[#], Dararat Rutanarugsa[§]

^{*} Master of Science (Public Health Administration), Faculty of Public Health, Mahidol University

[†] Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

[‡] Faculty of Public Health, Mahidol University

[#] Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

[§] Bangkok Hospital Sanamchan

Corresponding author: Noppadon Phongchawee, Noppadonanes@gmail.com

Abstract

This study aimed to examine the actual costs in the production of nurse anesthetists at the Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, in the academic year 2023. The analysis covered both the total cost of the whole curriculum and the average cost per trainee per year. The study employed an activity-based costing (ABC) method, based on the activity dictionary developed for the program. The costs were classified into two categories: (1) recurrent costs (labor, materials, and utilities) and (2) capital costs (depreciation of equipment and facilities). The nurse anesthetist training program consisted of five core activities: program administration and curriculum development, theoretical instruction, clinical practice, student assessment, and program evaluation. In the academic year 2023, the program enrolled 31 students and involved 39 faculty members and staff. The total cost of the program was 2,580,119 Thai baht per year, or an average of 83,230 baht per trainee. However, the tuition fee charged per trainee was 50,000 baht, indicating that the actual cost per head exceeded the revenue received. The findings highlight the budgetary burden borne by the department and emphasize the need to enhance cost management efficiency in order to sustainably support the development of specialized anesthesia nursing. This aligns with the national healthcare development strategy aimed at improving both quality and equity in the Thai healthcare system. **Policy implication:** The results of this study can be utilized to support budget planning and resource management for the nurse anesthetist training program, enhancing cost-effectiveness and operational efficiency. Furthermore, the methodology and findings can serve as a model for cost analysis in other specialized medical education programs in academic and training institutions.

Keywords: activity-based cost, nurse anesthetist, curriculum, department of anesthesiology, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital

ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติในการผลิตบุคลากรเป็นเลิศ (people excellence) ด้านสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีตามนโยบายหลัก อย่างไรก็ตามกลับพบว่า สถานการณ์โดยรวมยังประสบปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า สัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และภาคกลาง โดยบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเพียงร้อยละ 60 มีจำนวนแพทย์ต่อประชากร เพียง 3.9 ต่อ 10,000 คน⁽¹⁾ ในขณะที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) กำหนดมาตรฐานจำนวนแพทย์ต่อประชากรไว้ที่ 10 ต่อ 10,000 คน แสดงให้เห็นว่าจำนวนแพทย์ยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการอย่างทั่วถึง

นอกจากนั้น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ยังวิเคราะห์สถานการณ์ของไทยไว้อย่างชัดเจนว่า ในปี พ.ศ. 2562 มีชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยจำนวน 3.6 ล้านคน สร้างรายได้รวมประมาณ 41,000 ล้านบาท ปัจจัยสำคัญที่ดึงดูดชาวต่างชาติ ได้แก่ ราคาค่าบริการที่เหมาะสมและชื่อเสียงของบุคลากรทางการแพทย์ของไทยที่มีคุณภาพสูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่นในระดับบริการเดียวกัน แต่เมื่อพิจารณาถึงการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ ประเทศไทยยังคงประสบปัญหาความเหลื่อมล้ำในด้านดังกล่าว โดยบุคลากรส่วนใหญ่มีกระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองหรือพื้นที่ที่มีความเจริญ ขณะที่หลายพื้นที่ในต่างจังหวัดยังขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์สำหรับการให้บริการ ปัญหานี้ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล

วิสัญญีแพทย์ถือเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในการอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยทั้งในระหว่างและหลังการผ่าตัด โดยมีหน้าที่หลักในการระงับ

ความเจ็บปวดผ่านการให้ยาหลายรูปแบบ และต้องทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างใกล้ชิด⁽²⁾ การให้บริการวิสัญญีจึงมีความสำคัญในระบบบริการทางการแพทย์แทบทุกสาขา ทั้งนี้ จากรายงานสถิติการให้บริการทางการแพทย์ของภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหรือทำหัตถการ จำนวน 19,821 ราย และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 25,250 ราย⁽³⁾ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและหัตถการที่เพิ่มขึ้นดังกล่าว ทำให้ความต้องการการบริการทางวิสัญญีเพิ่มขึ้น แต่ประเทศไทยยังคงประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางด้านวิสัญญี ยังคงมีอัตราส่วนไม่เพียงพอต่อความต้องการ⁽⁴⁻⁹⁾

แนวทางหนึ่งในการพัฒนาระบบวิสัญญีที่จะสามารถแก้ไขปัญหาความขาดแคลนนี้ได้คือ การผลิตวิสัญญีพยาบาล ซึ่งมีบทบาทสำคัญคือ เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ประเมินและดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ช่วยเหลือสามารถลดภาระของวิสัญญีแพทย์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยวิสัญญีแพทย์ในห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลสามารถทำหน้าที่แทนวิสัญญีแพทย์ หรือช่วยเหลือแพทย์ในสาขาอื่นในการควบคุมสัญญาณชีพ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่ไม่มีวิสัญญีแพทย์ เช่น โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ (secondary care) บางแห่ง เป็นการช่วยบรรเทาภาวะขาดแคลนวิสัญญีแพทย์ได้อีกช่องทางหนึ่ง ซึ่งเป็นแนวทางสากลที่ใช้กันทั่วโลก⁽¹⁰⁻¹⁵⁾ เพียงแต่วิสัญญีพยาบาลไม่สามารถทำหัตถการโดยการแทงเข็มหรือสอดใส่สายฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง (spinal block) หรือฉีดยาเข้าช่องชั้นเนื้อเยื่อ (epidural block) และไม่สามารถทำหัตถการฉีดยาเข้าบริเวณเส้นประสาทเพื่อสกัดการส่งกระแสประสาท (nerve block) ให้แก่ผู้ป่วยได้

วิสัญญีพยาบาลสามารถให้บริการยาระงับความรู้สึก ซึ่งจำแนกการปฏิบัติงานออกเป็น 3 ระยะหลัก คือ 1) ระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งเริ่มตั้งแต่การประเมินและ

วินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย เพื่อเลือกและวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 2) ระยะเวลาให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งรวมถึงการให้ยาระงับความรู้สึกทั้งแบบทั่วตัวและเฉพาะส่วน โดยวิสัญญีพยาบาลจะทำหน้าที่เฝ้าระวังและติดตามสัญญาณชีพ รวมถึงการบริหารยาและควบคุมระดับความลึกของการระงับความรู้สึก 3) ระยะหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งเป็นขั้นตอนการเฝ้าระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลง รวมถึงการเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการหลังจากได้รับการระงับความรู้สึก นอกจากนี้ยังรวมถึงการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยในภาวะวิกฤตในหน่วยงานอื่นๆ การแก้ไขภาวะวิกฤตที่จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจหรือจัดการกับระบบทางเดินหายใจ^(11,16,17)

จึงเห็นได้ว่า การผลิตวิสัญญีพยาบาลนั้นจะช่วยทำให้ภาวะความขาดแคลนวิสัญญีแพทย์บรรเทาลงได้ และสามารถบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพ สามารถแข่งขันได้ในระดับนานาชาติทั้งในเชิงคุณภาพและในเชิงปริมาณ

อนึ่ง การจัดการเรียนการสอนด้านสาธารณสุขมีความแตกต่างกับการจัดการเรียนการสอนทั่วไป เนื่องจากเน้นการฝึกปฏิบัติให้ผู้เรียนเกิดความชำนาญ ต้องอาศัยบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจำนวนมาก เช่น หลักสูตรวิสัญญีพยาบาลในภาคปฏิบัติต้องใช้วิสัญญีพยาบาล 1 คน ต่อผู้เรียน 1 คน รวมถึงแหล่งฝึกปฏิบัติที่จะต้องมีความพร้อมทั้งเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัยและเพียงพอ และมีหน่วยฝึกปฏิบัติที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้เรียนสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ในการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเรียนการสอนทางการแพทย์จึงมีต้นทุนการดำเนินงานสูง การศึกษาต้นทุนที่แท้จริงจะช่วยให้ทราบความคุ้มค่าของการผลิตบุคลากร เพื่อให้สามารถวางแผนการจัดการศึกษาและบริหารงบประมาณได้อย่างเหมาะสม

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาต้นทุนการผลิตวิสัญญีพยาบาล

โดยใช้แนวคิด ต้นทุนตามกิจกรรม (activity-based cost หรือ ABC) เพื่อคำนวณต้นทุนที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งแตกต่างจากวิธีการคำนวณต้นทุนแบบเฉลี่ยรวมที่ใช้ยอดรวมในการคำนวณ การคำนวณต้นทุนการผลิตด้วยวิธี ABC นี้ ยังสามารถช่วยให้ผู้บริหารมีข้อมูลสำคัญประกอบการพิจารณาในการตั้งงบประมาณทั้งเพื่อการขอสนับสนุนจากรัฐ (ส่วนต่าง) และการกำหนดค่าใช้จ่ายในการศึกษาให้เหมาะสมกับนโยบายของสถาบัน อีกทั้งเป็นการแสดงให้เห็นต้นทุนที่แท้จริงในการผลิตบัณฑิตต่อหน่วย เพื่อการปรับปรุงข้อมูลหลักสูตรและใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาหลักสูตรที่สะท้อนสภาพจริงของการทำงานต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการประเมินต้นทุนในมุมมองของผู้จัดการเรียนการสอนหลักสูตรตามรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม (ABC) ของต้นทุนการผลิตวิสัญญีพยาบาล ตามหลักสูตรของภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ปีการศึกษา 2566 โดยเป็นการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง (retrospective study) ศึกษาต้นทุนรวมของกิจกรรมในการผลิตวิสัญญีพยาบาล ได้แก่ ต้นทุนค่าแรงบุคลากร ต้นทุนค่าดำเนินการและต้นทุนค่าลงทุนที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม โดยทำการศึกษาข้อมูลในปีการศึกษา 2566 (ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566)

ประชากรในการศึกษาคือ กลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรมและต้นทุนผลิตบัณฑิตวิสัญญีพยาบาล ปีการศึกษา 2566 ซึ่งประกอบด้วย บุคลากรภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้แก่ อาจารย์วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลและบุคลากรฝ่ายธุรการ การศึกษานี้ไม่รวมแพทย์ประจำบ้าน ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานทั่วไป เป็นประชากร เนื่องจากไม่มี

ส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรมการเรียนการสอน ไม่มีการมอบหมายงาน และไม่มีส่วนร่วมในการประเมินผล ส่วนผู้เข้าฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาลใช้เป็นตัวหารของการคำนวณต้นทุนต่อผลผลิตหนึ่งคน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่พัฒนาโดย สุคนธา คงศีล โดยแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนได้เคยใช้ในงานวิจัยของ เสาวภา ชาวนา (การวิเคราะห์ต้นทุนการคลอดปกติของ แรงงานต่างด้าวผู้ประกันตน ปีงบประมาณ 2558 กรณีศึกษาโรงพยาบาลเกาะช้าง จังหวัดตราด) และในงานวิจัยนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูลต้นทุนรวมของกิจกรรมในการผลิต วิสัญญีพยาบาล ต้นทุนค่าแรงบุคลากร ต้นทุนค่าดำเนินการ และต้นทุนค่าลงทุน ของแต่ละกิจกรรม ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบบันทึกต้นทุนรวมทางตรง (total direct cost) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง (labor cost) แบบบันทึกต้นทุนค่าวัสดุ (material cost) แบบบันทึกต้นทุนค่าลงทุน (capital cost) และ ชุดที่ 2 แบบบันทึกกิจกรรมการผลิตวิสัญญีพยาบาล (activity-based costing) ทั้งนี้ ข้อมูลชุดที่ 1 แบบบันทึกต้นทุนรวมทางตรงใช้เป็นข้อมูลในการคิดค่าใช้จ่าย แต่ต้นทุนกิจกรรมทั้งหมดเกิดขึ้นจากการนำข้อมูลชุดที่ 1 ไปคำนวณร่วมกับข้อมูลชุดที่ 2 จากแบบบันทึกกิจกรรมการผลิตวิสัญญีพยาบาล

งานวิจัยชิ้นนี้ไม่ได้คำนวณต้นทุนทางอ้อม เนื่องจากใช้การคำนวณจากต้นทุนกิจกรรมที่เกิดขึ้นจริงเฉพาะในหลักสูตรการผลิตวิสัญญีพยาบาล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft Excel for Window ใช้วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนในภาพรวมของกิจกรรมการผลิตวิสัญญีพยาบาลและต้นทุนรวมต่อหน่วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าเฉลี่ย (average) และสัดส่วนร้อยละ (percentage) การวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุน จำแนกออกเป็นต้นทุนค่าลงทุนและต้นทุนการ

ดำเนินการ โดยมีวิธีการคำนวณต้นทุนดังนี้

ส่วนที่ 1 ต้นทุนรวมทางตรง (total direct cost) ประกอบด้วย

1.1 ค่าต้นทุนค่าแรง (labor cost) ข้อมูลค่าแรง (เงินเดือนค่าตอบแทน) ของบุคลากรทั้งหมดที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการผลิตหลักสูตรวิสัญญีพยาบาลคือ อาจารย์วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล หรืองานธุรการ ซึ่งเป็นข้อมูลเงินเดือน ค่าเวร ค่าสวัสดิการ ข้อมูลนี้รวบรวมจากฝ่ายบริหารทุนมนุษย์ โดยการนำค่าแรงของบุคลากรแต่ละประเภทมาคำนวณการทำงานในชั่วโมงการทำงาน 1 ปี โดยกำหนดให้มีเวลาทำงาน 7 ชั่วโมงต่อวัน เท่ากับ 240 วันต่อปี นั่นคือ

$$\begin{aligned}\text{ชั่วโมงการทำงาน 1 ปี} &= 7 \text{ ชั่วโมง} \times 240 \text{ วัน} \\ &= 1,680 \text{ ชั่วโมงต่อปี}\end{aligned}$$

ชั่วโมงการทำงานทั้งปี หมายถึง เวลาการทำงานของบุคลากร 1 ปี ในระยะเวลาที่ปฏิบัติงานตลอดปีงบประมาณ จำแนกได้ดังนี้

1) ชั่วโมงการทำงานในเวลาราชการ คิดจาก (365 - วันหยุดราชการ) $\times$ 7 (ชั่วโมง)

$$(\text{ชั่วโมงการทำงานทั้งปี} = \text{ชั่วโมงการทำงานใน 1 วัน} \times \text{หักเวลาพักชั่วโมง}) \dots \dots \dots (1)$$

คำนวณต้นทุนค่าแรงของบุคลากรแต่ละประเภททั้งปี ดังนี้

- ชั่วโมงการทำงานของอาจารย์วิสัญญีแพทย์ เฉพาะทำงานในหลักสูตร.....(2)
- ชั่วโมงในการทำงานของวิสัญญีพยาบาลเฉพาะทำงานในหลักสูตร.....(3)
- ชั่วโมงในการทำงานของบุคลากรฝ่ายธุรการ(4)
- จำนวนผู้เข้าฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาล.....(5)
- ต้นทุนค่าแรงของแพทย์ในการสอน
= [จำนวนเงินเดือนค่าตอบแทนทั้งหมด/(1)] $\times$ (2).....(6)

- ต้นทุนค่าแรงของวิสัญญีพยาบาลในการสอน

$$= [\text{จำนวนเงินเดือนค่าตอบแทนทั้งหมด} / (1)] \times (3) \dots\dots\dots (7)$$
- ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรฝ่ายธุรการในการสอน

$$= [\text{จำนวนเงินเดือนค่าตอบแทนทั้งหมด} / (1)] \times (4) \dots\dots\dots (8)$$
- ต้นทุนค่าแรงรวมทั้งหมดของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการสอนวิสัญญีพยาบาล

$$= \Sigma [(6) + (7) + (8)] / (5) \dots\dots\dots (9)$$

1.2 การคำนวณต้นทุนค่าวัสดุ (material cost)

ข้อมูลค่าวัสดุ ได้แก่ ค่าสาธารณูปโภค ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ เก็บรวบรวมจากรายงานที่บันทึกไว้ที่งานพัสดุ งานอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่เกี่ยวกับการฝึกอบรมโดยตรง

- ต้นทุนวัสดุสิ้นเปลือง

$$= [\text{ค่าวัสดุที่ใช้ตลอดปีงบประมาณ (บาท)} / \text{จำนวนชั่วโมงต่อปี}] \times \text{จำนวนชั่วโมงตามพจนานุกรมกิจกรรม} \dots\dots\dots (10)$$
- ค่าสาธารณูปโภค ได้แก่ ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำประปา คำนวณจากผลรวมตามรายการบันทึก (ค่าไฟฟ้า ค่าประปา) ทั้งปีของอาคาร 1 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี(11)
- พื้นที่ทั้งหมดของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี.....(12)
- พื้นที่ดำเนินการของภาควิชาวิสัญญีวิทยา เฉพาะส่วนงานการศึกษาหลักสูตรฯ.....(13)
- ค่าสาธารณูปโภค $= [(11) / (12)] \times (13) \dots\dots (14)$
- ต้นทุนค่าดำเนินการ $= \Sigma (10) + (14) \dots\dots (15)$

1.3 การคำนวณต้นทุนค่าลงทุน (capital cost) คือ

ต้นทุนจากทรัพยากรที่มีอายุใช้งาน ได้แก่ ค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ อาคาร สิ่งก่อสร้าง โดยคำนวณตามมาตรฐานอายุของครุภัณฑ์ ในการจัดการเรียนการสอน

คำนวณการปันส่วนต้นทุนค่าลงทุน โดยนำค่าเสื่อมราคารายปีครุภัณฑ์ ปันส่วนตามสัดส่วน

- ค่าเสื่อมราคารายปีครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการสอนวิสัญญีพยาบาล.....(16)
- ค่าเสื่อมราคารายปีอาคาร.....(17)
- ได้ต้นทุนค่าลงทุน $= \Sigma (16) + (17) \dots\dots\dots (18)$

ส่วนที่ 2 การคำนวณต้นทุนกิจกรรมการผลิตวิสัญญีพยาบาล

คำนวณต้นทุนต่อผลผลิตของแต่ละกิจกรรมและการปันส่วนแยกตามแต่ละกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรมหลัก โดยต้นทุนค่าแรงคิดตามชั่วโมงการทำงานจริงของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้นทั้งหมด เช่น กิจกรรมปฎิฉีมนิเทศมีบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมทุกคนก็จะคิดค่าแรงรวมของบุคลากรทุกคนเป็นต้นทุนกิจกรรม ประกอบด้วย

- 1) ต้นทุนรวมของแต่ละกิจกรรมของการบริหารจัดการและพัฒนาหลักสูตรฯ/จำนวนผลผลิต.....(19)
 - 2) ต้นทุนรวมของแต่ละกิจกรรมของการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี/จำนวนผลผลิต.....(20)
 - 3) ต้นทุนรวมของแต่ละกิจกรรมของการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ/จำนวนผลผลิต.....(21)
 - 4) ต้นทุนรวมของแต่ละกิจกรรมของการวัดและประเมินผลหลักสูตรฯ / จำนวนผลผลิต.....(22)
- ได้ต้นทุนรวมทุกกิจกรรม $= \Sigma (19) + (20) + (21) + (22) \dots\dots\dots (23)$

ทั้งนี้ ในกิจกรรมการสอนภาคปฏิบัติ ผู้วิจัยไม่ได้นำข้อมูลวัสดุ ครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างมาคำนวณเนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการทางการแพทย์ จึงคิดเฉพาะส่วนของค่าแรงของวิสัญญีพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงเพราะถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงาน

จริยธรรมทางการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาหน่วยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ งานวิจัยและบริกาวิชา การ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และมีบันทึกข้อตกลงกับอีกสองสถาบันคือ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ MU-MOU 11/2567 โดยได้รับการพิจารณาเป็นโครงการวิจัยที่เข้าข่ายยกเว้นการพิจารณา (exemption review) เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2567

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมในการผลิตวิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ในปีการศึกษา 2566 โดยใช้ระบบการคิดต้นทุนกิจกรรม (ABC) ซึ่งการผลิตวิสัญญีพยาบาล ประกอบด้วยกิจกรรมการจัดการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 ในปีการศึกษานี้มีผู้เรียนจำนวนทั้งสิ้น 31 คน และมีบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งระบบ ได้แก่ อาจารย์แพทย์ วิสัญญีพยาบาล และบุคลากรสนับสนุนการศึกษา (งานธุรการ) รวม 39 คน ใช้ระยะเวลาการศึกษาตลอดหลักสูตรจำนวน 475 ชั่วโมง

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกิจกรรมในการผลิตวิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประจำปีการศึกษา 2566

กิจกรรมการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรประจำปีการศึกษา 2566 มีสถิติของผู้เรียนที่สมัครเข้าศึกษาและผ่านการคัดเลือกเข้าสู่การอบรมจำนวน 31 คน โดยมีเพศชาย 4 คน เพศหญิง 27 คนและจำแนกตามโรงพยาบาลต้นสังกัด พบว่าผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาลส่วนมากมีต้นสังกัดเป็นกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 41.9 รองลงมา

คือต้นสังกัดเป็นมหาวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ 29 และน้อยที่สุดคือสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 3.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประจำปีการศึกษา 2566 จำแนกตามต้นสังกัด

ต้นสังกัด	จำนวน	ร้อยละ
กระทรวงสาธารณสุข	13	41.9
มหาวิทยาลัย	9	29.0
สภากาชาดไทย	4	12.9
สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	2	6.5
กระทรวงกลาโหม	2	6.5
สำนักงานการแพทย์ กทม.	1	3.2
รวม	31	100.0

ทั้งนี้ กรรมการควบคุมดูแลการฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ปีการศึกษา 2566 ส่วนมากเป็นวิสัญญีพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 59 และเป็นอาจารย์แพทย์คิดเป็นร้อยละ 33.3 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนกรรมการควบคุมดูแลการฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ปีการศึกษา 2566

บุคลากร	จำนวน	ร้อยละ
อาจารย์แพทย์	13	33.3
วิสัญญีพยาบาล	23	59.0
บุคลากรฝ่ายธุรการ	3	7.7
รวม	39	100.0

พจนานุกรมกิจกรรมการผลิตวิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาริบัติ ประจำปีการศึกษา 2566

พจนานุกรมกิจกรรมการผลิตวิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ ใน 5 กิจกรรมหลัก ประกอบด้วยกิจกรรมรอง 23 กิจกรรมดังต่อไปนี้

1. กิจกรรมหลักการบริหารจัดการและพัฒนาหลักสูตรฯ ประกอบไปด้วยกิจกรรมรอง 4 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

- (1) การประชุมคณะอนุกรรมการฯ
- (2) การรับสมัครเข้าฝึกอบรมฯ
- (3) การปฐมนิเทศ
- (4) การปัจฉินิเทศ

2. กิจกรรมหลักการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี ประกอบไปด้วยกิจกรรมรอง 7 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

- (1) การอบรมปฐมนิเทศและศึกษาประวัติการให้ยาระงับความรู้สึก
- (2) การอบรมความรู้พื้นฐานด้านการให้ยาสำหรับวิสัญญีพยาบาล
- (3) การอบรมความรู้ด้านกายวิภาคและการประยุกต์ใช้ในงานวิสัญญี
- (4) การอบรมความรู้ด้านสรีรวิทยาและการประยุกต์ใช้ในงานวิสัญญี
- (5) การอบรมความรู้ด้านเภสัชวิทยาเพื่อการให้ยาระงับความรู้สึก
- (6) การอบรมให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มีภาวะต่างๆ
- (7) การอบรมความรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับวิสัญญีพยาบาล

3. กิจกรรมหลักการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ประกอบไปด้วยการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วตัว และการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน โดยแยกฝึกปฏิบัติตามห้องผ่าตัดในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ

ห้องผ่าตัดละ 60 ชั่วโมง รวม 5 ห้องผ่าตัด กิจกรรมการฝึกปฏิบัติงานหน่วยบริการนอกห้องผ่าตัด ฝึกปฏิบัติ 60 ชั่วโมง และการฝึกปฏิบัติงานหน่วยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ฝึกปฏิบัติ 40 ชั่วโมง มีรายละเอียดกิจกรรมรอง 7 กิจกรรมดังต่อไปนี้

- (1) การฝึกปฏิบัติงานห้องผ่าตัดศัลยกรรม
- (2) การฝึกปฏิบัติงานห้องผ่าตัดสูติกรรม
- (3) การฝึกปฏิบัติงานห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์
- (4) การฝึกปฏิบัติงานห้องผ่าตัดศัลยกรรมประสาท
- (5) การฝึกปฏิบัติงานห้องผ่าตัดจักษุ ศอ โสต นาสิก
- (6) การฝึกปฏิบัติงานหน่วยบริการนอกห้องผ่าตัด
- (7) การฝึกปฏิบัติงานหน่วยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

4. กิจกรรมหลักการวัดและประเมินผล ประกอบไปด้วย กิจกรรมรอง 4 กิจกรรมดังต่อไปนี้

- (1) การสอบกลางภาค ภาคทฤษฎี
- (2) การสอบกลางภาค ภาคปฏิบัติ
- (3) การสอบปลายภาค ภาคทฤษฎี
- (4) การสอบปลายภาค ภาคปฏิบัติ

5. กิจกรรมหลักการประเมินหลักสูตรฯ ประกอบไปด้วย กิจกรรมรอง 1 กิจกรรมดังต่อไปนี้

- (1) การตรวจประกันคุณภาพหลักสูตรฯ

สัดส่วนของการใช้ทรัพยากรในแต่ละกิจกรรมการผลิตวิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ ประจำปีการศึกษา 2566

สัดส่วนของการใช้ทรัพยากรในแต่ละกิจกรรมการผลิตวิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ ประจำปีการศึกษา 2566 พบว่ากิจกรรมการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ มีสัดส่วนการใช้ทรัพยากรสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 82.6 รอง



ลงมาคือกิจกรรมการบริหารจัดการและพัฒนาหลักสูตรฯ มีสัดส่วนการใช้ทรัพยากรคิดเป็นร้อยละ 13.6 ส่วนกิจกรรมการประเมินหลักสูตรฯ มีสัดส่วนการใช้ทรัพยากรคิดเป็นร้อยละ 1.9 อันดับที่สูงคือกิจกรรมการจัดการเรียนการ

สอนภาคทฤษฎีมีสัดส่วนการใช้ทรัพยากรคิดเป็นร้อยละ 1.1 และกิจกรรมที่มีสัดส่วนการใช้ทรัพยากรน้อยที่สุดคือร้อยละ 0.7 เป็นกิจกรรมการวัดและประเมินผล ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัดส่วนการใช้ทรัพยากรในกิจกรรมหลักของหลักสูตรการผลิตวิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ปีการศึกษา 2566

กิจกรรมหลัก	สัดส่วนการใช้ทรัพยากร	ต้นทุนดำเนินการ (บาท)			ต้นทุนลงทุน (CC) (บาท)		
		ค่าแรง (LC)	ค่าวัสดุ (MC)		ค่าเสื่อมอาคาร สิ่งก่อสร้าง	ค่าเสื่อมราคา ครุภัณฑ์	รวม (บาท)
			ค่าวัสดุสิ้นเปลือง	ค่าสารา- ณูปโภค			
1. กิจกรรมการบริหารจัดการและพัฒนาหลักสูตร	13.6	338,988	152	12,259	240	1,261	352,900
2. กิจกรรมการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี	1.1	24,409	65	5,162	101	528	30,265
3. กิจกรรมการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ	82.6	1,983,200	1,613	129,047	2,526	13,288	2,129,674
4. กิจกรรมการวัดและประเมินผล	0.7	12,820	56	4,516	89	465	17,946
5. กิจกรรมการประเมินหลักสูตรฯ	1.9	46,773	28	2,256	44	233	49,334
รวม	100.0	2,406,190	1,914	153,240	3,000	15,775	2,580,119

CC = capital cost, LC = labor cost, MC = material cost

ต้นทุนกิจกรรมการผลิตวิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประจำปีการศึกษา 2566

เมื่อพิจารณาตามรายกิจกรรมย่อยตามพจนานุกรมกิจกรรม ของหลักสูตรการผลิตวิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประจำปีการศึกษา 2566 พบรายละเอียดของต้นทุน ดังนี้

1. กิจกรรมหลักการบริหารจัดการและพัฒนาหลักสูตรฯ

กิจกรรมหลักการบริหารจัดการและพัฒนาหลักสูตรฯ มีต้นทุนรวมเท่ากับ 352,900 บาท จำแนกเป็นต้นทุนค่าแรงเท่ากับ 338,988 บาท ต้นทุนค่าดำเนินการเท่ากับ 12,411 บาท และต้นทุนค่าลงทุนเท่ากับ 1,501 บาท มีกิจกรรมย่อยทั้งหมด 4 กิจกรรม ประกอบไปด้วยกิจกรรมย่อยที่มีต้นทุนสูงที่สุด คือ กิจกรรมการปัจฉิมนิเทศคิดเป็นต้นทุน 157,939 บาท รองลงมา คือ กิจกรรมการปฐมนิเทศ คิดเป็นต้นทุน 130,724 บาท ส่วนกิจกรรมที่มีต้นทุนน้อยที่สุดคือ กิจกรรมการรับสมัครเข้าฝึกอบรม คิดเป็นต้นทุน 16,214 บาท ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ต้นทุนกิจกรรมหลักการบริหารจัดการและพัฒนาหลักสูตรฯ หลักสูตรการผลิตวิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประจำปีการศึกษา 2566

กิจกรรมรอง	เวลา ที่ใช้ (ชม.)	ร้อยละ	ต้นทุนดำเนินการ			ต้นทุน ค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม กิจกรรม
			ค่าแรง (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)	ค่า สาธารณูปโภค (บาท)		
1) การประชุมคณะกรรมการฯ	7	18.4	45,462	28	2,256	277	48,023
2) การรับสมัครเข้าฝึกอบรมฯ	10	26.3	12,552	40	3,227	395	16,214
3) การปฐมนิเทศ	10	26.3	127,062	40	3,227	395	130,724
4) การปัจฉินิเทศ	11	29.0	153,912	44	3,549	434	157,939
รวม	38	100.0	338,988	152	12,259	1,501	352,900

2. กิจกรรมหลักการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี

กิจกรรมหลักการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี มีต้นทุนรวมเท่ากับ 30,259 บาท จำแนกเป็นต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 24,409 บาท ต้นทุนค่าดำเนินการเท่ากับ 5,221 บาท และต้นทุนค่าลงทุนเท่ากับ 629 บาท มีกิจกรรมย่อยทั้งหมด 7 กิจกรรม ประกอบไปด้วยกิจกรรมย่อยที่มีต้นทุนสูงที่สุดคือ การอบรมให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มีภาวะต่างๆ คิดเป็นต้นทุน 10,874 บาท รองลงมาคือ

กิจกรรมการอบรมความรู้พื้นฐานด้านการให้ยาสำหรับวิสัญญีพยาบาล คิดเป็นต้นทุน 6,535 บาท ส่วนกิจกรรมย่อยที่มีต้นทุนน้อยที่สุดมีทั้งหมด 3 กิจกรรม กิจกรรมการอบรมปฐมนิเทศและศึกษาประวัติการให้ยาระงับความรู้สึก กิจกรรมการอบรมความรู้ด้านสรีรวิทยาและการประยุกต์ใช้ในงานวิสัญญี และกิจกรรมการอบรมความรู้ด้านกายวิภาคและการประยุกต์ใช้ในงานวิสัญญี คิดเป็นต้นทุน 1,950 บาท ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ต้นทุนกิจกรรมหลักการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี หลักสูตรการผลิตวิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประจำปีการศึกษา 2566

กิจกรรมรอง	เวลาที่ใช้ (ชม.)	ร้อยละ	ต้นทุนดำเนินการ			ต้นทุนค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวมกิจกรรม
			ค่าแรง (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)	ค่าสาธารณูปโภค (บาท)		
1) การอบรมปฐมนิเทศและศึกษาประวัติการให้ยาระงับความรู้สึก	5	6.2	1,585	4	322	39	1,950
2) การอบรมความรู้พื้นฐานด้านการให้ยาสําหรับวิสัญญีพยาบาล	16	25.0	5,072	16	1,289	158	6,535
3) การอบรมความรู้ด้านกายวิภาคและการประยุกต์ใช้ในงานวิสัญญี	5	6.2	1,585	4	322	39	1,950
4) การอบรมความรู้ด้านสรีรวิทยาและการประยุกต์ใช้ในงานวิสัญญี	5	6.2	1,585	4	322	39	1,950
5) การอบรมความรู้ด้านเภสัชวิทยาเพื่อการให้ยาระงับความรู้สึก	8	6.2	2,536	4	322	39	2,901
6) การอบรมให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มีภาวะต่างๆ	32	12.5	10,144	8	644	78	10,874
7) การอบรมความรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับวิสัญญีพยาบาล	6	37.5	1,902	24	1,936	237	4,099
รวม	77	100.0	24,409	64	5,157	629	30,259

3. กิจกรรมหลักการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ

กิจกรรมหลักการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ มีต้นทุนรวมเท่ากับ 2,129,674 บาท จำแนกเป็นต้นทุนค่าแรงเท่ากับ 1,983,200 บาท ต้นทุนค่าดำเนินการเท่ากับ 130,660 บาท และต้นทุนค่าลงทุนเท่ากับ 15,814 บาท มีกิจกรรมย่อยทั้งหมด 7 กิจกรรม ประกอบไปด้วยกิจกรรมย่อยที่มีต้นทุนสูงที่สุดเท่ากัน 6 กิจกรรมคือ กิจกรรมการ

ฝึกปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรม ห้องผ่าตัดสูติกรรม ห้องผ่าตัดออร์ปิดิกส์ ห้องผ่าตัดศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ห้องผ่าตัดจักษุ ศอ โสต นาสิก และการฝึกปฏิบัติงานหน่วยบริการนอกห้องผ่าตัด คิดเป็นต้นทุน 343,571 บาท ส่วนกิจกรรมที่มีต้นทุนน้อยที่สุดคือ กิจกรรมฝึกปฏิบัติงานหน่วยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการผ่าตัด คิดเป็นต้นทุน 68,248 บาท ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ต้นทุนกิจกรรมหลักการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ หลักสูตรการผลิตวิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประจำปีการศึกษา 2566

กิจกรรมรอง	เวลา ที่ใช้ (ชม.)	ร้อยละ	ต้นทุนดำเนินการ			ต้นทุน ค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม กิจกรรม
			ค่าแรง (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)	ค่า สาธารณูปโภค (บาท)		
1) การฝึกปฏิบัติงานห้องผ่าตัด ศัลยกรรม	60	15	321,600	242	19,357	2,372	343,571
2) การฝึกปฏิบัติงานห้องผ่าตัด สูติกรรม	60	15	321,600	242	19,357	2,372	343,571
3) การฝึกปฏิบัติงานห้องผ่าตัด ออโรปิดิกส์	60	15	321,600	242	19,357	2,372	343,571
4) การฝึกปฏิบัติงานห้องผ่าตัด ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์	60	15	321,600	242	19,357	2,372	343,571
5) การฝึกปฏิบัติงานห้องผ่าตัด จักษุ ศอ โสต นาสิก	60	15	321,600	242	19,357	2,372	343,571
6) การฝึกปฏิบัติงานหน่วยบริการ นอกห้องผ่าตัด	60	15	321,600	242	19,357	2,372	343,571
7) การฝึกปฏิบัติงานหน่วยติดตาม เยี่ยมผู้ป่วยหลังการผ่าตัด	40	10	53,600	161	12,905	1,582	68,248
รวม	400	100	1,983,200	1,613	129,047	15,814	2,129,674

4. กิจกรรมหลักการวัดและประเมินผล

กิจกรรมหลักการวัดและประเมินผลมีต้นทุนรวมเท่ากับ 17,946 บาท จำแนกเป็นต้นทุนค่าแรงเท่ากับ 12,820 บาท ต้นทุนค่าดำเนินการเท่ากับ 4,572 บาท และต้นทุนค่าลงทุนเท่ากับ 554 บาท มีกิจกรรมย่อยทั้งหมด 4 กิจกรรม ประกอบไปด้วยกิจกรรมย่อยที่มีต้นทุนสูงที่สุด

คือ กิจกรรมการสอบภาคทฤษฎี คิดเป็นต้นทุน 4,500 บาท กิจกรรมที่มีต้นทุนน้อยสุดคือ กิจกรรมการสอบภาคปฏิบัติ คิดเป็นต้นทุน 4,473 บาท โดยทั้งการสอบภาคปฏิบัติและภาคทฤษฎีในรอบการสอบกลางภาคและปลายภาคนั้นมีต้นทุนเท่ากัน ดังแสดงในตารางที่ 7



ตารางที่ 7 ต้นทุนกิจกรรมหลักการวัดและประเมินผล หลักสูตรการผลิตวิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี ประจำปีการศึกษา 2566

กิจกรรมรอง	เวลา ที่ใช้ (ชม.)	ร้อยละ	ต้นทุนดำเนินการ			ต้นทุน ค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม กิจกรรม
			ค่าแรง (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)	ค่า สาธารณูปโภค (บาท)		
1) การสอบกลางภาค ภาคทฤษฎี	3	21.4	3,402	12	967	119	4,500
2) การสอบกลางภาค ภาคปฏิบัติ	8	28.6	3,008	16	1,291	158	4,473
3) การสอบปลายภาค ภาคทฤษฎี	3	21.4	3,402	12	967	119	4,500
4) การสอบปลายภาค ภาคปฏิบัติ	8	28.6	3,008	16	1,291	158	4,473
รวม	22	100.0	12,820	56	4,516	554	17,946

5. กิจกรรมหลักการประเมินหลักสูตรฯ

กิจกรรมหลักการประเมินหลักสูตรฯ มีต้นทุนรวมเท่ากับ 49,334 บาท จำแนกเป็นต้นทุนค่าแรงเท่ากับ 46,773 บาท ต้นทุนค่าดำเนินการเท่ากับ 2,284 บาท และต้นทุนค่าลงทุนเท่ากับ 277 บาท มีกิจกรรมย่อยทั้งหมด

3 กิจกรรม ประกอบไปด้วยกิจกรรมย่อยที่มีต้นทุนสูงที่สุด กิจกรรมการประเมินภายในภาควิชาฯ คิดเป็นต้นทุน 43,074 บาท ส่วนที่มีต้นทุนน้อยที่สุดคือ กิจกรรมการประเมินจากผู้เข้าฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาล คิดเป็นต้นทุน 1,449 บาท ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ต้นทุนกิจกรรมหลักการประเมินหลักสูตรฯ หลักสูตรการผลิตวิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี ประจำปีการศึกษา 2566

กิจกรรมรอง	เวลา ที่ใช้ (ชม.)	ร้อยละ	ต้นทุนดำเนินการ			ต้นทุน ค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม กิจกรรม
			ค่าแรง (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)	ค่า สาธารณูปโภค (บาท)		
1) การตรวจรับรองหลักสูตรของ ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ฯ	3	42.9	3,663	12	967	119	4,761
2) การประเมินภายในภาควิชาฯ	3	42.9	41,976	12	967	119	43,074
3) การประเมินจากผู้เข้าฝึกอบรม วิสัญญีพยาบาล	1	14.3	1,134	4	322	39	1,499
รวม	7	100.0	46,773	28	2,256	277	49,334

วิจารณ์และข้อยุติ

การศึกษานี้พบว่าเมื่อนำต้นทุนแต่ละกิจกรรมมาเปรียบเทียบกับอัตราค่าลงทุนสูงสุดในแต่ละกิจกรรมพบว่าทั้งต้นทุนค่าแรง (labor cost: LC) ต้นทุนค่าวัสดุ (material cost: MC) และต้นทุนค่าลงทุน (capital cost: CC) ของแต่ละกิจกรรมมีค่าใช้จ่ายสูง 3 อันดับแรก คือ กิจกรรมหลัก การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ มีต้นทุนรวมเท่ากับ 2,129,674 บาท โดยจำแนกเป็นต้นทุนค่าแรงเท่ากับ 1,983,200 บาท ต้นทุนค่าดำเนินการเท่ากับ 130,660 บาท และต้นทุนค่าลงทุนเท่ากับ 15,814 บาท โดยคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 93.1 : 6.1 : 0.7 รองลงมาคือ กิจกรรมการบริหารจัดการและพัฒนาหลักสูตรฯ

เมื่อพิจารณาสัดส่วนการใช้ทรัพยากรภาพรวม การผลิตวิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ปีการศึกษา 2566 ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก พบว่าต้นทุน รวมเท่ากับ 2,580,119 บาทต่อปี มีต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้เข้าฝึกอบรมต่อคน เท่ากับ 83,230 บาทต่อปี โดยประกอบด้วยต้นทุนสูงสุด คือ ต้นทุนค่าแรง (LC) เป็นจำนวนเงิน 2,406,190 บาท รองลงมาคือค่าสาธารณูปโภค (utility) เป็นจำนวนเงิน 153,240 บาท ส่วนต้นทุนต่ำสุดคือค่าวัสดุสิ้นเปลือง (MC) เป็นจำนวนเงิน 1,914 บาท

หนึ่งในปัญหาสำคัญระหว่างการรวบรวมข้อมูลคือ ความไม่ชัดเจนของสัดส่วนการทำงานของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหลักสูตร เนื่องจากภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ยังไม่มีประกาศอย่างเป็นทางการที่กำหนดภาระงานหรือขอบเขตของหน้าที่ที่ชัดเจนของบุคลากรในแต่ละบทบาท แม้ว่าผลการวิเคราะห์ของผู้วิจัยจะมีการจัดสรรสัดส่วนการทำงานของบุคลากรตามบริบทของการดำเนินหลักสูตรเทียบกับภาระงานโดยรวม แต่การคำนวณดังกล่าวเป็นการประมาณการเพื่อใช้ในการศึกษาเท่านั้น ดังนั้น จึงควรมีนโยบายร่วมกันระหว่างผู้บริหารหลักสูตรและผู้บริหารคณะแพทยศาสตร์ฯ

ในการกำหนดสัดส่วนและขอบเขตของการปฏิบัติงานในแต่ละลักษณะของบุคลากรทางการแพทย์ทุกประเภทอย่างชัดเจน

จุดอ่อนของการศึกษานี้

1. การศึกษาจากการประเมินต้นทุนที่เน้นเฉพาะมุมมองต้นทุนของหน่วยงาน

การวิจัยมุ่งเน้นไปที่ต้นทุนทางตรงและทางอ้อมในเชิงบัญชีของกิจกรรมภายในหลักสูตรฯ โดยไม่ได้นำต้นทุนหรือผลตอบแทนทางสังคม (social costs) มาประเมินร่วมด้วย ทำให้ผลลัพธ์สะท้อนเพียงภาระต้นทุนของคณะฯ โดยไม่ครอบคลุมมูลค่าทางสังคมที่หลักสูตรสร้างให้กับระบบบริการสาธารณสุขและสังคม

2. การใช้วิธีประมาณการจากสัดส่วนพื้นที่อาจไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง

การคำนวณต้นทุนค่าสาธารณูปโภคในงานวิจัยนี้ใช้วิธีการเฉลี่ยตามสัดส่วนของพื้นที่งานธุรการที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรฯ ซึ่งเป็นวิธีที่สะดวกในการประเมินในเบื้องต้น แต่ขาดการสะท้อนต้นทุนจริงของแต่ละกิจกรรมภายในหลักสูตรฯ

ข้อจำกัดของการศึกษานี้

การมุ่งศึกษาเฉพาะบริบทของสถาบันหนึ่ง

งานวิจัยชิ้นนี้มุ่งเน้นการศึกษาเชิงลึกที่ดำเนินการเฉพาะในหลักสูตรการผลิตวิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ในปีการศึกษา 2566 เพียงแห่งเดียว ทำให้ไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของหลักสูตรวิสัญญีพยาบาลในสถาบันอื่นๆ ได้อย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงกระบวนการบริหารจัดการต้นทุนกิจกรรมในหลักสูตร

วิสัญญีพยาบาล โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบของต้นทุนในแต่ละกิจกรรม เพื่อให้การจัดสรรทรัพยากรมีประสิทธิภาพมากขึ้น การปรับเปลี่ยนหรือปรับปรุงกระบวนการที่ไม่จำเป็นจะช่วยลดต้นทุนและเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานของหลักสูตรฯ และข้อมูลต้นทุนดังกล่าวจะมีประโยชน์สำหรับการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการจัดการต้นทุนทางการศึกษาของโรงพยาบาลระดับต่างๆ ในอนาคต

2. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยและกระทรวงสาธารณสุข สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษารั้งนี้ไปพิจารณาศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อต้นทุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบความแตกต่างและแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงต้นทุนการผลิตวิสัญญีพยาบาลในสถาบันที่เปิดสอนและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบาย การวางแผนการจัดสรรงบประมาณและการปรับปรุงการกำหนดค่าสนับสนุนค่าเล่าเรียนวิสัญญีพยาบาลในประเทศไทย เพื่อให้สอดคล้องกับต้นทุนได้อย่างเหมาะสม

3. เพื่อให้หลักสูตรการผลิตวิสัญญีพยาบาลของภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมีความมั่นคงและสามารถบริหารจัดการทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรกำหนดอัตราค่าบำรุงการศึกษาให้สอดคล้องกับต้นทุนที่แท้จริงของการดำเนินงาน โดยเสนอให้อยู่ที่ระดับ 85,000 บาทต่อปี ซึ่งครอบคลุมต้นทุนเฉลี่ยจากปีการศึกษา 2566 จำนวน 83,230 บาท และส่วนต่างจำนวน 1,769 บาท เพื่อรองรับความเปลี่ยนแปลงด้านค่าใช้จ่ายในอนาคต เช่น ค่าตอบแทนอาจารย์ผู้สอนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ ตลอดจนค่าบำรุงรักษาเครื่องมือเฉพาะทางและครุภัณฑ์ที่มีค่าเสื่อมราคา ทั้งนี้ หลักสูตรควรเป็นไปในลักษณะที่ทำให้หน่วยงานสามารถพึ่งพาตนเองในด้านงบประมาณได้โดยไม่ต้องใช้งบประมาณส่วนกลางของภาควิชา ทั้งนี้ จากบริบทการพัฒนาประเทศที่มีนโยบายส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลาง

ทางการแพทย์ (medical hub) ควบคู่กับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีความต้องการบุคลากรด้านวิสัญญีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การผลิตวิสัญญีพยาบาลจึงควรได้รับการผลักดันให้เป็นภารกิจหลักในระดับนโยบาย มีการขยายจำนวนรอบการเรียนการสอน รวมถึงมีการสร้างความร่วมมือกับโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานเพื่อใช้เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงาน เหล่านี้จะเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยเพิ่มกำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการด้านสาธารณสุขของประเทศได้ในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยการให้คำปรึกษาและคำแนะนำของคณาจารย์ที่ปฏิบัติงานวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ขอขอบพระคุณมูลนิธิสถาบันวิจัยและฝึกอบรมเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผลที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัย ตลอดจนสนับสนุนการประสานงานให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หัวหน้าภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ตลอดจนบุคลากรในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ได้กรุณาให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ รวมไปถึงเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

References

1. Ministry of Public Health. 20-year national strategic plan [internet]. 2018 [cited 2024 Jan 9]. Available from: http://www.stopcorruption.moph.go.th/index.php/main/p_detail/page/60. (in Thai)
2. Sirojanakul W. One-year nurse anesthetist training program regulations of the Royal College of Anesthesiologists of Thailand B.E. 2561 [internet]. 2012 [cited 2023 Dec 18]. Available from: <http://anesthai.org/public/rcat/Documents/document>. (in Thai)

3. Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Medical service statistics report [internet]. 2018 [cited 2024 Jan 9]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ anest/th/about/history-th>. (in Thai)
4. Akavipat P. Influential factor on servicing capability of anesthesia personnel derived from the study of multicenter on Thai anesthesia manpower: SOMTAM. *Thai J Anesthesiol*. 2021;47(2):115–28. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/anesthai/article/view/249156>. (in Thai)
5. Naowsuwan P. A study of the incidence of anesthesia-related complications in patients undergoing general anesthesia at Sichon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. *J Med Reg* 11. 2018;32(3): 1121–30. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/157941>. (in Thai)
6. Charulaksananan S. Surveillance of anesthesia-related complications in Thailand and identification of risk factors for developing systematic preventive guidelines. Bangkok: The Royal College of Anesthesiologists of Thailand; 2005. (in Thai)
7. Ajnaseaw B. Anesthesia risk management. *Thai J Anesthesiol*. 2015;41(4):263–77. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/anesthai/article/view/58510>. (in Thai)
8. Lappamahapaian S. Course material: Introduction to anesthesia. Bangkok: Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2014. (in Thai)
9. Pannarunothai S, Phanthunane P. Research for forecasting health workforce needs: a case study on the demand for medical specialists in secondary and tertiary health services in Thailand [internet]. 2013 [cited 2023 May]. Available from: <https://www.hfocus.org/content /2013/05/3057>. (in Thai)
10. British Anaesthetic and Recovery Nurses Association. Standards of practice [internet]. 2012 [cited 2023 Dec 16]. Available from: <https://www.barna.co.uk/uploads/3/1/0/9/31096675/barna-standards-of-practice-2012.pdf>.
11. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand. List of institutions offering the one-year nurse anesthetist training program, academic year 2017–2018 [internet]. 2018 [cited 2023 Dec 26]. Available from: https://www.rcat.org/_files/ugd/09122c_2545264681bc4951942_ca2ab5a29b489.pdf?lang=en. (in Thai)
12. Hogan PF. Cost effectiveness analysis of anesthesia providers. *Nurs Econ*. 2010;28(3):159–69. Available from: <https://www.justice.gov/sites/default/files/atrl/legacy/2015/02/20/00006-93332.pdf>.
13. American Association of Nurse Anesthetists. Scope of nurse anesthesia practice: professional role [internet]. 2013 [cited 2023 Dec 16]. Available from: <https://www.aana.com/news/a-guide-for-rns-aprns-scope-of-nurse-anesthesia-practice/>.
14. Mantraporn N. The advancement of the Thai anesthesia nurses to APN. In: Documents of the 2009 Thai Anesthesia Nurses' Academic Conference; 2009 May 22–23; Bangkok, Thailand. (in Thai)
15. Pannarunothai S, Phanthunane P. Research to forecast health workforce in the case of specialist physician demand in secondary and tertiary health services in Thailand. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4904/hsri-journal-v12n2-p205-220.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. (in Thai)
16. Mantraporn N. The development of Thai nurse anesthetists toward becoming advanced practice nurses in anesthesia nursing. *Thai J Nurs Pract Midwifery*. 2014;1(1):66–71. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj/article/view/120450>. (in Thai)
17. Nilsson U, Jaensson M. Anesthetic nursing: keep in touch, watch over, and be one step ahead. *J Perianesth Nurs*. 2016;31(6):550–1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27931710/>.

ความตระหนักต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและความท้าทายในการแก้ไขปัญหามุมมองผู้บริหารโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ธนกร เจริญกิตติวุฒ^{*}

วิลาสินี สำเนียง^{*}

วิศวะ มาลากรรณ^{*}

สมฤกษ์ จิงสมาน[†]

ยศ ตีระวัฒนานนท์^{*}

ผู้รับผิดชอบบทความ: ธนกร เจริญกิตติวุฒ

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศหรือปัญหาโลกร้อนเป็นปัญหาที่ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญที่จะแก้ไขปัญหาย่างเร่งด่วน ซึ่งนานาประเทศทั่วโลกต่างได้กำหนดนโยบายเพื่อบรรเทาผลกระทบร้ายแรงที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว โดยในภาคส่วนสาธารณสุขนั้น จะได้รับผลกระทบที่สำคัญจากการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเช่นกัน กระทรวงสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญต่อปัญหาดังกล่าวและได้มีการกำหนดนโยบายแก่โรงพยาบาลทั่วประเทศ จากการศึกษาศึกษาการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของโรงพยาบาลในประเทศไทยมีสัดส่วนการปล่อยสูงกว่าต่างประเทศ บทความนี้จึงศึกษาถึงความตระหนักต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและความท้าทายในการแก้ไขปัญหามุมมองผู้บริหารโรงพยาบาลทั้ง 12 เขตสุขภาพของประเทศไทย เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการปฏิบัติตามนโยบายในบริบทของโรงพยาบาล การศึกษาครั้งนี้ทำการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามถึงโครงสร้างในประเด็นเกี่ยวกับนโยบายและปัญหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในปัจจุบัน ผู้ตอบแบบสอบถามระดับผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์จาก 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศ จำนวน 55 คน ผลการศึกษาพบว่า ความกังวลต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของผู้บริหารโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.8 จาก 3 คะแนน รวมไปถึงมีความเห็นว่า การแก้ปัญหายังไม่เพียงพอกับสถานการณ์ในปัจจุบัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.05 จาก 3 คะแนน โดยไม่แตกต่างกันระหว่างตำแหน่งบริหาร

^{*} มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

[†] สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Received 24 April 2025; Revised 5 September 2025; Accepted 17 November 2025

Suggested citation: Jalearnkittiwut T, Samniang W, Malakan W, Chuengsamarn S, Teerawattananon Y. Climate change awareness and challenges in mitigating its effects: a perspective from hospital executives of the Ministry of Public Health. *Journal of Health Systems Research* 2025;19(4):420-35.

ธนกร เจริญกิตติวุฒ, วิลาสินี สำเนียง, วิศวะ มาลากรรณ, สมฤกษ์ จิงสมาน, ยศ ตีระวัฒนานนท์. ความตระหนักต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและความท้าทายในการแก้ไขปัญหามุมมองผู้บริหารโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2568;19(4):420-35.

และระดับของโรงพยาบาล สำหรับแนวทางที่จะช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว พบว่าร้อยละ 87.3 เห็นว่าควรเป็นมาตรการที่เกี่ยวกับการใช้ไฟฟ้า ได้แก่ การเปลี่ยนเครื่องใช้ไฟฟ้าให้เป็นแบบประหยัดไฟและติดตั้งระบบพลังงานแสงอาทิตย์ จึงสรุปได้ว่าผู้กำหนดนโยบายควรให้ความสำคัญกับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ไฟฟ้าในโรงพยาบาลเป็นอันดับแรก อย่างไรก็ตามนโยบายเกี่ยวกับการแพทย์ทางไกลยังเป็นนโยบายที่ควรให้ความสำคัญ แต่ในทางปฏิบัติยังมีอุปสรรคบางประการทำให้ยากต่อการปฏิบัติตามนโยบายอย่างเต็มประสิทธิผล

คำสำคัญ: ปัญหาโลกร้อน, การวิเคราะห์เชิงนโยบาย, การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ, ความตระหนัก, นโยบาย

Climate Change Awareness and Challenges in Mitigating its Effects: A Perspective from Hospital Executives of the Ministry of Public Health

Thanakorn Jalearnkittiwut*, Wilasinee Samniang*, Wissawa Malakan*, Somreuk Chuengsamarn†, Yot Teerawattananon*

* Health Intervention and Technology Assessment Program

† Permanent Secretary Office of the Ministry of Public Health

Corresponding author: Thanakorn Jalearnkittiwut, Thanakorn.j@hitap.net

Abstract

Current challenges of climate change or global warming are issues that all countries worldwide prioritized and urgently addressed. Many countries have established policies to mitigate this problem. As is the case in other sectors, health systems contribute significantly to greenhouse gas emissions causing global warming. This issue has been prioritized by the Thai Ministry of Public Health, which has established mitigation policy for hospitals across the country. However, a study on greenhouse gas emissions from Thai hospitals showed that their percentage of emissions are higher than the health sectors in their countries. This study therefore aimed to examine the hospital directors' awareness of climate change issues and the challenges they faced in resolving those issues in the 12 health regions in Thailand, as these factors influence policy implementation in the hospital context. A survey was conducted using a semi-structured questionnaire on topics related to current policies and issues regarding climate change. A total of 55 hospital executives from community, general, and regional hospitals across 12 health regions participated. The study found that hospital executives' concern on climate change was high, with an average score of 2.8 out of 3; additionally, they believed that current solutions were incommensurable to the present situation, with an average score of 2.05 out of 3; not different by management positions and by hospital levels. Regarding potential solutions, 87.3% of respondents believed that measures related to electricity use, such as switching to energy-efficient appliances and installation of solar power systems, should be prioritized. The study concluded that policymakers should first focus on policies related to electricity consumption in hospitals. Furthermore, policies concerning telemedicine should also be prioritized. There were still certain challenges in reaching effectiveness of these policies widely.

Keywords: global warming, policy analysis, climate change, awareness, policy

ภูมิหลังและเหตุผล

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (climate change) เป็นปรากฏการณ์ที่มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งในปัจจุบัน อุณหภูมิพื้นโลก (global land temperature) สูงกว่าค่าเฉลี่ยมากกว่า 1 องศาเซลเซียส ต่อเนื่องเป็นปีที่ 13⁽¹⁾ อุณหภูมิที่สูงขึ้นส่งผลให้มนุษย์มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) ต่อเดือนสูงขึ้นร้อยละ 0.12⁽²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานที่พบว่า อุณหภูมิที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 1 องศาเซลเซียส จะสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.1⁽³⁾ ในส่วนของประเทศไทยได้มีการศึกษาที่พบว่าอุณหภูมิเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ⁽⁴⁾ ทั้งนี้ สาเหตุคือ การที่อุณหภูมิสูงขึ้น จะส่งผลให้ร่างกายต้องขยายหลอดเลือดเพื่อระบายความร้อน หัวใจจึงต้องสูบฉีดเลือดมากยิ่งขึ้น⁽⁵⁾ นอกจากนี้ การที่โลกร้อนขึ้นยังส่งผลให้เกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติทั่วโลก เกิดความสูญเสียที่ประมาณการมูลค่าได้ถึง 270 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ และมีผู้เสียชีวิตกว่า 11,000 ราย⁽⁶⁾ ประเทศไทยมีความเสี่ยงระยะยาวที่จะได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของโลกเป็นลำดับที่ 9 ของโลก⁽⁷⁾ ด้วยเหตุนี้ประเทศไทยจึงได้ยื่นสัตยาบันสารเข้าร่วมเป็นภาคีความตกลงปารีส (Paris Agreement) ที่จัดทำขึ้นโดยองค์การสหประชาชาติ (United Nations) ซึ่งประเทศไทยมีเป้าหมายความเป็นกลางทางคาร์บอน (carbon neutrality) ในปี พ.ศ. 2593 และมุ่งสู่การปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิเป็นศูนย์ (net-zero missions) ในปี พ.ศ. 2608⁽⁸⁾

การจะบรรลุเป้าหมายความเป็นกลางทางคาร์บอน และการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิเป็นศูนย์นั้น ต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยภาคส่วนสาธารณสุขนั้นเป็นหนึ่งในหน่วยงานภาครัฐที่ต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ นอกจากนั้น

ยังเป็นหน่วยงานที่จะได้รับผลกระทบโดยตรงจากการเพิ่มขึ้นของภาระการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ประสพภัยจากเหตุการณ์ภัยพิบัติทางธรรมชาติ อันมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่รุนแรง การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า หนึ่งสัปดาห์หลังเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติรุนแรงโดยรวม จำนวนผู้เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.2 ต่อภัยพิบัติหนึ่งครั้ง⁽⁹⁾ และจากเหตุการณ์ภัยพิบัติน้ำท่วมในปี พ.ศ. 2549 ประเทศไทยมีการรายงานจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ หลังสภาวะน้ำท่วมที่ให้บริการโดยหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เช่น โรคผิวหนังและบาดแผล โรคทางเดินหายใจ มีจำนวนมากกว่า 153,587 รายจากทั่วประเทศ⁽¹⁰⁾ เช่นเดียวกับ อุบัติการณ์การระบาดของโควิด-19 (COVID-19) ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพต้องทำการปรับตัวอย่างมากในการรับมือกับภาระการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 182,510 ราย ทั่วประเทศ ซึ่งถือเป็นยอดผู้ป่วยสะสมมากที่สุด⁽¹¹⁾ การให้บริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้โรงพยาบาลทั่วประเทศไทยมีสัดส่วนการปล่อยก๊าซเรือนกระจกอยู่ที่ร้อยละ 10 ของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิระดับประเทศ⁽¹²⁾ ซึ่งสูงกว่าในต่างประเทศที่มีสัดส่วนร้อยละ 4.4⁽¹³⁾ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขไทยจึงมีนโยบายในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ที่อาจช่วยลดการใช้ทรัพยากรหรือปรับปรุงกระบวนการของกิจกรรมต่างๆ จากการให้บริการสุขภาพแต่ยังคงสอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติ เพื่อลดปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่เกิดจากภาคส่วนสาธารณสุข

หน่วยงานสาธารณสุขไทยได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง โดยมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาดังกล่าว เช่น การกำหนดยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (eHealth strategy) การกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานโรงพยาบาลเพื่อดูแลสิ่งแวดล้อมภายใต้โครงการ GREEN & CLEAN Hospital แต่

ในปัจจุบันพบว่าการใช้ไฟฟ้าของโรงพยาบาลทั่วประเทศยังมีแนวโน้มสูงขึ้น รวมถึงความครอบคลุมของการนำระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) มาใช้ยังมีน้อย คือมีเพียงร้อยละ 0-25 เท่านั้น⁽¹⁴⁾ ซึ่งระบบการแพทย์ทางไกลที่ควรผลักดันให้มีการใช้อย่างแพร่หลายนั้น มีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การใช้ระบบนี้ในการให้คำปรึกษาแก่คนไข้ 1 ครั้ง สามารถลดปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกได้เท่ากับ 0.70-372 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (kgCO₂eq)⁽¹⁵⁾ ซึ่งการให้ความรู้และการเตรียมความพร้อมแก่บุคลากรทางการแพทย์เป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่จะทำให้การปฏิบัติตามยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (eHealth adaptation strategies) นั้นครอบคลุมในวงกว้างและถูกนำไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพได้ โดยความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นข้อมูลที่สามารถนำไปวิเคราะห์เพื่อพัฒนากลยุทธ์ดังกล่าว⁽¹⁶⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลเพื่อวิเคราะห์ความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและเข้าใจความท้าทายในการดำเนินนโยบายจากมุมมองของผู้บริหารโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำข้อมูลไปใช้พัฒนานโยบายและระบบสนับสนุนในการดำเนินงานเพื่อลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของระบบบริการสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ลดปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและร่วมผลักดันประเทศไทยให้สามารถบรรลุเป้าหมายการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิเป็นศูนย์ (net-zero missions) ตามข้อตกลงที่ให้ไว้ในเวทีนานาชาติ

ระเบียบวิธีศึกษา

แหล่งข้อมูลและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง

(cross-sectional descriptive study) โดยสอบถามผู้บริหารของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเนื่องจากการศึกษานี้ต้องการทราบความคิดเห็นของกลุ่มบุคลากรระดับบริหารในพื้นที่ต่างๆ ที่หลากหลายทั่วประเทศไทย คณะวิจัยจึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ

คณะผู้วิจัยได้ประสานงานกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกองบริหารการสาธารณสุขเพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลใน 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศ โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์และเงื่อนไขคือ 1) เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่มีโรงพยาบาลศูนย์อย่างน้อย 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปอย่างน้อย 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนอย่างน้อย 2 แห่ง 2) เก็บข้อมูลจาก 12 เขตสุขภาพอย่างน้อย 1 จังหวัดต่อเขตสุขภาพ 3) กำหนดให้ผู้อำนวยการหรือผู้บริหารระดับสูงที่ได้รับมอบหมายของโรงพยาบาลเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม 1 คนต่อหนึ่งโรงพยาบาล รวมผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 60 คน อย่างไรก็ตามกลุ่มเป้าหมายของการศึกษานี้เฉพาะเจาะจงไปที่ผู้บริหารระดับสูงเท่านั้นแต่ในทางปฏิบัติจริงผู้ให้ข้อมูลอาจมาจากตำแหน่งอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย ในกรณีดังกล่าวคณะวิจัยพิจารณาขีดเข้าความเห็นจากกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ นอกเหนือจากผู้บริหารระดับสูงเข้าสู่การศึกษารั้งนี้ด้วย จากการเก็บข้อมูลได้รับการตอบรับการเข้าร่วมให้ข้อมูลจำนวน 55 คน (ร้อยละ 92) ดังแสดงใน ตารางที่ 1 ใช้วิธีเก็บข้อมูลในรูปแบบเอกสารแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (online questionnaire) จำนวน 16 ข้อ โดยกำหนดระยะเวลาการเก็บข้อมูล ตั้งแต่ วันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ถึง 2 มิถุนายน พ.ศ. 2566

ตารางที่ 1 เป้าหมาย จำนวนและอัตราผู้ตอบแบบสอบถามจาก 12 เขตสุขภาพ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร

ภาค	เขตสุขภาพ	จังหวัด	เป้าหมายผู้ตอบ แบบสอบถาม (คน)	จำนวนผู้ตอบ แบบสอบถาม (คน)	อัตราตอบ แบบสอบถาม (ร้อยละ)
เหนือ	1,2,3	เชียงใหม่ พิชญ์โลก สุโขทัย เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ พิจิตร อุทัยธานี	15	11	73
กลาง	4,5,6	พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ราชบุรี ระยอง	15	15	100
ตะวันออก	7,8,9,10	ขอนแก่น สกลนคร สุรินทร์ อุบลราชธานี	20	19	95
ใต้	11,12	นครศรีธรรมราช สงขลา ปัตตานี	10	10	100
รวม			60	55	92

แบบสอบถาม

แบบสอบถามถูกพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ ทักษะและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เช่น ข้อมูลจากรายงาน health care's climate footprint โดย Health Care Without Harm ที่รวบรวมข้อมูลจาก 43 ประเทศทั่วโลก⁽¹³⁾ กำหนดรูปแบบคำถามแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ความเห็นต่อนโยบายลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกระทรวงสาธารณสุขไทย โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป เช่น ประเภท

โรงพยาบาล จังหวัด ตำแหน่ง 2) แบบวัดระดับความคิดเห็นและประเด็นท้าทายต่อนโยบายปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยจะไม่มีคำถามให้ข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตอบแบบสอบถาม เช่น การใช้ยานพาหนะ การตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการและระดับการใช้ยาในประเทศอื่นๆ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้รับสะท้อนถึงความเห็นของผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาลตามสถานการณ์จริงในปัจจุบัน โดยปราศจากอคติหรือความเอนเอียงที่อาจเกิดขึ้นหากได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากคณะวิจัยรายละเอียดแบบสอบถามดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความคิดเห็นและจำนวนผู้ตอบต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ข้อ	คำถาม	ระดับ, n (ร้อยละ)
1	ท่านมีความกังวลเรื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและโลกร้อนที่มีต่อปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุข หรือไม่อย่างไร ตอบระหว่าง 0-10 โดย 0 ไม่มีความกังวลใจเลย ถึง 10 มีความกังวลใจมากที่สุด *ค่าดังกล่าวจะถูกแบ่งเป็นช่วงตาม น้อย (1) = 0-3, ปานกลาง (2) = 4-7, มาก (3) = 8-10	2.64–3.00
2	ปัจจุบันท่านคิดว่านโยบายการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการสาธารณสุขเพียงพอหรือสอดคล้องกับสภาวะปัจจุบัน หรือไม่อย่างไร ตอบระหว่าง 0-10 โดย 0 ไม่เพียงพอหรือสอดคล้อง 10 เพียงพอหรือสอดคล้องที่สุด *ค่าดังกล่าวจะถูกแบ่งเป็นช่วงตาม น้อย (1) = 0-3, ปานกลาง (2) = 4-7, มาก (3) = 8-10	1.66–2.33
3	มาตรการแก้ไขปัญหาลอกร้อนและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในสังคมมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตส่วนตัวของท่านหรือไม่ อย่างไร ตอบระหว่าง 0-10 โดย 0 ไม่มีผลกระทบเลย 10 มีผลกระทบมากที่สุด *ค่าดังกล่าวจะถูกแบ่งเป็นช่วงตาม น้อย (1) = 0-3, ปานกลาง (2) = 4-7, มาก (3) = 8-10	1.60–3.00
4	ท่านคิดว่าระบบบริการสุขภาพมีสัดส่วนการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในสัดส่วนเท่าใด เมื่อเทียบกับปริมาณก๊าซเรือนกระจกสุทธิที่ปล่อยออกมาทั้งประเทศ กรุณาระบุค่าสัดส่วนดังกล่าวระหว่างร้อยละ 0-100 และขอความกรุณาไม่ทำการแก้ไขคำตอบในหมวดนี้ภายหลัง	11.0–37.5
5	งานวิจัยของประเทศไทยคาดว่า การปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย คิดเป็นสัดส่วนประมาณ ร้อยละ 10 ของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิรวมทั้งประเทศ สูงกว่าสัดส่วนการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิของระบบบริการสุขภาพในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 4-6 ท่านคิดว่าสาเหตุใด ที่สำคัญที่สุดของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยในสัดส่วนที่สูงกว่าประเทศอื่นๆ (ตอบได้เพียง 1 ข้อ)	
	ก) สถานพยาบาลไทยใช้ไฟฟ้ามากกว่าสถานพยาบาลต่างประเทศ	19 (35)
	ข) สถานพยาบาลไทยใช้เทคโนโลยี เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการฉายา มากกว่าสถานพยาบาลต่างประเทศ	17 (30)
	ค) ผู้ป่วยของไทยส่วนใหญ่ใช้ยานพาหนะส่วนตัว ขณะที่ผู้ป่วยในต่างประเทศส่วนใหญ่ใช้ระบบขนส่งสาธารณะ	16 (29)
	ง) สถานพยาบาลของไทยมีขยะและน้ำเสียสูงกว่าสถานพยาบาลต่างประเทศ	2 (4)
	จ) สถานพยาบาลใช้ยานพาหนะมากกว่าสถานพยาบาลต่างประเทศ	1 (2)
6	ท่านคิดว่ากระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องมีบทบาทในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของระบบบริการสุขภาพหรือไม่ อย่างไร	
	ก) ไม่จำเป็น เพราะบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขคือการดูแลสุขภาพของประชาชนเท่านั้น	0 (0)
	ข) ไม่จำเป็น เพราะมาตรการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกอาจกระทบต่อคุณภาพและประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชน	1 (1)
	ค) จำเป็น เพราะภาวะโลกร้อนและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจะทำให้ประชาชนเจ็บป่วยมากขึ้น การลดภาวะโลกร้อนและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจึงเป็นการดูแลสุขภาพของประชาชนทางหนึ่ง	30 (55)
	ง) จำเป็น เพราะเราทุกคนอยู่ในสังคม ปัญหาโลกร้อนและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเป็นปัญหาร่วมของทุกคนในสังคม	25 (45)
	จ) ไม่แน่ใจ	0 (0)

ตารางที่ 2 ระดับความคิดเห็นและจำนวนผู้ตอบต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	ระดับ, n (ร้อยละ)
7	โรงพยาบาลของท่านมีรายการเครื่องใช้ไฟฟ้า รวมทั้งหลอดไฟฟ้า ว่ามีขนาดกำลังไฟฟ้า ประเภท และระยะเวลาการใช้งาน ทุกชิ้นหรือไม่ ก) ไม่มี ข) มี	28 (51) 27 (49)
8	มาตรการลดโลกร้อนและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศใดบ้างที่ท่านคิดว่าโรงพยาบาลของท่านจะดำเนินงานได้ง่ายที่สุดและมีความเป็นไปได้ ก) เปลี่ยนเครื่องใช้ไฟฟ้า เป็นแบบประหยัดไฟ เช่น เปลี่ยนหลอดไฟฟ้าจากหลอดไส้หรือหลอดตะเกียบ เป็นหลอดแบบ LED ทั้งหมด ข) ติดตั้งระบบผลิตไฟฟ้าพลังงานแสงอาทิตย์และใช้พลังงานไฟฟ้าแสงอาทิตย์ ค) เปลี่ยนยานพาหนะของโรงพยาบาลเป็นรถยนต์ไฟฟ้า ง) เพิ่มการให้บริการแพทย์ทางไกลเพื่อลดการเดินทางของผู้ป่วย จ) ลดขยะและน้ำเสียจากกิจกรรมต่างๆในโรงพยาบาล ฉ) ลดการใช้เทคโนโลยี เช่น การส่งตรวจที่ไม่จำเป็น ลดการใช้ยา ช) เพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลเพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นๆ	26 (47) 22 (40) 1 (2) 3 (5) 2 (4) 1 (2) 0 (0)
9	มาตรการลดใดบ้างที่ท่านคิดว่าโรงพยาบาลของท่านจะดำเนินงานได้ยากที่สุด ก) เปลี่ยนเครื่องใช้ไฟฟ้า เป็นแบบประหยัดไฟ เช่น เปลี่ยนหลอดไฟฟ้าจากหลอดไส้หรือหลอดตะเกียบ เป็นหลอดแบบ LED ทั้งหมด ข) ติดตั้งระบบผลิตไฟฟ้าพลังงานแสงอาทิตย์และใช้พลังงานไฟฟ้าแสงอาทิตย์ ค) เปลี่ยนยานพาหนะของโรงพยาบาลเป็นรถยนต์ไฟฟ้า ง) เพิ่มการให้บริการแพทย์ทางไกลเพื่อลดการเดินทางของผู้ป่วย จ) ลดขยะและน้ำเสียจากกิจกรรมต่างๆในโรงพยาบาล ฉ) ลดการใช้เทคโนโลยี เช่น การส่งตรวจที่ไม่จำเป็น ลดการใช้ยา ช) เพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลเพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นๆ	2 (4) 8 (14) 22 (40) 0 (0) 9 (16) 7 (13) 7 (13)
10	การติดตั้งระบบผลิตไฟฟ้าพลังงานแสงอาทิตย์และใช้พลังงานไฟฟ้าแสงอาทิตย์ของโรงพยาบาลท่านมีความท้าทายในประเด็นใดมากที่สุด ก) ยังไม่มีงบประมาณเพียงพอในการติดตั้งระบบผลิตไฟฟ้าพลังงานแสงอาทิตย์ตามเป้าหมาย ข) ไม่มีผู้รับเหมาที่เหมาะสมในการติดตั้งระบบผลิตไฟฟ้าพลังงานแสงอาทิตย์ในพื้นที่ของท่าน ค) ปริมาณไฟฟ้าพลังงานแสงอาทิตย์ที่ผลิตได้อาจมีสัดส่วนน้อยมากเทียบกับความต้องการไฟฟ้าทั้งหมด ง) อื่นๆ ระบุ.....	13 (24) 6 (11) 33 (60) 3 (5)
11	โปรดระบุประเด็นความท้าทายในการติดตั้งระบบผลิตไฟฟ้าพลังงานแสงอาทิตย์และใช้พลังงานไฟฟ้าแสงอาทิตย์ของโรงพยาบาลท่าน	(คำถามปลายเปิด)
12	ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าโรงพยาบาลของท่านควรมีบทบาทในการขับเคลื่อนนโยบายและเป้าหมายระดับประเทศด้านการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิเป็นศูนย์ และดำเนินการอย่างไร ก) เห็นด้วย ข) ไม่เห็นด้วย	55 (100) 0 (0)
13	กรุณาเสนอวิธีการดำเนินการของโรงพยาบาลของท่านที่จะช่วยขับเคลื่อนนโยบายและเป้าหมายระดับประเทศด้านการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิเป็นศูนย์ (net zero emissions)	(คำถามปลายเปิด)

LED = light emitting diode

คำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของโรงพยาบาล โดยข้อคำถามที่ใช้ในการสำรวจได้ผ่านการตรวจสอบการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการทวิจ้ยและด้านสิ่งแวดล้อม จากนั้นจึงนำมาปรับและแก้ไขก่อนเริ่มสำรวจ การทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญผู้มีประสบการณ์ในการทำงานวิจัยมากกว่า 3 ปีขึ้นไป จำนวน 3 ท่าน ด้วยวิธี item objective congruence index (IOC)⁽¹⁷⁾ กำหนดให้เกณฑ์การคัดเลือกค่า IOC เท่ากับ 1.00 คือสมควรเลือกใช้, 0.3-0.99 ปรับปรุงเล็กน้อย, < 0.3 สมควรคัดออก โดยทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามนี้ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความสอดคล้องกับจุดประสงค์การวิจัย พบว่าต้องปรับปรุงคำถามจำนวน 1 ข้อ 2) ด้านความสามารถสะท้อนความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาล ต่อนโยบายเกี่ยวกับการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก พบว่าต้องปรับปรุงคำถามจำนวน 3 ข้อ 3) ด้านความเหมาะสมกับผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าต้องปรับปรุงคำถามจำนวน 2 ข้อ 4) ด้านความชัดเจนเข้าใจง่าย พบว่าต้องปรับปรุงคำถามจำนวน 13 ข้อ จากนั้น คณะวิจัยจึงได้ทำการปรับปรุงแบบสอบถามให้เหมาะสมตามคำแนะนำจากผู้ประเมินก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยโปรแกรม STATA เวอร์ชัน 17.0 แสดงผลในรูปแบบร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยวิธี chi-square test ในส่วนของคำถามข้อที่ 1-3 วิเคราะห์ผลในรูปแบบความถี่และร้อยละ คำถามข้อที่ 4-6 วิเคราะห์ระดับความคิดเห็น เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดมีจำนวนจำกัดและเพื่อให้สามารถทำการวิเคราะห์ทางสถิติที่สามารถแปลผลแสดงถึงแนวโน้มหลักได้จึงแบ่งระดับความเห็นออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-3 มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน, 4-7 มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน และ 8-10 มีค่าเท่ากับ 3 คะแนน แปลผลโดยกำหนดให้ช่วง

ความคิดเห็น 1.0-1.5 คะแนน หมายถึง มีความเห็นด้วยน้อยที่สุด ช่วงความคิดเห็น 1.6-2.5 คะแนน หมายถึง มีความเห็นด้วยปานกลาง ช่วงความคิดเห็น 2.6-3.0 คะแนน หมายถึง มีความเห็นด้วยมากที่สุด คำถามข้อที่ 7 วิเคราะห์ความเข้าใจของผู้บริหารโรงพยาบาลที่มีต่อการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเฉพาะของโรงพยาบาลรายงานผลในรูปแบบค่าเฉลี่ยและร้อยละ โดยใช้มาตรวัดเป็นแบบ interval scale ในการประเมินความรู้ และคำถามข้อที่ 8-14 เป็นคำถามกึ่งปลายเปิดและคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ในรูปแบบความถี่และร้อยละ จากนั้นจึงนำข้อมูลทั้งหมดมาสรุปผลความตระหนักและกำหนดข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป

การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

คณะวิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติดำเนินโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับการพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย เลขที่เอกสาร COA No.190/65 เลขที่โครงการวิจัย 650116 เมื่อวันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2565

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้บริหารของโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 11 คน หรือร้อยละ 20 (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจำนวน 5 คน และผู้บริหารที่ไม่ใช่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เช่น รองผู้อำนวยการฯ อีกจำนวน 6 คน) โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 23 คน หรือร้อยละ 42 (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจำนวน 15 คน และผู้บริหารตำแหน่งอื่นๆ จำนวน 8 คน) และโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 21 คน หรือร้อยละ 38 (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจำนวน 11 คน และผู้บริหารตำแหน่งอื่นๆ จำนวน 10 คน) ดังแสดงใน ตารางที่ 3 เมื่อแยกตามลักษณะตำแหน่งพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลจำนวน 31 คน (ร้อยละ 56 และดำรงตำแหน่งอื่นๆ จำนวน 24 คน (ร้อยละ 44)

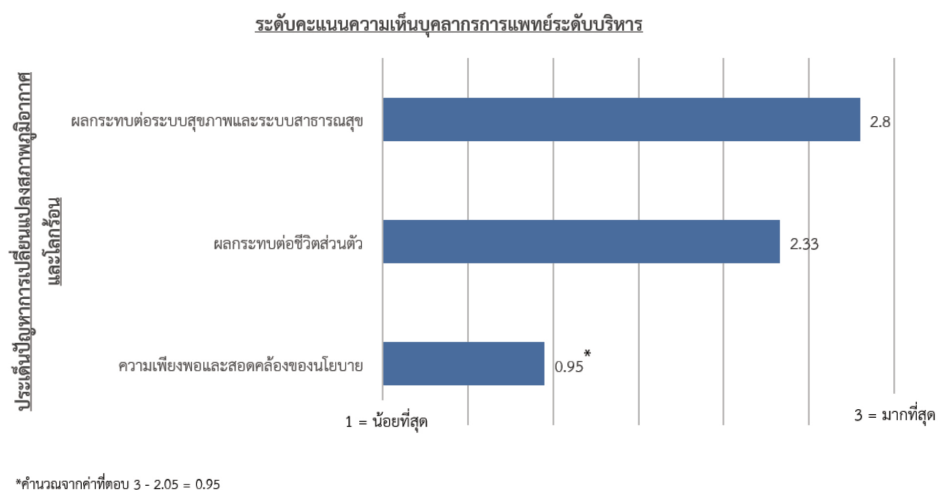
ตารางที่ 3 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม (ร้อยละ)	ตำแหน่งผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม (ร้อยละ)
โรงพยาบาลศูนย์	11 (20)	ผู้อำนวยการ ตำแหน่งอื่นๆ	5 (9) 6 (12)
โรงพยาบาลทั่วไป	23 (42)	ผู้อำนวยการ ตำแหน่งอื่นๆ	15 (27) 8 (15)
โรงพยาบาลชุมชน	21 (38)	ผู้อำนวยการ ตำแหน่งอื่นๆ	11 (20) 10 (18)
รวม	55 (100)		55 (100)

ความวิตกกังวลต่อปัญหาและนโยบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ผลการวิจัยพบว่าผู้บริหารฯ มีความกังวลต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 2.83 จาก 3 คะแนน) โดยปัจจัยด้านประเภทของโรงพยาบาลและตำแหน่งของผู้ตอบแบบสอบถามไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p -value 0.77, 0.69 ตามลำดับ ไม่มีตารางแสดง) และปัจจัยด้านประเภทของโรงพยาบาลและตำแหน่งของผู้ตอบแบบสอบถามไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p -value 0.42, 0.46 ตามลำดับ ไม่มีตารางแสดง) นอกจากนี้ปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศทำให้ผู้บริหารฯ ได้รับผล

กระทบต่อชีวิตส่วนตัวในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.33 จาก 3 คะแนน) โดยปัจจัยด้านประเภทของโรงพยาบาลและตำแหน่งของผู้ตอบแบบสอบถามไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p -value 0.29, 0.22 ตามลำดับ ไม่มีตารางแสดง) ในขณะที่ยังเห็นต่อนโยบายในการแก้ปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมีความเพียงพอและสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.05 จาก 3 คะแนน) ดังแสดงใน ภาพที่ 1 จากนั้นคณะวิจัยได้ขอให้ผู้บริหารประมาณการสัดส่วนปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเฉพาะของโรงพยาบาลทั้งประเทศเปรียบเทียบกับปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิรวมทั้งประเทศ พบว่าค่าเฉลี่ยคำตอบเท่ากับร้อยละ 20



ภาพที่ 1 ภาพรวมความตระหนักต่อปัญหาและนโยบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของผู้บริหารโรงพยาบาลในประเทศไทย

ความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในบริบทของโรงพยาบาล

ผู้ตอบแบบสอบถามได้พิจารณาสาเหตุของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของโรงพยาบาลในประเทศไทยซึ่งสูงกว่าโรงพยาบาลในต่างประเทศ ผลการศึกษาพบว่าในมุมมองของผู้บริหารโรงพยาบาลมีความเห็นว่าสาเหตุที่การปล่อยก๊าซเรือนกระจกของโรงพยาบาลในประเทศไทยสูงกว่าต่างประเทศเกิดจาก สถานพยาบาลไทยใช้กระแสไฟฟ้ามากกว่าสถานพยาบาลต่างประเทศจำนวน 19 คน (ร้อยละ 35) ผู้ป่วยของไทยส่วนใหญ่ใช้ยานพาหนะส่วนตัว ขณะที่ผู้ป่วยในต่างประเทศส่วนใหญ่ใช้ระบบขนส่งสาธารณะ จำนวน 17 คน (ร้อยละ 30) สถานพยาบาลของไทยมีปริมาณขยะและน้ำเสียสูงกว่าสถานพยาบาลต่างประเทศ จำนวน 16 คน (ร้อยละ 29) สถานพยาบาลไทยใช้เทคโนโลยี เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการใช้น้ำมากกว่าสถานพยาบาลต่างประเทศ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 4) สถานพยาบาลใช้น้ำมันมากกว่าสถานพยาบาลต่างประเทศ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2) และผู้บริหารเห็นด้วยกับแนวคิดที่ว่า กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องมีบทบาทในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของระบบบริการสุขภาพ โดยให้เหตุผลว่าภาวะโลกร้อนและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจะทำให้ประชาชนเจ็บป่วยมากขึ้น การลดภาวะโลกร้อนและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจึงเป็นการดูแลสุขภาพของประชาชนอีกทางหนึ่งจำนวน 30 คน (ร้อยละ 55) และมีความเห็นว่าปัญหาโลกร้อนและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเป็นปัญหาร่วมของทุกคนในสังคมจำนวน 25 คน (ร้อยละ 45)

โดยในส่วนของวิธีการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในโรงพยาบาลที่ง่ายและมีความเป็นไปได้มากที่สุด ได้แก่ การเปลี่ยนเครื่องใช้ไฟฟ้าให้เป็นแบบประหยัดไฟ เช่น เปลี่ยนหลอดไฟฟ้าจากหลอดไส้หรือหลอดตะเกียบเป็น

หลอดแบบไดโอดเปล่งแสง (light emitting diode, LED) ทั้งหมด จำนวน 26 คน (ร้อยละ 47) การติดตั้งระบบผลิตกระแสไฟฟ้าจากพลังงานแสงอาทิตย์และใช้กระแสไฟฟ้าจากพลังงานแสงอาทิตย์ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 40) เพิ่มการให้บริการแพทย์ทางไกลเพื่อลดการเดินทางของผู้ป่วย จำนวน 3 คน (ร้อยละ 5) การลดปริมาณขยะและน้ำเสียจากกิจกรรมต่างๆ ในโรงพยาบาล จำนวน 2 คน (ร้อยละ 4) ลดการใช้เทคโนโลยี เช่น การส่งตรวจที่ไม่จำเป็น ลดการฉายา จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2) เปลี่ยนยานพาหนะของโรงพยาบาลเป็นรถยนต์ไฟฟ้า จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2) และทีมวิจัยพบว่าโรงพยาบาลในงานวิจัยนี้ มีการจัดทำบันทึกการรายการเครื่องใช้ไฟฟ้า 27 แห่ง (ร้อยละ 49)

วิธีการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในโรงพยาบาลที่มีความเป็นไปได้ยากที่สุด ได้แก่ การเปลี่ยนยานพาหนะของโรงพยาบาลเป็นรถยนต์ไฟฟ้า จำนวน 22 คน (ร้อยละ 40) ลดขยะและน้ำเสียจากกิจกรรมต่างๆ ในโรงพยาบาล จำนวน 9 คน (ร้อยละ 16) ติดตั้งระบบผลิตกระแสไฟฟ้าจากพลังงานแสงอาทิตย์และใช้กระแสไฟฟ้าจากพลังงานแสงอาทิตย์ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 15) ลดการใช้เทคโนโลยี เช่น การส่งตรวจที่ไม่จำเป็น ลดการฉายา จำนวน 7 คน (ร้อยละ 13) เพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลเพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นๆ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 13) การเปลี่ยนเครื่องใช้ไฟฟ้า เป็นแบบประหยัดไฟ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 4)

ทั้งนี้ การดำเนินการนำเทคโนโลยีระบบกระแสไฟฟ้าจากพลังงานแสงอาทิตย์มาใช้ในโรงพยาบาลมีประเด็นท้าทายตามความเห็นจากผู้บริหารโรงพยาบาล ได้แก่ ปริมาณกระแสไฟฟ้าจากพลังงานแสงอาทิตย์ที่ผลิตได้อาจมีสัดส่วนน้อยมากเมื่อเทียบกับความต้องการใช้ไฟฟ้าทั้งหมด จำนวน 33 คน (ร้อยละ 60) โรงพยาบาลไม่มีงบประมาณเพียงพอในการติดตั้งระบบผลิตกระแสไฟฟ้าจากพลังงานแสงอาทิตย์ตามเป้าหมาย จำนวน 13 คน (ร้อยละ 24) และพื้นที่โรงพยาบาลไม่มีผู้รับเหมาติดตั้งที่เหมาะสมใน

การติดตั้งระบบผลิตกระแสไฟฟ้าจากพลังงานแสงอาทิตย์จำนวน 6 คน (ร้อยละ 11) และเหตุผลอื่นๆ เช่น ต้องปรับปรุงหลังคาอาคารให้รองรับการติดตั้งระบบพลังงานจากแสงอาทิตย์ ระเบียบการใช้จ่ายเงินบำรุงในการติดตั้งระบบผลิตกระแสไฟฟ้าจากพลังงานแสงอาทิตย์ของโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน จำนวน 3 คน (ร้อยละ 5)

นอกจากนั้น ยังพบว่าผู้บริหารโรงพยาบาลเห็นด้วยกับการให้โรงพยาบาลที่สังกัดมีบทบาทในการขับเคลื่อนนโยบายและเป้าหมายระดับประเทศด้านการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิเป็นศูนย์ (net zero emissions) จำนวน 55 คน (ร้อยละ 100) โดยรายละเอียดคำถามและการตอบแสดงในตารางที่ 2

วิจารณ์และข้อยุติ

ความตระหนักต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

การศึกษานี้ต้องการประเมินความตระหนักต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและความท้าทายในการดำเนินการเพื่อลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในโรงพยาบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลในภาพรวมทั้งประเทศ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานั้นดำรงตำแหน่งอื่นนอกเหนือจากผู้อำนวยการ คณะวิจัยจึงวิเคราะห์จำแนกตามประเภทของตำแหน่งเพิ่มเติม เนื่องจากความแตกต่างของตำแหน่งอาจส่งผลให้มุมมองความตระหนักต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศแตกต่างกัน แต่จากการศึกษาพบว่าความคิดเห็นจากบุคลากรที่แตกต่างกันทั้งตำแหน่งงานและการสังกัดประเภทของโรงพยาบาลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่ระดับความตระหนักต่อปัญหาดังกล่าวอยู่ระดับปานกลางค่อนข้างสูง และยังมีความเห็นว่านโยบายที่จะช่วยแก้ไขปัญหาในปัจจุบันนั้นยังไม่เพียงพอ ดังนั้นภาคสาธารณสุขไทยควรมีการกำหนดนโยบายที่จะช่วยลดปัญหาดังกล่าวให้มากยิ่งขึ้น เนื่องจากความเห็น

ของผู้บริหารแสดงถึงความพร้อมในการให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา แต่ทั้งนี้ผู้บริหารอาจจะยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับสถานการณ์การปล่อยก๊าซเรือนกระจกของโรงพยาบาล เนื่องจากค่าเฉลี่ยคำตอบส่วนการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของโรงพยาบาลยังสูงกว่าตัวเลขจริงอยู่มาก เมื่ออ้างอิงข้อมูลจากการศึกษาการประเมินการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของสถานพยาบาลในประเทศไทย ที่คาดว่าจะการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย คิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 10 ของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิของประเทศ⁽¹²⁾ ซึ่งผลการตอบแบบสอบถามพบว่าผู้ตอบคำถามส่วนการปล่อยก๊าซเรือนกระจกได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 31 เท่านั้น ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้บริหารโรงพยาบาลเห็นความสำคัญของปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และมีความเข้าใจว่าโรงพยาบาลมีส่วนอย่างมากในการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ซึ่งอาจเป็นเพราะการสำรวจนี้ดำเนินการหลังการแพร่ระบาดของโรคระบาดโควิด-19 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่โรงพยาบาลมีการใช้ทรัพยากรอย่างมาก เช่น การใช้ไฟฟ้าที่มากขึ้นตามภาระการให้บริการสุขภาพ ขยะติดเชื้อจำนวนมากจากอุปกรณ์การแพทย์แบบใช้ครั้งเดียวทิ้ง และอื่นๆ ซึ่งอาจเป็นประเด็นศึกษาเพื่อยืนยันสมมติฐานต่อไปในอนาคต ข้อมูลความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับประเด็นปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของการศึกษารั้งนี้ เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของการรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ตระหนักถึงอันตรายจากภาวะโลกร้อนต่อสุขภาพ แต่ยังต้องการการสนับสนุนทั้งด้านข้อมูลที่เจาะจงมากขึ้นและการสร้างสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดการลงมือปฏิบัติจริง ดังนั้นการศึกษาเพื่อสร้างข้อมูลสนับสนุนนโยบายหรือการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงตามความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลจะสามารถเพิ่มความเป็นไปได้ในการปฏิบัติให้สามารถเกิดขึ้น

ได้และสามารถช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้จริง⁽¹⁸⁾

ความตระหนักต่อสถานการณ์และนโยบายการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ผู้บริหารโรงพยาบาลในประเทศไทยมีความเห็นด้วยอย่างยิ่งในการช่วยกันลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายใต้บริบทของการให้บริการด้านสุขภาพ โดยกิจกรรมหลักที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกในโรงพยาบาลที่สำคัญที่ควรได้รับการปรับปรุง ได้แก่ การใช้ไฟฟ้า การใช้น้ำมันเชื้อเพลิงของตัวผู้ป่วย และการจัดการขยะและน้ำเสีย ซึ่งกิจกรรมที่สมควรปรับปรุงเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของสถานพยาบาลในประเทศไทย โดยเฉพาะในส่วนของการใช้ไฟฟ้าและการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงของตัวผู้ป่วย⁽¹²⁾ และยังเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาความเห็นของบุคลากรการแพทย์ในระดับนานาชาติที่ได้ให้ความเห็นว่า กิจกรรมหลักที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจก ได้แก่ การเดินทาง (transport & distribution) การใช้เชื้อเพลิง (operational fuel use) การกำจัดของเสีย (waste treatment) และการใช้พลังงานไฟฟ้า (electricity)⁽¹⁹⁾ แสดงให้เห็นว่าบุคลากรระดับผู้บริหารโรงพยาบาลนั้นมีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงต้นตอของปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมของโรงพยาบาล แต่ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขต้องให้การสนับสนุนการจัดทำมาตรฐานบันทึกการปล่อยก๊าซเรือนกระจก เพราะจากการศึกษานี้พบว่าจำนวนโรงพยาบาลน้อยกว่าครึ่งหนึ่งที่สำรวจมีบันทึกการปล่อยก๊าซเรือนกระจก เนื่องจากการบันทึกการปล่อยก๊าซเรือนกระจกนั้นเป็นสิ่งสำคัญในการนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายสถานพยาบาลคาร์บอนต่ำ หรือในการปฏิบัติตามนโยบายเพื่อลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่เกิดจากการใช้ไฟฟ้า เช่น การเปลี่ยนมาใช้หลอด LED ที่ประหยัดพลังงาน แทนหลอดไฟฟ้าแบบเก่า การเปลี่ยนเครื่องปรับอากาศที่มีอายุการใช้งานมากเป็นเครื่องปรับอากาศที่ประหยัดพลังงาน

ผู้บริหารโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความเห็นว่ายานโยบายที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด อันดับแรก ได้แก่ นโยบายลดการใช้ไฟฟ้าในโรงพยาบาลเป็นอันดับแรก ตามด้วยนโยบายเพิ่มการให้บริการแพทย์ทางไกลและนโยบายลดขยะและน้ำเสีย ตามลำดับ ซึ่งหากนำข้อมูลความเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ในโรงพยาบาลที่ควรปรับปรุงเปรียบเทียบกับข้อมูลความคิดเห็นต่อนโยบายที่มีความเป็นไปได้พบว่ายานโยบายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมลดการใช้ไฟฟ้าในโรงพยาบาลมีผู้ตอบเพิ่มขึ้นร้อยละ 52.7 ซึ่งให้เห็นว่านโยบายดังกล่าวควรให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนทันทีเพราะเป็นนโยบายที่ผู้บริหารโรงพยาบาลมีความเห็นว่าควรปรับปรุงและมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการมากที่สุด เช่นเดียวกับการเปลี่ยนเครื่องใช้ไฟฟ้าเป็นแบบประหยัดไฟ ถึงแม้บางส่วนจะมีความเห็นว่า เป็นนโยบายที่ยากเกินไปในการปฏิบัติ แต่ก็เป็นส่วนน้อยเพียง 2 คนจากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ซึ่งอาจมีปัจจัยจากผลการศึกษาที่แสดงว่าโรงพยาบาลจำนวนมากกว่าครึ่งไม่มีรายการบันทึกการใช้ไฟฟ้า ซึ่งการดำเนินนโยบายดังกล่าวต้องใช้เวลาในการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลและรวบรวมข้อมูลทั้งหมดในโรงพยาบาลอย่างได้มาตรฐาน และปัจจุบันการบันทึกข้อมูลการใช้ไฟฟ้าอย่างมีมาตรฐานของโรงพยาบาลยังไม่ถูกนำมาปฏิบัติอย่างแพร่หลาย แต่การที่ผู้บริหารส่วนใหญ่มีความเห็นว่านโยบายดังกล่าวมีความเป็นไปได้สูงแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลเครื่องใช้ไฟฟ้าในรูปแบบมาตรฐานเดียวกันในทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการโดยทันทีและมีแนวโน้มจะได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากโรงพยาบาลเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของโรงพยาบาลจากนโยบายการเปลี่ยนเครื่องใช้ไฟฟ้าเป็นแบบประหยัดไฟ

นโยบายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงของตัวผู้ป่วยลดลงร้อยละ 25.4 และนโยบายที่เกี่ยวกับขยะและน้ำเสียลดลงร้อยละ 25.5 ซึ่งให้เห็นว่าตัวแปรสำคัญที่เป็นประเด็นท้าทายในการดำเนินนโยบายในการ

ลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของโรงพยาบาลคือผู้เข้ารับบริการ เพราะทั้ง 2 กิจกรรมมีความเกี่ยวข้องกับผู้เข้ารับบริการโดยตรงและโดยอ้อม อาจมีสาเหตุจากพฤติกรรมและจำนวนของผู้เข้ารับบริการเป็นสิ่งที่ควบคุมกำกับโดยโรงพยาบาลได้ยาก ดังนั้นการดำเนินนโยบายใดๆ ก็ตามที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการอาจไม่ได้รับการตอบสนองที่เพียงพอทำให้นโยบายนั้นประสบความสำเร็จได้ยาก โดยในส่วนของนโยบายกิจกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน เช่น การเปลี่ยนมาใช้ยานพาหนะไฟฟ้าหรือการลดการพึ่งพาเทคโนโลยีในการให้บริการสุขภาพนั้น อาจมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ แต่ควรจัดลำดับความสำคัญรองลงมา เนื่องจากผู้บริหารส่วนใหญ่มองว่ากิจกรรมดังกล่าวไม่ใช่สาเหตุหลักของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของโรงพยาบาล ดังนั้น การดำเนินนโยบายดังกล่าวอาจไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากผู้บริหารโรงพยาบาล โดยสรุปแล้ว ข้อมูลสำคัญที่ได้จากการเปรียบเทียบส่วนต่างความเห็นนี้สะท้อนถึงความสำคัญทั้งในมิติของการปรับปรุงและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริงที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการกำหนดนโยบายที่มีประสิทธิผลได้ อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบโดยใช้แบบสอบถามถึงโครงสร้างครั้งนี้อาจไม่ครอบคลุมทุกแนวทางการปฏิบัติ เนื่องจากการแก้ไขปัญหาการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศส่งผลกระทบในภาพกว้างเกี่ยวข้องกับหน่วยงานหลายภาคส่วน ดังนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการกำหนดนโยบายที่มีประสิทธิผล ควรศึกษาพัฒนาเชิงลึกเฉพาะเจาะจงในรายนโยบายต่อไป รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4 ทั้งนี้ ความเห็นต่อวิธีการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของผู้บริหารโรงพยาบาลในประเทศไทยนั้น เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาความเห็นของบุคลากรการแพทย์ในระดับนานาชาติที่ได้ให้ความเห็นต่อวิธีการที่จะช่วยลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ได้แก่ การประชุมทางไกล (video conferencing) การใช้พลังงานหมุนเวียน (renewable energy) การลด

การเดินทาง (minimizing travelling)⁽¹⁹⁾ จากผลการวิจัยนี้ กระทรวงสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับนโยบายเกี่ยวกับการใช้ไฟฟ้าเป็นอันดับแรก เนื่องจากเป็นหนึ่งในกิจกรรมหลักของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญและแสดงความพร้อมในการปฏิบัติ ซึ่งปัจจัยที่จะส่งผลให้นโยบายเกี่ยวกับการใช้ไฟฟ้าเกิดประสิทธิภาพได้นั้น กระทรวงสาธารณสุขต้องเพิ่มงบประมาณสนับสนุนในการติดตั้งระบบดังกล่าวให้มากขึ้น เพราะการจะนำระบบพลังงานแสงอาทิตย์ไปใช้นั้นต้องใช้งบประมาณมากกว่าในปัจจุบันที่ได้รับการสนับสนุน เพื่อให้ระบบพลังงานแสงอาทิตย์สามารถผลิตกระแสไฟฟ้าได้เพียงพอต่อความต้องการในโรงพยาบาล และในส่วนของนโยบายที่เกี่ยวกับการใช้ยานพาหนะของผู้รับบริการควรมีการศึกษาเพิ่มเติม ค้นหาปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลต่อความเป็นไปได้ในการดำเนินนโยบาย เนื่องจากผลการศึกษาแสดงถึงแนวโน้มความเป็นไปได้ยากในการดำเนินนโยบายในบริบทของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ อาจมีสาเหตุเพราะเป็นปัจจัยที่ควบคุมได้ยาก ผู้กำหนดนโยบายควรมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้เข้ารับบริการตัดสินใจเลือกใช้บริการการแพทย์ทางไกล หรือการแพทย์เชิงรุก ด้วยการออกตรวจรักษาตามแหล่งชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อลดการใช้ยานพาหนะส่วนตัวมายังโรงพยาบาล เป็นต้น รวมไปถึงการสื่อสารประชาสัมพันธ์บริการการแพทย์ทางไกล ดังนั้นการรักษามาตรฐานคุณภาพของการให้บริการการแพทย์ทางไกลให้เทียบเท่าการรักษาโดยปกติทั่วไปจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นและเพิ่มความร่วมมือจากผู้เข้ารับบริการ⁽²⁰⁻²²⁾ เพราะกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ต้องให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาเช่นกัน เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มีสัดส่วนการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุดที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมในโรงพยาบาล หากนโยบายการให้บริการการแพทย์ทางไกลถูกนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรับบริการได้ เช่น ผู้ป่วยด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วย

เบาหวาน หรือ ผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาจช่วยลดการเดินทางของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 20–40 ของผู้ป่วยทั้งหมดในโรงพยาบาล การลดกิจกรรมดังกล่าวอย่าง

แพร่หลายสามารถลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากโรงพยาบาลของประเทศได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽²³⁾

ตารางที่ 4 กิจกรรมหลักที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจก 3 อันดับแรกที่ควรปรับปรุง (n=จำนวนครั้งการตอบ)

ลำดับ	ก. กิจกรรมที่ควรปรับปรุง (ร้อยละ)	ข. นโยบายที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด (ร้อยละ)	ส่วนต่างความเห็น ข-ก (ร้อยละ)
1	การใช้ไฟฟ้า n=19 (34.6)	เปลี่ยนเครื่องใช้ไฟฟ้า และ ติดตั้งระบบพลังงานแสงอาทิตย์ n=48 (87.3)	n=29 (52.7)
2	การใช้น้ำมันของหน่วยบริการ n=17 (30.9)	เพิ่มการให้บริการแพทย์ทางไกล n=3 (5.5)	n=-14 (-25.4)
3	ขยะและน้ำเสีย n=16 (29.1)	ลดขยะและน้ำเสีย n=2 (3.6)	n=-14 (-25.5)

ผู้บริหารส่วนใหญ่มีความเห็นว่านโยบายที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด ได้แก่ เปลี่ยนยานพาหนะของโรงพยาบาลเป็นรถยนต์ไฟฟ้า ซึ่งการใช้รถยนต์พลังงานไฟฟ้านั้นเหมาะสมในกรณีที่มีระยะทางการเดินทางที่น้อยกว่า 100 กิโลเมตรต่อวัน หรือมีการจำกัดการใช้รถยนต์เฉพาะในช่วงเวลาเช้าเท่านั้นและทำการชาร์จไฟในช่วงเวลากลางวัน⁽²⁴⁾ โดยข้อจำกัดเหล่านี้อาจจะก่อให้เกิดอุปสรรคในการใช้งานยานพาหนะไฟฟ้าในบริบทการให้บริการสุขภาพของประเทศไทยได้ อีกทั้งยังมีการศึกษาว่า สัดส่วนการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมการใช้น้ำมันพาหนะของโรงพยาบาลนั้นมีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 7 จากการปล่อยก๊าซเรือนกระจกรวม จากการให้บริการสุขภาพเท่านั้น⁽¹³⁾ ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขควรพิจารณาจัดลำดับความสำคัญกับนโยบายอื่นก่อนในการลดปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจก

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กระทรวงสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับมาตรการลดการใช้พลังงานไฟฟ้าเป็นอันดับแรก โดยอาจจัดสรร

งบประมาณสนับสนุนแก่โรงพยาบาลให้มากยิ่งขึ้น เพื่อนำงบประมาณในส่วนนี้มาใช้ในการเพิ่มขนาดของระบบพลังงานจากแสงอาทิตย์ให้เหมาะสมกับขนาดโรงพยาบาล ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนการจัดหาผู้ดำเนินการติดตั้งที่มีประสิทธิภาพ และจัดทำมาตรฐานข้อมูลการบันทึกการการเครื่องใช้ไฟฟ้ารูปแบบเดียวกันให้แก่ทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ ในส่วนของนโยบายเกี่ยวกับการใช้น้ำมันพาหนะของผู้รับบริการควรสนับสนุนให้เพิ่มบริการแพทย์ทางไกลในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถให้บริการการแพทย์ทางไกลได้โดยไม่เกิดผลกระทบด้านลบต่อผู้ป่วย ให้ทั่วทุกพื้นที่ของประเทศ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการสำรวจความตระหนักต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเฉพาะผู้บริหารในโรงพยาบาลจาก 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศ ซึ่งไม่ครอบคลุมพื้นที่กรุงเทพมหานครฯ และผู้บริหารในโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หรือศูนย์อนามัยต่างๆ รวมทั้งยังไม่ครอบคลุมความเห็นของ

บุคลากรทางการแพทย์ในระดับปฏิบัติการที่อาจส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งขอบเขตของการศึกษานี้มุ่งเน้นไปที่การสร้างหลักฐานเชิงวิชาการที่สะท้อนความตระหนักของผู้บริหารโรงพยาบาลที่มีต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและนโยบายที่เกี่ยวข้องต่างๆ อาจไม่ใช่การศึกษาเพื่อประเมินการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในโรงพยาบาลหรือประเมินประสิทธิผลของนโยบายลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในโรงพยาบาลโดยตรง แต่ความตระหนักต่อปัญหาดังกล่าวของผู้บริหารโรงพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากการกำหนดทิศทางของผู้บริหารระดับสูงเป็นปัจจัยสำคัญของการดำเนินนโยบายและการพัฒนาความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อมของระบบสาธารณสุขให้ประสบความสำเร็จ^(25,26)

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานบริหารการวิจัยและนวัตกรรมสาธารณสุข (สวส.) สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และคณะผู้วิจัยขอขอบคุณการสนับสนุนจากกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขในการติดตามประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงบุคลากรการแพทย์ระดับผู้บริหารในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้

References

1. NOAA National Centers for Environmental Information (NCEI). Climate at a glance: global time series [internet]. [published 2025 Aug] [cited 2025 Sep 3]. Available from: <https://www.ncei.noaa.gov/access/monitoring/climate-at-a-glance/global/time-series>.
2. Khatana SAM, Werner RM, Groeneveld PW. Association of extreme heat and cardiovascular mortality in the United States: a county-level longitudinal analysis from 2008 to 2017. *Circulation*. 2022;146(3):249-61.
3. Liu J, Varghese BM, Hansen A, Zhang Y, Driscoll T, Morgan G, et al. Heat exposure and cardiovascular health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Planetary Health*. 2022;6(6):e484-e95.
4. Kiatchoosakun S, Peansukwech U, Anutrakulchai S. Association meteorological data to cardiovascular disease. *Srinagarind Medical Journal*. 2021;36(2):137-41.
5. Tantipasawasin P, Tantipasawasin S. Heat stroke and the other heat related illness [internet]. *Chonburi Hospital Journal*. 2005 [cited 2025 Sep 5];30(2):64-7. Available from: <https://thaidj.org/index.php/CHJ/article/view/13879>. (in Thai)
6. Munich Re. Climate change and La Niña driving losses: the natural disaster figures for 2022 [Internet]. Munich: Munich Re; 2023 Jan 9 [cited 2023 Nov 4]. Available from: <https://www.munichre.com/en/company/media-relations/media-information-and-corporate-news/media-information/2023/natural-disaster-figures-2022.html>.
7. Eckstein D, Kunzel V, Schäfer L. The global climate risk index 2021: Bonn: Germanwatch; 2021.
8. United Nations Development Programme. Thailand [internet]. [published 2025 Aug 1] [cited 2025 Sep 5]. Available from: <https://climatepromise.undp.org/what-we-do/where-we-work/thailand>.
9. Salas RN, Burke LG, Phelan J, Wellenius GA, Orav EJ, Jha AK. Impact of extreme weather events on healthcare utilization and mortality in the United States. *Nature Medicine*. 2024;30(4):1118-26.
10. Department of Health. Natural disasters, a tragedy to be faced [internet]. Nonthaburi: Department of Health; 2022 [cited 2024 Aug 14]. 11 p. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/wp-content/uploads/2022/07/335.pdf>. (in Thai)
11. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [internet]. [cited 2025 Sep 5]. Available from: <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases?n=c>.
12. Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP). Final report: A research project to develop policy proposals and drive the modern health system after the COVID-19 pandemic [internet]. Nonthaburi: HITAP; [cited 2025 Sep 5]. Available from: <https://www.hitap.net/documents/186225>. (in Thai)
13. Arup. Healthcare's climate footprint [internet]. London: Arup; [cited 2025 Jan 25]. Available from: <https://www.arup.com/insights/healthcares-climate-footprint>.
14. EHealth Strategy, Ministry of Public Health, 2017-2026: E-health Thailand: Information and Communication Tech-

- nology Center, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2017.
15. Purohit A, Smith J, Hibble A. Does telemedicine reduce the carbon footprint of healthcare? A systematic review. *Future Healthcare Journal*. 2021;8(1):e85.
 16. Holmner Å, Rocklöv J, Ng N, Nilsson MJGHA. Climate change and eHealth: a promising strategy for health sector mitigation and adaptation. 2012;5(1):18428.
 17. Thorn DW, Deitz JC. Examining content validity through the use of content experts. *The Occupational Therapy Journal of Research*. 1989;9(6):334-46.
 18. Caraballo-Betancort AM, Marcilla-Toribio I, Notario-Pacheco B, Cekrezi S, Perez-Moreno A, Martinez-Andres M. Health professionals' perceptions of climate change: a systematic review of qualitative studies. *Public Health*. 2025;245:105773.
 19. Hoffmann J-M, Bauer A, Grossmann RJBGH. The carbon footprint of clinical trials: a global survey on the status quo and current regulatory guidance. 2023;8(9):e012754.
 20. Phoisuwan O, Worarun S, Jaiyangyuen O, Piawnalao S. The use of technology in remote nursing practice for the care of elderly patients with chronic diseases and hospital readmission: a systematic review [internet]. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi*. 2024 [cited 2025 Sep 5];7(1):131-46. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/269714>. (in Thai)
 21. Lertsinudom S. Developing the tele village health volunteer (vhv) to connect the primary care pharmacy service system [internet]. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI); 2023 [cited 2025 Jan 5]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5865?locale-attribute=en>. (in Thai)
 22. Isaranuwatthai W. Exploring the impact of telemedicine programme under Thailand's universal coverage scheme: a study from 2022 to 2024 [internet]. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI); 2024 [cited 2025 Sep 5]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6203?locale-attribute=en>. (in Thai)
 23. Association AH. Telehealth: helping hospitals deliver cost-effective care. *Issue Brief*. 2016;30:1-7.
 24. Colomer Ferrándiz JV, Saiz Gabaldón MA, Colomer Font Ó. The use of an electric vehicle fleet for the domiciliary hospitalization unit of the Hospital of Alcoy. *Transp Res Proc* 2016;14:411-8.
 25. Chiarini A, Vagnoni E. Environmental sustainability in European public healthcare: Could it just be a matter of leadership? *Leadership in Health Services*. 2016;29(1):2-8.
 26. Suriyankietkaew S, Kungwanpongpan P. Strategic leadership and management factors driving sustainability in health-care organizations in Thailand. *Journal of Health Organization and Management*. 2022;36(4):448-68.

เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข

ข้าพเจ้า อ.ดร.นงนุช จินดารัตนาภรณ์ และนางสาวสลักจิต ชื่นชม ในฐานะผู้เขียนบทความเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของเด็กไทยอายุ 6-18 ปี ซึ่งได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2568 https://he04.tci-thaijo.org/index.php/j_hsr/article/view/2773

ขอเรียนแจ้ง เพื่อขอแก้ไขรายละเอียดในตารางที่ 2 และเนื้อหาในบทความ 1 ย่อหน้าที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากมีการเรียงประเภทอาหารผิดพลาด จึงขอแก้ไขข้อความตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยการแก้ไขนี้ไม่ส่งผลต่อการตีความหรือข้อสรุปของงานวิจัย ซึ่งมี รายละเอียดขอปรับแก้ดังแสดงด้านล่างนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

อ.ดร.นงนุช จินดารัตนาภรณ์ ผู้รับผิดชอบบทความ

นางสาวสลักจิต ชื่นชม ผู้เขียนรอง

1. ข้อความเดิม **ย่อหน้าแรกในวารสารหน้า 27**

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาลและโซเดียมสูงของเด็กไทยอายุ 6-18 ปี ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 92.5 ของกลุ่มตัวอย่างบริโภคอาหารกึ่งสำเร็จรูปมากที่สุด รองลงมาคือ นมรส หวานจัด โยเกิร์ต คิดเป็นร้อยละ 89.5 และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน (ร้อยละ 79.3) ตามลำดับ (Table 2)

ข้อความใหม่

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาลและโซเดียมสูงของเด็กไทยอายุ 6-18 ปี ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 92.5 ของกลุ่มตัวอย่างบริโภค**ขนมขบเคี้ยว**มากที่สุด รองลงมาคือ **เครื่องดื่มที่มีรสหวาน** คิดเป็นร้อยละ 89.5 และอาหารกึ่งสำเร็จรูป (ร้อยละ 79.3) (Table 2)

2. ตารางเดิม ในวารสารหน้า 26

Table 2 The consumption behavior of Thai children aged 6-18 years regarding foods high in fat, sugar, and sodium

Types of food and beverages high in fat, sugar, and sodium	Number and percentage of samples classified by frequency of consumption (n=4,117)				
	Not in the past week (%)	Consume in the past week (%)	everyday (7 days) (%)	4-6 day (%)	1-3 day (%)
1. Snack	2,096 (50.9)	2,021 (49.1)	100 (2.4)	338 (8.2)	1,583 (38.5)
2. Beverages	854 (20.7)	3,263 (79.3)	283 (6.9)	641 (15.6)	2,339 (56.8)
3. Semi-processed foods	307 (7.5)	3,810 (92.5)	1,328 (32.3)	1,074 (26.1)	1,408 (34.2)
4. Desserts and ice cream	1,595 (38.7)	2,522 (61.3)	228 (5.5)	471 (11.4)	1,823 (44.3)
5. Bakeries	858 (20.8)	3,259 (79.2)	390 (9.5)	754 (18.3)	2,115 (51.4)
6. Chocolate milk and yogurt	431 (10.5)	3,686 (89.5)	940 (22.8)	1,067 (25.9)	1,679 (40.8)
7. Main dish	909 (22.1)	3,208 (77.9)	748 (18.2)	901 (21.9)	1,559 (37.9)
8. Candies and gums	2,300 (55.9)	1,817 (44.1)	153 (3.7)	275 (6.7)	1,389 (33.7)

ตารางใหม่

Table 2 The consumption behavior of Thai children aged 6-18 years regarding foods high in fat, sugar, and sodium

Types of food and beverages high in fat, sugar, and sodium	Number and percentage of samples classified by frequency of consumption (n=4,117)				
	Not in the past week (%)	Consume in the past week (%)	Everyday (7 days) (%)	4-6 day (%)	1-3 day (%)
1. Snack	307 (7.5)	3,810 (92.5)	1,328 (32.2)	1,074 (26.1)	1,408 (34.2)
2. Beverages	431 (10.5)	3,686 (89.5)	940 (22.8)	1,067 (25.9)	1,679 (40.8)
3. Semi-processed foods	854 (20.7)	3,263 (79.3)	283 (6.9)	641 (15.6)	2,339 (56.8)
4. Desserts and ice cream	858 (20.8)	3,259 (79.2)	390 (9.5)	754 (18.3)	2,115 (51.4)
5. Chocolate milk and yogurt	909 (22.1)	3,208 (77.9)	748 (18.1)	901 (21.9)	1,559 (37.9)
6. Bakeries	1,595 (38.7)	2,522 (61.3)	228 (5.6)	471 (11.4)	1,823 (44.3)
7. Main dish	2,096 (50.9)	2,021 (49.1)	100 (2.4)	338 (8.2)	1,583 (38.5)
8. Candies and gums	2,300 (55.9)	1,817 (44.1)	153 (3.7)	275 (6.7)	1,389 (33.7)