

3

Journal of Health Systems Research

Vol. 16 No. 3 July - September 2022

ISSN 2672-9415 (Online)



วารสารวิจัย ระบบสาธารณสุข

ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 ก.ค. - ก.ย. 2565

289

การแทรกแซงนโยบายด้านสาธารณสุข
ของประเทศไทยโดยอุตสาหกรรมอาหาร
ผ่านหน่วยงานภาครัฐ

344

รูปแบบการรักษาและประสิทธิผลของการใช้ยา
ยับยั้งไทโรซีนไคเนสในการรักษาผู้ป่วย
โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์:
การวิเคราะห์ข้อมูลจากสถานการณจริง

370

การบริหารจัดการภาวะวิกฤตในช่วงสถานการณ์
การระบาดของโควิด-19 ระลอกแรก

Network

N

Management

M

Communication

C

Systems

Knowledge

Policy

Research

R

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

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรหมารุโณทัย มุลินธิศุณย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

บรรณาธิการรอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรวยพร ศรีศัลลักษณ์
เภสัชกรสรชัย จำเนียรดำรงการ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
นักวิชาการอิสระ

กรรมการประจำกองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. นายแพทย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์
ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์สุรศักดิ์ บุรดนรีเวช
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ วรธนารัตน์
ดร. นายแพทย์ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์สมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก
ดร. นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย

ดร. ทนตแพทย์หญิงเพ็ญแข ลาภยิ่ง
ดร. สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล
นายไพศาล ลิ้มสถิตย์

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

เลขานุการ

นางสาววรางคณา ปุณยธร

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงาน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ถนนสาธารณสุข 6
ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร. 0 2027 9701
โทรสาร 0 2026 6822
Website: <http://www.hsri.or.th>
Link หน้าวารสาร: <http://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal>

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

Editorial Board

Advisor

Executive Director, Health Systems Research Institute

Editor

Supasit Pannarunothai Centre for Health Equity Monitoring Foundation

Associate Editors

Jaruayporn Srisasalux Health Systems Research Institute

Sorachai Jamniandamrongkarn Independent Scholar

Members

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

Surasak Buranatreveth Faculty of Medicine, Thammasat University

Thira Woratanarat Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Piya Hanvoravongchai Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Samrit Srithamrongsawat Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

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

Phusit Prakongsai Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Phengkhae Lapying Department of Health, Ministry of Public Health

Sureerat Ngamkiatpaisan Independent Scholar

Paisan Limstit Faculty of Law, Thammasat University

Secretary

Warangkana Punyathorn Health Systems Research Institute

Office

Health Systems Research Institute

4th Floor, National Health Building, Public Health 6 Road,
Ministry of Public Health, Muang District, Nonthaburi 11000

Tel. (66). 0 2027 9701

Fax (66). 0 2026 6822

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

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

วิสัยทัศน์

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นวารสารชั้นนำด้านการวิจัยระบบสุขภาพในระดับอาเซียน

เป้าหมายและขอบเขตของวารสาร

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นเครื่องมือเผยแพร่วิชาการเพื่อสนับสนุนและยกขีดความสามารถในการผลิตองค์ความรู้ใหม่จากการวิจัยระบบสุขภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย นักวิจัย นักวิชาการและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ

การจำกัดสิทธิความรับผิดชอบ

ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ถือเป็นความเห็นของวารสารวิจัยระบบสาธารณสุขและวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับข้อความและข้อคิดเห็นใดๆ ของผู้เขียน วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์ตามความเหมาะสม รวมทั้งการตรวจทานแก้ไขหรือตัดกล่าวกาลาษาให้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด อนึ่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฯ ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายลิขสิทธิ์

เงื่อนไขหลักในการส่งต้นฉบับ

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขยินดีรับพิจารณาต้นฉบับงานวิจัยและต้นฉบับบทความวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้บทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขหลักดังต่อไปนี้

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

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

Vision

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

Aim & Scope

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

Disclaimer

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

Main conditions for submission

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

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

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



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

บทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์

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

บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

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



ผลงานของผู้อื่นอย่างถูกต้องหรือลอกเลียนผลงานที่เผยแพร่แล้ว รวมถึงผลงานของผู้เขียนเองและข้อมูลที่ยังไม่ได้เผยแพร่

5. แจกกองบรรณาธิการถ้าหากท่านไม่มีความเชี่ยวชาญเพียงพอสำหรับการพิจารณาความเหมาะสมของบทความนั้นๆ
6. ควรระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่ตนประเมินแต่ผู้เขียนไม่ได้อ้างถึงด้วย

บทบาทหน้าที่ของบรรณาธิการ

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

การติดต่อกับวารสารฯ ขอให้ติดต่อผ่านทางระบบ e-journal โดยที่ท่านสามารถศึกษารายละเอียดขั้นตอนในการส่งต้นฉบับบทความเข้าระบบฯ และการติดต่อผ่านทางระบบฯ ได้ที่ท้ายเอกสารนี้

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อเผยแพร่

วารสารฯ รับเผยแพร่บทความ 4 ประเภท คือ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (special article) และจดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) ผู้เขียนควรศึกษารายละเอียดของบทความประเภทต่างๆ ซึ่งจะได้บรรยายต่อไป 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 โปรดระบุว่าการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ ชุดใดบ้างและเมื่อไร 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 กรณแบบฉบับคำรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ในขั้นตอนระบบ e-journal ของทางวารสารฯ รับเฉพาะไฟล์ MS Words ดังนั้น จึงต้องทำให้แบบคำรับรองงานต้นฉบับที่ลงนามแล้วเป็นภาพทั้งฉบับ หรือเฉพาะลายมือชื่อของผู้เขียนแต่ละรายเป็นภาพ แล้วจึงวางลงในไฟล์ MS Words ซึ่งท่านสามารถ download ไฟล์แบบคำรับรองงานต้นฉบับในรูปแบบดังกล่าวได้ที่ <https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal/declare-form>
- ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 20 หน้า ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16) กรณศึกษา “การเตรียมบทความต้นฉบับ” ด้านล่าง (ท้ายหัวข้อที่ 4. จดหมายถึงบรรณาธิการ)
- กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยที่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย
- ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

2. unปริทัศน์ (review article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ มาวิเคราะห์วิจารณ์เปรียบเทียบกันเพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นๆ ยิ่งขึ้น ควรประกอบด้วย

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



2.6 เนื้อหา

2.7 บทสรุปหรือวิจารณ์

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

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

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

กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยที่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย

ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

3. บทความพิเศษ (special article)

เป็นบทความวิชาการที่แสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ หรือเป็นบทความที่รวบรวมเนื้อหาและการแสดงความคิดเห็นวิพากษ์วิจารณ์ในเรื่องดังกล่าว หรือเป็นกรณีศึกษาที่สะท้อนระบบสาธารณสุขที่โดดเด่นในระดับประเทศหรือระดับภูมิภาคอาเซียน ควรประกอบด้วย

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address

3.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.5 บทนำ

3.6 เนื้อหา

3.7 วิจารณ์

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

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

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

กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยที่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย
ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

4. จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) หรือ จดหมายโต้ตอบ

เป็นการติดต่อหรือตอบโต้ระหว่างนักวิชาการหรือผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้อ่านมีข้อคิดเห็นที่แตกต่าง และต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงาน และบางครั้งบรรณาธิการอาจพิจารณาข้อเสนอแนะหรือโต้แย้งได้

การเตรียมบทความต้นฉบับ

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

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

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

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

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

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

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

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

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



ยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

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

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

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

ใส่ตารางที่ 1

หรือ

ใส่ภาพที่ 1

หรือ

ใส่แผนภูมิที่ 1

ตาราง (แนะนำให้ทำเป็นภาษาอังกฤษ)

เป็นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลขและเครื่องหมายต่างๆ บรรจุลงในคอลัมน์เพื่อแสดงข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตารางมีดังนี้

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

- ต้องขออนุญาต หรืออ้างอิงกรณีนำข้อมูลในตารางมาทำงานของผู้อื่น

ภาพ (แนะนำให้ทำเป็นภาษาอังกฤษ)

จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ มีแนวทางดังนี้

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

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

11. ข้อเสนอแนะ ผู้เขียนควรระบุข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายต่อประเด็นที่ศึกษา และข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาวิจัยต่อไป โดยอ้างอิงข้อค้นพบจากการศึกษา

12. กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement) มีย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง หากปรากฏชื่อเป็นผู้เขียนร่วมแล้ว จะไม่ระบุในส่วนนี้อีก

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

การเขียนรายการอ้างอิงทุกรายการให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ (รายละเอียดดังส่วนต่อไปในเอกสารนี้)

สำหรับการเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหาของบทความ

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

การเขียนเอกสารอ้างอิงมีหลักเกณฑ์ดังนี้

13.1 วารสารวิชาการ

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

สำหรับรายการอ้างอิงที่เป็นเอกสารภาษาไทย ต้องแปลทุกส่วนเป็นภาษาอังกฤษ แล้วใส่ “(in Thai)” ไว้ท้ายเอกสารอ้างอิงนั้น

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

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



ชื่อเรื่อง จะใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรก และชื่อเฉพาะต่างๆ

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

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

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

ตัวอย่างดังนี้

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

13.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

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

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

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

หนังสือหรือตำราที่ผู้เขียนเขียนทั้งเล่ม และ ไม่มีบรรณาธิการ

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

จะใส่ครั้งที่พิมพ์เฉพาะกรณีที่ไม่ใช่ครั้งแรก

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

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

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

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

หนังสือที่มีบรรณาธิการ และ อ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

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

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

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

กรณีเป็น e-book

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

กรณีเป็นบทหนึ่งใน e-book

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

13.3 รายงานการประชุม สัมมนา

เอกสารสรุปผลการประชุม

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



เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. 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 proceeding

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

13.4 รายงานทางวิชาการ พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

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

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

13.5 วิทยานิพนธ์

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

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

13.6 สิ่งพิมพ์อื่นๆ

13.6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

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

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

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

กรณีไม่มีชื่อผู้เขียน

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

13.6.2 กฎหมาย

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

13.6.3 พจนานุกรม

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

กรณีเป็น online dictionary

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

13.7 วีดิทัศน์

ชื่อเรื่อง (วีดิทัศน์). เมืองที่ผลิต: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต.

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

13.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

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

ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่มี DOI number

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

ตัวอย่างไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มี DOI number

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

Podcasts

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

Blog Posts

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

การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป กองบรรณาธิการจะตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้เขียน สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้เขียน แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น

การตรวจทานต้นฉบับก่อนเผยแพร่ (final proof)

ผู้เขียนต้องตรวจพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา

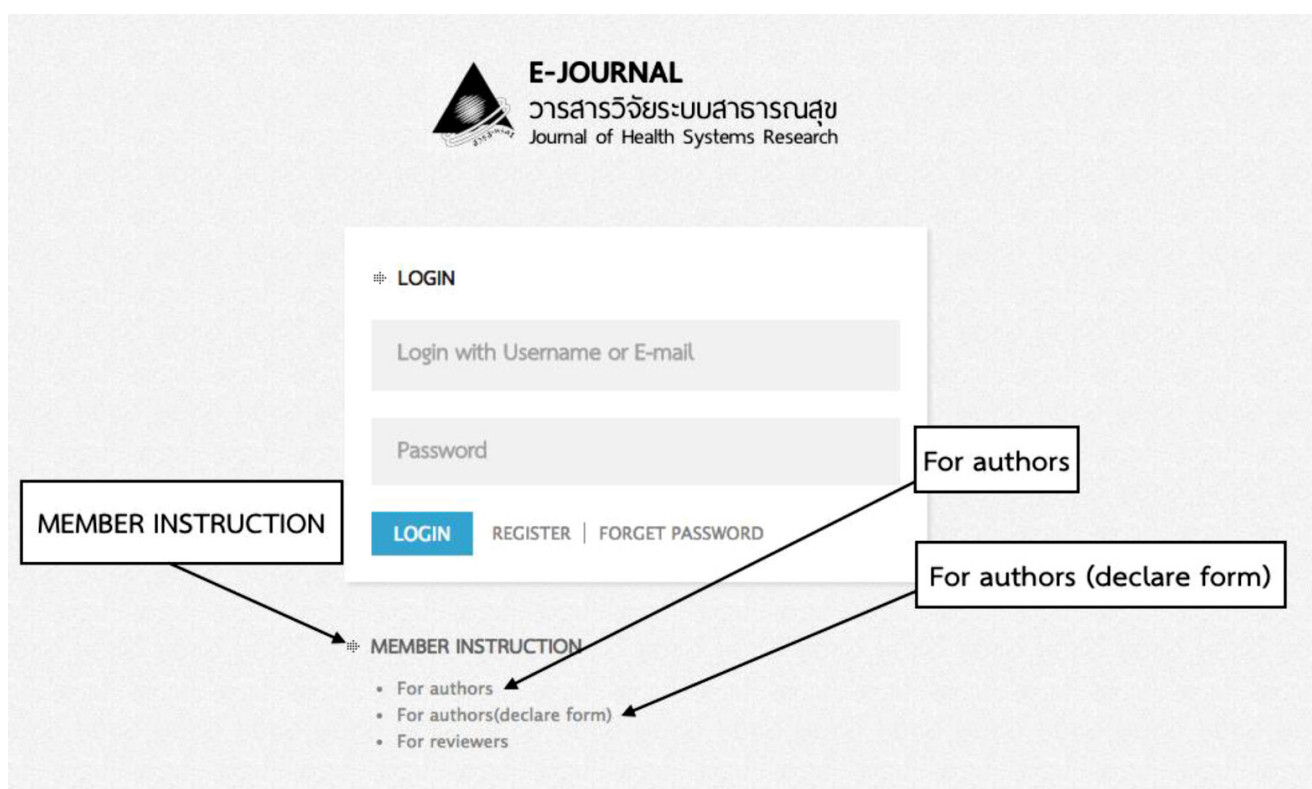


สถานะของบทความในระบบและขั้นตอนการทำงาน วารสารวิจัยระบบสารสนเทศ

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

การส่งต้นฉบับ

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



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

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

ภายหลังการตั้ง password เมื่อคลิก save แล้ว จะปรากฏหน้าจอข้างล่างนี้บนหน้าจอ

Add new article

The changes have been saved.

INFORMATION

Title (thai) ? *

Title (eng.) ? *

Abstract (thai) ? *

Data

Authors ? *

Full name (thai)

Full name (eng.)

Email

Keywords (thai) ? *

Add co-author

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

Choose file

UPLOAD

SUBMIT

Abstract (eng.) ? *

Full text ? *

Choose File No file chosen

UPLOAD

File types allowed: doc docx

☐ I have read the submission guidelines. [Download guideline](#) *

SUBMIT

Cancel

Keywords (eng.) ? *

Offices ?

Publisher ?

HSRI

Contributors ?

HSRI

Date ?

Year Month Day

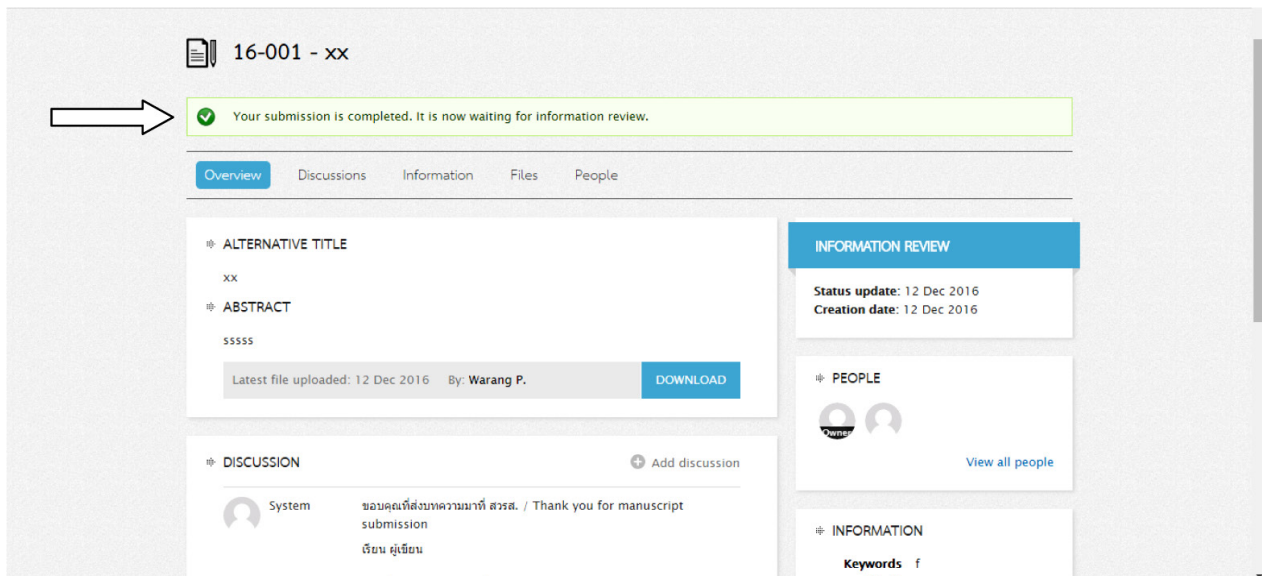
2016 / 12 / 19

Language ?

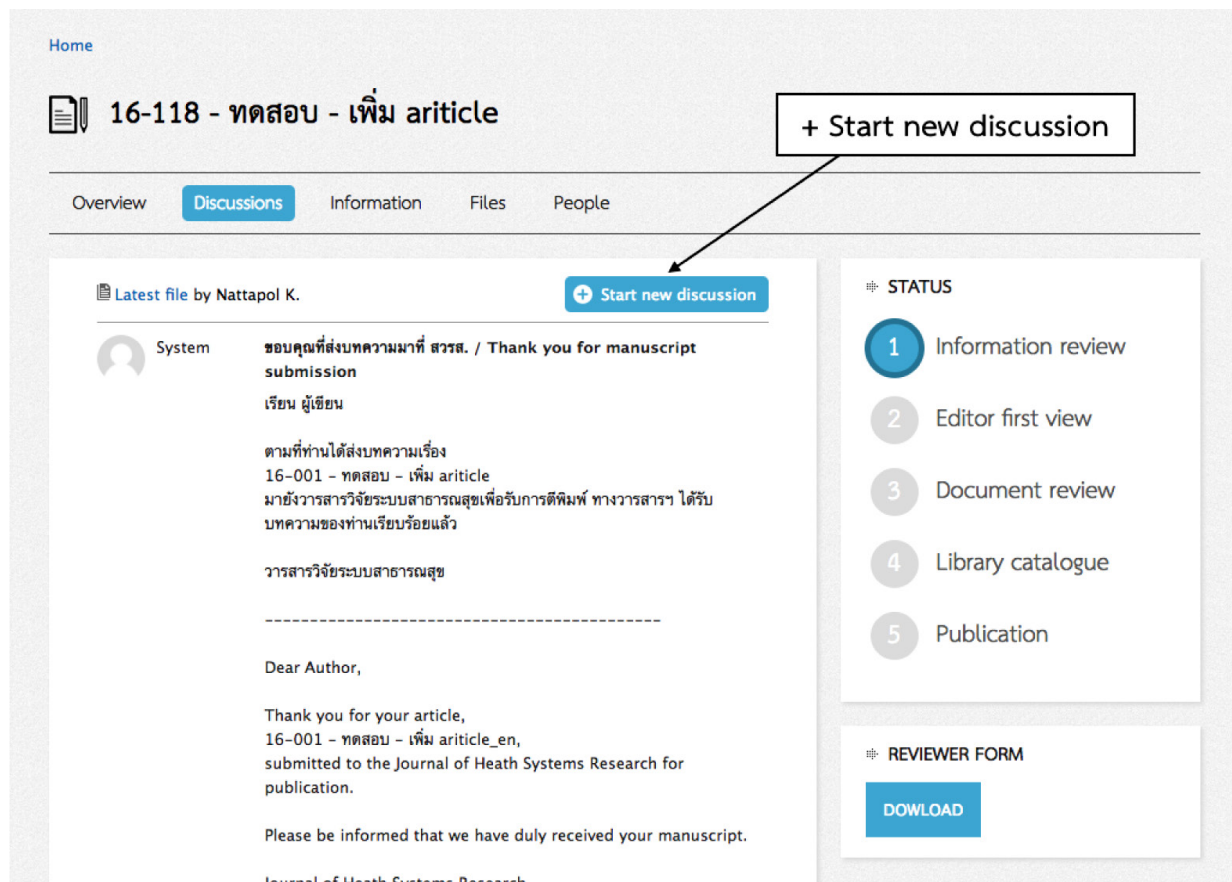
th

Coverage ?

หากการส่งนิพนธ์ต้นฉบับเสร็จสิ้นสมบูรณ์แล้ว หน้าจะปรากฏดังนี้



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





จากนั้นจะปรากฏหน้าจอ ดังนี้

16-118 - ทดสอบ - เพิ่ม article

Overview **Discussions** Information Files People

ADD NEW TOPIC

Title *

Details

File Choose File No file chosen **UPLOAD**

File type allowed: doc docx

START NEW DISCUSSION Cancel

STATUS

- 1 Information review
- 2 Editor first view
- 3 Document review
- 4 Library catalogue
- 5 Publication

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

จากนั้น คลิกที่ START NEW DISCUSSION ที่อยู่ด้านล่าง ระบบก็จะส่งข้อความของท่านไปยังเจ้าหน้าที่กองบรรณาธิการวารสารฯ

หากการ upload ไฟล์สำเร็จ จะมีข้อความแสดงที่หน้าจอให้ทราบ และปรากฏชื่อไฟล์ได้ข้อความของท่าน

เมื่อกองบรรณาธิการส่งข้อความถึงท่านจากระบบ e-journal จะมีข้อความไปยังอีเมลที่ท่านใช้ในการสมัครสมาชิกกับทางวารสารฯ และท่านสามารถคลิกที่ลิงค์ในข้อความดังกล่าว เพื่อเข้าสู่ระบบ e-journal และเขียนข้อความตอบกลับได้

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



สารบัญ

Contents

บทบรรณาธิการ

การขับเคลื่อนนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประเทศไทย

นพคุณ ธรรมธัชอารี และคณะ

นิพนธ์ต้นฉบับ

การแทรกแซงนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศไทยโดยอุตสาหกรรมอาหารผ่านหน่วยงานภาครัฐ

กมลวรรณ เขียวนิล และคณะ

การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้บริโภคในร้านก๋วยเตี๋ยว ภายในอำเภอเมืองลำปาง

วรางคณา สันเทพ

ยงยุทธ แก้วเต็ม

การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในระดับสิ่งแวดล้อมและนโยบายในประเทศไทย: การทบทวนเชิงวิเคราะห์

ฐิติภรณ์ ตวงรัตนานนท์ และคณะ

รูปแบบการรักษาและประสิทธิผลของการใช้ยายับยั้งไทโรซีนไคเนสในการรักษาผู้ป่วยโรคเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์: การวิเคราะห์ข้อมูลจากสถานการณจริง

จิรวิษฎ์ ยาคี และคณะ

กรอบบริการฟื้นฟูโดยคนพิการและครอบครัวในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปสำหรับความพิการทางสติปัญญา ออทิสติกและการเรียนรู้

ขวัญประชา เขียงไชยสกุลไทย และคณะ

Editorial

Advocacy on Rational Drug Use Policy in Thailand

Noppakhun Thammatacharee, et al.

ORIGINAL ARTICLE

Food Industry Interference in Public Health Policy in Thailand: a Focus on Interference through Government Organization

Kamonwan Kiewnin, et al.

Model Development Using “Healthier Choice” Nutrition Symbol for Promoting Health of Noodle Consumers in Mueang Lampang District

Warangkana Suntep

Yongyuth Kaewtem

Thailand Environmental and Policy Level Physical Activity Interventions: A Critical Review

Titiporn Tuangratananon, et al.

Treatment Patterns and Effectiveness of Tyrosine Kinase Inhibitors in Patients with Chronic Myeloid Leukemia: Evidence from a Real-World Data Analysis

Jirawit Yadee, et al.

Rehabilitation Services Framework by the Disabled and their Family in Disability Services Centers for Intellectual Disability, Autism, and Learning Disability

Kwanpracha Chiangchaisakulthai, et al.

สารบัญ

Contents

การบริหารจัดการภาวะวิกฤตในช่วงสถานการณ์
การระบาดของโควิด-19 ระลอกแรก

ธีระ วรธนารัตน์ และคณะ

สาเหตุของการส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่องของ
ผู้ประกันตนตามมาตรา 40: การศึกษาเชิงคุณภาพ

สายชล คล้อยเอี่ยม

สัดส่วนงานของทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญใน
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

วรารัตน์ ใจชื่น และคณะ

370

**Crisis Management during the First Wave of
COVID-19 Pandemic Situation**

Thira Woratanarat, et al.

390

**Why Insured Persons under Social Security Act
Article 40 Missed Paying Contribution: A Qualitative
Study**

Saichon Kloyiam

407

**Proportion of Dental Specialists Task Performance
in Ministry of Public Health Hospitals**

Wararat Jaichuen, et al.

การขับเคลื่อนนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประเทศไทย

Advocacy on Rational Drug Use Policy in Thailand

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use; RDU) คือ การที่ประชาชนได้รับยาที่เหมาะสมกับความจำเป็นด้านสุขภาพในขนาดและระยะเวลาที่ถูกต้อง เกิดเป็นค่าใช้จ่ายน้อยที่สุดต่อตัวผู้ป่วยและสังคม⁽¹⁾ การพัฒนาแนวคิด RDU ให้เป็นนโยบายที่นำไปสู่การปฏิบัติได้จริงนั้น ประเทศไทยใช้มาตรการตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ การกำหนดให้ RDU เป็นนโยบายระดับประเทศ การใช้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical guidelines) การส่งเสริมความรู้ด้านยาทั้งในบุคลากรการแพทย์และประชาชนทั่วไปและการส่งเสริมการมีจริยธรรมในการสั่งจ่าย⁽¹⁾ ผ่านกลไกความร่วมมือของฝ่ายต่างๆ เริ่มจากการประกาศเป็นนโยบายของรัฐบาลในปี 2553 จากนั้นกระทรวงสาธารณสุขและเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet) รวมทั้งโรงพยาบาลต่างๆ ได้ร่วมกันแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ จนกระทั่งเกิดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพด้านการสั่งใช้และกระจายยา⁽²⁾ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านยาที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และคุ้มค่า ในปี 2565 มีการปรับรูปแบบและขยายเครือข่ายจากโรงพยาบาล (RDU Hospital) ไปสู่ภาคส่วนต่างๆ (RDU Province, RDU District) ตลอดจนชุมชน (RDU Community) เพื่อเข้าสู่ภาคส่วนระดับประเทศ

บทบรรณาธิการนี้ สรุปสถานการณ์ความรู้และการดำเนินงาน RDU 12 ปี ตามนโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อพัฒนาสู่ประเทศไทยอย่างสมเหตุผล (RDU Country) ต่อไป

1. RDU ในสถานพยาบาล

1.1 สถานพยาบาลภาครัฐ

โครงการ RDU Hospital เริ่มต้นในปีงบประมาณ 2558 โดยวิธีวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research; PAR) ระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาล มีคณะทำงานส่วนกลางเป็นผู้พัฒนาตัวชี้วัดที่ชื่อ “กุญแจ PLEASE”^{*} เพื่อเป็นแนวทางดำเนินงานและติดตามประเมินผล ปี 2560 มีโรงพยาบาลร่วมโครงการทั้งสิ้น 213 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลใน UHosNet ทุกแห่ง และที่เหลือเกือบทั้งหมดเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดจากการวิจัยให้เป็นสาขาหนึ่งของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ของกระทรวงสาธารณสุขช่วงปี 2560-2564 ภายใต้หัวข้อ RDU Hospital⁽²⁾ และต่อมาเป็น RDU Community ในปี 2565 ส่วนในด้านของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นั้น ได้มีการนำตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะ เป็นแรงจูงใจในการจ่ายเงินเพิ่มให้สถานพยาบาล ตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (quality and outcome framework; QOF) ตั้งแต่ปี 2560 โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมมือกันปฏิบัติตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล⁽³⁾

* Pharmacy and therapeutics committee (PTC) strengthening (ความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด), Labeling and leaflet (ฉลากยา และข้อมูลยาสู่ประชาชน), Essential RDU tools (เครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล), Awareness for RDU principles among health personnel and patients (ความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ), Special population care (การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ), Ethics in prescription (การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งจ่าย)

กลยุทธ์ตัวชี้วัด RDU เป็นส่วนหนึ่งของ service plan ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ โดยพบว่าการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นใน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ หวัดเจ็บคอ (upper respiratory tract infection), อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (acute diarrhea), แผลสด (fresh trauma wound), และคลอดปกติ (normal labor) ในโรงพยาบาล^(3,4) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่วนในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิ การใช้ยาปฏิชีวนะใน upper respiratory tract infection และ acute diarrhea ก็มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตามเป้าหมาย⁽³⁾ เช่น อัตราการใช้ยาต้านจุลชีพในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และหวัดเจ็บคอในสถานพยาบาลสังกัดต่างๆ ในปี 2564 เป็นไปตามตารางที่ 1

Table 1 Antimicrobial prescription rates on selected conditions among different types of health facilities

Type	No. of facilities	URI* (%)	AD* (%)
Community hospitals, MoPH	725	38	34
General hospitals, MoPH	86	49	39
Regional hospitals, MoPH	26	51	38
Ministry of Defense hospitals	37	60	57
University hospitals	14	47	34
Hospitals of Bangkok Metropolitan Administration	73	59	51
Private hospitals	29	43	30
Private clinics	140	61	63
Hospitals of Thai Red Cross	5	37	24
Autonomous hospitals	1	51	41

MoPH=Ministry of Public Health, URI=upper respiratory tract infection, AD=acute diarrhea

ที่มา: งบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2564

ส่วนการใช้ยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและการลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ การใช้ metformin ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การหลีกเลี่ยงการใช้ยา long-acting benzodiazepine ในผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ การใช้ยาในกลุ่ม non-steroid anti-inflammatory drugs (NSAIDs) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป และการใช้ยากกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน โรงพยาบาลมีการดำเนินงานได้ดีแต่เดิมอยู่แล้ว ดังนั้น แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงจึงยังไม่ชัดเจนนัก^(3,5)

สำหรับการป้องกันความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับ renin-angiotensin system (RAS) blockade ซ้ำซ้อน การป้องกันความเสี่ยงจากการได้รับยา glibenclamide ในผู้สูงอายุ การหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีความเสี่ยงและห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์⁽³⁾ และการใช้ inhaled corticosteroid ในผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรัง^(3,6) ยังคงมีปัญหาและไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

อย่างไรก็ตาม การที่กระทรวงสาธารณสุขปรับตัวชี้วัด RDU จาก RDU Hospital เป็น RDU Province และลด

ระดับความสำคัญของนโยบายและความเข้มข้นในการติดตามประเมินผลลง[†] และ สปสช. ยกเลิกการจ่ายเงิน QOF ในปี 2565 นั้น อาจส่งผลต่อการดำเนินงาน RDU ในโรงพยาบาล อีกทั้งการดำเนินงาน RDU ในโรงพยาบาล/สถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังได้รับความร่วมมือน้อย เนื่องจากข้อจำกัดหลายประการ⁽⁷⁾

การดำเนินงาน RDU ของเครือข่ายโรงพยาบาล

มีการกำหนดให้ RDU เป็นมาตรการเพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลครั้งแรกในคู่มือฉบับที่ 4 พ.ศ. 2560 โดย RDU อยู่ในมาตรฐานระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล: ระบบการจัดการด้านยา ซึ่งระบุให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ดำเนินแผนการใช้ยาสมเหตุผลและการใช้ยาต้านจุลชีพ⁽⁸⁾ และเป็นมาตรการที่ต่อเนื่องในฉบับที่ 5⁽⁹⁾

แอปพลิเคชัน RDU รู้เรื่องยา เอื้อให้ประชาชนสามารถสแกน QR code บนซองยาซึ่งเชื่อมโยงไปยังข้อมูลยาสำหรับผู้ป่วย เริ่มดำเนินการใน UHosNet และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาได้ขยายเพิ่มไปยังโรงพยาบาลอื่น เป็นความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข UHosNet กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนเครือข่ายพัฒนาแอปพลิเคชัน[‡]

1.2 สถานพยาบาลภาคเอกชน

การดำเนินงาน RDU ของสถานพยาบาลเอกชนมีข้อมูลน้อย ยังขาดการวิจัยประเมินสถานการณ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน จึงยังไม่มีมาตรการหรือแนวทางที่เหมาะสม กระทำได้เพียงระดับการขอความร่วมมือโดยสมัครใจในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล[§] ในเบื้องต้น กระทรวง

สาธารณสุขเลือกใช้มาตรการออกประกาศให้สถานพยาบาลเอกชนทุกแห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลและคลินิก ต้องระบุรายละเอียดที่จำเป็นตามที่กระทรวงกำหนด เช่น ชื่อยา ความแรง วิธีใช้ และข้อควรระวังในการใช้ยา บนฉลากยาที่จ่ายให้แก่ผู้ป่วย เริ่มบังคับใช้ในเดือนมีนาคม 2565 โดยมีระยะผ่อนผัน 1-2 ปี⁽¹⁰⁾

อนึ่ง การที่กระทรวงพาณิชย์กำหนดให้โรงพยาบาลเอกชน ต้องแสดงอัตราค่ารักษาพยาบาลและค่ายา บนเว็บไซต์ของสถานพยาบาล และผู้ป่วยสามารถนำไปสั่งยาไปซื้อหาเองได้ อาจเป็นอีกหนทางที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหาข้อมูลเปรียบเทียบก่อนเข้าใช้บริการและทำให้มีทางเลือกมากขึ้น

2. การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยา

2.1 กำลังคนด้านสุขภาพ

การแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีผู้แทนจากสภาวิชาชีพและเครือข่าย consortium สถาบันการศึกษา 5 วิชาชีพสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และสัตวแพทย์ เพื่อพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทั้งก่อนและหลังระดับปริญญา รวมถึงการศึกษาต่อเนื่อง ได้กำหนดให้ RDU เป็นสมรรถนะหลักของนักศึกษา มีเนื้อหาในข้อสอบใบประกอบวิชาชีพ และการศึกษาต่อเนื่องที่เชื่อมโยงกับการต่อใบประกอบวิชาชีพ (ยกเว้นแพทย์เนื่องจากยังไม่มีระบบ relicensing)

2.2 ประชาชนทั่วไป

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นศูนย์กลางในการผลักดันการบรรจุ RDU ในหลักสูตรการเรียนการสอน

[†]ปี 2560-62 RDU Hospital เป็นนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งเป็นตัวชี้วัดในการรับรองการปฏิบัติราชการ (performance agreement: PA) ของผู้บริหารกระทรวงฯ ปี 2563-64 RDU Hospital ยังเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดการดำเนินงาน และ ปี 2565 RDU Province เป็นตัวชี้วัดที่ต้องติดตามใน service plan แต่ละระดับไม่ได้เป็นนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงฯ วิจัยวัด RDU Hospital เปลี่ยนจากวัดระดับชั้น 1, 2 และ 3 เป็นวัด ร้อยละของจังหวัดที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผลในปี 2565

[‡]เปิดแอป ‘RDU รู้เรื่องยา’ นำร่องติด QR code ของยาใน 18 รพ. รู้ข้อมูลยา ประวัติการใช้ยา. <https://www.hfocus.org/content/2017/12/15159>

[§]คือ 1) ประกาศแนวทางการพัฒนาระบบบริการด้านการใช้ยาสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2563 2) แบบประเมินตนเองด้านการใช้ยาสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลเอกชน

โดยตั้งคณะทำงานบูรณาการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระบบการศึกษา ภายใต้คณะทำงานสร้างความเข้มแข็งแก่ประชาชนด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อผลักดันการบรรจุความรู้เรื่องยาให้อยู่ในหลักสูตรโดยมีผู้แทนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เพื่อให้ความรู้เรื่องยาอยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอน และในการสอบประเมินผลความรู้สำหรับบุคคลทั่วไป ตั้งแต่ชั้นประถม มัธยม อาชีว และอุดมศึกษา

การสร้างความรู้รอบรู้ด้านการใช้ยาในประชาชนทั่วไปเป็นตัวชี้วัดหนึ่งเดียวในเป้าหมายสู่ประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของแผนปฏิบัติการด้านการพัฒนาระบบยาของประเทศไทย (พ.ศ. 2566-2570)⁽¹¹⁾ โดยกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดการประเมินความรู้รอบรู้ด้านการใช้ยาในประชาชนที่ร้อยละ 30 ภายในปี 2570 ทั้งนี้ในการสำรวจเพื่อพัฒนาเครื่องมือสำหรับใช้ในการประเมิน⁽¹²⁾ พบว่าประชาชนทั่วไปเพียงร้อยละ 14 ที่มีความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างเพียงพอ จากเกณฑ์ร้อยละ 50

3. ระบบกำกับดูแล: นโยบาย แนวทางและการติดตามประเมินผล

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นประเด็นสำคัญในนโยบายแห่งชาติด้านยา และเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติครั้งแรกในช่วงปี 2555-2559⁽¹³⁾ จนกระทั่งถึงยุทธศาสตร์ปัจจุบัน ต่อมาหัวข้อ RDU ได้ถูกผลักดันให้เข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 12 เมื่อตุลาคม 2562⁽¹⁴⁾ ซึ่งที่ประชุมมีมติให้มีการจัดการเชิงระบบสู่ประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้หน่วยงานและภาค

ส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมสนับสนุนและขับเคลื่อนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยให้มีการรายงานความคืบหน้าตามมติในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 14

ในด้านกฎระเบียบนั้น RDU ไม่ได้มีผลโดยตรงนักต่อการเปลี่ยนแปลงใน พรบ. ยา พ.ศ. 2510 อย่างไรก็ตาม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีการทบทวนการจัดประเภทยา (reclassification) ในกลุ่มยาด้านจุลชีพบางรายการที่มีการนำไปใช้อย่างไม่เหมาะสม โดย ปี 2560 ได้จัดยาจำพวกซัลโฟนาไมด์ (sulfonamides) ที่เป็นประเภทยาที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ให้อยู่ในกลุ่มยาอันตราย⁽¹⁵⁾ ปี 2562 จัดให้ยากลุ่มรักษาวัดโรค (anti-tuberculous drugs) ชนิดรับประทานและชนิดฉีด จำนวน 15 รายการ และยาด้านแบคทีเรียชนิดฉีดที่ใช้สำหรับมนุษย์ เป็นยาควบคุมพิเศษ^(16,17) ซึ่งมีผลให้ต้องจ่ายยาโดยแพทย์หรือเภสัชกรเท่านั้น และกำหนดช่องทางการจำหน่ายยากลุ่มรักษาวัดโรคจำนวน 15 รายการ โดยจำหน่ายให้เฉพาะสถานพยาบาลที่อยู่ในโครงการใช้ยารักษาวัดโรคของกรมควบคุมโรค⁽¹⁸⁾

กิจกรรมสำคัญที่ใช้ในการขับเคลื่อนนโยบาย RDU คือ การวางแผนทางดำเนินงานและกำหนดตัวชี้วัดจากส่วนกลางคือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ติดตามประเมินผล เริ่มจากระดับชุมชน โรงพยาบาล และระดับประเทศ ในส่วนของ service plan บุคคลทั่วไปสามารถเข้าดูผลตัวชี้วัดงาน RDU โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้จาก dashboard ของเว็บไซต์ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข ดังในภาพที่ 1

นอกจากนั้นเครือข่ายในระบบสุขภาพนำแนวคิดและตัวชี้วัด RDU ไปปรับใช้กับงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีการจัดทำคู่มือและการประเมินผล เช่น

คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ชื่อรายงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1. ร้อยละการใช้อย่างถูกต้องในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับโรงพยาบาล (RI)	5,276,102	523,497	9.92
2. ร้อยละการใช้อย่างถูกต้องในโรคฉี่หนูเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับโรงพยาบาล (AD)	1,054,259	228,811	21.70
3. ร้อยละการใช้อย่างถูกต้องในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ระดับโรงพยาบาล (FTW)	2,356,208	1,088,771	46.21
4. ร้อยละการใช้อย่างถูกต้องในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด ระดับโรงพยาบาล (APL)	133,469	12,561	9.41
5. ร้อยละของผู้ป่วยความดันสูง (Essential hypertension) ที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ ARB/ Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง	6,667,447	3,582	0.05
6. ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานที่ใช้อย่าง metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้	1,784,592	1,649,692	92.44
7. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยา NSAIDs ซ้ำซ้อน	5,093,870	18,017	0.35
8. ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs	721,370	12,128	1.68
9. ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	361,661	266,481	73.68
10. ร้อยละของผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยา long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	35,423,585	226,063	0.64
11. จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา Warfarin หรือ Statins หรือ Ergots เมื่อรู้ตัวตั้งครรภ์แล้ว	472,140	338	0.07

ที่มา: กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลเพื่อตอบสนอง service plan สาขา RDU⁽¹⁹⁾

Figure 1 RDU indicators as displayed on Health Data Center, Ministry of Public Health website

<https://www.hsri.or.th/sites/default/files/attachment/RDU20%Book.pdf>

คู่มือการควบคุมและป้องกันแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ
ในโรงพยาบาล

<https://www.hsri.or.th/sites/default/files/attachment/book2.pdf>

คู่มือการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียด้วยยาปฏิชีวนะที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

<https://www.hsri.or.th/sites/default/files/attachment/book1.pdf>

แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้อย่างสม
เหตุผลในชุมชน

https://drive.google.com/file/d/1giRjkFryOdGFdWmmYup_DFSZZTJF_Uck/view

การใช้อย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตร
บัณฑิต

https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/20%_2RDU202563%.pdf

คู่มือการใช้อย่างสมเหตุผล ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ:
ยาที่ใช้ทางทันตกรรม

<http://www.dent.chula.ac.th/oral-diseases/medications/NationalListofEssentialMedicines.pdf>
ตลอดจนแนวทางเวชปฏิบัติสาขาต่างๆ สามารถดาวน์โหลด
ได้ที่

<https://host.noph.go.th/rdu/%E0%B%94%8E0%B%8B%2E%0B%8A%7E%0B%99%8E%0B%8%9C%E%0B%82%9E%0B%8AB%E%0B%8A%5E%0B%94%8/>

4. RDU ในชุมชน

จากปัญหาในชุมชน ได้แก่ การขายยาหรือการโฆษณาขายอย่างไม่ถูกต้อง การขายยาอันตราย ได้แก่ ยาปฏิชีวนะ สเตียรอยด์ในร้านค้าปลีก การพบสารสเตียรอยด์เจือปนในผลิตภัณฑ์สุขภาพรวมทั้งยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรรูปแบบต่างๆ นำไปสู่แนวคิด RDU ในชุมชน ซึ่งมีเป้าหมายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยประชาชนมีความรอบรู้สามารถใช้ยาได้อย่างปลอดภัยและดูแลสุขภาพตัวเองได้เมื่อเจ็บป่วย⁽²⁰⁾ โดยการดำเนินงานของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรง ได้แก่ ผู้ให้บริการ/สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ ชุมชน และตัวประชาชนเอง

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผ่านแผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาาระบบยา (กพย.) และเครือข่าย จัดทำพื้นที่นำร่อง เช่น พื้นที่ในจังหวัดเชียงราย อำนาจเจริญ หนองบัวลำภู ศรีสะเกษ สุรินทร์ สกลนคร เลย พัทลุง ในการจัดกิจกรรม เช่น การสร้างเครือข่าย การสำรวจสถานการณ์ปัญหาด้านยาและสะท้อนข้อมูลให้พื้นที่เพื่อหาทางแก้ไขร่วมกัน รวมทั้งพัฒนาความรู้และศักยภาพผู้นำชุมชน ประชาชน ผู้ประกอบการ ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดการบูรณาการกับงานอื่นๆ ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง⁽²⁰⁾

อย่างไรก็ตาม แม้ว่านโยบาย RDU ในชุมชนจะเริ่มมีการปฏิบัติแล้ว โดยการมีนโยบาย คู่มือดำเนินการและตัวชี้วัดจากส่วนกลาง แต่การสร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายยังอยู่ในวงจำกัด และยังเป็นประเด็นท้าทายที่สำคัญ

5. เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

จากแบบจำลองสถานการณ์เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของปี

2019 ประเมินการว่าทั่วโลกมีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาด้านแบคทีเรีย 1.27 ล้านคน ประเทศในทวีปแอฟริกาที่มีอัตราติดเชื้อสูงที่สุดคือ 23.7 คนต่อแสนประชากร ส่วนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราติดเชื้อ 11.7 คนต่อแสนประชากร⁽²¹⁾ ในประเทศไทย การศึกษาเพื่อประมาณผลกระทบจากการติดเชื้อดื้อยาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล พบในแต่ละปีมีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะที่สำคัญเกือบ 100,000 ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 38,000 รายจากเชื้อดื้อยา เกิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างน้อย 40,000 ล้านบาท หรือประมาณเกือบร้อยละ 1 ของ gross domestic product (GDP) หากรวมผลกระทบที่เกิดจากการติดเชื้อดื้อยาในชุมชนร่วมด้วย ความสูญเสียต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศไทยจากการติดเชื้อดื้อยาจะมากขึ้นอีก และอาจสูงกว่าปัญหาสุขภาพหลายชนิดที่อยู่ลำดับต้นๆ ของประเทศ⁽²²⁾

การรับมือปัญหาเชื้อดื้อยาจัดเป็นประเด็นที่มีความสำคัญระดับโลก ในการประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (United Nations General Assembly; UNGA) ครั้งที่ 71 ในปี 2559 มีมติรับปณิญาทางการเมืองของสมัชชาระดับสูงและเรียกร้องให้มีการควบคุมและป้องกันปัญหาเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพอย่างเป็นระบบ สำหรับประเทศไทยมีแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพในประเทศไทย พ.ศ. 2560-2565 ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อสิงหาคม พ.ศ. 2559 เมื่อสิ้นสุดแผนมีผลการดำเนินงานสรุปได้⁽²³⁾ คือ ประเทศไทยมีการจัดการด้านเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพทั้งในคนและสัตว์ มีการเฝ้าระวังและควบคุมปัญหาที่มาจากความร่วมมือของหลายภาคส่วนที่แสดงถึงความยั่งยืนของการจัดการในช่วง 2-3 ปี ประชาชนมีความรู้ด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในระดับดี อย่างไรก็ตาม พบอัตราการดื้อยาจากเชื้อที่สำคัญและการป่วยจากเชื้อดื้อยายังคงสูงและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้น ปริมาณการใช้ยาโดยเฉพาะยาด้านแบคทีเรียยังคงสูงและไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

จะเห็นได้ว่า 12 ปีของการขับเคลื่อนนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประเทศไทย ผลักดันจากส่วนกลางเป็นหลัก ยังต้องการองค์ความรู้จากการวิจัยที่สามารถนำไปประยุกต์

ใช้แก้ไขปัญหาในระดับล่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในการพัฒนาความรอบรู้ของประชาชนในด้านการใช้ยา รวมทั้งในการส่งเสริมจริยธรรมการสั่งจ่ายยา ซึ่งเชื่อว่าจะนำไปสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับประเทศ (RDU Country) ได้ในที่สุด ซึ่งนอกจากจะเป็นผลดีต่อสุขภาพแล้ว ยังสามารถประหยัดรายจ่ายด้านยาทั้งทางตรงและทางอ้อมของประเทศได้ด้วย

นพคุณ ธรรมธัชอารี

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

นุชรินทร์ โตมาหา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโณทัย

มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

References

1. World Health Organization. WHO policy perspectives on medicines. Promoting rational use of medicines: core components Geneva: World Health Organization; 2002. [accessed 2022 Sep 20]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67438/WHO_ED-M_2002.3.pdf.
2. Shayakul C, Leela-udomlipi S, Poonupurot P, Putchakarn P, Phuripanyawanit N, Wananukul W, et al. Research Project in Development of Rational Drug Use Hospital. Final report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2017.
3. Tomacha N. draft-Results of Rational Drug Use Policy in Hospitals 2018-2021. Health Systems Research Institute, Food and Drug Administration; 2021. (in Thai)
4. Waleekhachonloet O, Rattanachotphanit T, Limwattananon C, Thammatacharee N, Limwattananon S. Effects of a national policy advocating rational drug use on decreases in outpatient antibiotic prescribing rates in Thailand. *Pharmacy Practice (Granada)*. 2021;19(1):2201.
5. Rattanachotphanit T, Waleekhachonloet O. Effect of a rational drug use policy on the prescribing safety in outpatient settings in Thailand. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2020;28(6):608-16.
6. Ratanadadas J, Limwattananon C, Sooksai N. An outcome on COPD readmission in secondary care hospitals participating the rational drug use hospital project. *Isan Journal of Pharmacy Service*. 2018;14(3):80-91.
7. Rattanaumpawan P, Koomanachai P, Sirijatuphat R, Wangchinda W. Expanded antimicrobial stewardship program in hospitals in Thailand. Nonthaburi: Health System Research Institute; 2022.
8. Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Hospital and healthcare standards 4th edition. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute; 2018. 228 p. (in Thai)
9. Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Hospital and Healthcare Standards 5th edition. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute; 2022. 260 p. (in Thai)
10. Puttanont W. MoPH advocates private facilities rational use of drugs to reduce antimicrobial resistance. *The Bangkok Insight* 2022 Apr 28.
11. Secretariat Office of National Drug System Development Committee. Draft of the drug system development action plan 2023-2027. 2022.
12. Phodha T, Maluangnon K, Karnjanarut P, Pumtong S. Development of tool and measurement of rational drug use literacy of Thai people. Final report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai)
13. Jitruknatee A, Martro J, Tosanguan K, Doangjai Y, Theantawee W. National Drug Policies in Thailand: Evolution and Lessons for the Future. *Journal of Health Science*. 2020;29(Special Issue, January - February 2020):S3-S14.
14. National Health Assembly, editor. Community-centered system management for becoming a rational drug use country. twelfth National Health Assembly. 2019 [accessed 2022 Sep 20]. Available from: https://en.nationalhealth.or.th/wp-content/uploads/2020/01/NHA-12_4-drug-use-Resolution-Eng-final.pdf.
15. Notification of the Ministry of Public Health. Dangerous Drug (issue 29) B.E. 2560 (2017). The Royal Thai Government Gazette Volume 134, Special Section 292 Ngor. (Nov 27, 2017). (in Thai)
16. Notification of the Ministry of Public Health. Special Controlled Drug (issue 53) B.E. 2562 (2019). The Royal Thai Government Gazette Volume 136, Special Section 219 Ngor. p. 2. (Sep 2, 2019). (in Thai)
17. Notification of the Ministry of Public Health. Dangerous Drug (issue 34) B.E. 2562. (2019) The Royal Thai Government Gazette Volume 136, Special Section 219 Ngor. p. 10.



- (Sep 2, 2019). (in Thai)
18. Notification of the Food and Drug Administration. Antituberculosis drug dispensing outlets B.E. 2562 (2019). The Royal Thai Government Gazette Volume 136, Special Section 189 Ngor. p. 8. (Sep 26, 2019)
 19. Health Data Center. RDU Service Plan: Ministry of Public Health; 2022 [accessed 2022 Sep 20]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=03b912ab9ccb4c07280a89bf05e5900e.
 20. Booddawong B, Uppatham J. From RDU communities to RDU province: lessons learned in “Sisaket”. *Yaa Wipaak* 2022;12(50):20-4 (in Thai).
 21. Murray CJ, Ikuta KS, Sharara F, Swetschinski L, Aguilar GR, Gray A, et al. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *The Lancet*. 2022;399(10325):629-55.
 22. Phumart P, Phodha T, Thamlikitkul V, Riewpaiboon A, Prakongsai P, Limwattananon. Health and economic impacts of antimicrobial resistant infections in Thailand : a preliminary study. *Journal of Health Systems Research*. 2012;6(3)352-60.
 23. Food and Drug Administration, editor. Summary of Successes and challenges on Antimicrobial Resistance Strategic Plan 2017-2022. Nonthaburi: Antimicrobial Resistance Subcommittee; 2022. (in Thai)

การแทรกแซงนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศไทย โดยอุตสาหกรรมอาหารผ่านหน่วยงานภาครัฐ

กมลวรรณ เขียวนิล*

เชอเม พิชนี*

มินตรา หงษ์ธำรง*

ผู้รับผิดชอบบทความ: กมลวรรณ เขียวนิล

บทคัดย่อ

การแทรกแซงของภาคอุตสาหกรรม (industrial interference) เพื่อผลประโยชน์ของตน มีทั้งเปิดเผยและอย่างลับๆ ในหลายรูปแบบและหลายช่องทาง ทั้งผ่านนักการเมืองระดับสูง สื่อสาธารณะและสถาบันการศึกษา ตลอดจนการติดต่อโดยตรงกับผู้ปฏิบัติงานในภาครัฐ ที่ผ่านมามีการรวบรวมรูปแบบการแทรกแซงนโยบายสาธารณะในทุกรูปแบบที่เกิดขึ้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อเสนอแนะจากการศึกษาและจากผู้มีประสบการณ์ และพัฒนาข้อเสนอแนะที่เหมาะสมต่อการปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและอุตสาหกรรมอาหาร โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative method) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง 2) การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) และ 3) การสำรวจความคิดเห็นด้วยเทคนิคเดลฟาย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นข้อมูลในภาพที่กว้างกว่าอุตสาหกรรมอาหาร ทั้งบริษัททุนสัญชาติไทยและทุนบริษัทข้ามชาติ ต่างดำเนินการแทรกแซงนโยบายด้านสาธารณสุขผ่านหน่วยงานภาครัฐ โดยมีรูปแบบและกระบวนการไม่แตกต่างกันมากนัก ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารในรูปแบบลายลักษณ์อักษร การติดต่อเพื่อขอเข้าพบผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบาย อย่างไรก็ตามบริษัทต่างชาติมีแนวโน้มที่จะใช้ระเบียบและกฎการค้ำระหว่างประเทศเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการติดต่อ และสร้างข้อโต้แย้งกับการดำเนินการตามนโยบายของภาครัฐมากกว่าบริษัทสัญชาติไทย นอกจากนี้ภาคอุตสาหกรรมยังมักใช้การรวมกลุ่มกันในรูปแบบสมาคมการค้าเพื่อสร้างโอกาสและความน่าเชื่อถือในการปฏิสัมพันธ์กับภาครัฐ ด้วยกระบวนการนี้ทำให้การศึกษานี้ไม่สามารถชี้ชัดได้อย่างตรงไปตรงมาว่าเป็นการเคลื่อนไหวของภาคอุตสาหกรรมใดภาคอุตสาหกรรมหนึ่ง อันเนื่องมาจากการเคลื่อนไหวในรูปแบบของการรวมกลุ่มกันนั้นจะครอบคลุมผลิตภัณฑ์ที่หลากหลาย และรวมเอาผลิตภัณฑ์ที่เป็นความกังวลของภาคสาธารณสุขเป็นหนึ่งในจำนวนนั้นด้วย ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาตามกลยุทธ์ corporate political activity (CPA) กลยุทธ์ที่นำมาใช้โดยตรงกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐมีเพียง 1) กลยุทธ์การสร้างข้อมูลและการสื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับภาคอุตสาหกรรม (information and messaging) 2) กลยุทธ์การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ที่มีอำนาจทางนโยบาย (constituency building) และ 3) กลยุทธ์ทางกฎหมาย (legal strategies) การศึกษานี้จึงนำเสนอหลักการสำคัญที่สามารถประยุกต์ใช้กับ

* สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

Received 31 August 2021; Revised 2 August 2022; Accepted 16 September 2022

Suggested citation: Kiewnin K, Pachanee C, Hongtumrong M. Food industry interference in public health policy in Thailand: A focus on interference through government organization. Journal of Health Systems Research 2022;16(3):289-301.

กมลวรรณ เขียวนิล, เชอเม พิชนี, มินตรา หงษ์ธำรง. การแทรกแซงนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศไทยโดยอุตสาหกรรมอาหารผ่านหน่วยงานภาครัฐ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(3):289-301.

ภาคอุตสาหกรรมซึ่งไม่เพียงแต่อาหารเท่านั้น แต่หมายรวมถึงอุตสาหกรรมทั่วไปในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและภาคอุตสาหกรรม โดยหลักการนั้นได้แก่ 1) ความโปร่งใสตลอดกระบวนการติดต่อระหว่างภาครัฐและภาคอุตสาหกรรม 2) การอ้างอิงหลักฐานทางวิชาการ ซึ่งรวมถึงกฎและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการค้าระหว่างประเทศในการสื่อสาร 3) การกำหนดกระบวนการติดต่อระหว่างภาครัฐและภาคอุตสาหกรรมที่ชัดเจน

คำสำคัญ: การแทรกแซง, นโยบาย, บริษัทข้ามชาติ, ข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศ

Food Industry Interference in Public Health Policy in Thailand: A Focus on Interference through Government Organization

Kamonwan Kiewnin^{*}, Chaaaim Pachanee^{*}, Mintar Hongtumrong^{*}

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

Corresponding author: Kamonwan Kiewnin, kamonwan@ihpp.thaigov.net

Abstract

Food industry intentionally takes actions to protect its benefit through direct or indirect industrial interferences with the public policy makers. The interferences mediate via direct contact with relevant government staff. This study aimed to collect lessons learnt from the experiences of industrial interferences with the public policies from government staff, and to develop recommendations for appropriate interactions between government and the industry. This qualitative study applied 3 methods: 1) a review of the literature and related documents, 2) in-depth interviews with key informants, and 3) a Delphi survey.

The present study found that Thai and multinational companies in food industry used same interference strategies, such as, written communication, direct contact with administrators and policy makers. However, multinational companies tended to more often refer to international trade regulations and rules as an important strategy that created arguments when the intervened health policy was implemented. Based on the corporate political activity (CPA), the strategies directly applied to government officials include 1) information and messaging, 2) constituency building, and 3) legal strategy.

Recommendations from the present study are 1) transparency throughout the process of communication between government and industry, 2) citation of academic evidence, including the rules and regulations related to international trade in communication, 3) a clearly defined process of communication between government and industry.

Keywords: interference, public policy, multinational companies, international trade agreement

ภูมิหลังและเหตุผล

อุตสาหกรรมอาหารมีความสำคัญอย่างมากต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ ด้วยมูลค่าผลผลิตรวม มูลค่าเพิ่มที่เกิดขึ้น การจ้างงาน และการเชื่อมโยงกับอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการนำเข้าเงินตราต่างประเทศสุทธิเข้าสู่ประเทศผ่านการส่งออกและนำเข้า⁽¹⁾ ดังนั้นการส่งเสริมอุตสาหกรรมอาหารจึงเป็นสิ่งที่ภาครัฐควรพิจารณา อย่างไรก็ตาม

ก็ตาม การบริโภคอาหารโดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาหารแปรรูปที่มีแคลอรี โซเดียมและน้ำตาลสูง ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง^(2,3)

มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการขยายตัวของความเป็นเมืองและการลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศนำไปสู่การมีสินค้าอาหารแปรรูปในตลาด ความสามารถ

ในการจ่ายและการบริโภคอาหารแปรรูปจากตะวันตกผ่านบริษัทข้ามชาติที่เพิ่มมากขึ้น⁽⁴⁾ การลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศนอกจากจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อโครงสร้างอุตสาหกรรมแล้ว ยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการแปรรูปอาหารในประเทศกำลังพัฒนา โดยเปลี่ยนไปใช้โปรตีนจากสัตว์และอาหารแปรรูปสูง ซึ่งก่อให้เกิดความกังวลต่อประเทศกำลังพัฒนาที่มีความยากจน ภาวะทุพโภชนาการและโรคอ้วน แต่ในทางกลับกัน อุตสาหกรรมแปรรูปอาหารได้กลายเป็นแหล่งสำคัญของโอกาสในการทำงาน⁽⁵⁾

มีหลักฐานทางวิชาการจำนวนมากที่ชี้ว่า การดำเนินกิจการของภาคอุตสาหกรรมในการส่งเสริมการขายสินค้า นั้น ส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคของประชาชน เช่น การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาสินค้าโดยเฉพาะการกินอาหารของเด็ก การศึกษาระบุว่าโฆษณาอาหารมีผลต่อการบริโภคของเด็ก และมากกว่าครึ่งของโฆษณาเหล่านั้นมักเป็นอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ อีกทั้งยังออกอากาศในช่วงเวลาที่เด็กรับชมมากที่สุดด้วย^(6,7) นอกจากนี้ การค้าระหว่างประเทศก็เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งต่อพฤติกรรมการบริโภค มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงอัตราภาษีสินค้าจากข้อตกลงการค้าเสรีเพียงเล็กน้อยก็สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรได้ ดังกรณีตัวอย่างจากประเทศแคนาดาที่ได้รับผลกระทบจากความตกลง NAFTA (North American Free Trade Agreement) ที่อัตราภาษีสินค้านำเข้าลดลงส่งผลให้อุปทานเพิ่มขึ้นและการบริโภคก็มีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้น ซึ่งสินค้าเหล่านั้นรวมถึงผลิตภัณฑ์ที่ไม่ดีต่อสุขภาพอย่าง น้ำตาลและน้ำเชื่อมข้าวโพดฟรุคโทสสูง (high-fructose corn syrup; HFCS) ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพด้วย⁽⁸⁾

ในทำนองเดียวกัน กฎหมายและนโยบายภายในประเทศก็มีผลต่อการดำเนินกิจการของภาคอุตสาหกรรมและพฤติกรรมการบริโภคเช่นเดียวกัน บทเรียนจากเม็กซิโกแสดงให้เห็นว่าการเก็บภาษีอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การควบคุมสภาพแวดล้อมของโรงเรียน และการใช้ฉลากคำ

เตือนจากบรรจุภัณฑ์มีส่วนช่วยในการป้องกันโรคอ้วน แต่การดำเนินการนั้นก็ต้องเผชิญกับการต่อต้านอย่างรุนแรงจากบริษัทอาหารข้ามชาติ⁽⁹⁾ ผู้กำหนดนโยบายจึงต้องเผชิญกับแรงกดดันอย่างมากในการประกาศนโยบายเกี่ยวกับอาหาร รวมไปถึงเครื่องดื่มและยาสูบ ซึ่งประเทศคู่ค้าจะคาดหวังว่านโยบายภายในประเทศจะต้องสอดคล้องกับกฎระเบียบทางการค้าระหว่างประเทศ⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังคงมีความเสี่ยงที่ผลกำไรสูงๆ ของภาคอุตสาหกรรมอาหารจะได้รับสิทธิพิเศษเหนือการพิจารณาในด้านต่างๆ และนั่นอาจส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างผลประโยชน์สาธารณะและผลประโยชน์เชิงพาณิชย์⁽¹¹⁾

ภาคสาธารณสุขได้ใช้ความพยายามอย่างมากที่จะปกป้องสุขภาพประชาชนจากการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น อาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เกลือและไขมันสูง อันเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยการประกาศนโยบายและมาตรการที่จำเป็น⁽¹²⁾ แต่เป้าหมายของการค้าเสรีนั้นมุ่งเน้นการกำจัดอุปสรรคเพื่อเพิ่มปริมาณและมูลค่าทางการค้า เมื่อเป้าหมายของภาคอุตสาหกรรมและภาคสาธารณสุขที่ต้องการสุขภาพที่ดีของประชาชนนั้นไม่ตรงกัน การขับเคลื่อนเชิงนโยบายของภาครัฐโดยเฉพาะหน่วยงานด้านสาธารณสุขจึงขัดต่อผลประโยชน์ของภาคอุตสาหกรรม ภาคอุตสาหกรรมจึงต้องดำเนินการบางอย่างเพื่อปกป้องผลประโยชน์ จึงเกิดปรากฏการณ์การแทรกแซงของภาคอุตสาหกรรม หรือ “industrial interference” ซึ่งการดำเนินการแทรกแซงนโยบายสาธารณะโดยบริษัทไทยและบริษัทข้ามชาติ มีทั้งอย่างเปิดเผยและอย่างลับๆ หลายรูปแบบและหลายช่องทาง ทั้งผ่านนักการเมืองระดับสูง ข้าราชการและสถาบันการศึกษา⁽¹³⁾

ไม่เพียงแต่การแทรกแซงของภาคอุตสาหกรรมจะเกิดในระหว่างการขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายเท่านั้น ท่าทีการตอบโต้ของภาคอุตสาหกรรมนั้นมีให้เห็นอยู่เสมอ แม้ภาครัฐจะสามารถผลักดันนโยบายให้มีผลบังคับใช้ได้แล้วก็ตาม เช่น กรณีของภาษีน้ำตาลในประเทศไทย เมื่อ

ประเทศไทยพลัดกันในปี 2560 นั้นก็ต้องเผชิญกับการต่อต้านอย่างรุนแรงจากภาคอุตสาหกรรมน้ำอัดลม และสมาคมอุตสาหกรรมเครื่องดื่มของไทยที่ได้สอบถามถึงความเชื่อมโยงระหว่างโรคอ้วนกับการดื่มเครื่องดื่มรสหวาน นอกจากนี้ ยังมีการใช้ front group ในการเรียกร้องให้แสดงหลักฐานว่าผลิตภัณฑ์นี้เป็นอันตราย⁽¹⁴⁾

การศึกษาที่ผ่านมาในกรณีของประเทศไทยพบว่าอุตสาหกรรมอาหารใช้กลยุทธ์และการปฏิบัติที่หลากหลายโดยเมื่อพิจารณาตามกลยุทธ์ corporate political activity (CPA)⁽¹⁵⁾ แล้วนั้น กลยุทธ์ที่พบบ่อยที่สุดสองอันดับแรกคือ 1) กลยุทธ์การสร้างข้อมูลและการสื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับภาคอุตสาหกรรม (information and messaging) 2) กลยุทธ์การสร้างความสัมพันธ์กับผู้มีส่วนได้เสีย (constituency building) ซึ่งมีผลต่อการดำเนินนโยบายของรัฐบาลในความพยายามป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับอาหาร

การศึกษานี้รวบรวมรูปแบบที่ภาคอุตสาหกรรมใช้ในการแทรกแซงการดำเนินนโยบายสาธารณะของภาครัฐในช่องทางที่กระทบกับผู้ปฏิบัติงานในภาครัฐโดยตรง โดยรวบรวมข้อเสนอแนะจากการศึกษาที่มีมาแล้วและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะที่เหมาะสมต่อการปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและภาคอุตสาหกรรม

ระเบียบวิธีศึกษา

กรอบการศึกษานี้พัฒนาจากกลยุทธ์ corporate political activity (CPA) ที่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงของภาคอุตสาหกรรมในหลายๆ ประเทศ มักใช้กรอบแนวคิดดังกล่าว มาประเมินสถานการณ์นโยบายสาธารณะและการแทรกแซงของภาคอุตสาหกรรม แนวคิด CPA จำแนกกลยุทธ์ของภาคอุตสาหกรรมออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) กลยุทธ์การสร้างข้อมูลและการสื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับภาคอุตสาหกรรม (information and messaging) 2) กลยุทธ์แรงจูงใจทางการเงิน (financial

incentives) 3) กลยุทธ์การสร้างความสัมพันธ์กับผู้มีส่วนได้เสีย (constituency building) 4) กลยุทธ์ทางกฎหมาย (legal strategies) 5) กลยุทธ์ทางเลือกอื่นทดแทนนโยบายของรัฐ (policy substitution) และ 6) กลยุทธ์การลดทอนความน่าเชื่อถือและสร้างความสั่นคลอน (opposition fragmentation and destabilization)⁽¹⁶⁾ การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ผ่านประสบการณ์ของผู้กำหนดนโยบายและเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้องในการตอบสนองต่อกลยุทธ์ที่ภาคอุตสาหกรรมอาหารนำมาใช้

การวิจัยนี้เป็นเชิงคุณภาพ (qualitative method) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กับผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) และ 3) การสำรวจความคิดเห็นด้วยเทคนิคเดลฟาย การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 และการสำรวจความคิดเห็นด้วยเทคนิคเดลฟายเกิดขึ้นในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ตามรายละเอียดดังนี้

1. การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องจำแนกออกเป็น 2 ส่วนหลัก โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อรวบรวมตัวอย่างของแนวปฏิบัติต่อข้อเรียกร้องหรือการแทรกแซงของผู้ประกอบการอุตสาหกรรมที่เหมาะสม 2) เพื่อรวบรวมรูปแบบการแทรกแซงของผู้ประกอบการอุตสาหกรรมที่เป็นรูปธรรม ซึ่งกระทำต่อหน่วยงานภาครัฐโดยตรง ทั้งนี้ แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ 1) ฐานข้อมูลวิชาการ (PubMed และ Scopus) 2) เว็บไซต์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก

เป็นการสัมภาษณ์ผู้มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการแทรกแซงนโยบายรัฐโดยผู้ประกอบการอุตสาหกรรม พร้อมการบันทึกเสียง มีผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ทั้งหมด 15 คน จำแนกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข จำนวน 4 คน

2) เจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้องด้านการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศ จำนวน 3 คน 3) ผู้แทนภาควิชาการ จำนวน 6 คน 4) ผู้แทนภาคประชาสังคม จำนวน 2 คน

โดยมีการได้รับอนุญาตและการลงนามยินยอมให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล (รายละเอียดในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก

ที่	ผู้ให้ข้อมูลหลัก	รหัส
1.	เจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข	GH01–GH04
2.	เจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้องด้านการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศ	GNH01–GNH03
3.	ผู้แทนภาควิชาการ	ADM01–ADM06
4.	ผู้แทนภาคประชาสังคม	NGO001–NGO002

3. การสำรวจความคิดเห็นด้วยเทคนิคเดลฟาย

การสำรวจความคิดเห็นด้วยเทคนิคเดลฟาย ได้กำหนดผู้ตอบแบบสอบถาม ทั้งจากผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกในขั้นตอนก่อนหน้าและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงจากภาคอุตสาหกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุตสาหกรรมอาหาร ทั้งนี้ มีผู้ที่ยินดีเข้าร่วมกระบวนการ Delphi จำนวน 17 คน โดยได้ส่งแบบสอบถามรวม 3 รอบ มีผู้ตอบแบบสอบถามครบทั้ง 3 รอบจำนวน 13 คน ทั้งนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามทั้ง 13 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขและมีประสบการณ์ตรงที่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงนโยบายของรัฐโดยอุตสาหกรรมอาหารจำนวน 4 คน นักวิชาการที่ศึกษาประเด็นโภชนาการและนโยบายด้านอาหารและโภชนาการจำนวน 7 คน และผู้แทนภาคประชาสังคมซึ่งติดตามและร่วมขับเคลื่อนนโยบายด้านอาหารและโภชนาการจำนวน 2 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการ โดยการจำแนกชนิดข้อมูล (typological analysis)⁽¹⁷⁾ โดยจัดระเบียบข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการได้ข้อมูลจากการถอดเทปการสัมภาษณ์เชิงลึกอย่างเป็นระบบ จากนั้น จำแนกกลุ่มคำและจัดกลุ่มให้อยู่ร่วมกันตามความเหมือนของกลุ่มคำเหล่านั้น ตามแนวคิดที่สัมพันธ์กันและวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้นตามกรอบแนวคิด

การวิจัยของการศึกษานี้ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยพิจารณาจากแหล่งที่มาของข้อมูลในประเด็นเดียวกัน ทั้งการทบทวนจากเอกสารและเปรียบเทียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลายท่าน

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สคม. 760/2563) COA No. IHRP2020101 การศึกษานี้ปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรม โดยมีเอกสารแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูล (informed consent) และการปกป้องความลับของผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาวิเคราะห์จากข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ร่วมกับการสำรวจความคิดเห็นด้วยกระบวนการ Delphi ระหว่างผู้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 13 คน เพื่อให้ได้ข้อสรุปประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ภาครัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องในการปฏิสัมพันธ์กับภาคอุตสาหกรรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ธุรกิจให้อุตสาหกรรมอาหารดำเนินการแทรกแซงนโยบายด้านสาธารณสุขผ่านหน่วยงานภาครัฐ ไม่แตกต่าง

จากอุตสาหกรรมด้านอื่นๆ ในขณะที่บริษัทสัญชาติไทยและบริษัทข้ามชาติ มีการใช้กลยุทธ์ที่แตกต่างกัน

หากอ้างอิงตามกรอบของ corporate political activity (CPA) จะเห็นว่าการแทรกแซงนโยบายนั้นมีหลากหลายกลยุทธ์ ไม่ว่าจะเป็น 1) การสร้างข้อมูลและการสื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับภาคอุตสาหกรรม 2) กลยุทธ์แรงจูงใจทางการเงิน 3) กลยุทธ์การสร้างความสัมพันธ์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4) กลยุทธ์ทางกฎหมาย 5) กลยุทธ์ทางเลือกอื่นทดแทนนโยบายของรัฐ และ 6) กลยุทธ์การลดทอนความน่าเชื่อถือและสร้างความสั่นคลอน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการใช้กลยุทธ์การสร้างข้อมูลและการสื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับภาคอุตสาหกรรม (information and messaging) และ กลยุทธ์การสร้างความสัมพันธ์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (constituency building) มากที่สุด อย่างไรก็ตามเมื่อมุ่งเน้นไปที่การปฏิบัติโดยตรงต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐนั้น จะพบว่ามีกลยุทธ์ทางกฎหมายเพิ่มขึ้นมาด้วย

ด้านรูปแบบหลักของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและภาคอุตสาหกรรม ซึ่งนับเป็นวิธีการที่ภาคอุตสาหกรรมใช้เพื่อดำเนินการแทรกแซงนโยบายนั้น มี 2 รูปแบบคือการสื่อสารในรูปแบบลายลักษณ์อักษร และการติดต่อเพื่อขอเข้าพบผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบาย โดยการดำเนินการภายใต้รูปแบบนี้จะเป็นการติดต่อกับเจ้าหน้าที่รัฐในระดับปฏิบัติการเป็นส่วนใหญ่ โดยอ้างถึงการขอคำอธิบายและแสดงจุดยืนความเห็นของภาคอุตสาหกรรมที่มีต่อการดำเนินนโยบายสาธารณะ ซึ่งกระบวนการเช่นนี้ให้ผลสำคัญประการหนึ่งคือชะลอการดำเนินงานตามนโยบาย รวมถึงลดทอนความเข้มข้นของเนื้อหาในบางมาตรการ

“เขาก็ทำหนังสือแจ้งเรา มีทั้งขอหลักฐานว่าทำไมประเทศไทยจึงจะออกกฎหมายแบบนี้เอาหลักเกณฑ์มาจากไหนเอานู่นนี่มาจากไหนประมาณนี้ คือซึ่งผมก็มองว่ามันก็เป็นกระบวนการต่อเนื่องมันก็เป็นเรื่องของ Q&A” (GH03, 16 ตุลาคม 2563)

“ใช่ค่ะ แนนอนว่าถ้ามันไม่ได้เป็นไปในทิศทางที่เขา

อยากได้ เขาก็ต้องหาข้อมูลมาต่อต้านเรา เช่น อาจบอกว่า methodology ของเราไม่พอ ไม่สามารถ represent ได้” (ADM04, 29 ตุลาคม 2563)

“ทุกรูปแบบครับมีทั้งมานั่งคุย walk-in มา ส่งหนังสือมา ทุกครั้งที่ส่งมาเราก็จะมีการนัดแล้วก็มีมีการคุยกัน” (GNH01, 28 ตุลาคม 2563)

“เอกสารที่บริษัททำมา มี 2 ลักษณะ หนึ่งคือแสดงจุดยืน เขาไม่เคยบอกว่าเขาต่อต้านการมีกฎหมายนะ แต่จุดยืนเขา คือเห็นด้วยกับภาครัฐว่าจำเป็นต้องมีแต่ขอ dilute เนื้อหาให้เหลือเท่านี้ๆ เพราะมันไม่จำเป็น เอกสารอันที่ 2 คือข้อวิเคราะห์ที่ว่าแต่ละประเด็นของเราว่าของเรา มีประเด็นไหนที่เป็นจุดอ่อน” (GH04, 27 ธันวาคม 2563)

ด้านกลยุทธ์ที่แตกต่างระหว่างบริษัทสัญชาติไทยและบริษัทข้ามชาติคือบริษัทข้ามชาติมีแนวโน้มที่จะใช้ระเบียบและกฎการค้าระหว่างประเทศเป็นเงื่อนไขในการสร้างและสนับสนุนข้อโต้แย้งนโยบายของภาครัฐที่ขัดกับผลประโยชน์ของภาคอุตสาหกรรม นอกจากนี้ บริษัทข้ามชาติเองยังมักใช้การรวมกลุ่มกันในรูปแบบของสมาคมการค้าในการติดต่อกับภาครัฐมากกว่า ทั้งนี้ เป็นเพราะการรวมกลุ่มกันเป็นสมาคมนั้น นอกจากจะเป็นการเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับภาคอุตสาหกรรมแล้ว ยังเสมือนเป็นการเพิ่มอำนาจในการต่อรองและสร้างภาพลักษณ์ให้กับบริษัทอีกด้วย นอกจากนี้แล้ว ในกลุ่มบริษัทสินค้าบางประเภท เช่น บริษัทยาสูบไม่สามารถขอเข้าพบผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขหรือของประเทศได้โดยตรง แต่เมื่อรวมกลุ่มกันเข้ามาในฐานะของสมาคมก็จะได้รับโอกาสมากกว่า ระเบียบและกฎการค้าระหว่างประเทศมักเป็นจุดอ่อนของเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขในการสื่อสารกับกระบวนการกำหนดนโยบาย กลยุทธ์นี้เป็นหนึ่งในกลยุทธ์การแทรกแซงตามกรอบ CPA เรียกว่า กลยุทธ์ทางกฎหมาย (legal strategies) โดยมีรูปแบบหนึ่งในการปฏิบัติคือ ใช้ข้อตกลงทางการค้ามาเป็นเครื่องมือในการระงับหรือพักท้วงการดำเนินนโยบาย

“เขายายมาเข้าหา policy maker ทุกระดับ ตั้งแต่รัฐมนตรี เขาติดต่อไปขอเข้าพบรัฐมนตรีแต่โดนรัฐมนตรีปฏิเสธ เขาก็เลยแอบมากับฐานเศรษฐกิจ เขาขอเข้ามา สวัสดิ์เหมือนเข้ามา introduce หนังสือพิมพ์ แต่คนที่มา ด้วยกลไกกลายเป็นผู้จัดการของสมาคมบริษัทนมแล้วก็มา พูดเรื่อง พรบ.นม ก็กลายเป็นว่าใช้ช่องทางอื่นๆ คือพอรู้ว่าถูกบล็อกก็จะหาช่องทางใหม่เพื่อจะมาสลับปี” (GH04, 27 ธันวาคม 2563)

“กรุ๊ปของ industry เขาก็จะมาขอพบท่านรัฐมนตรี ส่วนใหญ่จะมาขอพบรัฐมนตรีซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบาย สูงสุด จะมาในรูปที่เป็น association หรือ council ที่เป็นกลุ่มบริษัทเลย อย่างเช่น USABC” (GH01, 4 ธันวาคม 2563)

“ถ้าเป็นจากบริษัทไทยจะเป็นภาษาไทย แต่บางทีเขาจะอ้าง codex agreement แล้วก็มาเป็น text ที่คิดว่าสิ่งหนึ่งที่เขาชอบใช้ ถ้าเขาเป็นบริษัทข้ามชาติ เขาชอบอ้างมาตรฐานระดับชาติ หรืออะไรที่มันจะเป็นข้อผูกพันทางการค้าซึ่งเขารู้ว่าเราอ่อน อ่อนในที่นี้หมายถึงว่าเราไม่เก่งกฎหมายระหว่างประเทศ” (GH04, 27 ธันวาคม 2563)

หลักการพื้นฐานที่สำคัญในการปฏิสัมพันธ์กับภาคอุตสาหกรรม

การศึกษานี้สามารถสรุปหลักการพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นในการปฏิสัมพันธ์กับภาคอุตสาหกรรมซึ่งจะเป็นการช่วยลดความเข้าใจผิดและสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นในสังคมได้ ในทางกลับกันก็เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนด้วย หลักการพื้นฐานสำคัญที่สรุปได้จากการศึกษานี้จำแนกได้เป็น 3 ประเด็น ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 “ความโปร่งใส” การปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและภาคอุตสาหกรรมจะต้องมีความโปร่งใสตลอดกระบวนการ ซึ่งความโปร่งใสนั้นสามารถสร้างได้ในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการให้ชัดเจน ตัวอย่างเช่น กรณีของการเข้าพบ ควรมีการกำหนดสถานที่ชัดเจนเป็นสถานที่เปิด เช่น ห้องประชุมของหน่วยงาน มีการกำหนดประเด็นในการเข้า

พบ (talking point) ล่วงหน้า ในที่ประชุมควรมีเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งนักวิชาการและนักกฎหมายเข้าร่วมรับฟังด้วย ระหว่างการเข้าพบนั้นควรพยายามรักษาสถานการณ์ในการประชุมนั้นให้เป็นไปตามประเด็นที่กำหนดเอาไว้ นอกจากนี้ สิ่งสำคัญอีกประการคือควรมีการจัดบันทึกการประชุมและบันทึกเสียงไว้ทุกครั้ง และจัดทำรายงานการประชุมอย่างเป็นทางการ ทั้งนี้ หากมีกรณีที่สาธารณชนเกิดความเข้าใจผิดอันเนื่องมาจากการเข้าพบผู้กำหนดนโยบาย ภาครัฐควรมีการแก้ไขความเข้าใจผิดโดยเร่งด่วนผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ โดยใช้ข้อมูลจากรายงานการประชุมดังกล่าว ในการอ้างอิง ในขณะที่หากเป็นกรณีการสื่อสารในรูปแบบลายลักษณ์อักษร ภาครัฐควรพิจารณาตอบโต้เอกสารนั้นอย่างระมัดระวังและดำเนินการในลักษณะหนังสือราชการที่เป็นทางการ เปิดเผยได้ อย่างไรก็ตาม หากเป็นการตอบกลับผ่านช่องทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ก็ควรพิจารณาใช้ที่อยู่ email address ที่เป็นทางการและสำเนาถึงผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการทั้งหมดด้วย

“เราจะขอดูลิสต์รายชื่อคนที่เราจะเข้าพบรัฐมนตรี มาจากหน่วยงานอะไร อันนี้พอเสร็จเค้าจะต้องส่งประวัติมาให้เราเห็นทั้งหมดแล้วก็จะต้องส่ง talking point มาให้เราเห็น สิ่งที่เราทำก็คือเป็นการเตรียมประเด็นให้รัฐมนตรีทั้งหมด แล้วก็ให้มีความระมัดระวัง” (GH01, 4 ธันวาคม 2563)

ประเด็นที่ 2 การอ้างอิงหลักฐานทางวิชาการเป็นสิ่งสำคัญในการสื่อสารหรือตอบข้อซักถามของภาคอุตสาหกรรม การสื่อสารโดยมีการอ้างอิงหลักฐานทางวิชาการจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของการสื่อสารได้ดี ทั้งนี้ นอกจากการอ้างอิงหลักฐานทางวิชาการแล้ว กฎระเบียบและข้อบังคับระหว่างประเทศก็สิ่งสำคัญที่จะต้องพิจารณา ซึ่งมีทั้งกรอบด้านสุขภาพและด้านการค้าการลงทุนระหว่างประเทศ อย่างไรก็ตาม การตีความที่แตกต่างกันของฝ่ายรัฐและฝ่ายอุตสาหกรรมต่อกฎและระเบียบระหว่างประเทศเหล่านั้นก็มีความสำคัญที่จะต้องพิจารณาด้วยเช่นกัน ดังนั้น การสนับสนุนจากองค์กร

ระหว่างประเทศ เช่น องค์การการค้าโลก เพื่ออธิบายและกำหนดแนวทางการตีความของกฎเกณฑ์ให้เป็นไปอย่างถูกต้องตามเจตนารมณ์นั้นก็เป็นสิ่งที่ควรพิจารณา

ประเด็นที่ 3 ควรมีการกำหนดกระบวนการที่ชัดเจนในการติดต่อกับภาคอุตสาหกรรม คำว่า “กระบวนการที่ชัดเจน” ซึ่งแยกออกมาจากความโปร่งใส นั้น ผู้เขียนต้องการที่จะเน้นย้ำถึงขั้นตอนที่ชัดเจนเพื่อให้มีการกำหนดขั้นตอนของการดำเนินการให้เป็นขั้นเป็นตอน ทีละขั้นแบบเข้าใจตรงกัน เนื่องจากความโปร่งใสเพียงตรวจสอบได้จะบันทึกอย่างไรก็ได้ แต่ละหน่วยงานหรือแต่ละคนอาจทำไม่เหมือนกัน แม้ว่าที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกระบวนการดำเนินงานเป็นขั้นตอนอยู่แล้ว แต่เป็นการกำหนดเฉพาะรายประเด็นในการติดต่อกับอุตสาหกรรม บุหรี่เท่านั้น โดย “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการติดต่อระหว่างเจ้าหน้าที่ กับผู้ประกอบการหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2559” นั้น ได้กำหนดกระบวนการขั้นตอนที่เป็นแนวปฏิบัติอย่างละเอียดเมื่อภาครัฐจะต้องมีการติดต่อกับภาคอุตสาหกรรม อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นตรงกันว่า การติดต่อสื่อสารกับภาคอุตสาหกรรมอาหารและภาคอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอื่นๆ อาจไม่ต้องกำหนดแนวปฏิบัติที่เคร่งครัดมากเท่ากับแนวปฏิบัติที่ใช้ในการปฏิบัติต่ออุตสาหกรรมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ควรมีการกำหนดกระบวนการที่เป็นขั้นตอนในรูปแบบเดียวกัน เพื่อให้เกิดความชัดเจน

“ในมุมมองต่างชาติ เขาก็อาจจะมองว่าน่าจะมีกลไกในการที่จะเข้ามาคุย หรือว่าให้ความคิดเห็นบ้าง คือ เวลาที่เราออกกฎหมาย มันก็ต้องทำ public hearing ให้เขา voice หรือ concern แต่ว่าภาครัฐ ต้องไม่มีข้อผูกพันกับความคิดเห็นเหล่านั้นในการไปแก้กฎหมายไทย คือเราก็ออกกฎหมายของเรา เพียงแต่ว่ากฎหมายสุดท้ายที่ออกมา มันต้องตอบโจทย์ได้ ว่าออกมาแล้วมันสมเหตุ มันไม่ได้เลือกปฏิบัติ” (GHN02, 12 พฤศจิกายน 2563)

“พื้มองว่าก็คือถ้าเราจะป้องกันเรื่อง policy interference นี่ก็ชัดเจนว่าเราอาจจะมีแนวทางในการที่จะสกรีนการเข้าพบ ไม่เข้าพบ แต่เราไม่สามารถที่จะลงเฉพาะประเด็นได้ เพราะว่าเราดูภาพใหญ่ อาจจะดูเป็นเรื่องความร่วมมือกับภาคเอกชน ภาคอุตสาหกรรมก็ได้ค่ะ เหมือนกับเป็นแนวทางการร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับหน่วยงานภาคธุรกิจ แล้วเราก็อาจจะจัดประเภทภาคธุรกิจเป็นหนึ่งในนั้นอาจจะมีความเหมือนเช่นสำนักบูห์รทำ แต่ถ้าเกิดในนามกระทรวงอาจจะทำภาพกว้าง” (GH01, 4 ธันวาคม 2563)

ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของภาครัฐในการปฏิสัมพันธ์กับภาคอุตสาหกรรม

ข้อเสนอแนะที่สำคัญต่อการดำเนินงานของภาครัฐจากการศึกษานี้จะจำแนกออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ภาครัฐและข้อเสนอแนะต่อแนวทางในการดำเนินงานของภาครัฐต่อการปฏิสัมพันธ์กับภาคอุตสาหกรรม

การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ภาครัฐมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและภาคอุตสาหกรรม ดังเห็นได้จากข้อค้นพบสำคัญประการหนึ่งจากการศึกษานี้ว่า ข้อจำกัดอย่างหนึ่งในการดำเนินนโยบายที่มีความเกี่ยวข้องกับกฎระเบียบด้านการค้าการลงทุนระหว่างประเทศ คือ อุตสาหกรรมอาหารโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริษัทข้ามชาติมักใช้กฎระเบียบดังกล่าวเป็นเหตุผลอ้างอิง เพื่อชะลอการดำเนินงานนโยบายของภาครัฐ ในขณะที่เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขยังมีความเข้าใจและความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับกฎระเบียบดังกล่าวค่อนข้างจำกัด ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพิธีการ (protocol) โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการค้าการลงทุนระหว่างประเทศด้วย จึงมีความสำคัญมาก เช่น ในการดำเนินนโยบายเพื่อปกป้องสุขภาพนั้นจะมีความเกี่ยวข้องกับมาตรการอุปสรรคทางเทคนิคต่อการค้า (technical barrier to trade; TBT) หรือไม่ และจะต้อง

เตรียมการอย่างไรเพื่อให้นโยบายนั้นสามารถดำเนินการไปได้อย่างถูกต้องโดยไม่ถือเป็นอุปสรรคทางเทคนิคต่อการค้า ทั้งนี้ไม่จำเป็นต้องเลือกพัฒนาศักยภาพเฉพาะกลุ่มนักวิชาการเพียงกลุ่มเดียว แต่ผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มงานที่มีความเชี่ยวชาญกับงานเอกสารน่าจะเป็นอีกหนึ่งกลุ่มที่ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพด้วย

“พื้คิดว่าการพัฒนาศักยภาพนักวิชาการโดยตรงบางทีมันไม่มีประโยชน์ เพราะนักวิชาการส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ภาษา ยกเว้นเป็นนักวิชาการที่รู้ content และได้ภาษาด้วยก็จะดีเดียวจบ อีกทางหนึ่งก็คือไป พัฒนาศักยภาพคนที่อยู่ในหน่วยสำนักกระหว่างประเทศของแต่ละกรม คือให้เขารู้กระบวนการว่าเมื่อไหร่ที่กรมหรือกองเขาจะมีการออกมาตรการอะไรที่เกี่ยวข้องกับต่างประเทศและมันเป็นภาษาอังกฤษว่ามีอะไรบ้างเพื่อไว้เวลาที่กรมเขาจะดำเนินการอะไร สำนักนี้จะได้ไป take action ว่ามันมีกระบวนการที่ต้องทำนะ แล้วค่อยเอาคนที่ เป็น focal point มาให้ข้อมูลวิชาการ” (GH04, 27 ธันวาคม 2563)

รูปแบบและเทคนิคที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพมีทั้งการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง หรือ “learning by doing” และการจัด “การอบรมพัฒนาศักยภาพ” ซึ่งต้องพิจารณาดำเนินการทั้งสองส่วนอย่างเหมาะสม สำหรับการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงนั้น เป็นวิธีการที่ทำอยู่ในปัจจุบัน แต่สิ่งจำเป็นที่ต้องมีควบคู่กันไปกับวิธีนี้คือ “coaching” และการให้ “feedback” ด้าน “การอบรมพัฒนาศักยภาพ” วิธีการนี้มีความจำเป็นในกรณีที่ประเด็นดังกล่าวไม่ใช่สิ่งที่ทำกันอยู่แล้วในการทำงานประจำวัน หรือเป็นประเด็นใหม่ที่ต้องการความรู้เฉพาะด้าน การจัดอบรมศักยภาพทักษะและเนื้อหาเฉพาะประเด็นเช่นนี้ จะมีประโยชน์มากต่อการเสริมสร้างคุณภาพในการทำงาน รวมถึงต่อความมั่นใจในการดำเนินงานด้วย

“คือพื้มองว่ามันเป็น learning by doing เยอะนะ ตอนนี้นั้นมันเป็นเหมือนการ supervise แล้วคุยกัน อย่างเช่น

พื้มีเจ้าหน้าที่เขาที่จะเรียนรู้จากการมาคุยกัน สมมติการเขียน talking point เป็นต้น คือพื้จะต้องลงมาดู talking point ด้วย นอกจากภาษาโอเค เนื้อหาโอเคแล้วมันน่าจะต้องดูหลายๆ อย่าง” (GH01, 4 ธันวาคม 2563)

ด้านข้อเสนอแนะต่อแนวทางในการดำเนินงานของภาครัฐต่อการปฏิสัมพันธ์กับภาคอุตสาหกรรมนั้นพบว่า ภาครัฐควรกำหนดขั้นตอนที่ชัดเจน ทั้งในกรณีของการสื่อสารในรูปแบบลายลักษณ์อักษร และการติดต่อเพื่อขอเข้าพบผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบาย แต่อาจไม่จำเป็นต้องกำหนดเป็นระเบียบหรือข้อบังคับที่มีอำนาจในการบังคับให้ต้องปฏิบัติตามดังเช่น “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการติดต่อระหว่างเจ้าหน้าที่ กับผู้ประกอบการหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2559” เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความยืดหยุ่นในการทำงานได้มากกว่า ทั้งนี้ ก็ควรมีการจัดระบบพื้นฐานที่สำคัญเอาไว้ ดังต่อไปนี้

1) ระบบการจับเก็บเอกสารต่างๆ จากภาคอุตสาหกรรมเพื่อเป็นประโยชน์ในการสืบค้น โดยเอกสารเหล่านั้นควรเก็บในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์แยกเป็นรายประเด็น พร้อมทั้งบันทึกผลจากการปฏิสัมพันธ์ ว่านำไปสู่การตัดสินใจเชิงนโยบายหรือไม่อย่างไรและเพราะเหตุใด เพื่อเป็นกรณีศึกษาในการดำเนินนโยบายอื่นๆ ในอนาคต ทั้งนี้ ควรพิจารณาเปิดให้สาธารณะหรือผู้ที่สนใจสามารถเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ได้ด้วยเพื่อส่งเสริมความโปร่งใส การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาที่เกี่ยวข้องต่อไป

2) กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบหลัก (key focal point) โดยเป็นหน่วยงานที่เชี่ยวชาญและมีความแม่นยำเรื่องขั้นตอนและกระบวนการในการปฏิสัมพันธ์กับภาคอุตสาหกรรมรวมถึงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการค้าและการลงทุนด้วย อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของหน่วยงานรับผิดชอบหลักดังกล่าวควรดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายอย่างใกล้ชิดโดย “เครือข่าย” นี้มีความหมายรวมทั้งในหน่วยงานเดียวกันแต่คนละส่วนงาน และคนละหน่วย

งานคือต่างกรม ต่างกองภายในกระทรวงสาธารณสุข

“คนที่อยู่ในทีมก็จะได้รับข้อมูลอัปเดตไปด้วยกันแล้ว ช่วยกันคิด พี่เห็นว่าหนังสือที่เขาส่งให้รัฐมนตรีส่งมาให้ อธิบดี รองอธิบดีก็มี cc พี่ด้วยคือเขาส่งให้ทุกคน” (GH04, 27 ธันวาคม 2563)

3) กระทรวงสาธารณสุขควรร่วมกันจัดลำดับความรุนแรงของกลุ่มสินค้าหรือประเด็นที่จะสร้างภัยคุกคามด้านสุขภาพต่อประชาชน เพื่อให้มีหลักการที่ชัดเจนมากขึ้นในการตัดสินใจว่าแนวทางตอบโต้ต่อภาคอุตสาหกรรมควรเคร่งครัดหรือยืดหยุ่นอย่างไร อันเนื่องมาจากแนวปฏิบัติสำหรับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและภาคอุตสาหกรรมนั้น ไม่ควรจัดทำตามรายผลิตภัณฑ์ ซึ่งอาจมีการพัฒนาไปเรื่อยๆ และมีผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพออกมาใหม่เรื่อยๆ หนึ่ง การมุ่งพิจารณารายบริษัทก็อาจสร้างความไม่ยุติธรรมต่อภาคอุตสาหกรรมในกรณีที่แต่ละบริษัทไม่ได้ผลิตสินค้าประเภทเดียว กล่าวคือในการผลิตสินค้าของแต่ละบริษัทนั้นมีความหลากหลาย บางรายการอาจเป็นสินค้าที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพหากบริโภคมากเกินไป ในขณะที่บางรายการจากบริษัทเดียวกันนั้นอาจเป็นสินค้าที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ดังนั้น การจัดกลุ่มสินค้าโดยพิจารณาตามระดับความรุนแรงของการทำลายสุขภาพจากผลิตภัณฑ์ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรร่วมกันจัดทำไว้เป็นหลักในการอ้างอิง โดยกรณีของสินค้าแปรรูปในการศึกษานี้ พบว่าการให้ความหมายนั้นต่างกัน แม้อาหารแปรรูปนั้นๆ จะเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีระดับของน้ำตาล เกลือและไขมันสูง แต่เมื่อพิจารณาที่กระบวนการอุตสาหกรรมที่ทำการแปรรูปอาหารอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ก็มีเหตุผลที่จะช่วยในการเก็บรักษาอาหารให้อยู่ได้เป็นเวลานานขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงอาหารสดได้ โดยเฉพาะส่งผลต่อการส่งออกเพื่อสร้างรายได้และทางเลือกให้กับผู้บริโภคอีกด้วย

“Code of conduct บางอย่างมันเป็นเส้นตรงไม่ได้ เป็น guideline ให้เราได้ ในเวลาปฏิบัติจริง ถ้าเราเป๊ะแบบ

นี้มันต้องมีทางรอดให้คนที่ตัดสินใจตรงนี้ เกณฑ์ตรงนี้นั้นดี เพราะว่าจะได้สอนให้เด็กแต่ละรุ่นมีวิธีคิด แต่มันไม่ควรจะบีบเราจนขยับไม่ได้ คนที่ถูกสอนให้คิดในกรอบในลักษณะนี้บ่อยๆ สุดท้ายมันจะเป็นเหมือนกระบวนการลำดับความคิดในสมองของเขา ว่ามันควรจะเป็นตามเกณฑ์แบบนั้นแบบนี้” (GH02, 25 พฤศจิกายน 2563)

ผลการศึกษาที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์เชิงลึกนั้น ได้ถูกสรุปเป็นข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปสำรวจความคิดเห็นด้วยเทคนิคเดลฟาย โดยประเด็นข้อเสนอแนะมีทั้งหมด 24 ข้อ ซึ่งครอบคลุมข้อเสนอแนะทั้ง 2 ส่วน คือ ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ภาครัฐและข้อเสนอแนะต่อแนวทางในการดำเนินงานของภาครัฐต่อการปฏิสัมพันธ์กับภาคอุตสาหกรรม ผลการสำรวจนั้นแสดงผ่านคำมัยฐานซึ่งหมายถึงคำตอบส่วนใหญ่ในข้อนั้นๆ โดยในรอบที่ 3 ของการสำรวจความคิดเห็นด้วยเทคนิคเดลฟายนั้น คำตอบส่วนใหญ่ของผู้เข้าร่วมอยู่ที่ 4 และ 5 คะแนน ซึ่งหมายถึงเห็นด้วยถึงเห็นด้วยมากที่สุด จึงกล่าวได้ว่าข้อเสนอแนะที่ได้นำเสนอไปในการศึกษานี้ ได้ผ่านความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ

วิจารณ์

ผลจากการศึกษานี้เมื่อเปรียบเทียบกับกลยุทธ์ของ corporate political activity (CPA) ทั้ง 6 ด้าน พบว่ามี 3 กลยุทธ์⁽¹¹⁾ ที่ภาคอุตสาหกรรมอาหารและอุตสาหกรรมอื่นๆ กระทำผ่านหน่วยงานของรัฐโดยตรง คือ 1) กลยุทธ์การสร้างข้อมูลและการสื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับภาคอุตสาหกรรม (information and messaging) 2) กลยุทธ์การสร้างความสัมพันธ์กับผู้มีอำนาจทางนโยบาย (constituency building) และ 3) กลยุทธ์ทางกฎหมาย (legal strategies) อย่างไรก็ตาม การดำเนินการของภาคอุตสาหกรรมในการขัดขวางหรือชะลอการดำเนินนโยบายเพื่อการปกป้องสุขภาพของรัฐนั้น เมื่อพิจารณาตามกลยุทธ์

ของ CPA ทั้ง 6 ด้าน มีโอกาสที่ภาคอุตสาหกรรมต่างๆ โดยเฉพาะภาคอุตสาหกรรมอาหาร จะดำเนินการโดยใช้ทุกกลยุทธ์^(15,18) ซึ่งถึงแม้การกระทำเหล่านั้นไม่ได้กระทำต่อภาครัฐโดยตรง แต่ความเข้าใจภาพรวมของกลยุทธ์ทั้งหมดที่ภาคอุตสาหกรรมใช้และการติดตามการดำเนินการจากภาคอุตสาหกรรมจะเป็นการเท่าทัน และนำไปสู่การปกป้องให้รัฐสามารถดำเนินนโยบายได้อย่างเหมาะสม

กฎระเบียบการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศเป็นอุปสรรคต่อนโยบายด้านอาหารภายในประเทศ โดยอาจจำกัดความสามารถในการดำเนินนโยบาย รวมถึงส่งผลกระทบต่อความล่าช้าของการกำหนดและดำเนินนโยบายเกี่ยวกับโภชนาการ ดังนั้น การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่ดีในการกำกับดูแลให้การค้าและการลงทุนเป็นไปตามกฎระเบียบด้านการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศอาจก่อให้เกิดภัยคุกคามร้ายแรงต่อการออกนโยบายด้านอาหารเพื่อสุขภาพของรัฐบาล^(19,20) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับประเด็นนี้โดยพบว่าภาคอุตสาหกรรมพยายามดำเนินการเพื่อขัดขวางหรือลดทอนความชัดเจนของนโยบายเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการด้วยการใช้กระบวนการตามระเบียบของการค้าระหว่างประเทศ เช่น การอ้างถึงมาตรการอุปสรรคทางเทคนิค (TBT) และถึงแม้ว่าการดำเนินการเหล่านั้นจะไม่ได้ขัดขวางนโยบายดังกล่าวได้ แต่สามารถชะลอการออกนโยบายดังกล่าวได้จริง

ด้านข้อเสนอแนะที่เหมาะสมต่อการปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและภาคอุตสาหกรรมนั้นไม่แตกต่างจากแนวทางการปฏิบัติที่มีมาแล้วในกลุ่มผลิตภัณฑ์ยาสูบมากนักในด้านขั้นตอนและกระบวนการ ดังนั้นจึงสามารถใช้แนวปฏิบัติจากระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการติดต่อระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ประกอบการหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2559 เป็นแนวทางในการปฏิบัติเมื่อต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับภาคอุตสาหกรรมอาหาร หรือภาคอุตสาหกรรมอื่นๆ ได้ เนื่องจากแนวปฏิบัติดังกล่าวนี้กำหนดขั้นตอนและกระบวนการไว้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม หากมีการจัดลำดับความรุนแรงในการสร้าง

ภัยคุกคามด้านสุขภาพ จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีหลักการที่ชัดเจนมากขึ้นในการตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทุกข้ออย่างเคร่งครัดหรือยืดหยุ่นกับแนวปฏิบัติข้อใด

ข้อค้นพบสำคัญอีกประการหนึ่งของการศึกษานี้คือหลักการพื้นฐานที่สำคัญในการปฏิสัมพันธ์กับภาคอุตสาหกรรม โดยการศึกษานี้สามารถสรุปหลักการพื้นฐานที่สำคัญไว้ 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ความโปร่งใส 2) การใช้หลักฐานทางวิชาการในการอ้างอิง และ 3) การกำหนดกระบวนการที่ชัดเจนในการติดต่อกับภาคอุตสาหกรรม ทั้งนี้หลักการพื้นฐานเหล่านี้สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาลซึ่งมีลักษณะสำคัญ 8 ประการ ได้แก่ หลักการมีส่วนร่วม หลักฉันทามติ หลักความรับผิดชอบ หลักความโปร่งใส หลักการตอบสนอง หลักความคุ้มค่า หลักความเสมอภาคและหลักนิติธรรม⁽²¹⁾ โดยการดำเนินนโยบายสาธารณะด้วยหลักธรรมาภิบาลนั้น เป็นหลักการที่ทำให้มั่นใจได้ว่าการดำเนินนโยบายสาธารณะจะเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²²⁾

ข้อเสนอแนะและข้อค้นพบ จากการศึกษานี้ได้ผ่านการสำรวจความคิดเห็นด้วยเทคนิคเดลฟาย ซึ่งเป็นเทคนิคที่ถูกออกแบบมาเพื่อให้ได้ความเห็นที่น่าเชื่อถือที่สุดจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ⁽²³⁾ แต่การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญคือการเข้าถึงเอกสารที่ภาคอุตสาหกรรมใช้ในการสื่อสารกับส่วนราชการ หากพิจารณาจากการศึกษาแนวทางการแทรกแซงของภาคอุตสาหกรรมที่มีต่อนโยบายสาธารณะในภาพรวมที่ผ่านมา จะเห็นว่ามีการรวบรวมจากเอกสารที่มาจากแหล่งข้อมูลที่เปิดเผยต่อสาธารณะ ซึ่งมีทั้งจากสื่อและการเปิดเผยข้อมูลของภาคอุตสาหกรรมเอง ในขณะที่การศึกษานี้ไม่สามารถเข้าถึงเอกสารสำคัญเหล่านั้นได้โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ ด้วยวิธีการจัดการกับเอกสารนี้ยังถูกนับเป็นเอกสารทางราชการที่ไม่ได้มีระบบที่สาธารณะจะสืบค้นหรือเข้าถึงได้อย่างเปิดเผย การศึกษานี้จึงใช้มูลหลักจากผู้ที่มีประสบการณ์ตรง คือเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เคยได้รับหน้าที่ติดต่อสื่อสารกับภาคอุตสาหกรรม และผู้ที่มีประสบการณ์โดยอ้อมคือนักวิชาการและภาคประชาสังคมที่เคยผ่านประสบการณ์ในการเคลื่อนไหวนโยบาย

หรือดำเนินกิจกรรมเดียวกันกับภาคอุตสาหกรรม และแม้ว่าการสัมภาษณ์ถึงเมื่อข้อมูลถึงจุดอิ่มตัวแล้ว แต่การไม่ได้วิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรจากบริษัทโดยตรงอาจเป็นจุดอ่อนสำคัญของการศึกษา

สรุปและข้อเสนอแนะ

ภาคอุตสาหกรรมอาหารทั้งจากทุนสัญชาติไทยและทุนบริษัทข้ามชาติ ดำเนินการแทรกแซงนโยบายด้านสาธารณสุขผ่านหน่วยงานภาครัฐ โดยมีรูปแบบและกระบวนการไม่แตกต่างกันมากนัก อย่างไรก็ตาม บริษัทต่างชาติมีแนวโน้มที่จะใช้ระเบียบและกฎการค้าระหว่างประเทศเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการติดต่อและสร้างข้อโต้แย้งกับการดำเนินการนโยบายของภาครัฐมากกว่าบริษัทสัญชาติไทย นอกจากนี้ภาคอุตสาหกรรมมักใช้การรวมตัวกันในรูปแบบสมาคมการค้าเพื่อสร้างโอกาสและความน่าเชื่อถือในการปฏิสัมพันธ์กับภาครัฐ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาตามกลยุทธ์ CPA กลยุทธ์ที่ถูกใช้โดยตรงกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐมีเพียง 1) กลยุทธ์การสร้างข้อมูลและการสื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับภาคอุตสาหกรรม (information and messaging) 2) กลยุทธ์การสร้างความสัมพันธ์กับผู้มีอำนาจนโยบาย (constituency building) และ 3) กลยุทธ์ทางกฎหมาย (legal strategies) การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่าหลักการสำคัญในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและภาคอุตสาหกรรมคือ 1) ความโปร่งใสตลอดกระบวนการติดต่อระหว่างภาครัฐและภาคอุตสาหกรรมเป็นสิ่งสำคัญที่สุด 2) ควรอ้างอิงหลักฐานทางวิชาการในการสื่อสาร อย่างไรก็ตาม ต้องรวมถึงกฎและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการค้าระหว่างประเทศด้วย 3) ควรกำหนดกระบวนการติดต่อระหว่างภาครัฐและภาคอุตสาหกรรมที่ชัดเจน ทั้งนี้ การพัฒนาแนวทางที่สำคัญในการดำเนินงานของภาครัฐในการปฏิสัมพันธ์กับภาคอุตสาหกรรมนั้น ควรพัฒนาส่วนสำคัญ 2 ส่วน คือการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และแนวทางในการดำเนินงานซึ่งใช้ในการอ้างอิงเพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากแผนงานการพัฒนาศักยภาพด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ (International Trade and Health Programme) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

References

1. Lekuthai S. The importance of the food industry to the Thai economy: an input-output perspective. *ASEAN Economic Bulletin*. 2007;24(2):238-53.
2. Marrón-Ponce JA, Flores M, Cediel G, Monteiro CA, Batis C. Associations between consumption of ultra-processed foods and intake of nutrients related to chronic non-communicable diseases in Mexico. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2019;119(11):1852-65.
3. Rauber F, da Costa Louzada ML, Steele EM, Millett C, Monteiro CA, Levy RB. Ultra-processed food consumption and chronic non-communicable diseases-related dietary nutrient profile in the UK (2008-2014). *Nutrients*. 2018;10(5):587. doi: 10.3390/nu10050587.
4. Black E. Globalization of the food industry: transnational food corporations, the spread of processed food, and their implications for food security and nutrition. 2016 [cited 2021 Aug 24]. Independent Study Project (ISP) Collection. Available from: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2353.
5. Wilkinson J. The food processing industry, globalization and developing countries. *The Electronic Journal of Agricultural and Development Economics, Food and Agriculture Organization of the United Nations*. 2004;1(2):184-201.
6. Boyland EJ, Nolan S, Kelly B, Tudur-Smith C, Jones A, Halford JC, et al. Advertising as a cue to consume: a systematic review and meta-analysis of the effects of acute exposure to unhealthy food and nonalcoholic beverage advertising on intake in children and adults. *Am J Clin Nutr*. 2016;103(2):519-33.
7. Vandevijvere S, Soupen A, Swinburn B. Unhealthy food advertising directed to children on New Zealand television: extent, nature, impact and policy implications. *Public Health Nutrition*. 2017;20(17):3029-40.
8. Barlow P, McKee M, Basu S, Stuckler D. Impact of the North American Free Trade Agreement on high-fructose corn syrup supply in Canada: a natural experiment using synthetic control methods. *CMAJ*. 2017;189(26):E881-E7.

9. Barquera S, Rivera JA. Obesity in Mexico: rapid epidemiological transition and food industry interference in health policies. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2020;8(9):746-7.
10. Barlow P, Labonte R, McKee M, Stuckler D. Trade challenges at the World Trade Organization to national noncommunicable disease prevention policies: a thematic document analysis of trade and health policy space. *PLoS Med*. 2018;15(6):e1002590.
11. Mialon M, Swinburn B, Sacks G. A proposed approach to systematically identify and monitor the corporate political activity of the food industry with respect to public health using publicly available information. *Obesity Reviews*. 2015;16(7):519-30.
12. Karnjanapiboonwong A. 9 goals and 25 global indicators In: Suksaard T, Ngam-aroon W, Suriyawongpaisan W, editors. *NCDs situation report no. 2: "Kick off to the goals"*. Non-thaburi: International Health Policy Program; 2016.
13. Vathesatogkit P. *Interfering and undermining the public policy of multinational corporations: a case study of Thai tobacco control policy*. Bangkok: The Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC); 2008.
14. Tangcharoensathien V, Chandrasiri O, Kunpeuk W, Markchang K, Pangkariya N. Addressing NCDs: challenges from industry market promotion and interferences. *Int J Health Policy Manag*. 2019;8(5):256-60.
15. Jaichuen N, Phulkard S, Certthkrikul N, Sacks G, Tangcharoensathien V. Corporate political activity of major food companies in Thailand: an assessment and policy recommendations. *Global Health*. 2018;14(1):115.
16. Mialon M, Swinburn B, Sacks G. A proposed approach to systematically identify and monitor the corporate political activity of the food industry with respect to public health using publicly available information. *Obesity Reviews*. 2015;16(7). doi:10.1111/obr.12289.
17. Ayres L, Knaff KA. Typology analysis. In: Given L, editor. *The Sage encyclopedia of qualitative research methods Vol 2*. Los Angeles (CA): Sage Publications; 2008. p. 900-1.
18. Mialon M, Swinburn B, Wate J, Tukana I, Sacks G. Analysis of the corporate political activity of major food industry actors in Fiji. *Globalization and Health*. 2016;12. doi: <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0158-8>.
19. Garton K, Thow AM, Swinburn B. International trade and investment agreements as barriers to food environment regulation for public health nutrition: a realist review. *International Journal of Health Policy and Management*. 2020. doi: 10.34172/IJHPM.2020.189.
20. Friel S, Hattersley L, Snowdon W, Thow A-M, Lobstein T, Sanders D, et al. Monitoring the impacts of trade agreements on food environments. *Obesity Review*. 2013;14(S1):120-34.
21. Gisselquist R. Good Governance as a concept, and why this matters for development policy. Working Paper No. 2012/30. Finland: UNU World Institute for Development Economics Research (UNU-WIDER); 2012.
22. Vedantham VM, Shaik K. Good governance and public policy in India. *People: International Journal of Social Sciences*. 2015;1(1). doi: <https://doi.org/10.20319/pijss.2015.s11.878889>.
23. Dalkey N, Helmer O. An experimental application of the DELPHI method to the use of experts. *Manage Sci*. 1963;9(3):458-67. doi: 10.1287/mnsc.9.3.458.

การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้บริโภคในร้านก๋วยเตี๋ยว ภายในอำเภอเมืองลำปาง

วรางคณา สันเทพ*

ยงยุทธ แก้วเต็ม†

ผู้รับผิดชอบบทความ: วรางคณา สันเทพ

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบ และ 2) ศึกษาประสิทธิภาพการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ ทางเลือกสุขภาพในร้านก๋วยเตี๋ยว อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) วิเคราะห์ ประเมินความต้องการโดยสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้อง (R1) 2) ออกแบบ พัฒนารูปแบบด้วยการปรับสูตรน้ำซุปรก๋วยเตี๋ยวโดยใช้เครื่องปรุง ที่มีปริมาณเกลือโซเดียมลดลงแทนเครื่องปรุงรสเดิม (D1) 3) ทดลองใช้รูปแบบกับผู้ประกอบการเป็นระยะเวลา 3 เดือน ด้วยการปรับสูตรน้ำซूप วิธีปรุงน้ำซूप การวัดปริมาณเกลือโซเดียมในน้ำซूप การจัดวางเครื่องปรุงที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ ในร้าน (R2) และประเมินความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเรื่องสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ วัดปริมาณการใช้เกลือโซเดียมใน ระยะเวลาต่างๆ ประเมินความพึงพอใจโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ประกอบการแบบเฉพาะเจาะจง 16 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 4) ประเมินผลจากความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ปริมาณการใช้เกลือโซเดียม ความพึงพอใจหลังได้รับการพัฒนามาปรับปรุงในประเด็นของสูตรน้ำซूपให้เหมาะสม (D2) ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการ สทนากลุ่ม

ผลการศึกษา พบว่า ขั้นตอน 1 ผู้ประกอบการเห็นความจำเป็นในการปรับลดการใช้เกลือโซเดียมในน้ำซूप ขั้นตอน 2 เกิดการพัฒนาสูตรน้ำซूपด้วยการใช้ซีอิ๊วขาวที่มีสารโพแทสเซียมคลอไรด์ทดแทนเกลือโซเดียมเดิม มีคู่มือปฏิบัติ คือ แนวทาง ปรับสูตร วิธีปรุงน้ำซूप การวัดตวงปริมาณเกลือโซเดียม การจัดวางเครื่องปรุงในร้าน ขั้นตอน 3 ผลการใช้สูตรน้ำซूप ผู้ประกอบการ มีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมที่ดีเพิ่มขึ้น ปริมาณการใช้เกลือโซเดียมลดลง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ขั้นตอน 4 ผลการประเมิน พบปริมาณการใช้เกลือโซเดียมลดลงจากการวัดตวงแต่ละวัน แต่ผลการศึกษายังเป็นเพียงการศึกษานำร่อง ที่มีกลุ่มตัวอย่างน้อยควรขยายผลการใช้รูปแบบไปยังประชากรที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อให้ได้ผลที่น่าเชื่อถือต่อไป

คำสำคัญ: ทางเลือกสุขภาพ, สัญลักษณ์โภชนาการ, เกลือโซเดียม, ร้านก๋วยเตี๋ยว

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

† วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Received 22 September 2021; Revised 22 February 2022; Accepted 15 September 2022

Suggested citation: Suntep W, Kaewtem Y. Model development using “Healthier Choice” nutrition symbol for promoting health of noodle consumers in Mueang Lampang district. Journal of Health Systems Research 2022;16(3):312-8.

วรางคณา สันเทพ, ยงยุทธ แก้วเต็ม. การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้บริโภคในร้านก๋วยเตี๋ยว ภายในอำเภอเมืองลำปาง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(3):321-8.

Model Development Using “Healthier Choice” Nutrition Symbol for Promoting Health of Noodle Consumers in Mueang Lampang District

Warangkana Suntep^{*}, Yongyuth Kaewtem[†]

^{*} Lampang Provincial Public Health Office

[†] Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Warangkana Suntep, sunnynui@gmail.com

Abstract

The aims of this research and development were to 1) develop a model and 2) study the effectiveness of using the healthier choice nutrition symbol in noodle shops, Mueang Lampang district, Lampang province. The research process consisted of 4 steps: 1) analyze, assess needs by in-depth interview with relevant parties (R1). 2) Design and develop of a model by adjusting the noodle soup recipe using low sodium seasonings to replace the original seasonings (D1). 3) The experimental model consisted of guidelines for adjusting soup recipes, how to cook soup, measurement of sodium salt content in the soup, placement of healthier choice nutrition symbol seasonings in the shop (R2), then assessing knowledge, attitudes, and behaviors on healthier choice nutrition symbol and sodium salt content in noodle soup in the experiment group, assessing satisfaction on new noodle soup recipe with 16 purposively selected experiment samples. Data were collected by using a questionnaire and an in-depth interview. 4) The evaluations on knowledge, attitude, behavior, sodium content in soup and post-satisfaction were undertaken to improve the final optimal soup recipe (D2) using content analysis from group discussions.

The results found that: step 1, noodle shop owners realized the need to reduce the use of sodium salt in soup. Step 2, developed new soup recipe using soy sauce containing potassium chloride to replace the original sodium salt. Cooking manual was developed as guidelines explaining new recipes, how to cook soup, measuring the amount of sodium salt and placement of extra seasonings in a noodle shop. Step 3, after serving new soup recipe, the noodle shop owners gained better knowledge, attitude and behavior, with reduced sodium consumption. They were satisfied at the highest level. Step 4: The evaluations revealed that the amount of sodium salt use decreased from the daily measurement. However, the present study was just a pilot scale with small sample size. The model should be extended to a larger population for more reliable results.

Keywords: healthier choice, nutrition symbol, sodium salts, noodle shop

ภูมิหลังและเหตุผล

ด้วยยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป ประเทศไทยเข้าสู่สังคมไทยแลนด์ 4.0 มีการใช้โซเชียลในการโฆษณามากขึ้น ทำให้ผู้ประกอบการอาหารต้องเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์ทางการตลาดโดยใช้การสื่อสารผ่านสื่อโฆษณาแบบออนไลน์ไปยังกลุ่มผู้บริโภคมากขึ้นทั้งแอปพลิเคชันและเว็บไซต์ออนไลน์ต่างๆ⁽¹⁾ ซึ่งผลจากการใช้โซเชียลมีเดียทางการตลาดในการสื่อสารกับกลุ่มผู้บริโภคที่มากขึ้นนี้จึง

เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการบริโภคอาหารจานด่วนที่หาง่าย รวดเร็ว ไม่แพง แต่ก็มีปริมาณเกลือโซเดียมสูง ส่งผลเสียต่อสุขภาพในที่สุด

องค์การอนามัยโลกแนะนำปริมาณการบริโภคโซเดียมได้อย่างปลอดภัย คือไม่ควรเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน แต่จากการสำรวจการบริโภคโซเดียมของประชากรไทย พบว่าคนไทยบริโภคโซเดียมสูงถึง 4,352 มิลลิกรัม/วัน ซึ่งสูงกว่าคำแนะนำถึง 2 เท่า และจากผลการสำรวจสุขภาพ

ประชาชนไทย พบว่า มีภาวะความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 24.7 ในระดับโลกนั้น พบว่าถ้าหากประชากรโลกบริโภคเกลือในปริมาณที่องค์การอนามัยโลกแนะนำจะสามารถป้องกันการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกได้กว่า 2.5 ล้านคนต่อปี⁽²⁾ จากผลการสำรวจแหล่งที่มาของโซเดียม พบว่าประมาณร้อยละ 88 จะอยู่ในอาหารปรุงสำเร็จ เครื่องปรุง และอาหารสำเร็จรูป ส่วนที่เหลือมาจากวัตถุดิบอาหารตามธรรมชาติร้อยละ 12 โดยองค์การอนามัยโลกได้รณรงค์ให้ประชากรบริโภคเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชา หรือ 5 กรัมต่อคนต่อวัน หรือโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัม แนวทางการดำเนินการเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในประชากร ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยน/พัฒนาผลิตภัณฑ์ให้มีปริมาณเกลือ/โซเดียม ลดลง (product reformulation) 2) การให้ความรู้และทำให้ผู้บริโภคตระหนักรู้ (consumer awareness and education campaigns) 3) การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม (environmental changes) ที่เอื้อต่อการเลือกอาหารที่มีผลดีต่อสุขภาพ⁽³⁾ โดยในส่วนของประเทศไทยมีนโยบายเกี่ยวกับการลดการบริโภคโซเดียม ได้แก่ ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย (พ.ศ. 2559-2568) ประกอบด้วย 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ SALTS คือ 1) ยุทธศาสตร์ S (stakeholder network) การสร้างและพัฒนาและขยายภาคีเครือข่ายความร่วมมือ 2) ยุทธศาสตร์ A (awareness) การเพิ่มความรู้ ความตระหนักและเสริมทักษะแก่ประชาชน ชุมชน ผู้ผลิต/ผู้ประกอบการ บุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและผู้กำหนดนโยบาย 3) ยุทธศาสตร์ L (legislation and environmental reform) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำ รวมทั้งเพิ่มทางเลือกและช่องทางการเข้าถึงอาหารที่ปริมาณโซเดียมต่ำ 4) ยุทธศาสตร์ T (technology and innovation) การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้และนำสู่การปฏิบัติ 5) ยุทธศาสตร์ S (surveillance, monitoring and evaluation) การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผล⁽⁴⁾ ซึ่งขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ร่วมกับเครือข่ายลดการ

บริโภคเกลือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และองค์การอนามัยโลก

กรอบยุทธศาสตร์นโยบายลดเกลือและโซเดียมของประเทศไทยปี พ.ศ. 2559-2568 มีมาตรการสำคัญ คือ ความร่วมมือกับผู้ผลิตอาหาร ผู้ประกอบการในการลดปริมาณเกลือหรือโซเดียมลง เพื่อให้ปลอดภัยต่อสุขภาพของคนไทยมุ่งเน้นอาหารกลุ่มเสี่ยง 4 ชนิด ได้แก่ ขนมขบเคี้ยว อาหารกึ่งสำเร็จรูป เครื่องปรุงรส อาหารแช่เย็นและแช่แข็ง โดยเฉพาะอาหารกลุ่มสำเร็จรูป บะหมี่และก๋วยเตี๋ยวสำเร็จรูป ซึ่งมีโซเดียมอยู่ในปริมาณที่สูงมากเมื่อเทียบกับหนึ่งหน่วยบริโภค ส่วนมาตรการทางด้านฉลากอาหาร ทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้สนับสนุนให้ผู้ประกอบการอาหารที่สามารถลดหวาน มัน เค็ม ติดฉลาก “ทางเลือกสุขภาพ” บนบรรจุภัณฑ์เพื่อให้ผู้บริโภคทราบว่าอาหารดังกล่าวนั้นอยู่ในเกณฑ์ไม่เป็นอันตรายกับสุขภาพ⁽⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยการสร้างฐานข้อมูลวัตถุดิบอาหารและเครื่องปรุงรสอาหารท้องถิ่นโดยสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้เครือข่ายขับเคลื่อนรณรงค์เพื่อลดการบริโภคเกลือโซเดียมในประเทศไทยเกี่ยวกับปริมาณโซเดียมจากอาหารยอดนิยมของแต่ละภูมิภาคจากการปรุงโดยอาสาสมัครแม่บ้านในท้องถิ่นและจากร้านค้า พบว่า อาหารยอดนิยมของทุกภูมิภาคมีปริมาณโซเดียมสูง⁽⁵⁾

การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้บริโภคในครั้งนี้เลือกดำเนินการในร้านก๋วยเตี๋ยว ด้วยเหตุที่ร้านก๋วยเตี๋ยวเป็นร้านอาหารที่อยู่ใกล้ชิดกับวิถีชีวิตของคนในชุมชนที่สามารถหาทานได้ง่าย ประกอบกับวิถีชีวิตที่เร่งรีบทำให้มีเวลาจำกัดในการจัดการเรื่องอาหารที่จะบริโภคในแต่ละมื้อจึงต้องใช้บริการอาหารนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นร้านก๋วยเตี๋ยวจึงเป็นทางเลือกที่นิยมสำหรับผู้บริโภค แต่ร้านก๋วยเตี๋ยวส่วนใหญ่จะมีการใช้เครื่องปรุงรสโดยเฉพาะผงชูรสในปริมาณมาก ประกอบกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีโครงการ

ขับเคลื่อนและประเมินผลการใช้สัญลักษณ์อย่างง่ายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของคนไทยที่ต้องการให้ลดการบริโภคเกลือโซเดียมลงผ่านการใช้นิยามลักษณะทางเลือกสุขภาพ จึงเป็นเหตุให้เกิดโครงการลดการใช้นิยามเกลือโซเดียมในร้านก๋วยเตี๋ยวขึ้น ทั้งนี้โดยปรับเปลี่ยนมาใช้เครื่องปรุงรสที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพทดแทนเครื่องปรุงรสทั่วไป รวมทั้งมีการพัฒนาการลดการใช้นิยามเกลือโซเดียมในการปรุงก๋วยเตี๋ยว รวมถึงวางแผนการพัฒนาแบบการใช้สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ ซึ่งรูปแบบในการศึกษาครั้งนี้คือการออกแบบและพัฒนาสูตรน้ำซุปรก๋วยเตี๋ยวที่มีการใช้นิยามเกลือโซเดียมลดลงโดยหันมาใช้ซีอิ๊วขาวที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ เป็นการรณรงค์การใช้เครื่องปรุงรสที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพเพื่อให้ผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยวมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในการบริโภคอาหาร และส่งผลให้ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในที่สุด

จากการลงพื้นที่ที่ศึกษาเพื่อสอบถามและสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยวในจังหวัดลำปางในเบื้องต้นเกี่ยวกับปริมาณการใช้ผงชูรส รวมถึงเครื่องปรุงที่มีเกลือโซเดียมผสมอยู่ พบว่า ผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยวส่วนใหญ่ปรุงน้ำซุปรก๋วยเตี๋ยวด้วยเครื่องปรุงรสที่มีรสชาติเค็มหลายชนิด เช่น เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊วขาว ซอสปรุงรส ผงปรุงรส โดยผู้ประกอบการไม่ทราบว่าเครื่องปรุงรสที่มีรสชาติเค็มแต่ละชนิดมีปริมาณเกลือโซเดียมแฝงอยู่ และการที่ผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยวใช้เครื่องปรุงรสรสชาติเค็มหลายชนิดจึงเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น⁽⁶⁾

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้บริโภคในร้านก๋วยเตี๋ยว ภายในอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้บริโภค

ในร้านก๋วยเตี๋ยว ภายในอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง

นิยามศัพท์

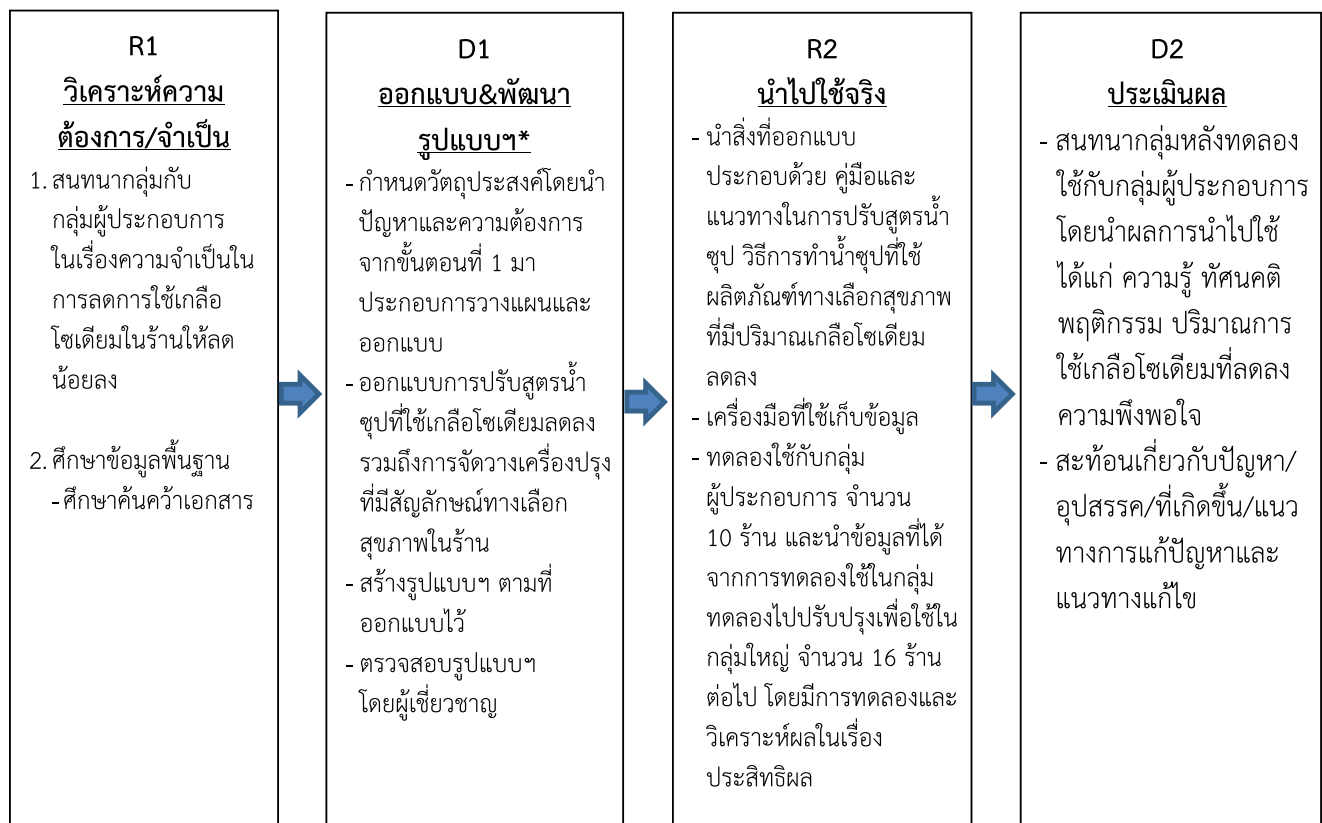
รูปแบบการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” หมายถึง การปรับสูตรน้ำซุปรก๋วยเตี๋ยวของผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยว โดยใช้เครื่องปรุงรสที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกเพื่อสุขภาพ ซึ่งเครื่องปรุงรสที่ใช้ในการปรับสูตรในครั้งนี้คือ ซีอิ๊วขาวที่มีสารโพแทสเซียมคลอไรด์ทดแทนเกลือโซเดียมที่ใช้ปรุงรสในน้ำซุปรก๋วยเตี๋ยวแบบเดิม โดยในการพัฒนาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดเชิงระบบตามแนวคิด ADDIE Model ประกอบด้วย การวิเคราะห์ความต้องการ ความจำเป็นในการพัฒนา (analysis) การออกแบบและการพัฒนา (design & development) การนำไปใช้ (implementation) และการประเมินผล (evaluation) เป็นพื้นฐานของการออกแบบ⁽⁷⁾ โดยมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการที่จำเป็น (research step 1, R1) ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนาแบบด้วยการปรับสูตรน้ำซุปรก๋วยเตี๋ยวโดยใช้เครื่องปรุงรสที่มีสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพที่มีปริมาณเกลือโซเดียมลดลงทดแทนเครื่องปรุงรสเดิม (development step 1, D1) ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการทำสูตรน้ำซุปรก๋วยเตี๋ยวโดยใช้เครื่องปรุงรสที่มีสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ ประกอบด้วยแนวทางการปรับสูตรน้ำซุปรก๋วยเตี๋ยว การวัดดวงปริมาณเกลือโซเดียมในน้ำซุปรก๋วยเตี๋ยว ทั้งก่อนและหลังที่ได้ทำการปรับสูตรแล้ว การจัดวางเครื่องปรุงรสสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพในร้านก๋วยเตี๋ยวโดยออกมาเป็นคู่มือการปฏิบัติของผู้ประกอบการ (R2) โดย 1) ประเมินความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในเรื่องสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ วัดปริมาณการใช้นิยามเกลือโซเดียมในสูตรน้ำซุปรก๋วยเตี๋ยวก่อนและหลังได้รับการพัฒนารูปแบบ ซึ่งวัดโดยการใช้เครื่องวัดปริมาณเกลือ 2) ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นิยามเกลือโซเดียมในสูตรน้ำซุปรก๋วยเตี๋ยวหลังการพัฒนา ขั้นตอนที่ 4 นำผลของความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ปริมาณการใช้นิยามเกลือโซเดียมในสูตร



น้ำซุบ ความพึงพอใจหลังได้รับการพัฒนาในขั้นตอนที่ 3 มาปรับปรุงในประเด็นของการใช้สูตรน้ำซุบให้เหมาะสม (D2)

ประสิทธิผล หมายถึง การวัดการพัฒนาแบบการ ใช้สัญลักษณ์โฆษณาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ตามเป้าหมาย ที่กำหนด โดยมีตัวแปรที่วัด ได้แก่ 1) ความรู้ ทักษะ

พฤติกรรม ในเรื่องสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและปริมาณ การใช้เกลือโซเดียมในสูตรน้ำซุบถ้วยเดียวก่อนและหลังได้ รับการพัฒนาแบบ 2) ประเมินความพึงพอใจต่อการ ใช้ รูปแบบคือ สูตรน้ำซุบถ้วยเดียวของผู้ประกอบการหลังการ พัฒนา



หมายเหตุ: ประยุกต์จากกระบวนการคิดเชิงระบบตามแนวคิด ADDIE Model

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สภาพ และประเมินความต้องการที่จำเป็น (analysis: R1) มีวัตถุประสงค์เพื่อ

ทราบความจำเป็นในการลดการบริโภคเกลือโซเดียมในร้านถ้วยเดียวในเขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ศึกษาสภาพพื้นฐานของสูตรน้ำซุบและข้อมูลการใช้เครื่องปรุงรสที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ รวมทั้งความต้องการและวิธีการในการพัฒนาสูตรน้ำซุบในร้านถ้วยเดียวลดเกลือโซเดียมโดยใช้เครื่องปรุง

รศที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพทดแทนเครื่องปรุงรสทั่วไป โดยทำการศึกษาจากเอกสารข้อมูลผู้บริโภคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางและการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 คน ประกอบด้วยผู้บริโภคในร้านก๋วยเตี๋ยวจำนวน 3 คน ผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยวจำนวน 4 คน เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขจำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพจำนวน 2 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการพัฒนาสูตรน้ำซุปร้านก๋วยเตี๋ยวลดเกลือโซเดียม โดยการใช้เครื่องปรุงรสที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพทดแทนเครื่องปรุงรสทั่วไป และแนวทางปฏิบัติในการปรับสูตรน้ำซุปร้านก๋วยเตี๋ยวลดเกลือโซเดียมโดยการใช้เครื่องปรุงรสที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพทดแทนเครื่องปรุงรสทั่วไป ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการงานคุ้มครองผู้บริโภค นักวิชาการจากหน่วยรับรองทางเลือกสุขภาพ นักวิชาการด้านโภชนาการจากโรงพยาบาลแม่ทะ และนำไปทดลองใช้กับผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยวในเขตตำบลสบตุ๋ยซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียง และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสม โดยคำถามที่ปรับมีประเด็นความยากง่ายในการสื่อความหมายเกี่ยวกับการใช้เครื่องปรุงรส กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสัมภาษณ์ทำการคัดเลือกแบบเจาะจงทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อกำหนดขอบเขตของรูปแบบการพัฒนาสูตรน้ำซุปร้านก๋วยเตี๋ยวลดเกลือโซเดียมโดยการใช้เครื่องปรุงรสที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพทดแทนเครื่องปรุงรสทั่วไปที่ต้องการ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการออกแบบและพัฒนารูปแบบการพัฒนาสูตรน้ำซุปร้านก๋วยเตี๋ยวลดเกลือโซเดียม ในขั้นตอนนี้ คือ การวางแผนการปรับสูตรน้ำซุปร่วมกับการใช้ชี้อ้วชาวที่มีโพแทสเซียมคลอไรด์และมีสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพทดแทนเครื่องปรุงรสทั่วไป (design and

development: D1) เป็นขั้นตอนที่นำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนารูปแบบ และกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบการพัฒนาสูตรน้ำซุปร้านก๋วยเตี๋ยวลดเกลือโซเดียม โดยการใช้เครื่องปรุงรสที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพทดแทนเครื่องปรุงรสทั่วไป โดยขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการออกแบบและพัฒนาสูตรที่สร้างขึ้นโดยไม่เป็นอันตรายต่อผู้บริโภคเพราะเป็นเครื่องปรุงที่ผ่านการรับรองมาตรฐานจากองค์การอาหารและยา พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการพัฒนาสูตรโดยคู่มือที่ได้มีเนื้อหาที่ประกอบด้วยแนวทางการปรับสูตรน้ำซุปรวปรุงน้ำซุปร การตวงปริมาณเกลือโซเดียมในน้ำซุปร การจัดวางเครื่องปรุงรสในร้านก๋วยเตี๋ยว โดยผู้ใช้คือ ผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยวทำการปรับสูตรน้ำซุปร้านก๋วยเตี๋ยวลดเกลือโซเดียม ทำการตรวจสอบร่างรูปแบบการพัฒนาสูตรน้ำซุปร้านก๋วยเตี๋ยว โดยผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านโภชนาการ ด้านการตรวจวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมในอาหาร และด้านการวิจัย จำนวน 3 ท่าน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการทดลองใช้รูปแบบ (implementation: R2) เป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยการนำรูปแบบการพัฒนาสูตรน้ำซุปร้านก๋วยเตี๋ยวลดเกลือโซเดียม โดยการใช้เครื่องปรุงรสที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพทดแทนเครื่องปรุงรสทั่วไปที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองใช้โดยใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental) แบบ one group pretest-posttest ประชากรเป็นผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยว จำนวน 231 คน ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบการ ซึ่งกลุ่มงานสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางเป็นผู้ดูแลคุณภาพของร้าน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จะเป็นผู้ประกอบการการพัฒนาแบบ โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่า effect size ที่ 0.5, power ที่ .80 และ ค่า p -value ที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 28 คน แต่หลังจากมีการชี้แจง และให้แนวทางในการปรับสูตรน้ำซุปร้านก๋วยเตี๋ยวพบว่า ผู้ประกอบการบางรายไม่ยินยอมที่จะปรับสูตรในน้ำซุปร เพราะเกรงจะมีผลกระทบกับรายได้จากการขาย

ก๋วยเตี๋ยวในอนาคต จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมและสมัครใจที่จะทำวิจัยเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาสูตรในการลดเค็มสำหรับผู้บริโภคเพียง 16 คน เท่านั้น ซึ่งทางคณะผู้วิจัยมองเห็นประโยชน์จากการพัฒนารูปแบบดังกล่าว นอกจากนี้โครงการวิจัยดังกล่าวยังเป็นโครงการนำร่อง (pilot project) ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ประจำปีงบประมาณ 2563 และขยายระยะเวลางบประมาณมายังปี 2564 (เนื่องจากสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019) โดยจังหวัดลำปางเป็นตัวแทนนำร่องในเขตภาคเหนือ ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 16 คน ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น สำหรับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling หรือ judgment sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นร้านก๋วยเตี๋ยวในเขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง
2. ใช้เครื่องปรุงรสที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ ได้แก่ ซีอิ๊วขาว ในการปรุงน้ำซุบก๋วยเตี๋ยว หรือการเหาะเติมลงไปในซามก๋วยเตี๋ยว
3. ดำเนินกิจกรรมตามเงื่อนไขที่กำหนดให้ตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการฯ
4. ผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยวยินยอมสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์คัดออก

1. ไม่ใช้ซีอิ๊วขาวที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพในการปรุงน้ำซุบก๋วยเตี๋ยวหรือการเหาะเติมลงไปในซามก๋วยเตี๋ยว
2. ผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยวไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมตามการวิจัย
3. ผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยวยกเลิกการเข้าร่วมกิจกรรมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบประสิทธิผล

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการปรับสูตรน้ำซุบ ซึ่งเป็นรูปแบบของการพัฒนาครั้งนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส คำถามจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมิน ความรู้ เกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคเกลือ (โซเดียม) จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะตอบถูกหรือผิด หรือไม่แน่ใจ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวัดตัวแปรความรู้ มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

คำถามที่ต้องตอบว่า “ถูก” ตอบว่า “ถูก” ได้ 1 คะแนน ตอบว่า “ผิด” ได้ 0 คะแนน

คำถามที่ต้องตอบว่า “ผิด” ตอบว่า “ผิด” ได้ 1 คะแนน ตอบว่า “ถูก” ได้ 0 คะแนน

คำถามที่ตอบว่า “ไม่แน่ใจ” ได้ 0 คะแนน
ในการแปลความหมายของค่าของคะแนนผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์โดยใช้คะแนน(8) ดังนี้

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0–8 คะแนน) หมายถึงระดับความรู้ต่ำ

คะแนนระหว่างร้อยละ 60–79 (9–11 คะแนน) หมายถึงระดับความรู้ปานกลาง

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12–15 คะแนน) หมายถึงระดับความรู้สูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวข้องข้อกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคเกลือ (โซเดียม) จำนวน 11 ข้อ เพื่อวัดตัวแปรเรื่องทัศนคติ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale questions) จำนวน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) มีเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน
เห็นด้วย	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน

ช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น = คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนชั้น = $5-1/5 = 0.80$

เกณฑ์การให้คะแนน⁽⁸⁾

ค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง มีการสนใจในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง มีการสนใจในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง มีการสนใจในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง มีการสนใจในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง มีการสนใจในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคเกลือ (โซเดียม) จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย ซึ่งเป็น 5 ระดับ ตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) มีเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	5	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	3	คะแนน
ปฏิบัติน้อยครั้ง	2	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	คะแนน

ช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น = คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนชั้น = $5-1/5 = 0.80$

สรุปเกณฑ์การให้คะแนน⁽⁸⁾

ค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมปฏิบัติในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง มีพฤติกรรมปฏิบัติในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง มีพฤติกรรมปฏิบัติในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง มีพฤติกรรมปฏิบัติในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกผลการวัดปริมาณโซเดียมในน้ำชุปร้านก๋วยเตี๋ยว ด้วยการใช้เครื่องวัดความเค็ม

ส่วนที่ 6 แนวคำถามเกี่ยวกับการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรสที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ และการลดเกลือ (โซเดียม) ในน้ำชุปก๋วยเตี๋ยว จำนวน 5 ข้อ โดยมีตัวอย่างประเด็นคำถาม เช่น “ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยว ท่านมีมุมมองต่อการใช้เครื่องปรุงรสที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพเพื่อลดการบริโภคเค็มของผู้บริโภคในร้านก๋วยเตี๋ยวอย่างไรบ้าง?” และ “ท่านคิดว่าท่านจะมีส่วนช่วยในการส่งเสริมการใช้สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพเพื่อลดการบริโภคเค็มในการรับประทานก๋วยเตี๋ยวได้อย่างไร?”

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมโครงการ การขับเคลื่อนการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้บริโภคฯ ในร้านก๋วยเตี๋ยว ภายในอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) มีเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน
เห็นด้วย	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน

ช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น = คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนชั้น = $5-1/5 = 0.80$

สรุปเกณฑ์การให้คะแนน⁽⁸⁾

ค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง มีความพึงพอใจใน

ระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามในส่วนของเครื่องมือประเมินประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและความพึงพอใจหาความเที่ยงตรง (validity) ด้วยการหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (indexes of item-objective congruence: IOC) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหาได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และความพึงพอใจ = 0.91, 0.95, 0.97, 0.95 ตามลำดับ และทำการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มที่จะศึกษาจำนวน 10 คน โดยค่าความเชื่อมั่นของความรู้ใช้วิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson's method) ได้ค่า KR21 = 0.89 ส่วนทักษะ และพฤติกรรม ความพึงพอใจ หาความเชื่อมั่นโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) เท่ากับ 0.83, 0.91, 0.93 ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการประเมินผลและการปรับปรุงรูปแบบ (evaluation for development: D2) เป็นการนำผลการทดลองรูปแบบ ในขั้นตอนที่ 3 มาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการพัฒนาสูตรน้ำซุ๊ปในร้านก๋วยเตี๋ยว โดยการใช้เครื่องปรุงรสที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพทดแทนเครื่องปรุงรสทั่วไปให้เหมาะสม ด้วยการทำสนทนากลุ่มกับผู้ประกอบการหลังการทดลองใช้สูตรน้ำซุ๊ปที่ได้รับการปรับปรุงในขั้นตอนที่ 3

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังต่อไปนี้

- 1) ส่งโครงร่างวิจัยให้คณะกรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
- 2) ทำเรื่องขออนุญาตการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
- 3) รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
- 4) จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางในการขับเคลื่อนการใช้สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ
- 5) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างร้านก๋วยเตี๋ยวใน อ.เมือง จ.ลำปาง โดยสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ
- 6) ดำเนินการรวบรวมข้อมูลการทำวิจัยและการพัฒนาตามกรอบแนวคิดที่ได้กำหนดไว้
- 7) ดำเนินกิจกรรมการขับเคลื่อนการใช้สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ
- 8) ดำเนินการเก็บข้อมูลตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลสภาพและประเมินความต้องการ ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยใช้วิธีการของ Creswell, J. W. (2014)⁽⁹⁾ โดยกำหนดความหมายของประเด็นที่ศึกษาที่ได้จากประโยคหรือข้อความสำคัญนั้น จัดกลุ่มของความหมายที่เหมือนกันแล้วให้ชื่อเป็นข้อสรุปและอธิบายความหมายของประเด็นในเรื่องที่ศึกษาและทบทวนข้อมูลจากเอกสารและรายงานวิจัยให้มีความเป็นปัจจุบัน

ขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบตามที่ได้ออกแบบไว้ ในส่วนของข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบประสิทธิผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ระดับความเค็มก่อนและหลังใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ด้วยเหตุที่ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย และข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติและไม่สามารถ

เป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษา จึงจำเป็นต้องใช้สถิติแบบนอนพารามेटริกในการทดสอบ(nonparametric statistics)

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์สรุปผลการใช้รูปแบบจากกรณีศึกษาของกลุ่มผู้ประกอบการด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยใช้วิธีการของ Creswell, J. W. (2014)⁽⁹⁾

การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการขับเคลื่อนการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้บริโภค ในร้านก๋วยเตี๋ยว อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปางดำเนินการให้รับรองโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล โดยมีเลขที่โครงการวิจัย คือ 180/2563

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ทางผู้วิจัยขอเสนอตามขั้นตอนของการเก็บข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการที่จำเป็น รวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 คน ประกอบด้วยผู้บริโภคในร้านก๋วยเตี๋ยวจำนวน 3 คน ผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยวจำนวน 4 คน เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขจำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพจำนวน 2 คน พบว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องมองเห็นความจำเป็นในการปรับลดการใช้เกลือโซเดียมในน้ำซุปร (R1) ดังมีข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่ว่า

“เราควรส่งเสริมให้คนลดการกินเค็มลงเพราะการกินเค็มเป็นอันตรายต่อสุขภาพ...” ผู้ประกอบคนที่ 1, 5

“จำเป็นต้องลดปริมาณโซเดียม เกลือแกงลง ลดเครื่องปรุงลงให้มีความพอดี รสชาติระดับกลางเพราะลูกค้า

สามารถปรุงเติมเองได้” ผู้ประกอบการคนที่ 2

“ใส่ซอสปรุงรสให้พอดี....ลดเค็ม ลดความดัน เบาหวาน โรคไต” ผู้ประกอบการคนที่ 3, 7, 9

“...กินอาหารที่มีส่วนประกอบน้ำตาล เกลือ ไขมันมากเกินไปจนเกิดเป็นอันตราย และเสี่ยงต่อการเป็นโรคมามาก เช่น ความดันโลหิต เบาหวาน ไขมัน และไตวาย...” ผู้ประกอบการคนที่ 4, 6, 8

“จำเป็นในการปรุงน้ำซุปรกัวยเตี๋ยวให้ลดเค็ม...” ผู้ประกอบการคนที่ 10

“ร้านก๋วยเตี๋ยวทุกวันนี้ ก็คือคนที่ทำอาหารให้กับผู้บริโภคที่มาทานที่ร้านของเราทุกวันๆ ถ้าเราทำน้ำซุปรที่ไม่เค็ม แต่สามารถขายได้ ได้กำไรบ้าง คนทานได้ประโยชน์ด้วยก็คิดว่าดี ปรับน้ำซุปรที่ลดปริมาณเกลือลงบ้าง” ผู้ประกอบการคนที่ 3

“ถ้าหากปรับสูตรน้ำซุปรแล้วรสชาติไม่อร่อยเหมือนเดิม จะยังขายได้อยู่หรือเปล่า” ผู้ประกอบการคนที่ 5

“เจ้าของร้านก๋วยเตี๋ยว ต้องมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพคนทานด้วย อย่าใส่เค็มเยอะ” ผู้บริโภคคนที่ 1, 2, 3

“ก๋วยเตี๋ยวเป็นอะไรที่ทานง่าย และทานเกือบทุกวัน ลดเค็มลงบ้างก็น่าจะดี” ผู้บริโภคคนที่ 1, 2, 3

“เครื่องปรุงที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพที่ อย. ดูแลอยู่ เป็นเครื่องปรุงที่มีปริมาณเกลือโซเดียมในปริมาณที่ปลอดภัยต่อผู้บริโภค” เจ้าหน้าที่งานคุ้มครองผู้บริโภคและด้านสาธารณสุข

“ร้านก๋วยเตี๋ยวในชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการลดเค็มในกลุ่มผู้บริโภคได้” เจ้าหน้าที่งานคุ้มครองผู้บริโภคและด้านสาธารณสุข

โดยสรุป ในขั้นตอนที่ 1 ทางกลุ่มมีความคิดเห็นว่าการปรับสูตรน้ำซุปรกัวยเตี๋ยวให้มีรสชาติเค็มลดลงอย่างไรก็ตามยังมีผู้ประกอบการบางร้านที่ยังมีความกังวลใจในเรื่องการปรับสูตรน้ำซุปรกัวยเตี๋ยว เนื่องจากเกรงว่ารสชาติอาจไม่เหมือนเดิม เพราะลูกค้าติดใจในรสชาติปกติของทางร้าน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาสูตรน้ำซุปรกัวยเตี๋ยวด้วยการใช้

เครื่องปรุง (ซีอิ๊วขาว) ที่มีสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ โดยในขั้นตอนที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อออกแบบและพัฒนาสูตรน้ำซุปรสอร่อยที่มีปริมาณเกลือโซเดียมลดลง โดยวางแผนวัดผลปริมาณโซเดียมที่ลดลงหลังปรับสูตรแล้ว โดยใช้สารโพแทสเซียมคลอไรด์ทดแทนเกลือโซเดียมเดิม โดยออกมาเป็นคู่มือการปฏิบัติของผู้ประกอบการได้แก่ แนวทางการปรับสูตรน้ำซूप วิธีปรุงน้ำซूप การตรวจปริมาณเกลือโซเดียมในน้ำซूप การจัดวางเครื่องปรุงรสสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพในร้านก๋วยเตี๋ยว (D1) ซึ่งเป็นความจำเป็นและความต้องการในขั้นตอนที่ 1

ผลการออกแบบและพัฒนารูปแบบการพัฒนาสูตรน้ำซूपในร้านก๋วยเตี๋ยวลดเกลือโซเดียม โดยการใช้เครื่องปรุงรสที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพทดแทนเครื่องปรุงรสทั่วไป (D1) โดยรูปแบบในการศึกษาครั้งนี้ คือ คู่มือการปรับสูตรน้ำซุปรสอร่อย สูตรน้ำซूपที่ได้ กระบวนการจัดวางเครื่องปรุงที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพภายในร้านก๋วยเตี๋ยว โดยคู่มือจะประกอบด้วยแนวทางการทำน้ำซूपปริมาณซีอิ๊วขาวที่ใช้เป็นเครื่องปรุงที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพที่ใช้ทดแทนเกลือโซเดียมในสูตรน้ำซूपเดิม แนวทางการตรวจปริมาณเกลือโซเดียมก่อนและหลังใช้ ขั้นตอนกระบวนการจัดร้านที่จะต้องมีการปรุงรสที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพที่มีใช้เครื่องปรุงรสเดิมภายในร้านก๋วยเตี๋ยว โดยคู่มือการพัฒนาสูตรน้ำซूपในร้านก๋วยเตี๋ยวที่ใช้ปริมาณเกลือโซเดียมที่ลดลงถือเป็นสิ่งที่การศึกษานี้สร้างขึ้นใหม่ตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา ส่วนเครื่องปรุงรสอื่นๆ ที่ใช้ในน้ำซุปรสอร่อยไม่มีการปรับเปลี่ยน ดังนั้นในคู่มือสูตรน้ำซุปรสอร่อยลดเกลือโซเดียมนั้นจะเป็นสูตรน้ำซุปรสอร่อยที่ใช้ซีอิ๊วขาวที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพทดแทนซีอิ๊วขาวที่ใช้ปกติเท่านั้น โดยมีหลักการและวัตถุประสงค์หลักของการทำคู่มือ คือ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรุงรสน้ำซุปรสอร่อยลดเกลือโซเดียมเบื้องต้นสำหรับผู้ประกอบการที่สนใจลดเกลือโซเดียมแต่ยังไม่มีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนเครื่องปรุงรสอื่นๆ เนื่องจากความกังวลใจในรสชาติของน้ำซุปรสอร่อยที่เปลี่ยนแปลง

ไป โดยอาจส่งผลกระทบต่อรายได้ของผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยว และเพื่อพัฒนาพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนสูตรอาหารลดเกลือโซเดียมของผู้ประกอบการ โดยเน้นการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนสูตรน้ำซุปรสอร่อยภายใต้การแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทางด้านโภชนาการ ด้านการตรวจวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมในอาหาร และวางแผนเตรียมการนำน้ำซุปรสอร่อยไปใช้กับผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยวในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปางให้ทดลองใช้ในระยะเวลาที่ 3 โดยมีกำหนดปริมาณที่จะใช้ในแต่ละวัน และการกำหนดระยะเวลาในการทดลองใช้ ในขั้นตอนนี้จะมีผู้ที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบและติดตามการใช้น้ำซूपที่ได้ปรับตามคู่มือที่กำหนดไว้เป็นระยะๆ โดยใช้รูปแบบการสังเกตพฤติกรรม การพูดคุยเพื่อทวนสอบการปฏิบัติตามคู่มือและสูตรน้ำซूपจากเจ้าหน้าที่และผู้วิจัยภายใต้บรรยากาศของการทำงานร่วมกันเป็นอย่างดีระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ

ขั้นตอนที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบการใช้สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ โดยวัดผลความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ก่อนและหลังการใช้สูตรน้ำซूप และปริมาณการใช้เกลือโซเดียมหลังได้รับการพัฒนา รวมถึงความพึงพอใจของผู้ประกอบการ

ผลการศึกษา พบว่าผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (mean = 1.94, S.D. = 0.25) มีอายุเฉลี่ย 55.19 ปี (mean = 55.19, S.D. = 8.52) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา/มัธยมศึกษา (mean = 1.13, S.D. = 0.50) รายได้น้อยกว่า 15,000 บาท (mean = 1.06, S.D. = 0.25) และมีสถานภาพสมรสแล้ว (mean = 1.81, S.D. = 0.40) ผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยวส่วนใหญ่ใช้ซีอิ๊วขาวยี่ห้อที่ 2 มากที่สุด (ร้อยละ 68.80) (mean = 1.81, S.D. = 0.54) รองลงมาคือยี่ห้อที่ 1 (ร้อยละ 25.0) และใช้ยี่ห้อที่ 3 น้อยที่สุด (ร้อยละ 6.2) มีปริมาณการใช้ซีอิ๊วขาวเฉลี่ยต่อเดือน 3,249.94 มิลลิลิตร (mean = 3,249.94, S.D. = 1,119.35) และจำนวนก๋วยเตี๋ยวที่ขายได้เฉลี่ยต่อเดือน 849.54 ชาม (mean = 849.54, S.D. =

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเจ้าของร้านก๋วยเตี๋ยว (n=16)

List	Number	Percentage	Mean	S.D.
Sex (people)			1.94	0.25
Male	1	6.30		
Female	15	93.80		
Age (years)			55.19	8.52
Education (levels)			1.13	0.50
Primary/Secondary Education	15	93.80		
Diploma	0	0		
Bachelor's degree	1	6.30		
Postgraduate	0	0		
Income			1.06	0.25
Less than 15,000 baht	15	93.8		
Between 15,000-30,000 baht	1	6.3		
More than 30,000 baht	0	0		
Marital status			1.81	0.40
Single	3	18.8		
Couple	13	81.3		
Widowed/separated				
Brand of soy sauce used (brand)			1.81	0.54
Brand 1	4	25.0		
Brand 2	11	68.8		
Brand 3	1	6.2		
Amount of soy sauce used per month (ml)			3,249.94	1,119.35
Number of noodles sold per month (a bowl)			849.54	368.34
Satisfaction of noodle shop owners participating in the project			4.38	0.52
Agree	10	62.5		
Strongly agree	6	37.5		
Total	16	100.0		

368.34) ผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยวมุ่งมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการฯ อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 62.5) (mean = 4.38, S.D. = 0.50) และรองลงมาคือเห็นด้วยอย่างยิ่งในการเข้าร่วมโครงการฯ (ร้อยละ 37.5) (ตารางที่ 1)

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test พบว่า 1) คะแนนความรู้เกี่ยวกับ

สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคเกลือ (โซเดียม) ของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) 2) คะแนนทัศนคติเชิงบวกที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคเกลือโซเดียมของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีคะแนนทัศนคติที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p = 0.012$) 3) คะแนนพฤติกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพและการบริโภคเกลือโซเดียมของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.028$) 4) ระดับความเค็ม (ปริมาณเกลือ

โซเดียม) ที่ใช้ในน้ำซุปร้านก๋วยเตี๋ยวของกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีระดับความเค็ม (ปริมาณเกลือโซเดียม) ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.028$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ระดับความเค็ม (ปริมาณเกลือโซเดียม) ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

Compare average scores		Wilcoxon signed ranks test		
		Mean rank	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Knowledge on “healthier choice” symbol and sodium salt consumption	Before getting into the program.	9.63	-2.828b	0.005
	After getting into the program.	10.63		
Appropriate attitudes about “healthier choice” symbol and sodium salt intake	Before getting into the program.	3.85	2.384b	0.012
	After getting into the program	4.16		
Appropriate behaviors related to “healthier choice” symbol and sodium salt intake	Before getting into the program	3.17	-2.201b	0.028
	After getting into the program	4.16		
Salinity level, the amount of sodium salt used in the noodle soup	Before getting into the program	301.69	-2.192b	0.028
	After getting into the program	229.25		

ขั้นตอนที่ 4 ผลการประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ
เป็นการนำผลการทดลองรูปแบบในขั้นตอนที่ 3 มาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการพัฒนาสูตรน้ำซุปร้านก๋วยเตี๋ยวลดเกลือโซเดียม ปรับปรุงวิธีการปรับลดปริมาณเกลือโซเดียมในเครื่องปรุงรสในสูตรน้ำซุปร้านก๋วยเตี๋ยว โดยใช้เครื่องปรุงรสที่มีสัญลักษณ์ “ทางเลือกสุขภาพ” คือซีอิ๊วขาวทดแทนซึ่งได้มาจากการพัฒนาสูตรในระยะที่ 3 โดยมีการวัดปริมาณซีอิ๊วขาวที่ใส่ลงไปในน้ำซุปร้านก๋วยเตี๋ยวเพื่อทราบปริมาณเกลือโซเดียมที่ใช้ในแต่ละวันอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ประกอบการทราบถึงปริมาณที่ตนเองได้ใช้เกลือโซเดียมในแต่ละวัน และมองเห็นปริมาณการใช้

เกลือโซเดียมที่ลดลงจากเดิม โดยผลจากการประเมินและปรับปรุงรูปแบบ พบว่า มีปริมาณการใช้เกลือโซเดียมที่ลดลงอย่างชัดเจน และควรขยายผลการพัฒนาสูตรน้ำซุปร้านก๋วยเตี๋ยวเพิ่มเติม โดยวิธีการปรับลดปริมาณเกลือโซเดียมในเครื่องปรุงรสอื่นๆ หรือการลดปริมาณการใช้เครื่องปรุงรสที่มีเกลือโซเดียมสูงบางชนิดร่วมกับการใช้เครื่องปรุงรสที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดปริมาณเกลือโซเดียมในน้ำซุปร้านก๋วยเตี๋ยวให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยนำไปสู่การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่มีความปลอดภัยในการบริโภค และช่วยลดความเสี่ยงและลดผลกระทบที่เกี่ยวข้องซึ่งมีสาเหตุจาก

การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้บริโภคในระยะยาว

วิจารณ์และข้อยุติ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาประสิทธิภาพการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ในร้านก๋วยเตี๋ยวฯ ผลการศึกษาผู้วิจัยวัดผลจากวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ซึ่งมีตัวแปรตามคือ ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมของผู้ประกอบการและปริมาณเกลือโซเดียมที่ใช้ลดลง โดยหันมาใช้ซีอิ๊วขาวที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพทดแทนการใช้เกลือโซเดียม ซึ่งพบว่า ผลการใช้สูตรน้ำซุปรกตด้วยผู้ประกอบการซึ่งเป็นรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาผู้ประกอบการมีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมที่ดีเพิ่มขึ้นหลังการใช้สูตรน้ำซุปรกต ($p = 0.005$), ($p = 0.012$) และ ($p = 0.028$) ตามลำดับ และมีปริมาณการใช้เกลือโซเดียมลดลงหลังได้รับการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.028$) มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ซึ่งการพัฒนาโดยใช้สูตรน้ำซุปรกตด้วยที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพมีจุดเด่นคือ การใช้ซีอิ๊วขาวที่เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพช่วยให้ผู้ประกอบการเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการปรุงน้ำซุปรกตที่มีปริมาณเกลือโซเดียมที่เป็นอันตรายต่อผู้บริโภคลดลง นำไปสู่การทำน้ำซุปรกตที่มีปริมาณเกลือโซเดียมลดลงโดยผู้ประกอบการยินยอมใช้ซีอิ๊วขาวที่มีสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ ทดแทนซีอิ๊วขาวสูตรปกติที่ใช้ในน้ำซุปรกตด้วยเท่านั้น ซึ่งซีอิ๊วขาวที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพจะมีปริมาณโซเดียมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 มิลลิกรัม ต่อ 100 มิลลิกรัม หรือคิดเป็น 333 มิลลิกรัมต่อช้อนชา และซีอิ๊วขาวที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพจะมีการใช้สารทดแทนเกลือโซเดียม (salt substitutes) คือ โพแทสเซียมคลอไรด์ (KCl) เพื่อปรับลดโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร เนื่องจากให้คุณสมบัติคล้ายกับโซเดียมคลอไรด์ และมีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค⁽¹⁰⁾ แต่การใช้โพแทสเซียมคลอไรด์ทดแทนโซเดียมคลอไรด์นั้น จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของรสชาติอาหาร ซึ่งจากงานวิจัยพบว่า ผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยวไม่ยินยอมที่จะปรับ

สูตรในน้ำซุปรกตด้วยโดยใช้เครื่องปรุงรสอื่นๆ ที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ ทดแทนเครื่องปรุงรสที่ใช้ปกติทั้งหมด แต่เลือกใช้เฉพาะเครื่องปรุงรส คือ ซีอิ๊วขาวที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ ทดแทนซีอิ๊วขาวที่ใช้ปกติ คือ การใช้สารโพแทสเซียมคลอไรด์ เนื่องจากเกรงจะมีผลกระทบต่อรสชาติได้จากการขายก๋วยเตี๋ยวในอนาคต ซึ่งมีสาเหตุมาจากรสชาติน้ำซุปรกตด้วยที่เปลี่ยนแปลงไปจากสูตรปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยของที่ได้ศึกษาเรื่องการลดโซเดียม: บทบาทเชิงสุขภาพ มาตรการ และการวิจัย เพื่อปรับสูตรผลิตภัณฑ์อาหาร โดยได้ศึกษาแนวทางการปรับลดโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารพบว่า การใช้โพแทสเซียมคลอไรด์ในปริมาณมากกว่าร้อยละ 30 จะทำให้เกิดรสชาติฝืดหรือขมในผลิตภัณฑ์อาหารทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับของผู้บริโภค^(11,12,13) แต่ในบางการศึกษา พบว่าผลิตภัณฑ์บางกลุ่มสามารถใช้โพแทสเซียมคลอไรด์ทดแทนเกลือได้ถึงร้อยละ 40 ของตัวอย่าง เช่น ในผลิตภัณฑ์ fermented sausage⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาซึ่งได้ทำการปรับลดเกลือในผลิตภัณฑ์เบคอนโดยการทดแทนด้วยโพแทสเซียมคลอไรด์ร้อยละ 40 และ 60 พบว่า ผู้บริโภคให้การยอมรับในระดับการทดแทนที่ร้อยละ 40 โดยลักษณะเนื้อสัมผัสและรสชาติผลิตภัณฑ์ยังคงใกล้เคียงกับสูตรมาตรฐาน⁽¹⁵⁾ จะเห็นว่าการทดแทนเกลือด้วยโพแทสเซียมคลอไรด์ยังมีข้อจำกัดในด้านปริมาณการใช้และรสชาติ หลายการศึกษาจึงมีการวิจัยการใช้โพแทสเซียมคลอไรด์ร่วมกับสารเสริมรสชาติอื่นๆ เพื่อกลบรสชาติฝืดหรือขม⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับอีกการศึกษาที่พบว่าการใช้โซเดียมคลอไรด์ร่วมกับโพแทสเซียมคลอไรด์ และผงชูรส ในกระบวนการผลิต mozzarella cheese สามารถลดปริมาณโซเดียม ในผลิตภัณฑ์ได้ถึงร้อยละ 54 โดยไม่ส่งผลกระทบต่อรสชาติ ความชอบและการยอมรับของผู้บริโภค เมื่อเปรียบเทียบกับสูตรเดิมที่ใช้เกลือเพียงอย่างเดียว⁽¹⁷⁾ จากงานวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นว่ายังไม่สามารถใช้โพแทสเซียมคลอไรด์ในผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อทดแทนการใช้โซเดียมคลอไรด์ได้ทั้งหมด เนื่องจากมีผลต่อรสชาติและเนื้อสัมผัสของ

ผลิตภัณฑ์ ซึ่งอาจจะต้องมีการใช้ร่วมกับสารเสริมรสชาติหรือกระบวนการผลิตอื่นๆ เพื่อให้ผลิตภัณฑ์เป็นที่ยอมรับของผู้บริโภค⁽¹⁸⁾ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้ได้บ่งชี้ว่า การที่ผู้ประกอบการยินยอมใช้ชีอิ้วขาวที่มีสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพทดแทนชีอิ้วขาวสูตรปกติที่ใช้ในน้ำซุปรกั่วเตี้ยแม้ว่าจะมีรสชาติที่เปลี่ยนไปก็ตาม ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำน้ำซุปรกั่วให้มีผลดีต่อสุขภาพมากขึ้นต่อไปในอนาคต

สำหรับผลการศึกษาในเรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ของผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี้ยมีคะแนนเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนา และปริมาณการใช้เกลือโซเดียมลดลงหลังได้รับการพัฒนาและพบว่าหลังการพัฒนาสูตรน้ำซุปรกั่วเตี้ยผู้ประกอบการมีความพึงพอใจในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าหลังการพัฒนาผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี้ยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ และการลดเกลือในอาหาร ทำให้สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีอิ้วขาวที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพทดแทนชีอิ้วขาวสูตรปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้ศึกษาประเมินความรู้พื้นฐาน ทักษะ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้/การบริโภคโซเดียมของเจ้าของร้านอาหารจีนแบบส่งกลับบ้านและพ่อครัวในฟิลาเดลเฟีย โดยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในกลุ่มเป้าหมายคือ ร้านอาหารจีนแบบซื้อกลับบ้าน จำนวน 221 แห่ง พบว่าเจ้าของ/พ่อครัวส่วนใหญ่รู้ว่า การบริโภคโซเดียมมากเกินไปมีส่วนทำให้เกิดความดันโลหิตสูง แต่ไม่ค่อยตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพอื่นๆ และแหล่งที่มาของโซเดียมที่สำคัญในอาหารของสหรัฐฯ และส่วนใหญ่เต็มใจและสามารถลดปริมาณโซเดียมในมื้ออาหารได้หากสามารถรักษาความต้องการของลูกค้าได้ และต้องการการฝึกอบรมด้านการเตรียมอาหาร การจัดซื้อ และการตลาด โดยผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดการการศึกษา กลยุทธ์ และการสนับสนุนให้กับเจ้าของ/พ่อครัวชาวจีนในการเตรียมอาหารที่มีเกลือต่ำ⁽¹⁹⁾

การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการใช้สัญลักษณ์

โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้บริโภคในร้านก๋วยเตี้ย เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดเกลือโซเดียมของผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี้ยนั้น อาศัยการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ⁽¹⁹⁾ ในเรื่องการให้ข้อมูลโภชนาการที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นประโยชน์และส่งผลที่ดีต่อสุขภาพของผู้บริโภค สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการเลือกอาหารเพื่อสุขภาพ: อิทธิพลของการอ้างสิทธิ์ด้านสุขภาพและข้อมูลโภชนาการต่อการประเมินผู้บริโภคของผลิตภัณฑ์อาหารบรรจุกล่องและรายการเมนูในร้านอาหาร ซึ่งผลการศึกษาพบว่า เมื่อมีการนำเสนอข้อมูลโภชนาการที่เอื้ออำนวยหรือการกล่าวอ้างด้านสุขภาพ ผู้บริโภคจะมีทัศนคติที่ดีต่อผลิตภัณฑ์ทัศนคติด้านโภชนาการและความตั้งใจในการซื้อ⁽²⁰⁾ นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบยังต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน รวมถึงภาคีเครือข่ายต่างๆ ด้วย เช่น เครือข่ายผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี้ย เครือข่ายผู้บริโภค และเครือข่ายชุมชน โดยในส่วนขององค์กรส่วนท้องถิ่นและส่วนกลางควรเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการควบคุมปริมาณเกลือในอาหารสำเร็จรูป และอาหารที่ปรุงขึ้นตามร้านค้า ภัตตาคาร เพื่อให้มีอาหารที่มีเกลือและโซเดียมต่ำ รวมทั้งควรพัฒนาฉลากและสัญลักษณ์โภชนาการหน้าผลิตภัณฑ์ให้มีความชัดเจนและง่ายต่อการเข้าใจของผู้บริโภค เพราะการมีสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพเพื่อลดการบริโภคเค็ม คือ สิ่งสำคัญที่ควรสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ประกอบการและจะมีผลต่อผู้บริโภคต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาและการตรวจสอบความถูกต้องในเรื่องการวัดความรู้ทางสุขภาพในการลดการบริโภคเกลือของผู้บริโภคในกลุ่มประชากรของฮ่องกง ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความรู้ด้านสุขภาพในการวัดการบริโภคเกลือของประชากรฮ่องกง โดยการศึกษาการบริโภคเกลือและการอ่านฉลากโภชนาการ ครอบคลุม 8 ด้าน ได้แก่ การรู้หนังสือเชิงหน้าที่ (การรู้จำคำศัพท์และโภชนาการ การอ่านฉลาก) ความรู้เกี่ยวกับปริมาณเกลือของอาหาร

ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานเกลือในปริมาณมาก ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานสากล ความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับการบริโภคเกลือ ทศนคติที่มีต่อการบริโภคเกลือ แนวทางการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม และแนวทางการอ่านฉลากโภชนาการ ซึ่งผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มผู้ตระหนักถึงสัญลักษณ์เกี่ยวกับฉลากโภชนาการและการบริโภคโซเดียมมีค่าสูงขึ้น ซึ่งสนับสนุนการเลือกปฏิบัติและความรอบรู้ที่เพียงพอในการลดการบริโภคเค็ม สนับสนุนการลดการบริโภคเกลือในหมู่ผู้ใหญ่ชาวจีนในฮ่องกง ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเกลือในการคัดกรองสุขภาพหรือการประเมินสุขภาพ และมันสามารถใช้ในการประเมินเพื่อการลดเกลือ⁽²¹⁾ จากผลการศึกษาดังกล่าว ทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญกับการใช้สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพที่ลดการบริโภคเกลือให้ลดลง ทั้งนี้ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนาให้เกิดความยั่งยืนในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องการพัฒนาและดำเนินการ “Waupaca Eating Smart” (WES) : โครงการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพในร้านอาหารและซูเปอร์มาร์เก็ตในชุมชนชนบทแถบมิดเวสต์ โดยใช้วิธีการทำงานร่วมกับพันธมิตรด้านโภชนาการและกิจกรรมในท้องถิ่น ใช้กลยุทธ์ตามหลักฐานซึ่งชี้ว่าโดยแบบจำลองทางนิเวศวิทยาทางสังคม และหลักการตลาดเพื่อสังคมเพื่อแจ้งเนื้อหาของ WES ซึ่งนำไปใช้ในร้านอาหารเจ็ดแห่งและซูเปอร์มาร์เก็ตสองแห่ง พบว่า โครงการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพในร้านอาหารและซูเปอร์มาร์เก็ตมีความเป็นไปได้และให้คุณค่าในเชิงบวกในชุมชนชนบท และผู้ประกอบการมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด⁽²⁰⁾

จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ในร้านก๋วยเตี๋ยวเกิดประโยชน์ในแง่ของการลดการใช้เกลือโซเดียมให้ลดน้อยลง ดังนั้นจึงควรมีการขยายผลในการทดลองใช้รูปแบบการขับเคลื่อนการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ในครั้งนี้ไปในกลุ่มประชากรที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่กว่าต่อไป เพื่อให้ได้ผลที่น่าเชื่อถือสามารถนำสัญลักษณ์ทาง

เลือกสุขภาพไปใช้ต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้บริโภค ในร้านก๋วยเตี๋ยว โดยมีผู้ให้ข้อมูลเพียง 16 คน จึงไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของร้านก๋วยเตี๋ยวทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้บริโภค ในร้านก๋วยเตี๋ยว โดยเน้นการพัฒนาปรับเปลี่ยนสูตรน้ำซุปรก๋วยเตี๋ยว มีขอบเขตพื้นที่การศึกษาคือ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ซึ่งเป็นพื้นที่ในสังคมเมืองที่มีการแข่งขันกันทางการค้าค่อนข้างสูง ผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยวจึงมีความกังวลในเรื่องของรายได้ในอนาคต ดังนั้นอาจเพิ่มกลุ่มเป้าหมายโดยปรับเปลี่ยนพื้นที่ไปศึกษาในสังคมชนบท หรือเพิ่มงบประมาณในส่วนการประกันรายได้ให้กับผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยวหากจำหน่ายก๋วยเตี๋ยวได้ลดลงจากปกติ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง โรงพยาบาลลำปาง และบริษัทหยั่นห่อหย่น จำกัด ที่ให้โอกาสและให้ทุนสนับสนุนการศึกษานี้ และขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทางด้านโภชนาการ ด้านการตรวจวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมในอาหาร และด้านการวิจัย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งระดับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ ผู้ประกอบการร้านก๋วยเตี๋ยว และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งขอขอบคุณท่านที่ปรึกษา

ผู้สนับสนุนที่อยู่เบื้องหลังการศึกษาวิจัย และท่าน
ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

References

1. Pitisutti S. Acceptance of social media to improve street food business in the Bangkok metropolitan area. An independent study submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of master of business administration, faculty of commerce and accountancy. Bangkok: Thammasat University; 2018.
2. Apinya T. Strategy to reduce salt and sodium consumption in Thailand 2016-2025. Bangkok: War Veterans Organization of Thailand under royal patronage; 2016.
3. Kerdphoka P. Situation of health problems of Thai people from consuming salt (sodium). 2019 [cited 2019 Apr 30]. Available from: https://oryor.com/media/infoGraphic/media_printing/1767. (in Thai)
4. Mekhora C, Vattanasuchart N. Sodium reduction: health role, strategy and research for food product reformulation. Journal of Nutrition Association of Thailand. 2020;55(1):111-30.
5. Thai Health Reform Foundation. Thai people are addicted to salt from local culture. cause more than 20,000 deaths per year. 2019. [cited 2019 Mar 20]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2019/04/17106>. (in Thai)
6. Consumer Protection Group, Lampang Provincial Public Health Office. Interview report of entrepreneur noodle shop in Lampang province. Lampang: Provincial Public Health Office; 2020.
7. Clark D. Instructional system design-analysis phase. Computing in Childhood Education 2003;1:3-27.
8. Best W. and Kahn V. Research in education. 8th Edition. Chicago: Butler University, Emeritus, University of Illinois; 1998.
9. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 4th ed. Thousand Oaks, California: SAGE Publications; 2014.
10. Thai Health Promotion Foundation. Development and promotion project, simple nutrition symbol. 2016 [cited 2016 Dec 13]. Available from: <http://healthierlogo.com>. (in Thai)
11. Mekhora C, Vattanasuchart N. Sodium reduction: health role, strategy and research for food product reformulation. Journal of Nutrition Association of Thailand. 2020;55(1):111-30. (in Thai)
12. Grummer J, Bobowski N, Karalus M, Vickers Z, Schoenfuss T. Use of potassium chloride and flavor enhancers in low sodium Cheddar cheese. J Dairy Sci. 2013;96(3):1401-18.
13. Horita CN, Esmerino EA, Vidal VAS, Farah JS, Amaral GV, Bolini HMA, et al. Sensory profiling of low sodium frankfurter containing garlic products: adequacy of polarized projective mapping compared with trained panel. Meat Sci. 2017;131:90-8.
14. Paulsen MT, Nys A, Kvarberg R, Hersleth M. Effects of NaCl substitution on the sensory properties of sausages: temporal aspects. Meat Sci. 2014;98(2):164-70.
15. Wu H, Zhang Y, Long M, Tang J, Yu X, Wang J, et al. Proteolysis and sensory properties of dry-cured bacon as affected by the partial substitution of sodium chloride with potassium chloride. Meat Sci. 2014;96(3):1325-31.
16. Rodrigues JF, Goncalves CS, Pereira RC, Carneiro JD, Pinheiro AC. Utilization of temporal dominance of sensations and time intensity methodology for development of low-sodium mozzarella cheese using a mixture of salts. J Dairy Sci. 2014;97(8):4733-44.
17. Ma GX, Shive S, Zhang Y, Aquilante J, Tan Y, Zhao M, et al. Knowledge, perceptions, and behaviors related to salt use among Philadelphia Chinese take-out restaurant owners and chefs. Health Promotion Practice. 2014;15(5):638-45.
18. Suon M, Ruaisungnoen W. Health literacy on sodium restriction and associated factors among patients with hypertension in Phnom Penh, Cambodia. Nursing Science Journal of Thailand. 2019;37(4):32-41. (in Thai)
19. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Strategy to reduce salt and sodium consumption in Thailand 2016-2025. Bangkok; 2016 [cited 2019 Jan 5]. Available from: <https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/6310>.
20. Escaron AL, Martinez-Donate AP, Riggall AJ, Meinen A, Hall B, Nieto FJ, et al. Developing and Implementing "Waupaca Eating Smart": a restaurant and supermarket intervention to promote healthy eating through changes in the food environment. Health Promotion Practice. 2016;17(2):265-77.
21. Chau PH, Leung AYM, Li HLH, Sea M, Chan R, Woo J. Development and validation of Chinese health literacy scale for low salt consumption - Hong Kong population (CHLSalt-HK). PLoS ONE. 2015;10(7):e0132303. doi: 10.1371/journal.pone.0132303.

Thailand Environmental and Policy Level Physical Activity Interventions: A Critical Review

Titiporn Tuangratananon*

Thitikorn Topothai†

Chompoonut Topothai†

Viroj Tangcharoensathien†

Corresponding author: Titiporn Tuangratananon

Abstract

Increasing physical activity brings various benefits, not only preventing premature mortality and saving health care expenditure from non-communicable diseases, but also strengthening social solidarity, reducing social inequity, and improving quality of life. Environmental and policy-level interventions for physical activity are promising population-level interventions, however, the number of studies on those interventions were limited in the lower- and middle-income countries. Therefore, this study aimed to assess the existing environmental and policy interventions in Thailand for the future direction of the intervention design and development. A systematic scoping review was conducted in the primary databases (PubMed, Scopus, and Web of Science) and domestic secondary databases. To gain more understanding of the local context, 77 provincial administrative organizations' strategic plans were further retrieved and analyzed by using the critical interpretative synthesis method. From the systematic review, 11 out of 1,681 studies were included. The results found that evidence on the active environment and active policy physical activity interventions in Thailand were limited in number and diversity, and were rather in sports facilities than physical activity. Infrastructures and urban planning for active transport

* Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health

† International Health Policy Program, Ministry of Public Health

Received 5 June 2021; Revised 28 February 2022; Accepted 20 September 2022

Suggested citation: Tuangratananon T, Topothai T, Topothai C, Tangcharoensathien V. Thailand environmental and policy level physical activity interventions: a critical review. *Journal of Health Systems Research* 2022;16(3):319-43.

รุติกรณ ตวงรัตนานนท์, รุติกร โตโพธิ์ไทย, ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในระดับสิ่งแวดล้อมและนโยบายในประเทศไทย: การทบทวนเชิงวิเคราะห์. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2565;16(3):319-43.

were seen as a significant facilitating element by adults, while recreational amenities were the most essential factor in improving the elderly's quality of life. At the local level, only nine provinces out of 77 invested in bicycle pathways, and 16 provinces invested in green spaces, while 42 provinces focused on sports facilities. Policy communication and translation at the local level on a comprehensive concept of physical activity, a collaborative platform between the Ministry of Public Health and Ministry of Interior to provide physical activity implementation, public communication, and routine policy evaluation should be prioritized. Further studies on physical activity policy designs for specific age groups of people were recommended.

Keywords: physical activity, environment, policy, Thailand, review

การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในระดับสิ่งแวดล้อมและนโยบายในประเทศไทย: การทบทวนเชิงวิเคราะห์

ฐิติภรณ์ ตวงรัตนานนท์*, ฐิติกร โตโพธิ์ไทย†, ชมพูนท์ โตโพธิ์ไทย†, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร†

* สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

† สำนักงานพัฒนากฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบบทความ: ฐิติภรณ์ ตวงรัตนานนท์, Titiporn@ihpp.thaigov.net

บทคัดย่อ

การมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้นก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมาก โดยไม่เพียงลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากโรคไม่ติดต่อ แต่ยังส่งผลต่อการสร้างสังคมที่เข้มแข็ง ลดความเหลื่อมล้ำในสังคมและเพิ่มคุณภาพชีวิต การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในระดับสิ่งแวดล้อมและนโยบายถือเป็นแนวทางในการเพิ่มกิจกรรมทางกายในระดับประชากรที่มีศักยภาพ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยดังกล่าวยังมีจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในระดับสิ่งแวดล้อมและนโยบาย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในประเทศไทย ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูล ได้แก่ PubMed, Scopus, Web of Science รวมถึงฐานข้อมูลในประเทศ และแผนพัฒนาองค์การบริหารส่วนจังหวัด 77 จังหวัด โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมเชิงวิเคราะห์ โดยคัดเลือกเหลือ 11 การศึกษามาวิเคราะห์จาก 1,681 การศึกษา ผลการศึกษาพบว่า หลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องการส่งเสริมกิจกรรมทางกายด้านสิ่งแวดล้อมและนโยบายในประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในด้านจำนวนและความหลากหลาย โดยการส่งเสริมมุ่งเน้นที่การสนับสนุนสถานที่เพื่อเล่นกีฬามากกว่าเพื่อกิจกรรมทางกายประชากรวัยผู้ใหญ่ให้ความสำคัญการส่งเสริมโครงสร้างพื้นฐานและการผังเมือง ในขณะที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับสถานที่สำหรับกิจกรรมนันทนาการในระดับพื้นที่ พบว่า 9 จาก 77 จังหวัดสนับสนุนการสร้างทางจักรยาน 16 จังหวัดสนับสนุนการสร้างพื้นที่สีเขียว ในขณะที่ 42 จังหวัดสนับสนุนสถานที่เล่นกีฬา การสื่อสารและสนับสนุนการนำนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายไปปฏิบัติในพื้นที่ กลไกการสร้างความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย การสื่อสารสาธารณะและการประเมินนโยบายอย่างต่อเนื่อง เหล่านี้เป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ รวมถึงการศึกษาในอนาคตควรมุ่งเน้นเรื่องการประเมินนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายในแต่ละกลุ่มวัยด้วย

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย, สิ่งแวดล้อม, นโยบาย, ประเทศไทย, การทบทวนวรรณกรรม

Background and Rationale

Physical inactivity has a significant worldwide economic cost^(1,2). Physical inactivity increases the risk of a variety of health problems, including major non-communicable diseases such as coronary heart disease, strokes, type 2 diabetes, breast and colon cancers.^(3,4) Physical inactivity accounted for 75% of DALYs in the low- and middle-income countries and cost USD 53.8 billion.⁽¹⁾ The largest global surveillance of physical activity published in 2016 found that 27.5% of adults were physically inactive.⁽⁵⁾ Increasing physical activity brings various benefits not only saving premature mortality and health care expenditure, but also strengthening social solidarity, reducing social inequity, and im-

proving quality of life through fairness to public transport, access to the recreational park, and good air quality.⁽⁶⁻⁹⁾

To promote physical activity, the socio-ecological model of physical activity published by Sallis et al. identified multiple physical activity determinants including individual, interpersonal, social, environmental, and policy levels⁽¹⁰⁾ – as shown in Figure 1. The built environment including a mix of land uses, connectivity, population density, and general neighborhood design, all played a role in physical activity by increasing daily life movements.⁽¹¹⁻¹³⁾ Moreover, the built environment including the infrastructure reconstruction such as street lightings, pavement, bicycle lanes, intersec-

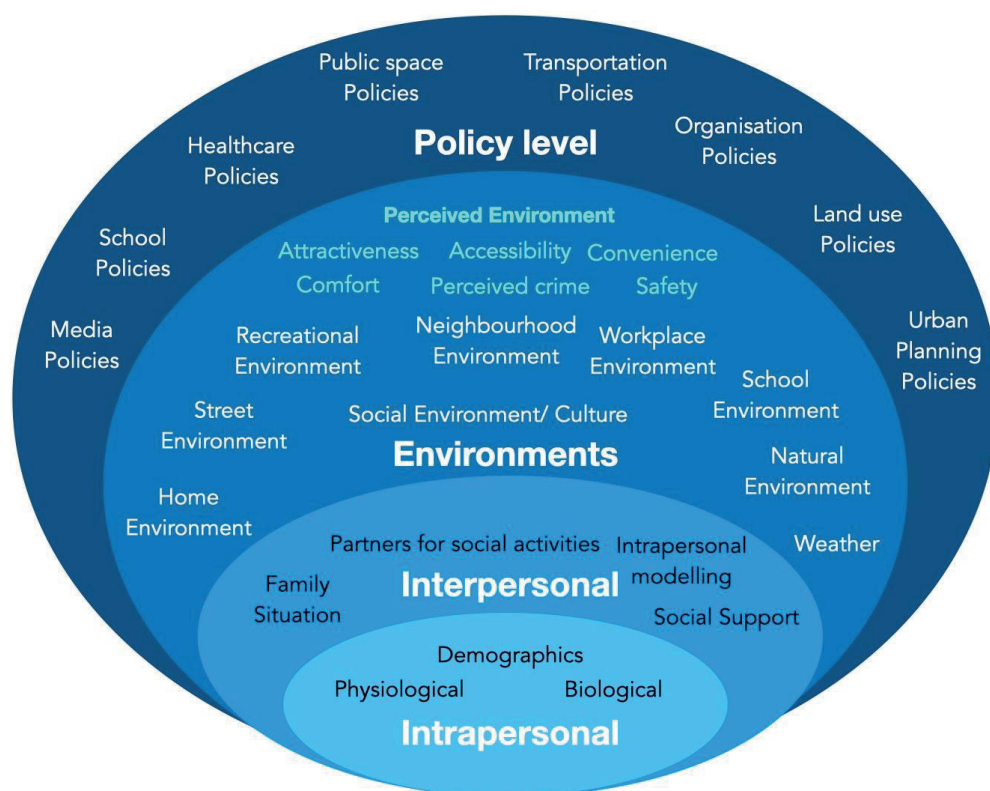


Figure 1 Ecological model of four domains of active living [adapted from Sallis et al. (2006)]⁽¹⁰⁾

tions, traffic calming, and street aesthetic significantly improved physical activity.⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ In support of adequate environmental interventions, policy interventions such as public space policy, urban planning policy, school policy, etc, are needed to set a vision which prioritizes the promotion of physical activity and engages a multiple stakeholders from various sectors at all levels.^(9,18,19) Therefore, the contribution of environment and policy to a higher physical activity level in a population is important.

Thailand, an upper middle-income country in the Southeast Asia region with a 70-million population of 77 provinces⁽²⁰⁾, tasked the Ministry of Public Health for health promotion. However, as health promotion is closely linked to social determinants of health, there is a strong need for the Ministry of Public Health to collaborate with other non-health sectors especially for built environments and policies for physical activity. According to the Decentralization Law⁽²¹⁾, health promoting tasks including physical activity promotion at the local levels are in the hands of local government units. The provincial administrative organization is a unit under the Ministry of Interior with the mandate to ensure policy coherences at provincial level by commanding, supporting and communicating with district and subdistrict levels. Environment and policy interventions to promote physical activity can be established at the local

level due to the decentralization. Therefore, an elaboration of effective multi-sectoral collaboration to strengthen the environmental and policy level physical activity interventions by the provincial administrative organization (PAO) is essential.

Although Thailand has promoted physical activity for many decades, only 42% of Thai adults reached the sufficient physical activity level.⁽²²⁾ Moreover, many physical activity promoting initiatives and public campaigns were focused on educating people to be more physically active without much emphasizing on environmental and policy level physical activity interventions.^(18,23-25) In 2018, Liangruenrom et al. conducted a systematic scoping review and found that the number of Thai articles published on physical activity were increasing, particularly focusing on the individual-level interventions, while environmental and policy level physical activity interventions were relatively neglected.⁽²⁶⁾ For physical activity promotion to be sustainable, a detailed understanding of existing environmental and policy interventions was required. Therefore, the goal of this research was to explore environmental and policy-level interventions linked to physical activity that had been implemented in Thailand, as well as to identify potential practice and research gaps that provided additional insights for policy recommendations.

Methodology

Study Design

The study design was based on the systematic scoping review and critical interpretative synthesis approach. The critical interpretative synthesis method offers comprehensive and critical appraisal synthesis style as it involves purposive sampling technique to identify known relevant literatures.⁽²⁷⁾ The combination of systems approach will enhance a holistic understanding on environmental and policy level physical activity interventions.

Data collection

The literature search was conducted in the online international databases (PubMed, Scopus, Web of Science, and the reference lists of all articles selected in the primary search) and domestic databases. Keywords of the literature search were listed as follows; (1) level of interventions: environmental, policy, (2) [OR] environmental interventions: built environment, physical environment, residential density, street connectivity, street aesthetic, land use mixed, (3) [OR] policy interventions: policy, strategy, campaign, programme, action plan, strategic plan, multisectoral, (4) [OR] urban: urban planning, traffic, safety, (5) [AND] physical activity: physical activity, walking, cycling, active transport, public transport, exercise, sports, (6) [AND] population: adult, working age, (7) [AND]

study design: randomised controlled trial, natural experiment, system approach, critical interpretative data were prioritised based on the hierarchy of evidence. The grey literatures such as report and government documents were also included in the literature review section. The documents without the outcome evaluation were included with remarks – see Table 1.

The keywords of the search were included in the title, the abstract, and the keywords of the publications. The manual reference search was collected accordingly. The inclusion criteria of the search were; (1) physical activity interventions targeted any population group living in Thailand, (2) physical activity interventions related to environmental or policy level, (3) presented quantitative or qualitative data relevant to public health, including but not limited to the levels, prevalence, correlates, determinant, or outcomes of engagement in physical activity, (4) described the development or performed an evaluation of a physical activity measurement tool or intervention (5) written in Thai or English, and (6) published after September 2016 to 2019, which followed the search period of a scoping review conducted by Liangruenrom et al.⁽²⁶⁾ While the exclusion criteria were; (1) targeting non-Thai populations, (2) primary outcome(s) focusing on sports/exercise performance or physical therapy, and (3) focusing on children or adolescent.

Table 1 Search keywords

Search keywords used for physical activity	Search keywords used for physical environment and policy	Keywords for Thailand setting
• “physical activity” • “physical inactivity” • “physically inactive” • “physical fitness” • “energy expenditure” • “exercise” • “Sport*” • “Gym” • “motor activity” • “Walk*” • “Cycling” • “Stair*” • “active travel” • “active transport” • “lifestyle” • “strength training” • “resistance training” • “weight training” • “weightlifting” • “weight bearing” • “muscle strengthening” • “muscular strengthening” • “muscle training” • “muscle toning” • “strength or toning”	• “environment” • “built environment” • “physical environment” • urban* • “public transport” • “traffic” • “accessibility” • “residential density” • “land use mix” • “street connectivity” • “street aesthetic” • “safety” • “policy” • “action plan” • “program*” • “strategy*” • “campaign*”	• กิจกรรมทางกาย • ออกกำลังกาย • นี้อยิ่ง • พลังงาน • กล้ามเนื้อ • กีฬา • ฟิตเนส • จักรยาน • วิ่ง • เดิน • เดินทาง • ยกน้ำหนัก • ความอ่อนตัว • สิ่งแวดล้อม • ผังเมือง • จราจร •ขนส่งสาธารณะ • สวนสาธารณะ • สนามเด็กเล่น • ความปลอดภัย • นโยบาย • สาธารณะ • แผนปฏิบัติการ • กลยุทธ์ • โครงการ • แคมเปญ

Most domestic literatures were collected from domestic databases such as Journal of Health Systems Research, Division of Physical Activity, Ministry of Public Health, Thai Health Promotion Foundation, Physical Activity Research Centre, Thai Non-communicable Diseases Network, Thai National Research Repository, and Thai Thesis

Database. The Journal of Health Systems Research situated in the Health Systems Research Institute (HSRI). The institute’s mission is prioritizing and serving as public health and health systems publications and acts as health systems research manager in Thailand. Manual search of references in Journal of Health Systems Research database

was performed. The inclusion of PAO data was retrieved separately. The strategic plans in 77 PAOs in Thailand related to environmental and policy physical activity intervention were also retrieved through their official websites for public access based on transparency principle.

Data Extraction

All references from the search results were imported to Mendeley software. Duplicates were deleted and abstract screening for inclusion and exclusion criteria were carried out. Data extraction form was specifically designed and utilized. The form included the following publication details; (1) general information: author names, year of publication, publication type (international publication, domestic publication, and grey literature), and full text language, (2) publication: type of study design, research methods, and sample size, (3) grey literature types: report and indicators, (4) intervention setting: national, provincial, district, subdistrict, (5) results (if applicable): outcomes related to physical activity, evaluation process and results, (6) potential implications, and (7) limitations.

Quality analysis of the included research was assessed by the Mixed Method Appraisal Tool (MMAT) 2018.⁽²⁸⁾ The MMAT 2018 was designed for the systematic mixed-method studies to evaluate the quality of qualitative, quantitative, and mixed-method study - see Table 2. The tool was divided into six sections according to each research design, namely, (1) Screening questions (two questions), (2) Qualitative, (3) Quantitative

randomized controlled trials, (4) Quantitative non-randomized, (5) Quantitative descriptive, (6) Mixed-methods, which consists of five questions under each study design type. Responses of the MMAT questions are ‘yes’, ‘no’, and ‘can’t tell’. Therefore, the total score for each study design would be seven and the higher score represents higher quality study. Although the MMAT criteria do not contain sufficient details in each study design, it provides the opportunity to compare quality of the study between study designs.

Data were prioritized based on the hierarchy of evidence. A higher hierarchy of research including systematic reviews and randomized controlled trials and a lower hierarchy of natural experiment or cross-sectional study were identified under the following criteria: 1) The interventions include environmental or policy level physical activity interventions. 2) The interventions focus on adults or general population. The grey literatures such as report and government documents were also included in the literature review section. The documents without the outcome evaluation were included with remarks.

Data Analysis

The data analysis followed the critical interpretative synthesis method, which based on the meta-ethnography with some modifications.⁽¹⁴⁾ The comparison of similarities and differences in the collected interventions were synthesised. The descriptive analysis was carried out in the first place followed by the line of argument from the observations. The ultimate outcome from the

Table 2 Summary of quality assessment by Mixed-Method Appraisal Tool 2018⁽²⁸⁾

Study designs	Chandrasiri and Arifwidodo (2017) ⁽³⁶⁾	Chaysuk and Wethyavorn (2017) ⁽³⁴⁾	Detphai and Phongathichart (2017) ⁽³⁵⁾	Kaewkluangkiet al. (2017) ⁽³⁸⁾	Kongsri (2017) ⁽³²⁾	Ruengtam (2017) ⁽³⁰⁾	Rutirako (2017) ⁽³³⁾	Termkhuthod (2017) ⁽³⁷⁾	Tiraphat et al. (2017) ⁽²⁹⁾	Tuanratanon et al. (2018) ⁽³¹⁾	Khamput et al. (2019) ⁽¹⁹⁾
	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes
	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes
Qualitative											
1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?					yes					yes	yes
2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?					yes					yes	yes
3. Are the findings adequately derived from the data?					no					yes	yes
4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?					no					no	no
5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?					yes					yes	yes
Quantitative nonrandomized											
1. Are the participants representative of the target population?	yes	yes	yes	yes	yes	no		yes	yes		
2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?	yes	yes	yes	yes	yes	yes		yes	yes		
3. Are there complete outcome data?	yes	no	yes	no	yes	yes		no	yes		
4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?	no	no	yes	yes	yes	yes		no	yes		
5. During the study period, is the intervention administered yes (or exposure occurred) as intended?	yes	yes	yes	yes	yes		yes	yes			

Table 2 Summary of quality assessment by Mixed-Method Appraisal Tool 2018⁽²⁸⁾ (cont.)

Study designs	Chand rasiri and Arifwidodo (2017) ⁽³⁶⁾	Chaysuk and Wethy avivorn (2017) ⁽³⁴⁾	Detphi chai and Phong athich art (2017) ⁽³⁵⁾	Kaew klueng kлом et al. (2017) ⁽³⁸⁾	Kongsri (2017) ⁽³²⁾	Rueng tam (2017) ⁽³⁰⁾	Rutirako (2017) ⁽³³⁾	Termk hun thod (2017) ⁽³⁷⁾	Tiraphat et al. (2017) ⁽²⁹⁾	Tuang ratana non et al. (2018) ⁽³¹⁾	Kham put et al. (2019) ⁽¹⁹⁾
Mixed-methods											
1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?							yes				
2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?							yes				
3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?							no				
4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?							no				
5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?							yes				
Percentage of 'Yes'	85.71	71.43	100.00	85.71	71.43	85.71	71.43	85.71	71.43	100.00	85.71

data analysis was new conceptual frameworks and synthetic constructs resulted from the collected data related to the environmental and policy level physical activity interventions.⁽²⁷⁾ The analysis process started from a thorough review of the included articles/literatures. Possible categories and themes were developed from the data, followed by the conceptual framework. Descriptive quantitative analysis such as the summation of the articles, percent, and frequency was carried

out as appropriate.

Results

Literature Search

A total of 1,707 publications were retrieved after searching three international databases (PubMed, Web of Science, and Scopus), with an additional 177 articles identified by searching seven domestic databases. There were 1,681

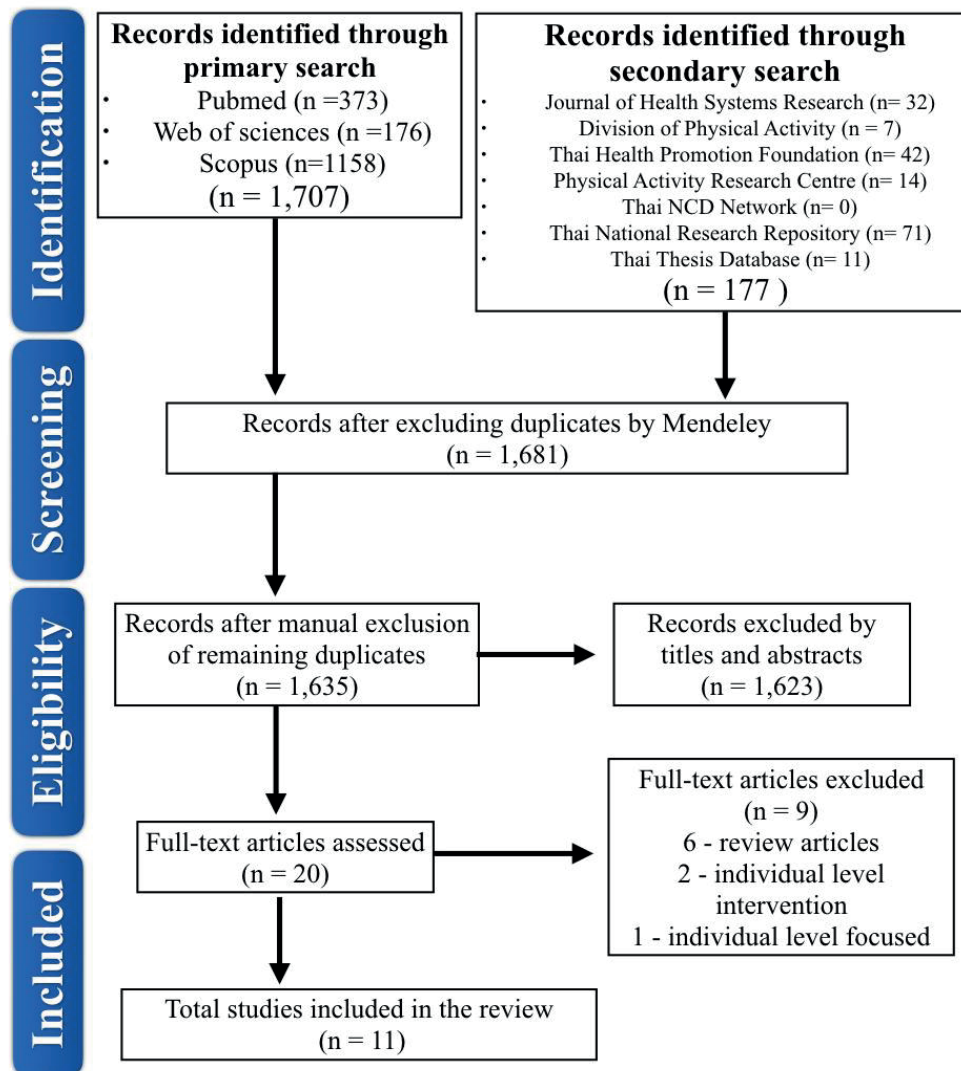


Figure 2 Flow diagram of article selection process

articles left after removing duplicates with Mendeley tools. Further manual duplicate removal was performed. The remaining publications' titles and abstracts were assessed against the inclusion and exclusion criteria. The full text of 20 articles were then obtained and evaluated for eligibility. The 11 publications that were selected for the scoping review – as shown in Figure 2.

The scope of the search was expanded in the second round to include three-year strategic

plans from the 77 PAOs. These data were manually identified on the websites of each PAO. The three-year strategic plan covered all aspects of citizen quality of life in general (economics, environment, social, infrastructure, cultural and arts, and management). The focus of this analysis, however, was on environmental and policy interventions in physical activity, which were often found in the health, infrastructure, cultural and sports, and policy initiatives – as illustrated in Figure 3.

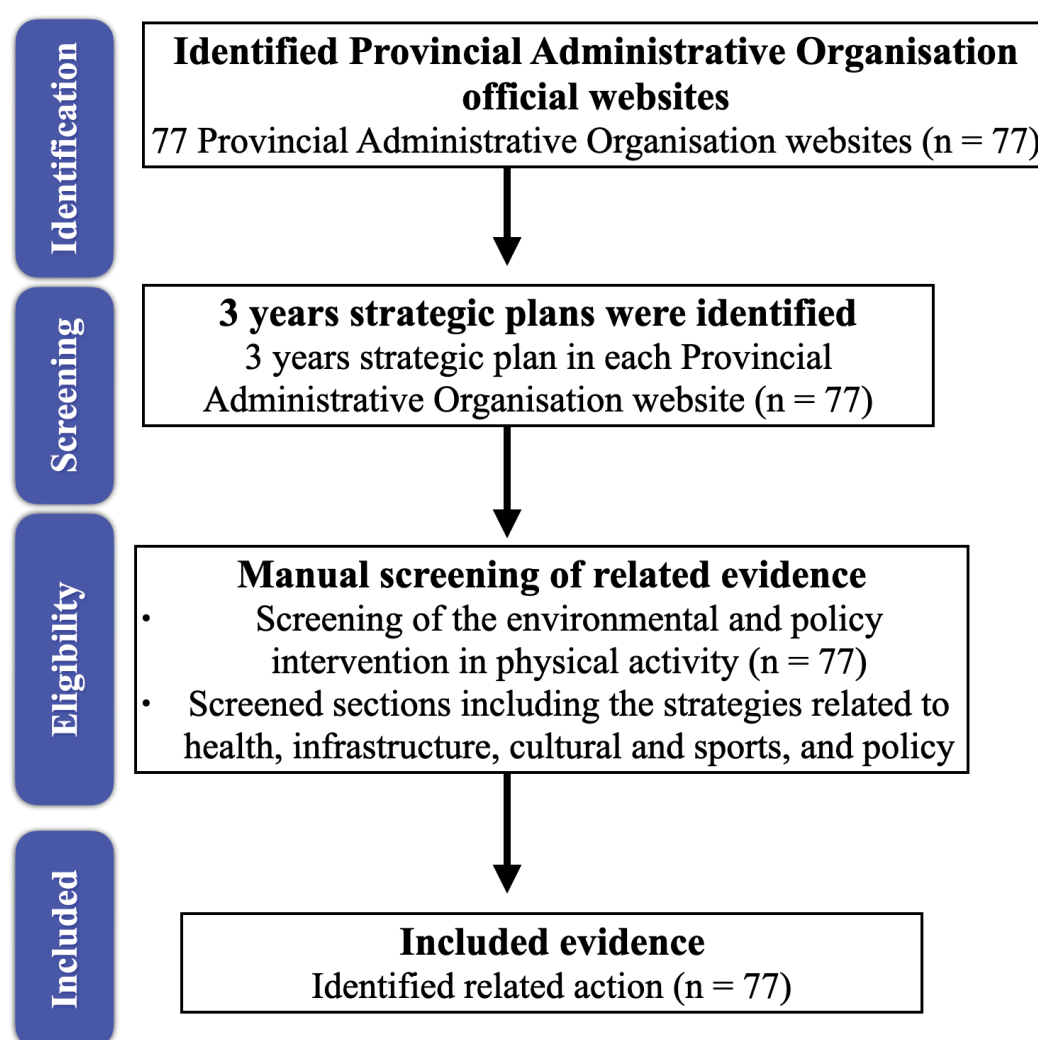


Figure 3 Flow diagram of the Provincial Administrative Organization search selection process

Characteristics of the included studies

Table 3 summarized the characteristics of 11 articles. Only three research studies used qualitative methods, and the majority of the publications (7 out of 11) used a cross-sectional design. Questionnaires were the only data collection tool employed in the quantitative investigations. Four publications were published in peer-reviewed international journals. The largest number of participants in the quantitative research was 4,183,⁽²⁹⁾ while the smallest number of participants was 206.⁽³⁶⁾ There were two studies produced by academics and two studies performed by government entities. The intervention settings were evenly divided across country (2 studies), province (2 studies), district (2 studies), and sub-district (2 studies), with two studies conducted at each of provincial, district, and subdistrict levels.^(19,31)

To assess the quality of each study, the MMAT 2018 criteria were examined.⁽²⁸⁾ The studies were of moderate to high quality overall. Five out of seven items received the lowest score, while the total seven points received the highest (see Table 2). Two of the three qualitative investigations scored 85.7% with the same limitation: poor interpretation of the data collected.^(19,31) Another qualitative research (71.4%) rated one point lower.⁽³²⁾ Similarly, Rutirako's mixed-method study received the lowest score due to data incoherence between quantitative and qualitative data.⁽³³⁾ The seven cross-sectional studies in this study received scores ranging from 71.4% to 100%, with an average of 85.7%.

Active environment

As illustrated in a number of the included articles, cycling, and walking infrastructure was perceived as key aspects in promoting higher levels of physical activity.⁽³²⁻³⁵⁾ Without the presence of a bike lane or pavement, the offer of free bicycles alone would not be sufficient to boost active transport among university students. Even though there were plenty of free bicycles available, just 2.6% of university students commuted by bicycle.⁽³⁴⁾ Students emphasized the importance of a bicycle lane, street lights, reduced footpath incursions, and bicycle parking spaces in encouraging them to commute by bicycle.⁽³⁴⁾ The installation of bicycle lanes, pavements, bicycle parking, and road shelters was found to be essential, but insufficient.^(32,33) These findings were endorsed by Khamput et al., who found that active transportation infrastructure received less investment than sports facilities or equipment.⁽¹⁹⁾

Pavement, bike lanes, and street connectedness, on the other hand, were not listed as major factors in increasing physical activity among elders in research that focused on them.^(29,30) Over the pavements or cycling lane, the elders recognized the need for a fitness center, swimming pool, outdoor stadium, indoor activities, and a garden and outdoor area.⁽³⁰⁾ Furthermore, elders who lived in more supportive surroundings had a higher quality of life than those who lived in less supportive environments (OR 3.79; % CI 3.30-4.37, *p*-value 0.001).⁽²⁹⁾ The presence of green areas in the community was regarded as a critical component in promoting physical activity across the

Table 3 Summary of included academic literatures

Author, year	Study type	Methods			Document Setting	Results	Potential Implication	Limitations
		Study design	Research Tools	Sample size				
Chandrasiri and Arifwido, 2017 ⁽³⁶⁾	Int. Pub	Cross-sectional	Direct observation and questionnaire	206	Subdistrict	- The average number of park user is 2,663 per day, about 46.2% perform moderate-to-vigorous physical activity and 43.1 % perform light physical activity. - Majority of MPA park users is adults (72.4%), who are office workers. - Accessibility, safety and organized activities received satisfied scores from the users, aesthetic received lower score.	Evidence reported the physical activity benefits from green spaces as they could support public spaces development in the urban areas.	1) Self-reported questionnaire may lead to reporting bias. 2) There is a chance of sampling bias as the study site is one of the most crowded parks in Bangkok.
Chaysuk and Wethyavivorn, 2017 ⁽³⁴⁾	Conf.	Cross-sectional	Questionnaire	400	Institute	- The availability of free university bicycle is not a single factor to encourage students to cycle in the campus. - Majority of the students choose walking (41.89%), motorcycle taxi (30.28%), university shuttle van (25.22%), and cycling (2.61%) when transferring in the campus. - The main reasons for choosing bicycle are budget saving, health benefits, and convenience. - Students emphasis on the needs of bicycle lane, street-lighting, footpath invasion management, and bike parking space.	Bike lane and street-lighting are essential especially when road safety is listed among top concern. The low rate of cyclists exists regardless of the availability of the bicycles, which reflects the needs of supporting infrastructures and policies.	1) Self-reported questionnaire may lead to reporting bias. 2) Close-ended questions may not reveal actual reasons behind the low rate of cycling among students.

Table 3 Summary of included academic literatures (cont.)

Author, year	Study type	Methods			Document Setting	Results	Potential Implication	Limitations
		Study design	Research Tools	Sample size				
Derphichai and Phongathichart, 2017 ⁽³⁵⁾	Conf.	Cross-sectional	Questionnaire	400	Subdistrict	- The number of participants who normally commute by cycling or walking to destinations is only 2.75%, whereas 12.75% walk and 1.75% cycle to take the sky-train. - Road safety and personal safety is among participants concerns (23.75%). - Approximately half of the commuters (47.25%) intended to take the sky-train if the pavement/bike lane is fully provided.	Road safety should be ensured for pedestrians and cyclists in order to promote physical activity. Therefore, pavement or bike lane and supportive infrastructure are needed.	1) Self-reported questionnaire may lead to reporting bias. 2) The over-interpretation of the results may undermine study's credibility.
Kaewklungklom et al., 2017 ⁽³⁸⁾	Int. Pub	Cross-sectional	Questionnaire	600	Provincial	- Bus Rapid Transit (BRT) is a local public transportation by bus in Khon-Kaen city center. - The measuring by Likert scale (1-5) towards BRT utilization showed the following results: positive attitude (Mean 4.07), perceived behavioral control (Mean 4.00), intention (Mean 3.64), and subjective norm (Mean 3.57) towards BRT utilization. - Participants prefer BRT due to its convenience and low price with the additional of positive social influence.	The success public transport utilization resulted from positive social norm, which can be improved by the public campaign. Fast and low-cost public transportation also influences people's decision.	1) Self-reported questionnaire may lead to reporting bias. 2) Socioeconomic background was not analyzed. This limitation could confound the results.

Table 3 Summary of included academic literatures (cont.)

Author, year	Study type	Methods			Document Setting	Results	Potential Implication	Limitations
		Study design	Research Tools	Sample size				
Kongsri, 2017 ⁽³²⁾	Conf.	Qualitative review and secondary data analysis	Literature	N/A	National	- The bicycle infrastructure in Thailand is insufficient. Bicycle lanes and supporting facilities are still low in number throughout the country. - Laws and regulations related to the built environments are inadequate and the law enforcement is also inefficient.	Infrastructure development and promote bicycle culture and attitudes of the public should be promoted.	The lack of evidence in urbanization of the city and bicycle usage data lead to comprehensive analysis of the situation.
Ruengtam, 2017 ⁽³⁰⁾	Int. Pub	Cross-sectional	Questionnaire	531	District	Factor analysis was performed, top three physical environments that were perceived important among elders are: 1) fitness centre (factor 0.807), 2) swimming pool (factor 0.783), and 3) outdoor stadium (factor 0.682). Pavements and bicycle lanes were not listed as important facilities.	Conducive physical activity environments among elderly mostly are indoor activity such as pavements or bike lanes.	1) Self-reported questionnaire may lead to reporting bias. 2) The convenient non-probability sampling technique could lead to selection bias.
Rutirako, 2017 ⁽³³⁾	Conf.	Mixed-method	Direct observation, in-depth interview, and questionnaire	Hat Yai district	District	- The qualitative part reflected that the overall physical activity friendly infrastructure (pavement, disability pavement, road shelter) is insufficient and the existing pavement, bike lane, and crossing-bridge are also invaded by vendors or residents. - The descriptive statistic revealed that the majority of cyclists (72%) encountered accidents while cycling.	The infrastructure improvement and the pavement invasion management should be urgently solved. Society perception related to road safety is still low.	1) No total number of participants was provided. 2) No content validity or credibility of questionnaire or interview guide was provided.

Table 3 Summary of included academic literatures (cont.)

Author, year	Study type	Methods			Document Setting	Results	Potential Implication	Limitations
		Study design	Research Tools	Sample size				
Termkhunthod, 2017 ⁽³⁷⁾	Conf.	Cross-sectional	Questionnaire	1,200	Provincial	- The evaluation was done by the descriptive analysis from Likert scale 1-5. - The satisfactory level from all provinces (Buriram, Surin, and Sisaket) revealed that the obstacles (pavement invasion) and road safety was moderately well managed and the supporting policy were at highly satisfied.	The satisfaction on supporting policy in walkability was high, whereas actual implementation was still at moderate level.	1) Self-reported questionnaire may lead to reporting bias. 2) No questionnaire validity and credibility was performed.
Triaphat et al., 2017 ⁽²⁹⁾	Int. Pub	Cross-sectional	Questionnaire	4,183	National	- Elders who live in friendly environment were more likely to have better quality of life compared to those who lived in less physical activity conducive environment (OR 3.79, $p < 0.001$). - Built environments that contained high prediction level of quality of life were places for walking, crime safety, accessibility, aesthetics, social trust, and social cohesion.	Providing a supportive evidence for developing age-friendly built environments that emphasises on infrastructure, crime reduction, and aesthetics.	1) Self-reported questionnaire may lead to reporting bias. 2) Cross-sectional study cannot provide causal relationship.
Tuangratananon et al., 2018 ⁽³¹⁾	Dom. Pub	Qualitative	In depth interview, unstructured observation and	3 levels municipalities	Provincial, District, Subdistrict	- Each municipality contained multisectoral sub-units, therefore, the adoption of Health in All Policies was more feasible. - Education, health, social,	The collaborative works between sectors enhance the physical activity supportive campaigns. The municipalities usually	1) There was potential selection bias as only best practice municipalities were recruited. 2) Only three municipalities were selected thus

Table 3 Summary of included academic literatures (cont.)

Author, year	Study type	Methods			Document Setting	Results	Potential Implication	Limitations
		Study design	Research Tools	Sample size				
			document review			transportation, and housing unit usually worked in collaboration in promoting campaigns or programmes related to physical activity. - Strategic plan and policy implementation in the organization usually worked seamlessly due to leader organisation structure and strong community engagement.	had adequate capacity to conduct physical activity campaign by their own.	representativeness was questionable.
Khamput et al., 2019 ⁽¹⁹⁾	Dom. Pub	Qualitative	In depth interview, observation and document review	12 municipalities; 3 levels	Provincial, District, Subdistrict	- All municipalities invested in infrastructures (parks and stadiums) and physical activity clubs. Local cultural festivals or running/ cycling events were also occasionally held. - Facilitating factors included strong leadership, secure funding, strong community engagement, and multi-sectoral collaboration within and beyond organisations.	National or regional authorities should consider the bottom up policy approach and support the local multi-sectoral collaboration.	There was potential selection bias as only best practice municipalities were recruited.

Abbreviations: Conf. - conference proceedings; Dom. Pub - domestic publication; Int. Pub - international publication; MVPA - moderate to vigorous physical activity; SD - standard deviation

research included. Although the majority of park visitors (46.2%) engaged in moderate to vigorous physical activity, a nearly equal number (43.1%) engaged in light physical activity⁽³⁶⁾, there was no subgroup study based on age differences that could have provided a clearer explanation for the importance of parks to senior citizens.

The most serious concern in active transportation was road safety.^(34,35,37) The lack of road user discipline was cited as a major barrier to bicycle riding among university students⁽³⁴⁾ and walking/cycling in public transportation in metropolitan areas.^(35,37) According to two studies, the rate of accidents among cyclists was as high as 72%.⁽³³⁾ In other words, the annual rate of bicycle accidents per biker was twice a year.⁽³⁵⁾ However, pedestrians were involved in accidents at a higher rate than bikers (3.48 times per year per pedestrian).⁽³⁵⁾ The negative societal norm and attitude towards walking, cycling and public transport to workplace was another barrier to active transportation, while positive attitude was shown to boost the Bus Rapid Transit (BRT) use in a study by Kaewkluengkrom et al.⁽³⁸⁾ This finding was consistent with Thailand's anti-cycling/walking mentality and pro-car culture, which restricted walking and cycling to specific places.⁽³²⁾

Active policy

Overall, no mention of the policy evaluation process or results was made in any of the studies. Four out of six studies, on the other hand, cited current supportive policies and governance to encourage physical activity.^(19,31,34,37) Only the

university's own intervention gained long-term financial protection, according to the findings.⁽³⁴⁾ Municipal interventions, on the other hand, were insecure budget, despite significant political support.^(19,31,37) In terms of multisectoral collaboration, excellent leadership, and community participation, Tuangratananon et al. and Khamput et al. provided examples of effective supporting governance systems.^(19,31) The findings contrasted with results from two other research, Kongsri and Rutirako both claimed that active travel laws and regulations were ineffective and insufficient. In Thailand, the legislation and regulations governing cyclists and pedestrians were less prominent than those governing car use.^(32,33) Implementation of policies and rules such as pavement/bike lane invasion prevention, street connectivity, and supporting infrastructures were also required.

Provincial administrative organizations strategic plan for physical activity

The PAO's three-year strategic plan revealed that each province has various priorities and levels of effort, therefore environmental and policy level interventions in physical activity may differ from each other. In general, physical activity-related measures were not prioritized in the health or sports categories. It was determined that access to healthcare was given a higher priority than preventive and promotion, and sports facilities and the availability of sports equipment were emphasized more than the construction of green and blue areas. Infrastructure development, on the other hand, was traditionally associated with vehicle

road construction rather than pavements or bike lanes. The renovation or construction of sporting facilities was observed across the country - as illustrated in Figure 4. School facilities, on the other hand, were less well-funded and geographically dispersed in the PAO's strategic plan. The majority of the interventions occurred in the central region. Three provinces in the northern (17 provinces) and northern-eastern (20 provinces) regions had created walkability infrastructure, compared to five provinces in the central region (26 provinces). Furthermore, half of the provinces that planned to expand access to green spaces were located in the central region. In the north-eastern region, a similar situation occurred, with only one province out of twenty planning to expand access to green spaces.

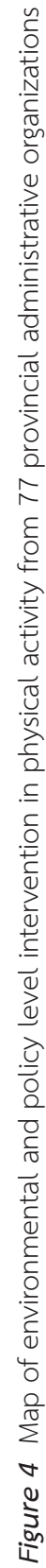
Discussion

In the current study, only eleven research studies on environmental and policy interventions were identified. In addition, six of the eleven studies addressed active policy initiatives. This is in line with the findings of Liangruenrom et al.'s study which found only one active environment study was identified in the study, indicating a scarcity of evidence in active environments and active policy in Thailand.⁽²⁶⁾ Also, similar findings were found by Pratt et al. that eight policies studies out of a total of 95 environmental research and the included policy interventions provide policy concepts and benefits rather than policy evaluation or assessment.⁽³⁹⁾

In the present study, active infrastructure, as

well as a favorable attitude toward walking and cycling, road safety, and recreational amenities, were considered to be significant, but insufficient. Local governments with a strong political commitment and multisectoral collaboration on physical activity promotion, active transportation policy, and law implementation including policy evaluation were still needed. About half of the PAO's strategic plans included measures concerning active environments, but such particular actions were focused on sports facilities rather than active transportation.

In active travel, different populations reported distinct enabling elements and constraints. Built environments, such as street connections, infrastructure, and land use mix, appeared to be supportive to active transportation.⁽⁴⁰⁻⁴²⁾ In contrast, Tiraphat et al. discovered that street connectivity and traffic hazard were not critical variables for elderly when it came to transportation.⁽²⁹⁾ Despite the fact that Tiraphat et al.'s study received a perfect score in the quality evaluation, the causal association between environmental improvements and active transportation was not as strong as a natural experiment or a randomized controlled trial. This conclusion contradicted with Cerin et al.'s systematic review, which found three research studies with positive relationships between perceived street connection and active travel in the elderly.⁽⁴³⁾ Other unobserved factors, such as cultural variety or climate differences, could cause such a disparity. Regardless of country contexts, the perceived benefits of access to parks or recreational facilities were



positive.^(29,43) These findings suggested that future studies should include age-specific interventions in order to improve conducive environments.

Transportation and urban policies were significant in supporting active travel as the built environment policy, financial support, and supportive governance structures were found to be important in encouraging active travel in the community.^(42,44) Street connection and land use mix were critical for promoting active travel, and information about active travel could provide feedback on the comprehensiveness of transportation and urban policy.^(12,13,45) Although, the Thailand National Physical Activity Strategy stated the need of close collaboration between transportation and urban sectors,⁽¹⁸⁾ however, explicit action plan or collaboration platform was not yet established.^(23,46) The transportation sector mostly focused on improving road conditions rather than pavements or bicycle paths.⁽⁴⁴⁾ This action could reflect limited collaboration between health and transportation sector.

Various studies found that municipal policies such as constructed infrastructure could support active living.^(12,13,47-51) This finding was comparable to that of Tuangratananon et al. and Khamput et al., who found that PAO governance was critical.^(19,31) However, almost half of PAO strategic plans included measures concerning active environments, but the concrete actions were focused on sports facilities rather than pedestrian or bicycle infrastructures. One probable explanation is that the staff of the PAO were more experienced with exercise than physical activity.^(25,51) As a result, greater research into the perceptions of members

of PAOs is needed.

Policy communication and advocacy at the provincial level is essential, yet the routine policy evaluation at the local level was scarce. None of the included literature mentioned the evaluation of policies on promoting healthy lifestyle. A plausible explanation is that PAOs are obliged to provide annual report to headquarter rather than academic literature.^(8,19,31,52) Annual report mainly followed annual indicators, which followed national strategy, and it was observed that the implemented actions at the PAO level were not documented in the Thailand National Physical Activity Strategy and vice versa.⁽¹⁸⁾ Internationally, the physical activity policy audit tool (PAT) could provide a single platform for physical activity policy evaluation and resulted in more comprehensive policy evaluation.^(9,53,54) Therefore, further evaluation could follow this tool in order to track the country performance in parallel with the monitoring and evaluation of the National Physical Activity Strategy.

In terms of policy implications, policy communication and translation at the local level should be prioritized in order to scale up active environment and policy interventions in Thailand.^(8,18,19,31,51,52) The Ministry of Public Health and the Ministry of Interior, for example, should communicate more about the idea of physical activity, particularly when it comes to environmental or policy intervention determinants.^(8,18,19,31,51,52) A collaboration platform between the Ministry of Public Health and the Ministry of Interior is suggested as a way to achieve a complete phys-

ical activity strategy and a budget and resource balance between investments in sports facilities and walkability infrastructure. To raise population awareness, public communication, including public education and positive social norms related to active transportation, should be carried out.⁽⁵¹⁾

Routine policy review at the provincial level is also required to guide policy development and execution in order to address inequity in terms of population and geographic coverage.^(8,52)

The study's strengths have been addressed. Firstly, this was one of the first studies to collect data from all available international and domestic sources to conduct a full analysis of domestic environment and policy level physical activity initiatives. The findings of this study could be used to inform future policy development and communication. Second, this was the first study to give a comprehensive picture of physical activity implementation across Thailand's 77 PAOs. However, there were a few limitations. The first was a scarcity of environmental and policy intervention research, both in quantity and quality. Critical analysis was based on only eleven research studies, making it difficult to form a definite conclusion. Furthermore, research quality should be improved by encouraging researchers to use a more rigorous research design rather than cross-sectional methodology. The second research gap was the absence of policy evaluation studies, as this analysis found that none of the literature, including government records, could give evidence of policy evaluation or impact. The paucity of study on various age groups was the

third gap. Adults and the elderly had different perspectives on the availability of infrastructure and recreational facilities, according to the study. The findings of such a study could be useful in the building of urban housing.

Conclusions

There was a scarcity of literature, particularly in the area of environmental and policy initiatives that promote physical activity in Thailand. Policy evaluation or impact study was not identified from the search. Infrastructures and urban planning for active transport were seen as a significant facilitating element by adults, while recreational amenities were the most essential factor in improving the elderly's quality of life. Only nine provinces out of 77 invested in bicycle pathways, and 16 provinces invested in green spaces, while 42 provinces focused on sports facilities. Policy communication and translation at the local level on a comprehensive concept of physical activity, a collaborative platform between the Ministry of Public Health and Ministry of Interior to provide physical activity implementation, public communication, and routine policy evaluation should be prioritized. Further studies on physical activity policy designs for specific age groups of people were recommended.

Acknowledgement

We would like to thank Professor Dr. Russ Jago for valuable advice and guidance. We would like to give special thanks to our colleagues in International Health Policy Program and Department

of Health and especially Dr. Rapeepong Suphanchaimat and senior advisor Dr. Suwit Wibulpolprasert.

Funding: This study received no funding.

Conflicts of Interest: Declared none.

References

- Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, van Mechelen W, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*. 2016;388(10051):1311-24.
- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
- Katzmarzyk PT, Friedenreich C, Shiroma EJ, Lee IM. Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income and high-income countries. *Br J Sports Med*. 2022;56(2):101-6.
- Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012;380(9838):219-29.
- Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*. 2018;6(10):e1077-e86.
- Jaramillo AM, Montes F, Sarmiento OL, Rios AP, Rosas LG, Hunter R, et al. Social cohesion emerging from a community-based physical activity program: a temporal network analysis. *Netw Sci (Camb Univ Press)*. 2021;9(1):35-48.
- Stearns JA, Godley J, Veugelers PJ, Ekwaru JP, Bastian K, Wu B, et al. Associations of friendship and children's physical activity during and outside of school: a social network study. *SSM Popul Health*. 2019;7:008-8.
- Division of Physical Activity and Health, Department of Health, Ministry of Public Health. 12 Local authority models on physical activity promotion. Nonthaburi: Informan Teem Computer; 2018.
- World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030 Geneva: World Health Organization; 2018.
- Sallis JF, Cervero RB, Ascher W, Henderson KA, Kraft MK, Kerr J. An ecological approach to creating active living communities. *Annu Rev Public Health*. 2006;27:297-322.
- McCormack GR, Shiell A. In search of causality: a systematic review of the relationship between the built environment and physical activity among adults. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011;8:125.
- Sallis JF, Bull F, Burdett R, Frank LD, Griffiths P, Giles-Corti B, et al. Use of science to guide city planning policy and practice: how to achieve healthy and sustainable future cities. *Lancet*. 2016;388(10062):2936-47.
- Sallis JF, Cerin E, Kerr J, Adams MA, Sugiyama T, Christiansen LB, et al. Built environment, physical activity, and obesity: findings from the International Physical Activity and Environment Network (IPEN) adult study. *Annu Rev Public Health*. 2020;41:119-39.
- Carver A, Timperio A, Hesketh K, Crawford D. Are safety-related features of the road environment associated with smaller declines in physical activity among youth? *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2010;87(1):29-43.
- Dias AF, Gaya AR, Brand C, Pizarro AI, Fochesatto CF, Mendes TM, et al. Distance from home to the nearest park and the use of the parks for physical activity: the mediator role of road safety perception in adolescents. *Public Health*. 2019;168:9-16.
- Ferrari G, Rezende LFM, Florindo AA, Mielke GI, Peres MFT. School environment and physical activity in adolescents from Sao Paulo city. *Sci Rep*. 2021;11(1):18118.
- Thomson JL, Goodman MH, Landry AS. Assessment of neighborhood street characteristics related to physical activity in the Lower Mississippi Delta. *Health Promot Perspect*. 2019;9(1):24-30.
- Division of Physical Activity and Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Thailand physical activity strategy 2018-2030. Bangkok: NC Concept; 2018.
- Khamput T, Patsorn K, Thongbo T, Seunglee S, Keryai T, Sangsamritpol W, et al. Administration of physical activity promotion by twelve local administrative organizations in Thailand. *Journal of Health Systems Research*. 2019;13(1):63-89.
- The World Bank. Population, total - Thailand. Washington, D.C.: The World Bank; 2022 [cited 2022 Feb 25]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=TH>.
- Determining Plans and Process of Decentralization to Local

- Government Organization Act, B.E. 2542 (1999). (Nov 11, 1999). (in Thai)
22. Liangruenrom N, Topothai T, Topothai C, Suriyawongpaisan W, Limwattananon S, Limwattananon C, et al. Do Thai people meet recommended physical activity level?: The 2015 national health and welfare survey. *Journal of Health Systems Research*. 2017;11(2):205-20.
23. Division of Physical Activity and Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Thailand action plan on physical activity 2018-2020. Bangkok: NC Concept; 2018.
24. Topothai T, Chandrasiri O, Liangruenrom N, Tangcharoensathien V. Renewing commitments to physical activity targets in Thailand. *The Lancet*. 2016;388(10051).
25. Topothai T, Suphanchaimat R, Tangcharoensathien V, Putthasri W, Sukaew T, Asawutmongkul U, et al. Daily step counts from the first Thailand National Steps Challenge in 2020: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22):8433.
26. Liangruenrom N, Suttikasem K, Craike M, Bennie JA, Biddle SJH, Pedisic Z. Physical activity and sedentary behaviour research in Thailand: a systematic scoping review. *BMC Public Health*. 2018;18(1):733.
27. Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J, et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Med Res Methodol*. 2006;6:35.
28. Hong QN. Mixed methods appraisal tool (MMAT) version 2018: User guide. 2018.
29. Tiraphat S, Peltzer K, Thamma-Aphiphol K, Suthisukon K. The role of age-friendly environments on quality of life among Thai older adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(3).
30. Ruengtam P. Factor analysis of built environment design and management of residential communities for enhancing the wellbeing of elderly people. In: ing L, Fiorito FO, P., editors. International High-Performance Built Environment Conference - A Sustainable Built Environment Conference 2016 series (SBE16)2017. p. 966-74.
31. Tuangratananon T, Topothai T, Khampat T, Saengruang N, Kosiyaporn H, Kulthanmanusorn A, et al. Public policy and social determinants of health management at three levels of municipalities in Thailand. *Journal of Health Systems Research*. 2018;12(3):384-403.
32. Kongsri P. Enforcement the legal and policy for the pedestrian and bike lane safety and sustainable developed in Thailand by comparison between Thailand and Australia, developed country. Bangkok: The 5th Thailand Bike and Walk Forum: Walk and Bike Friendly Community; 2017. p. 22-32.
33. Rutirako P. Bicycling and walking facilities survey in Hatyai city municipality, Hatyai district, Songkla province. Bangkok: The 5th Thailand Bike and Walk Forum: Walk and Bike Friendly Community; 2017. p. 62-9.
34. Chaysuk J, Wethyavivorn P. Students and staff's perspectives toward the use of bicycles in Kasetsart University Bangkok Campus. Bangkok: The 5th Thailand Bike and Walk Forum: Walk and Bike Friendly Community; 2017. p. 93-101.
35. Detphichai P, Phongathichart P. An interest and factors promoting a safe walk-to- and bike-to-skytrain commuting: Bangwa-Talingchan case study. Bangkok: The 5th Thailand Bike and Walk Forum: Walk and Bike Friendly Community; 2017. p. 93-101.
36. Chandrasiri O, Arifwidodo SD. Inequality in active public park: a case study of Benjakitti Park in Bangkok, Thailand. In: Seto K, Robinson D, Virji H, Kovacs Z, Zhai J, Sami N, et al., editors. Urban Transitions Conference 2017. p. 193-9.
37. Termkhunthod F. The right of pedestrians on the cities's roads. Bangkok: The 5th Thailand Bike and Walk Forum: Walk and Bike Friendly Community; 2017. p. 22-32.
38. Kaewklungklom R, Satiennam W, Jaensirisak S, Satiennam T. Influence of psychological factors on mode choice behaviours: case study of BRT in Khon Kaen City, Thailand. *Transp Res Procedia*. 2017;25:5072-82.
39. Pratt M, Sarmiento OL, Montes F, Ogilvie D, Marcus BH, Perez LG, et al. The implications of megatrends in information and communication technology and transportation for changes in global physical activity. *Lancet*. 2012;380(9838):282-93.
40. Beenackers MA, Kamphuis CB, Giskes K, Brug J, Kunst AE, Burdorf A, et al. Socioeconomic inequalities in occupational, leisure-time, and transport related physical activity among European adults: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012;9:116.
41. Dill J, McNeil N, Broach J, Ma L. Bicycle boulevards and changes in physical activity and active transportation: findings from a natural experiment. *Prev Med*. 2014;69 Suppl 1:S74-8.
42. Gerike R, de Nazelle A, Nieuwenhuijsen M, Panis LI, Anaya E, Avila-Palencia I, et al. Physical activity through sustainable transport approaches (PASTA): a study protocol for a multi-centre project. *BMJ Open*. 2016;6(1):e009924.
43. Cerin E, Nathan A, van Cauwenberg J, Barnett DW, Barnett A, Council on E, et al. The neighbourhood physical environment and active travel in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1):15.

44. Gotschi T, de Nazelle A, Brand C, Gerike R, Consortium P. Towards a comprehensive conceptual framework of active travel behavior: a review and synthesis of published frameworks. *Curr Environ Health Rep.* 2017;4(3):286-95.
45. Giles-Corti B, Vernez-Moudon A, Reis R, Turrell G, Dannenberg AL, Badland H, et al. City planning and population health: a global challenge. *The Lancet.* 2016;388(10062):2912-24.
46. Division of Physical Activity and Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Thailand action plan on physical activity 2021-2022. Bangkok: TS Interprint; 2021.
47. Centers for Disease Control and Prevention. The CDC guide to strategies to increase physical activity in the community. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, Services UDoHaH; 2011.
48. Cerin E, Barnett A, Zhang CJP, Lai PC, Sit CHP, Lee RSY. How urban densification shapes walking behaviours in older community dwellers: a cross-sectional analysis of potential pathways of influence. *Int J Health Geogr.* 2020;19(1):14.
49. Katewongsa P, Widyastari DA, Choolers P, Iamyaem W. 'Does the community use the built environment?' Assessing the utilization of healthy space model in bridging physical activity inequalities for the Thai population. *Journal of Studies and Research in Human Geography.* 2020;14(1):107-23.
50. Sreedhara M, Valentine Goins K, Frisard C, Rosal MC, Lemon SC. Stepping up active transportation in community health improvement plans: findings from a national probability survey of local health departments. *J Phys Act Health.* 2019;16(9):772-9.
51. Topothai T, Topothai C, Meepring A. Promoting walking and cycling in daily life: a case study of four communities in Thailand. *Journal of Health Systems Research.* 2021;15(3):294-309.
52. Division of Physical Activity and Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Recommendation on physical activity promotion administration by local authorities. Nonthaburi: Informan Teem Computer; 2018.
53. Bull FC, Milton K, Kahlmeier S. National policy on physical activity: the development of a policy audit tool. *J Phys Act Health.* 2014;11(2):233-40.
54. Messing S, Forberger S, Woods C, Abu-Omar K, Gelius P. Policies to promote physical activity in Germany : an analysis based on a policy audit tool from the World Health Organization. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2022;65(1):107-15.

รูปแบบการรักษาและประสิทธิผลของการใช้ยายับยั้งไทโรซีนไคเนสในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์: การวิเคราะห์ข้อมูลจากสถานการณ์จริง

จิรวิชญ์ ยาศิ*

วิฑูรย์ พันธมงคล^{†,‡}

พรธิตา หัตถ์โนนตุน^{†,‡}

นิธิเจน กิตติรัชกุล[†]

ชนิตา เอกอัครรุ่งโรจน์[†]

ชุตินา คำดี[†]

ผู้รับผิดชอบบทความ: วิฑูรย์ พันธมงคล

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective cohort study) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการรักษาของการใช้ยายับยั้งไทโรซีนไคเนส (tyrosine kinase inhibitors) โดยใช้ข้อมูลจากสถานการณ์จริง และนำมาเปรียบเทียบกับแนวทางกำกับการใช้ยาบัญชียา (2) ในบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมถึงศึกษาประสิทธิผลของการใช้ยายับยั้งไทโรซีนไคเนสในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ (chronic myeloid leukemia) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิประกันสังคม โดยคัดเลือกการยาเป็นกรณีศึกษา ได้แก่ imatinib, nilotinib และ dasatinib ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการเบิกจ่ายชดเชยยาบัญชียา (2) ระหว่างปีงบประมาณ 2555-2561 โดยกำหนดระยะเวลาติดตามจนผู้ป่วยเสียชีวิตหรือวันสิ้นสุดปีงบประมาณ 2562 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ nonparametric ด้วยวิธี Kaplan-Meier โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามประวัติการได้รับยาเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ได้รับยา imatinib จนถึงครั้งสุดท้ายที่ได้รับยา (กลุ่ม A), 2) กลุ่มที่มีประวัติการได้รับยา imatinib เป็นลำดับที่ 1 และเปลี่ยนแปลงการรักษาโดยได้รับยา nilotinib จนถึงครั้งสุดท้ายที่ได้รับยา (กลุ่ม B), และ 3) กลุ่มที่มีประวัติการได้รับยา imatinib และ nilotinib เป็นลำดับที่ 1 และ 2 ตามลำดับ จากนั้นได้รับยา dasatinib จนถึงครั้งสุดท้ายที่ได้รับยา (กลุ่ม C) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรค

* ภาควิชาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[†] โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

[‡] คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Received 5 October 2021; Revised 4 April 2022; Accepted 16 September 2022

Suggested citation: Yadee J, Pantumongkol W, Hadnorntun P, Kittiratchakool N, Ekakkararungroj C, Kumdee C. Treatment patterns and effectiveness of tyrosine kinase inhibitors in patients with chronic myeloid leukemia: evidence from a real-world data analysis. Journal of Health Systems Research 2022;16(3):344-56.

จิรวิชญ์ ยาศิ, วิฑูรย์ พันธมงคล, พรธิตา หัตถ์โนนตุน, นิธิเจน กิตติรัชกุล, ชนิตา เอกอัครรุ่งโรจน์, ชุตินา คำดี. รูปแบบการรักษาและประสิทธิผลของการใช้ยายับยั้งไทโรซีนไคเนสในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์: การวิเคราะห์ข้อมูลจากสถานการณ์จริง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(3):344-56.

มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์รวมทั้งสิ้นจำนวน 574 ราย แบ่งกลุ่มได้เป็นกลุ่ม A, B, C เท่ากับ 400, 113 และ 61 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30–39 ปี (ร้อยละ 34.2 36.3 และ 29.5 ตามลำดับ) โดยมีมีฐานระยะเวลาการติดตามเท่ากับ 36.6, 50.7 และ 47.6 เดือน ตามลำดับ โดยขนาดยา imatinib ต่อวันก่อนสิ้นสุดการติดตามหรือก่อนเปลี่ยนการรักษาเป็นยา nilotinib ในผู้ป่วยกลุ่ม A, B และ C เท่ากับ 444.3, 474.1 และ 474.8 มิลลิกรัม ตามลำดับ สำหรับการวิเคราะห์การรอดชีพของผู้ป่วยกลุ่ม A, B และ C พบว่าอัตราการรอดชีพของแต่ละกลุ่มที่ระยะเวลา 2 ปี เท่ากับ ร้อยละ 84.3 (95%CI: 80.3-87.6), ร้อยละ 91.0 (95%CI: 83.9-95.1) และร้อยละ 85.2 (95%CI: 73.4-92.0) และมีอัตราการรอดชีพที่ระยะเวลา 5 ปี เท่ากับร้อยละ 83.2 (95%CI: 78.9-86.7), ร้อยละ 85.7 (95%CI : 76.7-91.4) และร้อยละ 66.4 (95%CI: 52.3-77.2) ตามลำดับ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าขนาดยา imatinib ต่อวันไม่สอดคล้องกับแนวทางกำกับการใช้ยาที่อนุมัติให้ใช้ยาลำดับที่ 2 เมื่อผู้ป่วยดื้อต่อยาลำดับแรกโดยที่ได้รับยาในขนาดสูงสุด (600-800 มิลลิกรัมต่อวัน) และอัตราการรอดชีพที่ 2 ปี ไม่แตกต่างกัน (log-rank *p*-value 0.295) ขณะที่อัตราการรอดชีพที่ 5 ปีในกลุ่ม A และ B สูงกว่ากลุ่ม C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (log-rank *p*-value: group A vs. C; 0.016, group B vs. C; 0.004) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่สามารถอธิบายสาเหตุของการใช้ยาที่ไม่ตรงตามแนวทางกำกับการใช้ยา เนื่องจากขาดข้อมูลสำคัญโดยเฉพาะสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงการรักษาเป็นลำดับที่ 2 และ 3 ได้แก่ การประเมินการตอบสนองต่อการรักษา การดื้อยา รวมถึงการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรืออาการข้างเคียงจากการใช้ยา

คำสำคัญ: รูปแบบการรักษา, ประสิทธิภาพ, ยายับยั้งไทโรซีนไคเนส, โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์, การวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานการณิจริง

Treatment Patterns and Effectiveness of Tyrosine Kinase Inhibitors in Patients with Chronic Myeloid Leukemia: Evidence from a Real-World Data Analysis

Jirawit Yadee^{*}, Witthawat Pantumongkol^{†‡}, Phorntida Hadnorntun^{†‡}, Nitichen Kittiratchakool[†], Chanida Ekakkararungroj[†], Chutima Kumdee[†]

^{*} Department of Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand

[†] Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand

[‡] Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Corresponding author: Witthawat Pantumongkol, witthawat.pan@mahidol.ac.th

Abstract

A retrospective cohort study using real-world data was conducted to analyze the treatment patterns of tyrosine kinase inhibitors in patients with chronic myeloid leukemia (CML), compared with the guideline for regulating drug use of the National List of Essential Medicine (NLEM) category E(2), with the purpose of determining the effectiveness of tyrosine kinase inhibitors in CML patients covered by Thailand's universal coverage scheme and social security scheme. This study focused on the treatment patterns and effectiveness of imatinib, nilotinib, and dasatinib. Data were obtained from the reimbursement database of the NLEM category E(2) during fiscal year 2012-2018. Patients were followed up until death or the end of fiscal year 2019. Descriptive statistics and non-parametric test using Kaplan-Meier method were performed in the analysis. CML patients were divided into 3 groups based on their medical history until the time of death or last follow-up as follows; 1) patients who received imatinib only (group

A), 2) patients who received first-line imatinib and second-line nilotinib (group B), and 3) patients who received first-line imatinib, second-line nilotinib, and third-line dasatinib (group C). Of 574 CML patients, there were 400, 113 and 61 CML patients in groups A, B and C, respectively. The majority of patients in each group were between the ages of 30 and 39 years old (34.2%, 36.3% and 29.5 %, respectively), with a median follow-up of 36.6, 50.7 and 47.6 months. Prior to the last follow-up or drug switching, the average daily dose of imatinib in group A, B and C was 444.3, 474.1 and 474.8 mg, respectively. Real-world effectiveness using survival analysis revealed 2-year survival rates at 84.3% (95%CI: 80.3-87.6%) for group A, 91.0% (95%CI: 83.9-95.1%) for group B and 85.2% (95%CI: 73.4-92.0%) for group C, with 5-year survival rates in each group were 83.2% (95%CI: 78.9-86.7%), 85.7% (95%CI: 76.7-91.4%), and 66.4% (95%CI: 52.3-77.2%), respectively. Average daily dose of imatinib prior to drug switching was not complied with the guideline, which recommended high-dose imatinib (600-800 mg/day). The 2-year survival rates were comparable across groups (log-rank p -value 0.295), while the 5-year survival rates in group A and B were significantly higher than in group C (log-rank p -value: group A vs. C; 0.016, group B vs. C; 0.004). However, the causes of non-adherence to the guideline could not be identified due to the lack of important clinical data including cytogenetic/hematologic response, drug resistance, and occurrence of adverse drug events during the treatment of CML.

Keywords: treatment pattern, effectiveness, tyrosine kinase inhibitors, chronic myeloid leukemia, real-world data analysis

ภูมิหลังและเหตุผล

ยาบัญชี จ(2) เป็นรายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะซึ่งเป็นยาที่มีราคาแพง ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายของทั้งโรงพยาบาล ผู้ป่วย รวมถึงครัวเรือน ซึ่งยาบัญชียังกล่าวถูกเพิ่มเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของบัญชียาหลักแห่งชาติของประเทศไทย นับตั้งแต่ พ.ศ. 2551 จนถึงปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาสามารถเข้าถึงยาที่มีราคาแพงได้อย่างเสมอภาค (equity) และเท่าเทียม (equality) ในทุกสิทธิการรักษา⁽¹⁾

การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (health technology assessment) ในอดีตมุ่งเน้นการนำผลการศึกษาไปใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจคัดเลือกเทคโนโลยีด้านสุขภาพชนิดใหม่บรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่สนับสนุนให้เกิดการจัดสรรงบ

ประมาณด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและมีความคุ้มค่า ทั้งนี้ การศึกษาส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT) เนื่องจากการศึกษาประเภทดังกล่าว มีระเบียบวิธีวิจัยที่ดี มีการควบคุมอคติจากการคัดเลือก (selection bias) และปัจจัยกวนที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ของการศึกษา (confounding factor) อย่างไรก็ตาม การศึกษา RCT อาจมีข้อจำกัดหลายประการต่อประสิทธิภาพหรือการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง ได้แก่ ประชากรที่ได้รับเทคโนโลยีด้านสุขภาพในสถานการณ์จริงมีคุณลักษณะที่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา RCT ระยะเวลาการติดตามที่ค่อนข้างสั้น รวมถึงความร่วมมือในการใช้ยาที่แตกต่างจากการศึกษา กอปรกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพในปัจจุบันมีราคาสูงขึ้นและมีทางเลือกของการรักษาที่หลากหลายมากขึ้น ดังนั้น แนวคิดของ

การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพชนิดเดิมหลังจากที่ได้รับการบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์แล้ว (health technology reassessment) จึงมีความสำคัญมากขึ้น เพื่อพิจารณาประสิทธิผลและความคุ้มค่าของเทคโนโลยีสุขภาพเหล่านั้นในสถานการณ์จริง ค้นหาช่องว่างทางความรู้ของการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลจากการศึกษา RCT และนำไปสู่การพัฒนาาระบบสาธารณสุขอย่างเหมาะสมและยั่งยืนต่อไป⁽²⁻⁴⁾ นอกจากนี้ ข้อมูลจากสถานการณ์จริง (real-world evidence) มีบทบาทสำคัญในการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพชนิดเดิมหลังจากที่ได้รับการบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ โดยที่การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ข้อมูลจากสถานการณ์จริง เป็นวิธีการที่มีความสำคัญและถูกนำมาใช้ในประกอบการตัดสินใจเพื่อกำหนดนโยบายสาธารณะในด้านต่างๆ รวมถึงการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพชนิดเดิมหลังจากที่ได้รับการบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์แล้ว โดยหน่วยงานภาครัฐหรือกองทุนหลักประกันสุขภาพในฐานะผู้จ่ายเงิน (budget holder) ต้องการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม ในการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกและในการเพิ่มการเข้าถึงเทคโนโลยีด้านสุขภาพ รวมถึงในการกำกับติดตามการใช้ยาให้เป็นไปตามเงื่อนไขการสั่งใช้ยา⁽⁴⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการรักษาของยาในบัญชี จ(2) จากข้อมูลในสถานการณ์จริง เปรียบเทียบกับแนวทางกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) และศึกษาอัตราการรอดชีพ โดยคัดเลือกรายการที่จะใช้เป็นกรณีศึกษาที่เข้าตามเกณฑ์ ได้แก่ 1) เป็นยาที่มีแนวโน้มของการใช้ยาภายในประเทศสูงขึ้นหรือเป็นยาที่มีราคาสูง 2) ถูกบรรจุเป็นยาบัญชี จ(2) ในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 3 ปี และ 3) สามารถวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพได้จากข้อมูลการเสียชีวิต ซึ่งการศึกษานี้คัดเลือกยาในกลุ่มยับยั้งไทโรซีนไคเนส หรือ tyrosine kinase inhibitors (TKIs) ในข้อบ่งใช้โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบ

มัยอีลอยด์ เป็นกรณีศึกษา โดยยาในกลุ่มดังกล่าวประกอบด้วยยา imatinib, nilotinib และ dasatinib ซึ่งมีการะบบประมาณสูง (ประมาณ 400 ล้านบาทต่อปี) นอกจากนี้ ยาทั้ง 3 รายการ ถูกบรรจุเป็นยาบัญชี จ(2) ในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 3 ปี และสามารถวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพได้จากข้อมูลการเสียชีวิต

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective cohort study) เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์โดยใช้ข้อมูลจากสถานการณ์จริง และนำมาเปรียบเทียบกับเงื่อนไขและแนวทางกำกับการใช้ยา TKIs ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

กรอบการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์รูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ที่ได้รับยา TKIs ระหว่างปีงบประมาณ 2555–2561 จากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการเบิกจ่ายชดเชยยาบัญชี จ(2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฐานข้อมูลดังกล่าวประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการเบิกจ่ายชดเชยยาบัญชี จ(2) รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษา ซึ่งครอบคลุมข้อมูลของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิประกันสังคมทั่วประเทศ

จากนั้นติดตามสถานะของการได้รับยาและการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ ตั้งแต่วันที่ได้รับยาครั้งแรกจนผู้ป่วยเสียชีวิตหรือจนถึงวันสิ้นสุดการติดตามผู้ป่วย ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562

การรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ตามเงื่อนไขและแนวทางกำกับการใช้ยาในกลุ่ม TKIs ในบัญชียาหลักแห่งชาติ กำหนดให้ใช้ยา imatinib สำหรับการรักษาลำดับแรก (first-line therapy) และ

ในกรณีที่เกิดการดื้อยาหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาซึ่งพิจารณาจากการตอบสนองระดับโครโมโซม (cytogenetic response) และ/หรือการตอบสนองทางโลหิตวิทยา (hematologic response) ให้ปรับเปลี่ยนการรักษาโดยใช้ยา nilotinib และ dasatinib เป็นการรักษาลำดับที่ 2 (second-line therapy) และลำดับที่ 3 (third-line therapy) ตามลำดับ^(5,6)

ตามแนวทางกำกับการใช้ยาในกลุ่ม TKIs จะอนุมัติให้ใช้ยาสำหรับการรักษาลำดับที่ 2 ในกรณีที่ผู้ป่วยดื้อต่อยาลำดับแรกที่ได้รับในขนาดสูงสุดแล้ว (maximum dose) ตามเกณฑ์วินิจฉัยการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาหลังได้รับยา การศึกษานี้จึงกำหนดกรอบการวิเคราะห์รูปแบบการรักษาเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ขนาดยาต่อวันที่ผู้ป่วยได้รับ โดยพิจารณาจากประวัติการได้รับยา imatinib 2 ครั้ง (visit) สุดท้าย ก่อนวันสิ้นสุดการติดตามหรือก่อนเปลี่ยนการรักษาเป็นยา nilotinib โดยกำหนดให้ imatinib 400 มิลลิกรัมต่อวันเป็นขนาดยามาตรฐาน (standard dose) และตามแนวทางกำกับการใช้ยา กรณีผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากยาจะปรับลดขนาดยาเป็น 300 มิลลิกรัมต่อวัน และอาจปรับขนาดยาจนถึง 800 มิลลิกรัมต่อวัน ในกรณีที่ไม่ตอบสนองต่อขนาดยามาตรฐาน ทั้งนี้ เนื่องจากเป็นฐานข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นข้อมูลจากการเบิกจ่ายชดเชยยา จึงไม่สามารถทราบขนาดยา imatinib ที่ผู้ป่วยได้รับต่อวันโดยตรง ผู้วิจัยจึงพิจารณาปริมาณยาที่เบิกจ่ายต่อครั้งร่วมกับสัดส่วนการครอบครองยา (medication possession ratio) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณยาเพียงพอสำหรับการใช้จนถึงวันนัดครั้งถัดไป โดยปริมาณยาที่ได้รับไม่เกิน 1.2 เท่าของปริมาณยาที่ควรได้รับ⁽⁷⁾ โดยในที่นี้คิดเป็นขนาดยา imatinib ที่เบิกจ่ายไม่ควรเกินประมาณ 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน ดังนั้น ในการศึกษาจะกำหนดกรอบการวิเคราะห์

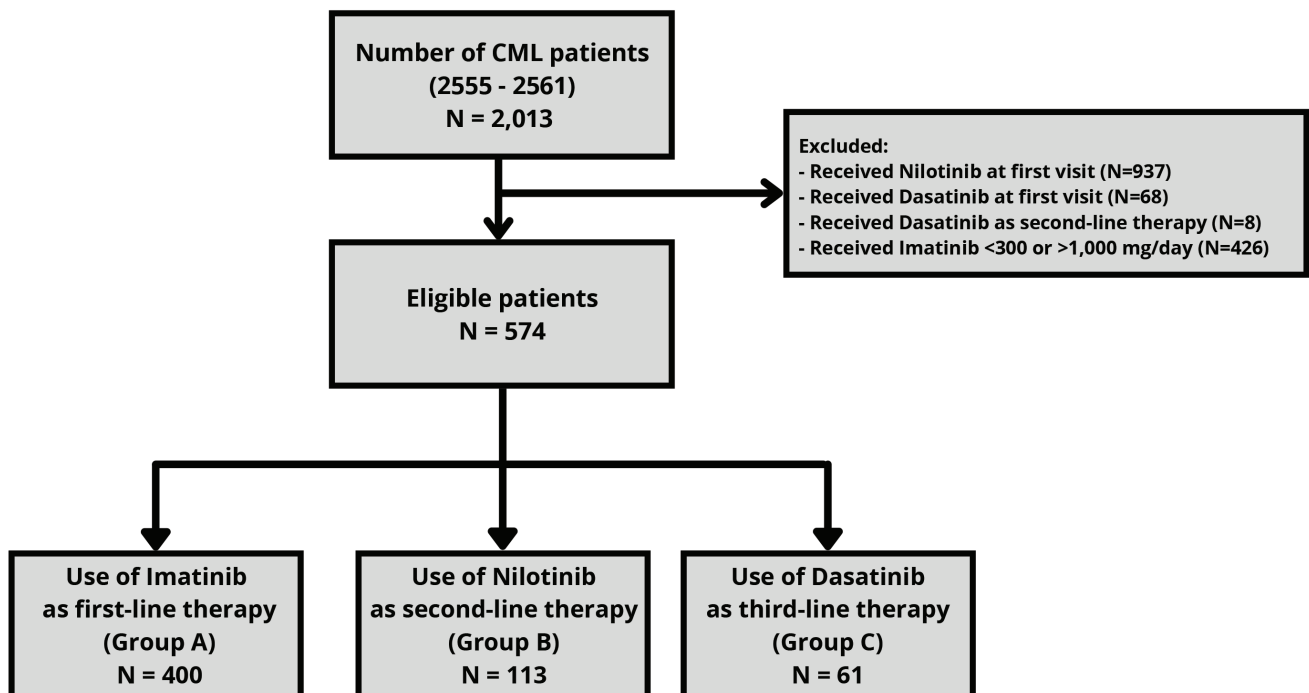
โดยพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติการเบิกจ่ายชดเชยยา imatinib ในขนาดยา 300–1,000 มิลลิกรัมต่อวัน และ 2) การวิเคราะห์ระยะเวลาการรักษาก่อนจะเปลี่ยนการรักษาเป็นยาในลำดับถัดไป

โดยสรุป การศึกษานี้จะแบ่งการวิเคราะห์ผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม โดยพิจารณาจากลำดับของการได้รับยา ได้แก่

- 1) กลุ่ม A คือ กลุ่มที่ได้รับยา imatinib ในลำดับที่ 1 และได้รับยา imatinib จนถึงครั้งสุดท้ายที่ได้รับยา
- 2) กลุ่ม B คือ กลุ่มที่มีประวัติการได้รับยา imatinib เป็นลำดับที่ 1 และเปลี่ยนแปลงการรักษาโดยได้รับยา nilotinib จนถึงครั้งสุดท้ายที่ได้รับยา
- 3) กลุ่ม C คือ กลุ่มที่มีประวัติการได้รับยา imatinib และ nilotinib เป็นลำดับที่ 1 และ 2 ตามลำดับ จากนั้นได้รับยา dasatinib จนถึงครั้งสุดท้ายที่ได้รับยา

การคัดเลือกผู้ป่วยที่ใช้ในการวิเคราะห์

การศึกษานี้คัดเลือกผู้ป่วยที่ใช้วิเคราะห์ตามเกณฑ์อนุมัติการใช้ยาที่กำหนดไว้ในแนวทางการกำกับการใช้ยา บัญชี จ(2) ซึ่งต้องเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอิลอยด์ในระยะ chronic stable phase ซึ่งมีผู้ป่วยโรคดังกล่าวที่มีรหัสการวินิจฉัยโรค C92.1 ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ จากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการเบิกจ่ายชดเชยยาบัญชี จ(2) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2561 มีจำนวน 2,013 ราย จากนั้นคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยากลับ TKIs และมีลำดับการได้รับยาและขนาดยา imatinib ก่อนวันสิ้นสุดการติดตามหรือก่อนเปลี่ยนการรักษาเป็นยา nilotinib เป็นไปตามกรอบการวิเคราะห์ข้อมูล จะพบผู้ป่วยจำนวน 574 ราย ทั้งนี้ เมื่อจัดแบ่งกลุ่มตามกรอบการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยผู้ป่วยในกลุ่ม A, B และ C จำนวน 400, 113 และ 61 ราย ตามลำดับ (รายละเอียดตามภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 การคัดเลือกผู้ป่วยที่ใช้ในการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ผลการศึกษา

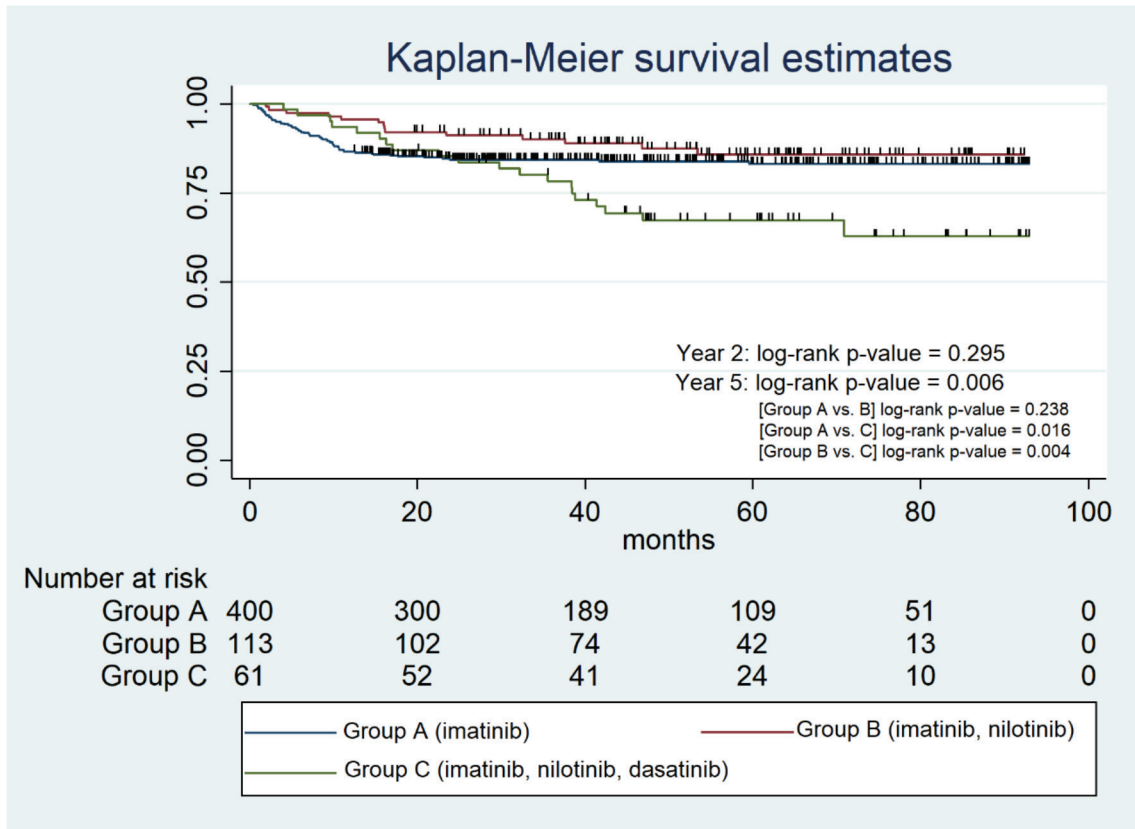
การศึกษานี้แบ่งการวิเคราะห์ผลการศึกษาเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ (ณ วันที่ได้รับยาครั้งแรก) สิทธิการรักษา เศรษฐฐานะ เขตสุขภาพที่เข้ารับการรักษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและแสดงผลการศึกษาในรูปแบบ ความถี่ ร้อยละ ค่ากลาง และค่าการกระจาย

2. การวิเคราะห์รูปแบบการรักษา โดยวิเคราะห์ขนาดยา imatinib ต่อวัน (มิลลิกรัม) ก่อนวันสิ้นสุดการติดตามหรือก่อนเปลี่ยนการรักษาเป็นยา nilotinib รวมถึงมัธยฐาน

ของระยะเวลาการรักษาก่อนจะเปลี่ยนการรักษาเป็นยาในลำดับถัดไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและแสดงผลการศึกษาในรูปแบบความถี่ ร้อยละ ค่ากลางและค่าการกระจาย

3. การวิเคราะห์ประสิทธิผล ในการศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์การรอดชีพ (overall survival) ณ ปีที่ 1–5 หลังได้รับยารวมถึงมัธยฐานของระยะเวลาการรอดชีพ โดยพิจารณาการเสียชีวิตจากโรคและการเสียชีวิตจากสาเหตุอื่นๆ ด้วยสถิติ non-parametric โดยใช้วิธี Kaplan-Meier และวิเคราะห์ความแตกต่างของอัตราการรอดชีพระหว่างรูปแบบการรักษาด้วยสถิติ log-rank test



ภาพที่ 2 การวิเคราะห์การรอดชีพด้วยวิธี Kaplan-Meier

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยโรค มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ที่ได้รับยาใน กลุ่ม TKIs จำนวน 574 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยในกลุ่ม A, B และ C จำนวน 400, 113 และ 61 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.8, 62.0 และ 70.5 ใน

กลุ่ม A, B และ C ตามลำดับ) มีอายุ ณ วันเริ่มการรักษา ด้วยยา imatinib ใกล้เคียงกัน โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 39, 38 และ 41 ปี ในกลุ่ม A, B และ C ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วน ใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30–39 ปี (ร้อยละ 34.2, 36.3 และ 29.5 ตามลำดับ) สิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 96.5, 83.2 และ 83.6 ตามลำดับ) และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในพื้นที่เขต 13 หรือกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 41.5, 30.1 และ 44.3 ตามลำดับ) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ลักษณะข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		
	กลุ่ม A (N=400)	กลุ่ม B (N=113)	กลุ่ม C (N=61)
อายุผู้ป่วย ณ วันเริ่มการรักษา (ปี)			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	40.8 (11.4)	39.3 (11.6)	43.5 (12.2)
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	39 (17)	38 (17)	41 (15)
เพศ			
ชาย	243 (60.8)	70 (62.0)	43 (70.5)
หญิง	157 (39.2)	43 (38.0)	18 (29.5)
ช่วงอายุ			
0-19 ปี	1 (0.2)	1 (0.9)	1 (1.6)
20-29 ปี	64 (16.0)	22 (19.5)	6 (9.8)
30-39 ปี	137 (34.2)	41 (36.3)	18 (29.5)
40-49 ปี	99 (24.8)	26 (23.0)	15 (24.6)
50-59 ปี	76 (19.0)	15 (13.3)	15 (24.6)
≥ 60 ปี	23 (5.7)	8 (7.1)	6 (9.8)
สิทธิการรักษา			
สิทธิประกันสังคม	386 (96.5)	94 (83.2)	51 (83.6)
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	14 (3.5)	19 (16.8)	10 (16.4)
เขตสุขภาพที่ให้บริการรักษา			
เขต 1 (ภาคเหนือ)	29 (7.2)	5 (4.4)	2 (3.3)
เขต 2 (ภาคเหนือ)	9 (2.2)	7 (6.2)	1 (1.6)
เขต 3 (ภาคเหนือ)	5 (1.2)	4 (3.5)	0 (0.0)
เขต 4 (ภาคกลาง)	25 (6.2)	12 (10.6)	8 (13.1)
เขต 5 (ภาคกลาง)	24 (6.0)	6 (5.3)	5 (8.2)
เขต 6 (ภาคกลาง)	80 (20.0)	14 (12.4)	9 (14.8)
เขต 7 (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)	10 (2.5)	4 (3.5)	1 (1.6)
เขต 8 (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)	8 (2.0)	4 (3.5)	0 (0.0)
เขต 9 (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)	7 (1.8)	6 (5.3)	0 (0.0)
เขต 10 (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)	12 (3.0)	5 (4.4)	1 (1.6)
เขต 11 (ภาคใต้)	17 (4.2)	4 (3.5)	3 (4.9)
เขต 12 (ภาคใต้)	8 (2.0)	8 (7.1)	4 (6.6)
เขต 13 (กรุงเทพมหานคร)	166 (41.5)	34 (30.1)	27 (44.3)

รูปแบบการรักษา

ตารางที่ 2 แสดงขนาดยา imatinib ต่อวัน ก่อนสิ้นสุดการติดตามหรือก่อนเปลี่ยนการรักษาเป็นยา nilotinib ในผู้ป่วยกลุ่ม A, B และ C เท่ากับ 444.3, 474.1 และ 474.8 มิลลิกรัม ตามลำดับ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาระยะเวลาการรักษาด้วยยาในกลุ่ม TKIs ลำดับก่อนหน้าที่จะเปลี่ยนการ

รักษาเป็นยาในลำดับถัดไป พบว่า มัธยฐานระยะเวลาการรักษาด้วยยา imatinib ก่อนเปลี่ยนเป็น nilotinib ในกลุ่ม B เท่ากับ 14.3 เดือน และกลุ่ม C เท่ากับ 13.5 เดือน และมัธยฐานระยะเวลาการรักษาด้วยยา nilotinib ก่อนเปลี่ยนเป็น dasatinib ในกลุ่ม C เท่ากับ 7.9 เดือน

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์รูปแบบการรักษา

ข้อมูล	กลุ่ม A (N=400)	กลุ่ม B (N=113)	กลุ่ม C (N=61)
ขนาดยา imatinib ต่อวัน (มิลลิกรัม) ก่อนสิ้นสุดการติดตามหรือก่อนเปลี่ยนการรักษาเป็นยา nilotinib*			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	444.3 (118.4)	474.1 (149.0)	474.8 (123.9)
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	428.6 (50.6)	428.6 (94.1)	428.6 (121.7)
มัธยฐานระยะเวลาการรักษา ก่อนจะเปลี่ยนการรักษาเป็นยาในลำดับถัดไป (เดือน) (พิสัยควอไทล์)#			
เปลี่ยนจาก imatinib เป็น nilotinib	-	14.30 (19.2)	13.5 (20.8)
เปลี่ยนจาก nilotinib เป็น dasatinib	-	-	7.9 (12.6)

หมายเหตุ: (1) *ประวัติการได้รับยา imatinib 2 ครั้ง (visit) สุดท้าย ก่อนวันสิ้นสุดการติดตาม หรือก่อนเปลี่ยนการรักษาเป็นยา nilotinib

(2) #ประวัติการได้รับยา imatinib หรือ nilotinib ก่อนผู้ป่วยจะเปลี่ยนการรักษาเป็นยาในลำดับที่ 2 และ 3 ตามแนวทางกำกับการใช้ยา

ประสิทธิภาพ

การวิเคราะห์การรอดชีพของผู้ป่วยกลุ่ม A, B และ C พบว่า อัตราการรอดชีพ (overall survival rate) ที่ระยะเวลา 2 ปี ของแต่ละกลุ่มเท่ากับร้อยละ 84.3 (95%CI: 80.3-87.6), ร้อยละ 91.0 (95%CI: 83.9-95.1) และร้อยละ 85.2 (95%CI: 73.4-92.0) ทั้งนี้ อัตราการรอดชีพระหว่างทั้ง 3 รูปแบบไม่แตกต่างกัน (log-rank p -value 0.295) โดยมีอัตราการรอดชีพที่ระยะเวลา 5 ปีเท่ากับร้อยละ 83.2 (95%CI: 78.9-86.7), ร้อยละ 85.7 (95%CI: 76.7-91.4)

และร้อยละ 66.4 (95%CI: 52.3-77.2) ตามลำดับ อัตราการรอดชีพระหว่างทั้ง 3 รูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (log-rank p -value 0.006) โดยที่อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยกลุ่ม A และ B สูงกว่ากลุ่ม C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (log-rank p -value: group A vs. C; 0.016, group B vs. C; 0.004) นอกจากนี้ มัธยฐานระยะเวลาการติดตามการรักษาในแต่ละกลุ่ม เท่ากับ 36.6, 50.7 และ 47.6 เดือน ตามลำดับ

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การรอดชีพ

ข้อมูล	กลุ่ม A (N=400)	กลุ่ม B (N=113)	กลุ่ม C (N=61)
การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ (all-cause mortality)			
จำนวน (ร้อยละ)	64 (16.0)	14 (12.4)	20 (32.8)
มัธยฐานระยะเวลาการติดตามผู้ป่วย (median follow-up time)			
เดือน (ค่าพิสัยควอไทล์)	36.6 (44.0)	50.7 (30.1)	47.6 (34.1)
อัตราการรอดชีพ (survival rate)			
อัตราการรอดชีพที่ 1 ปี (95% CI)	86.5 (82.8-89.5)	95.6 (89.7-98.1)	93.4 (83.5-97.5)
อัตราการรอดชีพที่ 2 ปี (95% CI)	84.3 (80.3-87.6)	91.0 (83.9-95.1)	85.2 (73.4-92.0)
อัตราการรอดชีพที่ 3 ปี (95% CI)	84.3 (80.3-87.6)	90.0 (82.6-94.3)	78.3 (65.6-86.8)
อัตราการรอดชีพที่ 4 ปี (95% CI)	83.8 (79.8-87.2)	87.5 (79.3-92.6)	66.4 (52.3-77.2)
อัตราการรอดชีพที่ 5 ปี (95% CI)	83.2 (78.9-86.7)	85.7 (76.7-91.4)	66.4 (52.3-77.2)

วิจารณ์

ผลการวิเคราะห์รูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ด้วยยากกลุ่ม TKIs จากข้อมูลในสถานการณ์จริง พบว่า ขนาดยา imatinib ต่อวัน ก่อนเปลี่ยนการรักษาเป็นยา nilotinib ในกลุ่มที่ได้รับยา nilotinib เป็นลำดับที่ 2 (กลุ่ม B) และกลุ่มที่มีประวัติการได้รับยา imatinib และ nilotinib เป็นลำดับที่ 1 และ 2 จากนั้นได้รับยา dasatinib จนถึงครั้งสุดท้ายที่ได้รับยา (กลุ่ม C) มีค่าเฉลี่ยของขนาดยา imatinib ต่อวัน เท่ากับ 474.1 และ 474.8 มิลลิกรัม ตามลำดับ ซึ่งเป็นขนาดยาที่ใกล้เคียงกับขนาดยามาตรฐานต่อวัน แต่อาจไม่สอดคล้องตามแนวทางกำกับการใช้ยากกลุ่ม TKIs ที่กำหนดให้การอนุมัติให้ใช้ยาลำดับที่ 2 ผู้ป่วยดื้อต่อยาลำดับแรก โดยที่ได้รับยาในขนาดสูงสุด (maximum dose) หรือเท่ากับ 600-800 มิลลิกรัมต่อวัน ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลจากฐานข้อมูลมีข้อจำกัดเกี่ยวกับข้อมูลทางคลินิกที่จำเป็นในการวิเคราะห์สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงการรักษาเป็นยา

ลำดับที่ 2 และ 3 ได้แก่ การประเมินการตอบสนองต่อการรักษา การดื้อยา รวมถึงการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรืออาการข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถวิเคราะห์สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงการรักษาในผู้ป่วยที่ศึกษาได้ อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมที่มากกว่าผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการศึกษานี้ เป็นผลมาจากการใช้เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยที่พิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม TKIs ตามกรอบการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้สามารถนำผลการวิเคราะห์รูปแบบการรักษาเปรียบเทียบกับแนวทางกำกับการใช้ยากกลุ่ม TKIs ได้ โดยเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยา imatinib ในลำดับที่ 1 และได้รับยา imatinib จนถึงครั้งสุดท้ายที่ได้รับยา (กลุ่ม A) รวมถึงผู้ป่วยกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา (กลุ่ม B และ C) จะต้องมีการประวัติการได้รับยา imatinib เป็นลำดับที่ 1 และได้รับยา nilotinib และ dasatinib เป็นการรักษาด้วยยาลำดับที่ 2 และ 3 ตามลำดับ จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ในการวิเคราะห์มีเพียง 574 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 2,013 ราย ทั้งนี้ อาจ

เป็นข้อจำกัดของฐานข้อมูลและลักษณะข้อมูลที่ไม่ตรงกับเกณฑ์คัดเลือกของการศึกษา จึงไม่ได้เกี่ยวข้องกับการเข้าไม่ถึงยาของผู้ป่วยตามสิทธิการรักษา

นอกจากนี้ จากรายงานการประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ในช่วง พ.ศ. 2557-2561 พบความไม่สอดคล้องของเงื่อนไขของการสั่งใช้ยา imatinib ในบัญชี จ(2) เดิม ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ยาอื่นในข้อบ่งใช้ โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ เนื่องจากเดิมกำหนดข้อบ่งใช้ยา imatinib ในโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ ระยะ chronic stable phase และอนุมัติให้ใช้ยา imatinib ในขนาดไม่เกิน 400 มิลลิกรัมต่อวันเท่านั้น โดยที่ไม่อนุมัติให้ใช้ยาในขนาดเกิน 400 มิลลิกรัมต่อวันในกรณีอื่น รวมถึงไม่ได้อนุมัติให้ใช้ในระยะ blastic phase ที่สามารถให้ยา imatinib เพื่อรักษาได้ในขนาด 600-800 มิลลิกรัมต่อวัน กอปรกับก่อนที่จะมียา dasatinib ในประเทศไทย ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับยา imatinib ขนาด 600-800 มิลลิกรัมต่อวัน ผ่านโครงการเบิกจ่ายตรงสำหรับผู้ป่วยมะเร็งค่าใช้จ่ายสูง (oncology prior authorization; OCPA) และโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งของเนื้อเยื่อในระบบทางเดินอาหารและโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ที่ต้องใช้ยา Imatinib mesilate (Glivec International Patient Assistant Program; GIPAP) ตามลำดับ ทำให้คณะทำงานกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2) และยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีเงื่อนไขการสั่งใช้ไม่สามารถจัดทำแนวทางกำกับการใช้ยา dasatinib ให้เป็นไปตามหลักวิชาการได้ จึงเสนอให้มีการพิจารณาทบทวนเงื่อนไขการสั่งใช้ยา imatinib และปรับแก้ไขเพิ่มเติมความแรงของยา imatinib ให้มีความเหมาะสมในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2561⁽⁸⁾ จึงอาจมี

ผลทำให้การวิเคราะห์ขนาดยา imatinib ต่อวันของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์จากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการเบิกจ่ายชดเชยยาบัญชี จ(2) ไม่สอดคล้องกับแนวทางกำกับการใช้ยาในกลุ่ม TKIs

ในส่วนของผลการศึกษาเกี่ยวกับคำมัยฐานของการเปลี่ยนแปลงการรักษา (treatment switching) จากยา imatinib เป็นยา nilotinib ในระยะเวลาประมาณ 14 เดือน และเปลี่ยนแปลงการรักษาจากยา nilotinib เป็นยา dasatinib ในระยะเวลาประมาณ 8 เดือนนั้น จากการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาผลการศึกษาเบื้องต้นในส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลจากสถานการณ์จริง ที่ประชุมตั้งข้อสังเกตว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงการรักษาในระยะเวลาสั้นเกินไปเมื่อเทียบกับประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว เนื่องจากมีผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 30 ที่เกิดการดื้อยา โดยการดื้อยาสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) การดื้อยาตั้งแต่ได้รับยาเป็นครั้งแรก (primary resistance) ซึ่งมักเกิดขึ้นภายใน 6 เดือนแรกที่ได้รับยา และ 2) การดื้อยาที่เคยใช้ได้ผล (secondary resistance) ซึ่งมักเกิดขึ้นหลังจากได้รับยาประมาณ 3-6 ปี อย่างไรก็ตามที่ประชุมเห็นว่าระยะเวลาการเปลี่ยนยาที่สั้นนี้อาจเกิดขึ้นได้ เนื่องจากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ยาของทุกโรงพยาบาลในประเทศ ซึ่งระยะเวลาในการเปลี่ยนยาขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ซึ่งอาจมีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญต่างกัน

การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ 1) การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการเบิกจ่ายชดเชยยาบัญชี จ(2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งครอบคลุมข้อมูลของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิประกันสังคมทั่วประเทศ ซึ่งฐานข้อมูลดังกล่าวไม่ได้รวมผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ทั้งนี้ ระบบสารสนเทศการเบิกจ่ายชดเชยสำหรับการรักษาโรคมะเร็ง

และโลหิตวิทยา สำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล เป็นฐานข้อมูลผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการที่ผ่านการอนุมัติการใช้ยา ซึ่งแสดงข้อมูลการได้รับยาของผู้ป่วยรายใหม่ในครั้งแรกเท่านั้น จึงไม่สามารถนำมาวิเคราะห์รูปแบบการรักษาและประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ 2) ข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการเบิกจ่ายชดเชยยาบัญชี จ(2) ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการเบิกจ่ายชดเชยยาบัญชี จ(2) รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาซึ่งไม่ได้รวมข้อมูลทางคลินิกที่จำเป็นในการระบุสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงการรักษาด้วยยา เช่น การตรวจยีนที่ดื้อต่อยา การตอบสนองต่อการรักษาทั้ง hematologic และ/หรือ cytogenetic response การเกิดอาการกำเริบจากระยะเร่งรัดไปสู่ระยะ accelerated หรือ blast crisis เป็นต้น ทำให้มีข้อจำกัดในวิเคราะห์สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงการรักษาเป็นลำดับที่ 2 และ 3

ข้อยุติ

ผลการศึกษาการวิเคราะห์ข้อมูลจากสถานการณ์จริงเพื่อศึกษารูปแบบการรักษายากลุ่ม TKIs พบว่าในสถานการณ์จริงมีการใช้ยาไม่ตรงตามเงื่อนไขเป็นส่วนใหญ่เมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ดังกล่าวใช้ข้อมูลที่ถูกบันทึกในฐานข้อมูลการขออนุมัติใช้ยาและการเบิกจ่ายเงินชดเชยของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ซึ่งขาดข้อมูลสำคัญในการวิเคราะห์สาเหตุของการใช้ยาที่ไม่ตรงตามแนวทางกำกับการใช้ยา โดยเฉพาะสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงการรักษาเป็นลำดับที่ 2 และ 3

ดังนั้น ในอนาคตควรมีการศึกษารูปแบบการรักษาและประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาโดยใช้ข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์สาเหตุของการใช้ยาไม่ตรงตามเงื่อนไขในแนวทางกำกับ

การใช้ยา รวมถึงใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อพัฒนาและปรับปรุงแนวทางกำกับการใช้ยาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับข้อมูลตามแนวทางการรักษาและการปฏิบัติงานจริง นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะต่อคณะทำงานกำกับดูแลการสั่งจ่ายยาบัญชี จ(2) และยาที่มีเงื่อนไขการสั่งใช้ ให้พิจารณากำหนดผลลัพธ์ที่สำคัญต่อการประเมินความเหมาะสมของการสั่งจ่ายยา เช่น ในกรณีศึกษา TKIs ควรกำหนดข้อมูลทางคลินิกที่สำคัญต่อการติดตามผลการรักษาและการเปลี่ยนแปลงการรักษาด้วยยา ซึ่งประกอบด้วย การตรวจยีนที่ดื้อต่อยา การตอบสนองต่อการรักษาทั้ง hematologic และ/หรือ cytogenetic response การเกิดอาการกำเริบจากระยะเร่งรัดไปสู่ระยะ accelerated หรือ blast crisis รวมถึงมีข้อเสนอแนะต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพให้พัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อติดตามสถานการณ์การใช้ยาบัญชี จ(2) โดยเพิ่มการนำเข้าข้อมูลที่เป็นต่อการติดตามหรือประเมินผลลัพธ์ของการรักษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

โครงการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม นักวิชาการ ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ที่อนุเคราะห์ข้อมูลสำหรับการศึกษานี้

References

1. Announcement of the National Drug Committee on National List of Essential Medicine B.E. 2551 (2008). The Royal Thai Government Gazette, Volume 125, Special Section 51 Ngor. (Mar 10, 2008). (in Thai)
2. Chaikledkaew U, Teerawattananon Y (Editors). Guidelines for health technology assessment in Thailand. 2nd ed. Nonthaburi: Watcharin P.P.; 2014. (in Thai)
3. Rothwell PM. External validity of randomised controlled



- trials: “to whom do the results of this trial apply?”. The Lancet. 2005;365(9453):82-93.
4. Nason E, Husereau D. Roundtable on real world evidence system readiness—are we ready to use routinely collected data to improve health system performance. Institute on Health Economics. 2014 [accessed on: 2021 Feb 12]. Available from: https://www.ihe.ca/download/real_world_evidence_system_readiness_summary_report.pdf.
 5. Announcement of the National Drug Development System Committee on National List of Essential Medicine B.E. 2561 (2018). The Royal Thai Government Gazette Volume 135, Special Section 14 Ngor. (Jan 19, 2018). (in Thai)
 6. Announcement of the National Drug Development System Committee on National List of Essential Medicine B.E. 2560 (2017). The Royal Thai Government Gazette Volume 134, Special Section 119 Ngor. (Apr 28, 2017). (in Thai)
 7. Thorpe CT, Johnson H, Dopp AL, Thorpe JM, Ronk K, Everett CM, et al. Medication oversupply in patients with diabetes. Res Social Adm Pharm 2015;11(3):382-400.
 8. The Subcommittee of National List of Essential Medicine. The minutes of the Subcommittee of National List of Essential Medicine meeting no. 2/2015; 2015 February 27; venue: Thai Food and Drug Administration, Nonthaburi. (in Thai)

กรอบบริการฟื้นฟูโดยคนพิการและครอบครัว ในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปสำหรับความพิการ ทางสติปัญญา ออทิสติกและการเรียนรู้

ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย*

วาริสรา ททรัพย์ประดิษฐ์*

นำพร สามิภักดิ์*

ผู้รับผิดชอบบทความ: วาริสรา ททรัพย์ประดิษฐ์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากรอบบริการฟื้นฟูโดยคนพิการและครอบครัวในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปสำหรับความพิการทางสติปัญญา ออทิสติก และการเรียนรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาบริการอื่นๆ ที่จำเป็น ตลอดจนเพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายการจัดการบริการสำหรับกลุ่มคนพิการดังกล่าวต่อไป โดยเก็บข้อมูลด้วยกระบวนการถอดบทเรียนและใช้กระบวนการสนทนากลุ่มในผู้ให้บริการ คนพิการและครอบครัวที่เข้ารับบริการและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ให้บริการจำนวน 8 แห่ง จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูล จัดทำกรอบชุดบริการโดยกรอบบริการทั้งหมดจะต้องครอบคลุมการให้บริการคนพิการตลอดช่วงชีวิตตั้งแต่เกิดจนถึงเสียชีวิต พิจารณาถึงความต้องการของคนพิการในแต่ละช่วงวัย ผลลัพธ์เพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระได้เต็มศักยภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่ให้บริการคนพิการทางสติปัญญาและออทิสติก มีลักษณะงานบริการที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ การให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อนสำหรับครอบครัวคนพิการ การฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระและทักษะทางสังคม การดูแลคนพิการแบบทดแทนชั่วคราว บริการฝึกทักษะอาชีพและบริการช่วยเหลือ การดูแลคนพิการระยะยาวโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และบริการสนับสนุนครอบครัวคนพิการ ส่วนศูนย์บริการคนพิการทั่วไปสำหรับความพิการทางการเรียนรู้พบว่า ยังไม่มีการให้บริการที่ชัดเจน แต่เมื่อถอดบทเรียนจากประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ ผู้ปกครองของคนพิการทางการเรียนรู้และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว พบว่า จะต้องเน้นที่บริการเสริมทักษะการเรียนรู้ทั้งในและนอกโรงเรียน และบริการสนับสนุนสำหรับครูและครอบครัวให้เด็กสามารถเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพตามเงื่อนไขที่เด็กมี

กรอบชุดบริการดังกล่าวเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การพัฒนาเป็นมาตรฐานการจัดการบริการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ร่วมกับการปรับเปลี่ยนแนวทางการพัฒนาระบบบริการคนพิการในศูนย์บริการคนพิการในอนาคต ครอบคลุมประเด็นเรื่องการแก้ไขกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการจัดตั้งศูนย์บริการ การกำหนดมาตรฐานบริการ การพัฒนากำลังคนผู้ให้บริการ การสนับสนุนงบประมาณ และระบบข้อมูลข่าวสาร

คำสำคัญ: ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป, พิการทางสติปัญญา, ออทิสติก, พิการทางการเรียนรู้, บริการฟื้นฟู

* สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

Received 27 August 2021; Revised 24 December 2021; Accepted 14 September 2022

Suggested citation: Chiangchaisakulthai K, Suppradist W, Samiphuk N. Rehabilitation services framework by the disabled and their family in disability services centers for intellectual disability, autism, and learning disability. Journal of Health Systems Research 2022;16(3):357-69.

ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, วาริสรา ททรัพย์ประดิษฐ์, นำพร สามิภักดิ์. กรอบบริการฟื้นฟูโดยคนพิการและครอบครัวในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปสำหรับความพิการทางสติปัญญา ออทิสติกและการเรียนรู้. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(3):357-69.

Rehabilitation Services Framework by the Disabled and their Family in Disability Services Centers for Intellectual Disability, Autism, and Learning Disability

Kwanpracha Chiangchaisakulthai*, Warisa Suppradist*, Numporn Samiphuk*

* International Health Policy Program, Ministry of Public Health

Corresponding author: Warisa Suppradist, warisa.s@ihpp.thaigov.net

Abstract

This study aimed to investigate rehabilitation services framework by the disabled and family for people with intellectual disabilities, autism and learning disabilities, and to study the feasibility of developing other necessary services for policy recommendations. Data were collected using the process of lessons learnt and the focus group discussions with service providers, people with disabilities and their families in 8 disability service centers. Then, analyzing data based on the framework, considering the care process of people with disabilities throughout their lives from birth to death and needs of people with disabilities for each age range. The ultimate outcomes were that people with disabilities could live to their full potential.

The results showed that the disability services centers for intellectual disabilities and autism had similar service characteristics including family peer counseling, independent living skills and social skills training, respite care, job skills training and job coach, life stop service and family support. Obviously, there were unclearly services providing in the center of disability services for individuals with learning disability. However, lessons learned from experts, parents of people with learning disabilities and related organizations indicated that emphasis should be placed on learning skills both in school and out of school together with school buddy for teacher and family in order to increase learning skills and potentiality based on individuals' condition.

This services framework would lead to the establishment of standards for service provision in the disability services centers in the future, together with the adjustments in accordance with the guidelines for the development of service systems for the disabled in the disability services centers. It covered the issue of amending the rules and regulations related to the establishment of service centers, setting service standards, service provider development, financial support, and information system.

Keywords: disability services center, intellectual disability, autism, learning disability, rehabilitation service

ภูมิหลังและเหตุผล

ความพิการ (disability) เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนและไม่ได้ตั้งอยู่เฉพาะมุมมองที่เป็นความบกพร่องด้านร่างกายเท่านั้น หากแต่เป็นการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งบุคคลและสังคม จึงจำเป็นต้องใช้มุมมองที่หลากหลายทั้งด้านการแพทย์ สิ่งแวดล้อม และทางสังคม⁽¹⁾ รูปแบบบริการที่คนพิการควรได้รับจึงต้องครอบคลุมใน

หลายมิติและไม่ควรจำกัดเพียงบริการภายในสถานพยาบาลเท่านั้น เพราะจะเน้นเฉพาะการฟื้นฟูด้านสุขภาพ แต่คนพิการยังต้องการการฟื้นฟูด้านอื่นๆ อีก ได้แก่ การศึกษา ความเป็นอยู่ สังคมและการเสริมพลัง และอีกหนึ่งรูปแบบของการให้บริการภายนอกโรงพยาบาลที่มีในประเทศไทย คือ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่จัดตั้งโดยองค์กรคนพิการ

เป็นหน่วยงานที่ถูกจัดตั้งขึ้นโดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 มาตรา 20/3, 20/4⁽²⁾ บนเป้าหมายหลักคือ การทำสิทธิคนพิการให้เป็นจริง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง สอดคล้องกับหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการ (United Nations - Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UN-CRPD) แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (community-based rehabilitation หรือ CBR) ขององค์การอนามัยโลก และหลักการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group)⁽³⁾ ที่ว่า “เรารู้ดีที่สุด” (we know best) หรือ ไม่มีใครรู้ดีเท่าผู้ที่เคยมีประสบการณ์ ซึ่งเป็นการรวมตัวของสมาชิกที่มีปัญหาล้ำยากัน มารวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรม แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ เพื่อแก้ปัญหาคือความพิการที่ประสบอยู่ โดยสมาชิกจะให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนซึ่งกันและกัน

ลักษณะของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ในเชิงอุดมคติจะต้องมีบทบาท คือ 1) เปลี่ยนจากการสงเคราะห์เป็นบริการ เปลี่ยนบทบาทคนพิการจากผู้รับบริการอย่างเดียวในอดีตเป็นผู้ให้บริการแก่คนพิการด้วยกัน คนพิการต้องมีอิสระในการตัดสินใจ เลือกจุดมุ่งหมายในชีวิต และออกแบบเส้นทางชีวิตของตนเอง (self-directed) 2) เป็นศูนย์กลางที่สามารถเชื่อมโยงแต่ละหน่วยงานและแต่ละบริการเข้าด้วยกัน 3) สามารถบูรณาการทรัพยากรและผู้เชี่ยวชาญในแต่ละด้าน 4) มีกฎหมายรองรับเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบ 5) สามารถดำเนินการได้โดยทั้งภาครัฐและเอกชน และ 6) สามารถใช้งบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด⁽³⁾

จากข้อมูลสำรวจของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ณ วันที่ 13 เมษายน 2564⁽⁴⁾ พบว่า มีองค์กรด้านคนพิการที่ขึ้นทะเบียนเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปจำนวน 185 แห่งจากองค์กรด้านคนพิการทั้งหมดจำนวน 1,461 องค์กร คิดเป็นเพียงร้อยละ 12.7 รายงานของคณะ

กรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสังคม สมาชิกขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ เรื่อง “การพัฒนาศักยภาพศูนย์บริการคนพิการ”⁽⁵⁾ ได้วิเคราะห์เหตุผลไว้ว่า การที่องค์กรด้านคนพิการไม่ขอขึ้นทะเบียนจัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปนั้น เป็นเพราะว่า การขึ้นทะเบียนจัดตั้งเป็นศูนย์บริการฯ องค์กรคนพิการจะต้องผ่านการรับรองมาตรฐาน องค์กรให้เรียบร้อยก่อน ซึ่งองค์กรด้านคนพิการส่วนใหญ่ยังขาดความพร้อมในด้านงบประมาณ อาคารสถานที่ รวมทั้งองค์กรบางแห่งไม่เห็นความจำเป็นและความสำคัญของมาตรฐานองค์กร ขาดมาตรการจูงใจและสนับสนุนให้องค์กรคนพิการสมัครเข้ารับการตรวจรับรองมาตรฐานและขึ้นทะเบียนจัดตั้ง รวมทั้งยังไม่มีกำหนดรูปแบบการให้บริการและการบริหารจัดการที่ชัดเจน สถานการณ์นี้บ่งชี้ว่าแนวโน้มการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยคนพิการจะยังคงมีการให้บริการอยู่ในวงจำกัด บริการที่มีอยู่แยกส่วน โดยผู้ให้บริการมาจากหลากหลายหน่วยงาน ไม่มีความเชื่อมโยงและส่งต่อบริการซึ่งกันและกัน ส่งผลให้คนพิการกลุ่มเป้าหมายต้องแสวงหาบริการที่ต้องการด้วยตนเองและอาจไม่สามารถเข้าถึงบริการที่ควรได้รับ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางการดูแลและบริการที่คนพิการทางสติปัญญา ออทิสติก และการเรียนรู้ สำหรับความพิการทางสติปัญญา⁽⁶⁻⁷⁾ ในปัจจุบันประกอบด้วย การส่งเสริมศักยภาพครอบครัว การส่งเสริมพัฒนาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการศึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ และการใช้ยาเพื่อจัดการโรคร่วม ในขณะที่การบริการสำหรับคนพิการออทิสติก⁽⁸⁻¹⁰⁾ ประกอบด้วย การส่งเสริมพลังครอบครัว การส่งเสริมความสามารถเด็ก ส่งเสริมพัฒนาการพฤติกรรมบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ การรักษาด้วยยาและการบำบัดทางเลือก ส่วนบริการสำหรับพิการทางการเรียนรู้⁽¹¹⁾ ประกอบด้วย การช่วยเหลือครอบครัว การช่วยเหลือด้านจิตใจ การช่วย

เหลือด้านการเรียน และการใช้สื่อ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่าบริการบางส่วนที่ควรจะมี กลับไม่ได้ถูกกำหนดไว้ในประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2553 เรื่อง บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ จำนวน 26 รายการ⁽¹²⁾ เช่น ส่งเสริมพลังครอบครัว (family empowerment) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (social rehabilitation) และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (vocational rehabilitation) เป็นต้น ทำให้การให้บริการดังกล่าวจะไม่สามารถเบิกจ่ายค่าบริการได้

ทั้งนี้จากที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพคนพิการภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ 2 วันอังคารที่ 10 มีนาคม 2563 เรื่องการขับเคลื่อนการพัฒนาศูนย์บริการคนพิการทั่วไปเพื่อเป็นหน่วยร่วมให้บริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว⁽¹³⁾ สรุปได้ว่า ความพิการทางสติปัญญา ออทิสติกและการเรียนรู้ มีผู้ดำเนินการให้บริการอยู่จำนวนหนึ่ง และสามารถดำเนินการศึกษาถอดบทเรียนรูปแบบบริการได้

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากรอบบริการฟื้นฟูโดยคนพิการและครอบครัวในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปสำหรับความพิการทางสติปัญญา ออทิสติกและการเรียนรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาบริการอื่นๆ ที่จำเป็น ตลอดจนเพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายการจัดการบริการสำหรับกลุ่มคนพิการดังกล่าวต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ใช้กระบวนการถอดบทเรียนรูปแบบบริการจากศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและหน่วยงานอื่นๆ ที่มีการให้บริการในปัจจุบัน ครอบคลุมคนพิการทางสติปัญญา ออทิสติกและการเรียนรู้ และใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) กับผู้ให้บริการ คนพิการและครอบครัวที่เข้ารับบริการรวมถึงหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาบริการอื่นๆ ที่จำเป็น ตลอดจนนำบริการทั้งหมดมาระบุช่วงอายุที่ต้องการบริการนั้นๆ โดยเมื่อรวมเป็นกรอบบริการทั้งหมดแล้วจะต้องครอบคลุมการให้บริการคนพิการตลอดช่วงชีวิตตั้งแต่เกิดจนถึงเสียชีวิต พิจารณาถึงความต้องการของคนพิการในแต่ละช่วงวัย ผลลัพธ์เพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตได้เต็มศักยภาพที่มี รวมทั้งเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการจัดบริการ เสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ต่อไป

พื้นที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ศึกษา

คัดเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดเงื่อนไขคือ เป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่ดำเนินการโดยองค์กรคนพิการ (รับรองโดยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ) ที่มีการจัดบริการอยู่แล้ว หรืออยู่ระหว่างดำเนินการยื่นขอการรับรอง หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่ให้บริการฟื้นฟูฯ คนพิการทางสติปัญญา ออทิสติกและการเรียนรู้ที่มีรูปแบบบริการเน้นการดำรงชีวิตอิสระ มีการเชื่อมโยงบริการ ทำการเลือกพื้นที่โดยการทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการ เว็บไซต์และสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ ได้จำนวนพื้นที่ศึกษาทั้งหมด 8 พื้นที่ ดังนี้

1. ประเภทความพิการทางสติปัญญา ได้แก่

- สมาคมผู้ปกครองเด็กพิการหนองแฉม กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานเอกชน
- ชมรมผู้ปกครองคนพิการทางสติปัญญาจังหวัดสระแก้ว เป็นหน่วยงานเอกชน
- สมาคมผู้ปกครองคนพิการทางสติปัญญา กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานเอกชน

2. ประเภทออทิสติก ได้แก่

- สมาคมพัฒนาศักยภาพบุคคลออทิสติก (บ้าน

ทอฝัน) จังหวัดเชียงราย เป็นหน่วยงานเอกชน

- สมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสซึม (ไทย) กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานเอกชน

- สมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก จังหวัดขอนแก่น เป็นหน่วยงานเอกชน

- ศูนย์การศึกษาพิเศษส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร สังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ

3. ประเภทความพิการทางการเรียนรู้ ได้แก่

- ศูนย์การศึกษาพิเศษ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ

กลุ่มตัวอย่าง

1. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในแต่ละหน่วยงาน ประกอบด้วย ประธานชมรม/สมาคม หรือผู้อำนวยการศูนย์ฯ และเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์การให้บริการจริง อย่างน้อยพื้นที่ละ 3 คน

2. คนพิการและครอบครัวที่เข้ารับบริการโดยเลือกครอบครัวที่สะดวกและยินยอมในการให้ข้อมูล อย่างน้อยพื้นที่ละ 3 ครอบครัว

3. ตัวแทนจากหน่วยงานอื่นๆ ที่มีการทำงานร่วมกันจริงกับหน่วยงานในพื้นที่ศึกษา ทั้งลักษณะการประสานส่งต่อคนพิการหรือให้คำปรึกษา เช่น ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด ศูนย์ฝึกอาชีพ

วิธีการศึกษา

1. ดำเนินการเก็บข้อมูลใน 8 พื้นที่ศึกษาโดยการถอดบทเรียนและจัดกระบวนการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) บันทึกข้อมูลบริการต่างๆ ที่หน่วยงานให้บริการอยู่และบริการอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการตลอดจนนำบริการทั้งหมดมาระบุช่วงอายุที่ต้องการบริการนั้นๆ ทั้งเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) เด็กวัยเรียน (5-14 ปี) วัยรุ่น (15-21 ปี) วัยทำงาน (22-59 ปี) และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) โดยเมื่อรวมเป็นกรอบบริการทั้งหมดแล้วจะต้อง

ครอบคลุมการให้บริการคนพิการตลอดช่วงชีวิตตั้งแต่เกิดจนถึงเสียชีวิต พิจารณาถึงความต้องการของคนพิการในแต่ละช่วงวัย ผลลัพธ์คือเพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตได้เต็มศักยภาพที่มี

2. วิเคราะห์และสังเคราะห์กรอบบริการฟื้นฟูโดยคนพิการและครอบครัวในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปโดยต้องสามารถปฏิบัติงานได้จริงและขยายผลได้

3. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และรับฟังความคิดเห็นของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากพื้นที่ศึกษา เกี่ยวกับผลการศึกษาที่ได้ เพื่อปรับปรุงให้ได้ผลการศึกษาที่ครบถ้วนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

4. ประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) ได้แก่ ผู้แทนจากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ, นักวิชาชีพสายฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด และสมาคมคนพิการแห่งประเทศไทยทั้ง 3 ประเภทความพิการ เพื่อขอข้อคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอเชิงนโยบาย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ สำนักพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สคม. 845/2563)

การวิเคราะห์ข้อมูล

จากข้อมูลที่เก็บจากการถอดบทเรียนและจัดกระบวนการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) บริการต่างๆ ที่ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปให้บริการอยู่และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับบริการอื่นๆ ที่จำเป็น ครอบคลุมการให้บริการคนพิการตลอดช่วงชีวิตตั้งแต่เกิดจนถึงเสียชีวิต พิจารณาถึงความต้องการของคนพิการในแต่ละช่วงวัย ทำการวิเคราะห์เชิงลึกใช้การพิจารณาเนื้อหา (content analysis) และตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (data triangulation)

lation) โดยตรวจสอบความสอดคล้องและความถูกต้องจากข้อมูลที่ได้จาก 1) ผลงานเชิงประจักษ์จากการสะท้อนผลลัพธ์ของการได้รับบริการต่างๆ ของคนพิการและครอบครัวที่เข้ามาใช้บริการ 2) ความสอดคล้องของบริการที่จัดในพื้นที่ศึกษาที่เป็นประเภทความพิการเดียวกัน และ 3) ความสอดคล้องของข้อมูลจากการสัมภาษณ์หรือการอภิปรายบริการต่างๆ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งฝั่งผู้ให้บริการผู้รับบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สุดท้ายเมื่อได้รอบบริการพื้นที่ทั้งหมดแล้ว จึงจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และรับฟังความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ศึกษาอีกครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้องมากที่สุด

ผลการศึกษา

ในภาพรวมของการให้บริการของสถานบริการ 8 พื้นที่ พบทั้งสถานบริการที่เป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและได้รับงบประมาณจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ สังกัดกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ ชมรมผู้ปกครองคนพิการทางสติปัญญาจังหวัดสระแก้ว สมาคมผู้ปกครองคนพิการทางสติปัญญากรุงเทพมหานคร สมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสซึม (ไทย) กรุงเทพมหานคร และสมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดขอนแก่น และสถานบริการที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป แต่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในรูปแบบของโครงการ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ สมาคมผู้ปกครองเด็กพิการหนองแขม กรุงเทพมหานคร และสมาคมพัฒนาศักยภาพบุคคลออทิสติก (บ้านทอฝัน) จังหวัดเชียงราย นอกจากนี้ยังมีสถานบริการที่เป็นหน่วยงานราชการ 2 แห่ง ได้แก่ ศูนย์การศึกษาพิเศษส่วนกลางกรุงเทพมหานคร และศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

การถอดบทเรียนประเภทการให้บริการ

จากการให้บริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่จัดตั้งโดยองค์กรคนพิการ และการให้บริการคนพิการของ

ชมรมและองค์กรคนพิการอื่นๆ ที่ไม่ได้จัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป พบว่า มีการให้บริการหลายประเภท ดังนี้

1. การให้บริการทั่วไปสำหรับคนพิการทั้ง 3 ประเภท ความพิการ มีบริการในลักษณะของการจัดการรายกรณี (case manager) โดยมีการดำเนินการในเรื่องของการตรวจสอบ และคุ้มครองสิทธิประโยชน์หรือการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของคนพิการเฉพาะคนในแต่ละด้าน การช่วยเหลือการเข้าถึงการกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และอื่นๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์ที่คนพิการควรได้รับ

2. การให้บริการสำหรับคนพิการทางสติปัญญาและออทิสติก พบว่า ความพิการทั้งสองประเภทมีรูปแบบการให้บริการที่คล้ายคลึงกัน โดยในแต่ละศูนย์บริการคนพิการ ตลอดจนชมรมหรือองค์กรคนพิการ มีการให้บริการหลายประเภท เช่น

2.1 บริการให้คำปรึกษาคำปรึกษาเพื่อนสำหรับครอบครัวคนพิการ (family peer counseling) พบว่า ทุกศูนย์บริการและทุกชมรมมีการให้บริการสำหรับครอบครัวคนพิการที่เข้ามาเป็นสมาชิกใหม่ทุกราย เพื่อให้ผู้ปกครองและครอบครัวยอมรับความพิการ ลดการปิดกั้นและเข้าใจความพิการ มองเห็นศักยภาพในการพัฒนาคนพิการ ส่งผลให้คนพิการสามารถเข้าสู่ระบบการพัฒนาศักยภาพได้อย่างที่ควรจะเป็น ซึ่งเมื่อประเมินจากผลการให้บริการ พบว่า ผู้ปกครองที่เข้ามาใช้บริการและได้รับคำปรึกษาจะเข้าใจปัญหามากขึ้น เมื่อสอบถามย้อนหลังกับผู้รับบริการ พบว่า เกือบทั้งหมดให้ข้อมูลตรงกันว่าหากได้รับคำปรึกษาที่ชัดเจนในลักษณะนี้ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความพิการ น่าจะทำให้คนพิการเข้าถึงบริการฟื้นฟูได้เร็วกว่านี้ นอกจากนี้พบว่าเมื่อสอบถามผู้มีประสบการณ์ได้รับข้อมูลว่า ในอดีตเคยมีความพยายามพัฒนาบริการให้คำปรึกษาคำปรึกษาเพื่อนสำหรับครอบครัวคนพิการลักษณะนี้ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานที่วินิจฉัยว่ามีความพิการ ผลลัพธ์ที่ได้เปลี่ยนแปลงเป็นไปในทิศทางที่ดีแต่ขาดความต่อเนื่องในการจัดบริการดังกล่าว ทำให้ผู้ปกครองได้รับบริการคำปรึกษาคำปรึกษาเพื่อน

ล่าช้า โดยอาจใช้ระยะเวลามากกว่า 6 ปีหลังจากรับทราบการวินิจฉัยว่ามีคนพิการในครอบครัว

2.2 การฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระและทักษะทางสังคม พบว่า ศูนย์บริการและชมรมที่ให้บริการทุกหน่วยงาน ให้บริการนี้เป็นบริการเพิ่มเติมจากการได้รับการฝึกทักษะจากศูนย์การศึกษาพิเศษ ซึ่งจะช่วยให้คนพิการได้รับการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้พัฒนาการของคนพิการดีขึ้นได้มากกว่าเดิม รวมถึงเป็นการช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัวด้วย อย่างไรก็ตามพบว่า ในบางจังหวัด ถูกคณะกรรมการกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการระดับจังหวัดตั้งคำถามว่า การให้บริการนี้ซ้ำซ้อนกับการบริการที่กระทรวงศึกษาธิการให้อยู่แล้วหรือไม่ ซึ่งการตั้งคำถามดังกล่าวเกิดจากความไม่เข้าใจในบริการที่คนพิการจำเป็นต้องได้รับ ในข้อเท็จจริงผู้ปกครองส่วนใหญ่มองว่าการให้บริการเสริมจากการฝึกทักษะของศูนย์การศึกษาพิเศษมีความจำเป็นมาก นอกจากนี้การฝึกทักษะยังเป็นเรื่องจำเป็นตลอดช่วงชีวิต คนพิการที่อายุมากกว่า 18 ปี ซึ่งพ้นความรับผิดชอบของกระทรวงศึกษาธิการไปแล้ว จึงควรได้รับการฝึกที่ศูนย์บริการด้วย

เทคนิคในการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ พบว่ามีการใช้เทคนิคและกิจกรรมการฝึกที่หลากหลายขึ้นกับบริบทและความพร้อมของศูนย์ ได้แก่

- การฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระและทักษะทางสังคม ให้บริการ การฝึกทักษะกล้ามเนื้อมัดใหญ่ การฝึกทักษะกล้ามเนื้อมัดเล็ก การฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน การฝึกทักษะด้านการรับรู้และการแสดงออกทางภาษา การฝึกทักษะทางการเรียนรู้และวิชาการ และการฝึกทักษะทางสังคม

- ธาราบำบัด มีการให้บริการในหน่วยงานที่ศึกษา ได้แก่ ศูนย์การศึกษาพิเศษส่วนกลางกรุงเทพมหานคร, สมาคมพัฒนาศักยภาพบุคคลออทิสติก (บ้านทอฝัน) จังหวัดเชียงราย, สมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดขอนแก่น และสมาคมผู้ปกครองเด็กพิการหนองแขมกรุงเทพมหานคร

- อาซาบำบัด มีการให้บริการที่สมาคมพัฒนาศักยภาพบุคคลออทิสติก (บ้านทอฝัน) จังหวัดเชียงราย และสมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดขอนแก่น

- ดนตรีเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ มีการให้บริการที่ ศูนย์การศึกษาพิเศษส่วนกลางกรุงเทพมหานคร, สมาคมพัฒนาศักยภาพบุคคลออทิสติก (บ้านทอฝัน) จังหวัดเชียงราย, สมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดขอนแก่นและสมาคมผู้ปกครองคนพิการทางสติปัญญากรุงเทพมหานคร

- โดสะโฮ (Dousa-Hou) มีการให้บริการที่สมาคมผู้ปกครองเด็กพิการหนองแขมกรุงเทพมหานคร

- นิวโรฟีดแบค (neurofeedback) มีการให้บริการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษส่วนกลางกรุงเทพมหานคร และสมาคมพัฒนาศักยภาพบุคคลออทิสติก (บ้านทอฝัน) จังหวัดเชียงราย

- มอนเตสซอรี (Montessori) มีการให้บริการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษส่วนกลางกรุงเทพมหานคร และสมาคมพัฒนาศักยภาพบุคคลออทิสติก (บ้านทอฝัน) จังหวัดเชียงราย

- สัตว์เลี้ยงบำบัด มีการให้บริการที่สมาคมผู้ปกครองคนพิการทางสติปัญญากรุงเทพมหานคร

- การนวดไทยสำหรับเด็กพิการ มีการให้บริการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษส่วนกลางกรุงเทพมหานคร และสมาคมผู้ปกครองเด็กพิการหนองแขมกรุงเทพมหานคร

2.3 การให้บริการดูแลคนพิการแบบทดแทนชั่วคราว (respite care) โดยสมาคมผู้ปกครองเด็กพิการหนองแขมกรุงเทพมหานคร เป็นการให้บริการรับดูแลหรือรับฝากคนพิการในระยะเวลาสั้นๆ โดยมีสมาชิกในสมาคมด้วยกันเองเป็นผู้ดูแล ทำให้คนพิการได้อยู่กับเพื่อนคนพิการด้วยกันและผู้ปกครองซึ่งคุ้นเคยตลอด 24 ชั่วโมง อนึ่งชมรมผู้ปกครองคนพิการทางสติปัญญาจังหวัดสระแก้วเคยทดลองดำเนินการ แต่มีอุปสรรคเรื่องภาระในการดูแล เพราะผู้ปกครองแต่ละคนต่างก็มีภาระของตนเอง และการให้บริการดังกล่าวยังไม่มียงบประมาณสนับสนุน

2.4 การให้บริการฝึกทักษะอาชีพ และมี job coach ในศูนย์บริการคนพิการแต่ละแห่งจะมีการฝึกทักษะอาชีพในรูปแบบโครงการต่างๆ แต่มีคนพิการจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่สามารถนำทักษะอาชีพที่ได้รับการฝึกไปประกอบอาชีพได้อย่างจริงจัง

2.5 บริการดูแลคนพิการระยะยาวโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (life stop service) พบว่าสมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสซึม (ไทย) กรุงเทพมหานคร ได้มีแนวคิดและเริ่มเตรียมการที่จะให้คนพิการออทิสติกสามารถใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิตในชุมชนที่มีความเข้าใจในปัญหาของคนพิการออทิสติก

2.6 การจัดให้มีบริการสนับสนุนครอบครัว (family support) บริการนี้เกิดขึ้นมาจากการที่สมาชิกในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปหรือชมรมหรือองค์กรคนพิการ ที่ประสบปัญหาในการดำเนินชีวิตครอบครัว เช่น ปัญหาเศรษฐกิจและปัญหาการจัดสรรเวลาในการดูแลคนพิการ ทั้งนี้ทางศูนย์บริการหรือชมรมจะให้ความช่วยเหลือในรูปแบบไม่เป็นทางการและช่วยเหลือเฉพาะรายสำหรับครอบครัวคนพิการที่จำเป็นจริงๆ เท่านั้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาข้อมูลปัญหาที่พบในการศึกษานี้ สรุปได้ว่าควรมีบริการนี้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น เพื่อช่วยให้ครอบครัวและคนพิการดำรงชีวิตได้ง่าย ทำให้คนพิการเข้าถึงการรับบริการฟื้นฟูที่จำเป็นได้มากขึ้น บริการสนับสนุนครอบครัวดังกล่าวอาจจัดให้ในรูปแบบของการสนับสนุนรายได้ของครอบครัว การเข้าถึงบริการอินเทอร์เน็ตราคาถูกหรือโดยไม่คิดมูลค่าสำหรับครอบครัวคนพิการ เพื่อช่วยให้คนพิการและครอบครัวคนพิการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการฝึกทักษะสำหรับตัวคนพิการเอง เป็นต้น

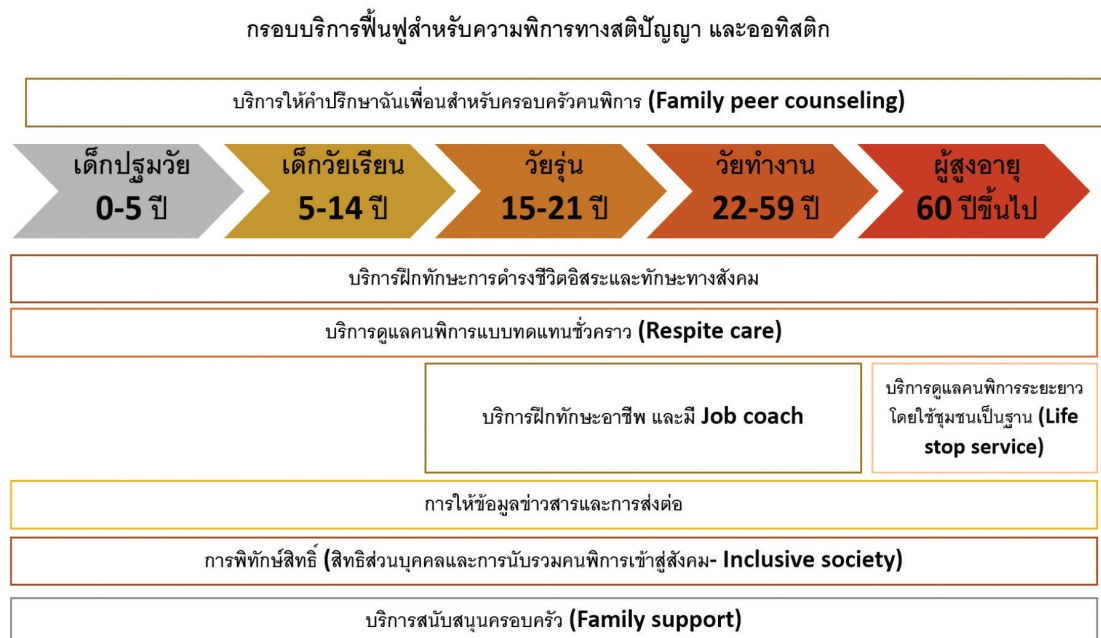
3. การให้บริการสำหรับคนพิการทางการเรียนรู้ พบว่า ยังไม่มีศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่ดำเนินการโดยองค์กรคนพิการแห่งใดให้บริการสำหรับคนพิการทางการเรียนรู้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคนพิการทางการเรียนรู้สามารถ

ศึกษาในระบบปกติได้ การส่งเสริมทักษะจึงยังคงเป็นบทบาทของครูเป็นหลักและเพิ่งมีการจัดตั้งองค์กรคนพิการด้านการเรียนรู้ ประกอบกับองค์ความรู้ในการแก้ไขปัญหาคนพิการทางการเรียนรู้ยังไม่ชัดเจน จึงทำให้รูปแบบบริการยังไม่ชัดเจน แต่เมื่อถอดบทเรียนจากประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญและผู้ปกครองของคนพิการทางการเรียนรู้และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่า จะต้องเน้นที่บริการเสริมทักษะการเรียนรู้ทั้งในและนอกโรงเรียน และบริการสนับสนุนสำหรับครูและครอบครัวให้เด็กสามารถเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพตามเงื่อนไขของเด็กแต่ละคน

ขอบเขตบริการและแนวทางการจัดบริการฟื้นฟูสำหรับความพิการทางสติปัญญา ออทิสติกและการเรียนรู้

จากการถอดบทเรียนข้างต้น นำมาซึ่งการวิเคราะห์เพื่อกำหนดขอบเขตบริการสำหรับคนพิการทางสติปัญญา ออทิสติกและการเรียนรู้ ที่ควรได้รับการดูแลตลอดชีวิตในทุกช่วงอายุ ว่าคนพิการแต่ละราย แต่ละประเภทความพิการควรได้รับบริการอะไรบ้าง โดยแบ่งเป็น 5 ช่วงวัย ได้แก่ เด็กปฐมวัย (0-5 ปี) เด็กวัยเรียน (5-14 ปี) วัยรุ่น (15-21 ปี) วัยทำงาน (22-59 ปี) และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อเสนอแนวทางการจัดบริการแต่ละด้าน สามารถสรุปบริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไปเฉพาะด้านความพิการ ได้ดังนี้

สำหรับศูนย์คนพิการทั่วไปสำหรับความพิการทางสติปัญญาและออทิสติก จะพบลักษณะของงานบริการที่คล้ายคลึงกัน ประกอบด้วย งานบริการให้คำปรึกษาฉันเพื่อน การฝึกทักษะการดำรงชีวิตประจำวันของคนพิการ การฝึกทักษะอาชีพ นอกจากนี้ยังมีบริการอื่นๆ ที่จำเป็น เช่น บริการการดูแลคนพิการแบบทดแทนชั่วคราว บริการสนับสนุนครอบครัว จากผลการศึกษาดังกล่าวสามารถสังเคราะห์บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ปกครองและคนพิการทางสติปัญญาและออทิสติกในทุกช่วงวัยได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบบริการฟื้นฟูในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปสำหรับความพิการทางสติปัญญาและออทิสติก

ส่วนการให้บริการคนพิการทางการเรียนรู้ แม้ว่าจะยังไม่มีศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่ให้บริการแต่ข้อมูลจากการถอดบทเรียนจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลคนพิการทางการเรียนรู้ พบว่า บริการของศูนย์บริการ

คนพิการทั่วไปสำหรับความพิการทางการเรียนรู้ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ปกครองและคนพิการทางการเรียนรู้ จะเน้นให้บริการในช่วงวัยเรียนถึงวัยทำงาน โดยมีบริการดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กรอบบริการฟื้นฟูในศูนย์บริการคนพิการทั่วไปสำหรับความพิการทางการเรียนรู้

กรอบบริการฟื้นฟูดังกล่าวถูกนำเสนอในเวทีประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) เพื่อขอข้อคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปสามารถให้บริการได้ตามกรอบบริการฟื้นฟูที่วางไว้ จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวทางการพัฒนาระบบบริการคนพิการในศูนย์บริการคนพิการในระยะต่อไป รวม 6 ประเด็น ได้แก่

1. การแก้ไขกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องมีการแก้ไขกฎหมาย และระเบียบที่เกี่ยวข้องกับศูนย์บริการคนพิการ เพื่อให้ศูนย์บริการคนพิการแต่ละประเภทสามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น เน้นให้มีกฎระเบียบที่เอื้อต่อการให้บริการที่ต่อเนื่องสำหรับคนพิการตลอดวงจรชีวิตของคนพิการ

2. การจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการ ตามระเบียบปัจจุบัน กำหนดไว้ว่าหากเป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่จัดตั้งโดยองค์กรคนพิการ องค์กรดังกล่าวจะต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานองค์กรก่อน จึงจะสามารถจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการได้ ซึ่งเงื่อนไขดังกล่าวเป็นอุปสรรคกับองค์กรคนพิการจำนวนมาก ดังนั้น เพื่อให้ศูนย์บริการคนพิการแนวใหม่ สะท้อนบทบาทที่แท้จริงของการให้บริการคนพิการ ควรระบุว่าการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทุกแห่งต้องผ่านการตรวจสอบมาตรฐานบริการตามประเภทบริการสำหรับคนพิการแต่ละด้าน ว่าสามารถให้บริการได้ตามมาตรฐานจริง ทั้งนี้อ้างอิงตามประกาศขององค์กรคนพิการระดับชาติ องค์กรคนพิการเฉพาะด้าน และกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

3. มาตรฐานบริการ บริการสำหรับคนพิการในศูนย์บริการคนพิการแต่ละประเภท จะต้องมีความมาตรฐานการให้บริการที่ชัดเจน ประกอบด้วย นิยามความหมายของบริการ วัตถุประสงค์ วิธีการ ระยะเวลาในการให้บริการ เงื่อนไขผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการ การประเมินผล ต้นทุนบริการ และวัสดุอุปกรณ์

4. กำลังคนผู้ให้บริการในศูนย์บริการคนพิการ บุคลากรซึ่งจะมาทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี (case

manager) สามารถเป็นบุคลากรวิชาชีพหรือไม่ใช่วิชาชีพก็ได้ แต่ต้องผ่านหลักสูตรการอบรมเป็นผู้จัดการรายกรณีที่รับรองโดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ส่วนกรณีของศูนย์บริการคนพิการที่จัดตั้งองค์กรคนพิการ ผู้ให้บริการจำเป็นต้องเป็นคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้ให้บริการเป็นหลักตามหลักการของเพื่อนช่วยเพื่อน ทั้งนี้ คนพิการและผู้ดูแลคนพิการที่จะมาเป็นผู้ให้บริการจะต้องผ่านหลักสูตรการอบรมการให้บริการแต่ละประเภทบริการ ซึ่งเป็นหลักสูตรที่รับรองโดยองค์กรคนพิการระดับชาติ หรือองค์กรคนพิการเฉพาะด้าน ทั้งนี้ ควรมีนักวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด หรือครูการศึกษาพิเศษ เป็นที่ปรึกษาของศูนย์บริการคนพิการเฉพาะด้าน ความพิการด้วย

5. การสนับสนุนงบประมาณ ศูนย์บริการควรได้รับการจัดสรรงบประมาณอย่างต่อเนื่องตามประเภทของบริการ และตามผลงานการให้บริการ

6. ระบบข้อมูลข่าวสาร จะต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อเชื่อมโยงฐานข้อมูลคนพิการที่ขึ้นทะเบียนกับกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เข้ากับการให้บริการที่ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปและศูนย์บริการคนพิการเฉพาะด้านความพิการ

วิจารณ์

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า แม้ว่าพื้นที่ศึกษาทั้ง 8 แห่งจะมีความแตกต่างของประเภทหน่วยงาน สังกัดและรูปแบบงบประมาณที่สนับสนุน แต่ก็สามารถจัดบริการฟื้นฟูให้กับคนพิการทางสติปัญญาและออทิสติกได้คล้ายคลึงกัน ยกเว้นบริการสำหรับคนพิการทางการเรียนรู้ที่ยังไม่มีการจัดบริการในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป เมื่อศึกษาในรายละเอียดสามารถกำหนดรูปแบบบริการออกได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. รูปแบบการบริการของศูนย์คนพิการทั่วไปสำหรับความพิการทางสติปัญญาและออทิสติกประกอบด้วยบริการให้คำปรึกษาฉันเพื่อน การฝึกทักษะการดำรงชีวิต

อิสระของคนพิการ การฝึกทักษะอาชีพ และบริการอื่นๆ ที่จำเป็น เช่น บริการการดูแลคนพิการแบบทดแทนชั่วคราว บริการสนับสนุนครอบครัว

การฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ พบว่า มีการให้บริการในศูนย์บริการหรือชมรม จำแนกเป็นทักษะย่อย ได้แก่ ทักษะกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ทักษะกล้ามเนื้อมัดเล็ก ทักษะการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน ทักษะด้านการรับรู้และการแสดงออกทางภาษา ทักษะทางการเรียนรู้และวิชาการ และทักษะทางสังคม ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระขององค์กรออทิสซึมสปีคส์ (Autism Speaks) ในประเทศสหรัฐอเมริกา⁽¹⁴⁾ พบว่า มีทักษะที่เหมือนกันคือ ทักษะการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน ทักษะด้านการรับรู้และการแสดงออกทางภาษา และทักษะทางสังคม ส่วนทักษะที่ศูนย์บริการหรือชมรมมีเพิ่มขึ้นมา คือทักษะกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ทักษะกล้ามเนื้อมัดเล็กซึ่งถือเป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการพัฒนาทักษะอื่นๆ ส่วนทักษะทางการเรียนรู้และวิชาการที่ฝึกในศูนย์บริการหรือชมรมจะเป็นการฝึกคู่ขนานกับระบบการศึกษาปกติ อีกทั้งเป็นช่องทางสำหรับคนพิการที่ไม่สามารถเข้าสู่ระบบการศึกษาปกติให้ได้รับโอกาสการเรียนรู้พื้นฐานเพื่อต่อยอดสู่การศึกษานอกโรงเรียน ซึ่งแตกต่างกับแนวทางขององค์กรออทิสซึมสปีคส์ ที่เน้นเรื่องการผลิตคนอย่างจริงจังให้เด็กพิการทุกคนเข้าสู่ระบบการศึกษาที่มีคุณภาพตามที่กฎหมายกำหนด⁽¹⁵⁾

สำหรับบริการอื่นๆ ที่จำเป็นต้องมีและต้องพัฒนาให้เกิดบริการต่อไปในอนาคต ทั้งบริการดูแลคนพิการแบบทดแทนชั่วคราว บริการสนับสนุนครอบครัว และบริการผู้จัดการรายกรณี (case manager) เมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศพบว่า มีการให้บริการในลักษณะนี้อยู่ ยกตัวอย่างเช่น โปรแกรม Family Support for Children with Disabilities (FSCD) เป็นส่วนหนึ่งใน Child Welfare Act ที่เป็นกฎหมายเฉพาะสำหรับดูแลครอบครัวเด็กพิการที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีของรัฐอัลเบอร์ต้า ประเทศแคนาดา⁽¹⁶⁾ โดยครอบครัวเด็กพิการทุกคนจะมีเจ้าหน้าที่ประจำครอบครัว

ทำหน้าที่สนับสนุน ติดตามและประสานงานให้ครอบครัวและเด็กพิการได้เข้าถึงสิทธิตามกฎหมาย เช่น สวัสดิการคนพิการ การจัดการภาษีและผลประโยชน์สำหรับครอบครัว เด็กพิการ การเข้าถึงบริการต่างๆ ที่จำเป็น และการเข้าถึงกลุ่มองค์กรคนพิการและหน่วยสนับสนุนอื่นๆ ส่วนบริการสนับสนุนครอบครัวถือเป็นบริการพื้นฐานที่มีความสำคัญมาก มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสร้างจุดแข็งและเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการดูแลเด็กพิการอย่างต่อเนื่อง ทั้งบริการให้ข้อมูลข่าวสารและประสานส่งต่อ งบประมาณสนับสนุนต่างๆ เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหารและค่าที่พักเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางตามนัดหมาย นอกจากนี้ยังมีบริการดูแลคนพิการแบบทดแทนชั่วคราวเป็นส่วนหนึ่งของบริการสนับสนุนครอบครัว เพื่อให้ผู้ปกครองได้พักหรือไปทำธุระส่วนตัวได้ ซึ่งรูปแบบและรายละเอียดของบริการต่างๆ ข้างต้น สามารถนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการและบริบทของคนพิการในประเทศไทยได้

2. รูปแบบการให้บริการสำหรับคนพิการทางการเรียนรู้ แม้ว่าในปัจจุบันจะยังไม่มีศูนย์บริการคนพิการทั่วไปแห่งใดให้บริการนี้ เนื่องจากเหตุผลหลักๆ คือ คนพิการทางการเรียนรู้สามารถศึกษาในระบบปกติได้ ใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ การส่งเสริมทักษะการเรียนรู้จึงยังเป็นบทบาทของครูเป็นหลัก อีกทั้งองค์กรคนพิการด้านการเรียนรู้ เพิ่งจะมีการจัดตั้งได้ไม่นาน ทั้งนี้รูปแบบการบริการจากประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญและครอบครัวคนพิการทางการเรียนรู้ควรประกอบด้วย การให้คำปรึกษากับครอบครัว การให้ความช่วยเหลือสำหรับครูและครอบครัว การพัฒนาทักษะทั้งในและนอกโรงเรียน การฝึกทักษะทางด้านวิชาชีพ การให้ข้อมูลข่าวสารและการส่งต่อ และการพิทักษ์สิทธิ รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัว

กรอบบริการฟื้นฟูเฉพาะด้านความพิการทางการเรียนรู้ (ภาพที่ 2) ยังต้องได้รับการพัฒนาและศึกษาในรายละเอียดต่อไปเพื่อให้ได้ภาพระบบบริการที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

จากกรอบบริการฟื้นฟูโดยคนพิการและครอบครัวใน

ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปสำหรับความพิการทางสติปัญญา ออทิสติกและการเรียนรู้ ดังแสดงในภาพที่ 1 และ 2 เมื่อจำแนกตามช่วงวัย จะเห็นได้ว่า คนพิการทางสติปัญญา และคนพิการออทิสติก ต้องการการฟื้นฟูและส่งเสริมทักษะตลอดช่วงชีวิต ส่วนคนพิการทางการเรียนรู้จะต้องการบริการฟื้นฟูเฉพาะช่วงวัยเรียนถึงวัยทำงานเท่านั้น เนื่องจากคนพิการทางการเรียนรู้จะบกพร่องเฉพาะทักษะทางวิชาการ ยังสามารถช่วยเหลือตนเองและใช้ชีวิตในสังคมได้ เมื่อศึกษาเป็นรายบริการจะพบว่า บริการแรกของคนพิการและครอบครัวจำเป็นต้องได้รับคือ บริการให้คำปรึกษาแนะเพื่อนสำหรับครอบครัวคนพิการ (family peer counseling) โดยครอบครัวคนพิการที่มีประสบการณ์มาก่อนมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อให้ผู้ปกครองและครอบครัวยอมรับความพิการ ลดการปิดกั้นและเข้าใจความพิการ มองเห็นศักยภาพของคนพิการที่สามารถพัฒนาได้ ซึ่งเมื่อคนพิการและครอบครัวผ่านขั้นตอนการยอมรับความพิการแล้ว จะส่งผลให้คนพิการและครอบครัวยอมรับและพร้อมที่จะฟื้นฟูทักษะอื่นๆ ต่อไป บริการนี้จึงเป็นเหมือนประตูด้านแรกของบริการทั้งหมด

นโยบายการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไปยังถือเป็นเรื่องใหม่ในวงการคนพิการ จากเดิมที่มุ่งเน้นการสงเคราะห์ เปลี่ยนเป็นการให้บริการฐานสิทธิแทน กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในฐานะผู้ออกระเบียบและผู้สนับสนุนงบประมาณ และองค์กร/สมาคมคนพิการในฐานะผู้ให้บริการ ยังต้องมีการปรับตัวและร่วมกันพัฒนาระบบการให้บริการ ซึ่งแนวทางที่เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับกรอบระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการให้บริการมาก่อน ซึ่งระบบบริการสุขภาพจะยึดกรอบการพัฒนาแบบตาม 6 building blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่มีโครงสร้างของระบบประกอบไปด้วย 6 ด้าน คือ ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เทคโนโลยีด้านการแพทย์ งบประมาณค่าใช้จ่าย ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลของระบบ โดยโครงสร้าง

ทั้ง 6 ด้านนี้ มีเป้าหมายที่ต้องการบรรลุอยู่ 4 ประการ คือ 1) เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ 2) เพื่อทำให้มั่นใจว่าการบริการนั้นได้ตอบสนองความต้องการของประชาชนในระดับที่น่าพอใจ 3) เพื่อให้มั่นใจว่ามีระบบป้องกันความเสี่ยงด้านสังคมและการเงินจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ 4) เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพด้านการจัดสรรทรัพยากรและเทคโนโลยี⁽¹⁷⁾

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ กรอบบริการฟื้นฟูของคนพิการทางการเรียนรู้ได้มาจากประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ และครอบครัวคนพิการ ยังไม่ได้มีการให้บริการจริงในศูนย์บริการคนพิการทั่วไป จึงจำเป็นต้องพัฒนาและศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ภาพระบบบริการที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

ข้อยุติและข้อเสนอแนะ

ศูนย์บริการคนพิการเป็นกลไกที่ถูกกำหนดขึ้นโดยหลักการเจตนารมณ์ตามกฎหมายเพื่อสร้างความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐ ประชาสังคม และภาคเอกชน เน้นการทำงานเชิงรุกใกล้ชิดชุมชน รวมถึงการเปลี่ยนแนวคิดจากการสงเคราะห์โดยรัฐเป็นงานบริการฐานสิทธิ โดยมีคนพิการในฐานะผู้รับบริการเป็นเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้บริการและตอบสนองความต้องการของคนพิการได้อย่างทั่วถึง และเพื่อเชื่อมโยงบริการต่างๆ จากหน่วยงานภาครัฐให้คนพิการได้เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้อย่างสูงสุดอย่างเป็นรูปธรรมอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการบริหารจัดการศูนย์บริการคนพิการยังมีหลายประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนาและต้องสร้างมาตรฐาน รวมถึงความต่อเนื่องของเงินสนับสนุนจากภาครัฐหรือจากกิจกรรมของศูนย์บริการเอง พบว่ายังไม่เคยมีการศึกษาต้นทุนการจัดบริการดังกล่าว ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาถึงต้นทุนการจัดบริการสำหรับคนพิการในศูนย์บริการ เพื่อให้ศูนย์บริการสามารถวางแผนและบริหารจัดการงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ที่สนับสนุนให้เกิดการศึกษานี้ และขอขอบคุณพื้นที่ศึกษาทั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่ดำเนินการโดยองค์กรคนพิการ หรืออยู่ระหว่างดำเนินการยื่นขอการรับรอง หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่ให้ข้อเท็จจริงที่ทรงคุณค่าอันเป็นประโยชน์แก่การวิจัย และทำให้การศึกษานี้ลุล่วงด้วยดี

References

1. World Health Organization. Health topics: disabilities [Internet]. [cited 2020 May 08]. Available from: <http://www.who.int/topics/disabilities/en/>.
2. The Promotion and Development of the Quality of Life of Persons with Disabilities Act B.E. 2550 (2007) amendment (No. 2) 2013. (Mar 29, 2013). (in Thai)
3. Buntan M. Principle, concept and role adaptation of organizations for people with disabilities to being a service provider under the mechanism of disabilities service centers (2019). Bangkok: Workshop on the development of guidelines for the operation of disabilities service centers ; 2019 Jun 29; TK Palace Hotel and Convention; 2019. (in Thai).
4. Department of Promotion and Development of the Quality of Life of Persons with Disabilities, Ministry of Social Development and Human Security. Information of disabilities service centers as of April 13, 2021. 2021. Sponsored by Department of Promotion and Development of the Quality of Life of Persons with Disabilities. (in Thai).
5. Secretariat of the National Reform Steering Council. Report of the National Reform Steering Committee on Social Reform, the National Reform Steering Committee: "Capacity development of service centers for people with disabilities". Bangkok; 2016. Sponsored by Department of Promotion and Development of the Quality of Life of Persons with Disabilities. (in Thai)
6. Sirirutraykha T. Intellectual disabilities [Internet]. 2006 [updated 2018 Jul; cited 2020 May 08]. Happy Home Academy. Available from: <http://www.happyhomeclinic.com/sp05-intellectual-disability.html>. (in Thai)
7. Sriwongpanich N, Vejvirun C, Polsomboon W, Tuchsinpong J, Chueasuk T, Anupornwatanakij A, et al. Intellectual disabilities / mental retardation [Internet]. 2014 [cited 2020 May 08]. Rajanukul Institute. Available from: <https://th.rajanukul.go.th/preview-4009.html>. (in Thai)
8. Sirirutraykha T, Ratanapairoj P, Prada J, Naktongkaew S, Mungkateklang J. Autistic disorder [Internet]. 2014 [cited 2020 Feb 15]. Rajanukul Institute. Available from: <https://th.rajanukul.go.th/preview-4005.html>. (in Thai)
9. Sirirutraykha T. Integrated autism care approach [Internet]. 2017. [cited 2021 Jan 12]. Happy Home Academy. Available from: <http://www.happyhomeclinic.com/au22-autisticcare.htm>. (in Thai)
10. Kunkala S. Caring for children with autism spectrum: a case study. Ramathibodi Nursing Journal 2018;24(3):227-38. (in Thai)
11. Sirirutraykha T. LD: learning disabilities [Internet]. 2017 [cited 2020 May 07]. Happy Home Academy Available from: <http://www.happyhomeclinic.com/sp04-ld.htm>. (in Thai)
12. Ministry of Public Health. Notification of the Ministry of Public Health on rehabilitation services by medical procedures and expenses for medical treatment, equipment costs, assistive devices and development promotion media for people with disabilities, 2009. (in Thai).
13. The minutes of Board of Health for Persons with Disabilities. the 2nd Meeting of the Disabled Health Committee; 2020 Mar 10; Sanjai 1/2 meeting room, National Health Building, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai).
14. Autism Speaks. Life skills and autism [Internet]. [cited 2021 Aug 25]. Available from: <https://www.autismspeaks.org/life-skills-and-autism>.
15. Autism Speaks. Education [Internet]. [cited 2021 Aug 25]. Available from: <https://www.autismspeaks.org/advocacy-priorities-education>.
16. Alberta Government. Family support for children with disabilities policy and procedures manual [internet]. 2004 [updated 2022 Feb 23; cited 2021 Aug 25]. Available from: <https://open.alberta.ca/publications/4172687#summary>.
17. Ministry of Public Health. 10 Thai health indicators [Internet]. [cited 2021 Dec 15]. Available from: https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-12-08--465.pdf. (in Thai)

การบริหารจัดการภาวะวิกฤตในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ระลอกแรก

ธีระ วรรณรัตน์*

ภัทรวิทย์ วรรณรัตน์†

อารียา จิรธนาวัฒน์‡

ผู้รับผิดชอบบทความ: อารียา จิรธนาวัฒน์

บทคัดย่อ

โควิด-19 (COVID-19) เป็นวิกฤตโรคระบาดครั้งใหญ่ของประเทศไทยและของโลก ส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของประชาชนไทยทั้งประเทศ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกลไกและกระบวนการบริหารจัดการของรัฐที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์สำคัญระหว่างสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทยระลอกแรกในช่วงปี พ.ศ. 2563 ระเบียบวิธีศึกษา ดำเนินการทบทวนเอกสารย้อนหลังเกี่ยวกับการบริหารจัดการของรัฐในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม 2563 โดยสืบค้นจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ สรุปประสบการณ์ตรงของคณะวิจัยที่ทำงานวิชาการและยุทธศาสตร์ให้กับคณะทำงานของศูนย์ปฏิบัติการศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศปก.ศบค.) และสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากภาครัฐ เอกชนและประชาสังคม ผลการศึกษพบว่า การบริหารจัดการภาวะวิกฤตในแต่ละระลอกนั้นมีความแตกต่างกัน ระยะเตรียมการจนถึงระยะตอบสนองการระบาดเต็มรูปแบบนั้นมีลักษณะสำคัญคือนโยบายและมาตรการได้รับการสั่งการถ่ายทอดไปสู่ระดับพื้นที่ในทิศทางเดียวและรูปแบบเดียว ในขณะที่ระยะต่อเนื่องได้มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจไปยังระดับจังหวัดและเขตเพื่อให้พิจารณาแผนปฏิบัติการตามแต่บริบทของตนเอง โดยมุ่งที่จะหาจุดสมดุลระหว่างผลลัพธ์ทางสุขภาพและผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

คำสำคัญ: บริหารจัดการภาวะวิกฤต, โควิด-19, การอภิบาลระบบ, การตอบสนอง, โรคระบาด

* ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

† ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

‡ ภาควิชาเทคโนโลยีสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Received 3 October 2021; Revised 20 February 2022; Accepted 18 September 2022

Suggested citation: Woratanarat T, Woratanarat P, Jirathananuwat A. Crisis management during the first wave of COVID-19 pandemic situation. Journal of Health Systems Research 2022;16(3):370-89.

ธีระ วรรณรัตน์, ภัทรวิทย์ วรรณรัตน์, อารียา จิรธนาวัฒน์. การบริหารจัดการภาวะวิกฤตในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ระลอกแรก. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(3):370-89.

Crisis Management during the First Wave of COVID-19 Pandemic Situation

Thira Woratanarat*, Patarawan Woratanarat†, Areeya Jirathananuwat‡

* Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

† Department of Orthopedics, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

‡ Department of Health Technology, Faculty of Sciences and Health Technology, Navamindradhiraj University

Corresponding author: Areeya Jirathananuwat, areeya@nmu.ac.th

Abstract

The coronavirus disease (COVID-19) is a massive pandemic crisis occurring across Thailand and the world. It has entirely affected the health system responsiveness of Thailand. The purpose of this study was to examine the governance mechanism and management processes in response to the first wave of COVID-19 in Thailand in 2020. A retrospective document review was conducted by studying the government's management during the COVID-19 situation between January and December 2020 via online resources and websites, and summarized our research team's lessons learnt from direct participation in academic and strategic supports for the Operation Center of the Center for COVID-19 Situation Administration (OC-CCSA) as well as key informant interview in the stakeholders from government, private and civil society sectors. The results revealed that crisis management differed at each step. From the preparatory phase to the full outbreak response phase, the policies and measures were unidirectionally implemented as "one-size-fits-all". During the continuous phase, regional and provincial decentralization has been used in order to align with local context to balance between health and economic outcomes.

Keywords: crisis management, COVID-19, health service system, responsiveness, pandemic

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (coronavirus disease 2019, COVID-19) เป็นวิกฤตด้านระบาดวิทยาครั้งใหญ่ของประเทศไทยและของโลก ส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วิธีการดำรงชีวิตของผู้คน⁽¹⁾ และการตอบสนองของบริการสุขภาพทั้งระบบ โดยในประเทศไทยมีการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (emergency operations center: EOC) ของกรมควบคุมโรคตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2563⁽²⁾ เพื่อตอบโต้การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 แต่สถานการณ์การระบาดก็ยังคงขยายตัวไปเรื่อยๆ จนกระทั่งภายในเวลาเพียงประมาณ 3 เดือน เกือบทุกจังหวัดในประเทศไทยก็มีผู้ติดเชื้อกระจายอยู่ทั่วทุกภาค⁽³⁾ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษา มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2563

กำหนดให้โรคไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558⁽⁴⁾ เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออันตราย

ในช่วงเวลาดังกล่าว ระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องที่ได้รับผลกระทบหรือที่จำเป็นต้องการตอบสนองต่อสถานการณ์ไวรัสโคโรนา 2019 ยังระบุไม่ได้ว่าจำเป็นต้องทำอะไรบ้าง จากประสบการณ์ในต่างประเทศและข้อมูลในประเทศไทย ที่ผ่านมามีข้อจำกัดนอกเหนือไปจากความพยายามในการค้นหาผู้ป่วย และมาตรการภาคประชาชนในการใส่หน้ากากป้องกันตนเองตลอดจนการเว้นระยะห่างทางกายภาพ (physical distancing) แล้วนั้น โรงพยาบาลและระบบบริการสุขภาพยังคงเป็นกลไกหลักที่ใช้ในการรับมือหรือตอบสนองต่อวิกฤตการระบาดของโควิด-19

เพื่อรองรับผู้ป่วยและลดอัตราการตายของผู้ติดเชื้อ ข้อเสนอแนะที่สำคัญ ทั้งในด้านการขยายศักยภาพในการรองรับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉินเพื่อรองรับโควิด-19 การดูแลเรื่องส่งต่อ การเพิ่มการเข้าถึงบริการใกล้บ้าน การบริหารจัดการห่วงโซ่อุปทานของยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ บุคลากร การดำเนินการในลักษณะเครือข่าย สื่อสารและประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ และการสื่อสารให้ข้อมูลกับผู้ป่วย ชุมชนและสาธารณะ รวมถึงการลดงานบริการที่ไม่จำเป็นหรือไม่เร่งด่วนเพื่อลดภาระงานและความเสี่ยงต่อผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ^(1,5)

ในส่วนของการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในระยะแรกพบโรคอุบัติใหม่นี้ ส่วนใหญ่เป็นการทำเพื่อจัดการกับเหตุการณ์เฉพาะหน้า และจัดการเพื่อเข้าสู่การเตรียมการในระยะต่อไป การศึกษาในเรื่องการบริหารจัดการภาวะวิกฤตในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ครั้งนี้ดำเนินการขึ้นเพื่อศึกษาถึงการบริหารจัดการของรัฐที่ตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดฯ ในประเทศไทย ในลักษณะของการบริหารจัดการในแต่ละระยะของสถานการณ์การระบาดที่เกิดขึ้นในปี 2563 ซึ่งเป็นปีแรกของการเกิดโรคอุบัติใหม่ รวมทั้งศึกษาถึงนโยบายและมาตรการป้องกันและควบคุมโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการเรียนรู้และเตรียมความพร้อมสำหรับเหตุการณ์ในลักษณะคล้ายคลึงกันนี้ที่อาจจะเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต และนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหรือการปฏิบัติในระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบวิธีศึกษา

การบริหารจัดการในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 มีรูปแบบการดำเนินงานวิจัยแบบ retrospective document review โดยเป็นการทบทวนเอกสารย้อนหลังการบริหารจัดการของรัฐในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม 2563 ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตระยะแรกของสถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทย สืบค้นจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ในเว็บไซต์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

รัฐบาลไทย เว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายสังคมออนไลน์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง⁽⁶⁻¹⁴⁾ เพื่อรวบรวมข้อมูลกระบวนการจัดการภาวะวิกฤตของโรคระบาดนี้ นโยบายและมาตรการที่ประกาศใช้ทั้งในระดับประเทศ และระดับท้องถิ่นของแต่ละระยะการระบาดที่เกิดขึ้นในปี 2563 ดังนี้

ระยะเตรียมการ (ช่วงวันที่ 4-12 มกราคม 2563)

ระยะตอบสนองเบื้องต้น (ช่วงวันที่ 13 มกราคม ถึงวันที่ 14 มีนาคม 2563)

ระยะตอบสนองการระบาดเต็มรูปแบบ (ช่วงวันที่ 15 มีนาคม ถึงวันที่ 30 เมษายน 2563)

ระยะต่อเนื่อง (ช่วงวันที่ 1 พฤษภาคม ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2563)

ระยะฟื้นฟู (ช่วงวันที่ 1 พฤศจิกายน ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563)

ทั้งนี้ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญในการบริหารจัดการภาวะวิกฤต จำนวน 32 ราย เพื่อสรุปเป็นกรณีศึกษาในเรื่องการบริหารจัดการทรัพยากรที่จำเป็นในระบบสาธารณสุข

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (COA 001/2564)

ผลการศึกษา

กลไกการตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ระยะเตรียมการถึงระยะตอบสนองเบื้องต้น

หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนร่วมในการจัดการต่อสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 มีทั้งสิ้น 16 หน่วยงาน จำแนกได้เป็น

ก. การทำงานแบบเดี่ยว ได้แก่ รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหมและกองทัพ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงมหาดไทย สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการคลัง กระทรวงคมนาคม กระทรวงวัฒนธรรม

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และกรุงเทพมหานคร

ข. การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน เป็นการ
ทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวง
การต่างประเทศและกองทัพบก, กระทรวงพาณิชย์และ
กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย
มหิดล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวัคซีนแห่งชาติ
สภาวิจัยแห่งชาติ และบริษัทไปโอเทคไทย

ทั้งนี้รัฐบาลมีกระบวนการดำเนินงานหลายด้าน
จำแนกได้เป็น 2 ด้านหลักคือ ด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ

กระบวนการดำเนินงานทางด้านสุขภาพ ได้แก่ สั่ง
ห้ามส่งออกหน้ากากอนามัยออกนอกประเทศ, ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อกับประเทศ
จีน, กำหนดมาตรการเร่งด่วนสำหรับโรคติดเชื้อในด้าน
การป้องกันโรค, สั่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดหาสถาน
ที่เป็นพื้นที่ควบคุมโรครองรับผู้เดินทางกลับจากประเทศ
เสี่ยง, และจัดให้กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายใน
ราชอาณาจักร (กอ.รมน.) ระดับจังหวัด เข้าไปสนับสนุน

และร่วมเสริมการทำงานของหน่วยงานสาธารณสุขใน
พื้นที่ สำหรับการดำเนินงานด้านอื่นๆ พบว่า มีการยกเลิก
visa on arrival เพื่อจำกัดจำนวนนักท่องเที่ยวจีนที่จะเดิน
ทางเข้ามาในประเทศ, เตรียมแผนการช่วยเหลือคนไทย
และนักศึกษาที่เมืองอู่ฮั่น, ยกระดับศูนย์ปฏิบัติการนาย-
กรัฐมนตรี (Prime Minister's Operation Center: PMOC)
เพื่อสั่งการและติดตามสถานการณ์ไวรัสโคโรนาอย่าง
ใกล้ชิด, และแจ้งลดขนาดจัดงานสงกรานต์ปี 2563

นอกจากนี้ ทางสำนักนายกรัฐมนตรีได้มอบหมายให้
กอ.รมน. จัดประชุมส่วนราชการด้านความมั่นคง พิจารณา
ปัญหาการบูรณาการข้อมูลที่พิกและคนเข้าเมือง และจัด
ตั้ง “ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติด
เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)” หรือ ศบค. ขึ้นในวันที่
12 มีนาคม 2563 โดยมีโครงสร้างดังภาพที่ 1 ซึ่งมีนาย
กรัฐมนตรี เป็นผู้อำนวยการศูนย์ มีตัวแทนหน่วยงานราชการ
28 คน ภายใต้ความรับผิดชอบ 6 ด้าน



หมายเหตุ: กค.=กระทรวงการคลัง, กต.=กระทรวงการต่างประเทศ, กท.=กระทรวงกลาโหม, คค.=กระทรวงคมนาคม, ดจ.=กระทรวงดิจิทัลเพื่อ
เศรษฐกิจและสังคม, ทก.=กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา, พม.=กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, พณ.=กระทรวงพาณิชย์,
มท.=กระทรวงมหาดไทย, ยธ.=กระทรวงยุติธรรม, รง.=กระทรวงแรงงาน, สธ.=กระทรวงสาธารณสุข, สนม.=สำนักนายกรัฐมนตรี,
สมช.=สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ, อก.=กระทรวงอุตสาหกรรม, อว.=กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

ภาพที่ 1 โครงสร้างของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

อย่างไรก็ตาม กลไกการตอบสนองต่อสถานการณ์ระบาดในช่วงตั้งแต่มกราคมถึงกลางมีนาคม 2563 นั้นมีลักษณะการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน และมีการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานตามระบบราชการ โดยทาง ศบค. ยังไม่ได้เริ่มการดำเนินงานแบบบูรณาการอย่างเต็มที่ ในขณะที่สถานการณ์การระบาดเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว นโยบายและมาตรการที่ออกมาในช่วงเวลานั้นไม่สามารถจำกัดหรือควบคุมการระบาดได้ ดังสะท้อนจากจำนวนการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังภาพที่ 2

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากนโยบายและมาตรการ

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการมีนโยบายและมาตรการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ในระยะการเตรียมการถึงระยะการตอบสนองเบื้องต้น จากการพบผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทยในวันที่ 13 มกราคม ทำให้ทางรัฐบาลได้เริ่มมีนโยบายและมาตรการป้องกันควบคุมโรค โดยภาพรวมแล้วจำนวนผู้ป่วยใหม่ที่เกิดขึ้นในระยะแรกส่วนใหญ่มีจำนวนเป็นหลักหน่วย พบมากที่สุดในวันที่ 12 มีนาคม จำนวน 11 ราย รวมจำนวนผู้ป่วยในระยะการเตรียมการถึงระยะการตอบสนองเบื้องต้นทั้งสิ้น 82 ราย โดยเมื่อสิ้นสุดระยะตอบสนองเบื้องต้นมีจำนวนผู้ป่วยที่กำลังได้รับการดูแลรักษา 46 ราย และรักษาหายแล้ว 35 ราย เสียชีวิต 1 ราย และมีอัตราการติดเชื้อต่อวันที่พบสูงสุดในวันที่ 12 มีนาคม

กลไกการตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ระยะตอบสนองการระบาดเต็มรูปแบบ

จุดเปลี่ยนของกลไกตอบสนองสถานการณ์การระบาดฯ ของประเทศไทยนั้นเกิดขึ้นเมื่อ 19 มีนาคม 2563 ดังรายละเอียดในกรณีศึกษาที่ 1 โดยสืบเนื่องมาจากสถานการณ์การระบาดฯ ที่ทวีความรุนแรงขึ้นในช่วงต้นเดือนมีนาคม

หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนร่วมในการจัดการต่อสถานการณ์การระบาดฯ มีทั้งสิ้น 19 หน่วยงาน การทำงานแบบเดี่ยว ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข รัฐบาล กระทรวง

กลาโหม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงคมนาคม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการคลัง กระทรวงพลังงาน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงวัฒนธรรม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และกรุงเทพมหานคร

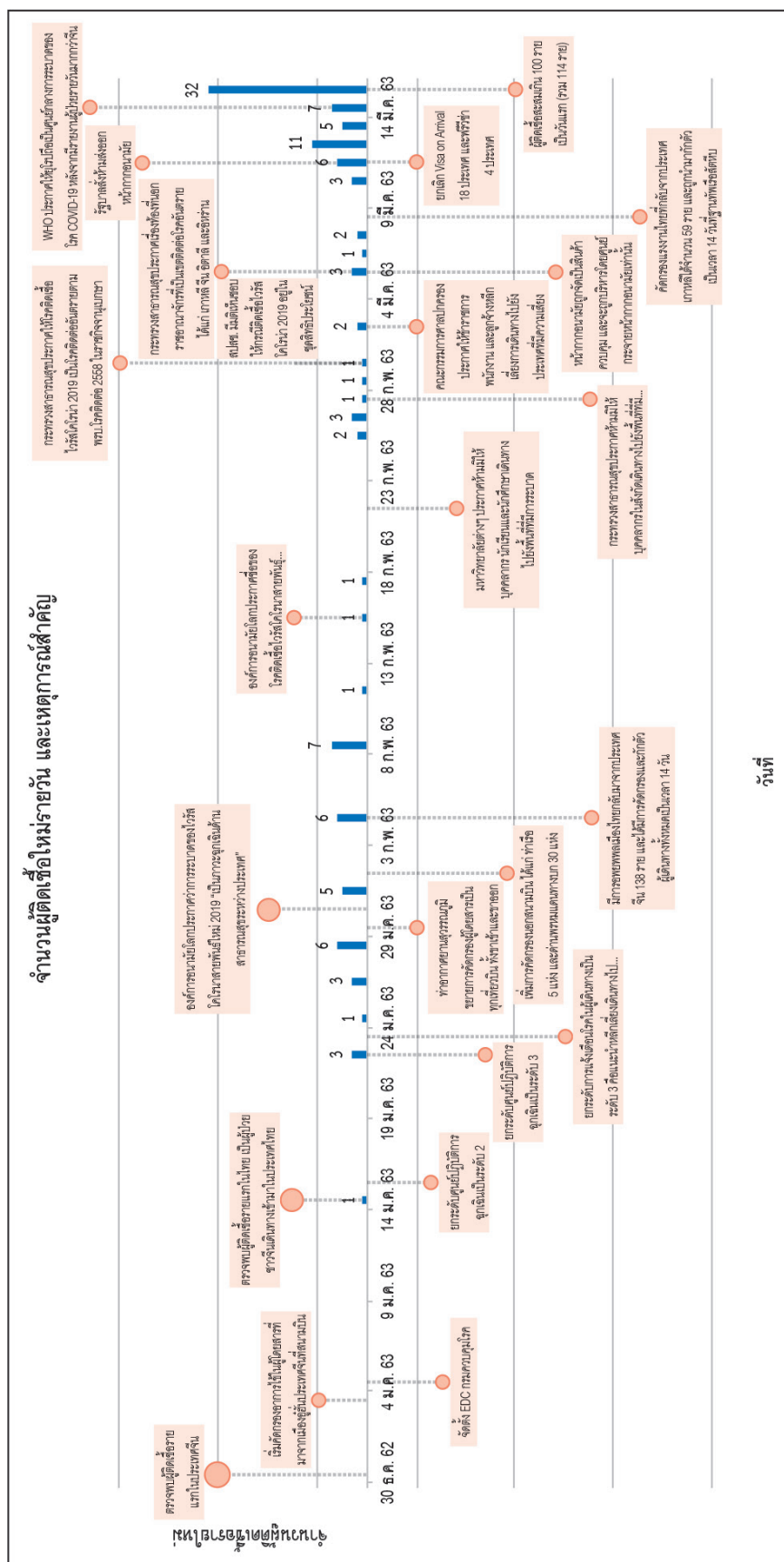
ส่วนการทำงานร่วมกันเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงคมนาคมและกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทั้งนี้หลังจากสัปดาห์ที่ 3 ของเดือนมีนาคม 2563 ศบค. ได้มีการขับเคลื่อนการทำงานแบบบูรณาการบริหารแบบรวมศูนย์อำนาจการตัดสินใจ และให้ทุกหน่วยงานนำส่งข้อมูลสู่ส่วนกลางเพื่อทำการวิเคราะห์ วางแผนเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อตัดสินใจเชิงนโยบาย และสั่งการโดยตรงไปยังหน่วยงานในทุกพื้นที่เพื่อให้มีการทำงานในทิศทางเดียวกันหรือเพื่อให้มีความเป็นเอกภาพมากขึ้น

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายและมาตรการในระยะตอบสนองการระบาดเต็มรูปแบบ

เริ่มจากวันที่ 15 มีนาคม 2563 มีการพบผู้ป่วยใหม่ 32 ราย คิดเป็นการติดเชื้อต่อวันเพิ่มขึ้นร้อยละ 39 ของวันที่ผ่านมา ทำให้มียอดผู้ป่วยรวมสะสมเกิน 100 รายเป็นครั้งแรก

ระหว่างวันที่ 15-31 มีนาคม 2563 พบผู้ป่วยใหม่ต่อวันเพิ่มขึ้นร้อยละ 8-46 โดยพบผู้ป่วยใหม่สูงสุดในวันที่ 22 มีนาคม จำนวน 188 ราย คิดเป็นการติดเชื้อต่อวันเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 46 ของวันที่ผ่านมา ทั้งนี้เมื่อสิ้นสุดเดือนมีนาคม รวมจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,651 ราย มีผู้ป่วยที่กำลังรักษา 1,299 ราย หายแล้ว 342 ราย เสียชีวิต 10 ราย

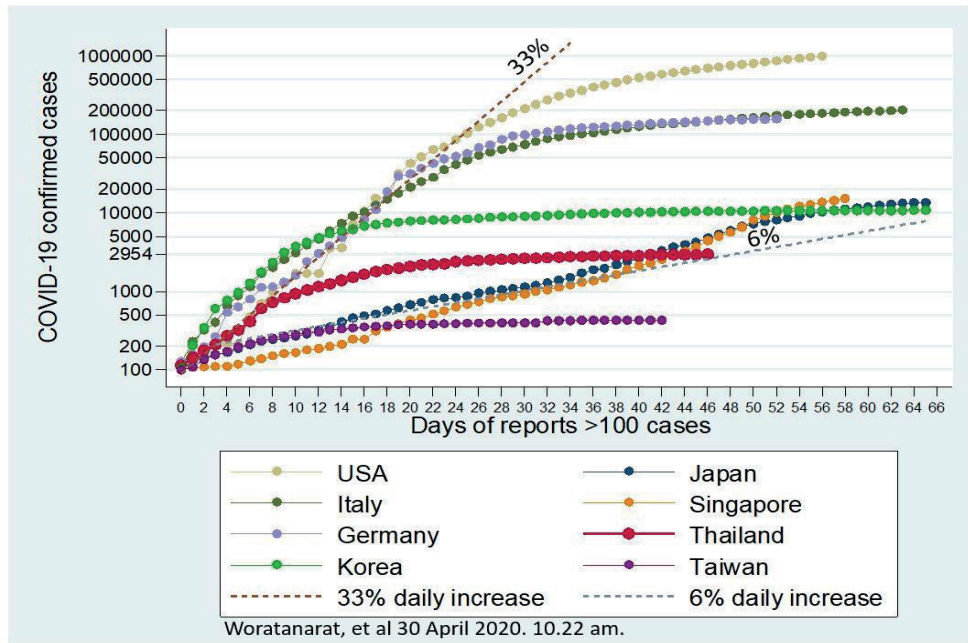
สำหรับในเดือนเมษายน พบว่าผู้ป่วยใหม่ต่อวันเริ่มลดลงมาก มีอัตราเพิ่มขึ้นของการติดเชื้อรายใหม่ต่อวันร้อยละ 0.2-7 ช่วงเวลาที่พบผู้ป่วยใหม่มากที่สุดอยู่ช่วงต้นเดือน เม.ย. (1-8 เมษายน) ซึ่งค้างมาจากเดือนมีนาคม โดยมีผู้ป่วยต่อวันประมาณ 38-120 ราย เฉลี่ย 90 ราย หลัง



ภาพที่ 2 จำนวนผู้ติดเชื้อใหม่รายวัน และเหตุการณ์สำคัญ

จากนั้นจำนวนผู้ป่วยใหม่เริ่มลดลงเหลืออยู่ระหว่าง 10-50 รายต่อวัน เฉลี่ย 27 ราย เมื่อสิ้นสุดเดือนเมษายน มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 2,954 ราย กำลังรักษา 216 ราย หายแล้ว 2,684 ราย เสียชีวิต 54 ราย

สถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ของประเทศไทย และจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ ณ 30 เมษายน 2563

กลไกการตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ระยะต่อเนื่อง

ภายหลังจากการควบคุมการระบาดในระลอกแรกได้ดีขึ้นตั้งแต่ปลายเดือนเมษายน 2563 รัฐบาลโดย ศบค. ได้มีการหารือเพื่อวางแผนผ่อนคลายมาตรการต่างๆ ตามลำดับ ทั้งนี้เริ่มมีการหารือกันภายในกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่กลางเดือนเมษายนเพื่อนำเสนอแนวทางการผ่อนคลายที่เหมาะสมสำหรับสถานการณ์ระบาดในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ได้มีการหารือร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ จนได้ข้อสรุปแนวทางการผ่อนคลายเป็นระยะ โดยเริ่มจากกิจกรรม/กิจกรรมที่มีความเสี่ยงน้อยไปมากตามลำดับ แบ่งเป็น 6 ระยะ

การผ่อนคลายมาตรการเริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ของ

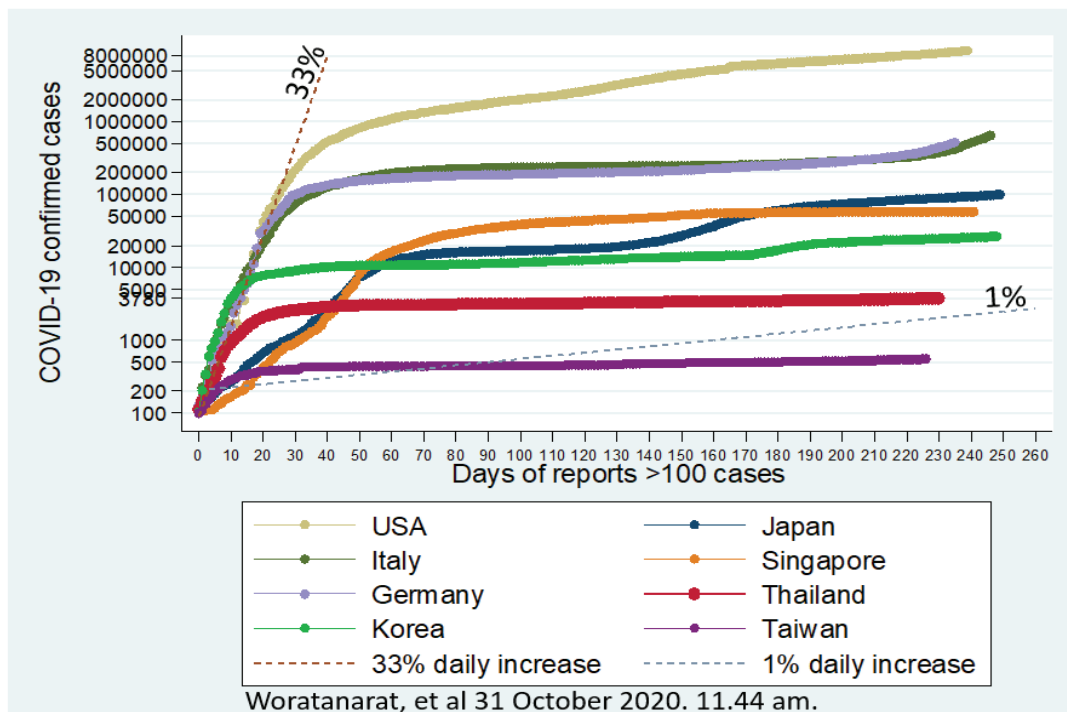
เดือนพฤษภาคม 2563 จนถึงการผ่อนคลายให้มีการใช้ชีวิตใกล้เคียงปกติในเดือนตุลาคม 2563 โดยมีการรับนักท่องเที่ยวต่างชาติเข้ามาในประเทศไทย และให้เข้าระบบกักตัวและเฝ้าระวังตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่รัฐกำหนด ทั้งนี้เพื่อหวังให้มีการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจระดับฐานรากของประเทศ

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายและมาตรการในระยะต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการมีนโยบายและมาตรการป้องกันควบคุมโควิด-19 ในระยะต่อเนื่องจากวันที่ 1 พฤษภาคม 2563 จนถึง 31 ตุลาคม 2563 มียอดติดเชื้อรวมทั้งสิ้น 3,780 คน คิดเป็นจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เกิดขึ้น

ขึ้นหลังจากกระเษการตอบสนองเต็มรูปแบบ 826 คน เฉลี่ยแล้วมีการติดเชื้อใหม่วันละ 5 คนในช่วงระยะต่อเนื่อง ทั้งนี้ในวันที่ 31 ตุลาคม 2563 มีรายงานการพบผู้ป่วยใหม่ 5 คน

สถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ของประเทศไทย และจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2563

กรณีศึกษาในการบริหารจัดการสถานการณ์การระบาดของโควิด-19

กรณีศึกษาตามเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในประเทศไทยนี้ ได้รวบรวมจากสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นและมาจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องสำคัญจำนวน 32 ราย (ไม่ประสงค์ให้เปิดเผยสถานะ) โดยมาจากสถาบันการศึกษาภาครัฐ 12 ราย หน่วยงานวิชาชีพ 2 ราย ข้าราชการการเมือง 4 ราย ข้าราชการประจำ 7 ราย เอกชน 1 ราย องค์กรอิสระและหน่วยงานอื่น 6 ราย ได้แก่ มาตรการล็อกดาวน์ และการบริหารจัดการทรัพยากรในระบบสาธารณสุขในแต่ละระยะของการระบาด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเกี่ยวกับกรณีศึกษาแต่ละเรื่องได้รับการเก็บรวบรวมจาก 3 วิธีหลัก ได้แก่ การทบทวนเอกสาร (document review) การสัมภาษณ์กับผู้ที่เกี่ยวข้อง (stakeholder interview) ทั้งแบบเผชิญหน้า สันทนากลุ่ม และโทรศัพท์/ติดต่อผ่านเครือข่ายสังคม และการมีส่วนร่วมในสถานการณ์จริง (direct participation)

ข้อตกลงในการนำเสนอกรณีศึกษา

1. ถึงแม้ว่ามีการพบผู้ติดเชื้อ COVID-19 ในประเทศไทยเริ่มตั้งแต่ 3 มกราคม 2563 และเริ่มมีการแพร่ระบาดตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา แต่เหตุการณ์สำคัญที่ทำการ

ศึกษาวิจัยในโครงการนี้จะรวบรวมตั้งแต่คณะผู้วิจัยได้เริ่มมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายตั้งแต่ 18 มีนาคม 2563 เป็นต้นมา เพื่อให้สามารถสะท้อนข้อมูลจริง และสรุปบทเรียนในด้านการอภิบาลระบบสาธารณสุข และการบริหารจัดการระดับประเทศเพื่อจัดการปัญหาการระบาดของ COVID-19 ได้

2. ในสถานการณ์จริง การบริหารจัดการเพื่อจัดการปัญหาการระบาดของ COVID-19 นั้นมิได้มีกลไกใดกลไกหนึ่งเพียงกลไกเดียวที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาได้โดยเบ็ดเสร็จ ทั้งนี้แต่ละกลไกได้มีแนวคิดในการจัดการที่ต่างกัน ดังนั้นจึงเกิดการช่วงชิงจังหวะและโอกาสในการผลักดันนโยบายและมาตรการ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลและผู้เกี่ยวข้องสำคัญในแต่ละกรณีศึกษา จึงนำเสนอเฉพาะข้อมูลที่เปิดเผยได้ และไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

วิธีการนำเสนอข้อมูลในแต่ละกรณีศึกษา

การศึกษานี้จะนำเสนอข้อมูลในรูปแบบ “3E” ได้แก่ การพรรณนาถึงสถานการณ์ปัญหาในกรณีศึกษา/สถานการณ์นั้น (explore), การวิเคราะห์โดยนำเสนอข้อมูลเชิงลึกมาเพื่ออธิบายปรากฏการณ์นั้น (examine), การประเมินเพื่อสรุปบทเรียนจากกรณีศึกษานั้น (evaluate)

กรณีศึกษาเรื่อง “มาตรการล็อกดาวน์”

Explore

ประเทศไทยเริ่มมีรายงานผู้ติดเชื้อ COVID-19 รายแรกที่เดินทางมาจากต่างประเทศ ในวันที่ 13 มกราคม 2563 และมีการรายงานผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่องในเดือนกุมภาพันธ์และมีนาคม 2563 โดยพบการระบาดทั้งจากนักท่องเที่ยวต่างชาติ และคนไทย

ตั้งแต่มิถุนายน 2563 เป็นต้นมา จำนวนการติดเชื้อรายวันสูงขึ้นจากหลักสิบเป็นหลักร้อยต่อวัน จนยอดสะสมเกิน 100 ราย ในวันที่ 15 มีนาคม 2563 (114 ราย) เป็นครั้งแรก

Examine

1. รายละเอียดที่เกิดขึ้น

ในวันที่ 19 มีนาคม 2563 คณะผู้บริหารจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลได้มีการประชุมหารือกันกับตัวแทนผู้บริหารระดับสูงในรัฐบาล เพื่อรับฟังการนำเสนอข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทย เปรียบเทียบกับในประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดย ผู้วิจัย (ธว, ภว) และนายธีระวัฒน์ วรณารัตน์ ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มประเทศที่ระบาดรุนแรง เช่น สหรัฐอเมริกา กลุ่มประเทศในยุโรป จีน รวมถึงอิหร่าน จะมีลักษณะที่จำนวนการติดเชื้อใหม่รายวันเพิ่มขึ้นตั้งแต่วันที่ 33 ขึ้นไป โดยมีอัตราการเพิ่มของจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมจาก 100 รายไป 200 รายภายในเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน ในขณะที่กลุ่มประเทศที่ระบาดช้า เช่น ไต้หวัน ฮองกง สิงคโปร์ ญี่ปุ่น จะมีลักษณะที่จำนวนการติดเชื้อใหม่รายวันเพิ่มขึ้นน้อย และอัตราการเพิ่มของจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมจาก 100 รายไป 200 ราย ใช้เวลานานกว่า 5 วัน

สำหรับประเทศไทยนั้น หลังจากมีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมเกิน 100 รายตั้งแต่วันที่ 15 มีนาคม 2563 เป็นต้นมา จำนวนผู้ติดเชื้อรายวันสูงขึ้นแบบทวีคูณ และมีอัตราการเพิ่มต่อวันมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 33 ทั้งนี้อัตราการเพิ่มของจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมจาก 100 รายไป 200 ราย ใช้เวลาราว 3.5 วัน ซึ่งมีแนวโน้มใกล้เคียงกลุ่มประเทศที่มีการระบาดหนัก หากปล่อยให้มีการแพร่ระบาดด้วยอัตราเช่นนี้ต่อไปเหมือนกลุ่มประเทศที่ระบาดหนัก จะทำให้ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อมากถึง 351,948 คนภายในกลางเดือนเมษายน 2563 การควบคุมโรคเพื่อไม่ให้ระบาดลุกลามหนักนั้นจำเป็นต้องมีการดำเนินมาตรการเข้มข้นก่อนหน้าที่จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมเกิน 500-1,000 คน เนื่องจากยังมีจำนวนมากยิ่งควบคุมการระบาดได้ยากขึ้นตามลำดับ ทั้งนี้โดยส่วนใหญ่แล้ว ประเทศที่มีการระบาดหนักจะไปแตะ 1,000 คนโดยใช้เวลาไม่เกิน 5-7 วันหลัง

กับการแพร่เชื้อโรคนี้ พร้อมยกตัวอย่างประเมินความเสี่ยงจากการนั่งคุยกันในระยะใกล้โดยไม่ป้องกันว่า การพูดคุยกัน 10 นาทีจะมีละอองฝอยน้ำลายราว 6,000 ละอองฝอยที่ทำให้เกิดการแพร่เชื้อแก่กันได้หากไม่ป้องกัน

ที่ประชุมได้วิเคราะห์เกี่ยวกับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ทางโรงเรียนแพทย์ได้นำเสนอในแต่ละทางเลือก ถึงเงื่อนไขที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยได้แจ้งให้ทางที่ประชุมทราบว่า แต่ละมาตรการที่เสนอมานั้นจะต้องใช้เวลาในการเตรียมการ เพราะต้องประสานงานหลายหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงของประเทศและความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ โดยทางที่เป็นไปได้คือ การทยอยดำเนินการ เรื่องใดทำได้ก่อนจะประกาศก่อน

นายกรัฐมนตรีได้กล่าวว่า มาตรการการปิดประเทศนั้นต้องได้รับการพิจารณาอย่างถี่ถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างประเทศซึ่งมีหลายระดับ รวมถึงผลกระทบต่อประชาชน อย่างไรก็ตาม ก็เข้าใจถึงความจำเป็นตามที่ได้รับทราบจากการวิเคราะห์สถานการณ์การระบาดที่ได้นำเสนอมา

หลังจากการนำเสนอวันที่ 19 มีนาคม 2563 ได้มีการนำเสนอข้อมูลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้แก่ผู้ว่าราชการจังหวัดกรุงเทพมหานครและคณะผู้บริหารในวันที่ 20 มีนาคม 2563 โดยได้รับการตอบรับนำไปเข้าหารือในที่ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อ กรุงเทพมหานคร ในวันที่ 21 มีนาคม 2563 และมีการออกประกาศปิดกรุงเทพมหานครตั้งแต่ 22 มีนาคม 2563 ถึง 12 เมษายน 2563

ในขณะที่รัฐบาล ได้มีการดำเนินการโดยประกาศปิดด้านทั่วประเทศ โดยทยอยประกาศปิดตามความพร้อม ตั้งแต่ 23 มีนาคม 2563 และมีการประกาศบังคับใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินในวันที่ 26 มีนาคม 2563 เพื่อควบคุมปัญหาการระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทย

Evaluate

จากการติดตามสถานการณ์ระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทยในไตรมาสแรกของปี 2563 พบว่ามีความรุนแรงมากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีปรากฏการณ์ที่สร้างความกังวลต่อสังคมหลายเรื่อง เช่น การไม่นำเสนอสถานการณ์การระบาดให้สอดคล้องกับความจริง โดยหยุดเพียงระยะที่ 2 ทั้งที่มีการแพร่กันเองในประเทศแล้ว, การประกาศมาตรการปิดกั้นการเดินทางเข้าประเทศของนักท่องเที่ยวจีนช้ากว่าที่ควรจะเป็น, การที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศสนับสนุนให้มีการจัดงานแข่งขันรถ MotoGP ที่จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งๆ ที่สถานการณ์การระบาดในประเทศไทยทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง, รวมถึงการขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็นในสถานการณ์การระบาด ทั้งหน้ากาก ชุดป้องกัน เจลแอลกอฮอล์ และอื่นๆ

นอกจากนี้ จากการบอกเล่าของผู้บริหารระดับสูงของรัฐบาล ชี้ให้เห็นว่าข้อมูลที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันโรคนำเสนอให้แก่รัฐบาลในช่วงแรกของการระบาดนั้นจำกัดอยู่ในลักษณะการรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อรายวัน โดยไม่ได้นำเสนอการวิเคราะห์เปรียบเทียบมาตรการต่างๆ ที่ดำเนินไปในช่วงแรกนั้นจึงเป็นไปในแบบช้ากว่าที่ควร ไม่สามารถป้องกันการระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่ได้มีกลไกอื่นที่จะช่วยถ่วงดุลการตัดสินใจหรือการดำเนินงานได้

ลักษณะของการอภิบาลระบบสาธารณสุขของประเทศเพื่อตอบสนองต่อปัญหาการระบาดของ COVID-19 ในช่วงแรกดังที่กล่าวมานั้น อาจไม่สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาลหลายประการ ทั้งในเรื่องความโปร่งใส การตรวจสอบได้ การมีส่วนร่วม ความรับผิดชอบ ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่า ซึ่งมาจากปัญหาด้านบริหารจัดการ การวางโครงสร้างองค์กร กระบวนการทำงาน โดยเฉพาะการตรวจสอบและการถ่วงดุล

ทั้งนี้ ภายหลังจากที่รัฐบาลได้รับทราบสถานการณ์และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแล้ว จึงมีการวางระบบการ

บริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของ COVID-19 โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้รับผิดชอบดูแลศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) และมีหัวหน้าส่วนราชการหลักมาเป็นกรรมการเพื่อรับรู้สถานการณ์ร่วมกัน รับคำสั่งไปปฏิบัติ และนำเสนอปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้อย่างทันทั่วทั้งมากขึ้น

การบริหารจัดการในลักษณะของการรวมศูนย์ (centralized administrative system) นี้ ทำให้การจัดการปัญหาวิกฤตเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีทิศทางเดียวกัน และลดขั้นตอนและความขัดแย้งระหว่างหน่วยงาน ทำให้สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ดีขึ้นตามลำดับ จนสามารถลดการระบาดลงได้อย่างรวดเร็ว และสามารถป้องกันการติดเชื้อในประชาชนไปได้เป็นจำนวนมาก

ประเด็นด้านการบริหารจัดการที่สำคัญ

1. จากกรณีศึกษาข้างต้น ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย กระบวนการบริหารจัดการ และการออกมาตรการป้องกันและควบคุมการระบาดของโควิด-19 ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติและการวิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์ทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ การนำเสนอต่อระดับนโยบาย การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ เพื่อรับรู้ปัญหา ให้ความคิดเห็นและร่วมกันวางแผนจัดการปัญหา และกลไกการถ่วงดุลอำนาจ

2. กรณีศึกษามาตรการล็อกดาวน์ในการระบาดระลอกแรกของประเทศไทย แสดงให้เห็นถึงจุดแข็งของประเทศไทย ที่ยังมีการรับฟังข้อมูลและข้อเสนอแนะจากภาคส่วนต่างๆ ในยามวิกฤติ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าแม้หน่วยงานหลักได้พยายามดำเนินการอย่างเต็มที่ แต่อาจยังมีข้อจำกัดเชิงทรัพยากรต่างๆ ในการดำเนินการโดยลำพัง ดังนั้นเมื่อมีการนำเสนอข้อมูลละเอียดเพิ่มเติมจากส่วนวิชาการ โดยโรงเรียนแพทย์ จึงได้มีการรับฟัง และนำไปปรับนโยบายและมาตรการเพื่อควบคุมป้องกันโรคได้อย่างทันทั่วทั้ง

ทำให้ประเทศไทยรอดพ้นจากการระบาดหนักเหมือนกลุ่มประเทศในทวีปยุโรปและทวีปอเมริกา

กรณีศึกษาเรื่อง “การบริหารจัดการทรัพยากรในระบบสาธารณสุขในแต่ละระยะของการระบาด”

Explore

โควิด-19 ถือเป็นโรคอุบัติใหม่ มีการแพร่กระจายเร็ว และยังไม่มียาหรือวัคซีนเกี่ยวกับโรคนี้มาก่อน ทำให้ในช่วงปีแรกของการระบาดจึงยังไม่มียาหรือวัคซีนเฉพาะ ไม่มีวัคซีนป้องกัน รวมถึงการไม่มีแนวทางการป้องกัน และดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐาน ดังนั้นจึงยากต่อการคาดประมาณ และการวางแผนเตรียมการรับมือ ทั้งเรื่องบุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์การแพทย์และสถานที่ที่เหมาะสม

Examine

1. รายละเอียดที่เกิดขึ้น

ภายหลังจากมีการระบาดระลอกที่ 1 ทวีความรุนแรงขึ้นในช่วงเดือนมีนาคม 2563 และมีการตั้ง ศบค. ขึ้น พร้อมกับออกมาตรการในการควบคุมและป้องกันการระบาดอย่างเคร่งครัดเพื่อควบคุมการแพร่ระบาด ตั้งแต่กลางเดือนมีนาคม 2563 เป็นต้นมา ในเวลาเดียวกันได้มีการวางแผนเพื่อระดมทรัพยากรในระบบสาธารณสุขจากทุกภาคส่วน โดยแบ่งเป็นการบริหารจัดการในส่วนภูมิภาค และกรุงเทพและปริมณฑล

สำหรับระบบการบริหารจัดการทรัพยากรในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลนั้น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นเจ้าภาพหลักในการจัดการประชุมคณะกรรมการการบริหารจัดการและรักษาพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยมีศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร เป็นประธาน และเริ่มมีการประชุมวางแผนตั้งแต่ 27 มีนาคม 2563 เพื่อวางแผนทรัพยากรที่จำเป็นในการรับมือกับจำนวนผู้ติดเชื้อที่จะเกิดขึ้น ทั้งนี้มีการวางแผนครอบคลุมเรื่องการสำรวจจำนวนเตียง/ห้องพักรักษาผู้ป่วยแต่ละชนิด และการเพิ่มจำนวนเตียงแต่ละชนิด การวางแผนระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดซื้อจัดหา

และการกระจายอุปกรณ์ป้องกันและยาต้านไวรัส ระบบตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวางแผนด้านวัคซีนป้องกันโรค และการวางแผนดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อแบบไม่มีอาการใน hospital

การประชุมคณะกรรมการดังกล่าว ประกอบด้วยตัวแทนจากหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข องค์การเภสัชกรรม คณะบดีโรงเรียนแพทย์ (จุฬาฯ ศิริราช ราชวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ วชิรพยาบาล) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมีการเชิญตัวแทนจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงภาคเอกชน เข้ามาร่วมวางแผนด้วย สถานการณ์ช่วงแรกนั้น ระบบสาธารณสุขยังต้องอาศัยทรัพยากรเดิมเท่าที่มีอยู่ โดยพบว่า ณ วันที่ 31 มีนาคม 2563 มีสถานการณ์ทรัพยากรที่สำคัญดังนี้

หน้ากาก N95 ไม่มีหน้ากาก N95 เหลือสำรองไว้เลย โดยองค์การเภสัชกรรมวางแผนจะจัดหาหน้ากาก N95 จำนวน 1,336,000 ชิ้น จากประเทศจีน และจัดหาสำหรับศูนย์บริการฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Operations Center: PHEOC) จำนวน 800,000 ชิ้น จากบริษัท 3M และ KOKEN แห่งละ 400,000 ชิ้น ทั้งนี้ได้วางแผนรับจากบริษัท 3M เป็นหน้ากากชนิด 8210 (non-med) 60,000 ชิ้น ภายใน 31 มีนาคม 2563, หน้ากากชนิด 1860 (med) 170,000 ชิ้น ภายใน 10 เมษายน 2563, หน้ากากชนิด 1860s (med) 30,000 ชิ้น ภายใน 10 เมษายน 2563 ในขณะที่มีแผนการรับจากบริษัท KOKEN เป็นหน้ากากชนิด Hi-Luck 250 100,000 ชิ้น ภายใน 30 เมษายน 2563 และ 100,000

ชิ้น ภายใน 31 พฤษภาคม 2563

Personal protective equipment (PPE) ยอดคงคลังของ coverall PPE มี 4,080 ชิ้น วางแผนจะจัดซื้อจัดหาทั้งในและต่างประเทศที่กรมควบคุมโรคทำแผนเสนอมา ทั้งนี้มีแผนจัดซื้อจากประเทศจีนจำนวน 1,650,000 ชิ้น ตั้งแต่มีนาคม-มิถุนายน 2563 โดยทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเอกชน วางแผนร่วมมือกันพัฒนาวัตถุดิบเพื่อที่จะสามารถผลิตเองอย่างครบวงจรในประเทศ

ยารักษา COVID-19 ที่องค์การเภสัชกรรมผลิตได้ ยารักษา COVID-19 ที่องค์การเภสัชกรรมผลิตได้ ได้แก่ chloroquine phosphate ขนาด 250 มิลลิกรัม lopinavir ขนาด 200 มิลลิกรัม ร่วมกับ ritonavir ขนาด 50 มิลลิกรัม และ darunavir ขนาด 600 มิลลิกรัม ร่วมกับ ritonavir ขนาด 100 มิลลิกรัม โดยมีอัตราการผลิตต่อเดือนและจำนวนผู้ป่วยที่รองรับได้ แสดงดังตารางที่ 1

ยารักษาโรค COVID-19 ที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ มีดังนี้

- Avigan (favipiravir) ไทยได้รับล็อตแรก 40,000 เม็ดและได้ทำการแจกจ่ายไปยังสถานพยาบาลต่างๆ แล้ว ขณะที่ล็อตที่ 2 ได้มาอีก 40,000 เม็ดในวันที่ 30 มีนาคม 2563 และรับอีก 100,000 เม็ดในวันที่ 3 เมษายน 2563 อย่างไรก็ตาม อธิบดีกรมการแพทย์แจ้งว่า ด้วยเกณฑ์การรักษาในขณะนั้นและสถานการณ์จำนวนเคสที่มากขึ้น จะมีความเป็นไปได้สูงที่ยาที่มีอยู่นั้นจะหมดใน 2 สัปดาห์

ตารางที่ 1 ยารักษา COVID-19 ที่องค์การเภสัชกรรมผลิตได้

ยา (มิลลิกรัม)	กำลังการผลิต/เดือน (ล้านเม็ด)	จำนวนผู้ป่วยไม่รุนแรง/รุนแรง ที่รองรับได้
chloroquine phosphate (250)	0.60	60,000-120,000/30,000-60,000
lopinavir/ritonavir (200/50)	8.30	415,000/207,500
darunavir/ritonavir (600/100)	1.06	106,086/53,043

- remdesivir injection มีอยู่ 220 vials และมีแผนจัดหาเพิ่มอีก 220 vials

ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับ COVID-19 สถานการณ์คือ

- มีห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองทั้งสิ้น 56 แห่ง วางแผนจะจัดตั้งเพิ่มอีก 40 แห่ง และของบกลางเพื่อพัฒนาในระยะยาว

- กทม. มี 27 แห่ง แบ่งเป็นภาครัฐ 14 แห่ง เอกชน 13 แห่ง

- ต่างจังหวัด มี 29 แห่ง แบ่งเป็นภาครัฐ 27 แห่ง เอกชน 2 แห่ง

- ศักยภาพในการตรวจ: กทม. 10,000 ตัวอย่างต่อวัน และต่างจังหวัด 10,000 ตัวอย่างต่อวัน (835 ตัวอย่างต่อวัน สำหรับแต่ละเขตบริการสุขภาพ)

- ชุดน้ำยาสำหรับตรวจ RT-PCR ที่ผ่านการรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีทั้งสิ้น 16 ยี่ห้อ โดยเป็นไปตามนโยบายกระจายความเสี่ยง

- ชุดตรวจอย่างง่าย (rapid test) ที่ผ่านการรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีทั้งสิ้น 5 ยี่ห้อ โดยไม่ได้ตรวจเฉพาะเอกสาร

- มีน้ำยาตรวจ RT-PCR ใน stock เพียงพอสำหรับตรวจได้ 78,881 ราย

เครื่องช่วยหายใจ (ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2563) มีดังนี้

- เขตบริการสุขภาพที่ 1-12 มีจำนวนเครื่องช่วยหายใจทั้งสิ้น 12,133 เครื่อง จำแนกเป็นแบบ volume respirator 10,432 เครื่อง และ bird's respirator 1,763 เครื่อง อย่างไรก็ตาม หากหักจำนวนเครื่องที่ใช้การไม่ได้ออกไป จะเหลือจำนวนเครื่องช่วยหายใจทั้งสิ้น 10,639 เครื่อง จำแนกเป็นแบบ volume respirator 9,202 เครื่อง และ bird's respirator 1,457 เครื่อง

- กทม. (เขตบริการสุขภาพที่ 13) มีจำนวนเครื่องช่วยหายใจทั้งสิ้น 1,494 เครื่อง จำแนกเป็นแบบ volume respirator 1,230 เครื่อง และ bird's respirator 264

เครื่อง

- ทั้งนี้ กองวิศวกรรมฯ ของกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีข้อมูลว่า มีเครื่องช่วยหายใจจำนวนเท่าใดที่ว่างหรือไม่ได้ใช้งาน และไม่มีข้อมูลจำแนกชนิดของ volume respirator ว่าแต่ละชนิดมีจำนวนเท่าใด และชนิดใดที่เหมาะสมสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย acute respiratory distress syndrome (ARDS) จาก COVID-19 (ต้องมี positive end-expiratory pressure, PEEP function)

จำนวนเตียงของโรงพยาบาลใน กทม.และปริมณฑล (ณ 30 มีนาคม 2563) มีดังนี้

- กทม. และปริมณฑล (นนทบุรี สมุทรปราการ ปทุมธานี) มีโรงพยาบาลรวม 74 แห่ง (รัฐ 29 แห่ง เอกชน 45 แห่ง) มีเตียงรวมทั้งสิ้น 1,329 เตียง จำแนกเป็น air-borne infection isolation room-intensive care unit (AIIR-ICU) 98 เตียง, Modified AIIR 41 เตียง, isolation room 688 เตียง, cohort ward 502 เตียง

- นอกจากนี้ยังมี hospitel ประกอบด้วย หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ รพ.ราชวิถี 250 เตียง รพ.สนาม รพ.ธรรมศาสตร์ 308 เตียง และของ รพ.จุฬาลงกรณ์ 40 เตียง รวม 598 เตียง

- ขณะนั้นมีผู้ป่วย admit 80 รายใน AIIR-ICU, และ 814 รายในเตียงลักษณะอื่นๆ โดยเหลือเตียงว่าง AIIR-ICU 18 เตียง และเตียงลักษณะอื่นๆ 517 เตียง

- ส่วน hospitel นั้น มีผู้ป่วยพัก 31 ราย ที่ รพ.ราชวิถี และ 7 ราย ที่ รพ.ธรรมศาสตร์

2. การตอบสนองที่เกิดขึ้น

จากการร่วมกันดำเนินการของทุกภาคส่วนจนถึงปัจจุบัน พบว่าได้มีการขยายศักยภาพของระบบต่างๆ มากขึ้น ทั้งนี้ ณ เดือนเมษายน 2564 มีทรัพยากรที่สำคัญต่อการรับมือการระบาดของโรคโควิด-19 ดังนี้

- จุดบริการตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 106 แห่ง โดยจำแนกเป็นภาครัฐ 44 แห่ง ภาคเอกชน 66 แห่ง และในต่างจังหวัดอีก 171 แห่ง แบ่งเป็นภาครัฐ 133 แห่ง และภาค

เอกชน 38 แห่ง ทั้งนี้ทั้งการให้บริการในรูปแบบการตรวจ
ในสถานพยาบาล และแบบ drive thru (drive-through)

- จำนวนเตียงจำแนกตามชนิด ในแต่ละสถาน
พยาบาล มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังภาพที่ 5-7

- มีการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโควิด-19
โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 22
เมษายน 2564

- ทั้งนี้มีการจัดทำแนวทางการดูแลรักษา การปรึกษา
และส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ต่างๆ โดยปรับ
ตามสถานการณ์การระบาดของแต่ละพื้นที่

- แม้จะมีปัญหาขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันตัวทั้งของ
ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์ทางการ
แพทย์ และยา อย่างหนักในระลอกแรก แต่ปัญหาทุเลาลง
ในช่วงครึ่งปีหลัง ทั้งนี้มีการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อ
ส่งต่อข้อมูลระหว่างกัน และควบคุมติดตามการเบิกจ่าย
ทรัพยากรในระดับประเทศ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็น

เจ้าภาพหลัก

Evaluate

กลไกการบริหารจัดการทรัพยากรที่จำเป็นในระบบ
สาธารณสุขของประเทศไทยนั้นค่อนข้างมีประสิทธิภาพ ดัง
จะเห็นได้จากข้อมูลสถิติที่บ่งถึงการขยายศักยภาพของ
เตียง ระบบการตรวจคัดกรองโรค และระบบการดูแลรักษา
ผู้ป่วย ทั้งแนวทางการคัดกรอง/จำแนกผู้ป่วย แนวทางการ
ดูแลรักษา และการปรึกษาและส่งต่อระหว่างหน่วยงาน
นอกจากนี้ยังมีระบบสารสนเทศกลางในการติดตามกำกับ
สถานะคงคลังของทรัพยากรสำคัญ และดูแลการเบิกจ่าย
ในภาพรวมของประเทศ

อย่างไรก็ตาม ปัญหาด้านการกระจายตัวของ
ทรัพยากรบุคคล และอุปกรณ์ต่างๆ ที่ไม่ได้กระจายอย่างทั่ว
ถึงหรือสม่ำเสมอ ยังคงพบได้เป็นระยะ แต่ได้รับการแก้ไขใน
ลักษณะปัญหาเฉพาะหน้า เช่น การถ่ายโอนทรัพยากรจาก
พื้นที่ที่ระบาดน้อยไปช่วยเหลือพื้นที่ที่มีการระบาดหนัก

รายงานสถานการณ์เตียงของประเทศ				
link : https://co-ward.moph.go.th/				
เขตสุขภาพ	เตียงทั้งหมด	ครองเตียงทั้งหมด	เตียงว่าง	อัตราครองเตียง
เขตสุขภาพ 1	2,705	1,018	1,687	37.6
เขตสุขภาพ 2	1,261	419	842	33.2
เขตสุขภาพ 3	854	420	434	49.2
เขตสุขภาพ 4	3,516	2,202	1,314	62.6
เขตสุขภาพ 5	6,453	2,083	4,370	32.3
เขตสุขภาพ 6	5,740	3,634	2,106	63.3
เขตสุขภาพ 7	851	485	366	57.0
เขตสุขภาพ 8	2,043	544	1,499	26.6
เขตสุขภาพ 9	1,808	691	1,117	38.2
เขตสุขภาพ 10	770	270	500	35.1
เขตสุขภาพ 11	2,004	875	1,129	43.7
เขตสุขภาพ 12	2,516	560	1,956	22.3
เขตสุขภาพ 13	11,183	7,261	3,922	64.9
รวม 13 เขต	41,704	20,462	21,242	49.1

จัดทำโดย งานเฝ้าระวังระบบประเมินสถานการณ์ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน 24 เม.ย. 64 ณ 16.30 น.

กรมการแพทย์ DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

ภาพที่ 5 จำนวนเตียงของประเทศจำแนกตามเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ณ 24 เมษายน 2564⁽¹⁴⁾

รายงานสถานการณ์เตียงของประเทศ link : https://co-ward.moph.go.th/				
ประเภทเตียง	เตียงทั้งหมด	ครองเตียง	เตียงว่าง	อัตราครองเตียง
AIIR-ICU	533	351	182	65.9
Modified AIIR	1,074	800	274	74.5
AIIR + Modified AIIR (M+F)	765	257	508	33.6
Isolated room	9,336	6,059	3,277	64.9
Cohort ward	14,190	7,957	6,233	56.1
Cohort รพ.สนาม	8,891	1,401	7,490	15.8
Cohort ICU	182	105	77	57.7
Hospital	6,733	3,532	3,201	52.5
รวม	41,704	20,462	21,242	49.1

จัดทำโดย งานเฝ้าระวังระบบประเมินสถานการณ์ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน 24 เม.ย. 64 ณ 16.30 น.

กรมการแพทย์ DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

ภาพที่ 6 จำนวนเตียงของประเทศจำแนกตามประเภท กระทรวงสาธารณสุข ณ 24 เมษายน 2564⁽¹⁴⁾

รายงานสถานการณ์เตียงของกรุงเทพมหานครและปริมณฑล link : https://co-ward.moph.go.th/				
หน่วยงาน	เตียงทั้งหมด	ครองเตียงทั้งหมด	เตียงว่าง	อัตราครองเตียง
กรมการแพทย์	484	359	125	74.2
กรมควบคุมโรค	163	163	-	100.0
กรมสุขภาพจิต	69	16	53	23.2
กระทรวงกลาโหม	388	372	16	95.9
กรุงเทพมหานครฯ	176	160	16	90.9
โรงพยาบาลตำรวจ	154	153	1	99.4
โรงพยาบาลสนาม	10,112	5,968	4,144	59.0
โรงเรียนแพทย์	869	719	150	82.7
เอกชน	5,652	3,752	1,900	66.4
รวม	18,067	11,662	6,405	64.5

หมายเหตุ : Hospital ข้อมูล ณ วันที่ 23 เมษายน 2564 เวลา 24.00 น.
(กรมการแพทย์+กรมสสจ.+UHHosNet+กทม.)

กรมการแพทย์ DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

ภาพที่ 7 จำนวนเตียงจำแนกตามสังกัด พื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ณ 24 เมษายน 2564⁽¹⁴⁾

ในขณะที่ปัญหาท้าทายอื่นๆ ที่พบ ได้แก่ เรื่องการจัดซื้อจัดหาวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งมีประเด็นเรื่องเงื่อนไข ราคา ปริมาณและระบบการกระจายและฉีดแก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ นั้น เป็นไปในลักษณะคล้ายกับประเทศอื่นทั่วโลก เนื่องจากมีความไม่แน่นอนของผลการศึกษาวัคซีน ระบบการผลิต ราคา ข้อมูลด้านสรรพคุณและความปลอดภัย และอื่นๆ แต่ก็ได้รับการดูแลแก้ไขตามสถานการณ์ ผ่านการกำกับดูแลของ ศบค. กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นด้านการบริหารจัดการที่สำคัญ

กลไกการบริหารจัดการทรัพยากรที่จำเป็นในระบบสาธารณสุขของประเทศไทยนั้นแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ เนื่องจากเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการรับรู้สถานการณ์ปัญหา ร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา วางแผนพัฒนา และร่วมกันรับผิดชอบ ทำให้สามารถขยายศักยภาพได้มากกว่าที่เคยมีอยู่ก่อนเริ่มการระบาด อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาด้านการบริหารจัดการจัดซื้อจัดหาวัคซีน ซึ่งเป็นเพราะการดำเนินการในช่วงที่ผ่านมา เน้นบทบาทของหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวัคซีนแห่งชาติ เป็นหลัก โดยภาคเอกชนและประชาสังคมมีส่วนร่วมน้อยตลอดช่วงการระบาดระลอกแรกในปี 2563

อภิปรายผลการศึกษา

นโยบายและมาตรการ

เมื่อเปรียบเทียบกับในแต่ละระยะของการระบาด จะพบว่า จากระยะเตรียมการถึงระยะการตอบสนองเบื้องต้นนั้น จะให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังและการป้องกันเป็นหลัก ต่อมาในระยะตอบสนองการระบาดเต็มรูปแบบ หากพิจารณาในด้านสาธารณสุข มาตรการส่วนใหญ่ต่อเนื่องมาจากระยะแรกแต่มีความเคร่งครัดมากขึ้นคือ เน้นการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งการออกพรก.ฉุกเฉิน ส่วนมาตรการด้านอื่น มุ่งไปด้านการประคับ

ประคองเศรษฐกิจฐานรากเป็นหลัก ได้แก่ การช่วยเหลือเยียวยาประชาชนทุกกลุ่มอาชีพ และระยะต่อเนื่อง เริ่มผ่อนปรนมาตรการ แต่ยังคงควบคุมป้องกันโรคโดยเฉพาะแรงงานต่างด้าว และตามจังหวัดที่มีชายแดนติดเมียนมา ในระยะนี้เริ่มมีแนวคิดที่จะเปิดรับนักท่องเที่ยวเพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจจึงมีมาตรการกระตุ้นการท่องเที่ยวเกิดขึ้น

โครงสร้างการบริหารจัดการ

ในระยะแรกของการระบาดนั้นมีการทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพหลัก อย่างไรก็ตาม หลังจากการระบาดทวีความรุนแรงขึ้นตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563 ได้มีการตั้ง ศบค. ขึ้นเพื่อเป็นกลไกหลักในการบริหารสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งมีองค์ประกอบหลักคือ ตัวแทนของหน่วยงานภาครัฐ

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนลักษณะขององค์ประกอบในคณะกรรมการระดับชาติที่มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ใน 15 ประเทศทั่วโลก ได้แก่ อาร์เจนตินา เบลเยียม จีน ซิลิฝรั่งเศส เยอรมนี ฮังการี อิตาลี ฟิlippินส์ สิงคโปร์ สเปน สวิตเซอร์แลนด์ ไทย สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา จะพบว่ามีความแตกต่างกันไปตามบริบทของประเทศ ส่วนใหญ่แล้วมักมีองค์ประกอบหลักเป็นตัวแทนจากหน่วยงานของรัฐบาล และยังมีองค์ประกอบของคณะกรรมการเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ โรคติดเชื้อ ระบาดวิทยา และการสาธารณสุข อย่างไรก็ตามหลายประเทศได้ให้ความสำคัญกับสาขาวิชาชีพอื่นด้วย ทั้งนี้ประเทศที่มีสมาชิกที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในคณะกรรมการระดับชาติ ได้แก่ เบลเยียม ฝรั่งเศส และสวิตเซอร์แลนด์ ในขณะที่ประเทศที่มีสมาชิกที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านสังคมศาสตร์และ/หรือมานุษยวิทยาอยู่ในคณะกรรมการระดับชาติ ได้แก่ ฝรั่งเศส อิตาลี และสหราชอาณาจักร

ถึงแม้องค์ประกอบหลักในคณะกรรมการระดับชาติของแต่ละประเทศจะมีความแตกต่างกันไป แต่ในการดำเนินงานจริง มักมีการทำงานปรึกษาหารือเชิงสหสาขา

วิชาชีพในระดับปฏิบัติการอยู่แล้ว แต่การมีตัวแทนของแต่ละสาขาในคณะกรรมการระดับชาติ อาจส่งผลต่อการนำเสนอประเด็นพิจารณาเพื่อเป็นนโยบายหรือมาตรการได้บ้างไม่มากนักน้อย แต่ยังไม่มีความเห็นพ้องที่จะยืนยันสมมติฐานนี้

ผลลัพธ์ของกลไกบริหารจัดการสถานการณ์การระบาด

ในช่วงการระบาดระยะเตรียมการและตอบสนองเบื้องต้น ตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 ถึงกลางมีนาคม 2563 นโยบายและมาตรการต่างๆ ของประเทศไทย ที่ดำเนินการภายใต้การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข สามารถควบคุมป้องกันการระบาดได้ดีในช่วงสองเดือนแรก จากนั้นการระบาดทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนเป็นที่มาของการปรับโครงสร้างการบริหารจัดการไปใช้กลไกการทำงานของ ศบค. เป็นหน่วยบริหารจัดการหลักในการต่อสู้กับโรคระบาด และทยอยออกมาตรการเพื่อจัดการสถานการณ์ระบาดในลักษณะที่มีความเคร่งครัดเข้มข้นมากขึ้น

กลไกบริหารสถานการณ์การระบาดกับผลลัพธ์ของการควบคุมการระบาดของโควิด-19

จากการระบาดของโควิด-19 ในระลอกแรก จนถึงปัจจุบัน สามารถวิเคราะห์ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของกลไกบริหารสถานการณ์ระบาด กับผลลัพธ์ของการควบคุมการระบาดของโควิด-19 ในแต่ละระยะได้ดังนี้

ระยะเตรียมการและระยะตอบสนองเบื้องต้น:

หน่วยงานหลักคือกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน แต่อาจมีปัญหาในการประสานงานระหว่างกันและไม่แน่ใจในเรื่องขอบเขตอำนาจหน้าที่ในการดำเนินงาน ทำให้มาตรการต่างๆ อาจตอบสนองในการควบคุมการระบาดได้เพียงระยะแรก แต่ไม่ทันต่อสถานการณ์การระบาดที่ทวีความรุนแรงขึ้นในเดือนมีนาคม 2563 ทำให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ มีการติดเชื้อรายใหม่ต่อวันที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ระยะตอบสนองเต็มรูปแบบ:

มีการปรับเปลี่ยนกลไกบริหารสถานการณ์เป็น ศบค. (Center for COVID-19 Situation Administration: CCSA) ซึ่งบริหารจัดการแบบรวมศูนย์ มุ่งเป้าเรื่องการควบคุมการระบาด และใช้มาตรการที่เคร่งครัด ทำให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ สามารถลดการระบาดลงได้โดยใช้เวลา 44 วัน

ทั้งนี้ หากพิจารณาความคิดเห็นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับพื้นที่ ได้ให้ความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า รูปแบบการจัดการของกลไกบริหารสถานการณ์การระบาดระลอกแรกในระยะตอบสนองเต็มรูปแบบนั้นมีประสิทธิผล ชัดเจน ทำให้ทราบทิศทางการดำเนินการ แม้จะมีอุปสรรคในเรื่องความไม่เพียงพอของทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมป้องกันโรค หรือแนวทางการดูแลรักษาหรือป้องกันที่อิงความรู้วิชาการที่มีการเปลี่ยนแปลงเร็ว ทำให้ถ่ายทอดจากส่วนกลางสู่ระดับพื้นที่ได้ช้าบ้างก็ตาม

วิจารณ์และข้อยุติ

กลไกการอภิบาลระบบของประเทศไทยในช่วงสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 มีความแตกต่างไปในแต่ละระยะของการระบาด ในภาวะวิกฤติที่มีการระบาดรุนแรง รูปแบบการบริหารจัดการแบบรวมศูนย์นั้นช่วยให้การตัดสินใจเชิงนโยบาย ประกาศนโยบาย และขับเคลื่อนนโยบายเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นไปในทิศทางเดียวกันมากขึ้นกว่าภาวะปกติ ทั้งนี้บทเรียนจากการบริหารจัดการของประเทศไทยระหว่างการระบาดของโควิด-19 ระลอกแรกนั้นสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการมีโครงสร้างบริหารจัดการแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การมีระบบเฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์ และนำมาวิเคราะห์เพื่อนำเสนอสู่กระบวนการนโยบาย การพัฒนาแผนปฏิบัติการทั้งในด้านการควบคุมป้องกันโรค การผลิต การจัดซื้อจัดหาและการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น ความจำเป็นของประเทศที่จะต้องมีการสร้างพื้นที่

ฐานในการผลิตทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรค รวมถึงการสื่อสารนโยบายไปสู่หน่วยปฏิบัติระดับพื้นที่และสู่สาธารณะ

ทั้งนี้โควิด-19 จะไม่ใช่โรคอุบัติใหม่และโรคระบาดครั้งสุดท้ายที่ประเทศไทยต้องเผชิญ ในอนาคตอาจมีปัญหาคู่ที่ท้าทายและเป็นภาวะคุกคาม ก่อให้เกิดวิกฤตต่อสุขภาพและสังคมที่มากกว่าเดิม ดังนั้นหากรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยข้างต้น และนำมาใช้วิเคราะห์ประเมินสถานะของระบบและกลไกต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และเสริมสร้างให้มีความเข้มแข็งขึ้น ย่อมจะทำให้ประเทศไทยสามารถรับมือกับปัญหาหรือภาวะคุกคามในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้เป็นส่วนหนึ่งในชุดโครงการวิจัยเรื่องการตอบสนองและเตรียมการของระบบบริการสุขภาพไทยต่อวิกฤติการระบาดของ COVID-19: การดำเนินการของโรงพยาบาล และผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมภายในขอบเขตของระบบสุขภาพ ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทั้งนี้ ข้อความที่ปรากฏในบทความนี้เป็นของผู้เขียน มิใช่ ความเห็นของสวรส.

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน และขอขอบคุณนายธีระวัฒน์ วรณารัตน์ ที่มีบทบาทสำคัญในการรวบรวมข้อมูลระบาดวิทยาของโควิด-19 อย่างเป็นระบบเพื่อใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ และสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายแก่รัฐบาลเพื่อจัดการควบคุมการระบาดของโควิด-19 ของประเทศไทยในระลอกแรก

References

1. United Nations Development Programme. COVID-19: looming crisis in developing countries threatens to devastate economies and ramp up inequality 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 5]. Available from: https://www.undp.org/content/undp/en/home/news-centre/news/2020/COVID19_Crisis_in_developing_countries_threatens_devastate_economies.html.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Coronavirus 2019 situation: public health measures and problems in preventing and controlling diseases for travelers [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 24]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>. (in Thai)
3. The Bangkok Editorial Team. Can't hold it: COVID-19 has spread across 60 provinces in every region [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 15]. [Available from: <https://www.thebangkokinsight.com/news/politics-general/covid-19/322292/>. (in Thai)
4. Ministry of Public Health. Announcement of Ministry of Public Health: names and major symptoms of dangerous communicable diseases (3rd edition) B.E. 2563 [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 5]. [Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/10020200514102630.PDF>. (in Thai)
5. World Health Organization. Strengthening the health system response to COVID-19 recommendations for the WHO European Region Policy brief 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 5]. [Available from: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/436350/strengthening-health-system-response-COVID-19.pdf?ua=1.
6. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Coronavirus disease 2019 situation report. News [Internet]. 2020 Jan-Dec [cited 2020 May-Dec 31]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>. (in Thai)
7. Bureau of Information Office of the Permanent Secretary of Ministry of Public Health. News [Internet]. 2020 Jan-Dec [cited 2020 May-Dec 31]. Available from: <https://pr.moph.go.th/?url=main/index>. (in Thai)
8. Bangkokbiznews. News [Internet]. 2020 Jan-Dec [cited 2020 May-Dec 31]. Available from: <https://www.thebangkokinsight.com/news/politics-general/politics/>. (in Thai)
9. Thai News Agency. News [Internet]. 2020 Jan-Dec [cited 2020 May-Dec 31]. Available from: <https://tna.mcot.net/>. (in Thai)
10. Thai PBS. COVID-19 Timeline [Internet]. 2020 Jan-Dec [cited 2020 May-Dec 31]. Available from: <https://covid19.thaipbs.or.th/timeline/>. (in Thai)
11. Prachachat Online. News [Internet]. 2020 Jan-Dec [cited 2020 May-Dec 31]. Available from: <https://www.prachachat.net/world-news/>. (in Thai)
12. Matichon Online. COVID-19 news [Internet]. 2020 Jan-Dec [cited 2020 May-Dec 31]. Available from: <https://www.ma->

- tichon.co.th/covid19/thai-covid19/news. (in Thai)
13. Kapook. COVID-19 Timeline [Internet]. 2020 Jan-Dec [cited 2020 May-Dec 31]. Available from: <https://covid-19.kapook.com/timeline>. (in Thai)
 14. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. COVID-19 cases update daily [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 1]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dash-board/>. (in Thai)

สาเหตุของการส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่องของผู้ประกันตน ตามมาตรา 40: การศึกษาเชิงคุณภาพ

สายชล คล้อยเอี่ยม^{*†}

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุที่ทำให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ขาดส่งเงินสมทบหรือส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่อง โดยเก็บข้อมูล 2 วิธี คือ 1) การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์กับอาสาสมัครแรงงานและเครือข่ายประกันสังคมตามมาตรา 40 จำนวน 9 คน จากลำพูน บุรีรัมย์ ขอนแก่น กรุงเทพมหานคร และภูเก็ต และผู้ที่มีประสบการณ์เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33, 39, และ 40 และมีส่วนช่วยส่งเสริมการเข้าถึงหลักประกันทางสังคมจำนวน 1 คน จากกรุงเทพมหานคร และ 2) ทบทวนความเห็นเกี่ยวกับประกันสังคมตามมาตรา 40 ที่ประชาชนเขียนเผยแพร่ในสื่อออนไลน์ระหว่าง พ.ศ. 2559–2564 ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุและอุปสรรคของการขาดส่งเงินสมทบหรือส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่อง ประกอบด้วย ขั้นตอนและเอกสารในการเบิกเงินยืมยาก จำนวนเงินบำเหน็จน้อยกว่าที่คาดหวังไว้ สิทธิประโยชน์ไม่เท่าเทียมกับประกันอื่น การไม่ทราบถึงผลกระทบของการขาดส่งเงินสมทบ การไม่ทราบว่าต้องทำอะไรหลังขาดส่งเงินสมทบ การหลงลืมวัน ความไม่สะดวกส่งเงินสมทบตามช่องทางที่มีอยู่ และการไม่มีเงินส่ง ข้อค้นพบนี้สามารถนำไปพัฒนาแนวทางในการลดปัญหาและอุปสรรคในการขอรับประโยชน์ทดแทนเพื่อป้องกันไม่ให้ผลกระทบขยายวงกว้างไปสู่แรงงานนอกระบบที่ยังไม่เข้าระบบประกันสังคมและผู้ประกันตนที่ยังไม่เคยขอรับประโยชน์ทดแทน แนวทางการสื่อสารสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของการขาดส่งเงินสมทบ และระบบแจ้งเตือนและช่องทางการส่งเงินสมทบที่เข้าถึงผู้ประกันตนในพื้นที่นอกเขตเมือง

คำสำคัญ: สาเหตุการขาดส่งเงินสมทบ, ผู้ประกันตน ตามมาตรา 40, ประกันสังคม, การศึกษาเชิงคุณภาพ

^{*} กองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

[†] สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

Received 21 June 2021; Revised 9 April 2022; Accepted 14 September 2022

Suggested citation: Kloyiam S. Why insured persons under Social Security Act Article 40 missed paying contribution: a qualitative study. Journal of Health Systems Research 2022;16(3):390-406.

สายชล คล้อยเอี่ยม. สาเหตุของการส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่องของผู้ประกันตนตามมาตรา 40: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(3):390-406.

Why Insured Persons under Social Security Act Article 40 Missed Paying Contribution: A Qualitative Study

Saichon Kloyiam^{*,†}

saichon.k@anamai.mail.go.th

^{*} Development and Research Division, Social Security Office, Ministry of Labour, Thailand

[†] Office of Expert Committee, Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand

Abstract

The present qualitative study aimed to explore and understand reasons why insured persons under Social Security Act Article 40 missed paying contribution. Two data collection methods were used. First, telephone interviews, data were collected from nine village labour volunteers and community-based social security network members for Article 40 and one insured person who had experiences with Article 33, 39, and 40. The informants were from Lamphun, Buriram, Khon Kaen, Bangkok, and Phuket. Second, online public comments related to Social Security Act Article 40 published during 2011-2021 were reviewed. The findings showed that reasons the insured persons under Article 40 missed contribution payment included: too complex procedures of benefit claim, less elderly lump sum than expected, unequal benefits compared to other insurance schemes, not knowing the consequences of missed contribution payment, not knowing what and how to do when having missed contribution payments, being unaware of contribution payment deadline, inconvenience with available contribution payment channels, and poverty. These findings suggest eliminating barriers and improving ease of claiming benefits, raising awareness of health risks and consequences of missing contribution payments on benefit claims, and developing out-reach communication for contribution payment alert system, and easy to access contribution payment methods in remote communities.

Keywords: reasons for missing contribution payment, insured persons under Article 40, social insurance, qualitative study

ภูมิหลังและเหตุผล

พระราชบัญญัติประกันสังคม ตามมาตรา 40 มีวัตถุประสงค์เพื่อขยายหลักประกันทางสังคมให้ครอบคลุมแรงงานนอกระบบ เช่น ผู้ประกอบอาชีพอิสระ กลุ่มพ่อค้าแม่ค้า เกษตรกร และพนักงานอิสระต่างๆ ผู้ที่สนใจสามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ได้ที่สำนักงานประกันสังคมทั่วประเทศ เซเว่น-อีเลฟเว่น ทุกสาขา เว็บไซต์สำนักงานประกันสังคม www.sso.go.th ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) ทุกสาขา สายด่วนประกันสังคม 1506 บิ๊กซีซูเปอร์เซ็นเตอร์

และเครือข่ายประกันสังคม ทั่วประเทศ ผู้ประกันตนสามารถจ่ายเงินสมทบรายเดือนหรือล่วงหน้าได้ไม่เกิน 12 เดือน ผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น หักบัญชีเงินฝากธนาคาร เคาน์เตอร์เซอร์วิส ธนาคารที่ร่วมกิจกรรมตู้บุญเติม ห้างเทสโก้โลตัส และสำนักงานประกันสังคมทั่วประเทศ ผู้ประกันตนยังใช้สิทธิรักษาพยาบาลของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ ผู้ประกันตนจะได้รับความคุ้มครองในกรณีต่างๆ ซึ่งผู้ประกันตนมีทางเลือกจำนวนเงินสมทบและสิทธิประโยชน์ 3 ทางเลือก และมีเงื่อนไขในการเกิดสิทธิตามตารางที่ 1 ดังนี้⁽¹⁾

ตารางที่ 1 ความคุ้มครองและเงื่อนไขการเกิดสิทธิ สำหรับผู้ประกันตน ตามมาตรา 40

ความคุ้มครอง	ทางเลือก 1 จ่าย 70 บาท/เดือน	ทางเลือก 2 จ่าย 100 บาท/เดือน	ทางเลือก 3 จ่าย 300 บาท/เดือน	เงื่อนไขการเกิดสิทธิ
1 กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย รับค่าทดแทนการขาดรายได้ ผู้ป่วยใน นอนพักรักษาตัว 1 วัน ขึ้นไป ไม่นอนโรงพยาบาล แต่มีใบรับรองแพทย์ให้หยุดพักรักษาตัว ตั้งแต่ 3 วัน ขึ้นไป ภายใน 1 ปี นอกและนอนโรงพยาบาล รวมกันไม่เกิน ไปพบแพทย์ (ผู้ป่วยนอก) และแพทย์มีความเห็นให้หยุด พักรักษาตัวไม่เกิน 2 วัน (ปีละไม่เกิน 3 ครั้ง และมีใบรับรองแพทย์)	วันละ 300 บาท วันละ 200 บาท ไม่เกิน 30 วัน/ปี ครั้งละ 50 บาท	วันละ 300 บาท วันละ 200 บาท ไม่เกิน 30 วัน/ปี ครั้งละ 50 บาท	วันละ 300 บาท วันละ 200 บาท ไม่เกิน 90 วัน/ปี ไม่คุ้มครอง	จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 3 เดือน ใน 4 เดือน ก่อนเดือนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
2 กรณีพหุพลภาพ รับเงินทดแทนการขาดรายได้ ได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้รายเดือน ได้รับเงินทดแทนเป็นระยะเวลา เสียชีวิตระหว่างรับเงินทดแทนฯ ได้รับเงินค่าทำศพ	500-1,000 บาท เป็นเวลา 15 ปี 25,000 บาท	500-1,000 บาท เป็นเวลา 15 ปี 25,000 บาท	500-1,000 บาท ตลอดชีวิต 50,000 บาท	ขึ้นอยู่กับระยะเวลาจ่ายเงินสมทบ - จ่ายเงินสมทบ 6 เดือน ใน 10 เดือน ก่อน พหุพลภาพ ได้รับ 500 บาท/เดือน - จ่ายเงินสมทบ 12 เดือน ใน 20 เดือน ก่อน พหุพลภาพ ได้รับ 650 บาท/เดือน - จ่ายเงินสมทบ 24 เดือน ใน 40 เดือน ก่อน พหุพลภาพ ได้รับ 800 บาท/เดือน - จ่ายเงินสมทบ 36 เดือน ใน 60 เดือน ก่อน พหุพลภาพ ได้รับ 1,000 บาท/เดือน - จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 6 เดือน ใน 12 เดือน ก่อนเดือนที่ตาย - ยกเว้น กรณีอุบัติเหตุ หากส่งเงินสมทบไม่ครบ 6 เดือน ใน 12 เดือน แต่มีการส่งเงินสมทบ 1 เดือน ใน 6 เดือน ก่อนเดือนที่ตาย
3 กรณีเสียชีวิต ได้รับเงินค่าทำศพ ผู้จัดการศพได้รับค่าทำศพ จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 60 เดือน ก่อนเดือนที่เสียชีวิต ได้รับเงินสงเคราะห์กรณีตาย	25,000 บาท รับเพิ่ม 8,000 บาท	25,000 บาท รับเพิ่ม 8,000 บาท	50,000 บาท ไม่คุ้มครอง	เมื่ออายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ และสิ้นสุดความเป็น ผู้ประกันตน
4 กรณีพิการ ได้รับเงินก่อนพร้อมดอกผล ได้รับเงินบำนาญชราภาพ จากเงินสมทบ เดือนละ (ตามระยะเวลาที่จ่ายเงินสมทบ พร้อมดอกผลคืนทั้งหมด) จ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 180 เดือนขึ้นไป ได้รับเพิ่มอีก สามารถจ่ายเงินสมทบเพิ่มเติม (เงินออม) ได้ไม่เกินเดือนละ	ไม่คุ้มครอง ไม่คุ้มครอง ไม่คุ้มครอง	50 บาท ไม่คุ้มครอง ออมเพิ่มได้ 1,000 บาท	150 บาท รับเพิ่ม 10,000 บาท ออมเพิ่มได้ 1,000 บาท	- จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 24 เดือน ใน 36 เดือน - ขณะรับเงินสงเคราะห์ ต้องส่งเงินสมทบทุกเดือน
5 กรณีสงเคราะห์บุตร ได้รับเงินเดือนรายได้ ได้รับเงินสงเคราะห์บุตรรายเดือน บุตรอายุแรกเกิด จนถึง 6 ปีบริบูรณ์ คราวละไม่เกิน 2 คน	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง	คนละ 200 บาท	

จากเงื่อนไขการเกิดสิทธิข้างต้นแสดงว่า ความต่อเนื่อง และระยะเวลาในการจ่ายเงินสมทบมีผลต่อการเข้าถึงการคุ้มครองตามสิทธิของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 อย่างมาก หากผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบไม่ต่อเนื่องตามเงื่อนไขของการได้รับการคุ้มครองในแต่ละกรณี ผู้ประกันตนจะไม่ได้รับการคุ้มครอง

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่เกิดสิทธิเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่ขึ้นทะเบียนระหว่างเดือนมกราคม 2561 – กรกฎาคม 2563 โดยกองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม พบว่า ระหว่างเดือนมกราคม 2561 - กรกฎาคม 2563 มีแรงงานนอกระบบขึ้นทะเบียนใหม่เป็นผู้ประกันตน ตามมาตรา 40 จำนวนกว่า 7.7 แสนคน ในช่วงเวลาดังกล่าวมีผู้ประกันตนประมาณร้อยละ 13 ที่ไม่เกิดสิทธิเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย นอกจากนี้ ในปี 2561 จำนวนการเกิดสิทธิมากที่สุดอยู่ที่เพียง 2 ครั้ง (ร้อยละ 6.7) ปี 2562 อยู่ที่ 2 และ 6 ครั้ง (ร้อยละ 6.7 เท่ากัน) และปี 2563 อยู่ที่ 4 ครั้ง (ร้อยละ 14.7)⁽²⁾

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ช่วงอายุ อาชีพ รายได้ ช่องทางการขึ้นทะเบียน ทางเลือกเงินสมทบ ภูมิภาค และประสบการณ์การใช้สิทธิสัมพันธ์กับการไม่เกิดสิทธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังพบด้วยว่า ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่ขึ้นทะเบียนผ่านสายด่วนประกันสังคม 1506 มีแนวโน้มจะไม่เกิดสิทธิมากที่สุดถึงร้อยละ 50 รองลงมาคือ ผู้ที่ขึ้นทะเบียนผ่านเครือข่ายประกันสังคม (แกนนำ) มีอัตราไม่เกิดสิทธิร้อยละ 37.7⁽²⁾ ถึงแม้ว่าแรงงานนอกระบบจะขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนผ่านสำนักงานประกันสังคมในพื้นที่เป็นส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 90) แต่แนวโน้มของการขึ้นทะเบียนผ่านเครือข่ายประกันสังคมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.9 ในปี 2561 เป็น 19.9 ในปี 2563 ดังนั้น แรงงานนอกระบบจำนวนมากที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนแล้วโดยเฉพาะผู้ที่ขึ้นทะเบียนผ่านเครือข่ายประกันสังคม อาจไม่ได้รับความคุ้มครองตาม

กฎหมาย หากประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยขึ้นมาในช่วงเวลาดังกล่าว จะไม่ได้รับความคุ้มครองตามสิทธิอันพึงได้รับ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางการเงินของกองทุนประกันสังคมอีกด้วย

การส่งเงินสมทบตามเงื่อนไขเวลาเป็นเงื่อนไขการเกิดสิทธิเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทนในกรณีต่างๆ ของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 แต่ทว่าในแต่ละเดือนของปี 2563 มีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เฉลี่ยประมาณร้อยละ 32 ที่ส่งเงินสมทบ และในเดือนมีนาคม 2564 สัดส่วนนี้ลดลงเหลือร้อยละ 30 เท่านั้น⁽³⁾ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นโดยเร่งด่วนในการค้นหาสาเหตุและอุปสรรคในการส่งเงินสมทบเพื่อเพิ่มอัตราการส่งเงินสมทบของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 อย่างไรก็ตาม การศึกษาถึงสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้ผู้ประกันตนส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่องหรือหยุดส่งเงินสมทบนั้น ยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบ ดังนั้น เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่องของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 จึงจำเป็นต้องเข้าใจสาเหตุ ปัญหาและอุปสรรคต่อการส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่องของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ตลอดจนจะต้องพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในสถานการณ์ปัจจุบัน ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาปรับปรุงสิทธิประโยชน์และรูปแบบบริการที่มีผลต่อการตัดสินใจสมัครเป็นผู้ประกันตน อัตราการส่งเงินสมทบ และความยั่งยืนของกองทุนประกันสังคม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาสาเหตุที่ทำให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ขาดส่งเงินสมทบหรือส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่อง

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยรวบรวมข้อมูลจาก 2 วิธี คือ 1) การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์กับอาสาสมัครแรงงานและเครือข่ายประกันสังคม มาตรา 40 เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และ 2) ความคิดเห็นของผู้ประกันตนหรือผู้เกี่ยวข้องที่เผยแพร่

แพร่ไว้ในสื่อออนไลน์ ระหว่างปี 2554–2564 เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่สำนักงานประกันสังคมไม่มีการปรับเปลี่ยนการคุ้มครองและเงื่อนไขการเกิดสิทธิ การศึกษาความคิดเห็นของกลุ่มลูกค้าผ่านทางช่องทางสื่อสังคมออนไลน์เป็นวิธีการหนึ่งในการรับรู้การตอบสนองของกลุ่มลูกค้าต่อสินค้าหรือบริการ ตลอดจนการทำความเข้าใจปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับสินค้าหรือบริการขององค์กร เพื่อนำไปใช้ปรับกลยุทธ์และรูปแบบสินค้าและบริการที่ตอบสนองต่อกลุ่มเป้าหมายได้อย่างรวดเร็ว⁽⁴⁾ ถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดบางประการ เช่น คนที่แสดงความคิดเห็นในสื่อสังคมออนไลน์มักเป็นผู้ที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตและใช้สื่อสังคมออนไลน์ได้คล่อง และความเห็นมักเป็นความคิดเห็นเชิงบวก แต่การศึกษาความเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคต่อการส่งเงินสมทบของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ผ่านสื่อสังคมออนไลน์เป็นจุดเริ่มต้นและมีความเหมาะสมในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกับผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ในช่วงเวลาการระบาดของโรคโควิด-19

ผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้เลือกผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่เป็นอาสาสมัครแรงงานหรือเครือข่ายประกันสังคม แบบเจาะจง โดยเป็นตัวแทนจากภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ มีประสบการณ์เป็นเครือข่ายประกันสังคมอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่จากสำนักเสริมสร้างความมั่นคงแรงงานนอกระบบ สำนักงานประกันสังคม และประธานศูนย์ประสานงานแรงงานนอกระบบกรุงเทพมหานคร เพื่อขอความอนุเคราะห์คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล จากนั้น ผู้วิจัยโทรประสานกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อนัดวันและเวลาในการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 9 คน แบ่งเป็นชาย 4 คน หญิง 5 คน ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายและทำธุรกิจส่วนตัว ผู้ให้ข้อมูลเป็นเครือข่ายการทำงานของสำนักงานประกันสังคมจังหวัด มีหน้าที่ประชาสัมพันธ์ ให้ความช่วยเหลือและเชิญชวนให้

แรงงานนอกระบบเข้าสู่ประกันสังคมตามมาตรา 40 โดยเป็นอาสาสมัครแรงงานหรือเครือข่ายประกันสังคม มาตรา 40 มาแล้วเป็นเวลา 3–20 ปี ดูแลผู้ประกันตนตามมาตรา 40 จำนวน 80–400 คน ภูมิลำเนาจากลำพูน 1 คน บุรีรัมย์ 3 คน ขอนแก่น 1 คน กรุงเทพฯ 3 คน และภูเก็ต 1 คน และผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้สิทธิประโยชน์ของประกันสังคม มาตรา 33, 39 และ 40 เพศหญิง จากกรุงเทพฯ อีกจำนวน 1 คน ซึ่งมีประสบการณ์ในการส่งเสริมการเข้าถึงหลักประกันทางสังคมตามมาตรา 40 ไม่น้อยกว่า 3 ปี และเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ประกันตนอย่างใกล้ชิด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในการศึกษาเป็นแนวคำถามใช้สำหรับการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์กับอาสาสมัครแรงงานและเครือข่ายประกันสังคม มาตรา 40 โดยมี 2 คำถามหลัก คือ “จากประสบการณ์ของท่านเอง สาเหตุที่ทำให้ผู้ประกันตนขาดส่งเงินสมทบหรือส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่องมีอะไรบ้าง” และ “เพราะเหตุใดถึงเป็นเช่นนั้น” ซึ่งเป็นการสะท้อนจากการรับรู้และประสบการณ์ของอาสาสมัครแรงงานและเครือข่ายประกันสังคม มาตรา 40

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสัมภาษณ์เกิดขึ้นระหว่างวันที่ 24–28 พฤษภาคม 2564 โดยเป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ใช้เวลา 20–30 นาที บทสนทนาระหว่างการสัมภาษณ์ถูกบันทึกไว้ในโทรศัพท์หลังจากที่ผู้วิจัยขออนุญาตและผู้ให้ข้อมูลอนุญาตให้บันทึกเสียงบทสนทนาได้ บทสัมภาษณ์ถูกเปลี่ยนเป็นตัวหนังสือด้วยโปรแกรมพิมพ์ด้วยเสียงจาก Google docs โดยผู้วิจัยเป็นผู้ฟังไฟล์เสียงอีกครั้งและอ่านบทสนทนาใส่ไมโครโฟนสำหรับการพิมพ์ด้วยเสียง การอ่านบทสนทนาใส่ไมโครโฟนช่วยให้โปรแกรมการพิมพ์ด้วยเสียงพิมพ์เนื้อหาและคำศัพท์อย่างถูกต้องครบถ้วน ซึ่งช่วยลดอคติจากการตกหล่นของข้อมูลได้

ความคิดเห็นต่อประกันสังคม มาตรา 40 ในสื่อ

ออนไลน์ถูกค้นหามาจากการสืบค้นด้วยคำสืบค้น “ประกันสังคม มาตรา 40” ผ่านเครื่องมือสืบค้น (search engine) Google และสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ ยูทูบ ความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุการขาดส่งเงินสมทบของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่นำมาวิเคราะห์เป็นความคิดเห็นที่ถูกเผยแพร่ระหว่างปี 2554–2564 เกี่ยวข้องกับประกันสังคม มาตรา 40 เช่น สิทธิประโยชน์ การส่งเงินสมทบ ช่องทางการสมัคร และการขอรับประโยชน์ทดแทน พบจำนวนความคิดเห็นที่เกี่ยวข้อง 83 ความคิดเห็น ส่วนใหญ่เป็นความคิดเห็นจากยูทูบ จำนวน 71 ความเห็น (ร้อยละ 85.5) ความคิดเห็นจากเว็บไซต์พันทิป มีจำนวน 12 ความเห็น (ร้อยละ 14.5) และอยู่ในปี 2563 มากที่สุด (ร้อยละ 50.6) รองลงมาปี 2562 (ร้อยละ 20.5) และปี 2561 (ร้อยละ 18.1) ความเห็นถูกบันทึกไว้ในไฟล์ Excel เพื่อการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาพร้อมกับการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แนวทางการวิเคราะห์เนื้อหาโดยจัดกลุ่มความคิดจากข้อมูล เริ่มจากการอ่านบทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นกำหนดกลุ่มความคิดซึ่งเป็นสาเหตุหลักและเหตุผลเบื้องหลังที่ทำให้ผู้ประกันตนขาดส่งเงินสมทบหรือส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่อง โดยใช้เมนู “ความคิดเห็น” (New Comment) ใน Microsoft Word เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลกับกลุ่มความคิด เมื่อได้ความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุหลักและเหตุผลเบื้องหลังแล้ว ผู้วิจัยดึงความเห็น (Extract Comments) ด้วยเมนู Doc Tools ที่แสดงข้อมูลเลขหน้า เลขบรรทัด ตัวอย่างข้อมูล กลุ่มความคิดเห็น ชื่อผู้ให้ความคิดเห็น และวันที่ให้ความเห็น จากนั้น นำเข้าประมวลผลเพื่อจัดกลุ่มความคิดใน Excel พร้อมตัวอย่างข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มความคิดนั้นๆ

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการวิเคราะห์กลุ่มความคิด

กลุ่มสาเหตุหลัก	เหตุผลเบื้องหลัง	ตัวอย่างข้อมูล
ไม่มีเงินส่ง	รายได้ไม่แน่นอน	“...บางเดือนก็มี บางเดือนไม่มี ปลายเดือนให้ลูกไปโรงเรียนก่อน จ่ายค่าน้ำมันไปทำงานก่อนประมาณนั้น...”
	ลูกหลานลืมนำส่ง	“...บางคนก็รอลูก ช่วงนี้ลูกก็ขาดส่ง พ่อแม่ก็ลำบาก ลืมนำส่งบ้างไม่เป็นไร เขาไม่ดัดจริต...”
ไม่สะดวกส่งเงินสมทบตามช่องทางที่มีอยู่	บ้านอยู่ไกล ค่าใช้จ่ายไม่คุ้มกับเงินสมทบที่ต้องจ่าย	“...แต่ส่วนมากเขาจะบอกว่าไปเองนะมันเปลืองค่ารถอะไร อีก มันไม่สะดวก...”
ลืมนำส่ง	หลงวัน	“...ส่งล่วงหน้า แต่คุณต้องจำเองไง มาลืมนะวันนี้ ส่งล่วงหน้า 6 เดือน ลืมนัดตรงไหนก็ไม่รู้...”
	ใบเสร็จหาย/เลือนราง	“...เพราะว่าบางคนสมัครทางออนไลน์ มันจะไม่ให้หลักฐานอะไรเลย ให้เอาบัตรประชาชนไปจ่ายที่เขว่นๆ เสร็จแล้วมันก็ไม่ทำอะไร คือทางเขว่นๆ เขามีแต่ใบเสร็จ เขาก็ลืมน แล้วเดือนนี้จ่ายหรือยัง จ่ายบ้างข้ามไปบ้าง...” “...เพราะว่าหลาย ๆ เดือนสลิปเขว่นๆ มันจาง เวลาไปแสดง เขาไม่รู้หรอก...”
	ไม่มีคนแจ้งเตือน	“...บางเดือนเขาก็ลืมน ถ้าให้ส่งเองนะ ส่วนมากจะลืมน อ้าวครบเดือนแล้วหรือ เขาจะลืมน เขาจะลืมน ถ้าคนที่ส่งกับพี่ ถ้าเห็นหน้าพี่ปุ๊บ เขาจะรู้ทันทีว่าถึงเวลาส่งแล้วหรือเขาจะพูดอย่างนี้...”
ขั้นตอนและเอกสารการเบิกจ่ายยาก	ไม่ทราบขั้นตอนและเอกสารที่ต้องเตรียม	“...อย่างกรณีที่คุณประกันตนมีลูก 6 คน ได้เงินชราภาพไม่กี่ร้อยไม่กี่ตั้งค์ ลูกแต่ละคนอยู่คนละจังหวัดเลย ลูก 6 คนเนี่ยเอาไปตี ไม่เอาแล้วนี่ บางคนเขาคิดอย่างนี้ มอบโอนให้กันได้ไหม บางทีเจ้าหน้าที่ก็ตรงเผง ต้องมา 6 คน ต้องมาลงชื่อรับเลย มันเป็นอย่างนี้ ต้องมากันครบทุกคนเลย มากันให้เต็มสำนักงานเลย...”
ไม่คิดว่าตนเองจะใช้สิทธิเจ็บป่วยเร็วๆ นี้	ไม่มีปัญหาสุขภาพ	“...เราก็บอกเขา ถ้ามีเงินก็มาส่ง แต่อย่าให้ขาดนะ อย่างน้อยก็มีค่าทำศพ เขาไม่ได้คิดว่าเจ็บป่วยแล้วถึงต้องใช้ตัวนี้ แต่ว่าเขาต้องการค่าทำศพ ยังไงเขาก็อยู่ในระบบ สปสช. เขาไม่เน้นเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาลสักเท่าไร เขาจะปล่อยปละใจลูกเค้า ก็มีเงินตัวนี้ไว้ให้คือค่าทำศพ...”

สำหรับความคิดเห็นที่ได้จากสื่อออนไลน์ ผู้วิจัยใช้วิธีการเดียวกันกับการวิเคราะห์เนื้อหาจากบทสัมภาษณ์

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับความเห็นชอบจากสำนักงานประกันสังคม โดยเป็นมติหนึ่งในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และขยายขอบเขตของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (เฉพาะกิจ) ครั้งที่ 2/2564 วันที่ 7 เมษายน 2564 อีกทั้งผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามจริยธรรมการวิจัย 3 ประการ⁽⁵⁾ คือ 1) การเคารพในบุคคล ด้วยการแนะนำตัว การแจ้งวัตถุประสงค์การศึกษา การขอคำยินยอม และการปกปิดความลับของผู้ให้ข้อมูล 2) การคำนึงถึงสิทธิประโยชน์และผลกระทบที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับ โดยผู้วิจัยได้อธิบายประโยชน์ของการศึกษาและแจ้งว่าไม่มีผลกระทบใดๆ จากการให้ข้อมูลในครั้งนี้ และ 3) ความยุติธรรม โดยผู้วิจัยใช้ภาษาในการสัมภาษณ์ที่เรียบง่ายและให้เกียรติแก่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน พร้อมทั้งสอบถามถึงข้อสงสัย ความกังวล และการยินยอมให้ข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ทุกครั้ง

ผลการศึกษา

จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลของการศึกษานี้ สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ขาดส่งเงินสมทบหรือส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่อง สามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ประกันตนที่เคยรับสิทธิประโยชน์แล้ว กับกลุ่มผู้ประกันตนที่ยังไม่เคยรับสิทธิประโยชน์ ดังมีรายละเอียดด้านล่าง

กลุ่มผู้ประกันตนที่เคยรับสิทธิประโยชน์แล้ว

ขั้นตอนและเอกสารในการเบิกเงินยืมยาก

ผู้ประกันตนที่เคยขอรับสิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะกรณีเสียชีวิต จำนวนหนึ่งตัดสินใจไม่ส่งเงินสมทบหรือออกจากกลุ่มผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ด้วยเหตุผลว่าขั้นตอนและเอกสารในการเบิกเงินมีความซับซ้อนยุ่งยาก ใช้

เวลานาน อาสาสมัครแรงงานและเครือข่ายประกันสังคม มาตรา 40 อายุ 67 ปี อยู่กรุงเทพฯ เล่าให้ฟังว่า

“...เวลาตายขึ้นมา ได้ยาก ต้องไปหาต้นตระกูล อย่างที่เนี่ย 67 แล้ว เวลาตายขึ้นมา ลูกหลานที่มาทำศพก็ได้ไปแต่เวลาไปรับเงินค่าทำศพ ต้องไปเอาสำเนาพ่อแม่ของพี่มา พ่อกับแม่ก็ตายไปแล้ว พี่อายุ 67 แล้วเนี่ย จะหาเจอไหม เขาไล่ลงถึงขยะไปแล้ว ตรงนี้จริง ๆ ประกันเอไอเอ ประกันเมืองไทย เขาก็ไม่ชื่อนั้น เอาแค่ฉันมีชื่ออยู่ในลาดกระบัง มีชื่อพ่อแม่ อยู่ในทะเบียนบ้านหลังนี้ แล้วให้ลูกไปดำเนินการ แล้วลูกก็คนต้องให้มาเซ็นหมด มันใช้หอร แล้วลูกบางคนอยู่ต่างประเทศ เงื่อนไขเยอะเยอะมากมาย มีทั้งไปสองคน ไม่เอาเลย ลำบากมาก แล้วคนไทย ปากต่อปาก ทำแล้วยุ่ง...”

ทางด้านความเห็นของประชาชนในสื่อออนไลน์ มีความคิดเห็นว่าขั้นตอนและเอกสารในการดำเนินการค่อนข้างยุ่งยากเช่นกัน ตัวอย่างความเห็น

“พ่อเป็นผู้ประกันตน ม.40 ส่งเดือนละ 100 แต่ตอนนี้เกิดอุบัติเหตุ ตัดขา เดินเรื่องยากมาก ๆ ต้องเหมารถไปกลับจะหมื่นละ ยังไม่ได้เรื่องอะไรเลย” (ยูทูบ)

“ไม่สนับสนุนให้ทำครับ เจอมากับตัว จ่ายน้อยจริง แต่เวลาไปเอาค่าชดเชยกรณีผู้ทำ ม.40 เสียชีวิต ขอถึงใบมรณะพ่อแม่เราเลย ถ้าหาไม่ได้ประกันสังคมก็ไม่จ่าย คุณจะวิ่งเอกสารจนท้อแล้วในที่สุดคุณก็จะยอมยกธงขาวให้เลย เหมือนผม” (ยูทูบ)

“อย่าทำเลยมาตรา 40 มันพุงง่าย ๆ ไปหมดแต่เอาเข้าจริงมันยุ่งยาก แต่ที่แน่ ๆ มันใช้รักษาโรงพยาบาล มันก็ใช้บัตรทองอยู่ดี สู้เก็บเงินฝากไว้ดีกว่า เก็บหยอดกระปุกไว้ถึงปีก็เอาไปฝากธนาคารฉุกเฉินมาก็เบิกมาใช้ได้ ทำประกัน 40 พอตายถึงได้ พอดีเราไม่ได้ใช้ ฉันทิ้งไปได้ 5-6 เดือนตอนนี้ปล่อยขาดส่งไปแล้ว หันเก็บ 300 ใส่กระปุกอย่างเดียว เพราะว่าไปโรงพยาบาลใช้ไม่ได้ ต้องใช้บัตรสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ดี พยายามรักษาสุขภาพให้แข็งแรงเพื่อจะได้ไม่เจ็บป่วยง่ายค่ะ” (ยูทูบ)

“เวลาทำงานแต่เวลาไปเบิกกลับ กว่าจะได้ยากมาก”

(ยูทูบ)

จำนวนเงินบำเหน็จน้อยกว่าที่คาดหวังไว้

เครือข่ายประกันสังคม มาตรา 40 ดูแลผู้ประกันตน ประมาณ 70 คน จากกรุงเทพฯ ผู้ซึ่งเป็นอาสาสมัครแรงงาน ด้วย เล่าให้ฟังว่า มีผู้ประกันตนต้องการลาออกจากระบบ จึงมาถามเครือข่ายฯ ท่านนี้ว่า ตนเองจะได้เงินเท่าไร แต่เมื่อได้ฟังการอธิบายแล้ว ผู้ประกันตนท่านนี้รู้สึกไม่พอใจที่ตนเองได้เงินบำเหน็จน้อยกว่าที่ตนเองคาดหวังไว้ จึงตัดสินใจออก และไปบอกต่อคนอื่นๆ ว่าส่งเงินไปแล้วไม่ได้คืน

“...อายุครบ 60 แล้ว ลาออก ไม่ส่งต่อ เพราะไม่ค่อยมีเงิน ต้องเอาเงินมาใช้ พร้อมคำถามว่า 100 บาทที่จ่ายไป ไม่คืนหรือ เราก็อธิบายว่าได้คืนแค่ 50 บาท อีก 50 บาท เป็นค่าบริหารจัดการ ค่านอนโรงบาล ก็บอกเขาเสมอ ซึ่งมีผลกระทบเวลาเปิดเวทีให้ความรู้ เวลาจัดกิจกรรมวันละบาท ก็พูดกันปากต่อปากว่า ส่งเงินไปแล้วไม่ได้คืน เขาคิดว่าจะได้สองเค้ง เงินที่ตนเองส่ง กับเงินที่รัฐสมทบ นึกว่าจะได้กำไร เราก็ประชุมก็พูดอยู่ แต่ก็ไม่ฟัง ไม่เข้าใจ...”

ความเข้าใจที่ว่าตนเองจะได้รับเงินสมทบกลับคืนมาทั้งหมดหลังจากที่ออกจากระบบประกันสังคม มาตรา 40 แล้ว พบในกลุ่มความคิดเห็นที่ผู้ประกันตนเผยแพร่ในสื่อออนไลน์ด้วย ตัวอย่างเช่น

“ทำมาตรา 40 มา 8 ปี ว่าจะออกเราจะได้เงินคืนมัยคะ ส่งเดือนละ 100 ค่ะ เข้าไปเช็คยอดเงินสมทบทำไม่มีแค่ 4,750 บาท มันหายไปไหนอีก เราส่งไป 9,600 บาทเงินมันหายไปไหนคะ” (ยูทูบ)

“คุณพ่อเราอายุ 62 ปีคะ ยืนยันเป็นผู้ประกันตน มาตรา 40 ทางเลือกที่ 2 ตั้งแต่ปี 54 ส่งมา 79 เดือน = 7,900 บาท แต่เมื่อจะขอลาออกจากการเป็นผู้ประกันตน กลับได้เงินคืนแค่ครึ่งเดียว อย่างนี้รัฐบาลหลอกหลวง ชี้แจงไม่ชัดเจนหรือเปล่าคะ? มีทางที่จะได้เงินคืนมัยคะ? สอบถามเจ้าหน้าที่ ทางประกันสังคม กทม. พื้นที่ 2 แจ้งไว้ว่าเงินสมทบที่ได้คืนครึ่งเดียว เนื่องจากรัฐบาลแจ้งว่าจะมีเงินสมทบมาช่วยสนับสนุนแต่ยังไม่มีเงินสนับสนุนดังกล่าวส่งลงมา

ช่วยจึงต้องหักค่าใช้จ่ายในส่วนนี้โดยไม่สามารถให้กำหนดที่แน่นอนได้ ซึ่งโครงการตั้งแต่ปี 54 ปัจจุบันปี 62 อย่างนี้จะคาดหวังจากรัฐบาลไหนที่จะนำเงินมาช่วยได้บ้างคะ? และจะได้เงินคืนมัยคะ? ใครมีประสบการณ์บ้างคะช่วยให้ความรู้ทีคะ ติดต่อทางไหนดี” (พันทิป)

“ส่งมาตั้งแต่ปี 2554 พอไปขอยกเลิกโดนหักเงิน อยากถามว่าหักค่าอะไรคะ ยกเลิก 7 สิงหาคม 2563 แต่ได้เงินแค่ 8,000 เศษเอง” (ยูทูบ)

สิทธิประโยชน์ไม่เท่าเทียมกับประกันอื่น

แรงงานอิสระจำนวนหนึ่งที่เข้าสู่ระบบประกันสังคม มาตรา 40 มีความคาดหวังที่จะได้รับสิทธิประโยชน์ที่ดีกว่า คุ่มกว่า เมื่อเทียบกับสิทธิประโยชน์ของประกันอื่นๆ หรือมาตราอื่นๆ เช่น มาตรา 33 หรือ 39 แต่หลังจากที่ตนเองได้รับสิทธิประโยชน์ กลับพบว่า ได้ไม่เท่ากัน จึงรู้สึกไม่พอใจ และตัดสินใจไม่ส่งเงินสมทบต่อ

“...มีเรื่องการคุ้มครองที่ไม่เท่ากันอีก ม.33 กับ ม.39 จะได้รับการคุ้มครอง 7 กรณี แต่ ม.40 ได้ไม่ถึง ม.40 เป็นภาคสมัครใจ มีให้เลือก 3 ตัวเลือก เหมือนซื้อประกัน ซึ่งประกันข้างนอกบางตัวได้สิทธิประโยชน์มากกว่า ม.40 ถึงแม้จะจ่ายเบี้ยสูงกว่าแต่ก็ได้สิทธิประโยชน์ดีกว่าด้วย พอมาในช่วงโควิด จะเห็นชัดเลยว่า ม.40 ไม่ได้รับการช่วยเหลือเหมือน ม.33 หรือ 39 ถึงแม้จะมีการลดจำนวนเงินสมทบแต่อย่าลืมนะ จำนวนเงินบำเหน็จที่ผู้ประกันตนจะได้รับก็ลดลงด้วย...” (ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ที่เคยเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 และ 40)

ความคิดเห็นของประชาชนในสื่อออนไลน์มีทิศทางไปในทางเดียวกัน คือ คิดว่าสิทธิประโยชน์ที่ได้ภายใต้มาตรา 40 นั้น ด้อยกว่าประกันรูปแบบอื่นๆ

“ดีคะ เสียอย่างเดียวไม่จ่ายเหี่ยวยาโควิด ว่าจะหยุดส่งอยู่ เหมือนลูกเมียน้อย” (ยูทูบ)

“อย่าทำเลยมาตรา 40 มันพุดง่าย ๆ ไปหมดแต่เอาเข้าจริงมันยุ่งยาก แต่ที่แน่ ๆ มันใช้รักษาโรคมันก็ใช้บัตรทองอยู่ดี สู้เก็บเงินฝากไว้ดีกว่าเก็บหยอดกระปุกไว้ ถึงปีก็

เอาไปฝากธนาคาร ถูกเงินมาก็เบิกมาใช้ได้ ทำประกัน 40 พอตายถึงได้ พอติเราไม่ได้ใช้ ฉันทาไปได้ 5-6 เดือน ตอนนี้อยู่ขาดส่งไปแล้วหันเก็บ 300 ใส่กระปุกอย่างเดียว เพราะว่าไปโรงพยาบาลใช้ไม่ได้ต้องใช้บัตรสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ดี พยายามรักษาสุขภาพให้แข็งแรงเพื่อจะได้ไม่เจ็บป่วยง่ายค่ะ” (ยุทูป)

“เคยทำประกันสังคมมาตรา 39 ทาง ร.พ. เชื้อสุขภาพ ให้ทุกปี แต่พอออกจากมาตรา 39 มาใช้มาตรา 40 หมอบอกว่าไม่ต้องเช็คสุขภาพประจำปีแล้วนะ ถ้าจะเช็คให้ไปติดต่อเสียเงินเองค่ะ” (ยุทูป)

“อายุ 62 แล้ว อยากได้ให้เลือกโรงพยาบาลได้เช่นกัน บัตรทองไม่สามารถเลือกโรงพยาบาลได้ถ้าอยู่ไกลบ้านค่ะ” (ยุทูป)

“ไม่ดีย่อย่าทำเลยต้องอายุ 60 ถึงจะได้เงินคืน เราส่งเดือนละ 300 ตอนนี้อยู่ขาดแล้ว มาทำประกันข้างนอกดีกว่าเยอะ” (ยุทูป)

กลุ่มผู้ประกันตนที่ยังไม่เคยรับสิทธิประโยชน์

ไม่คิดว่าตนเองจะใช้สิทธิเจ็บป่วยเร็วๆ นี้

ทางด้านผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่ยังไม่เคยใช้สิทธิขอรับประโยชน์ทดแทน ขาดส่งเงินสมทบหรือส่งไม่ต่อเนื่อง เพราะว่าไม่คิดว่าตนเองจะใช้สิทธิเจ็บป่วยเร็วๆ นี้ ส่วนหนึ่งมาจากการมีรายได้ไม่แน่นอน ประกอบกับการขาดส่งเงินสมทบก็ไม่ทำให้ขาดสิทธิจากการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 และยังมีสิทธิอื่นๆ ที่พอจะมีโอกาสได้รับ เช่น ค่าทำศพ จึงเลือกที่จะไม่ส่งเงินสมทบในเดือนนั้นๆ ก่อน อาสาสมัครแรงงานและเครือข่ายฯ มาตรา 40 จากกรุงเทพฯ เล่าว่า

“...คนไทย ไม่เห็นโลง ไม่หลังน้ำตา ไม่ค่อยสนใจเหมือนคนไทยไม่ค่อยยอมหยอก ไม่ค่อยทำบุญชดเชยหรือทำบุญ ประมาณนั้น จะยอมทำไหม ตอนนี้อยู่ต้องใช้ ออมไปก็ไม่ได้ประโยชน์...”

“...เป็นความเรื่อยเฉื่อย ไม่ใส่ใจตนเอง คิดว่าตนเองไม่ป่วย ไม่จำเป็นต้องใช้สิทธิเจ็บป่วย...”

“...แต่บางคนก็ยอมเป็นฟันหลอ เพราะว่าไม่ได้ส่ง ก็ไม่ได้เป็นไร เพราะมันไม่ขาดสิทธิสมาชิก เขาก็คิดแบบนี้ พอเขาพร้อมเขาก็กลับไปส่ง...”

ไม่ทราบถึงผลกระทบของการขาดส่งเงินสมทบ

กลุ่มผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่ขาดส่งเงินสมทบ เพราะตนเองไม่ทราบถึงผลกระทบของการขาดส่งเงินสมทบต่อการขอรับประโยชน์ทดแทน มักตระหนักดีว่าตนเองนั้นขาดส่งเงินสมทบ แต่ไม่ทราบถึงเงื่อนไขของการเกิดสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทน เมื่อขาดส่งไปบางครั้ง จึงไม่ได้รับร้อนที่จะกลับมาส่งอย่างต่อเนื่อง ความเห็นบางส่วนจากสื่อออนไลน์มีดังนี้

“ขาดส่ง 2 เดือนจะมีปัญหามั้ยคะ” (ยุทูป)

“ขาดส่ง 2 เดือนจะโดนตัดสิทธิ์หรือเปล่าครับ” (ยุทูป)

“ม.40 ส่งครั้งละ 3 เดือน ส่งมั่งไม่ส่งมั่ง อย่างนี้จะมีผลลัพธ์ยังไงคะ” (ยุทูป)

“ลืมจ่าย 1 เดือนตอนนี้อยู่โรงพยาบาล จะเบิกค่านอน ร.พ. ได้มั้ย” (ยุทูป)

“ขาดส่งประกันสังคมมา 3 เดือนแล้วค่ะ อยากทราบว่า จะโดนตัดสิทธิ์ไหมคะ แล้วขอกลับไปใช้สิทธิได้หรือป่าว” (พันทิป)

ไม่ทราบว่าต้องทำอะไรหลังขาดส่งเงินสมทบ

ผู้ประกันตน ตามมาตรา 40 ที่ไม่ทราบว่าต้องทำอะไรหลังขาดส่งเงินสมทบมักตระหนักถึงความสำคัญของการคงสภาพของการเป็นผู้ประกันตนด้วยการส่งเงินสมทบ แต่เมื่อตนเองขาดส่งเงินสมทบแล้ว มีความกังวลว่าตนเองอาจจะไม่มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทน จึงต้องการที่จะส่งเงินสมทบ แต่ไม่ทราบขั้นตอนว่าต้องทำอะไรในกรณีของตนเอง ผู้ประกันตนบางคนแสดงความคิดเห็นในสื่อออนไลน์ ดังนี้

“เคยทำแต่ขาดส่งมานานแล้วต้องทำอะไรคะ” (ยุทูป)

“ไม่ได้ไปจ่ายเงินสมทบเดือนละ 300 มา 8 เดือนแล้ว ถือว่าขาดส่งหรือป่าวคะ ควรทำอย่างไรถ้าจะส่งต่อ” (ยุทูป)

“ในกรณีขาดส่งมาตรา 40 2 เดือนแล้ว ต้องทำไงคะ”
(ยุทูป)

“ค้างชำระมาหลายงวดแล้ว และต้องการเพิ่มวงเงิน
ในการส่งประกันสังคมต้องทำยังไง” (พันทิป)

หลงลืมวัน

การหลงลืมวันมักเป็นเหตุผลที่ผู้ประกันตนที่ทำอาชีพ
ค้าขายหรือมีภารกิจมากใช้อ้างถึงเมื่อขาดส่งเงินสมทบ ซึ่ง
ไม่ได้มีเจตนาที่จะลืมส่ง แต่ขาดหลักฐานหรือสิ่งเตือนความ
จำ ทำให้หลงลืมวัน ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า

“...บางคนเป็นสมาชิกมานาน อย่างหลานพี่ ส่งๆ
หยุดๆ บางเดือนลืม นี่ก็สิ้นเดือนแล้ว ลืมส่งอีก ลืมวัน เพราะ
ว่างงานมันเยอะ...” (อาสาสมัครแรงงานและเครือข่ายฯ ม.
40 เพศหญิง จากกรุงเทพฯ)

“...บางคนนึกว่าเดือนนี้มี 31 วัน คิดว่าพรุ่งนี้จะไปจ่าย
แต่ลืมไปว่ามีแค่ 30 วัน บางเดือนก็ไม่ได้ส่ง ก็มีลืม ถึงวันก็
ไม่ได้ส่ง อันนี้มีเยอะเลย...” (อาสาสมัครแรงงานและเครือ
ข่ายฯ ม.40 เพศหญิง จากกรุงเทพฯ)

“...คนส่วนมากเขาก็จะบ่นว่า ทำไมไม่มีหลักฐานอะไร
ให้เขา เพราะบางครั้งเนี่ย คือส่วนมาก จะสมัครทางเว็บให้
ก็ไม่มีอะไรส่งมา สมุดเหลืองก็ไม่มี ก็แนะนำเขาให้เข้าไป
ส่งที่เซเว่น ส่งที่เซเว่นเขาก็ไม่มีสมุดเหลือง...” (อาสาสมัคร
แรงงานและเครือข่ายฯ ม.40 เพศหญิง จากกรุงเทพฯ)

“...เพราะว่าบางคนสมัครทางออนไลน์ มันจะไม่มีหลักฐาน
อะไรเลย ให้เอาบัตรประชาชนไปจ่ายที่เซเว่นฯ เสร็จ
แล้วมันก็ไม่มีอะไร คือทางเซเว่นฯ เขามีแต่ใบเสร็จ เขาก็
ลืม แล้วเดือนนี้จ่ายหรือยัง จ่ายบ้างข้ามไปบ้าง...” (อาสา
สมัครแรงงานและเครือข่ายฯ ม.40 เพศหญิง จากภูเก็ต)

ไม่สะดวกส่งเงินสมทบตามช่องทางที่มีอยู่

ถึงแม้ช่องทางการส่งเงินสมทบสำหรับผู้ประกันตน
ตามมาตรา 40 จะมีหลากหลาย เช่น เซเว่นฯ เคาน์เตอร์
เซอร์วิสตามธนาคาร ซึ่งกระจายอยู่ทั่วประเทศ หรือแม้แต่
การหักบัญชีธนาคาร แต่ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่อยู่
นอกเขตเมือง นิยมฝากให้เครือข่ายฯ มาตรา 40 ไปส่งเงิน
สมทบให้ และไม่สะดวกไปส่งตามช่องทางที่มีอยู่ เนื่องจาก

ไม่คุ้มกับค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเวลาที่เสียไป หากไม่มี
คนมารับเงินสมทบหรือส่งเงินให้ ก็จะไม่ส่งเงินสมทบ

“...คือหลายคนสะดวกที่สุดคือส่งกับพี่มากกว่า ถ้าจะ
ให้ไปส่งเอง ไม่เข้า [ไม่สมัครเข้า ม.40] ดีกว่า แต่บางคนเขา
สะดวกก็ไปส่งเอง เขาเข้าไปในเมืองบอย มีธุระไปทำงานที่นั่น
ที่นั่น เขาส่งเอง แต่คนส่วนมาก คนแก่คือรอเงินสูงอายุและ
คนพิการ บางคนไม่มีเงิน บางคนก็ทำงานอยู่ที่บ้าน ไม่มีใคร
เข้ามา เขาก็ไม่ไปส่งหรอก ถ้าเข้าไปต้องค่ารถค่าน้ำมันนั่น แค่
เงินร้อยเดียว...” (เครือข่ายฯ ม. 40 จ.บุรีรัมย์ ดูแลสมาชิก
200 กว่าคน)

“เคยทำไปแล้วเดือนละ 100 2 เดือน ปี 60 มี.ค. กะ
เม.ย. ค่ะ ตอนนั้นอยู่ต่างจังหวัดเลยไม่รู้จะไปส่งที่ไหน เขา
บอกให้ส่งที่เซเว่นฯ เดียวนี้ที่เซเว่นฯ ก็ไม่มีค่ะ จะต่อส่งเดือน
ละ 300 ค่ะ แถวลาดพร้าวมีปะคะ สำนักประกันสังคม”
(ยุทูป)

และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
ทำให้ผู้ประกันตนบางคนเกิดความกังวลไม่กล้าออกไปส่ง
เงินสมทบ

“หยุดส่งช่วงเดือนนี้ได้มัยคะ อนุโลมให้ได้มัยคะ ตอน
นี้กลัวโรคโควิดไม่กล้าออกไปข้างนอกค่ะ” (ยุทูป)

ไม่มีเงินส่ง

ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่มีรายได้ไม่แน่นอน แต่
มีรายจ่ายประจำ หรือบางคนไม่มีรายได้ต้องรอเงินจาก
ลูกหลาน หากเดือนใดลูกหลานไม่ได้ส่งเงินมาให้ ก็จะไม่
มีเงินส่ง

“...บางเดือนก็มี บางเดือนไม่มี ปลายเดือนให้ลูกไป
โรงเรียนก่อน จ่ายค่าน้ำมันไปทำงานก่อนประมาณนั้น...”
(อาสาสมัครแรงงานและเครือข่ายฯ ม.40 เพศหญิง จาก
กรุงเทพฯ)

“...ส่วนใหญ่สิ้นเดือนเงินออก แต่พอถึงสิ้นเดือนปุ๊บ
ค่าใช้จ่ายมันคงที่ แต่ไอรายได้มันไม่ได้เต็ม ไม่ได้เท่าตาม
ที่ได้มา บางทีเขาก็ขาดส่น เขาก็ยอมรับ...” (อาสาสมัคร
แรงงานและเครือข่ายฯ ม.40 เพศหญิง จากกรุงเทพฯ)

“...เพราะว่าเขาไม่ได้ส่งประกันสังคมอย่างเดียว ที่บ้านก็มีมาปนกิจหมู่บ้าน กองทุนหมู่บ้านอะไรหลายๆ อย่าง...” (อาสาสมัครแรงงานและเครือข่ายฯ ม.40 เพศชาย จากขอนแก่น)

“...พวกเขาไม่มีเงินเดือน อะไรก็ต้องรอลูกหลานส่งมา...” (อาสาสมัครแรงงานและเครือข่ายฯ ม.40 เพศชาย จากบุรีรัมย์)

สาเหตุอื่น

สาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ขาดส่งเงินสมทบหรือส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่อง เช่น ผู้ประกันตนไม่ได้เห็นด้วยกับการสมัคร แต่มีผู้ปกครองเป็นผู้สมัครให้

“คือแม่แอบทำให้ ไม่ได้ยินยอมเลย” (ยูทูบ)

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ขาดส่งเงินสมทบหรือส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่อง ตั้งแต่สำนักงานประกันสังคมเปลี่ยนเงื่อนไขในการส่งเงินสมทบในปี 2554 จากเดิมส่งหนึ่งครั้งต่อปี เป็นการส่งรายเดือนและส่งล่วงหน้าได้ไม่เกิน 12 เดือน⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นการต่อยอดจากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่เกิดสิทธิของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่ขึ้นทะเบียนระหว่างปี 2561–2563⁽²⁾ โดยสัมภาษณ์ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่เป็นอาสาสมัครแรงงานและเครือข่ายประกันสังคม มาตรา 40 ผู้ที่มีประสบการณ์การส่งเสริมการเข้าถึงหลักประกันทางสังคมให้กับแรงงานนอกระบบ และศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อประกันสังคม มาตรา 40 ในสื่อออนไลน์ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคต่อการส่งเงินสมทบระหว่างปี 2554–2564

จากการสัมภาษณ์อาสาสมัครแรงงานและเครือข่ายประกันสังคม มาตรา 40 และการวิเคราะห์ความเห็นจากสื่อออนไลน์ พบว่า ผู้ประกันตน ตามมาตรา 40 อาจมีสาเหตุมากกว่าหนึ่งสาเหตุที่ต้องตัดสินใจหยุดส่งเงินสมทบหรือส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่อง

สำหรับผู้ประกันตนที่เคยรับสิทธิประโยชน์แล้วหรือมี

ประสบการณ์การขอรับประโยชน์ทดแทน เช่น ในกรณีเจ็บป่วยหรือญาติเสียชีวิต มองว่าขั้นตอนและเอกสารการเบิกเงินมีความยุ่งยากซับซ้อนและใช้เวลานานกว่าจะดำเนินการแล้วเสร็จ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคมประจำปี 2562⁽⁷⁾ โดยพบว่าผู้ประกันตน (รวมทุกมาตรา) ร้อยละ 9.75 ไม่พึงพอใจต่อกระบวนการและขั้นตอนให้บริการ และจากการระดมสมองของผู้ประกันตนยังพบปัญหาด้วยว่า เอกสารหลักฐานและขั้นตอนของสำนักงานประกันสังคมมีความยุ่งยากทำให้เกิดความล่าช้าต่อผู้มาติดต่อ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การรับรู้ที่ตนเองจะได้รับเงินบำเหน็จชราภาพ ในลักษณะจ่ายเงินสมทบ 100 แล้วได้ 100 คั้น ยังคงมีอยู่ในกลุ่มผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์เดิมตามพระราชกฤษฎีกา กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบ ประเภทของประโยชน์ทดแทน ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. 2554 (มาตรา 14) แต่ได้ปรับเปลี่ยนใน พ.ศ. 2561 เป็นการคิดจากอัตราเงินสมทบที่จ่ายเข้ากองทุนเดือนละ 50 บาทคูณด้วยจำนวนเดือนที่จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน พร้อมด้วยผลประโยชน์ตอบแทนรายปีที่สำนักงานประกันสังคมประกาศในแต่ละปี⁽¹⁾

สาเหตุเกี่ยวกับขั้นตอนและเอกสารที่ยุ่งยากและความเข้าใจที่ว่าผู้ประกันตนเองต้องได้รับเงินบำเหน็จชราภาพเท่ากับจำนวนเงินสมทบที่ส่งเข้ากองทุนเต็มจำนวนสะท้อนให้เห็นว่า ยังมีผู้ประกันตนจำนวนหนึ่งเข้าใจข้อมูลและยังไม่เข้าใจขั้นตอนการเข้ารับบริการและแนวคิดเบื้องหลังของการคิดคำนวณเงินบำเหน็จชราภาพที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน การรับข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือการขาดคำอธิบายที่ชัดเจนทำให้ผู้ประกันตนมีทัศนคติเชิงลบต่อสำนักงานประกันสังคมและประกันสังคม มาตรา 40 ซึ่งอาจมีผลทำให้บุคคลรอบข้าง (ผ่านการบอกต่อกันปากต่อปาก) ตลอดจนประชาชนทั่วไปที่เข้ามาอ่านความเห็นในสื่อออนไลน์อาจมีทัศนคติเชิงลบตามไปด้วย⁽⁴⁾ และส่งผลต่อการดำเนินการ

เพิ่มจำนวนผู้ประกันตนและการส่งเงินสมทบในที่สุด

ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่ขาดส่งเงินสมทบเพราะรู้สึกว่าได้รับสิทธิประโยชน์ไม่เท่าเทียมกับประกันอื่น เป็นกลุ่มผู้ประกันตนที่เคยมีประสบการณ์ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีใดกรณีหนึ่งของประกันอื่นๆ มาแล้ว ซึ่งอาจเกิดจากการรับรู้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนก่อนตัดสินใจสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ทำให้มีความคาดหวังสูงกับประกันสังคม มาตรา 40 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจ ความต้องการ และความคาดหวัง ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจ เป็นผลจากการประเมินความแตกต่างระหว่างความต้องการในการรับบริการกับสิ่งที่ตนเองคาดหวัง เมื่อได้เปรียบเทียบกับสิ่งที่ได้รับบริการจริงกับสิ่งที่ตนเองคาดหวังแล้ว หากสิ่งที่ได้รับเป็นไปตามความคาดหวัง ก็จะเกิดความพึงพอใจ แต่ถ้าไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ก็จะไม่พึงพอใจ (อ้างถึงในรายงานผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคม, หน้า 2-1, 2562)⁽⁷⁾ ในกรณีของผู้ประกันตน ตามมาตรา 40 เมื่อมีโอกาสขอรับประโยชน์ทดแทน ประกอบกับการที่ตนเองต้องดำเนินการตามขั้นตอนและเอกสารหลายอย่าง (บริการที่ได้รับ) แต่ตนเองคาดหวังจำนวนเงินทดแทนที่สูงและขั้นตอนการดำเนินการที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว (ประสบการณ์จากประกันอื่น) จึงทำให้รู้สึกไม่เท่าเทียมหรือไม่เป็นไปตามที่ตนเองคาดหวังไว้ ดังนั้น เพื่อเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ได้ดีขึ้น จึงมีความสำคัญอย่างมากที่แรงงานนอกระบบจำเป็นต้องได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนและถูกต้องเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ต่างๆ เงื่อนไขการรับประโยชน์ทดแทน และขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทน ก่อนตัดสินใจสมัครเป็นผู้ประกันตน ทั้งนี้ ก็เพื่อกระตุ้นให้แรงงานนอกระบบเกิดความตระหนักและตรวจสอบความต้องการและความคาดหวังของตนเองกับสิ่งที่ประกันสังคม มาตรา 40 จะตอบสนองให้ได้ อย่างไรก็ตาม ทางฝั่งของสำนักงานประกันสังคมควรลดขั้นตอนและเอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณาอนุมัติเพื่อเพิ่มความ

สะดวกและรวดเร็วในการบริการ อีกทั้ง เครือข่ายฯ มาตรา 40 และเจ้าหน้าที่ประกันสังคม เมื่อลงพื้นที่ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูล และส่งเสริมการเข้าถึงหลักประกันทางสังคมในกลุ่มแรงงานนอกระบบ ควรคำนึงถึงความต้องการของแรงงานนอกระบบ และอธิบายสิทธิประโยชน์ต่างๆ เงื่อนไขการรับประโยชน์ทดแทน ขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทน ปัญหาและอุปสรรคที่ผู้สมัครเองคิดว่าอาจเกิดขึ้นและวิธีการจัดการ และสอบถามความเข้าใจกับผู้สมัครก่อนให้สมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ทุกครั้ง

สำหรับกลุ่มผู้ประกันตนที่ยังไม่เคยใช้สิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนใดๆ เหตุผลหลักที่ขาดส่งเงินสมทบหรือส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่อง คือ ความตระหนักที่น้อยเกี่ยวกับความเสี่ยงในการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ส่วนหนึ่งมาจากการที่ตนเองไม่มีโรค จึงยังไม่ต้องการใช้สิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ซึ่งหากจะใช้สิทธิ ผู้ประกันตนต้องส่งเงินสมทบอย่างน้อย 3 ใน 4 เดือนก่อนที่จะประสบเหตุ แต่เมื่อตนเองยังไม่ต้องการ จึงไม่มีเหตุจูงใจที่จะส่งเงินสมทบตามเงื่อนไขดังกล่าว เหตุผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ โดยพบว่า แรงงานอิสระที่มีสุขภาพที่ดีมีแนวโน้มที่จะไม่เป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพสมัครใจและเมื่อเป็นผู้ประกันตนแล้ว ก็มีแนวโน้มจะไม่ต่ออายุสมาชิกในปีถัดไป หากตนเองไม่ได้ใช้สิทธิประโยชน์ในปีปัจจุบัน^(8,9) อีกหนึ่งคำอธิบาย คือ ประกันสังคม มาตรา 40 ไม่ได้มีเงื่อนไขเรื่องการขาดส่งเงินสมทบสำหรับการฟื้นฟูสภาพการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ผู้ประกันตนที่ขาดส่งเงินสมทบเป็นเวลานานก็ยังคงสภาพการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 อยู่ หากต้องการส่งเงินสมทบก็สามารถส่งต่อได้ทันที และหากส่งเงินสมทบตามเงื่อนไขเวลาของแต่ละประโยชน์ทดแทน ผู้ประกันตนยังมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนนั้นๆ

การไม่ทราบผลกระทบของการขาดส่งเงินสมทบทำให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่ขาดส่งเงินสมทบแล้วครั้งหนึ่งไม่รู้สึกรังเกียจที่จะส่งเงินสมทบในเดือนถัดไป ผู้ประกันตนบางคนขาดส่งเงินสมทบหลายเดือนแต่ยังคงต้องการเป็นผู้

ประกันตนและต้องการความคุ้มครองอยู่ และมีคำถามเกี่ยวกับการถูกตัดสิทธิ ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า ข้อมูลที่ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ได้รับเพื่อตัดสินใจสมัครเข้าระบบประกันสังคมอาจเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ต่างๆ จำนวนเงินที่ต้องส่งสมทบ และช่องทางการส่งเงินสมทบ แต่อาจไม่ได้รับข้อมูลหรือได้รับข้อมูลน้อยเกี่ยวกับเงื่อนไขการเกิดสิทธิ หรือไม่เข้าใจเงื่อนไขการเกิดสิทธิ

ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ไม่ทราบว่าต้องทำอะไรหลังขาดส่งเงินสมทบ ถึงแม้ว่าตนเองจะตระหนักถึงผลกระทบของการขาดส่งเงินสมทบก็ตาม กลุ่มนี้อาจมีข้อจำกัดในการค้นหาหรือเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบันเนื่องจากตนเองมีชั่วโมงการทำงานที่รัดตัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของทีดีอาร์ไอ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า แรงงานนอกระบบที่ประกอบอาชีพค้าขายต้องอยู่ในสถานที่ทำงานตลอดเวลา ต้องทำงานเกือบทุกวัน และทำงานเฉลี่ยกว่า 10 ชั่วโมงต่อวันซึ่งนานกว่าเวลาที่กฎหมายคุ้มครองแรงงานกำหนด (มีเพียงร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่างที่หยุดทำงาน 1-2 วันเพื่อไปหาหมอด้วยโรคประจำตัวหรือมีธุระที่จำเป็นต้องทำด้วยตัวเองเท่านั้น) ทำให้ไม่มีเวลาแม้แต่จะกินข้าวให้ตรงเวลาหรือไปหาหมอเมื่อมีอาการเจ็บไข้ได้ป่วย สำนักงานประกันสังคมเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางหลากหลาย เช่น โทรศัพท์ เว็บไซต์ สื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ แต่เป็นการสื่อสารในทางเดียว หรือการสื่อสารผ่านเจ้าหน้าที่หรือแกนนำที่ลงไปหาผู้ประกันตน ซึ่งเป็นไปได้ว่า ด้วยข้อจำกัดด้านเวลาและความสามารถในการจดจำข้อมูลของผู้ประกันตนเอง ทำให้เจ้าหน้าที่และแกนนำอาจเลือกให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการสมัครก่อน เช่น สิทธิประโยชน์จำนวนเงินสมทบ ซึ่งหากเจ้าหน้าที่หรือแกนนำที่ชักชวนเข้ามาในระบบประกันสังคมไม่ได้ติดตามหรือเข้าถึงยาก หรือผู้ประกันตนไม่มีเวลาหรือไม่มีความถนัดในการสืบค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเงินสมทบหลังจากขาดส่งเงินสมทบ อาจทำให้ผู้ประกันตนขาดส่งเงินสมทบหรือส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ความเห็น

ในสื่อออนไลน์ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มผู้ประกันตนที่ไม่ทราบว่าจะต้องทำอะไรหลังขาดส่งเงินสมทบต้องการคำอธิบายรายละเอียดขั้นตอนมากกว่าจะอ่านเองจากสื่อเอกสารเพียงอย่างเดียว จึงมีคำถามและแสดงความคิดเห็นในช่องทางที่อาจมีคนมาให้คำตอบได้ อย่างไรก็ตาม การติดต่อสอบถามเพื่อขอรับข้อมูลจากสำนักงานประกันสังคมยังเป็นประเด็นหนึ่งที่ผู้ประกันตนยังไม่พึงพอใจนัก ผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้ประกันตนปี 2562⁽¹¹⁾ ชี้ให้เห็นว่า ผู้ประกันตนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.2) มีประสบการณ์ใช้บริการช่องทางต่างๆ ของสำนักงานประกันสังคมเพื่อขอรับข้อมูล แต่ในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 46.2 เท่านั้นที่รายงานว่า ตนเองได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ผลการสำรวจฯ นี้แสดงให้เห็นว่าปริมาณช่องทางการสื่อสารไม่ใช่ประเด็นปัญหาหลัก แต่เป็นเรื่องการตอบสนองที่รวดเร็วต่อความต้องการด้านข้อมูลที่มีเนื้อหาสาระและรูปแบบ (รวมทั้งช่วงเวลา) ที่ตรงความต้องการและความสามารถในการรับรู้ของผู้ประกันตน ทั้งนี้ ช่องทางในการติดต่อขอรับข้อมูลที่ผู้ประกันตนให้ความสำคัญมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคม (ร้อยละ 83.3) รองลงมาคือเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสังคมและเฟซบุ๊กของสำนักงานประกันสังคม (ร้อยละ 68.4 เท่ากัน) ดังนั้น การยกระดับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลของผู้ประกันตนโดยเจ้าหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคมจึงเป็นแนวทางแก้ปัญหาการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการและครบถ้วนได้

การส่งเงินสมทบเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ทุกคน ด้วยลักษณะการทำงานและภาระงานของผู้ประกันตนทำให้หลงลืมวันที่ และส่งเงินสมทบในที่สุด ผู้ประกันตนที่ประกอบอาชีพค้าขายหรือบริการอาจมีความเสี่ยงสูงที่จะหลงลืมวันเนื่องจากลักษณะการทำงานและภาระงานที่ต้องทำตลอดทั้งวัน⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้ อาชีพค้าขายและบริการเป็นอาชีพที่มีจำนวนแรงงานนอกระบบทำมากที่สุดรองจากอาชีพในภาคเกษตรกรรม⁽¹²⁾ ดังนั้น หากมีการแจ้งเตือนหรือหลักฐานการส่งเงินสมทบที่ชัดเจน ไม่สูญหายหรือไม่เลือนลางง่าย จะช่วยให้ผู้ประกันตนส่งเงิน

สมทบได้ทันเวลา

สำหรับผู้ประกันตนที่นิยมส่งเงินสมทบโดยฝากอาสาสมัครแรงงานหรือเครือข่ายฯ มาตรา 40 ให้ไปส่งให้ที่สำนักงานประกันสังคมในพื้นที่หรือเซเว่นฯ จะได้รับความช่วยเหลือจากอาสาสมัครแรงงานและเครือข่ายฯ มาตรา 40 ในการแจ้งเตือนเมื่อถึงเวลาส่งเงินสมทบ อย่างไรก็ตาม หากอาสาสมัครแรงงานหรือเครือข่ายฯ มาตรา 40 ไม่รับฝากส่งเงินสมทบหรือไม่ไปแจ้งเตือน โอกาสที่ผู้ประกันตนจะลืมส่งเงินสมทบก็มีสูง

ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่อยู่ห่างไกลเขตพื้นที่เมืองจะไม่สะดวกส่งเงินสมทบตามช่องทางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด อันเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการเดินทางและความไม่ถนัดในการปฏิบัติตามขั้นตอนการส่งเงินสมทบของแต่ละช่องทาง ซึ่งแรงงานนอกระบบกว่าร้อยละ 56 ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม⁽¹²⁾ ในพื้นที่ที่อยู่ใกล้กับที่อยู่อาศัยซึ่งมีโอกาสอยู่นอกเขตเมืองสูง หากไม่มีช่องทางที่ผู้ประกันตนที่อยู่นอกเขตเมืองสามารถส่งเงินสมทบได้สะดวก ประกอบกับไม่มีเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครแรงงานหรือเครือข่ายฯ มาตรา 40 คอยให้ความช่วยเหลือเรื่องการแจ้งเตือนหรือส่งเงินสมทบ โอกาสที่ผู้ประกันตนกลุ่มนี้จะขาดส่งเงินสมทบหรือส่งไม่ต่อเนื่องมีสูง ทั้งนี้ ในบางหมู่บ้าน มีการติดตั้งตู้บุญเติมไว้ ณ ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน เพื่อให้ผู้ประกันตนส่งเงินสมทบได้สะดวกและหากมีคำถามหรือไม่สามารถใช้ตู้บุญเติมได้ ผู้ใหญ่บ้านก็จะให้ความช่วยเหลือได้ ณ จุดบริการ อย่างเช่น ตามคำบอกเล่าของอาสาสมัครแรงงานและเครือข่ายฯ มาตรา 40 จากบุรีรัมย์: “...ตอนนี้ที่บ้านผมเขาส่งผ่านตู้บุญเติมแล้วครับทุกวันนี้...” “...แต่ว่าบางคนยังไม่รู้ว่าเซเว่นฯ จ่ายได้ แต่บอกว่าตู้บุญเติมมันใกล้ดี ก็เลือกเติมเงินส่งเงินผ่านตู้บุญเติม...” “...ก็อยู่ที่บ้านผู้ใหญ่ ถ้าไม่รู้จัก ทำไม่เป็นก็เดี๋ยวผู้ใหญ่ช่วยบริการให้...” สำนักงานประกันสังคมควรเพิ่มจำนวนตู้บุญเติมตามชุมชนและปรับปรุงให้ตู้บุญเติมสามารถออกใบเสร็จที่มีความคงทนเพื่อเป็นหลักฐานการส่งเงินสมทบและเอกสารเตือนความจำให้กับผู้ประกันตน

การไม่มีเงินเพียงพอเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ขาดส่งเงินสมทบหรือส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าผู้ประกันตนจะเลือกทางเลือกเงินสมทบที่ตนเองสามารถจ่ายได้แล้ว และสำนักงานประกันสังคมเปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เปลี่ยนทางเลือกได้ปีละ 1 ครั้งก็ตาม แต่เนื่องจากลักษณะอาชีพและรายได้ที่ไม่แน่นอน ในขณะที่รายจ่ายต่างๆ คงที่ทำให้ผู้ประกันตนต้องเลือกรายจ่ายที่จำเป็นที่สุดก่อน นอกจากนี้ ยังมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับฅาปนกิจของหมู่บ้านและกองทุนต่างๆ ด้วย ทำให้มีเงินเหลือไม่เพียงพอต่อการส่งเงินสมทบของประกันสังคมมาตรา 40 ซึ่งส่วนหนึ่งก็มาจากการที่ประกันสังคม มาตรา 40 ไม่ตัดสิทธิการเป็นผู้ประกันตน หากขาดส่งเงินสมทบหรือส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่อง การตัดสินใจเลือกจ่ายให้กับสิ่งที่จำเป็นที่สุดโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ครอบครัวจะได้รับมากที่สุดในระยะสั้นสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า หัวหน้าครอบครัวจำเป็นต้องเลือกส่งเงินสมทบให้กับประกันสังคมอื่นๆ ที่ให้ความคุ้มครองบุตร ภรรยา และเครือญาติที่มีความจำเป็นมากกว่า⁽¹³⁾ ซึ่งเปรียบเสมือนความรับผิดชอบทางสังคมของหัวหน้าครอบครัว

สำหรับการช่วยเหลือผู้ประกันตนนั้น สำนักงานประกันสังคมควรเสริมสร้างความรอบรู้ทางการเงินและการบริหารจัดการทางการเงิน เพื่อบรรเทาผลกระทบจากการขาดทุนและควบคุมค่าใช้จ่าย⁽¹⁴⁾ ซึ่งเป็นไปได้ว่า ผู้ประกันตนบางคนที่ขาดส่งเงินสมทบหรือส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่องไม่ได้มีรายได้น้อย แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านความรู้ทางการเงินและการบริหารจัดการทางการเงิน ทำให้ไม่สามารถจัดการค่าใช้จ่ายของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศกานาที่พบว่า ผู้ประกันตนที่มีฐานะดีร้อยละ 65.2 ไม่ต่ออายุสมาชิกประกันสุขภาพเนื่องจากไม่มีเงินต่ออายุสมาชิก⁽¹⁵⁾ ซึ่งจริงๆ แล้วเกิดจากข้อจำกัดด้านการบริหารจัดการทางการเงินและค่าใช้จ่ายของตนเองและครอบครัว

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ประการแรก ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์กับผู้ที่ให้ข้อมูล พบว่า ผู้ให้

ข้อมูลบางคนมีอาชีพค้าขายและมีลูกค้าเข้ามาอย่างต่อเนื่อง ทำให้การสัมภาษณ์ต้องหยุดชั่วคราวบ่อยครั้ง และคณะผู้วิจัยไม่สามารถสอบถามข้อมูลเชิงลึกได้มากพอ การศึกษาในอนาคตควรผสมผสานวิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย บริบทและลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจเฉพาะประเด็นได้ลึกมากขึ้น ประการที่สอง ความเห็นของประชาชนหรือผู้ประกันตนในสื่อออนไลน์อาจเป็นของผู้ประกันตนที่ใช้สื่อออนไลน์ได้คล่อง เป็นผู้เข้าถึงอินเทอร์เน็ต ซึ่งไม่ใช่ตัวแทนของผู้ประกันตนกลุ่มอื่นๆ นอกจากนี้ ความเห็นส่วนใหญ่มาจากยูทูบ แต่ยังมีสื่อสังคมออนไลน์อื่นๆ หรือช่องทางการรับทราบความเห็นที่ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 อาจแสดงไว้ เช่น ทวิตเตอร์ อินสตาแกรม ช่องทางการร้องเรียนต่างๆ หรือทางอินบ็อกซ์ของสำนักงานประกันสังคม ประการสุดท้าย สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ขาดส่งเงินสมทบอาจมาจากหลายสาเหตุในเวลาเดียวกัน การพัฒนาแนวทางเพื่อจัดข้อจำกัดและอุปสรรคต่างๆ จึงต้องคำนึงถึงสาเหตุอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับทั้งระบบรวมด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้

จากข้อค้นพบในการศึกษานี้ สำนักงานประกันสังคมควรมีการพัฒนาในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

เพิ่มการทำงานผ่านระบบออนไลน์ให้มากขึ้น เพื่อลดเอกสาร ความซ้ำซ้อน โดยพิจารณาเชื่อมโยงฐานข้อมูลของผู้ประกันตนและแหล่งข้อมูลที่มีอยู่จากหน่วยงานอื่นๆ เช่น ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย เพื่อตรวจสอบสถานะการเสียชีวิตของผู้ประกันตนและเครือญาติที่เกี่ยวข้อง ฐานข้อมูลผู้ใช้บริการสุขภาพจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อตรวจสอบการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้ประกันตน

พิจารณาปรับหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 และขอรับประโยชน์ทดแทนในกรณีที่ผู้ประกันตนถึงแก่ความตายก่อนอายุครบหกสิบห้าปีบริบูรณ์ โดยให้ผู้ประกันเลือกกระบวนบุคคลที่มีสิทธิ

เซ็นรับรองและจัดการเงินบำเหน็จ (ผู้จัดการเงินบำเหน็จชราภาพ) โดยแบ่งให้แก่รายชื่อผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในจำนวนที่เท่ากัน

ยกระดับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลของผู้ประกันตนผ่านระบบโทรศัพท์โดยเจ้าหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคมในพื้นที่และสายด่วนประกันสังคม 1506 เช่น การเพิ่มจำนวนคู่สาย การบริการโทรสุ่มติดตามและสอบถามปัญหา และการเสริมสร้างศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ที่มาติดต่อ

เสริมสร้างความรอบรู้ทางการเงินและการบริหารจัดการทางการเงิน โดยผนวกเนื้อหาสาระและตัวอย่างการบริหารจัดการทางการเงินที่ดีให้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมประชาสัมพันธ์เมื่อลงพื้นที่ไปพบกับแรงงานนอกระบบหรือผู้ประกันตนในหมู่บ้าน

สื่อสารถึงผลดีและผลเสียของการส่งเงินสมทบต่อเนื่องต่อการรับประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเพื่อสร้างความตระหนักถึงความเสี่ยงในการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย โดยประสานและทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการดำเนินกิจกรรมกับคนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

พัฒนาระบบการแจ้งเตือนเมื่อถึงกำหนดเวลาส่งเงินสมทบพร้อมข้อมูลเกี่ยวกับช่องทางและวิธีการส่งเงินสมทบ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ประกันตนที่อาจหลงลืมหรือมีเวลาจำกัดสามารถส่งเงินสมทบได้ทันเวลา เช่น ระบบการส่งข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ

เพิ่มจำนวนตู้บุญเติมตามชุมชนและปรับปรุงให้ตู้บุญเติมสามารถออกใบเสร็จที่มีความคงทนเพื่อเป็นหลักฐานการส่งเงินสมทบและเอกสารเตือนความจำให้กับผู้ประกันตน

พัฒนาระบบการบริหารจัดการ พัฒนาศักยภาพ และสร้างแรงจูงใจให้กับเครือข่ายประกันสังคม มาตรา 40 ในการกำกับ ติดตาม และให้ความช่วยเหลือผู้ประกันตนตามมาตรา 40 อย่างต่อเนื่อง

ข้อยุติ

ผู้ประกันตน ตามมาตรา 40 ที่เคยขอรับประโยชน์ทดแทนมาแล้วขาดส่งเงินสมทบหรือส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่องมีสาเหตุมาจากขั้นตอนและเอกสารในการเบิกเงินยุ่งยาก จำนวนเงินบำเหน็จน้อยกว่าที่คาดหวังไว้ และสิทธิประโยชน์ไม่เท่าเทียมกับประกันอื่นๆ ส่วนผู้ประกันตนที่ยังไม่เคยขอรับประโยชน์ทดแทนขาดส่งเงินสมทบหรือส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากไม่คิดว่าตนเองจะใช้สิทธิเจ็บป่วยเร็วๆ นี้ ไม่ทราบถึงผลกระทบของการขาดส่งเงินสมทบ ไม่ทราบว่าต้องทำอะไรหลังขาดส่งเงินสมทบหลงลืมวัน ไม่สะดวกส่งเงินสมทบตามช่องทางที่มีอยู่ และไม่มีเงินส่ง สำนักงานประกันสังคมควรคำนึงถึงสาเหตุเหล่านี้และพัฒนาแนวทางลดปัญหาและอุปสรรคเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบขยายวงกว้างไปสู่แรงงานนอกระบบที่ยังไม่เข้าระบบประกันสังคมและผู้ประกันตนที่ยังไม่เคยขอรับประโยชน์ทดแทน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคุณณรงค์ ชมภูป่า นักวิชาการแรงงานชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการกลุ่มงานพัฒนาระบบประกันสังคมมาตรา 40 สำนักเสริมสร้างความมั่นคงแรงงานนอกระบบ สำนักงานประกันสังคม และคุณสุจิน รุ่งสว่าง ประธานศูนย์ประสานงานแรงงานนอกระบบกรุงเทพมหานคร สำหรับการประสานงานกับอาสาสมัครแรงงานและเครือข่ายประกันสังคม มาตรา 40 ผู้ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำหรับการศึกษา และคำแนะนำในการศึกษาวิจัยตลอดการดำเนินงาน

References

1. The Royal Decree Prescribing Criteria and Rates of Contribution Payments, Types of Benefits and the Rules and Conditions of the Right to Receive Benefits for the Person Applying for the Self-Insurance [Article 20], B.E. 2561 (2018). The Royal Thai Government Gazette Volume 135, Section 19 Kor. (Mar 27, 2018). (in Thai)
2. Research and Development Division. Factors associated with ineligibility to receive sickness benefit among insured persons under the Social Security Act's Article 40: 2018–2020. Full Report. Nonthaburi: Social Security Office; 2021. (in Thai)
3. Research and Development Division, Social Security Office. Numbers of insured persons. March 2021. Nonthaburi: Social Security Office; 2021. (in Thai)
4. Zhang, B, Vos, M. Social media monitoring: aims, methods, and challenges for international companies. *Corporate Communications: An International Journal* 2014;19(4):371-83. doi:10.1108/CCIJ-07-2013-0044.
5. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Translated by Chokwiwatana W, and Posayanon T. Nonthaburi: Institute for the Development of Human Research Protections (IHRP): 2008. (in Thai)
6. The Royal Decree Prescribing Criteria and Rates of Contribution Payments, Types of Benefits and the Rules and Conditions of the Right to Receive Benefits for the Person Applying for the Self-Insurance [Article 40], B.E. 2554 (2011). The Royal Thai Government Gazette Volume 128, Section 34 Kor. (May 11, 2011). (in Thai)
7. Social Security Office. The Social Security Office (SSO) service-user satisfaction in 2019. Nonthaburi: Social Security Office; 2019. (in Thai)
8. Mirach TH, Demissie GD, Biks GA. Determinants of community-based health insurance implementation in west Gojjam zone, Northwest Ethiopia: a community based cross sectional study design. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):544. doi: 10.1186/s12913-019-4363-z.
9. Otieno PO, Wambiya EOA, Mohamed SF, Donfouet HPP, Mutua MK. Prevalence and factors associated with health insurance coverage in resource-poor urban settings in Nairobi, Kenya: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2019;9(12):e031543. doi: 10.1136/bmjopen-2019-031543.
10. Chanduaywit W, Chonpitakwong B. Informal workers: a case study of roadside shops. Thailand Development Research Institute (TDRI). 2020. [Internet]. [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://tdri.or.th/2020/03/informal-labor-hawker-high-way/> (in Thai)
11. Social Security Office. The Social Security Office (SSO) service-user satisfaction in 2018. Nonthaburi: Social Security Office; 2018. (in Thai)
12. National Statistical Office. The informal employment survey 2020. Bangkok: Ministry of Digital Economy and Society; 2020. (in Thai)



13. Dong H, Kouyate B, Cairns J, Sauerborn R. Differential willingness of household heads to pay community-based health insurance premia for themselves and other household members. *Health Policy Plan.* 2004;19(2):120–6. doi: 10.1093/heapol/czh014.
14. Mahmood SS, Hanifi SMA, Mia MN, Chowdhury AH, Rahman M, Iqbal M, et al. Who enrolls in voluntary micro health insurance schemes in low-resource settings? Experience from a rural area in Bangladesh. *Glob Health Action.* 2018;11(1):1525039. doi: 10.1080/16549716.2018.1525039.
15. Kotoh AM, Aryeetey GC, Van der Geest S. Factors that influence enrolment and retention in Ghana’ national health insurance scheme. *International Journal of Health Policy and Management.* 2018;7(5):443-54. doi: 10.15171/ijhpm.2017.117.

สัดส่วนงานของทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

วรรัตน์ ใจชื่น*

เทอดศักดิ์ อุตศรี†

ธนศักดิ์ ถัมภ์บรรทุ‡

ผู้รับผิดชอบบทความ: วรรัตน์ ใจชื่น

บทคัดย่อ

จำนวนทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีเพิ่มขึ้นในประเทศไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังขาดข้อมูลในแง่ลักษณะงานที่ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต้องรับผิดชอบ การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางนี้จึงมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสำรวจสัดส่วนงานของทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และศึกษาปัจจัยที่กำหนดผลิตภาพของกำลังคนด้านสุขภาพ ใน 3 ด้าน คือ ปัจจัยส่วนงาน ปัจจัยส่วนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และปัจจัยส่วนการบริหารงานบุคคล ผลการศึกษาพบว่า นอกเหนือจากงานทันตกรรมเฉพาะทางแล้ว ร้อยละ 95.5 ของทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญยังมีงานทันตกรรมพื้นฐาน และร้อยละ 68.2 มีงานเอกสารและงานบริหาร โดยค่าเฉลี่ยของสัดส่วนงานทันตกรรมพื้นฐานทันตกรรมเฉพาะทาง และงานเอกสารและบริหาร คือ ร้อยละ 41 ร้อยละ 48 และร้อยละ 11 ตามลำดับ ปัจจัยกำหนดผลิตภาพในส่วนงานพบว่าร้อยละ 65.9 เป็นข้อตกลงของหน่วยงาน ร้อยละ 40.9 หน่วยงานมีภาระงานทันตกรรมพื้นฐานมาก ร้อยละ 18.2 มีผู้ป่วยงานทันตกรรมเฉพาะทางไม่มากนัก และร้อยละ 15.9 ไม่มีทันตแพทย์ทั่วไปหรือมีไม่เพียงพอกับภาระงาน ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ร้อยละ 4.6 ยังขาดเครื่องมือในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 31.8 ยังไม่มีระบบรักษาและส่งต่อที่ชัดเจนในระดับจังหวัด สำหรับปัจจัยส่วนการบริหารงานบุคคล ร้อยละ 38.6 ยังไม่มีนโยบายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนในระดับจังหวัดที่สนับสนุนการทำงานทันตกรรมเฉพาะทาง และร้อยละ 43.2 ยังไม่มีนโยบายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนในระดับเขตที่สนับสนุนการทำงานทันตกรรมเฉพาะทาง โดยสรุปแล้วทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องรับผิดชอบ งานทันตกรรมเฉพาะทางและทันตกรรมพื้นฐานในสัดส่วนงานใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ยังมีงานเอกสารและงานบริหารด้วย สำหรับปัจจัยกำหนดผลิตภาพยังมีช่องว่างในการพัฒนาทั้งในด้านเครื่องมือ ระบบรักษาและส่งต่อ รวมทั้ง นโยบายและตัวชี้วัด

คำสำคัญ: ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ, งาน, การบริหารจัดการกำลังคน

* กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

† กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนาหมื่น จังหวัดน่าน

‡ กองทันตแพทย์ กรมแพทย์ทหารบก

Received 14 December 2021; Revised 11 April 2022; Accepted 18 September 2022

Suggested citation: Jaichuen W, Utasri T, Thumbuntu T. Proportion of dental specialists task performance in Ministry of Public Health hospitals. Journal of Health Systems Research 2022;16(3):407-17.

วรรัตน์ ใจชื่น, เทอดศักดิ์ อุตศรี, ธนศักดิ์ ถัมภ์บรรทุ. สัดส่วนงานของทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(3):407-17.

Proportion of Dental Specialists Task Performance in Ministry of Public Health Hospitals

Wararat Jaichuen^{*}, Terdsak Utasri[†], Thanasak Thumbuntu[‡]

^{*} Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

[†] Dental Department, Namuen Hospital, Nan

[‡] Dental Division, Royal Thai Army Medical Department

Corresponding author: Wararat Jaichuen, pook_ky2526@hotmail.com

Abstract

There are an increasing number of dental specialists in Thailand especially within the Ministry of Public Health (MOPH), but information about their tasks' characteristics is not well understood. This cross-sectional descriptive study aimed to explore the task proportion of specialists in MOPH's hospitals and the determinants of their performance in three dimensions; work factors, health facility environment, and administrative environment. The results show that, aside from specialized dental services, 95.5% of dental specialists still provided basic services, and 68.2 % of them had documentary and administrative activities as part of their routine. On average, dental specialists allocated their working time to basic, specialized service, documentary and administrative works at a proportion of 41%, 48% and 11%, respectively. Work factors that might influence the performance of dental specialists were: 65.9% of respondents reported an intra-organizational agreement, 40.9% pinpointed the overwhelming burden of basic treatments over advance procedures. 18.2% reported low number of patients wanting specialized care, and 15.9% reported a shortage of general practitioners compared to work burden. Regarding health facility environments; 4.6% of dental specialists indicated lack of equipment for their advanced skills, while 31.8% mentioned absence of clear guidelines and systems for consultation or referral within a provincial dental service network. Regarding administrative environments; 38.6% and 43.2% of dental specialists pointed to a lack of policy and monitoring systems that support specialized dental services at provincial and regional levels, respectively. In conclusion, dental specialists in MOPH were responsible for basic and specialized services at similarly high proportions (41% vs. 48%), with additional documentary and administrative works. There are still rooms for development in terms of equipment adequacy, consultation and referral guidelines, policy direction and monitoring system.

Keywords: dental specialist, dental specialty, task, workforce management

ภูมิหลังและเหตุผล

ทิศทางการพัฒนากำลังคนในปัจจุบันยังคงให้ความสำคัญกับความสอดคล้องของระบบกำลังคนกับระบบบริการสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีกำลังคนในจำนวนที่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ มีการกระจายตัวที่เป็นธรรม อีกทั้งมุ่งหวังให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข⁽¹⁾ การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจึงหมายความว่ามีความถึงมืออยู่ของทรัพยากรบุคคลที่มีความสามารถตอบสนองความ

ต้องการของระบบ และสามารถผลิตงานได้อย่างเหมาะสมกับศักยภาพที่มี เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนี้จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการตลาดแรงงานที่มีพลวัตของการเข้าและออกจากระบบสุขภาพ การบริหารจัดการการกระจายและการปฏิบัติงานของกำลังคนที่มีอยู่^(2,3) ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการกำลังคนสามารถเหนี่ยวนำให้เกิดประสิทธิภาพของระบบบริการในภาพรวมได้ โดยประเด็นร่วมที่ท้าทายต่อนานาประเทศในการบริหารกำลังคนประกอบด้วย การขาดแคลนกำลังคน (shortage) ความ

ไม่สมดุลระหว่างทักษะของบุคลากร (skill imbalances) การกระจายที่ไม่เหมาะสมและการเคลื่อนย้ายของบุคลากร (maldistribution and migration) ความไม่เหมาะสมของสิ่งแวดล้อมในการทำงาน (poor work environments) รวมถึงการขาดความรู้และความเข้าใจอย่างแท้จริงในการวางแผนบริหารกำลังคน⁽⁴⁾

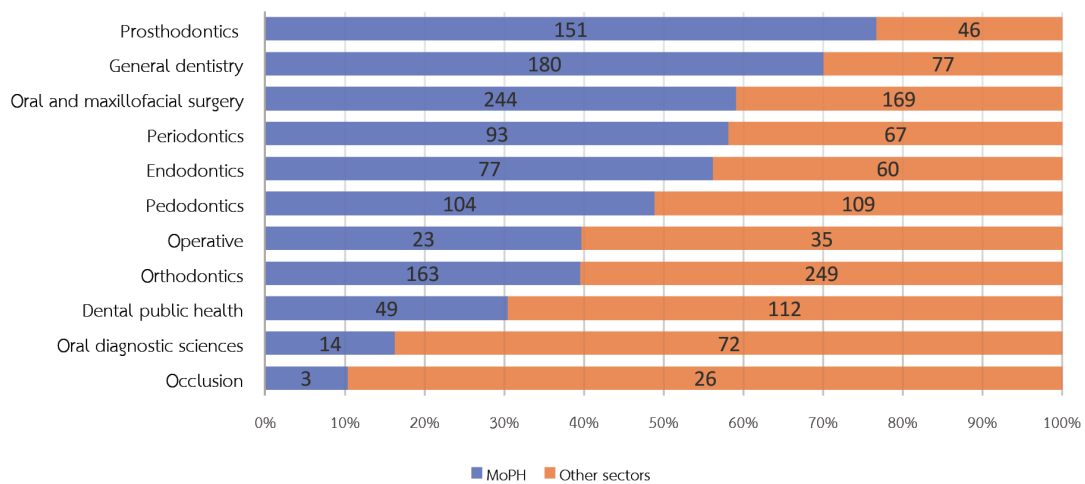
ปัจจัยที่กำหนดผลิตภาพของกำลังคนด้านสุขภาพ จำแนกออกเป็น 6 ด้าน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ความรู้และทักษะในการทำงาน แรงจูงใจในการทำงาน การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ 2) ปัจจัยส่วนผู้ป่วย/รับบริการ ประกอบด้วย ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการของผู้ป่วยต่อบริการที่ไม่จำเป็น ความต้องการของผู้ป่วยต่อบริการที่จำเป็น 3) ปัจจัยส่วนงาน ประกอบด้วย ความซับซ้อนและความชัดเจนของแนวทางการทำงาน การเปลี่ยนแปลงของแนวทางการทำงานตามเวลาที่เปลี่ยนไป 4) ปัจจัยส่วนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมโดยทั่วไปของสถานที่ทำงาน วัฒนธรรมองค์กร และทัศนคติของเพื่อนร่วมงาน ความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ในการทำงาน การกำกับดูแลในการทำงาน การควบคุมมาตรฐานการทำงาน การประเมินผลงาน การสื่อสารในที่ทำงาน 5) ปัจจัยส่วนการบริหารงานบุคคล ประกอบด้วย การกำกับดูแลบุคลากร ระบบข้อมูลที่ใช้ในการกำกับผลงาน การกระจายอำนาจในการตัดสินใจในการทำงาน การพัฒนาทีมงาน ระบบสนับสนุนการทำงาน และ 6) ปัจจัยส่วนสิ่งแวดล้อมด้านการเมืองและเศรษฐกิจ ประกอบด้วย โครงสร้างพื้นฐานในการจัดการศึกษาสำหรับการผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ โดยปัจจัยในแต่ละส่วนจะนำไปสู่การจัดการในระดับที่ต่างกันตั้งแต่ระดับตัวบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน ระดับพื้นที่ และระดับประเทศ⁽⁵⁾ โดยในส่วนของการบริหารบุคลากรเพื่อให้เกิดผลิตภาพบริการนั้น จำเป็นต้องมีการจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานด้วย ซึ่งหมายถึงทั้งในด้านภาระงานที่เหมาะสม และการเตรียมความพร้อมในด้านเครื่องมือที่

เพียงพอสอดคล้องกับการทำงานตามสมรรถนะที่มี การสร้างแรงจูงใจในการทำงานก็เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลิตภาพของบุคลากร บุคลากรที่มีแรงจูงใจในการทำงานจะตระหนักถึงความสามารถของตนเองและยินดีที่จะทำงานตามความสามารถเพื่อเป้าหมายขององค์กร⁽⁶⁾ สำหรับการศึกษาต้องการประเมินการจัดการในระดับองค์กรและระดับพื้นที่เป็นหลัก จึงเลือกเก็บข้อมูลเพียง 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยส่วนงาน ปัจจัยส่วนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และปัจจัยส่วนการบริหารงานบุคคล

ข้อมูลทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 ของราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทยระบุว่า มีจำนวน 2,147 คน โดยสาขาที่มีจำนวนมากที่สุดคือ สาขา ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล และสาขาที่มีน้อยที่สุดคือสาขาทันตกรรมบดเคี้ยวและความเจ็บปวดใบหน้า⁽⁷⁾ (ภาพที่ 1) ในส่วนของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา ได้มีทิศทางการพัฒนาระบบทันตกรรมเฉพาะทางในระดับจังหวัดและศูนย์เชี่ยวชาญ โดยมีการจัดทำแนวทางการศึกษาฝึกอบรมทันตแพทย์เฉพาะทางของสถานบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ในการพิจารณาอนุมัติการลาศึกษาต่อของทันตแพทย์ และเป็นมาตรการสำคัญในการขับเคลื่อนและสนับสนุนการจัดระบบบริการทันตกรรมเฉพาะทาง ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลทรัพยากรงานทันตกรรมในหน่วยบริการโดยกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีจำนวนทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกสาขา ยกเว้นข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 ที่มีจำนวนน้อยลงอย่างผิดปกติเมื่อเทียบกับปีข้างเคียง อาจเนื่องมาจากความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล เนื่องจากลักษณะการจัดเก็บที่อาศัยการสำรวจจากผู้แทนทันตแพทย์ในพื้นที่ ทั้งนี้ในภาพรวมระหว่างปี พ.ศ. 2558-2564 พบว่าสาขาที่มีมากที่สุดเป็นสามลำดับแรกคือ ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ทันตกรรมทั่วไป และทันตกรรมจัดฟัน (ภาพที่ 2) ในขณะที่สถานการณ์จำนวนทันตแพทย์

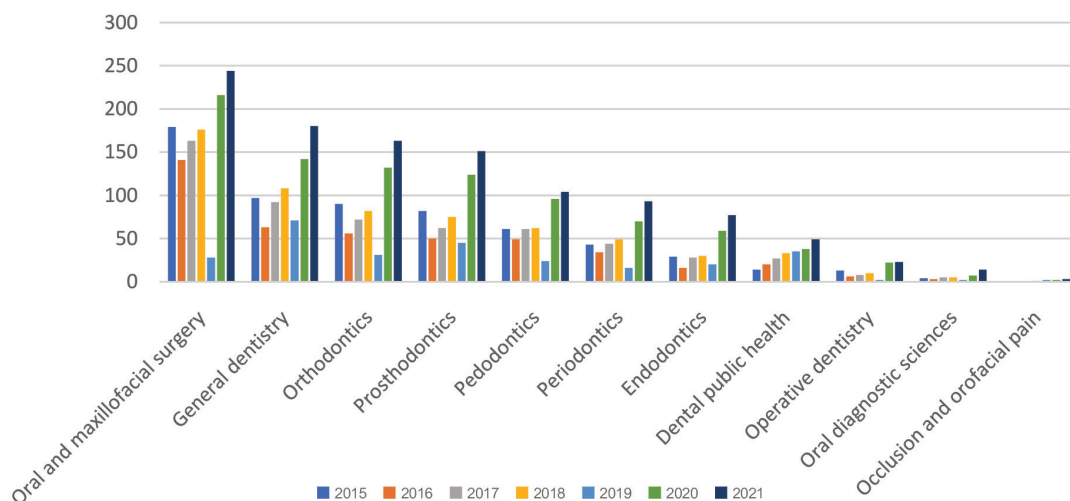
ผู้เชี่ยวชาญมีเพิ่มขึ้น แต่ยังขาดการประเมินผลที่เกิดขึ้นในระบบบริการทันตกรรมเฉพาะทาง แม้ว่าการศึกษาก่อนหน้าได้มีข้อเสนอแนะจากทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถึงมาตรการที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดผลิิตภาพการทำงานที่ดี ได้แก่ การเพิ่มค่าตอบแทน การปรับระบบงานที่เอื้อต่อการให้บริการงานทันตกรรมเฉพาะทาง การเตรียมพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ โอกาสในการศึกษาต่อ รวมถึงระบบการส่งต่อ อย่างไรก็ตามวัตถุประสงค์หลักของการศึกษาดังกล่าวเน้น

ศึกษาในแง่การคงอยู่ของทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นหลัก ไม่ได้มีผลระยะเียดในเรื่องลักษณะงาน⁽⁸⁾ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสำรวจสัดส่วนงานของทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถานการณ์ของปัจจัยส่วนงาน ปัจจัยส่วนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และปัจจัยส่วนการบริหารงานบุคคล เพื่อสังเคราะห์เป็นข้อเสนอต่อการพัฒนาการบริหารจัดการบุคลากรระดับองค์กรและระดับพื้นที่ต่อไป



Source of data: The Royal College of Dental Surgeons of Thailand⁽⁷⁾

Figure 1 Number of dental specialists classified by specialties and distribution in work sector (2021)



Remark: Data in 2019 came from different data collection method.

Figure 2 Number of dental specialists in Ministry of Public Health during 2015–2021

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนา อาศัยข้อมูลแบบตัดขวางจากการสำรวจการรับรู้ต่อนโยบายการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมเฉพาะทาง และความพร้อมในการปฏิบัติงานหลังจากสำเร็จการศึกษาของทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โดยกลุ่มตัวอย่างคือทันตแพทย์ทั้งหมดที่ได้รับโควตาศึกษาต่อตามแผนพัฒนาระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2559–2560 และสำเร็จการศึกษากลับมาปฏิบัติงานในพื้นที่แล้ว จำนวน 120 คน โดยข้อคำถามประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสำรวจ ได้แก่ ปีที่ได้เริ่มศึกษาต่อเฉพาะทาง ปีที่สำเร็จการศึกษาเฉพาะทาง สถาบันที่ศึกษาต่อเฉพาะทาง โรงพยาบาลต้นสังกัด และโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน

2) ปัจจัยส่วนงาน ได้แก่ ร้อยละของเวลาที่ให้บริการงานทันตกรรมพื้นฐาน งานทันตกรรมเฉพาะทาง และงานเอกสารหรือบริหาร โดยประมาณเมื่อเทียบกับเวลาทั้งสัปดาห์ เหตุผลที่ยังให้บริการงานทันตกรรมพื้นฐาน การทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาหรือรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเครือข่าย และการทำหน้าที่ฝึกสอนหรืออบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพทันตแพทย์ในเครือข่ายระดับจังหวัด

3) ปัจจัยส่วนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ การเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือ การจัดทำแนวทางให้คำปรึกษาหรือรับส่งต่อ

4) ปัจจัยส่วนการบริหารงานบุคคล ได้แก่ นโยบายหรือตัวชี้วัดงานทันตกรรมในระดับจังหวัดและเขต การวัดผลการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

จัดทำแบบสอบถามในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามในทันตแพทย์กลุ่มเป้าหมายจำนวน 6 คน แล้วปรับปรุงข้อคำถามและตรวจสอบซ้ำในตัวแทนกลุ่มเดิม จากนั้นจึงดำเนินการ

ส่งแบบสอบถามให้กับกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ผ่านทางคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาขาสุขภาพช่องปาก ซึ่งมีผู้แทนจากทั้ง 12 เขตบริการสุขภาพ โดยเปิดรับแบบสอบถามระหว่างวันที่ 25 มิถุนายน – 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 และจำกัดให้สามารถตอบกลับได้เพียงคนละ 1 ครั้งเพื่อป้องกันการส่งคำตอบซ้ำ ข้อมูลที่ได้จะนำมาตรวจสอบความตรงของกลุ่มเป้าหมายโดยอาศัยคำตอบในประเด็นปีที่ศึกษาต่อและปีที่สำเร็จการศึกษเป็นหลัก จากนั้นนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาประเภท จำนวน ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โครงการนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการ 22-2564

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในภาพรวมมีผู้ตอบกลับแบบสอบถาม 109 คน เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์ 105 คน แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับแบบสอบถามไม่ตรงตามกลุ่มเป้าหมายที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ดี ผู้ตอบกลับแบบสอบถามยังคงเป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงที่มีการใช้ระบบโควตาศึกษาต่อ โดยจำแนกเป็นกลุ่มที่สำเร็จการศึกษาและกลับมาปฏิบัติงานแล้วจำนวน 42 คน อยู่ระหว่างศึกษาแต่ไม่ได้ลาเรียนเต็มเวลา (ยังคงปฏิบัติงานอยู่ที่หน่วยบริการ) จำนวน 2 คน และเป็นกลุ่มที่อยู่ระหว่างลาศึกษา ยังไม่ได้กลับมาปฏิบัติงานจำนวน 61 คน (ภาพที่ 3) การวิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นต่อไปอาศัยข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ขณะนี้อยู่ระหว่างการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยผู้ที่สำเร็จการศึกษาและกลับมาปฏิบัติงานแล้ว และผู้ที่อยู่ระหว่างศึกษาแต่ไม่ได้ลาศึกษาเต็มเวลา รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 44 คน

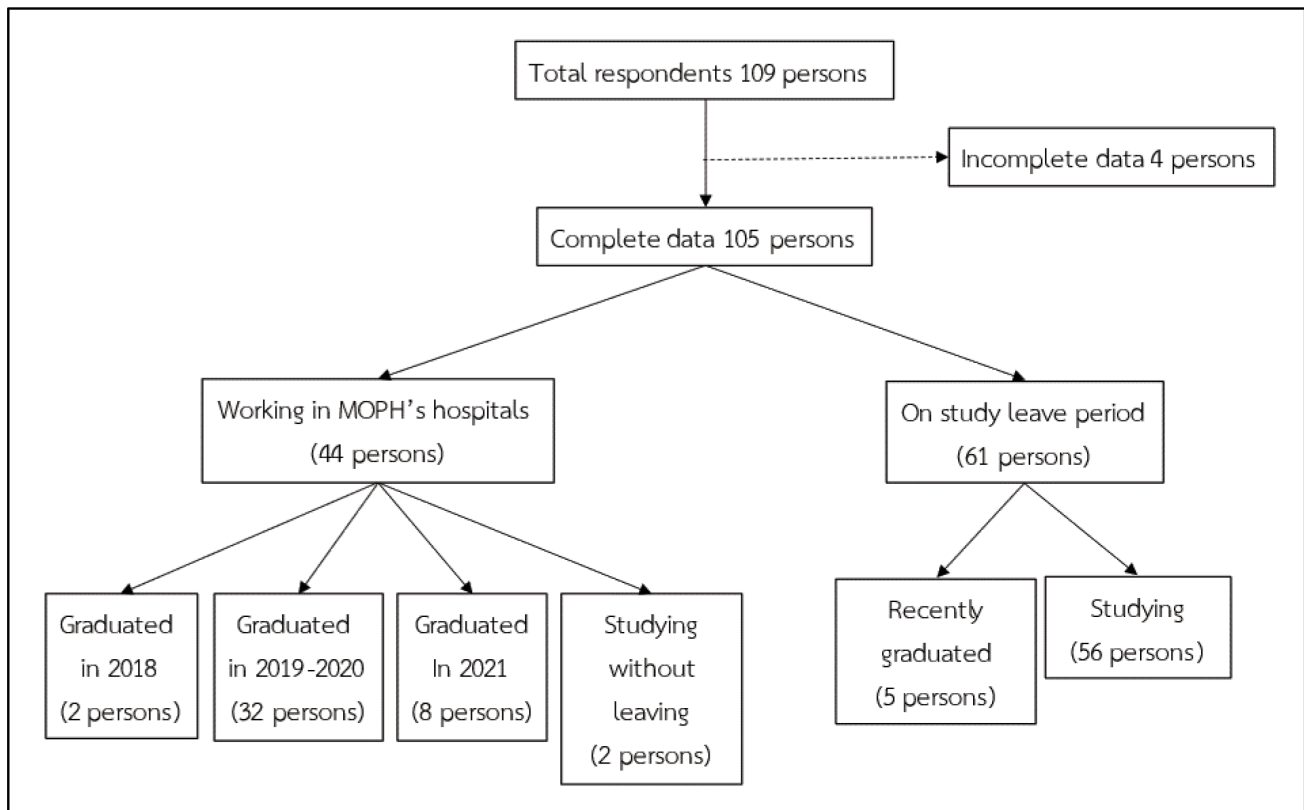


Figure 3 Characteristics of respondents

เมื่อจำแนกสาขาเฉพาะทางของผู้ที่ตอบกลับแบบสอบถาม พบว่ามีข้อมูลครอบคลุมทันตแพทย์เฉพาะทางใน 10 สาขา ได้แก่ ทันตกรรมทั่วไป ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ทันตกรรมประดิษฐ์ ทันตกรรมจัดฟัน ปรีทันตวิทยา ทันตกรรมสำหรับเด็ก ทันตกรรมหัตถการ วิทยาเอ็นโดดอนต์ วิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปาก และทันตสาธารณสุข อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาสถานะทางการศึกษาในปัจจุบันของผู้ตอบแบบสอบถาม

พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นทันตแพทย์เฉพาะทางในสาขาทันตกรรมหัตถการและวิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปากยังไม่มีผู้ที่สำเร็จการศึกษาและกลับมาปฏิบัติงานแล้ว (ตารางที่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนต่อไปจึงไม่มีข้อมูลของสองสาขานี้ โดยในแบบสำรวจไม่มีข้อคำถามสำหรับทันตแพทย์สาขาทันตกรรมบดเคี้ยวเนื่องจากในช่วงปี พ.ศ. 2559-2560 กระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีการจัดสรรโควตาสำหรับสาขานี้

Table 1 Study status of respondents by specialties

Specialties	Study status (persons)							Total (persons)
	Graduated In 2018	Graduated In 2019	Graduated In 2020	Graduated In 2021	Working and studying	Recently graduated, not working yet	Studying	
General dentistry	1	3	2	1	1	2	8	18
Oral and maxillofacial surgery	0	1	3	0	0	1	13	18
Prosthodontics	0	3	4	2	1	0	7	17
Orthodontics	0	1	4	0	0	0	11	16
Periodontics	0	2	3	1	0	0	6	12
Pedodontics	1	1	3	3	0	1	1	10
Operative dentistry	0	0	0	0	0	1	3	4
Endodontics	0	0	0	1	0	0	3	4
Oral diagnostic sciences	0	0	0	0	0	0	3	3
Dental public health	0	1	1	0	0	0	1	3
All specialties	2	12	20	8	2	5	56	105

โดยในกลุ่มตัวอย่างที่ขณะนี้อยู่ระหว่างการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น พบว่าเป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาหรืออยู่ระหว่างศึกษาต่อเฉพาะทางแต่ไม่ได้ลาศึกษาเต็มเวลา จากมหาวิทยาลัยมหิดลมากที่สุด รองลงมาคือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ตารางที่ 2) สำหรับในแง่ของความตรงกันระหว่างหน่วยงานต้นสังกัดกับหน่วยงานปฏิบัติงานในปัจจุบัน พบว่ามีทันตแพทย์ 3 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 6.8 ที่ระบุชื่อหน่วยงานต้นสังกัดต่างกับหน่วยงานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม องค์กรที่ดียังเป็นหน่วยงานที่อยู่ในจังหวัดเดียวกัน

Table 2 Training university/institute of included respondents (n = 44)

University/Institute	Number (person)	Percentage
Mahidol University	11	25.0
Chulalongkorn University	10	22.7
Prince of Songkla University	8	18.2
Chiang Mai University	6	13.6
Khon Kaen University	4	9.1
Institute of Dentistry	4	9.1
Srinakharinwirot University	1	2.3
Total	44	100.0

ปัจจัยส่วนงาน

ในด้านสัดส่วนงานของทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พบว่า นอกเหนือจากการให้บริการในงานทันตกรรมเฉพาะทางแล้ว ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.5) ยังคงมีงานทันตกรรมพื้นฐาน มีเพียงร้อยละ 4.5 ที่ไม่ได้ให้บริการงานทันตกรรมพื้นฐานแล้ว และสำหรับงานเอกสาร/บริหาร พบว่า ร้อยละ 68.2 ของทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญยังคงต้องรับผิดชอบงานส่วนนี้ แต่มีถึงร้อยละ 31.8 ที่ไม่ต้องรับผิดชอบงานเอกสาร/บริหาร (ตารางที่ 3) เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนงานพบว่า ในภาพรวมของทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขามีค่าเฉลี่ยสัดส่วนการให้บริการงานทันตกรรมพื้นฐานถึงร้อยละ 41 ของเวลางานทั้งหมด ขณะที่ค่าเฉลี่ยสัดส่วนการให้บริการงานทันตกรรมเฉพาะทางอยู่ที่ร้อยละ 48 ของเวลางานทั้งหมด สำหรับสัดส่วนงานเอกสาร/บริหาร พบว่า ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 11 ของเวลางานทั้งหมด (ตารางที่ 4)

Table 3 Proportion of dental specialists delivered basic and non-specialty dental services (n = 44)

Task	Number (person)	Percentage
Basic dental service		
Yes	42	95.5
No	2	4.5
Administration/management		
Yes	30	68.2
No	14	31.8

Table 4 Proportion of time allocated to three different types of work by dental specialists (n = 44)

Task proportion	Min	Max	Mean	S.D.
Basic dental service	0	80	41	17.3
Specialized dental service	10	100	48	18.9
Administration and management	0	71.4	11	13.2

เมื่อสอบถามถึงเหตุผลที่ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญยังให้บริการงานทันตกรรมพื้นฐานพบว่า ร้อยละ 65.9 ให้เหตุผลว่าเป็นข้อตกลงของหน่วยงาน ลำดับรองลงมา ร้อยละ 40.9 ให้เหตุผลว่าในหน่วยงานมีการะงานทันตกรรมพื้นฐานมาก นอกจากนี้ ร้อยละ 18.2 ให้เหตุผลว่ามีผู้ป่วยงานทันตกรรมเฉพาะทางไม่มากนัก ทำให้มีเวลาเหลือพอสำหรับทำงานทันตกรรมพื้นฐาน และร้อยละ 15.9 ให้เหตุผลว่าในหน่วยงานไม่มีทันตแพทย์ทั่วไปหรือมีไม่เพียงพอกับภาระงาน

นอกจากนี้ ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ร้อยละ 65.9 ยังมีหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาหรือรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเครือข่ายภายในจังหวัด ขณะที่ร้อยละ 29.5 ทำหน้าที่นี้ให้กับเครือข่ายระดับเขตสุขภาพ แต่การทำหน้าที่ฝึกสอนหรืออบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพทันตแพทย์ในเครือข่ายระดับจังหวัดนั้น พบว่าร้อยละ 70.5 ยังไม่เคยฝึกสอนหรืออบรมทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ร้อยละ 25 เคยฝึกสอนหรืออบรมแบบไม่เป็นทางการ เช่น การสอนข้างเก้าอี้ และมีเพียงร้อยละ 4.5 ที่เคยฝึกสอนหรืออบรมแบบเป็นทางการ เช่น การจัดประชุมอบรม ประชุมเชิงปฏิบัติการ

ปัจจัยส่วนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

ในด้านการเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือ พบว่า ร้อยละ 95.4 มีความพร้อมของเครื่องมือที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน โดยมีโรงพยาบาลที่ได้จัดหา/จัดทำแผนจัดซื้อเครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้ไว้ล่วงหน้าก่อนที่ทันตแพทย์จะไปศึกษาต่อกลับมาปฏิบัติงานร้อยละ 47.7 แต่ก็พบว่ายังมีทันตแพทย์ร้อยละ 47.7 สำเร็จการศึกษาแล้วกลับมาปฏิบัติงานยังไม่มีเครื่องมือใช้ ต้องมาทำแผนจัดซื้อเองภายหลัง และยังมีทันตแพทย์ที่ยังไม่สามารถปฏิบัติงานด้านเฉพาะทางได้ เนื่องจากไม่มีเครื่องมือและอุปกรณ์ ร้อยละ 4.6 (ตารางที่ 5)

ในด้านระบบให้คำปรึกษา/ส่งต่อ พบว่าร้อยละ 68.2 ของเครือข่ายหน่วยบริการระดับจังหวัด มีการจัดทำแนวทางให้คำปรึกษาหรือรับส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับบริการทันตกรรมเฉพาะทาง ขณะที่อีกเกือบหนึ่งในสาม

ของเครือข่ายหน่วยบริการระดับจังหวัดที่ยังไม่มีการจัดทำแนวทางดังกล่าว (ตารางที่ 5)

ปัจจัยส่วนการบริการงานบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าการวัดผลการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีส่วนช่วยสนับสนุนให้ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ปฏิบัติงานสอดคล้องกับสาขาเฉพาะทางของ

ตนสูงถึงร้อยละ 70.5 โดยนโยบายและตัวชี้วัดงานทันตกรรมในระดับจังหวัดมีส่วนช่วยสนับสนุนให้ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ปฏิบัติงานสอดคล้องกับสาขาเฉพาะทางถึงร้อยละ 61.4 ขณะที่ในด้านนโยบายและตัวชี้วัดงานทันตกรรมในระดับเขตมีส่วนช่วยสนับสนุนให้ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ปฏิบัติงานสอดคล้องกับสาขาเฉพาะทางร้อยละ 56.8 (ตารางที่ 5)

Table 5 Health facility and administrative environment that enabled dental specialists to provide specialized dental service (n = 44)

Health facility and administrative environment	yes	no
In hospital, there are proper materials and equipment for specialized dental services.	95.4	4.6
At provincial health service network, there are consultation/referral guidelines for specialized dental services.	68.2	31.8
In hospital, there is a performance management system that enables dental specialists to provide specialized dental services.	70.5	29.5
At provincial level, there are policies and key performance indicators (KPIs) that enable dental specialists to provide specialized dental services.	61.4	38.6
At health region level, there are policies and KPIs that enable dental specialists to provide specialized dental services.	56.8	43.2

วิจารณ์และข้อยุติ

การศึกษานี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาลักษณะงานของทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และปัจจัยที่กำหนดผลผลิตภาพของกำลังคนด้านสุขภาพ ใน 3 ด้าน คือ ปัจจัยส่วนงาน ปัจจัยส่วนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และปัจจัยส่วนการบริหารงานบุคคล โดยอาศัยการสำรวจข้อมูลในกลุ่มทันตแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ศึกษาต่อทันตแพทย์เฉพาะทางระดับวุฒิบัตร ทั้งนี้ในการวิเคราะห์ผล ได้คัดเลือกข้อมูลเฉพาะกลุ่มที่ในปัจจุบันอยู่ระหว่างปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วยผู้ที่สำเร็จการศึกษาแล้ว

ในระหว่างปี พ.ศ. 2561-2564 และผู้ที่อยู่ระหว่างศึกษาต่อแต่ไม่ได้ลาศึกษาเต็มเวลา เพื่อสามารถตอบคำถามสัดส่วนเวลาการทำงานที่เกี่ยวข้องกับบริการทันตกรรมเฉพาะทางได้

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษานี้คือการค้นหาสัดส่วนงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของจำนวนทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในภาพรวมของประเทศไทยและในส่วนที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเอง ซึ่งผลการศึกษาพบว่าทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ยัง

ให้บริการงานทันตกรรมพื้นฐานในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกับงานเฉพาะทางมากนัก โดยปัจจัยส่วนงานที่ส่งผลต่อปรากฏการณ์ดังกล่าวคือการเป็นข้อตกลงของหน่วยงานการที่หน่วยงานมีภาระงานทันตกรรมพื้นฐานมาก การมีผู้ป่วยงานทันตกรรมเฉพาะทางไม่มากนัก และบางหน่วยงานก็ไม่มีทันตแพทย์ทั่วไปหรือมีไม่เพียงพอกับภาระงานสอดคล้องกับข้อมูลผลงานบริการจากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2563 ซึ่งพบว่าจำนวนรายของการให้บริการเฉพาะทางต่อบริการทันตกรรมทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 3.22 และจำนวนการใช้บริการทันตกรรมเฉพาะทางนับผลงานรายคน แบบใช้ความครอบคลุม มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 1.22⁽⁹⁾ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ก็ให้ข้อมูลตรงกันว่า ความต้องการของผู้ป่วยในการรับบริการงานทันตกรรมพื้นฐานยังมีอยู่มาก ในขณะที่ในโรงพยาบาลมีจำนวนทันตแพทย์ทั่วไปไม่มากพอ ทำให้ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจำเป็นต้องจัดสรรเวลามาช่วยงานทันตกรรมพื้นฐานด้วย ข้อค้นพบดังกล่าวบ่งบอกถึงความไม่สมดุลระหว่างทักษะของบุคลากรกับภาระงาน ซึ่งอนุมานได้ว่าการบริหารจัดการทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากลักษณะของระบบการศึกษาต่อของทันตแพทย์ระดับหลังปริญญาในประเทศไทยมีหลักสูตรหลากหลายระดับ เช่น ประกาศนียบัตรบัณฑิต ปริญญาโท วุฒิบัตร และยังไม่พบการกำหนดขอบเขตการเรียนรู้ของแต่ละระดับ ยกเว้นการศึกษาต่อระดับวุฒิบัตรที่มีการกำหนดสมรรถนะกลางโดยราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย ทั้งนี้การออกหนังสือวุฒิบัตรและอนุมัติบัตรการเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม ได้เปิดโอกาสให้กับทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรทุกระดับให้สามารถยื่นคำขอสอบประเมินความรู้ได้⁽¹⁰⁾ ซึ่งแสดงถึงความทับซ้อนของสมรรถนะในการทำงานของ

ทันตแพทย์ที่ศึกษาต่อหลังปริญญาในหลักสูตรทุกระดับ และสามารถพัฒนาสมรรถนะได้จากประสบการณ์การทำงาน

ในด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานของทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญนั้น พบว่าส่วนใหญ่มีความพร้อมของเครื่องมือในประเด็นนี้จึงไม่ใช่อุปสรรคของการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตามพบว่าเกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างต้องจัดการแผนจัดซื้อเครื่องมือเองหลังจากสำเร็จการศึกษาแล้วกลับมาปฏิบัติงาน รวมถึงกลุ่มตัวอย่างอีกเกือบร้อยละ 5 ที่ยังไม่มีเครื่องมือสำหรับปฏิบัติงาน ณ เวลาที่เก็บข้อมูลสถานการณ์นี้บ่งบอกถึงการสูญเสียโอกาสของโรงพยาบาลในการให้บริการตามความรู้ความสามารถของทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในช่วงเวลาที่รอการดำเนินการจัดหาเครื่องมือดังกล่าว ซึ่งหากมีการเตรียมการเครื่องมือให้พร้อมใช้ล่วงหน้าก็จะช่วยให้ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสามารถทำงานได้เต็มสมรรถนะมากขึ้น นอกจากนี้การพัฒนากระบวนการให้คำปรึกษาของทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ดีทั้งระดับโรงพยาบาลเอง ระดับจังหวัด หรือระดับเขตสุขภาพ พอละมีส่วนช่วยทันตแพทย์ทั่วไปในการตัดสินใจวางแผนดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญในการเชื่อมต่อระหว่างระบบบริการพื้นฐานและระบบบริการทันตกรรมเฉพาะทางอย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹¹⁾ แต่ในการศึกษานี้ยังพบกลุ่มตัวอย่างมากถึงหนึ่งในสามส่วนที่ระบุว่าในจังหวัดของตนเองยังไม่มีจัดการระบบดังกล่าวอย่างชัดเจน จึงเป็นอีกประเด็นที่ควรต้องพัฒนาต่อไป โดยการศึกษาในต่างประเทศมีข้อเสนอว่า การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางไกลเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเชื่อมต่อระหว่างระบบบริการพื้นฐานและระบบบริการเฉพาะทาง และช่วยบรรเทาปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในพื้นที่ชนบทได้⁽¹²⁾

ประเด็นสุดท้ายคือการบริหารงานบุคคลนั้น แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าการวัดผลการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีส่วนช่วยสนับสนุนให้ได้ปฏิบัติงานสอดคล้อง

กับสาขาเฉพาะทางของตน แต่ก็พบว่า เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างยังไม่เห็นว่านโยบายและตัวชี้วัดงานทันตกรรมทั้งในระดับจังหวัดและเขตบริการสุขภาพมีส่วนช่วยสนับสนุนให้ทันตแพทย์เฉพาะทางได้ปฏิบัติงานสอดคล้องกับสาขาเฉพาะทาง ซึ่งสอดคล้องกับภาระงานที่มีสัดส่วนของงานที่ไม่ใช่งานทันตกรรมเฉพาะทางจำนวนมากดังที่ค้นพบในการศึกษานี้

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือลักษณะของข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลมาจากการสำรวจความคิดเห็นจากทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย จึงมีลักษณะเป็นการประมาณการจากประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล อีกทั้งจำนวนผู้ตอบกลับก็มีเพียง 44 คน อย่างไรก็ตามข้อค้นพบเบื้องต้นในการศึกษานี้ก็สามารถนำไปศึกษาต่อยอดได้ในอนาคต โดยประเด็นที่ควรศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้มีข้อมูลสำหรับการวางแผนบริหารจัดการทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ ประกอบด้วย การศึกษาเปรียบเทียบสมรรถนะของทันตแพทย์แต่ละระดับการศึกษาต่อ การศึกษาสัดส่วนงานโดยอาศัยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงมากขึ้น เช่น ศึกษาการเคลื่อนไหวและเวลาการทำงานตามกิจกรรมของบุคลากรตามสัปดาห์ โดยใช้การสังเกต (observational time and motion study) ดังเช่นกรณีการศึกษาสัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทางโดยอาศัยข้อมูลจากตารางปฏิบัติงานของแพทย์⁽¹³⁾ รวมทั้งการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และกระจายให้มีความครอบคลุมในทุกสาขาความเชี่ยวชาญ

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการบริหารจัดการทันตแพทย์เฉพาะทาง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการทันตกรรมในระดับเขตสุขภาพ ซึ่งได้รับงบประมาณในการดำเนินการจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

References

1. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. World Health Organization. Everybody's business -- strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
3. World Health Organization. The world health report: 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006.
4. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JL, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. Lancet. 2004;364(9449):1984-90.
5. Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? Lancet. 2005;366(9490):1026-35.
6. Dieleman M, Harnmeijer J. Improving health worker performance: in search of promising practices. Geneva: World Health Organization; 2006.
7. The Royal College of Dental Surgeons of Thailand. Amount of dentists in Thailand by specialty and region [internet]. 2021 [cited 2021 Dec 09]. Available from: <https://www.royalthaident.org/specialist>. (in Thai)
8. Tuongratanaphan S, Utasri T. Factors affecting the decision to residency training program and the retention of dental residents in Thailand. Nonthaburi: Thai Dental Council; 2013. (in Thai)
9. Ministry of Public Health. Health data center [Internet]. 2021 [cited 10 December 2021]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>. (in Thai)
10. The Dental Council of Thailand's Regulation on Requirements for Recognition of Dental Specialists B.E. 2550 (2007). (April 27, 2007). (in Thai)
11. Morris AJ, Burke FJ. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? British Dental Journal. 2001;191(12):666-70. doi: 10.1038/sj.bdj.4801263.
12. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. Human Resources for Health. 2006;4:12. doi: 10.1186/1478-4491-4-12.
13. Suanrueang P, Wongsin U. A time-motion study of medical specialists: a case study in eight public hospitals. Journal of Health Systems Research. 2019;13(4):428-41. (in Thai)