

การสร้างดัชนีวัดการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
โดยอ้างอิงการวิเคราะห์ต้นทุน



นางสาวภรณ์ เหล่าอิทธิ

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Development of Cost-based Health Promotion Activity Index in MOPH district
hospitals



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Health Research and Management

Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

กรณี เหล่าอิทธิ : การสร้างดัชนีวัดการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยอ้างอิงการวิเคราะห์ต้นทุน (Development of Cost-based Health Promotion Activity Index in MOPH district hospitals) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. ดร. นพ. ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย, อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: รศ. ดร. นพ. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 135 หน้า.

การปรับระบบบริการสุขภาพให้มีบทบาทในด้านสร้างเสริมสุขภาพถือเป็นประเด็นหลักอันหนึ่งในแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ได้รับการยอมรับและมีการดำเนินการในประเทศไทยมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง ที่ผ่านมามีความรู้เรื่องขอบเขตการดำเนินงานสร้างสุขภาพและต้นทุนของกิจกรรมเหล่านั้นในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังจำกัด

การศึกษานี้จึงนี้ทำการศึกษากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล โดยการทบทวนบทความวิชาการนานาชาติจากฐานข้อมูล Pubmed อย่างเป็นระบบ และการสำรวจกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนของไทยจำนวน 225 แห่ง เพื่อรวบรวมรายการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และ คัดเลือกกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยโรงพยาบาลส่วนหนึ่งมาทำการวิเคราะห์ต้นทุนของการให้บริการโดยใช้วิธีวิเคราะห์ต้นทุนแบบฐานกิจกรรม (activity based costing) ในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 3 แห่งที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามระดับโรงพยาบาล และนำข้อมูลต้นทุนเฉลี่ยรายองค์ประกอบไปใช้ในการประมาณต้นทุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอื่น ๆ และพัฒนาเป็นดัชนีวัดการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่อไป

ผลการทบทวนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยการทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่ามีบทความ 10 เรื่องที่เข้าเกณฑ์ โดยมีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ระบุไว้ เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากช่องของผู้มาโรงพยาบาลเพื่อส่งผู้มีปัญหาน้ำหนักเกินปรึกษาแพทย์ การให้สารโซลิตอลในหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดการเกิดฟันผุในลูก การจัดการมลพิษสิ่งแวดล้อมในผู้ป่วยทางจิต การสำรวจกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทยพบความชุกของการจัดกิจกรรมในกลุ่มผู้ป่วยสูงที่สุด และมีการจัดกิจกรรมให้กับญาติผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการอื่นน้อยกว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพให้แก่บุคลากรและประชาชนทั่วไปอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่ได้ดำเนินงานอย่างเป็นรูปแบบแบบแผนที่แน่นอนหรือเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลงาน

การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลักของโรงพยาบาลสามแห่ง ได้แก่ งานฝากครรภ์ งานคลินิกเด็กดี งานวางแผนครอบครัว และงานคลินิกคอดบุหรี พบว่าต้นทุนเฉลี่ยต่อหน้าที่ขององค์ประกอบกิจกรรมต่าง ๆ มีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลไม่มากนัก และมีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายของบริการ อยู่ระหว่าง 113.77 บาทถึง 614.19 บาทในงานฝากครรภ์ ระหว่าง 162.47 บาทถึง 307.34 บาทในคลินิกเด็กดี ระหว่าง 207.04 บาทถึง 238.07 บาทในคลินิกคอดบุหรี โดยต้นทุนต่อผู้รับบริการวางแผนครอบครัว มีความหลากหลายมากที่สุดจาก 104.40 ถึง 2,155.72 บาทขึ้นกับประเภทการวางแผนครอบครัวที่ใช้ โดยต้นทุนต่อหน่วยระหว่างโรงพยาบาลตามประเภทการให้บริการไม่แตกต่างกันชัดเจน ส่วนใหญ่ขึ้นกับรูปแบบการให้บริการหรือการตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการที่ได้รับ การประมาณต้นทุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอื่น ๆ โดยใช้ต้นทุนรายองค์ประกอบพบว่าอยู่ระหว่าง 46.69 ถึง 211.81 บาท และสามารถดัดแปลงเป็นดัชนีวัดการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตั้งแต่ 1.00 ถึง 4.54

ผลการวิจัยในการศึกษานี้ สามารถช่วยผู้บริหารในแต่ละองค์กรในการบริหารจัดการทรัพยากรและกระบวนการให้เหมาะสม โดยดัชนีวัดการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพยังสามารถนำไปใช้ประโยชน์ใน การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทยได้ต่อไปในอนาคต

ภาควิชา	เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม	ลายมือชื่อนิติ
สาขาวิชา	การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ	ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก
ปีการศึกษา	2560	ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาร่วม

5474917530 : MAJOR HEALTH RESEARCH AND MANAGEMENT

KEYWORDS: HEALTH PROMOTION ACTIVITIES / ACTIVITY BASE COSTING / HOSPITAL

PORANEE LAOITTHI: Development of Cost-based Health Promotion Activity Index in MOPH district hospitals. ADVISOR: PIYA HANVORAVONGCHAI, M.D., Sc.D., CO-ADVISOR: ASSOC. PROF. JIRUTH SRIRATANABAN, M.D., Ph.D., 135 pp.

Reorienting health services to be more engaged in health promotion is a key health promotion strategy that is widely accepted. The strategy has been implemented in Thailand. However, the scope of health promotion work by Thai hospitals and its related cost functions were hardly known.

This research project explored health promotion activities in the hospital settings. It identified health promotion activities through a systematic review of documents using PubMed database. A survey of health promotion activities was carried out in 225 district hospitals to gather details and information of health promotion activities taken place in Thai context. In addition, activity based costing in three purposively selected district hospitals were performed to evaluate unit cost of each core health promotion service. The cost information was used to estimate unit cost of other hospital based health promotion services in the country as well as the cost-based Health Promotion Activity Index.

The systematic review identified 10 citations that met the review criteria which include health promotion activities such as body mass index monitoring during clinical consultation, Xylitol prescription for pregnant women, and risk reduction interventions among mental health patients. Survey of Thai district hospitals found that health promotion activities had been implemented across all target groups, mostly for hospital patients and less so for the relatives and others. Health promotion activities for healthcare personals and general public had been performed relatively regularly. However, they were not systematically implemented and did not constitute a part of the organization's key performance indicators. Activity base costing of antenatal care, well baby clinic, family planning and quit smoking clinic showed that the cost for each component was not much different across the hospitals. Unit cost for ANC ranged from 113.77 to 614.19 baht, well baby from 162.7 to 307.34 baht and quit smoking clinic from 207.04 to 238.07 baht. Family planning unit cost varies widely from 104.40 to 2,155.72 baht due to different method of contraception. There was no big difference in unit cost across hospitals, except for difference in service structure and extra investigations. Cost estimates for other health promotion activities range from 46.69 Baht to 211.81 Baht which is equivalent to the Cost-based Health Promotion Activity Index from 1.00 to 4.54. This analysis can be useful for resource allocation and management at each organization. The health promotion activity index can support policy makers in the allocation of budget and resources for health promotion in the hospitals in the future.

Department: Preventive and Social Medicine Student's Signature

Field of Study: Health Research and Management Advisor's Signature

Academic Year: 2017 Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อ.นพ. ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักที่กรุณาให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆในการพัฒนาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ รวมถึงอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ ตลอดจนคณะกรรมการทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ยิ่งต่อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ และบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า โรงพยาบาลพนสนิคม และโรงพยาบาลไทรน้อยที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการเก็บข้อมูล

ขอขอบคุณคุณเรืองศิริ ไกรคง คุณปิยะอร แดงพยนต์ ดร.ภัทรพรรณ อุดทน ที่ช่วยประสานงานและติดตามการสำรวจกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล

ขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านที่สละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณครูอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และขอขอบคุณครอบครัวที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจตลอดมา



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	10
หน้า.....	10
บทที่ 1	12
บทนำ.....	12
1.1 หลักการและเหตุผล	12
1.2 คำถามการวิจัย.....	13
1.3 วัตถุประสงค์	14
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	14
1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น.....	14
1.6 นิยามศัพท์	14
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	16
บทที่ 2	17
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
ระบบบริการสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลในต่างประเทศ	17
นิยามและการจำแนกประเภทโรงพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	18
การดำเนินการโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพในต่างประเทศ	19
การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโรงพยาบาลในประเทศไทย.....	20
การจัดสรรงบประมาณเพื่อบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	22

นิยามและการพัฒนาดัชนีชี้วัดบริการสุขภาพ	23
วิวัฒนาการของการทำดัชนีชี้วัดบริการสุขภาพในประเทศไทย	24
การใช้ประโยชน์ดัชนีชี้วัดบริการสุขภาพในประเทศไทย	26
การศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนในการให้บริการของโรงพยาบาลในประเทศไทย	26
การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม (Activity based costing).....	26
การจำแนกสมรรถนะของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	31
บทที่ 3	33
วิธีดำเนินการวิจัย	33
3.1 การศึกษาองค์ประกอบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล	33
3.1.1 รูปแบบการวิจัย	33
3.1.2 วิธีดำเนินการวิจัย	33
3.1.2.1 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	33
3.1.2.2 การสำรวจกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน	35
3.2 การจัดกลุ่มกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	37
3.3 การวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลักในโรงพยาบาล	37
3.3.1 รูปแบบการวิจัย	37
3.3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	38
3.3.3 วิธีดำเนินการวิจัย	38
3.3.4 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	39
3.3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	39
3.3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	40
3.4 การพัฒนาดัชนีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	41
3.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	41

3.6 ข้อพิจารณาทางจริยธรรม	42
บทที่ 4	45
ผลการศึกษา	45
4.1 การศึกษาองค์ประกอบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	45
ข. ผลการสำรวจกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน.....	50
4.2 การจัดกลุ่มกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	61
4.3 การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลักในโรงพยาบาล.....	62
4.4 การพัฒนาดัชนีวัดการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล	73
บทที่ 5	79
สรุปและอภิปรายผลการวิจัย.....	79
5.1 การศึกษาองค์ประกอบงานสร้างเสริมสุขภาพ	79
5.2 การจัดกลุ่มกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	82
5.3 การวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนสร้างเสริมสุขภาพหลักในโรงพยาบาล	83
5.4 การพัฒนาดัชนีวัดการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล	85
รายการอ้างอิง	92
ภาคผนวก.....	93
ภาคผนวก ก แบบสอบถามการสำรวจกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน	94
ภาคผนวก ข ขั้นตอนการกรอกข้อมูล.....	107
ภาคผนวก ค. การศึกษาองค์ประกอบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการสำรวจ.....	109
ภาคผนวก ง. ข้อมูลต้นทุนฐานกิจกรรม.....	117
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	135

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การใช้คำค้นใน PubMed	34
ตารางที่ 2 จำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงจำแนกตามประเภท service plan.....	41
ตารางที่ 3 บทความที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลหรือจัดการปัจจัยเสี่ยง	47
ตารางที่ 4 สรุปกิจกรรมจากการทบทวนวรรณกรรม	47
ตารางที่ 5 จำนวนโรงพยาบาลตัวอย่างจำแนกตามเขตบริการและขีดความสามารถ	50
ตารางที่ 6 สัดส่วนการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลต่อกลุ่มเป้าหมายต่างๆ	56
ตารางที่ 7 ตัวอย่างกิจกรรมจากการสำรวจ	57
ตารางที่ 8 ข้อมูลพื้นฐานแสดงลักษณะโรงพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือก	62
ตารางที่ 9 ต้นทุนจำแนกตามองค์ประกอบของอัตราตัวผลิตภัณฑ์ต้นทุนรายการกิจกรรม.....	64
ตารางที่ 10 รายละเอียดต้นทุนของโรงพยาบาลจำแนกตามกิจกรรมย่อย	65
ตารางที่ 11 สรุปต้นทุนเฉลี่ยต่อรายการกิจกรรมฝากครรภ์จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล	67
ตารางที่ 12 สรุปต้นทุนเฉลี่ยต่อรายคลินิกเด็กดีจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล	69
ตารางที่ 13 สรุปต้นทุนเฉลี่ยต่อรายงานวางแผนครอบครัวจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล	70
ตารางที่ 14 สรุปต้นทุนเฉลี่ยต่อรายคลินิกอดบุหรี่จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล	71
ตารางที่ 15 สรุปต้นทุนเฉลี่ย ค่าต่ำสุด และสูงสุดของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล ชุมชน	72
ตารางที่ 16 การจัดกลุ่มกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจากบริการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	73
ตารางที่ 17 รายละเอียดเวลาการทำงานขององค์ประกอบต่าง ๆ ของงานสร้างเสริมสุขภาพ	76
ตารางที่ 18 สรุปรวมต้นทุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ได้จัดกลุ่ม	77
ตารางที่ 19 เรียงลำดับต้นทุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจากน้อยไปมาก.....	78

สารบัญภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 การสุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลชุมชน	36
แผนภาพที่ 2 แผนภาพการทำการทบทวนงานทบทวนอย่างเป็นระบบ	46
แผนภาพที่ 3 สัดส่วนความถี่ของการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรใน โรงพยาบาล.....	52
แผนภาพที่ 4 สัดส่วนความถี่ของการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยหรือผู้มารับ บริการของโรงพยาบาล.....	53
แผนภาพที่ 5 สัดส่วนความถี่ของการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับญาติผู้ป่วยหรือผู้ มาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล.....	54
แผนภาพที่ 6 สัดส่วนความถี่ของการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มประชาชน ทั่วไป ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล หรือพื้นที่อื่นๆ ที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาล	55

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

การสร้างเสริมสุขภาพ ถูกเปลี่ยนแนวคิดจากป้องกันระดับปฐมภูมิที่เน้นให้คนที่สุขภาพดีไม่มีความเจ็บป่วย⁽¹⁾ มาเป็นการสร้างเสริมสุขภาพในยุคใหม่ที่บัญญัติโดยองค์การอนามัยโลกที่มีนิยามคือ กระบวนการที่เพิ่มความสามารถของคนในการดูแลสุขภาพและปัจจัยต่างๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพของตน⁽²⁾ ดังนั้นการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจึงมีความมุ่งเน้นทั้งระดับบุคคลและปัจจัยรอบข้างเพื่อป้องกันการเกิดโรค ลดความเจ็บป่วย จำกัดความพิการและพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นดูแลองค์รวมนอกจากการไม่เกิดโรคไปสู่การดูแลทั้งสภาวะจิตใจ คุณภาพชีวิตและสุขภาพทางกาย^(3, 4)

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยและต่างประเทศใช้เกณฑ์การดำเนินงานหลักจากกฎบัตรออตตาวา และในประเทศไทยยังได้มีการต่อยอดรูปแบบการดำเนินการด้วยกฎบัตรกรุงเทพ⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นการต่อยอดไปเท่าใด ประเด็นหลักในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จยังคงเป็นหลักสำคัญ 5 ข้อ ได้แก่ 1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3. การเพิ่มความสามารถของชุมชน 4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5. การปรับระบบบริการสุขภาพ โดยจะเห็นได้ว่าการดำเนินการทั้ง 5 ข้อนี้ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องหากแต่มีการพัฒนาที่ไม่เท่ากัน

ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพมาโดยตลอดโดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนนำ โดยเฉพาะในประเด็นการปรับระบบบริการสุขภาพซึ่งได้มีการเปลี่ยนแปลงจากการดำเนินงานโดยหน่วยงานส่งเสริมป้องกัน หรือบุคลากรเพียงบางกลุ่มในโรงพยาบาล เป็นรูปแบบที่มีการเน้นความร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาล ท้องถิ่น และผู้ให้นโยบาย ซึ่งทำให้การดำเนินงานด้านนี้ก้าวหน้าไปอย่างมาก ต่อมากรมอนามัยได้มีการริเริ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีมาตรฐาน รูปแบบ แนวการดำเนินงานซึ่งช่วยให้โรงพยาบาลที่ได้ทำงานด้านนี้อยู่แล้วสามารถทำงานตามมาตรฐานได้ดียิ่งขึ้น⁽⁶⁾ แต่ยังคงพบว่าจำนวนผู้ป่วยในประเทศไทยโดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังไม่ได้ลดลงอย่างที่ตั้งเป้าไว้^(7, 8)

นอกจากนี้ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษารายการและต้นทุนของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันไปในโรงพยาบาล ซึ่งมีบริบท จุดเน้น และความเชี่ยวชาญของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน ทำให้ไม่ทราบว่าแต่ละโรงพยาบาลมีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพมากน้อย เพียงใด และมีความต้องการใช้ทรัพยากรแตกต่างกันอย่างไร ที่ผ่านมามีการจัดสรรทรัพยากรโดยเฉพาะงบประมาณในการดำเนินงานเพียงพอต่อการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหรือไม่ การศึกษาที่เคยมีเป็นเพียงการวิจัยกิจกรรมที่ได้ทำและผลการดำเนินงานบางส่วน^(7, 9) และการจัดสรรงบประมาณและกำลังคนสำหรับงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลไม่ได้อ้างอิงจากกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ทำอยู่และปริมาณทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้⁽¹⁰⁾ เนื่องจากไม่มีการวิเคราะห์ต้นทุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ

การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการรวบรวมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และประมาณการต้นทุนของการทำกิจกรรมดังกล่าวเพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล ดำเนินการประมาณการต้นทุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลักในโรงพยาบาล และ พัฒนาการสร้างดัชนีวัดระดับโดยรวมของการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยอ้างอิงต้นทุน เพื่อช่วยให้นำไปต่อยอดในการจัดการทรัพยากรทั้งด้านกำลังคน กำลังทรัพย์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผ่านโรงพยาบาล การบริหารจัดการกิจกรรมต่างๆ ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 คำถามหลัก

โครงสร้างหลักของต้นทุนการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างไร

1.2.2 คำถามรอง

- กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลที่มีอยู่ในปัจจุบัน มีรูปแบบและการดำเนินการอย่างไร
- กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถจัดกลุ่มได้อย่างไร และชุดกิจกรรมใดที่จัดเป็นกิจกรรมหลัก
- การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลักโดยวิธี activity based costing ในระดับโรงพยาบาลชุมชนควรทำอย่างไร และมีองค์ประกอบใดบ้าง
- ดัชนีวัดการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยอ้างอิงการวิเคราะห์ต้นทุน เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อวิเคราะห์โครงสร้างหลักของต้นทุนการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

- เพื่อศึกษาชนิดของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- เพื่อจัดกลุ่มกิจกรรมหลักของงานสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน
- เพื่อศึกษาองค์ประกอบของต้นทุนการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลัก
- เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดต้นทุนการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลัก
- เพื่อสร้างดัชนีวัดการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยอ้างอิงการวิเคราะห์ต้นทุน

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และการทบทวนวรรณกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและบริการสาธารณสุขในฐานข้อมูลวิชาการต่าง ๆ

1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น

กิจกรรมหลักของงานสร้างเสริมสุขภาพถือเป็นตัวแทนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลต่าง ๆ และ ระดับของโรงพยาบาลที่เหมือนกันมีต้นทุนของการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลที่ใกล้เคียงกัน

1.6 นิยามศัพท์

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล หมายถึง กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เพื่อผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วย และบุคลากรเท่านั้น

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลัก หมายถึง กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ทำในโรงพยาบาลที่ผู้ทรงคุณวุฒิ กำหนด โดยอาจมีเกณฑ์ คือ มีการทำมากในโรงพยาบาล มีการจัดสรรทรัพยากรมาก เป็นภาระโรคที่สำคัญในไทย เป็นต้น

โรงพยาบาล ในการศึกษาเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ หน่วยงานในโรงพยาบาลที่มีหน้าที่หลักในการทำงานส่งเสริมและป้องกันโรคภายใต้กรอบของราชการ และเป็นหน่วยงานหลักที่เบิกจ่ายเงินส่วนของงบส่งเสริมและป้องกันจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กิจกรรม (Activity) คือ การกระทำที่เปลี่ยนทรัพยากรของกิจกรรมให้เป็นผลได้ (output) หรือสิ่งที่ต้องการคิดต้นทุน ในที่นี้หมายถึง กระบวนการทำงานแต่ละขั้นตอนที่นำไปสู่ผลของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลัก

ดัชนี Health Promotion Activity Index ดัชนีวัดการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกิดจากการทบทวนวรรณกรรม ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาอ้างอิงกับต้นทุนฐานกิจกรรมและมีการปรับฐาน (calibration) เพื่อปรับเป็นดัชนี

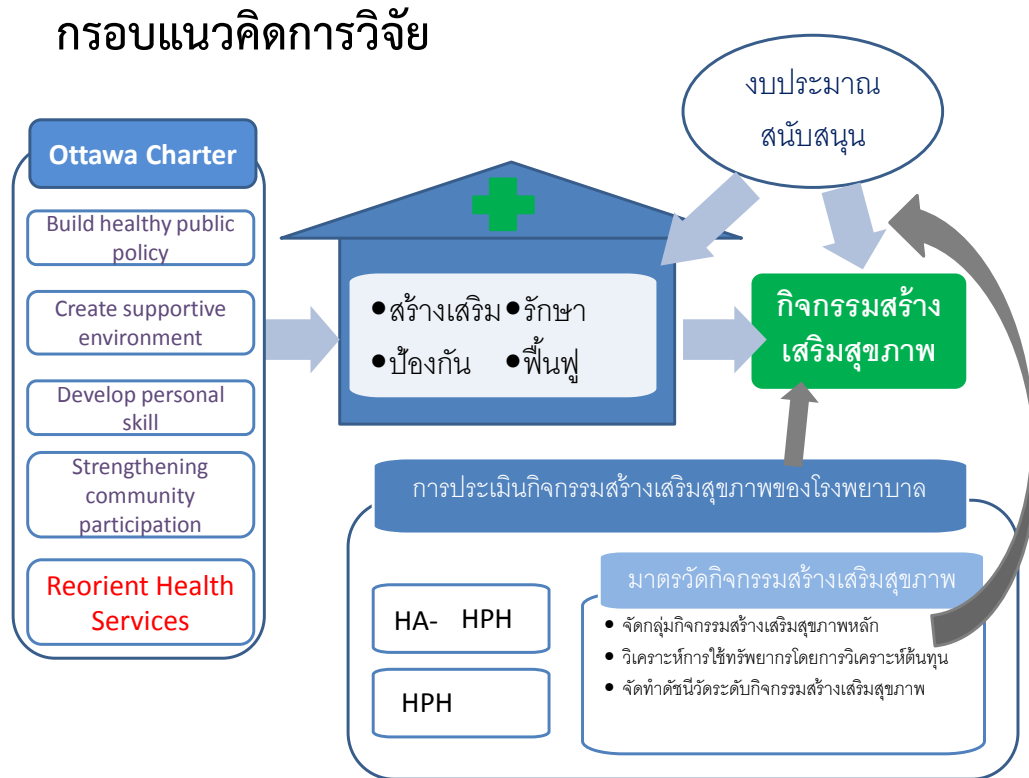
ต้นทุนฐานกิจกรรม: Activity-based costing (ABC) การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม เป็นการศึกษาข้อมูลต้นทุนโดยแจกต้นทุนทางตรงและทางอ้อมที่เกิดขึ้นจริงเป็นขั้นตอนและรวบรวมเป็นต้นทุนฐานกิจกรรมของโครงการ

ตัวผลักดันต้นทุน (cost driver) คือ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกิจกรรมและต้นทุนของกิจกรรม ในที่นี้หมายถึง กิจกรรมของงานสร้างเสริมสุขภาพที่มีการใช้ทรัพยากรและถือเป็นที่มาของต้นทุน ยกตัวอย่างตัวผลักดันต้นทุนในอุตสาหกรรม เช่น ขั้นตอนการตรวจ ขั้นตอนการทดสอบ ขั้นตอนการตั้งระบบ ขั้นตอนการทำความสะอาด ขั้นตอนจำนวนของในสายงาน ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงทางวิศวกรรม ปริมาณงาน ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ จำนวนผู้รับบริการ จำนวนผู้ป่วย จำนวนการผ่าตัด จำนวนชั่วโมงผ่าตัด จำนวนการให้บริการ จำนวนชั่วโมงในการให้บริการ เป็นต้น

ตัวผลักดันทรัพยากร (Resource driver) หมายถึง ปัจจัยหรือเกณฑ์ที่ใช้เป็นตัวกำหนดสัดส่วนการใช้ทรัพยากรต่างๆ เข้าไปในหน่วยงานที่ประกอบกิจกรรมต่างๆ เช่น ตารางเมตร ในการคำนวณค่าเสื่อมราคา เป็นต้น

นิยามศัพท์กิจกรรม: Activity dictionary เป็นหนึ่งในขั้นตอนการทำ ABC โดยมีการระบุขั้นตอนการทำงานเป็นรายกิจกรรมย่อยในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลักซึ่งเป็นขั้นตอนที่นำไปสู่ผลของชุดกิจกรรมแผนภาพแสดงองค์ประกอบของกิจกรรมหรือขั้นตอนการทำงาน: Process map เป็นหนึ่งในขั้นตอนการทำ ABC โดยนำขั้นตอนที่ได้ระบุเป็นนิยามศัพท์กิจกรรมแสดงเป็นแผนภาพเพื่อเห็นเป็นขั้นตอนการทำงาน เป็น flowchart

1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระบบบริการสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลในต่างประเทศ

จากการประชุมสร้างเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 1 ที่เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดา ในปี 1986 ได้กำหนดให้การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (Reorient health services)⁽⁴⁾ เป็น 1 ใน 5 แนวทางหลักของการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพจึงได้มีการปรับแนวการดูแลให้มีทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคู่กับการรักษาพยาบาล เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สามารถดูแลสุขภาพต่อเนื่อง และสามารถดำเนินการต่อเนื่องกันอย่างยั่งยืน และได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเป็น enable (การเกื้อกูลให้เกิด) mediate(การไกล่เกลี่ยประสาน) และ advocate(การก่อกระแส) ซึ่งยังคงใช้เป็นแนวทางในดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 25 ปีจนถึงปัจจุบัน⁽¹¹⁾ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในโรงพยาบาลหรือผ่านระบบบริการสุขภาพยังถือเป็นส่วนที่มีการพัฒนาที่ช้ากว่าแนวทางหลักอื่น^(4, 12) ดังนั้นจึงได้มีการวางยุทธศาสตร์เรื่องบทบาทของโรงพยาบาล (Strategic re-positioning of the hospital) ที่ปรับเปลี่ยนไป นอกจากโรงพยาบาลที่ต้องมีการปรับกลยุทธ์แล้ว ผู้ป่วยก็ต้องได้รับการให้ความรู้ ความเข้าใจในยุทธศาสตร์เรื่องการเกื้อกูลให้เกิดความสามารถในการดูแลสุขภาพและยังได้มีการศึกษาวิจัยในประเด็นการเสริมพลัง(Empowerment)⁽¹³⁾ ซึ่งเน้นให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมการตัดสินใจและการกระทำต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพ^(3, 14)

การสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ โดยใช้โรงพยาบาลเป็นหลักในการดำเนินการ ถือเป็นรูปแบบหนึ่งของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้แนวทางแบบ setting approach ซึ่งมีความสำคัญ เนื่องจาก⁽¹⁵⁾ โรงพยาบาลเป็นสถานที่หลักในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้หายจากอาการป่วย ทำให้สุขภาพดี บุคลากรของโรงพยาบาลยังมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของทั้งผู้ป่วยและญาติ ปัจจุบันนี้รูปแบบการป่วยเปลี่ยนแปลงจากกลุ่มโรคติดเชื้อเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจและสมอง ซึ่งควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดอัตราป่วย อัตราตาย ดังนั้นการใช้โอกาสที่ผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลทำกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงถือเป็นหนึ่งในมาตรการที่ใช้โรงพยาบาลเป็นหนึ่งใน Setting Approach ให้เกิดประโยชน์

โรงพยาบาลเป็นสถานที่ทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งมีความเสี่ยงทั้งทางกาย ได้แก่ เชิงกายภาพ เคมีและชีวภาพ (Physical, Chemical, biological) และทางจิตใจ (Psychological factors) ที่แตกต่างจากสถานที่ทำงานอื่น ทำให้กลุ่มบุคลากรเองก็จัดเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญต่อความพยายามลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ แต่บุคลากรของโรงพยาบาลกลับไม่ได้พัฒนาสุขภาพตนเองเท่าที่ควร ดังนั้นการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้กับบุคลากรโรงพยาบาล มีความมุ่งหวังให้สุขภาพของบุคลากรดีขึ้น ลดอัตราการลาป่วย และเพิ่มผลผลิตและคุณภาพของงานที่ทำ

โรงพยาบาลเป็นสถานที่ผลิตขยะอันตราย เช่น ขยะติดเชื้อ หรือสารเคมีต่างๆที่ใช้ในโรงพยาบาล ฉะนั้นการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพจะช่วยให้มีการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ลดมลพิษและโอกาสเผยแพร่เชื้อ และการเกิดโรคต่าง ๆ ในโรงพยาบาลและเป็นตัวอย่างในการขยายผลไปสู่ชุมชนและสังคม

โรงพยาบาลและบุคลากรของโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีบทบาทชี้หน้าในชุมชนและสังคมที่อาศัยอยู่ ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพผ่านโรงพยาบาลมีโอกาสเกิดผลกระทบต่อเนื่องไปยังชุมชนและสังคมโดยรวม โดยอาศัยการประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ หรือสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

นิยามและการจำแนกประเภทโรงพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

การจำแนกประเภทกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผ่านโรงพยาบาล เริ่มมีการนำเสนอในปี 1998 โดยการศึกษาของ Oliver Groene และคณะ ทำการสำรวจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในยุโรป⁽³⁾ พบว่า สามารถจำแนกประเภทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ได้เป็น 4 ประเภท คือ

ระดับที่ 1 ทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การทำงานโดยไม่มีกรณีเทศงานหรือบทบาทของบุคลากรหรือองค์กรในภาพรวม ซึ่งอาจเป็นจุดเริ่มต้นของการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยที่ไม่มีการสนับสนุนจากฝ่ายบริหาร

ระดับที่ 2 การจัดสรรงานสร้างเสริมสุขภาพให้เข้าสู่ฝ่าย/ หน่วย/ บุคลากรเฉพาะ หมายถึง หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งที่ทำงานเกี่ยวข้องกับงานสร้างเสริมสุขภาพ แต่กิจกรรมไม่ได้รวมเข้ากับองค์กรทั้งหมด โรงพยาบาลที่อยู่ในประเภทนี้อาจกำลังอยู่ในระยะพัฒนา

ระดับที่ 3 การเป็น health promotion setting หมายถึง งานสร้างเสริมสุขภาพถูกจัดเป็นประเด็นในการตัดสินใจของโรงพยาบาลในระดับภาคตัดขวาง โรงพยาบาลเป็น health promotion setting ในขณะที่ยังไม่ผลไปถึงชุมชน

ระดับที่ 4 การเป็น health promotion setting และพัฒนาสุขภาพในชุมชน หมายถึง โรงพยาบาลเป็น health promotion setting มีความรับผิดชอบและพัฒนาสุขภาพของชุมชน

การศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย โดย Johnson และ Baum⁽¹⁵⁾ พบว่า การจำแนกประเภทดังกล่าวอาจไม่เพียงพอต่อการนำไปปฏิบัติ จึงได้เสนอการจัดกลุ่มกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผ่านโรงพยาบาล ให้สอดคล้องกับการนำไปใช้จริงได้มากขึ้น โดยแบ่งประเภทโรงพยาบาลเป็นสี่ระดับตามกลุ่มเป้าหมาย คือ ระดับที่ 1 เป็นการทำกิจกรรมที่เสริมให้กับกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติ บุคลากร องค์กร สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ หรือชุมชน ในขณะที่ระดับที่ 2 กิจกรรมเน้นไปสู่ 5 กลุ่มเป้าหมายข้างต้น ระดับที่ 3 กิจกรรมเน้นในด้านการเป็น setting ไปสู่ 4 กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยและญาติ บุคลากร องค์กร และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และในระดับที่ 4 เป็นการทำกิจกรรมที่เน้น setting และกระจายไปสู่ชุมชนโดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทั้งภายในและภายนอกองค์กร

การดำเนินการโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพในต่างประเทศ

แนวคิดเรื่องการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผ่านโรงพยาบาลมีการดำเนินการเริ่มต้นในภูมิภาคยุโรปเมื่อประมาณเกือบสามสิบปีก่อน โดยองค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรป (WHO-Euro) ได้ริเริ่มแนวคิดและจัดการประชุมเรื่อง Health Promoting Hospital หรือเรียกว่าโรงพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในปี 1988 ต่อมาในปี 1989 ได้ริเริ่มโครงการ “โรงพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” โดยมีโรงพยาบาลในกรุงเวียนนา ประเทศออสเตรียเป็นโรงพยาบาลนำร่อง และในปี 1991 WHO-Euro ได้จัดตั้งเครือข่ายโรงพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (International Network of Health Promoting Hospitals: International HPH Network) และได้ประกาศใช้กรอบนโยบายไว้ในปฏิญญาดูดาเปสเรื่องโรงพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals) ซึ่งกำหนดให้สร้างเครือข่ายโรงพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และมีการทำโครงการนำร่องโรงพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในยุโรปช่วงปี 1993-1997 และจากประสบการณ์ที่ได้จากโรงพยาบาลต้นแบบสรุปเป็น Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals ซึ่งให้ความสำคัญกับประเด็นการสร้างเครือข่ายและการใช้สื่อ และยังได้มีการจัดประชุมประจำปีตั้งแต่ปี 1993 มาทุกปี และได้มีการเสนอยุทธศาสตร์หลัก 18 ประการสำหรับโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ⁽³⁾

ต่อมาในปี ค.ศ.2001 องค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรป ได้แต่งตั้งคณะทำงานในการพัฒนากรอบการทำงานเชิงยุทธศาสตร์ ให้มุ่งเน้นการนำนโยบายโรงพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพไปสู่ภาคปฏิบัติ

ในปี 2006 เครือข่ายโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ (International HPH Network) มีสมาชิกทั้งสิ้น 25 ประเทศ 35 เครือข่าย 708 โรงพยาบาล โดยสมาชิกส่วนใหญ่เป็นสมาชิกที่อยู่ในทวีปยุโรป โดยมีประเทศไต้หวันเป็นประเทศแรกจากเอเชียที่เข้าร่วมเครือข่ายในปี 2006 หรือ ปี 2549⁽¹⁶⁾

จากการประเมินตนเองในโรงพยาบาล 38 แห่งใน 8 ประเทศในทวีปยุโรป⁽¹⁷⁾ พบว่าโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองสูงกว่าโรงพยาบาลที่ไม่เข้าโครงการ เนื่องจากมีการดำเนินงานและติดตามงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโรงพยาบาลในประเทศไทย

กรมอนามัยได้รับนโยบายต่อจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในการทำโครงการ Health Promoting Hospitals (HPH) หรือเรียกว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย โดยทำเป็นโครงการนำร่อง โดยใช้ 5 แนวคิดหลักของกฎบัตรอตตาวาเป็นแนวทางการดำเนินงานในเบื้องต้น ต่อมาปี 2545 ได้เริ่มมีการกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ทำให้มีการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลไปได้เร็วยิ่งขึ้น รวมถึงมีระบบประเมินรับรองการเข้ากระบวนการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งออกใบรับรองโดยกรมอนามัย ในปี 2548 การผ่านการรับรองเข้าสู่กระบวนการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพถือเป็นหนึ่งในเครื่องชี้วัดการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการตั้งเป้าหมายที่ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาล ต่อมาในปี 2551 ได้ปรับเกณฑ์เป้าหมายเป็น ร้อยละ 98 และมีการประเมินซ้ำ ทุก 3 ปี และได้มีการบูรณาการงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัยกับงานของกรมควบคุมโรค ต่อมาในปี 2552 พบว่า ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินไปแล้ว 3 ปี ได้รับการประเมินซ้ำ กรมอนามัยและกรมควบคุมโรคยังได้มีการกำหนดมาตรฐานการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ใน 7 องค์ประกอบ⁽⁹⁾ ตามเกณฑ์ประเมินองค์ประกอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ คือ

องค์ประกอบที่ 1 การนำองค์กรและการบริหาร

- องค์ประกอบที่ 2 การบริหารทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- องค์ประกอบที่ 3 การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
- องค์ประกอบที่ 4 การส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล
- องค์ประกอบที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้รับบริการ ครอบครัว และญาติที่มาใช้บริการโรงพยาบาล
- องค์ประกอบที่ 6 การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
- องค์ประกอบที่ 7 ผลลัพธ์ของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ

และจากการบูรณาการในการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติด้านสร้างเสริมสุขภาพภายใต้แนวคิดของ setting approach นี้เอง ได้ก่อให้เกิดความครอบคลุมงานต่างๆ มากขึ้น และก่อให้เกิดการประเมินผลงานได้อย่างเป็นระบบ ได้แก่ งานอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น ร้านจำหน่ายอาหาร โรงครัว มาตรฐานน้ำดื่ม การกำจัดขยะมูลฝอย การควบคุมลูกน้ำยุงลาย และส้วมในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน เข้ากับองค์ประกอบที่ 3 การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานเข้ากับองค์ประกอบที่ 4 และ การกำหนดเขตปลอดบุหรี่ การควบคุมการขายเหล้าบุหรี่ในร้านค้า เข้ากับองค์ประกอบที่ 6 เป็นต้น โดยมีการประเมินที่โรงพยาบาลเป็นผู้ส่งรายงานแบบประเมินตนเองมาที่กรมอนามัยตามเกณฑ์มาตรฐานที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น และในปีเดียวกันนี้เอง ประเทศไทยได้ตอบรับคำเชิญจากไต้หวันให้เข้าร่วมการประชุมเครือข่ายโรงพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพนานาชาติ ทำให้การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของไทย สามารถมีการเทียบเคียงมาตรฐานกับต่างประเทศและก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเครือข่ายได้

ในช่วงเวลาเดียวกัน สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. ได้จัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี⁽¹⁸⁾ เสร็จสิ้นในปี 2549 โดยมีการรวบรวมมาตรฐานมาจาก 3 ส่วน คือ มาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้มาตั้งแต่ปี 2540 มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโดยกรมอนามัย และเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติสู้องค์กรที่เป็นเลิศ โดยการผสมผสานข้อเด่นด้านการบริหารจัดการของการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลร่วมกับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเข้าด้วยกัน ได้แก่

- 1) ประเด็นบุคลากร ได้เสริมเรื่องอาชีวอนามัย และการบริการสุขภาพจากมาตรฐานโรงพยาบาลและการเป็นแบบอย่างที่ดี ทักษะการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่ดี ความสนใจด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
- 2) ประเด็นผู้ป่วยและญาติ ได้เสริมจุดเน้นด้านความปลอดภัย ความเหมาะสม ความมีประสิทธิภาพ และความต่อเนื่องจากมาตรฐานโรงพยาบาลและ ความเป็นองค์กรรวม การเสริมพลัง การป้องกันโรค และแนวทางการดำเนินชีวิตจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

3) ประเด็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้เสริมจุดเน้นความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมของการทำงานจากมาตรฐานโรงพยาบาลและ สิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและ

4) ประเด็นชุมชน ได้เสริมจุดเน้นของการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ การให้คำปรึกษา การกระจายทรัพยากรจากมาตรฐานโรงพยาบาลและ การให้การสนับสนุน การเสริมพลังในชุมชน และการให้บริการในชุมชนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

โดยมีความมุ่งหวังหลักเพื่อลดความซ้ำซ้อนของเนื้อหามาตรฐานที่มีความคล้ายคลึงกัน ช่วยให้สถานพยาบาลนำไปปฏิบัติในรูปแบบบูรณาการทั้งงานรักษาพยาบาลและการสร้างเสริมสุขภาพ

การดำเนินการโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพในต่างประเทศและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย ต่างก็ใช้ “กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ⁽¹⁹⁾” เป็นรูปแบบในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมาย เพื่อเสริมสุขภาพะ ลดอัตราป่วย อัตราตาย โดยมีการจัดการที่ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (determinants of health) เพิ่มทรัพยากรในการพัฒนาสุขภาพในชีวิตประจำวัน และพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยกิจกรรมที่หลากหลายนั้นได้มีการดำเนินการตามประเภทการจำแนกโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่ได้กล่าวถึงข้างต้น และกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้น ยังมีหลายประเภท เช่น กิจกรรมรายบุคคล หรือ กิจกรรมรายครอบครัว (สมาชิกมีความพึ่งพิงกัน) ซึ่งจะได้มีการศึกษาถึงลักษณะและประเภทของกิจกรรมในการศึกษานี้ต่อไป

การจัดสรรงบประมาณเพื่อบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

จากข้อมูลของสำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี ในเอกสารงบประมาณรายจ่าย⁽¹⁰⁾ กล่าวโดยสรุปได้ว่า งบประมาณในภาครัฐเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพมาจากหลายส่วน ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) งบขององค์กรปกครองท้องถิ่น และ งบประมาณของกรมต่าง ๆ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมอนามัย กรมควบคุมโรค โดยงบประมาณหลักในงานบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal health promotion services) มาจาก สปสช. ในขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนและสังคม ส่วนกรมหลัก ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบในด้านงานวิชาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ในส่วนของการจัดสรรงบประมาณของ สปสช. เพื่อบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion & Prevention: P&P)⁽²⁰⁾ เป็นการสนับสนุนงบเพื่อจัดบริการสำหรับรายบุคคลและ

ครอบครัว โดยครอบคลุมประชาชนทุกสิทธิ โดย สปสช. จัดสรรงบประมาณตามตัวชี้วัดและเป้าหมาย บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และ ตามแผนงานส่งเสริมป้องกันระดับชาติตามกลุ่มอายุ 8 แผนงาน โดยในปีงบประมาณ 2557 สปสช. จัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวสำหรับงาน P&P จำนวนทั้งสิ้น 18,740.12 ล้านบาท (หรือประมาณ 288.88 บาทต่อคนสำหรับประชากรไทยทุกสิทธิ)

สปสช. แบ่งการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคออกเป็น 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ (National Priority Program & Central Procurement: 23 บาท/คน) 2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับดำเนินการในระดับพื้นที่ (P&P area health services: 66.38 บาท/คน) 3. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services: 192 บาท/คน) และ 4. สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาระบบจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (จำนวน 7.50 บาท/คน) โดยงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ จะเป็นงบที่ได้รับผ่านการจัดสรรรูปแบบที่สาม (P&P basic services) ซึ่งมีการจ่ายอยู่ 3 รูปแบบ คือ จ่ายตามจำนวนประชากรและผลงานบริการ (Capitation+ workload: 162 บาทต่อคน) จ่ายบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน (P&P Dental: 10 บาทต่อคน) และ จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (Quality Performance: 20 บาทต่อคน) ร่วมกับการจัดสรรวัสดุและเวชภัณฑ์ที่ได้รับการจัดการระดับประเทศ ในรูปแบบที่หนึ่ง

นิยามและการพัฒนาดัชนีชี้วัดบริการสุขภาพ

การพัฒนาดัชนีเพื่อวัดปริมาณการให้บริการสุขภาพ เริ่มมาจากการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อเปรียบเทียบปริมาณบริการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ หรือที่นิยมเรียกว่า กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups – DRGs) โดยมีหลักการ แนวคิด ที่เริ่มมาจากการพยายามค้นหาทางเลือกของวิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลแบบใหม่ นอกเหนือจากการจ่ายตามรายการและการจ่ายตามอัตราเหมาจ่ายรายหัว เพื่อสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสมและตอบสนองต่อความไม่เพียงพอของทรัพยากรที่ใช้ในด้านการคลังสุขภาพในประเทศต่างๆ⁽²¹⁾ โดยการพัฒนาวิธีการวัดผลลัพธ์ของบริการสุขภาพให้เป็นหน่วยเดียวกัน

การพัฒนา DRGs เริ่มขึ้นที่ประเทศสหรัฐอเมริกา และถูกนำไปใช้ในการจ่ายเงินสำหรับผู้ประกันตนของรัฐใน Medicare ตั้งแต่ปี 1982⁽²²⁾ โดยแนวคิดนี้ได้แพร่หลาย ไปยังประเทศต่าง

ๆ รวมถึงในประเทศกำลังพัฒนาไม่น้อยกว่า 12 ประเทศและยังได้มีการจัดทำเป็นโครงการนำร่องในอีก 17 ประเทศ⁽²³⁾

ดัชนีกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเป็นการจัดกลุ่มผู้รับบริการตามการวินิจฉัย ทั้งในส่วนของ การวินิจฉัยหลัก รอง และโรคแทรกซ้อน ร่วมกับการพิจารณาหัตถการที่ใช้ และ อายุ และเพศ ของผู้รับบริการ

การทำดัชนีกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม จำเป็นต้องอาศัยระบบข้อมูลสารสนเทศด้วยคอมพิวเตอร์ รวมถึงข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยแต่ละราย และข้อมูลค่าใช้จ่าย โดยการดำเนินการจัดทำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมีขั้นตอนที่สำคัญ 2 ขั้นตอน คือ การจัดกลุ่มการวินิจฉัยโรค (Classification) และการคำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ของแต่ละกลุ่ม (Calibration)

ขั้นตอนที่ 1 การจัดกลุ่มการวินิจฉัยโรค ใช้รายละเอียดจากรหัสโรค ICD เป็นแนวในการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและยังได้ใช้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลรายละเอียดปลีกย่อยของการจัดกลุ่มโดยมีการอ้างอิงจากค่าใช้จ่าย และการใช้ข้อมูลการวินิจฉัยโรคหลัก โรครอง อายุและเพศผู้ป่วย การมีโรคร่วม การมีภาวะแทรกซ้อน และหัตถการที่ใช้มาประกอบการพิจารณาด้วย และยังมีเครื่องมือที่ใช้ทุนแรงสำหรับการจัดกลุ่มคือโปรแกรมจัดกลุ่มโรค (DRG Groupers)

ขั้นตอนที่ 2 การคำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ และใช้ข้อมูลจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่ายในการรักษา มาคำนวณต่อรายกลุ่มโรค และมีการปรับจากลักษณะข้อมูลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแต่ละระดับอีกด้วย

วิวัฒนาการของการทำดัชนีชีวิตบริการสุขภาพในประเทศไทย

ในประเทศไทยมีการเริ่มอย่างเป็นทางการเป็นระบบในปี 2536 เพื่อเป็นการจ่ายเงินเพื่อกลุ่มโรคทางอุบัติเหตุ ต่อมา มีการขยายการศึกษาวิจัยไปสู่ผู้ป่วยที่สังคมต้องช่วยเหลือเกื้อกูล และขยายผลถึงผู้ป่วยที่เข้านอนรักษาในโรงพยาบาลทุกรายในปี 2541⁽²⁴⁾ โดยใช้เป็นเกณฑ์ในการเบิกจ่ายสำหรับผู้ป่วยในจากสำนักงานประมาณ และยังได้มีการพัฒนาโปรแกรมการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาโดยตลอด

การจัดกลุ่มและคำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 1 เกิดจากการวิจัยโดยใช้ข้อมูลการรักษาทางคลินิกและค่ารักษาแต่ละราย เป็นข้อมูลกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ที่สังคมต้องช่วยเหลือเกื้อกูล จากโรงพยาบาลรัฐ 33 รพ.ใน 9 จังหวัด จำนวนผู้ป่วย 16,116 ราย ฐานข้อมูลจากโรงพยาบาลรามาริบัติ (ข้อมูลคลินิกและข้อมูลการเงิน) กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมระลอกที่ 3 (ข้อมูลทางคลินิกกว่า 1 ล้านราย) ต่อมา มีวิวัฒนาการจากการที่โรงพยาบาลต่างๆ เข้าร่วมมากขึ้นเนื่องจาก

สำนักงานประกันสุขภาพจ่ายเงินค่ารักษาราคาสูงจากเกณฑ์นี้ โรงพยาบาลรัฐกว่า 100 แห่งมีการส่งข้อมูลตามแฟ้มมาตรฐาน หากแต่ยังไม่สมบูรณ์

การคำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ได้มีการพัฒนาเป็นฉบับที่ 2 ในปี 2540 โดยใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลรามารัตติ 90,845 ราย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 67,181 ราย โรงพยาบาลศูนย์ปี 2542 กว่า 110,000 ราย และโรงเรียนแพทย์อีก 16,573 ราย ถึงแม้ว่า การเก็บข้อมูลได้มีการเก็บในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น หากแต่ยังมีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลต้นทุนของโรงพยาบาลในช่วงต้น

ในปี 2544 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้จัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิเคราะห์ต้นทุน แต่ยังคงมีข้อจำกัดจากความไม่พร้อมของบุคลากร ความไม่พร้อมของเครือข่ายคอมพิวเตอร์ในสมัยนั้น ดังนั้นจึงใช้ข้อมูลค่ารักษาพยาบาลจากข้อมูลผู้ป่วยที่ได้กล่าวข้างต้นเป็นส่วนสำคัญในการคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์โดยมีการศึกษาตัวแปร 8 ตัวได้แก่ อายุ การวินิจฉัยหลัก ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อน ระยะเวลาการนอน ความรุนแรงของการพยาบาล การผ่าตัดภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วย นำมาจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และใช้ข้อมูลค่ารักษาพยาบาลมาเทียบ เป็นต้นทุนรายผู้ป่วยและใช้ตัวแปรการแปลงค่าใช้จ่ายเป็นต้นทุน มาคำนวณเป็นน้ำหนักสัมพัทธ์และมีการเทียบเคียงกับค่ามาตรฐานของทางสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มีการเอนเอียงตามน้ำหนักของจำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มที่นำมาศึกษา และได้มีการใช้ค่ามาตรฐานในต่างประเทศเป็นตัวแทนในกลุ่มที่ยังไม่มีการกำหนดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

ฉบับต่อมาจึงได้มีการขยายกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาเป็นวงกว้างมากขึ้นทำให้ได้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเพิ่มมากขึ้น จากความร่วมมือของโรงพยาบาลรัฐและโรงเรียนแพทย์ดังได้กล่าวข้างต้น และยังได้มีการกำหนดเพดานขั้นสูงและขั้นต่ำไว้ด้วย ร่วมกับมีข้อมูลจากโรงพยาบาลหลายระดับทำให้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับมากขึ้น และกองโรงพยาบาลภูมิภาคยังได้วางแผนให้มีการเก็บข้อมูลต้นทุนต่อรายผู้ป่วยที่ละเอียดมากขึ้นจากต้นทุนรายหน่วยต้นทุนเพื่อเป็นฐานสำคัญในการคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ได้อย่างเที่ยงตรงด้วย ในการพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ผู้วิจัยได้มีการเทียบเคียงกับค่ามาตรฐานทั้งในสหรัฐอเมริกา สวิตเซอร์แลนด์ เวลส์ซึ่งใช้เกณฑ์การจัดกลุ่มตาม ICD10 และหัตถการ ICD9CM และมีความพยายามทบทวนข้อมูลในเวชระเบียนและการลงข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความแม่นยำมากยิ่งขึ้น รวมถึงการพัฒนาในฉบับต่อมา ได้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางร่วมให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะในการพัฒนาด้วย รวมถึงมีการพัฒนาโปรแกรมการลงข้อมูลให้มีความสะดวกและมีการครอบคลุมกลุ่มโรคมกขึ้นและมีความมุ่งหวังให้ครอบคลุมถึงการรับบริการผู้ป่วยนอกและการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพอีกด้วย

การใช้ประโยชน์ดัชนีชี้วัดบริการสุขภาพในประเทศไทย

การใช้ประโยชน์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สามารถใช้เปรียบเทียบความเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการ เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเดียวกัน จะได้รับการดูแลจากระบบสาธารณสุขที่เท่าเทียมกัน หรือการเปรียบเทียบประสิทธิภาพ เช่น ค่าธรรมเนียมแพทย์ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเดียวกันในโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น ⁽²⁵⁾

การศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนในการให้บริการของโรงพยาบาลในประเทศไทย

ในการศึกษาที่สำคัญบางส่วน คือ การศึกษาของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ ⁽²⁶⁾ ศึกษาต้นทุนรวมและต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการผู้ป่วย โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนแบบเดิม และได้จัดทำคู่มือการศึกษาข้อมูลต้นทุนโรงพยาบาล การศึกษารวบรวมข้อมูลต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยระดับรายบุคคลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2553-2554 ⁽²⁷⁾ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนแบบเดิมและ applied micro costing method โดยสัดส่วนต้นทุนต่อราคาขาย โดยรวบรวมข้อมูลจาก 94 โรงพยาบาล จำแนกเป็น โรงพยาบาลชุมชน 81 รพ. โรงพยาบาลทั่วไป 9 รพ. และ โรงพยาบาลศูนย์ 4 รพ. และข้อมูลที่ได้มาศึกษาหลังจากตรวจสอบความถูกต้อง เป็น 79 โรงพยาบาล (68:8:3) โดยคำนวณต้นทุนต่อหน่วยเฉลี่ยในการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ได้ผลการศึกษาเป็นต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อครั้ง ผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อราย และเฉลี่ยต่อวันนอน และคำนวณสัดส่วนต้นทุนเฉลี่ยในการให้บริการระหว่างผู้ป่วยนอก (ครั้ง) และผู้ป่วยใน (คน) โดยมีการเก็บข้อมูลเป็นหน่วยบริการ และงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นหนึ่งในหน่วยบริการนั้น ซึ่งพบว่า ข้อมูลการศึกษาของนายแพทย์ขวัญประชา และคณะ ⁽²⁸⁾ ถือได้ว่าเป็นการศึกษาต้นทุนที่มีการเผยแพร่ที่ใกล้เคียงกับปัจจุบันมากที่สุด ดังนั้นในการศึกษานี้จะได้ใช้แนวทางการศึกษาต้นทุนของงานวิจัยดังกล่าวเป็นเกณฑ์อ้างอิง

การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม (Activity based costing)

การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม หรือ Activity-Based Costing (ABC) เป็นรูปแบบหนึ่งในการศึกษาต้นทุนซึ่งมีการพัฒนาโดยศาสตราจารย์ชาวอเมริกัน 2 ท่าน คือ โรบิน คูเปอร์ และ โรเบิร์ต

แคปแลน^(29, 30) ในช่วงปลายยุค 80 ศตวรรษที่ 20 โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า ต้นทุนทางตรงของกิจกรรม หรือการดำเนินการต่างๆ ซึ่งก่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรนั้น ควรได้รับการคิดในระดับกิจกรรม วิธีการนี้ มักมีการคิดต้นทุนเป็น 2 ระดับ คือ ระดับที่ 1 (stage) ต้นทุนทางตรง อันได้แก่ วัสดุดิบทางตรงและค่าแรงงานทางตรงที่กระจายเข้าสู่สิ่งที่ต้องการคิดต้นทุนโดยเป็นส่วนที่สัมพันธ์กับทรัพยากรที่ใช้ และ ระดับที่ 2 ต้นทุนรายกิจกรรมที่มีการกระจายสู่สิ่งที่ต้องการคิดต้นทุน (activity cost pools assigned to cost objects using activity consumption cost drivers)

มีขั้นตอนการคิดต้นทุนระบบต้นทุนฐานกิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระบุต้นทุนทรัพยากรและต้นทุนกิจกรรม (Identify Resource costs and activities)

วิเคราะห์ต้นทุนรายกิจกรรมที่รวมถึงการดำเนินการ และการใช้ต้นทุนทั้งด้าน วัสดุ เวลา จำนวนคนซึ่งกระจายไปใน 4 กลุ่มกิจกรรม และจะมีตัวผลัดต้นต้นทุนในแต่ละกลุ่ม จำแนกเป็น^(31, 32)

A unit-level activity กิจกรรมระดับหน่วย ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงจัดเป็นต้นทุนในระดับหน้างาน โดยในหน่วยงานบริการส่วนใหญ่ หน่วยของผลงานได้แก่ หน่วยที่วินิจฉัยหรือให้การรักษารวมถึงการส่งการรักษาหรือมีการสัมผัสผู้ป่วย เช่น หน่วยรังสีวินิจฉัย หรือ labor Relative Value Unit (RVU) ที่คอยเก็บข้อมูลเวลาในการทำหัตถการ

A batch-level activity เกี่ยวข้องกับกลุ่มของกิจกรรม (batch of activities) ไม่ขึ้นกับขนาดของ batch ในบางกิจกรรม ได้แก่ การเก็บเงินผู้ป่วย การส่งการรักษาและโภชนาการอาจถูกจัดสรรให้กับผู้ป่วยในระดับนี้ ขึ้นกับการเก็บข้อมูลของผู้ป่วย เช่น จำนวนวันในโรงพยาบาล จำนวนมื้ออาหาร หรือจำนวนรหัสหัตถการหรือการเจาะจากห้องปฏิบัติการที่ได้รับการใส่ในแบบบันทึกข้อมูล

A product-level activity เกี่ยวข้องกับสายงานบริการ ไม่เกี่ยวกับจำนวนกลุ่ม หรือ หน่วย ศูนย์ ความเป็นเลิศหลายแห่งมีบุคลากรเฉพาะทาง นักการตลาด นักส่งเสริมสุขภาพ หรือ เครื่องมือเฉพาะของรังสีวิทยาที่ไม่ได้มีการใช้งานที่อื่น การจัดสรรต้นทุนของระดับนี้อาจใช้สถิติเช่น ค่าประมาณวันนอนของผู้ป่วยที่เข้าได้กับเกณฑ์วินิจฉัยบางอย่าง

A facility-level activity กิจกรรมระดับองค์กร หรือ production sustaining-costs สนับสนุนการทำงานในภาพรวม เช่น หน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการตลาด การบริหารจัดการ การจัดสรรทรัพยากรบุคคล เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การกระจายต้นทุนทรัพยากรสู่รายกิจกรรม (Assign resource costs to activities)

ตัวผลัดต้นต้นทุน (cost driver) โดยทั่วไปได้แก่ จำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม setups for batch-related activities, กิจกรรมที่ต้องมีการเคลื่อนย้าย ค่าเครื่องมือ การซ่อมบำรุง ขนาดพื้นที่ที่ใช้งาน ซึ่งต่างจากการศึกษารูปแบบอื่นที่คิดเป็น ต้นทุนทางอ้อม

ค่าวัสดุ ค่าอุปกรณ์ ค่าไฟ แต่ไม่ได้ระบุถึงต้นทุนของแต่ละกิจกรรมที่ได้ทำ การติดตามทำได้ทั้งแบบทางตรง คือ ติดตามกิจกรรมที่เกิดขึ้นจริง เช่น กิจกรรมนี้ใช้ไฟไปปริมาณเท่าไรโดยอ่านจากมิเตอร์ไฟ หรือทางอ้อมโดยการประมาณค่า มักคิดเทียบเป็นสัดส่วนหรือร้อยละ ในหลายกรณีในการกำหนดต้นทุนทรัพยากร มักใช้จากตัวผลิตภัณฑ์ต้นทุนหลายแหล่ง

ขั้นตอนที่ 3 การกระจายต้นทุนรายกิจกรรมสิ่งที่ต้องการคิดต้นทุน (Assign activity costs to cost objects)

ขั้นตอนสุดท้ายคือการกำหนดต้นทุนลงสู่กิจกรรม ผลผลิตโดยส่วนใหญ่ คือ ผลงาน บริการ ลูกค้า หรือโครงการ ก็ได้ ตัวผลิตภัณฑ์ต้นทุนรายกิจกรรมจะเป็นตัวที่ใช้บอกสิ่งที่ต้องการคิดต้นทุนว่า เหตุใดจึงขึ้นและลง โดย ตัวผลิตภัณฑ์ต้นทุนการใช้ทรัพยากรรายกิจกรรม มักได้แก่ ใบสั่งซื้อ ใบรายงานจำนวนและใบตรวจงาน จำนวนชิ้นส่วนที่เก็บ การจ่ายเงิน ชั่วโมงการทำงาน จำนวนชั่วโมงของเครื่องจักร เป็นต้น

ประโยชน์ของการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม สามารถทำให้มีการประมาณค่ากำไรได้ดียิ่งขึ้น การวางแผนงานได้รัดกุมมากขึ้น การตัดสินใจที่ดีขึ้น การพัฒนาระบบการทำงาน การประมาณต้นทุน การทราบต้นทุนของส่วนที่ไม่ได้ใช้งานหรือไม่เกิดประโยชน์ สามารถสร้างข้อมูลด้านต้นทุนของกระบวนการและบริการที่แม่นยำ ทำให้เข้าใจพฤติกรรมต้นทุน (Cost behavior) บันทึกรวมเป็นจุดสะสมต้นทุนทั้งต้นทุนและค่าใช้จ่าย (Cost pool) และทราบตัวผลิตภัณฑ์ต้นทุน (Cost driver) ขณะเดียวกันก็มีข้อจำกัด ในประเด็นการแยกกิจกรรมย่อย เนื่องจากการแยกกิจกรรมให้ละเอียดก็จะทำให้มีค่าใช้จ่ายที่สูง ใช้เวลาและทรัพยากรมาก และอาจได้รับการต่อต้านจากบุคลากรภายใน ดังนั้นการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมควรมีการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจระหว่างบุคลากรในหน่วยงาน รมัดระวังการกำหนดกิจกรรม การเปลี่ยนแปลงทรัพยากรและเทคโนโลยีที่ใช้ด้วย

อย่างไรก็ตาม ในรูปแบบของโรงพยาบาลซึ่งเป็นองค์กรที่มีความแตกต่างทั้งเรื่องผู้ให้บริการ ผู้รับผลงาน รูปแบบกิจกรรม จึงได้นำเสนอเป็นขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วางแผนงาน

ถึงแม้ว่าการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมเป็นการศึกษารายละเอียดปลีกย่อยของงาน หากขั้นตอนการวางแผนงานก็ถือเป็นส่วนสำคัญเนื่องจากสามารถสะท้อนไปสู่การวางแผนงานในภาพรวมได้ ดังนั้นจึงควรมีการตกลงร่วมกันถึงขอบข่ายงาน วัตถุประสงค์ และการนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 2 Determining Financial and Operational resources

ต้นทุนฐานกิจกรรมคำนวณได้จากกิจกรรมที่มีการใช้ทรัพยากร ได้แก่ อุปกรณ์ ค่าแรง สถานที่ วัสดุ ซึ่งการได้มาของขั้นตอนนี้ ต้องมีความเข้าใจการเงินการคลังขององค์กรและสามารถแจกแจงตัวผลิตภัณฑ์ต้นทุนได้

ขั้นตอนที่ 3 Defining activities and processes ระบุกิจกรรมและกระบวนการ

มีวัตถุประสงค์คือ ระบุกิจกรรมและกระบวนการ กำหนดผลผลิต (outputs) และการวัด กำหนดคุณลักษณะของกิจกรรม (activity attributes) และระบุตัวผลิตภัณฑ์ต้นทุนของกิจกรรม ซึ่งมักใช้วิธีการเหล่านี้ ประกอบด้วยการจัดทำนิยามศัพท์กิจกรรม การจัดทำใบงานวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงานของกิจกรรม การวิเคราะห์การกระจายกิจกรรม การสร้างแผนภาพกระบวนการ และแบบฟอร์มกระบวนการในภาพรวม

และมี 5 ขั้นตอนเป็นการสนับสนุนให้กระบวนการดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

Activity Dictionary การกำหนดนิยามศัพท์รายกิจกรรม

Activity Effort Analysis Worksheet การสร้างแผนงานวิเคราะห์การทำงาน

Activity Attribute Analysis การวิเคราะห์การกระจายกิจกรรม

Process Mapping การสร้างแผนภาพกระบวนการ

Process Overview Form แบบฟอร์มกระบวนการในภาพรวม

ประสบการณ์การทำต้นทุนฐานกิจกรรมในเรื่องบริการสุขภาพ

ตัวอย่างการศึกษาแบบการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมในบริบทของงานสร้างเสริมสุขภาพหรืองานบริการปฐมภูมิมีประปรายทั้งในและต่างประเทศ การศึกษาในประเทศไทย ได้แก่ การศึกษาของวรรณพร โสพันนา⁽³³⁾ ซึ่งทำการศึกษากาการวิเคราะห์ต้นทุนรายกิจกรรมงบส่งเสริมและป้องกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิตำบลศาลาลำดวน อ.เมือง จ.สระแก้วในปีงบประมาณ 2003 โดยมีขั้นตอนการทำงาน คือ การร่างนิยามศัพท์เพื่อสร้างแบบสอบถามในการเก็บข้อมูลรายกิจกรรมเป็นระยะเวลา 1 เดือน และยังได้วิเคราะห์การได้รับทุนสนับสนุนจากแหล่งอื่นๆร่วมด้วย โดยในการศึกษานี้ได้ลงรายละเอียดการดำเนินงานรายกิจกรรม และกิจกรรมย่อยในหน่วยบริการปฐมภูมิ และพบว่า ต้นทุนรายกิจกรรมงบส่งเสริมและป้องกัน เป็น 1,186,497.59 บาท โดยได้รับงบสนับสนุนจาก สปสช.เป็นงบส่งเสริมและป้องกันโรค ด้านต้นทุนลงทุน 927,740.93 บาทและค่าแรงในกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันโรค 636,681.59 บาท ค่าดำเนินการ 101,055.86 บาทและ ต้นทุนลงทุน 167,586.81 บาท งบนอกเหนือจาก สปสช.เป็น 22,416.67 บาทและจากหน่วยงานภายนอกเป็น 258,756.66 บาท

ต้นทุนที่สูงที่สุดคือกิจกรรมการจัดการประชุม และการดูแลสุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม จัดเป็นต้นทุนรายกิจกรรมที่ต่ำที่สุดคือ 2.18 บาท/ครัวเรือน

โดยการศึกษาที่มีความมุ่งหวังในการเปรียบเทียบมาตรฐานการเก็บข้อมูล และเพื่อการแปลผลต้นทุนฐานกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

การศึกษาในต่างประเทศที่น่าสนใจมีดังนี้ การศึกษาของประเทศโปแลนด์ซึ่งทำการศึกษาในหน่วยบริการผู้ป่วยนอก⁽³⁴⁾ พบว่ามีบริบทคล้ายคลึงกับประเทศไทยในบางส่วน ได้แก่ ภาระงานมาก บุคลากรมีความจำเป็นต้องลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์หรือกรอกข้อมูลบ่อยครั้ง ซึ่งไม่ถูกนับเป็นงานที่ก่อให้เกิดรายได้เนื่องจากไม่ได้เป็นการปฏิบัติงานกับผู้รับบริการ ในการศึกษาที่ใช้แนวคิดแบบการวิเคราะห์ต้นทุนและส่วนสำคัญคือ สิ่งที่ต้องการคิดต้นทุน (cost object) กล่าวคือ การมีกิจกรรมย่อมมีการใช้ทรัพยากร เท่ากับการเกิดต้นทุน จึงใช้ในการนับและคำนวณ โดยมีการหารือกันถึงนิยามศัพท์ของสิ่งที่ต้องการคิดต้นทุน สามารถเป็นผลงาน ใบสั่งงาน สัญญา ผู้รับเหมา ผู้รับบริการ ฯลฯ ตัวหลักต้นทุน ซึ่งแต่ละการกระทำมีตัวหลักต้นทุนที่เฉพาะตัวและมีการกระจายต้นทุนเป็นรายละเอียดการกระทำแทนที่จะเป็นภาพรวมกิจกรรม ตัวหลักต้นทุนทรัพยากร เป็นการวัดจำนวนของทรัพยากรที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม เช่น ขนาด โดยทรัพยากรในการศึกษานี้ นิยามเป็น economic elements ที่ก่อให้เกิดการกระทำ จากการได้ข้อมูลรายละเอียดตามขั้นตอนข้างต้น จึงได้นำมาวิเคราะห์เป็นสองระยะ คือ ระยะที่ 1 ขั้นตอนการกระจายต้นทุนสู่กิจกรรมโดยตัวหลักต้นทุนทรัพยากร และในระยะที่ 2 เป็นการรวบรวมต้นทุนของแต่ละขั้นตอนการกระทำ (cost pools) เพื่อมารวมเป็นตัวหลักต้นทุนรายกิจกรรม ขั้นตอนการศึกษาวิจัยนี้รวมถึงการร่วมกันสร้างสมการระบบต้นทุนฐานกิจกรรม แผนภูมิรายละเอียดการทำงานแต่ละขั้นตอนโดยการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน การสังเกตการทำงานอย่างใกล้ชิด และการศึกษาเอกสารภายในหน่วยงาน และได้กระจายต้นทุนเป็นต้นทุนทางตรงเก็บได้โดยตรง ต้นทุนทางอ้อมในภาพรวม และมีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่รับบริการแต่ละคนร่วมด้วย และยังได้มีการกระจายตัวกระจายต้นทุนรายการกระทำเป็นตารางไขว้ กับตัวกระจายต้นทุนทรัพยากรและมีการลงความเห็นถึงการกระจายของแต่ละส่วน และยังสามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามจำนวนการรับบริการ เช่น ‘ผู้ป่วยที่มาลงทะเบียน+พบแพทย์’ ‘ผู้ป่วยที่มาลงทะเบียน+พบแพทย์+ตรวจทางห้องปฏิบัติการ’ หรือ ‘ผู้ป่วยที่มาลงทะเบียน+พบแพทย์+ตรวจทางห้องปฏิบัติการ+ทำหัตถการ’ เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มจะได้รับการกระจายต้นทุนที่แตกต่างกันเพื่อคำนวณต้นทุนต่อหน่วยของแต่ละประเภทผู้ป่วย ขั้นตอนต่อมา คือการทำตารางเมทริกซ์ เพื่อกระจายต้นทุนรายหัวของแต่ละกลุ่มเข้าสู่รายกิจกรรมเพื่อดูต้นทุนรายกิจกรรมต่อไป ผู้วิจัยยังได้กล่าวถึงข้อจำกัดในการศึกษานี้คือ ความท้าทายของการกำหนดสิ่งที่ต้องการคิดต้นทุน ตัวหลักต้นทุน การกำหนดกลุ่มผู้รับบริการ เป็นต้น

การศึกษาในประเทศอังกฤษของ Boehler และคณะ⁽³⁵⁾ ที่มีความพยายามศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนรายกิจกรรมของการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการเปลี่ยนพฤติกรรมในการเพิ่มกิจกรรมทางกายผ่าน “physical activity pathway” ภายใต้นโยบาย “Let’s get moving” ในหน่วยรับบริการปฐมภูมิ โดยใช้วิธีการร่วมกันระหว่างการวิเคราะห์ต้นทุนรายกิจกรรมที่แตกต่างกันโดยใช้เวลาเป็นตัวเปรียบเทียบ การตรวจสอบข้อมูลผ่านระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ การสำรวจข้อมูลของผู้ปฏิบัติงานระดับผู้จัดการเพื่อให้ข้อมูลต้นทุนระดับผู้ป่วย การตอบแบบสอบถามของผู้ที่ผ่านการเข้าโครงการตลอด 3 เดือน เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ต้นทุนรายกิจกรรม และทำการเปรียบเทียบกันจากผลการศึกษาที่กล่าวข้างต้นมีความคิดเห็นตรงกันกล่าวคือ ได้ประโยชน์ในการจัดสรรทรัพยากร รวมถึงการมีข้อมูลที่บอกได้ถึงขั้นตอนการทำงานที่เป็นประโยชน์ หรือได้ประโยชน์น้อย ทำให้สามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด

การจำแนกสมรรถนะของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ปัจจุบัน โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจำแนกสมรรถนะโรงพยาบาลเป็นประเภทต่าง ๆ ตามที่กำหนดอยู่ในแผนบริการ (service plan)⁽³⁶⁾ ของกระทรวงสาธารณสุข โดยโรงพยาบาลแต่ละประเภทจะมีจำนวนเตียง และขีดความสามารถไม่เท่ากัน ดังนี้ คือ

- โรงพยาบาลประเภท A คือ โรงพยาบาลศูนย์ที่มีขนาดใหญ่เกิน 1,000 เตียงในจังหวัดใหญ่ๆ และเกิน 800 เตียงในจังหวัดขนาดกลาง
- โรงพยาบาลประเภท S และ M1 คือโรงพยาบาลทั่วไป เป็นโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อน แต่ไม่สามารถอยู่ รพช.ได้ เพื่อไม่ให้ไปรวมกันที่รพ.ระดับ A
- โรงพยาบาลประเภท M2 F1 F2 และ F3 คือโรงพยาบาลชุมชน โดยโรงพยาบาล M2 จัดเป็น node ของรพช. ที่มีขนาด 90-150 เตียง มีสาขาหลัก 4-6 สาขา ในขณะที่ F1, F2 และ F3 มีขนาด 90-120 60-90 และ 10-30 เตียงตามลำดับ

จากสถิติในปี พ.ศ. 2559 พบว่า โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนเป็น ร้อยละ 27 29 และ 44 ตามลำดับ โดยหากจำแนกจำนวนโรงพยาบาลตามประเภท จะพบว่ามีจำนวนโรงพยาบาลประเภท A ร้อยละ 27, S ร้อยละ 21, M1 ร้อยละ 8, M2 ร้อยละ 11, F1 ร้อยละ 8, F2 ร้อยละ 24 และ F3 ร้อยละ 1

การกำหนดขอบเขตของบริการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในประเทศไทย

ในปี พ.ศ. 2558 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ประกาศ ประเพณีและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) ซึ่งเพิ่มเติมจาก พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยประกาศจากมติการประชุมครั้งที่ 11/2558 มีใจความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับขอบเขตของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไว้ดังนี้ คือ

1. การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพและศักยภาพที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
2. การสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาแนะนำ การให้ความรู้และการสาธิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
3. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การฉายา และการทำหัตถการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งนี้ไม่รวมถึงการเฝ้าระวังโรค และการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนหรือการชะลอความรุนแรงของการป่วย โดยให้ถือว่าบริการดังกล่าวเป็นกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล

และยังได้จัดรายการบริการหรือกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามผู้มีสิทธิตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยสามารถจัดแบ่งตามกลุ่มวัยได้เป็น 5 กลุ่ม คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กเล็กอายุ 0-5 ปี กลุ่มเด็กโตและวัยรุ่นอายุ 6-24 ปี กลุ่มผู้ใหญ่อายุ 25-59 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป⁽³⁷⁾

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยรูปแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยจะดำเนินการเป็นลำดับขั้น โดยการทบทวนวรรณกรรมเพื่อระบุกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อรวบรวมข้อมูลกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นจริง และการเก็บข้อมูลการใช้ทรัพยากรและราคาค่าใช้จ่ายเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยแบ่งกิจกรรมการวิจัยออกเป็นสองระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบงานสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล

ระยะที่ 2 การจัดกลุ่มกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ระยะที่ 3 การวิเคราะห์ต้นทุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

ระยะที่ 4 การพัฒนาดัชนีวัดระดับโดยรวมของการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

3.1 การศึกษาองค์ประกอบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล

3.1.1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และ การสำรวจกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน

3.1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

3.1.2.1 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อตอบคำถามว่ามีกิจกรรมหรือชุดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอะไรบ้างที่สามารถดำเนินการผ่านสถานบริการหรือโรงพยาบาลได้ โดยมีแนวการทบทวนที่สามารถระบุในรูปแบบ PICOT ดังต่อไปนี้ คือ

- ประชากร (population) กลุ่มประชากรที่มีการดำเนินงานในโรงพยาบาล หรือจัดทำโดยบุคลากรในโรงพยาบาล

- กิจกรรม (intervention) กิจกรรมที่เป็นการป้องกันระดับหนึ่งคือยังไม่ได้เกิดโรค หรือกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง
- ตัวเปรียบเทียบ (comparator) ไม่ต้องมี
- ผลลัพธ์ (outcome) ไม่มีการกำหนดผลลัพธ์
- ช่วงเวลา (timing) งานวิจัยในช่วงปี 2543 ถึง สิงหาคม 2557

ก. คำสำคัญหลักในการสืบค้น

การสืบค้นบทความเน้นใช้คำสำคัญในสามด้าน ได้แก่

“health promotion” และคำใกล้เคียง

“activities” หรือ “interventions” และคำใกล้เคียง

“hospitals” และคำใกล้เคียง

โดยมีขั้นตอนการค้นบทความดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การใช้คำค้นใน PubMed

	Search term
1	(obesity or overweight)
2	(triglyceride or cholesterol or lipid profile)
3	(fasting blood sugar or increase fasting blood glucose or high fasting blood glucose)
4	(blood pressure or increase blood pressure)
5	(alcohol use or drinking)
6	(tobacco use or smoking)
7	(physical activity)
8	(unhealthy diet)
9	(dyslipidemia or hyperlipidemia)
10	(hypertension or HT or diabetes mellitus or COPD or asthma or stroke or heart disease)
11	(dental care)
12	(ANC)

13	(well baby)
14	(health promotion) or (health education)
15	(primary prevention)
16	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15
17	(hospital\$)
18	16 AND 17
19	Limit 18 to systematic review and from 2000/01/01 to 2014/08/31

โดยการทบทวนวรรณกรรมนี้อาศัยการสืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed โดยครอบคลุมช่วงเวลาปีที่ตีพิมพ์ ตั้งแต่ ปี 2543 ถึง ปี 2557

ข. การพิจารณาความเหมาะสมของบทความ

การศึกษาในขั้นตอนนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาเอกสารที่มีการสืบค้นอย่างเป็นระบบ (Review of systematic review) เกี่ยวกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่มีการดำเนินการในโรงพยาบาล และเป็น การดำเนินการกิจกรรมในระดับการป้องกันระดับที่หนึ่ง กล่าวคือกลุ่มเป้าหมายนั้นยังไม่เกิดโรค

การคัดกรองอาศัยผู้คัดเลือก 2 คน ที่มีทักษะด้านการแพทย์หรือการสาธารณสุข และทักษะภาษาอังกฤษ และผ่านการเรียนหรือมีประสบการณ์การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มาทำการคัดเลือกบทความที่ค้นพบจากฐานข้อมูลตามคำสืบค้นในตารางที่ 3.1 โดยการพิจารณาบทความเริ่มจากการตรวจสอบ หัวเรื่องและบทคัดย่อของวารสาร เพื่อคัดเลือกบทความที่เกี่ยวข้อง ก่อนจะดึงเอาบทความฉบับเต็มมาคัดเลือกเพื่อคัดกรองเฉพาะบทความที่เหมาะสม ทั้งนี้ หากผู้คัดเลือกทั้งสองมีความเห็นเรื่องความเหมาะสมของบทความต่างกันจะนำเสนอให้ผู้คัดเลือกคนที่ 3 ที่มีทักษะและประสบการณ์เช่นเดียวกันเป็นผู้พิจารณาตัดสิน

3.1.2.2 การสำรวจกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน

การสำรวจกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภายในโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

ก. การพัฒนาแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยอ้างอิงจากองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในบทที่ 2

ข. การทดสอบแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น (Pilot) กับอาสาสมัครจำนวน 38 ราย ที่งานประชุมวิชาการของโรงพยาบาลชุมชนที่ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค ในเดือนธันวาคม 2558 และทำการปรับแก้ไขให้เหมาะสม

ค. การกำหนดประชากรกลุ่มตัวอย่าง

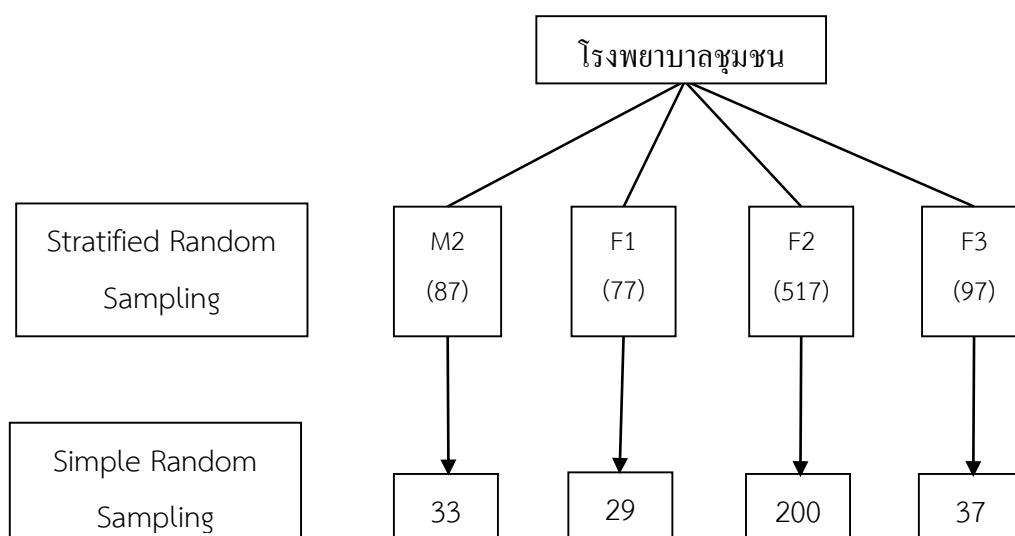
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง(Sample size) โดยใช้สูตร

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

ซึ่งสามารถคำนวณจากโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดทั่วประเทศจำนวน 778 แห่ง $N = 778$ และ $e = 0.05$ (ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เป็นร้อยละ 5) ได้จำนวนที่ต้องการ 264 แห่ง จึงวางแผนเก็บข้อมูล 300 แห่ง

การคัดเลือกและการสุ่มตัวอย่างโรงพยาบาล ใช้วิธี stratified random sampling โดยแบ่งโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดทั่วประเทศออกเป็นกลุ่ม (stratum) ตามเขตบริการสุขภาพและระดับขีดความสามารถได้แก่โรงพยาบาล ขนาด 30 เตียง 60-90 เตียง และ 120 เตียงขึ้นไปซึ่งปัจจุบันได้เปลี่ยนไปเป็นการจำแนกตามสมรรถนะของโรงพยาบาลเป็น M1, F1, F2 และ F3 และดำเนินการสุ่มตัวอย่าง (Simple Random Sampling) ในแต่ละกลุ่มเพื่อให้ได้ตัวอย่างกระจายตามสัดส่วนที่เหมาะสมสำหรับแต่ละ stratum ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 การสุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลชุมชน



ง. การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การรวบรวมข้อมูลอาศัยผู้ประสานงานผ่านชมรมผู้บริหารพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน โดยมีการกำหนดผู้ประสานงานแต่ละเขตสุขภาพ และติดต่อกับผู้ประสานงานของแต่ละโรงพยาบาลภายในเขตนั้น ๆ ที่ถูกสุ่มเลือกให้ตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ แต่ละโรงพยาบาลสามารถตอบแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ได้ที่เว็บไซต์ <http://websurvey.in.th/healthpro>

การเก็บรวบรวมข้อมูลกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เน้นรายละเอียดกิจกรรมและชุดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เคยมีการดำเนินการในโรงพยาบาลหรือสถานบริการลักษณะใกล้เคียงกัน และสรุปเป็นฐานข้อมูลรายการชุดกิจกรรมต่อไปตามลักษณะกิจกรรม ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มเป้าหมายของกิจกรรม

จ. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและการสำรวจถูกนำมาวิเคราะห์เชิงคุณภาพและปริมาณ (จำนวน ร้อยละ) เพื่อระบุกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่พบได้ในสถานบริการสุขภาพมีรูปแบบใดบ้าง และมีความนิยมมากน้อยเพียงใดภายใต้ระบบสุขภาพที่แตกต่างกัน และนำมาจัดกลุ่มตามหลักการที่ได้มีการทบทวนในบทที่ 2 โดยคำนึงถึงสถานการณ์จริงในประเทศไทยร่วมด้วย

3.2 การจัดกลุ่มกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

เป็นการจัดกลุ่มโดยการรวบรวมเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม การสำรวจ และการลงพื้นที่ศึกษาต้นทุน นำมาจัดกลุ่มโดยมีการอ้างอิงจากข้อมูลการทบทวนวรรณกรรมในบทที่ 2

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลักในโรงพยาบาล

3.3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยศึกษากระบวนการทำงานและการใช้ทรัพยากร รวมถึงต้นทุนของทรัพยากรต่าง ๆ ของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลักภายในโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

3.3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ทำการสำรวจต้นทุนแบบ Activity-Based Costing ในโรงพยาบาลจำนวน 3 แห่งจากโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลขนาด 30 เตียง 60-90 เตียง และ 120 เตียงขึ้นไป ซึ่งปัจจุบันได้เปลี่ยนไปเป็นการจำแนกตามสมรรถนะของโรงพยาบาลเป็น M1, F1 และ F2 อย่างละหนึ่งแห่ง โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามขนาดของโรงพยาบาลจากโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยในการศึกษานี้ไม่ได้คัดเลือกประเภท F3 เนื่องจากมีสัดส่วนที่น้อยกว่ามากและมีการทำงานที่คล้ายคลึงกับ F2

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง โรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคือต้องได้รับความยินยอมจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล มีความพร้อมในการให้นักวิจัยเข้าถึงข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ต้นทุน และมีการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลักครบทุกประเด็น

3.3.3 วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพมีความแตกต่างจากการให้บริการสาธารณสุขแบบอื่น เนื่องจากเป็นลักษณะการทำงานเป็นรายกิจกรรม (Health promotion activities) ดังนั้นการวิเคราะห์ต้นทุนของงานสร้างเสริมสุขภาพ จึงใช้หลักการ activity-based costing ภายใต้มุมมองของโรงพยาบาล (hospital perspective) และมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.3.3.1 การกำหนดชุดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลักที่นำมาวิเคราะห์ต้นทุน ผู้วิจัยพิจารณาจัดกลุ่มชุดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลัก และดำเนินการเลือกชุดกิจกรรม โดยข้อมูลที่ประกอบการคัดเลือกได้มาจากระดับขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบก่อนหน้า และนำข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P basic services) ที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์มาประกอบการพิจารณาด้วย

3.3.3.2 วิเคราะห์องค์ประกอบกิจกรรม (ขั้นตอนการทำงาน) ต่าง ๆ ในแต่ละชุดกิจกรรมหลัก โดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ปฏิบัติการตัวแทนจากพื้นที่เพื่อร่วมในการจัดทำนิยามศัพท์กิจกรรมและระบุองค์ประกอบกิจกรรม (ขั้นตอนการทำงาน) โดยในแต่ละงาน มีกิจกรรมหรือขั้นตอนการทำงานต่าง ๆ ร่วมกับการสังเกตการดำเนินการจริง และจัดทำตารางระบุกิจกรรม พร้อมทั้งจัดทำแผนภาพแสดงขั้นตอนการทำงาน เพื่อให้เห็นขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

3.3.3.3 ระบุกลุ่มกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องเก็บข้อมูลต้นทุน โดยจัดทำเป็นตารางระบุกิจกรรมและขั้นตอนการทำงาน

3.3.3.4 ประมาณการระยะเวลาและทรัพยากรที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม เพื่อให้เกิดชุดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแต่ละชนิด โดยให้ผู้ปฏิบัติงานจริงเป็นผู้ตอบในแบบประเมินตนเอง แผ่นงานระบุภาระงาน

3.3.3.5 เก็บข้อมูลต้นทุนของแต่ละองค์ประกอบของกิจกรรม ในตารางระบุต้นทุน โดยมีการเก็บข้อมูลต้นทุนรายการกระบวนการ ระยะเวลาที่ใช้ (จากข้อก่อนหน้า)

3.3.3.6 คำนวณตัวหลักต้นทุนของแต่ละกิจกรรม โดยระบุในตารางระบุต้นทุน

3.3.4 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แสดงในภาคผนวกถึงตารางระบุงานและกิจกรรมหรือขั้นตอนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ นิยามศัพท์กิจกรรม แผ่นงานระบุภาระงาน ตารางระบุต้นทุน

3.3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการติดต่อกับผู้ประสานงานของโรงพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อขอลงพื้นที่ในการเก็บข้อมูลต้นทุนโดยเป็นการเก็บข้อมูลต้นทุนฐานกิจกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับงานสร้างเสริมสุขภาพหลัก ผู้วิจัยเป็นผู้แนะนำการใช้ตารางเก็บข้อมูลกิจกรรม และ มอบหมายให้ตัวแทนเป็นผู้เก็บข้อมูลต่อ โดยอาจเป็นผู้ประสานงานของโรงพยาบาล หรือผู้ประสานงานของฝ่ายหรือหน่วยงานที่ดูแลด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหลัก และมีการตรวจสอบติดตามผลจากผู้ประสานงานเป็นระยะ ภายในช่วงเวลา 1 เดือนต่อโรงพยาบาล และมีการลงพื้นที่เก็บข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อสรุปและเตรียมนำมาวิเคราะห์ โดยในการศึกษานี้ยังไม่ได้ศึกษาถึงขั้นตอนกิจกรรมของทางฝ่ายทันตกรรม และการดำเนินงานกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้รับผลงานเป็นกลุ่มประชาชน หรือชุมชนนอกโรงพยาบาล รวมถึงงานอนามัยโรงเรียน และงานเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญในการคำนวณต้นทุนรายกิจกรรม (activity based costing) คือการจำแนกองค์ประกอบต้นทุนตามกิจกรรมย่อย โดยมีตัวหลักต้นทุนทรัพยากร (resource driver) คือ

เวลาที่ให้บริการ พื้นที่ที่ใช้งาน สัดส่วนที่ใช้ในการทำงาน รวมถึงหน่วย (unit) ที่ใช้ในการทำงานนั้นๆ จากการกระจายต้นทุนทั้งค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าเสื่อมราคา รวมเป็นส่วนของต้นทุนที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรมย่อย ขั้นตอนต่อไปคือการหาจำนวนผู้รับบริการเพื่อนำมาเป็นตัวหารในการคำนวณอัตราและจากตัวผลกัตันทรัพยากรจะนำไปสู่อัตราตัวผลกัตันต้นทุนรายกิจกรรม (activity cost driver rate) ซึ่งในที่นี้ใช้หน่วยเป็น **ต้นทุนเฉลี่ยต่อนาทีของการให้บริการ**

3.3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล Activity-based costing ดำเนินการโดยการกระจายต้นทุนเข้าสู่ตัวผลกัตันต้นทุนรายกิจกรรมและรวบรวมเป็นต้นทุนฐานกิจกรรมอีกครั้งหนึ่ง โดยการคำนวณต้นทุนทำโดยใช้ปี พ.ศ. 2559 เป็นปีฐาน มีการรวมเงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าล่วงเวลา ค่าตอบแทน เงินช่วยการศึกษาบุตรค่าเช่าบ้านและเงินอื่นๆทุกอย่างในต้นทุนค่าแรง และคำนวณค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ ใช้การวิเคราะห์แบบเส้นตรง ตามอายุการใช้งาน และมีการปรับมูลค่าต้นทุนค่าแรงและค่าเสื่อมราคาตามสัดส่วนของการทำงานในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สนใจ

การคำนวณต้นทุนในส่วนของ ค่ายา และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่ไม่ใช่ค่าแรงหรือค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ มีการแยกออกมาจากการวิเคราะห์ต้นทุนตามรายกิจกรรม เพราะเป็นองค์ประกอบของต้นทุนที่มีการแปรผันสูงและไม่เหมาะสำหรับการวิเคราะห์โดยใช้เวลาเป็นตัวผลกัตันต้นทุนเหมือนในองค์ประกอบต้นทุนอื่นๆ ทั้งนี้ ต้นทุนค่ายาและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ถูกผนวกเข้าไปกับต้นทุนที่คำนวณได้จากวิธีการ Activity-based costing เพื่อให้ได้ต้นทุนรวม

ข้อมูลต้นทุนและปริมาณการให้บริการจะถูกนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยต้นทุนรายกิจกรรมของงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการคำนวณค่าเฉลี่ยมีการถ่วงน้ำหนักตามจำนวนเตียงของโรงพยาบาลชุมชนแต่ละประเภท ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงจำแนกตามประเภท service plan

	ประเภทโรงพยาบาล			รวม	สัดส่วนโรงพยาบาล (%)		
	M2	F1	F2		M2	F1	F2
จำนวนเตียงต่อ โรงพยาบาล	120+	60-119	30-59				
จำนวนเตียงรวมทั้ง ประเทศ	9,342	6,827	21,192	37,361	25.0%	18.3%	56.7%
จำนวนโรงพยาบาลทั้ง ประเทศ	86	86	508	680	12.6%	12.6%	74.7%

3.4 การพัฒนาดัชนีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

จากข้อมูลประเภทและขอบเขตการบริการของประเทศไทยที่ได้ทบทวนมาในบทที่ 2 และจากข้อมูลการศึกษาต้นทุน และการสัมภาษณ์ลักษณะการทำงานในโรงพยาบาล พบว่ามี กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลในจำนวนที่ไม่มาก ทำให้สามารถประมาณการต้นทุนของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่าง ๆ เหล่านั้นได้โดยตรง โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยการทำดัชนีวัดบริการสุขภาพ แบบดัชนีกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เหมือนในวิธีการจัดทำดัชนีของการรักษาพยาบาล ในหัวข้อการพัฒนาดัชนีชี้วัดบริการสุขภาพ ในบทที่ 2 ทั้งนี้ ต้นทุนของกิจกรรมต่าง ๆ ทำประมาณการได้สามารถนำมาเปรียบเทียบและเรียบเรียงเพื่อจัดทำดัชนีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่อไป

3.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อให้เป็นแนวทางหนึ่งสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้บริหารระบบบริการสุขภาพ และผู้บริหารกองทุนเพื่อสุขภาพ เช่น สปสช. สสส. ในการวัดหรือประเมินระดับการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยในระดับโรงพยาบาล สามารถนำมาใช้ในการบริหารจัดการภายในองค์กร มีการจัดการทรัพยากรทั้งด้านกำลังคน กำลังทรัพย์ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผ่านโรงพยาบาล และการบริหารจัดการกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น และมีคุณภาพที่เหมาะสม รวมทั้ง ในระดับนโยบาย อาจนำมาใช้ประกอบการพิจารณาจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานบริการตามกิจกรรมหรือผลงาน

3.6 ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หรือ Belmont Report 3 ประการ ได้แก่ 1) หลักการเคารพในบุคคล (respect for person) 2) หลักผลประโยชน์ และ 3) หลักยุติธรรม (justice) โดยจะนำเสนอการพิจารณาประเด็นจริยธรรมของงานวิจัย ตามกระบวนการศึกษา ดังนี้

3.6.1 กระบวนการรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลทุติยภูมิ ในการศึกษาจำเป็นต้องใช้ข้อมูลทุติยภูมิและปฐมภูมิเพื่อใช้ในการศึกษา โดยมีข้อปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

3.6.1.1 หลักความเคารพในบุคคล โดย

ก. เคารพในความยินยอมให้ข้อมูล โดย จัดทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยไปยังหัวหน้าหน่วยงาน/องค์กรเพื่อขออนุญาตใช้ข้อมูล

ข. เคารพในการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล ในการศึกษาวิจัยส่วนนี้เป็นการใช้ข้อมูลที่เป็นภาพรวม ไม่มีการใช้ข้อมูลที่เป็นรายบุคคล แต่ได้มีขั้นตอนการรักษาความลับเพื่อไม่ให้สืบค้นหรือระบุถึงตัวบุคคลได้ ดังนี้

การดึงข้อมูลทุติยภูมิที่ใช้ในการศึกษาจากฐานข้อมูลต่างๆ ดำเนินการโดยบุคลากรของหน่วยงานหรือองค์กรซึ่งเป็นผู้ที่มีสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลเท่านั้น

หากมีข้อมูลรายบุคคล ให้หน่วยงานหรือองค์กรตัดชื่อ นามสกุล เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ที่อยู่ ออกก่อนส่งข้อมูลให้ผู้วิจัย

หน่วยงานหรือองค์กรสร้างรหัสข้อมูลใหม่ขึ้นเพื่อเป็นตัวเชื่อมโยงให้ผู้วิจัยสามารถสอบถามกลับหากมีข้อสงสัยเพิ่มเติม

ข้อมูลต่างๆที่ได้รับมาจากหน่วยงานหรือองค์กรผู้วิจัยจัดเก็บรักษาไว้ในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่าน มีเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้

ข้อมูลรายบุคคลจะถูกทำลายหลังจากโครงการวิจัยเสร็จสิ้นและจะไม่มี การนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการศึกษาวิจัยอื่นๆ

3.6.1.2 หลักคุณประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย

ก. ประโยชน์ ข้อมูลได้นำมาใช้ในการศึกษาผลต้นทุนฐานกิจกรรมงานสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลและพัฒนาดัชนีวัดระดับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล

3.6.1.3 หลักความยุติธรรม ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ ตัวชี้วัดและกระบวนการวัดค่าดัชนีแบบเดียวกันในทุกโรงพยาบาลทุกระดับ

3.6.2 กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ ขั้นตอนนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลของหน่วยงานที่มีการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล โดยศึกษาข้อมูลต้นทุน ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลทั่วไปของการใช้ทรัพยากร ได้แก่ เวลา สถานที่ (ขนาด) จำนวนคน ต่อผู้รับบริการ โดยมีข้อปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

3.6.2.1 หลักความเคารพในบุคคล โดย

ก. เคารพในความยินยอมให้ข้อมูล โดย จัดทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลดังกล่าวจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในสถานบริการสุขภาพ ในพื้นที่ศึกษา 3 จังหวัด

ข. เคารพในการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล ในการศึกษาวิจัยส่วนนี้เป็นการบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามแบบบันทึกข้อมูลของการศึกษาวิจัย มีขั้นตอนการรักษาความลับเพื่อไม่ให้สืบค้นหรือระบุถึงตัวบุคคลได้ ดังนี้

จัดจ้างพยาบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุขและเวชสถิติของสถานบริการสุขภาพที่ทำการศึกษา เป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูล โดยดำเนินการสืบค้นข้อมูลและบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลของการศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

หากมีการบันทึกข้อมูลรายบุคคล ไม่มีการบันทึกชื่อ สกุล ที่อยู่ หมายเลขประจำตัวประชาชน หมายเลขประจำตัวบุคลากรโรงพยาบาล

สร้างรหัสข้อมูลใหม่เพื่อเป็นตัวเชื่อมโยงให้สอบถามข้อมูลกลับหากมีข้อสงสัยเพิ่มเติมระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลหน่วยงานหรือองค์กร

แบบบันทึกข้อมูลที่เก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยจะเก็บไว้ในที่ปลอดภัย และข้อมูลที่บันทึกในคอมพิวเตอร์ผู้วิจัยจัดเก็บรักษาไว้ในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่าน

ข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากโครงการวิจัยเสร็จสิ้นและจะไม่มีการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการศึกษาวิจัยอื่นๆ

3.6.2.2 หลักคุณประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย

ก. ความเสี่ยงหรืออันตราย สถานบริการสุขภาพหรือจังหวัดที่ศึกษาอาจมีความเสี่ยงถ้าผลการศึกษาพบว่าข้อมูลมีความถูกต้องในระดับต่ำ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยรายชื่อสถานบริการและจังหวัดทั้งในขั้นตอนการนำเสนอเพื่อพัฒนาเกณฑ์และตัวชี้วัดและการรายงานผลการศึกษา

ข. ประโยชน์ ข้อมูลที่ได้นำไปประกอบการศึกษาด้านทุนฐานกิจกรรมงานสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล และพัฒนาการสร้างดัชนีวัดระดับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล

3.6.2.3 หลักความยุติธรรม ผู้วิจัยจะคืนผลการศึกษาดำเนินงานให้กับจังหวัดที่ศึกษา เพื่อพิจารณาใช้ทบทวนและพัฒนาระบบข้อมูลของจังหวัดให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

3.6.3 การรายงานผลการศึกษา มีข้อปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

3.6.3.1 หลักความเคารพในบุคคล ผู้วิจัยเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลและหน่วยงาน โดยการนำเสนอผลการศึกษานำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่ระบุชื่อบุคคลหรือสถานบริการที่อยู่ในการศึกษา

3.6.3.2 หลักคุณประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย

ก. ความเสี่ยงหรืออันตราย โรงพยาบาลที่มีรายงานต้นทุนฐานกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สูง ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบอาจรู้สึกไม่พึงพอใจ หรือมีความคิดเห็นขัดแย้ง หรือมีความเสี่ยงต่อการถูกตำหนิและอาจมีผลกระทบต่อการทำงาน ดังนั้นผู้วิจัยได้ป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว โดยอาจพิจารณาใช้รหัสแทนชื่อโรงพยาบาลและนำเสนอเป็นระดับของโรงพยาบาล

ข. ประโยชน์ การวัดนี้เป็นเครื่องมือทางเลือกสำหรับการศึกษาดำเนินงานฐานกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลและพัฒนาดัชนีวัดระดับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลเป็นการสะท้อนถึงการทำงานสร้างเสริมสุขภาพและผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปใช้ทบทวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาบริการให้เกิดผลลัพธ์ที่เหมาะสมขึ้น

3.6.3.3 หลักความยุติธรรม ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อเสีย ข้อจำกัดที่พบหรือเกิดจากการศึกษาดำเนินงานฐานกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลและการพัฒนาดัชนีวัดระดับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลในการศึกษา พร้อมเสนอวิธีการแก้ไขหรือข้อควรระมัดระวังในการนำไปใช้ในประเด็นต่างๆไว้ในผลการศึกษา

บทที่ 4

ผลการศึกษา

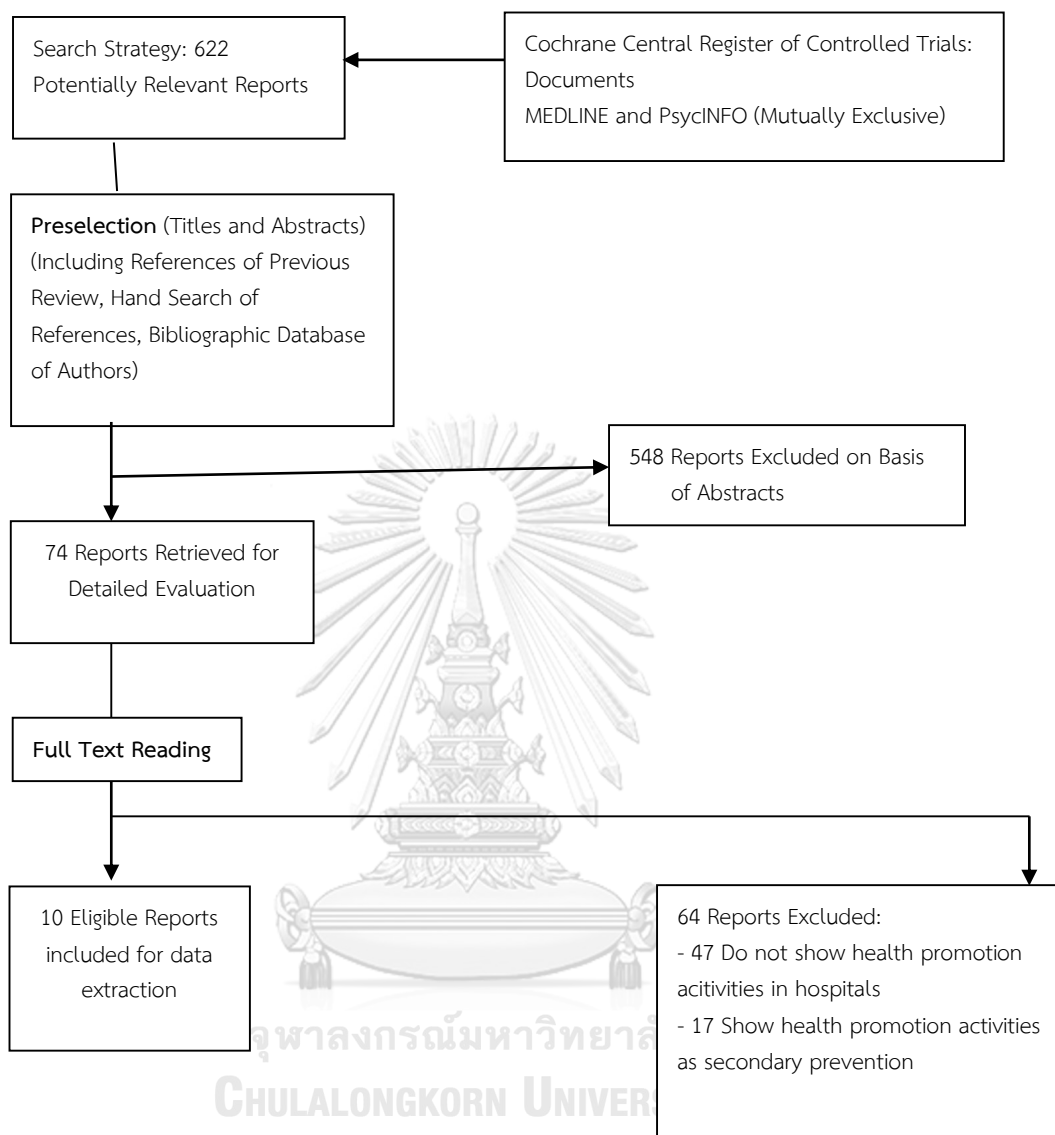
การนำเสนอผลการศึกษาแบ่งออกเป็นสี่ส่วน ได้แก่ ส่วนที่หนึ่งนำเสนอผลการศึกษารวมขององค์ประกอบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และ ผลจากการสำรวจโรงพยาบาล ส่วนที่สองการจัดกลุ่มกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนที่สาม เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลักในโรงพยาบาล และส่วนที่สี่ การพัฒนาดัชนีวัดระดับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน

4.1 การศึกษาองค์ประกอบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ก. ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

จากการทำการสืบค้นข้อมูลในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากฐานข้อมูล PubMed โดยมีลำดับคำค้น ดังในตารางที่ 1 พบเอกสารทั้งสิ้น 622 รายการ โดยมีขั้นตอนการประเมินเอกสารดังแสดงในรูปที่ 1 อันประกอบด้วย การประเมินชื่อเรื่องและบทคัดย่อได้คัด 548 บทความที่ไม่เกี่ยวข้องออกจากการศึกษา และมีการค้นเอกสาร 74 บทความมาเพื่อพิจารณาบทความฉบับเต็ม พบว่า มี 47 บทความที่ไม่พบข้อมูลที่แสดงการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลและอีก 17 บทความเป็นกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับการป้องกันที่สอง คือ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้ว จึงเหลือบทความทั้งสิ้น 10 บทความที่เข้าสู่การศึกษา ดังแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 แผนภาพการทำการทบทวนงานทบทวนอย่างเป็นระบบ



จากผลการสืบค้นรายงานการทบทวนอย่างเป็นระบบ 10 เรื่อง พบมี 119 กิจกรรม ดังข้อมูลในตารางที่ 3 และมีรายละเอียดของกิจกรรม โดยจะพบว่ามียุทธศาสตร์ที่ดำเนินการในโรงพยาบาล ได้แก่ การจัดการกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เด็กแรกเกิด คนที่ดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงกลุ่มบุคลากรคือกลุ่มการพยาบาล การจัดการปัจจัยเสี่ยง เช่น การเพิ่มการออกกำลังกาย การปรับโภชนาการให้เหมาะสม การลด/เลิกบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก รวมไปถึงการเสริมพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพของตนเองและคนรอบข้าง เช่น การจัดการความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วย การจัดการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยปัญหาทางจิต การดูแลฟันในผู้ป่วยโรคหัวใจ การสอนการให้นมในหญิงหลังคลอด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 บทความที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลหรือจัดการปัจจัยเสี่ยง

Systematic Review Study	No. of studies included	No. of relevant studies
Donald L. Chi (2013) ⁽³⁸⁾	9	2
Bradshaw T. et al(2005) ⁽³⁹⁾	16	16
Heather J. Baer et al (2013) ⁽⁴⁰⁾	11	1
Nicolas Bertholet et al (2005) ⁽⁴¹⁾	24	19
Louise Brereton et al (2007) ⁽⁴²⁾	8	8
Choi Wan Chan et al (2012) ⁽⁴³⁾	9	9
M.J.Renfrew et al (2009) ⁽⁴⁴⁾	48	48
L. Monasta et al (2010) ⁽⁴⁵⁾	7	2
Helen Spiby et al (2007) ⁽⁴⁶⁾	9	6
Otto L.T. Lam et al (2010) ⁽⁴⁷⁾	8	8

ตารางที่ 4 สรุปกิจกรรมจากการทบทวนวรรณกรรม

การจัดการตามปัจจัยเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบงาน				กิจกรรม
	ผู้ช่วย	กลุ่มผู้ช่วย	๒๐๒๒	๒๐๒๓	
การควบคุมน้ำหนัก อ้วน	✓				กลุ่มการพยาบาล: จัดโครงการสนับสนุนการควบคุมน้ำหนักใน การกระตุ้นให้มีการออกกำลังกาย
โภชนาการ การออกกำลังกาย		✓			ผู้ป่วยจิตเภท: การจัดกลุ่มเพื่อสนับสนุนการลดน้ำหนัก การให้ยาเพื่อควบคุม น้ำหนัก การจัดหาอาหารควบคุมพลังงาน การสอนการออกกำลังกาย การฝึกให้ดูแลตนเองด้านอาหารและการออกกำลังกาย ผู้มารับบริการที่สถานพยาบาล ได้รับการตรวจประเมินน้ำหนักและส่วนสูง เพื่อประเมินดัชนีมวลกาย หากสูงจะมีการส่งสัญญาณเตือนให้พบแพทย์
			✓		ผู้มารับบริการที่สถานพยาบาล ได้รับการตรวจประเมินน้ำหนักและส่วนสูง เพื่อประเมินดัชนีมวลกาย หากสูงจะมีการส่งสัญญาณเตือนให้พบแพทย์
					การศึกษาในแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบว่า มีลูกที่มีปัญหาด้านความอ้วนในวัย ก่อนวัยเรียนต่ำกว่า
				✓	กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน: การสอนให้ออกกำลังกายเวลามารับบริการเพื่อกระตุ้นให้มีการขยับร่างกายมากขึ้น

การดูแลสุขภาพช่องปาก		✓			การให้หมากฝรั่งเพื่อลดฟันผุในทารกหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด: การสอนให้ดูแลสุขภาพช่องปาก การกระตุ้นให้มีความตระหนัก การติดตามการดูแลสุขภาพช่องปาก
การลดบุหรี่ / เหล้า และสารเสพติด	✓				<p>กลุ่มการพยาบาล: การสนับสนุนให้เลิกสูบบุหรี่ ทั้งการดูแลรายบุคคล การจัดกลุ่มเพื่อสนับสนุน การให้ยา</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท: การให้ยาเพื่อลดการสูบบุหรี่ การจัดกลุ่มเพื่อสนับสนุนการเลิกบุหรี่ การตรวจปริมาณ CO การจัดโปรแกรมเลิกบุหรี่ทั้งแบบเดี่ยวและกลุ่ม การจัดโครงการเพื่อศึกษาการลดการดื่มเหล้าหรือสารเสพติด</p>
ภาวะทางจิตใจ		✓			<p>กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท: การสอนการใช้ทักษะทางสังคมในการใช้ชีวิตกับสังคมภายนอก</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การจัดการความเครียด การตั้งกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว</p>
การสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่ม	✓	✓			<p>การให้ความรู้บุคลากร ในการทำงานด้านนมแม่เพื่อสอนให้แม่หลังคลอดสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จ</p> <p>หน่วยทารกแรกเกิด: การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการลดระยะเวลาให้แม่สัมผัสลูกให้เร็วที่สุดเพื่อเพิ่มสายสัมพันธ์ การปรับเทคนิคการป้อนนม เทคนิคการปั๊มนม หรือปั๊มนม การแนะนำระยะสั้นจากทีมพยาบาล การจัดให้มีบุคลากรติดตามให้ความรู้ การจัดให้มีการโทรศัพท์สอบถามและให้กำลังใจ การประเมินบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถในการแนะนำแม่หลังคลอด</p> <p>โรงพยาบาล: การศึกษาในแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบว่ามีความรู้ด้านความอ่อนในวัยก่อนวัยเรียนต่ำกว่า</p>

สรุปรายการกิจกรรม

จากการทบทวนบทความวิชาการ อย่างเป็นระบบพบว่า การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพสามารถจำแนกได้ตามลักษณะของผู้รับผลงาน และลักษณะของปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ โดยพบมีการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นต่อไปนี้ ได้แก่ การควบคุมภาวะอ้วนทั้งเรื่องโภชนาการ และการออกกำลังกาย การลด/เลิกบุหรี่ เหล้า และสารเสพติด การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลภาวะจิตใจ และการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวม ซึ่งในกิจกรรมเหล่านี้มีทั้งการจัดโครงการให้ความรู้ การจัดกลุ่มสนับสนุน การเข้าสู่กระบวนการรักษา หรือจัดหาตัวช่วยในการดูแลสุขภาพ โดยข้อมูลจากการศึกษาทั้งหมดนี้เป็นการศึกษาที่มีแบบแผนเชิงวิทยาศาสตร์ทั้งสิ้น ดังนั้นการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหลายกิจกรรมที่ไม่ได้ทำในรูปแบบของงานวิจัยจะไม่ได้รับการรวบรวม

ข. ผลการสำรวจกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน

จากข้อมูลที่ได้จากการสำรวจกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดำเนินงานโดยโรงพยาบาลชุมชน โดยแบบสอบถาม โดยมีระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 18 สิงหาคม 2559 ถึง วันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2559 จากกรอบการสุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลจำนวน 300 โรงพยาบาล เมื่อครบกำหนดระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ข้อมูลจากตัวแทนของโรงพยาบาลตัวอย่างทั้งหมด 225 โรงพยาบาล จำแนกตามเขตบริการและขีดความสามารถได้ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนโรงพยาบาลตัวอย่างจำแนกตามเขตบริการและขีดความสามารถ

เขตบริการ	ขีดความสามารถ				รวมทั้ง หมด
	M2	F1	F2	F3	
1	3	3	26	1	33
2	1	1	9	1	12
3	2	2	12	-	16
4	1	-	11	2	14
5	2	3	13	-	18
6	-	3	12	1	16
7	5	2	14	3	24
8	2	2	18	3	25

เขตบริการ	ขีดความสามารถ				รวมทั้ง หมด
	M2	F1	F2	F3	
9	2	4	8	-	14
10	1	-	9	2	12
11	3	2	9	6	20
12	2	2	17	-	21
รวมทุกเขต	24	24	158	19	225

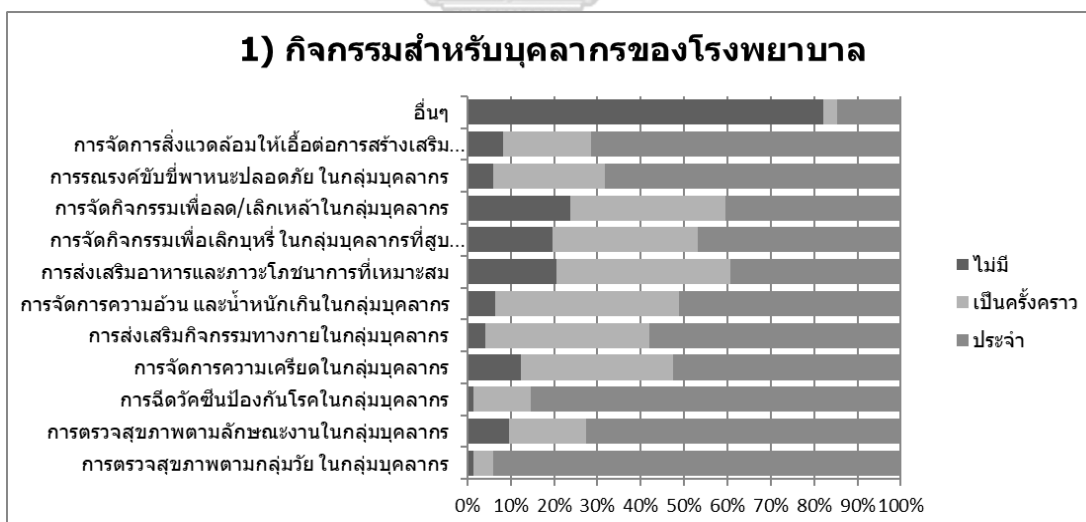
ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีสมรรถนะของโรงพยาบาลเป็น M2, F1, F2 และ F3 ทุกอำเภอในประเทศไทยจะมีโรงพยาบาลชุมชนรับผิดชอบอยู่ ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพ ระดับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

การสำรวจกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย และกิจกรรมที่ริเริ่มขึ้นโดยโรงพยาบาล สามารถแบ่งข้อมูลกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลระดับชุมชนออกเป็นสี่ส่วนตามรูปแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ กิจกรรมสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล กิจกรรมสำหรับผู้ป่วย กิจกรรมสำหรับญาติผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล และ กิจกรรมสำหรับประชาชนทั่วไป โดยมีรายละเอียดของความชุกการให้บริการต่าง ๆ ในแต่ละส่วน ดังต่อไปนี้

กิจกรรมสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล

การสำรวจกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล พบว่า มีการตรวจสุขภาพตามกลุ่มวัยในบุคลากรเป็นประจำ และกิจกรรมที่โรงพยาบาลตัวอย่างทำเป็นประจำได้แก่ การตรวจสุขภาพตามลักษณะงาน การฉีดวัคซีนป้องกันโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในขณะที่การจัดการตามปัจจัยเสี่ยงสุขภาพทั้งด้านโภชนาการ การเลิกบุหรี่ และการเลิกเหล้ามีการดำเนินกิจกรรมที่พบข้อมูลมีการดำเนินกิจกรรมทั้งประจำและครั้งคราวที่ร้อยละ 80 อย่างไรก็ตามอาจเนื่องจากกิจกรรมเหล่านี้มีการรวมอยู่ในงานที่ดำเนินอยู่แล้ว ทำให้ผู้ตอบไม่ได้นับเป็นกิจกรรม หรืออาจไม่พบปัญหาเหล่านี้หรือพบน้อยทำให้ไม่ได้มีการทำกิจกรรม เช่น เรื่องการจัดการเรื่องบุหรี่ เนื่องจากโรงพยาบาลไม่อนุญาตให้สูบบุหรี่ในโรงพยาบาลอยู่แล้ว โดยมีสัดส่วนการทำกิจกรรมดังแผนภาพที่ 3

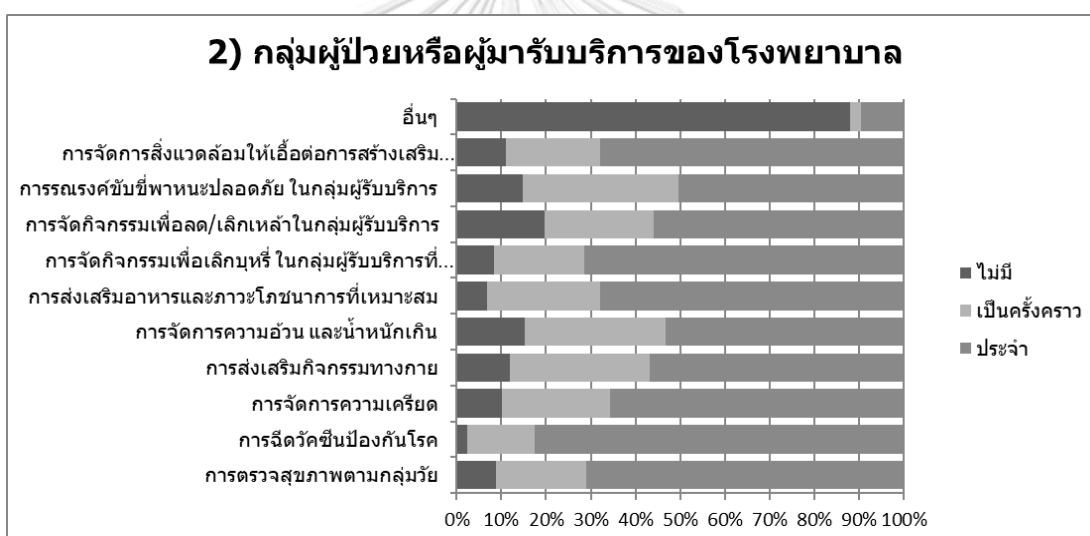
แผนภาพที่ 3 สัดส่วนความถี่ของการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล



กิจกรรมสำหรับกลุ่มผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการของโรงพยาบาล

การสำรวจกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการของโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลตัวอย่างมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคสำหรับผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการที่ดำเนินการเป็นประจำสูงสุด คือร้อยละ 98 และมีกิจกรรมอื่นๆลดหลั่นกันลงไป โดยจะเห็นได้ว่าการทำกิจกรรมในด้านโภชนาการ และการควบคุมบุหรี่ยังมีถึงร้อยละ 90 ในขณะที่การทำกิจกรรมเรื่องการเลิกเหล้ามีเพียงร้อยละ 80 โดยสัดส่วนการทำกิจกรรมดังแผนภาพที่ 4

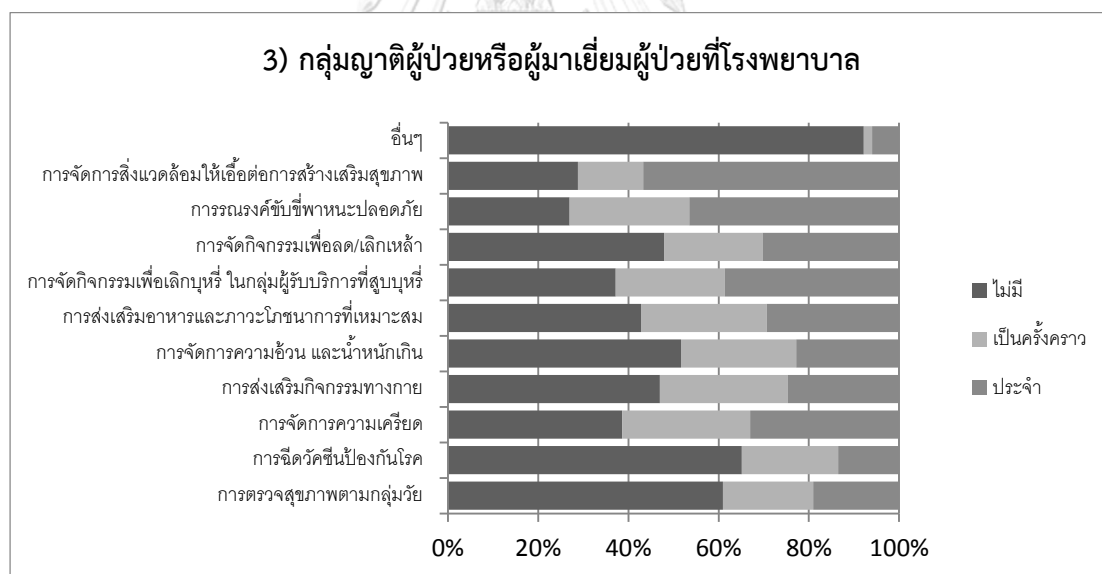
แผนภาพที่ 4 สัดส่วนความถี่ของการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการของโรงพยาบาล



กิจกรรมสำหรับกลุ่มญาติผู้ป่วยหรือผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

การสำรวจกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มญาติผู้ป่วยหรือผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล พบว่ากิจกรรมที่มีการดำเนินการประจำและครั้งคราวเรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการเรื่องการขับขี้ปอดก๊วยของโรงพยาบาลตัวอย่างที่สูงที่สุดสองลำดับแรก คือ ร้อยละ 70 การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่างๆไม่ว่าจะเป็นการจัดการความเครียด การจัดการลด/เลิกบุหรี่ เหล้า โภชนาการ การออกกำลังกายมีการดำเนินการอย่างน้อยร้อยละ 50 ในขณะที่การฉีดวัคซีนป้องกันโรคหรือการตรวจสุขภาพมีการดำเนินงานที่น้อยที่สุดที่ร้อยละ 35-40 โดยมีสัดส่วนการทำกิจกรรมดังแผนภาพที่ 5

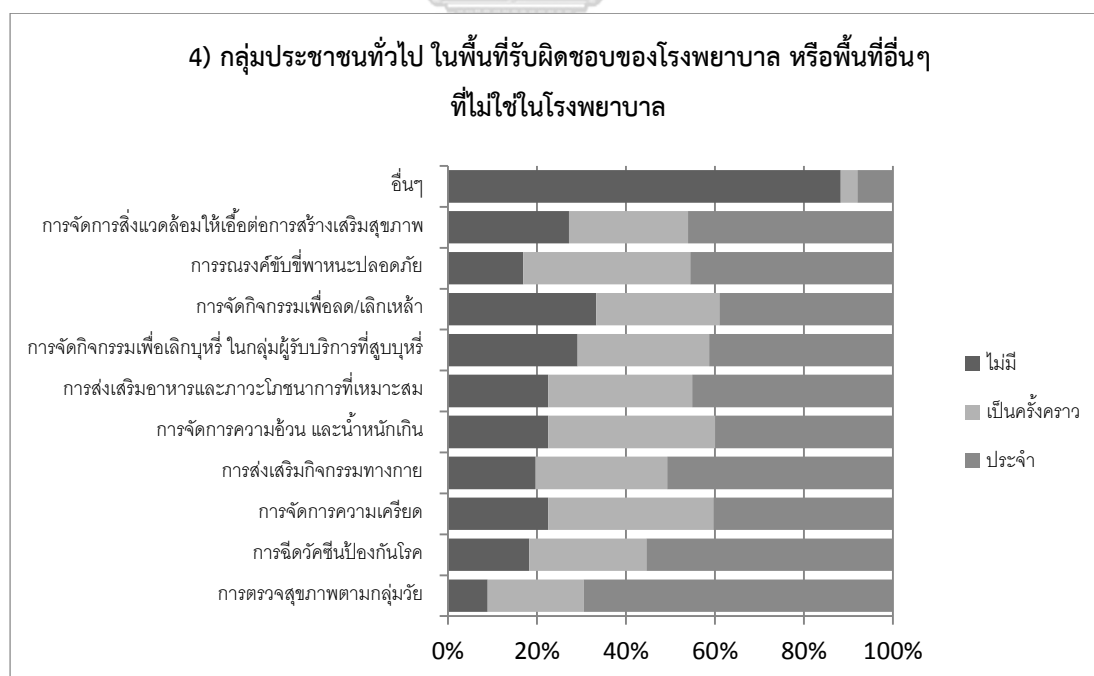
แผนภาพที่ 5 สัดส่วนความถี่ของการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับญาติผู้ป่วยหรือผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล



กิจกรรมสำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไป

ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลหรือพื้นที่อื่นๆ ที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาล การสำรวจกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไป ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล หรือพื้นที่อื่นๆ ที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาล พบว่ากิจกรรมที่มีการดำเนินการประจำและครั้งคราวที่สูงที่สุดคือการตรวจสุขภาพตามกลุ่มวัยของโรงพยาบาลตัวอย่าง และพบมีการจัดกิจกรรมที่อย่างน้อยร้อยละ 70 ในทุกกิจกรรม โดยสัดส่วนการทำกิจกรรมดังแผนภาพที่ 6 อาจเป็นเพราะโรงพยาบาลชุมชนจัดประชาชนหรือชุมชนเป็นหนึ่งในเป้าหมายหลักในการดำเนินงาน ดังนั้นการจัดกิจกรรมจึงมีการคำนึงถึงประชาชนในส่วนนี้ด้วย หากแต่การจัดกิจกรรมในกลุ่มญาติผู้ป่วยที่มารับบริการนั้น ด้วยภาระงานที่มากอยู่แล้ว ทำให้อาจมีการดูแลที่ไม่ทั่วถึงได้

แผนภาพที่ 6 สัดส่วนความถี่ของการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไป ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล หรือพื้นที่อื่นๆ ที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาล



การตอบข้อมูลระบุรายละเอียดกิจกรรม พบว่ามีการตอบที่ค่อนข้างน้อย เนื่องจากส่วนใหญ่ระบุว่าเป็นการทำงานของ HA HPH หรือ QA ที่ทำงานกันอยู่เป็นประจำอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม มีโรงพยาบาลที่ได้ระบุตัวอย่างกิจกรรมหรือโครงการที่ได้รับการระบุรายละเอียดกิจกรรมตั้งข้อมูลในภาคผนวก (ของทุกกลุ่มเป้าหมาย)

จากการศึกษาความถี่ของการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้รับบริการตามรูปแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พบว่ามีการดำเนินงานในกลุ่มผู้รับบริการจัดเป็นตารางที่ 6 ได้ดังนี้ โดยพบว่า การดำเนินงานกิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพมีการดำเนินงานในกลุ่มบุคลากรและกลุ่มผู้มารับบริการในระดับที่สูงที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มประชาชนทั่วไป ในขณะที่การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มของญาติหรือผู้มาเยี่ยมนั้นยังมีค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตามในลักษณะกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดำเนินงานอยู่นั้น ผู้ตอบไม่ได้รวมถึงงานอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การดูแลเด็กเล็กเข้าไปด้วย เนื่องจากมองว่าเป็นลักษณะงานที่ทำกันเป็นประจำอยู่แล้ว ดังนั้นในการตอบแบบสอบถามนี้ จึงเน้นกิจกรรมที่เพิ่มจากงานประจำที่เกิดขึ้น

ตารางที่ 6 สัดส่วนการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลต่อกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

	ประเภทกิจกรรมที่มีการทำเป็นประจำหรือครั้งคราว	กลุ่มบุคลากร	กลุ่มผู้ป่วยหรือผู้มารับ	กลุ่มญาติผู้ป่วยหรือผู้มาเยี่ยม	กลุ่มประชาชนทั่วไป
1	การตรวจสุขภาพตามกลุ่มวัย	98.6	91.3	39.1	91.1
2	การฉีดวัคซีนป้องกันโรค	98.6	97.7	34.9	81.7
3	การจัดการความเครียด	87.7	89.9	61.4	77.5
4	การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	95.9	88.1	53.0	80.3
5	การจัดการความอ้วน และน้ำหนักเกิน	93.6	84.9	48.4	77.5
6	การส่งเสริมอาหารและภาวะโภชนาการที่เหมาะสม	79.5	93.1	57.2	77.5
7	การจัดกิจกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ ที่สูบบุหรี่	80.3	91.7	62.8	70.9
8	การจัดกิจกรรมเพื่อลด/เลิกเหล้า	76.1	80.3	52.1	66.7
9	การรณรงค์ขับชื้อพาทนะปลอดภัย	94.0	85.3	73.0	83.1
10	การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	91.7	89.0	71.2	72.8

11	อื่นๆ	17.8	11.9	7.8	11.7
12	การตรวจสอบสุขภาพตามลักษณะงานในกลุ่มบุคลากร	90.4			

จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของแต่ละโรงพยาบาลมีการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง สม่ำเสมอและค่อนข้างครอบคลุมในทุกกลุ่มเป้าหมาย ดังจะเห็นได้จากตารางแสดงความถี่ของกิจกรรมในแต่ละเรื่อง หากแต่รายละเอียดของชื่อโครงการและกิจกรรมนั้น ยังได้รับข้อมูลที่ค่อนข้างน้อย จากรายละเอียดกิจกรรมที่ได้รวบรวมมา ไม่พบความแตกต่างระหว่างเขตสุขภาพและขนาดขีดความสามารถของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดกิจกรรมที่ทางโรงพยาบาลตอบในแบบสอบถามสามารถรวบรวมเป็นกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพดังตารางที่ 7

ในการพิจารณากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถจัดกลุ่มได้ในหลายมิติ เช่น จัดกลุ่มเป็นผู้รับผลงาน ได้แก่ ผู้มารับบริการ ญาติ บุคลากร และประชาชนทั่วไป หรืออาจจัดเป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น การเลิกบุหรี่ การเลิกเหล้า การรณรงค์การขับขี้ปลอดภัย ปัญหาด้านโภชนาการ การจัดการความเครียด หรืออาจจัดเป็นรูปแบบกิจกรรมเช่น การตรวจสอบสุขภาพตามกลุ่มวัยและโรค การให้การป้องกันด้านวัคซีนตามโรคหรือสถานการณ์

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาชุดกิจกรรมที่เป็นกิจกรรมหลัก พบว่า คำตอบของแบบสอบถามไม่ได้สะท้อนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่โรงพยาบาลทำเป็นประจำ เพราะคำถามมุ่งเน้นกิจกรรมที่ทำตามปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ จึงทำให้การจัดหมวดหมู่กิจกรรมหลักงานสร้างเสริมสุขภาพถูกจำแนกเป็นการดูแลปัจจัยเสี่ยงคือ การเลิกบุหรี่ การเลิกเหล้า การรณรงค์การขับขี้ปลอดภัย ปัญหาด้านโภชนาการ การจัดการความเครียด หากแต่ในสถานการณ์จริงการมีกิจกรรมเหล่านี้อาจไม่ยั่งยืนเนื่องจากไม่มีเจ้าภาพหลักในการดำเนินการ และมักถูกงานประจำที่มีอยู่ค่อนข้างมากอยู่แล้ว ใช้เวลาไป

ตารางที่ 7 ตัวอย่างกิจกรรมจากการสำรวจ

ตารางที่ ตัวอย่างกิจกรรม					
การจัดกิจกรรม	กลุ่มบุคลากร	กลุ่มผู้ป่วย	กลุ่มญาติผู้ป่วยหรือผู้มาเยี่ยม	กลุ่มประชาชน	
การดูแลสุขภาพใน ปัจจัยเสี่ยง	โครงการตรวจสุขภาพ ประจำปี, การทดสอบ สมรรถนะทางกาย, การ ทดสอบสมรรถนะของข้อ ต่อ	การดูแลผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรค ทั้ง โรคเรื้อรัง แพทย์แผนไทย การคัด กรองโรค การคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อน ภาพการล้างมือที่ ถูกวิธี	มีการดำเนินการด้านการดูแลสุขภาพ ตามประเด็น เช่น เร่งด่วนโรคเรื้อรัง ตามฤดูกาล หรือกลุ่มโรคเรื้อรัง	การตรวจประเมินความเสี่ยงของโรค เช่น มะเร็งปากมดลูก เบาหวาน ความ ดันโลหิตสูง การป้องกันโรค ใช้เลือดออก พิษสุนัขบ้า การตรวจคัด กรองจอประสาทตาและปัญหาตาอื่นทำ โครงการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี, ติดป้าย เตือนภาวะอากาศโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือด การดูแลมารดาหลัง คลอดที่บ้าน	
การเสริมสมรรถนะทาง กาย	โครงการลดพุงลดโรค, การวิ่ง เพื่อสุขภาพ, การเดินเอโรบิค , การปั่นจักรยาน, การแก่ง แขวน, ส่งเสริมการออกกำลังกาย ภายในบุคลากร, การ ประกวดบุคคลต้นแบบ	จัดการออกกำลังกาย Aerobic ทุก วัน จันทร์ พุธ และวันศุกร์ของ สัปดาห์	การจัดให้มีโยคะ	การออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน, กีฬาด่าน ยาเสพติด, แข่งขันการเต้นแอโรบิค, โยคะ	
การลดบุหรี่/เหล้า/สาร เสพติด	โครงการปลอดเหล้า/บุหรี่, ยาเสพติดและการพนัน	โครงการณรงค์ ลดละเลิกบุหรี่	โครงการณรงค์ ลดละเลิกบุหรี่	โครงการณรงค์ ลดละเลิกบุหรี กิจกรรมเดินรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด	

การจัดกิจกรรมปัจจัยเสี่ยง	กลุ่มบุคลากร	กลุ่มผู้ป่วย	กลุ่มญาติผู้ป่วยหรือผู้มาเยี่ยม	กลุ่มประชาชน
การดูแลด้านโภชนาการ	การจัดขายอาหารปลอดภัย การจัดอาหารว่างเป็นเมนูสุขภาพ น้ำสมุนไพร การรณรงค์กินข้าวกล้อง	การจัดน้ำดื่มสมุนไพร, ตลาดปลอดสารพิษ	น้ำดื่มสมุนไพร, น้ำโคลอโรฟิลด์ ตลาดปลอดสารพิษ	ตลาดนัดสุขภาพ, โครงการส่งเสริมภูมิปัญญาไทยด้วยยาสมุนไพร, อาหารเพื่อสุขภาพข้าวกล้องน้ำสมุนไพรน้ำโคลอโรฟิลด์ กิจกรรมรณรงค์บริโภคปลอดภัย
การเพิ่มคุณภาพชีวิต	การจัดสวัสดิการเมื่อเวลาหรือของขวัญในวาระโอกาสต่างๆ เช่น การคลอดบุตร งานมงคล หรือความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น	การจัดประกวดบุคคลหรือชุมชนต้นแบบเพื่อเป็นแบบอย่างการดูแลสุขภาพ	การสอนนวดฝ่าเท้าด้วยกลา	เสริมสร้างความรู้อาสาสมัครและผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ, พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่อยู่ในภาวะพึ่งพา, ช่วยเพื่อนผู้ด้อยโอกาสในชุมชน, ช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสเช่นจัดซ่อมแซมหม้อที่อยู่อาศัยชั่วคราวตุรตุรม
การเสริมสุขภาพทางใจ	, การจัดกิจกรรมตามศาสนา เช่น การตักบาตร การปฏิบัติธรรม (โดยไม่ถือเป็นวันลา), การจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มสติและพัฒนาจิตใจ	จิตอาสาตนตรึบบำบัด, การผ่อนคลายด้วยดนตรี, การตักบาตร, การสวดมนต์	กิจกรรมสร้างสุขภาพในงานบุญ เช่น งานประเพณีบุญบั้งไฟ, โครงการตักบาตรข้างเตียง, โครงการสละสมบุญระหว่างเข้าพรรษา, ชมรมพิทักษ์จิต	กิจกรรมสร้างสุขภาพในงานบุญ เช่น งานประเพณีบุญบั้งไฟ

<p>การจัดติดตามปัจจัยเสี่ยง</p> <p>การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ</p>	<p>กลุ่มบุคลากร</p> <p>จัดห้องฟิตเนส, จัดชมรมออกกำลังกาย, การมีสวนสาธารณะ, มีลานเต้นแอโรบิก, มีสนามกีฬา ฟุตบอล วอลเลย์บอล สนามบาสเก็ตบอล สนามตะกร้อ, มีเลนถนนสำหรับปั่นจักรยาน</p>	<p>กลุ่มผู้ป่วย</p> <p>การแยกขยะในโรงพยาบาล, จัดทำสวนหย่อม, จัดทำห้องสำหรับดูแลระยะสุดท้าย, มีสถานที่จัดกิจกรรม เต้นแอโรบิคหลังเลิกงาน ร่วมกับชุมชนหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบ</p>	<p>กลุ่มญาติผู้ป่วยหรือผู้มาเยี่ยม</p> <p>กิจกรรมการปลูกต้นไม้ในโรงพยาบาล, การแยกขยะในโรงพยาบาล, มีป้ายประชาสัมพันธ์ และจัดนิทรรศการในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในทุกๆ จุดบริการของโรงพยาบาล</p>	<p>กลุ่มประชาชน</p> <p>มีส่วนสาธารณสุขและสนมกีฬาของชุมชนเพื่อให้บริการแก่ประชาชน, หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็งโรครความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด</p>
<p>ด้านอื่นๆ</p>	<p>กิจกรรมวันสำคัญเช่น วันพยาบาล, กิจกรรมสร้างสุขภาพในงานบุญ เช่น งานประเพณีบุญบั้งไฟ, โครงการรณรงค์ควบคุมป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่</p>	<p>กิจกรรมวันสำคัญที่แทรกความรู้ด้านสุขภาพ เช่นวันเด็ก ผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพของปากในศูนย์เด็กเล็ก การพัฒนาศักยภาพแก่นักวัยรุ่นในการป้องกันการค้าต้งครรภัก่อนวัยอันควร</p>		

4.2 การจัดกลุ่มกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นว่าจากการศึกษาองค์ประกอบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมและการสำรวจจากโรงพยาบาลชุมชน จะเห็นได้ว่า การจัดกลุ่มกิจกรรมมีรูปแบบใหญ่ๆ เป็น 2 ประเภทคือ การจัดกลุ่มกิจกรรมโดยอ้างอิงจากผู้รับผลงาน เช่น ผู้รับบริการ ผู้ป่วย บุคลากร ประชาชนหรือชุมชน หรืออ้างอิงจากปัจจัยต้นหรือปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยกำหนดสุขภาพ เช่น ตั้งต้นจากตัวโรค (ซึ่งในการศึกษานี้เน้นการสร้างเสริมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังนั้นการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้วจึงไม่อยู่ในการศึกษา) หรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค เช่น ความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การไม่ออกกำลังกาย การมีภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม การมีภาวะอ้วน

การจัดกลุ่มกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสามารถจัดหมวดหมู่ได้หลากหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการอิงตามผู้รับผลงาน/กลุ่มเป้าหมาย การอิงตามปัจจัยเสี่ยงหรือโรคที่สนใจ การจัดตามมาตรฐานคุณภาพบริการ หรือจัดตามลักษณะโครงการตามที่ได้ทบทวนในบทที่ 2 ก็เป็นไปได้ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยได้ดำเนินการจนไปถึง ระดับที่ 4 ของ Groene และ Johnson Baum ในทุกโรงพยาบาล^(3, 4, 15) กล่าวคือในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งได้มีการดำเนินงานจนถึงระดับชุมชนอย่างครบถ้วนแล้ว แต่กิจกรรมหรือโครงการบางโครงการอาจจะยังอยู่ในระดับโรงพยาบาล หรือหน่วยงานเท่านั้น

การจัดกลุ่มกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการศึกษานี้ เลือกรับจัดตาม

1. กลุ่มเป้าหมาย/ปัจจัยเสี่ยงและบริการที่ควรได้รับ และมีการวัดผลได้ชัดเจน
 - ก. กลุ่มที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นแบบแผน ได้แก่ การให้บริการในหญิงตั้งครรภ์ การให้บริการคลินิกเด็กดี การให้บริการการวางแผนครอบครัว การให้บริการคลินิกกอดบุหรี่ยิ่ง ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ดำเนินงานมายาวนาน และได้รับการจัดสรรทรัพยากรเป็นรูปแบบ แบบแผน เนื่องจากการได้รับการจัดสรรทรัพยากรทำให้สามารถนำมาศึกษาต้นทุนได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
 - ข. เพิ่งริเริ่มเป็นระดับโครงการ ได้แก่ การจัดการความอ้วน การลดน้ำหนักในหน่วยงาน ก็ทำให้การจัดสรรทรัพยากรไม่ต่อเนื่อง หากไม่ได้เขียนโครงการขึ้นมาต่อ การขอรับทุนสนับสนุนก็อาจจะหายไป
2. กลุ่มกิจกรรมที่มีกลุ่มเป้าหมายหรือปัจจัยเสี่ยงชัดเจน แต่วัดผลได้ยาก เช่น กิจกรรมที่วัดผลเป็นรูปธรรมเช่น การเสริมสร้างความสุขในบุคลากรหรือผู้มารับบริการ การจัดการความเครียด เป็นต้น ซึ่งควรมีการพัฒนาการวัดผลให้ชัดเจนขึ้น รวมถึงการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินการเพื่อให้สามารถถ่ายทอดเนื้อหาหลักไปสู่ผู้รับผลงานได้ หรือ งานอนามัย

โรงเรียน งานเยี่ยมบ้าน ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายชัดเจน การดำเนินการชัดเจน แต่การจัดสรรทรัพยากร เพื่อประเมินความเหมาะสมอาจทำได้ลำบาก

การจัดกลุ่มกิจกรรมเหล่านี้ มีความมุ่งหวังเพื่อการจัดสรรทรัพยากร เมื่อมีผลของการดำเนินโครงการ ที่ชัดเจนก็สามารถเป็นตัวสะท้อนของการทำงาน และนำไปสู่การจัดสรรทรัพยากรได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ในการศึกษานี้จึงเลือกใช้กิจกรรมในข้อที่ 1ก. ในการวิเคราะห์ต้นทุนต่อไป

4.3 การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลักในโรงพยาบาล

ลักษณะของโรงพยาบาลตัวอย่าง

โรงพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือก 3 โรงพยาบาล มีลักษณะโรงพยาบาลดังนี้ ได้แก่

โรงพยาบาล ก. เป็นประเภท service plan M2 ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 6 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนเตียงทั้งสิ้น 137 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 325,372 ราย จำนวนผู้ป่วยใน 10,949 ราย

โรงพยาบาล ข. เป็นประเภท service plan F1 อยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 ในภาคเหนือ มีจำนวนเตียง 121 เตียงมีจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 144,048 ราย จำนวนผู้ป่วยใน 7,582 ราย และโรงพยาบาล ค. เป็นประเภท service plan F2 อยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 ในภาคกลาง มีจำนวนเตียง 65 เตียงมีจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 218,843 ราย จำนวนผู้ป่วยใน 3,905 รายซึ่งเป็นสัดส่วนการให้บริการของโรงพยาบาลตามประเภท service plan ที่เหมาะสม ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ข้อมูลพื้นฐานแสดงลักษณะโรงพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือก

	โรงพยาบาล		
	ก.	ข.	ค.
ภาค	ตะวันออกเฉียงเหนือ	เหนือ	กลาง
เขต	6	2	4
ประเภท service plan	M2	F1	F2
จำนวนเตียง	137	121	65
จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อปี	325,372	144,048	218,843
จำนวนผู้ป่วยในต่อปี	10,949	7,582	3,905
วันนอนผู้ป่วยใน_2558	47,905	29,085	13,208

ขั้นตอนการระบุกิจกรรม

จากการที่ทำการคำนวณต้นทุนฐานกิจกรรม (activity based costing:ABC) จึงต้องมีการ แจกแจงกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งมีขั้นตอนของกิจกรรมที่หลากหลายให้เป็นกิจกรรมย่อย (activity) เพื่อสามารถสืบค้นหาค่าประกอบต้นทุนได้ ซึ่งในที่นี้สามารถจำแนกได้เป็น ระบบเวช ระเบียน การตรวจสอบสิทธิ์การรักษา การลงทะเบียน การคัดกรองโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษาและบริหารโดยพยาบาล การให้การบริบาลโดยแพทย์ การบริการจ่ายยาและ เวชภัณฑ์ การนัดหมาย การบันทึกข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายค่าบริการและ การเงิน

ในการศึกษานี้ ได้ศึกษาขั้นตอนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ พบว่ามีขั้นตอนกิจกรรมย่อยที่มีความคล้ายคลึงกันในแต่ละโรงพยาบาล คือ

1. ระบบเวชระเบียน คือการที่ผู้ป่วยที่มารับบริการต้องผ่านการทำประวัติ หรือค้นบัตร
2. การตรวจสอบสิทธิ์การรักษา คือผู้ป่วยที่มารับบริการต้องได้รับการเช็คสิทธิ์การรักษาบริการ โดยในบางแห่ง บางครั้งจะได้รับการตรวจสอบสิทธิ์พร้อมกับการค้นบัตรเลย
3. การลงทะเบียน คือหลังจากที่ได้ผ่านขั้นตอนการทำบัตร เช็คสิทธิ์และกำลังจะเข้าสู่การรักษา จะมีส่วนของการลงทะเบียนเข้าสู่คลินิกหรือบริการนั้นๆ
4. การคัดกรองโรค คือขั้นตอนที่ผ่านหลังจากการลงทะเบียน โดยบางแห่งจะมีการลงทะเบียน และคัดกรองโรคไปพร้อมๆกัน
5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ การรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ว่าจะเป็นการเจาะ เลือด การตรวจปัสสาวะ หรือการตรวจอื่นๆ โดยบางแห่งจะตรวจก่อนเข้ารับการบริหาร (หากมีแนวทางการปฏิบัติเป็นดังนั้น) หรืออาจจะหลังเข้ารับการบริหารในกรณีที่มีเหตุให้ สงสัย
6. การให้คำปรึกษาและบริหารโดยพยาบาล คือขั้นตอนของการทำการดูแล บริบาลผู้มารับ บริการที่สำคัญเนื่องจากในบางบริการนั้นๆจะไม่ต้องมีการพบแพทย์ ดังนั้นขั้นตอนนี้จะเป็น ส่วนที่สำคัญที่สุดของการมารับบริการนั้นๆ ในที่นี้รวมถึงการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การทำหัตถการที่อยู่ในเกณฑ์ปฏิบัติ
7. การให้การบริบาลโดยแพทย์ คือขั้นตอนการดูแล บริบาลที่ส่งต่อเนื่องจากข้อ 6 อาจเป็นการ ดูแลต่อเนื่องที่จัดเป็นรูปแบบประจำ หรืออาจเป็นการส่งต่อผู้มารับบริการในกรณีที่มีความ ซับซ้อนในการรักษา

8. การจ่ายยาและเวชภัณฑ์ คือขั้นตอนการรับยาหรือเวชภัณฑ์ ซึ่งรวมถึงการให้คำแนะนำในการใช้ยา การซักประวัติการแพ้และข้อห้าม บางแห่งเป็นการมารับยาเพื่อกลับไปทำการบริหารต่อเนื่อง
9. การนัดหมาย คือขั้นตอนของการทำการนัดหมายสำหรับการดูแลในครั้งต่อไป
10. การบันทึกข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายค่าบริการ คือขั้นตอนของทางโรงพยาบาลที่มีการบันทึกข้อมูลที่ผู้มารับบริการเพื่อให้มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการรับบริการ และสามารถนำไปสู่การเบิกจ่ายเงินได้
11. การเงิน คือ ขั้นตอนที่ผู้มารับบริการไปชำระเงินค่ารักษาพยาบาล (หากมี)

ผลการศึกษา ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน้าที่ของการให้บริการ ขององค์ประกอบของกิจกรรมย่อยพบว่าในโรงพยาบาลทั้ง 3 ประเภทมีต้นทุนที่ใกล้เคียงกันมากในแต่ละกิจกรรมย่อยกลุ่มต่อไปนี้ได้แก่ ระบบเวชระเบียน การบริการทางห้องปฏิบัติการ การบริการจ่ายยาและเวชภัณฑ์ ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน้าที่สูงคือ การให้การบริการโดยแพทย์ ซึ่งขึ้นกับความเฉพาะทางของแพทย์ที่มาทำการรักษา ในขณะที่ ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน้าที่กลุ่มที่มีความแตกต่าง ได้แก่ การลงทะเบียนรับการรักษา การให้การบริการโดยพยาบาล การคัดกรองโรค การนัดหมายและการบันทึกข้อมูลเพื่อการเบิกจ่าย โดยจะพบว่าต้นทุนของการลงทะเบียนรับการรักษา การคัดกรองโรค การนัดหมายและการบันทึกข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายในการศึกษานี้เป็นต้นทุนที่เท่ากันเนื่องจากกิจกรรมในการศึกษานี้เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการโดยบุคลากรกลุ่มเดียวกัน ดังข้อมูลในตารางที่ 9 การวิเคราะห์ตามอัตราตัวหลักต้นทุนรายกิจกรรม

ตารางที่ 9 ต้นทุนจำแนกตามองค์ประกอบของอัตราตัวหลักต้นทุนรายกิจกรรม

ต้นทุนจำแนกตามองค์ประกอบของ activity cost driver rate	ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน้าที่ของการให้บริการในแต่ละ โรงพยาบาล (บาท)		
	ก.	ข.	ค.
ระบบเวชระเบียน	1.79	1.70	2.21
ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา	2.22	3.47	3.47
ลงทะเบียนรับการรักษา	2.36	5.90	3.35
คัดกรองโรค	2.36	5.90	3.35
บริการตรวจทางปฏิบัติการ	0.12	0.22	0.21
ให้คำปรึกษาและบริหารโดยพยาบาล	2.21	5.63	6.67

ต้นทุนจำแนกตามองค์ประกอบของ activity cost driver rate	ต้นทุนเฉลี่ยต่อนาทีของการให้บริการในแต่ละ โรงพยาบาล (บาท)		
	ก.	ข.	ค.
ให้บริการบริหารโดยแพทย์	10.24	12.33	10.15
บริการจ่ายยาและเวชภัณฑ์	0.12	0.09	0.13
การนัดหมาย	2.36	5.90	3.35
การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายค่าบริการ	2.36	5.90	3.35
การเงิน	3.58	1.21	2.49

จากการคำนวณอัตราตัวหลักต้นทุนรายกิจกรรมของแต่ละกิจกรรมย่อยของแต่ละโรงพยาบาล จะเห็นว่า สัดส่วนของต้นทุนนั้นส่วนใหญ่จะมีต้นทุนค่าแรงที่มากที่สุด รองลงมาเป็นต้นทุนด้านวัสดุ และค่าเสื่อมราคาตามลำดับ โดยสามารถแจกแจงประเภทของต้นทุนได้ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 รายละเอียดต้นทุนของโรงพยาบาลจำแนกตามกิจกรรมย่อย

ต้นทุนจำแนกตาม องค์ประกอบ	โรงพยาบาล ก.			โรงพยาบาล ข.			โรงพยาบาล ค.		
	Labor	Material	Cap Dep	Labor	Material	Cap Dep	Labor	Material	Cap Dep
ระบบเวชระเบียน	98.3	1.3	0.3	79.1	12.8	8.1	84.1	9.7	6.2
ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา	98.6	0.9	0.6	89.8	6.9	3.3	89.9	6.7	3.3
ลงทะเบียนรับการรักษา	68.9	28.2	2.9	72.6	12.0	15.3	58.6	19.8	21.6
คัดกรองโรค	68.9	28.2	2.9	72.6	12.0	15.3	58.6	19.8	21.6
บริการตรวจทางปฏิบัติการ	60.1	38.4	1.6	85.7	4.1	10.2	91.7	4.0	4.3
ให้คำปรึกษาและบริหารโดย พยาบาล	57.3	40.9	1.8	81.3	6.7	12.1	85.2	5.7	9.1
ให้บริการบริหารโดยแพทย์	83.9	15.4	0.7	85.6	4.9	9.5	72.7	13.1	14.3
บริการจ่ายยาและเวชภัณฑ์	96.9	2.8	0.4	92.4	3.9	3.7	94.8	2.5	2.7
การนัดหมาย	68.9	28.2	2.9	72.6	2.0	15.3	58.6	19.8	21.6
การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย ค่าบริการ	68.9	28.2	2.9	72.6	12.0	15.3	58.6	19.8	21.6
การเงิน	92.3	0.5	7.2	67.4	7.2	15.4	80.3	12.0	7.7

ในการศึกษาครั้งนี้ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ได้รับการวิเคราะห์ต้นทุน ได้แก่ งานอนามัยแม่และเด็ก งานฝากครรภ์ (Antenatal care, ANC) ทั้งรายเก่า รายใหม่ งานบริการคลินิกเด็กดีเพื่อให้บริการวัคซีนและการตรวจประเมินพัฒนาการ (Well baby clinic, WBC) งานวางแผนครอบครัว และงานคลินิกอดบุหรี่

ก. งานบริการฝากครรภ์

มีการให้บริการตามเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดคือ ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ คือฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ต่ำกว่า 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 ที่อายุครรภ์ 13 ถึงน้อยกว่า 20 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 20 ถึงน้อยกว่า 26 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 อายุครรภ์ 26 ถึงน้อยกว่า 32 สัปดาห์ และครั้งที่ 5 ที่อายุครรภ์ 32-40 สัปดาห์ขึ้นไป โดยในการให้บริการแต่ละครั้งมีขั้นตอนการดำเนินการคือ หากเป็นผู้ป่วยใหม่จะไปขึ้นบัตร เช็คลิฟท์ และมาลงทะเบียนที่ฝ่ายเวชกรรมสังคม คัดกรองโรค ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี) เข้ารับการบริบาลโดยพยาบาล และแพทย์ (ถ้ามี) ทำการนัดหมาย ปรึกษา และไปที่การเงิน (หากต้องจ่ายเงิน) โดยในการให้บริการครั้งแรกนี้จะมีการซักประวัติผู้ป่วยใหม่และสามี รวมถึงมีการเจาะเลือดเพื่อตรวจคัดกรอง โดยมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังนี้ คือ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด หมู่เลือด โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี และตับอักเสบบี (CBC / Bl.gr./RH/DCIP/RPR/HIV/ HBsAg) ส่วนคนไข้เก่าจะมีการทำนัดไว้ให้ ดังนั้นบางส่วนจะตรงมารับบริการที่ฝ่ายเวชกรรมสังคมได้เลย โดยขั้นตอนที่เหลือจะเหมือนกัน โดยในการให้บริการครั้งที่ 2 จะมีการตรวจอัลตราซาวด์เป็นครั้งแรกเพื่อประเมินความเสี่ยงของทารกด้วย ครั้งที่ 4 มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 2 คือ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี และตับอักเสบบี (ANC2 CBC/RPR/HIV/HbsAg) ครั้งที่ 5 มีการตรวจอัลตราซาวด์เพื่อประเมินท่าและรกของทารก และครั้งที่ 6 (ถ้ามี) เป็นการตรวจท้องเพื่อวางแผนและนัดหมายการคลอด

โดยแต่ละโรงพยาบาลอาจมีรายละเอียดการให้บริการปลีกย่อยที่แตกต่างกัน และสามารถสรุปผลการศึกษาด้านต้นทุนการให้บริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาล ก. ข. และ ค. ได้ดังนี้ การให้บริการฝากครรภ์ครั้งแรก (ผู้ป่วยรายใหม่) พบมีต้นทุนที่สูงที่สุดในทั้ง 3 โรงพยาบาล คือ 501.18 656.48 และ 627.12 บาทต่อราย ตามลำดับ โดยมีการให้บริการในครั้งที่ 2 ที่ 143.29 229.75 และ 167.62 บาทต่อราย ครั้งที่ 3 ที่ 92.09 146.78 และ 129.60 บาทต่อราย ครั้งที่ 4 ที่ 423.33 487.23 และ 470.02 บาทต่อราย ครั้งที่ 5 มีต้นทุนที่ 163.77 229.75 และ 206.35 บาทต่อราย และในครั้งที่ 6 (หากมี) มีต้นทุนที่ 62.09 122.59 และ 102.95 บาทต่อราย ดังตารางในภาคผนวก จะเห็นได้ว่าการให้บริการงานฝากครรภ์นั้นมีต้นทุนที่แตกต่างกันขึ้นกับการตรวจเสริม อันได้แก่ การตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการและการตรวจอัลตราซาวด์ ในขณะที่ความแตกต่างของเวลาในการตรวจในแต่ละขั้นตอนการให้บริการทำให้มีความแตกต่างของต้นทุนไม่มากนัก

จากการให้บริการฝากครรภ์ทั้ง 6 ครั้ง พบมีต้นทุนเฉลี่ยที่สูงที่สุดที่ครั้งแรก คือ 601.00 บาท และครั้งที่ 4 เป็นลำดับที่สอง คือ 463.74 บาท ซึ่งเป็นการให้บริการที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งสองครั้ง ต่ำสุดที่การให้บริการครั้งสุดท้ายคือ 96.32 บาท ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 สรุปต้นทุนเฉลี่ยต่อรายกิจกรรมฝากครรภ์จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

	ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย			เฉลี่ย	min	max
	ก.	ข.	ค.			
ANC1	501.18	656.48	627.12	601.00	473.13	726.49
ANC2	143.29	229.75	167.62	172.89	75.47	321.06
ANC3	92.09	146.78	129.60	123.36	75.29	210.62
ANC4	432.33	487.23	470.02	463.74	407.74	551.39
ANC5	163.77	229.75	206.35	199.98	75.29	370.38
ANC6	62.09	122.59	102.95	96.32	37.56	145.22

ข. งานคลินิกเด็กดี (Well baby clinic, WBC)

ในส่วนของการตรวจประเมินเด็ก จะมีเกณฑ์การตรวจเกี่ยวกับเรื่องการกินนมแม่อย่างเดียว (exclusive breastfeeding) การประเมินพัฒนาการ การมีพัฒนาการสมวัย การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมตามเกณฑ์ การมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม ซึ่งการนัดหมายจะนัดหมายให้ตรงกับบริการวัคซีนตามเกณฑ์ EPI ซึ่งมารับบริการที่ well baby clinic (WBC) ซึ่งจะมีการรับวัคซีนหลังคลอดโดยงานบริการผู้ป่วยใน และมีการนัดหมายเพิ่มเติมอีกอย่างน้อย 6 ครั้ง โดยในการรับบริการแต่ละครั้งจะอิงตามตารางการรับวัคซีนของเด็กและทารก กล่าวคือ จะมีการนัดที่อายุ 2, 4 และ 6 เดือนเพื่อมารับบริการตรวจประเมินดังที่ได้กล่าวข้างต้นและรับการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ฉีดคอติบ ไอกรนบาดทะยัก และหยอดโพลีโอ (DPT, OPV, HBV) (ในการศึกษานี้คิดต้นทุนที่วัคซีนตามเกณฑ์ปกติไม่ได้คิดวัคซีนผสม) นัดหมายครั้งต่อไปที่เดือนที่ 9 เพื่อรับวัคซีนหัด หัดเยอรมัน คางทูม (MMR) โดย

ในครั้งที่จะมีการประเมินพัฒนาการของเด็กตาม DSPM ซึ่งจะใช้เวลาในการประเมินให้ครบ 5 ด้าน คือ Gross motor (GM) หมายถึง พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว Fine Motor (FM) หมายถึง พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา Receptive Language (RL) หมายถึง พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา Expressive Language (EL) หมายถึง พัฒนาการด้านการใช้ภาษา และ Personal and Social (PS) หมายถึง พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีหัวข้อที่ต้องประเมินให้ละเอียดค่อนข้างมาก จึงทำให้มีการใช้เวลาในการตรวจประเมินที่นานขึ้น โดยเกณฑ์ของกระทรวงให้มีการประเมินที่ 9, 18, 30 และ 42 เดือน การนัดหมายครั้งที่ 5 คือการนัดที่อายุ 18 เดือน รับการฉีด DPT5 OPV5 และ ใช้สมองอักเสบ (JE1) ร่วมกับการประเมิน DSPM และนัดอีก 1-2 เดือนเพื่อรับการฉีด JE2 โดยในการศึกษานี้ทำการศึกษาดันทุนที่ 6 ครั้งแรกของการรับบริการ

โดยพบมีต้นทุนการให้บริการในการมาคลินิกเด็กดีครั้งที่ 1 ของโรงพยาบาล ก. ข. และ ค. ที่ 103.08 194.75 และ 149.96 บาทต่อครั้ง การให้บริการครั้งที่ 2 ที่ 102.60 147.39 และ 142.55 บาทต่อครั้ง การให้บริการในครั้งที่ 3 ที่ 111.43 202.15 และ 179.10 บาทต่อครั้ง การให้บริการในครั้งที่ 4 ที่ 245.60 330.79 และ 288.75 บาทต่อครั้ง การให้บริการในครั้งที่ 5 ที่ 197.45 305.76 และ 282.97 บาทต่อครั้ง และการให้บริการในครั้งที่ 6 ที่ 156.83 238.91 186.72 บาทต่อครั้ง โดยพบว่าความแตกต่างของต้นทุนส่วนใหญ่ขึ้นกับค่าวัคซีน เช่น ครั้งที่ 1-3 เป็นการให้บริการ DPT และ OPV จึงมีต้นทุนที่ใกล้เคียงกันมาก แตกต่างที่รายละเอียดการตรวจปลีกล้วยเรือ่งระยะเวลาการตรวจประเมิน ครั้งที่ 4 เป็นครั้งที่มีการฉีด MMR ร่วมกับการตรวจประเมินพัฒนาการจึงมีต้นทุนสูงกว่าครั้งอื่นๆ และครั้งที่ 5 และ 6 จะมีต้นทุนของวัคซีน JE ที่สูงกว่า และมีส่วนที่แตกต่างกันในรายละเอียด เช่นบริการที่มีการตรวจประเมินพัฒนาการด้วย DSPM เต็มรูปแบบตามช่วงวัยซึ่งจะทำให้การรับบริการนานขึ้นเป็น 15-20 นาทีได้ โดยรายละเอียดของต้นทุนสรุปเป็นตารางอยู่ในภาคผนวก

จะเห็นได้ว่าการให้บริการคลินิกเด็กดีมีองค์ประกอบหลักคือเรื่องของเวลาที่ให้บริการและค่าวัคซีนในแต่ละครั้งที่มารับบริการ การให้บริการในครั้งที่ 4 ซึ่งเป็นรอบ 9 เดือนจะมีการประเมินพัฒนาการของเด็กตามเกณฑ์ของกระทรวงจึงทำให้ใช้ระยะเวลาที่มากกว่าปกติจึงทำให้ต้นทุนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ 285.64 บาทต่อราย ในขณะที่ต้นทุนการให้บริการครั้งที่ 1 และ 2 ใกล้เคียงกันมาก เนื่องจากการให้วัคซีนในครั้งที่ 1-3 เหมือนกัน แต่ครั้งที่ 3 มีการประเมินพัฒนาการในช่วง 6 เดือนด้วยจึงมีระยะเวลาการให้บริการที่นานกว่า 2 ครั้งแรก ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 สรุปต้นทุนเฉลี่ยต่อรายคลินิกเด็กดีจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

	ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย			เฉลี่ย	min	max
	ก.	ข.	ค.			
WB1	103.08	194.75	149.96	146.43	85.34	296.90
WB2	102.60	147.39	142.55	133.44	85.34	280.86
WB3	111.43	202.15	179.10	166.39	85.34	345.16
WB4	245.60	330.79	288.75	285.64	43.19	279.41
WB5	197.45	305.76	282.97	265.75	228.34	505.86
WB6	156.83	238.91	186.72	188.79	139.56	382.41

ค. งานวางแผนครอบครัว

งานให้บริการสร้างเสริมสุขภาพนี้เน้นให้มีตัวชี้วัดคือ การคุมกำเนิดในมารดาหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี โดยหวังให้มีอัตราการคุมกำเนิดกึ่งถาวร การคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามี การให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในหญิงหลังคลอด มีการสอนให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง หากพบความผิดปกติให้ส่งเข้ารับการดูแลรักษา

การให้บริการวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลชุมชน พบว่ามีแบบแผนที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ มีการให้บริการทั้งในหญิงหลังคลอด และคนไข้ walk-in และนัดหมาย โดยมีการตรวจมะเร็งปากมดลูกในหญิงหลังคลอดทุกราย มีการสอนให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีการให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด และให้บริการคุมกำเนิดด้วยยาฉีด และการฝังยาคุม โดยมักทำการนัดหมายที่ 6 สัปดาห์ หลังคลอด สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี จะมีการเชิญชวนให้ทำการฝังยาคุมกำเนิดตั้งแต่ออนมาคลอดที่โรงพยาบาลเพื่อลดปัญหาการขาดการรับบริการ

ผลการศึกษาข้อมูลต้นทุนของงานวางแผนครอบครัว พบต้นทุนดังนี้ คือ ต้นทุนจะขึ้นกับประเภทของการคุมกำเนิดที่เลือก หากใช้ยาฉีดซึ่งจะต้องมารับบริการทุกๆ 3 เดือน จะมีต้นทุนที่ 63.70 103.09 และ 99.12 บาทต่อราย ในขณะที่หากเลือกการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (การฝังยาคุมซึ่งคุมได้ประมาณ 3 ปี) จะมีต้นทุนที่ 2,090.04 2,171.19 และ 2,147.35 บาทต่อราย ดังข้อมูลในตารางภาคผนวก

ข้อมูลการให้บริการงานวางแผนครอบครัวพบมีความแตกต่างที่รูปแบบการวางแผนครอบครัวที่เลือกคือ หากเป็นการฉีดยาคุมจะมีต้นทุนเฉลี่ยที่ 90.99 บาท ในขณะที่ฝังยาคุมจะมีต้นทุนเฉลี่ยที่ 2,137.38 บาทต่อราย ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 สรุปต้นทุนเฉลี่ยต่อรายงานวางแผนครอบครัวจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

	ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย			เฉลี่ย	min	max
	ก.	ข.	ค.			
FP1	63.70	103.09	99.12	90.99	55.33	195.35
FP2	2,090.04	2,171.19	2,147.35	2,137.38	2,077.34	2,268.96

ง. งานคลินิกอดบุหรี่

มีการให้บริการที่แตกต่างกัน โดยมีการนำแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขมาใช้ ดังนี้

โรงพยาบาล ก. มีรูปแบบการดำเนินงานโดยให้ คลินิกแพทย์แผนไทยเป็นเจ้าภาพดูแล โดยมีการจัดวันสับเปลี่ยนแพทย์แผนไทยมาออกตรวจข้างห้องตรวจแพทย์เพื่อให้ผู้มารับบริการสามารถเข้าถึงการบริการได้สะดวกยิ่งขึ้น การบริการเป็น one stop service คือผู้มารับบริการสามารถเดินเข้ามาพบแพทย์แผนไทยเพื่อมารับคำปรึกษา โดยที่บุคลากรจะเป็นผู้คุยประวัติและเช็คสิทธิ์ให้เบ็ดเสร็จ เมื่อมีการซักประวัติ ตอบแบบสอบถาม และให้คำแนะนำแล้ว จะมีการส่งสมุนไพรมารับของโรงพยาบาลแก่ผู้มารับบริการ และทำการนัดหมายต่อไป ในการนัดหมายครั้งถัดๆไป จะมีทั้งการนัดหมายมารับสมุนไพรมารับคำปรึกษา และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์โดยจะมีการโทรติดตามเป็นระยะๆ

โรงพยาบาล ข. ให้บริการที่คลินิกแสงตะวัน ซึ่งรับผิดชอบด้านปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ บุหรี่และสุรา และงานด้านสุขภาพจิตและภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (เอ็ดส์) ซึ่งเป็นคลินิกที่ให้บริการทั้งวันตั้งแต่เวลา 8-12 น. และ 13-16 น. โดยเป็นการบริการแบบ one stop service คือทางเจ้าหน้าที่จะเป็นคนตามบัตร ขึ้นทะเบียนและเช็คสิทธิ์ให้ (ต้องมีประวัติกับทางโรงพยาบาลแล้ว) และทำการซักประวัติ ให้คำปรึกษา ตอบแบบสอบถาม และทำการประเมิน หากพบเป็นการติดยาเสพติดระดับเล็กน้อยหรือปานกลาง จะเป็นการให้บริการแบบสุขศึกษารายบุคคล แนะนำการเลิก โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อราย หากเป็นรายที่ประเมินพบการติดยาเสพติดมาก จะมีการส่งต่อให้คลินิกแพทย์แผนไทยเพื่อทำการนัดหมายเป็นรายเดือนต่อไป อย่างไรก็ตามจะมีการโทรศัพท์ติดตามผลต่อไป

โรงพยาบาล ค. เป็นการให้บริการที่ห้องพักใจโดยทีมพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ให้บริการตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น. โดยมีขั้นตอนคือ สามารถ walk-in หรือโทรศัพท์ติดต่อที่ประชาสัมพันธ์ และจะทำการนัดหมาย โดยมักจะนัดให้มาในวันอังคารช่วงเช้าซึ่งเป็นช่วงที่มีการทำ MATRIX ร่วมด้วย มีการให้สุขศึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม และจะมีการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้งใน 1 ปี คือติดตามที่ 1, 2, 4, และ 8 สัปดาห์ 4, 6 และ 12 เดือน

โดยพบผลการศึกษาดัชนีทุนของคลินิกอดบุหรืในโรงพยาบาล ก. ข. และ ค. เป็น 218.02 316.04 และ 176.15 บาทต่อราย มีค่าต่ำสุดและสูงสุดที่ 134.73 362.23 บาทต่อราย ในขณะที่ ดัชนีทุนในการให้บริการในครั้งต่อไป ลดลงเท่ากับ 133.11 247.50 และ 195.14 บาทต่อราย และมี ค่าต่ำสุดและสูงสุด ที่ 126.49 และ 247.50 บาทต่อราย ดังข้อมูลในตารางภาคผนวก

จากข้อมูลการให้บริการงานคลินิกอดบุหรืจะพบว่า การให้บริการในครั้งแรกมีดัชนีทุนที่สูงที่สุด เนื่องจากมีเป็นคนไข้รายใหม่ ต้องมีการประเมิน ซักถาม จึงทำให้มีระยะเวลาที่นานกว่า ทำให้มีดัชนี ทุนเฉลี่ยที่ 212.18 บาทต่อราย ในขณะที่ครั้งถัดๆไปมีดัชนีทุนที่ 189.20 บาทต่อราย การคำนวณดัชนี ทุนของการให้บริการนี้แสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่า หากโรงพยาบาลมีรูปแบบการให้บริการที่แตกต่างกันจะ นำไปสู่ดัชนีทุนที่ต่างกัน ดังโรงพยาบาล ก. และ ข.ที่มีการให้สมุนไพรร่วมไปกับการให้คำแนะนำ พบว่ามีดัชนีทุนที่สูงกว่าโรงพยาบาล ค.ที่เน้นการให้คำปรึกษาที่ 218.02 ถึง 316.04 บาท และ 176.15 บาทต่อราย ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 สรุปดัชนีทุนเฉลี่ยต่อรายคลินิกอดบุหรืจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

	ดัชนีทุนเฉลี่ยต่อราย			เฉลี่ย	min	max
	ก.	ข.	ค.			
QS1	218.02	316.04	176.15	212.18	134.73	362.23
QS2+	133.11	247.50	195.14	189.20	126.49	247.50

จ. สรุปดัชนีทุนการสร้างเสริมสุขภาพ

จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าดัชนีทุนที่สูงที่สุดคือ การวางแผนครอบครัวด้วยการฝังยาคุม คือ 2,137.38 ต่ำสุดที่ 2,120.56 และสูงสุดที่ 2,223.98 บาทต่อราย และต่ำสุดที่การวางแผนครอบครัว แบบยาฉีดคือ 90.99 บาท ต่ำสุดที่ 80.04 และสูงสุดที่ 171.20 บาทต่อราย ในขณะที่ความแตกต่าง ระหว่างครั้งที่มีารับบริการในแต่ละกิจกรรมไม่แตกต่างกันมากนัก ขึ้นกับการให้บริการเพิ่มเติม เช่นใน การฝากครรภ์ ดัชนีทุนที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจอัลตราซาวน์เพิ่มเติมจะทำให้ ดัชนีทุนสูงขึ้น เช่น 601.00 หรือ 463.74 บาทต่อราย ในขณะที่ดัชนีทุนการให้บริการคลินิกเด็กดีจะ แตกต่างจากเวลาการให้บริการเช่นการให้บริการครั้งที่ 4 จะมีการประเมินภาวะพัฒนาการอย่าง ละเอียดทำให้ดัชนีทุนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเป็น 285.64 บาทต่อราย และดัชนีทุนของวัคซีนที่เพิ่มขึ้นก็ทำให้ ดัชนีทุนเพิ่มสูงขึ้นได้ในการให้บริการครั้งที่ 5 และ 6 คือ 265.75 และ 188.79 บาทต่อราย ดังตารางที่

ตารางที่ 15 สรุปต้นทุนเฉลี่ย ค่าต่ำสุด และสูงสุดของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน

	เฉลี่ย	min	max
ANC1	601.00	525.67	670.58
ANC2	172.89	102.37	237.15
ANC3	123.36	102.71	182.37
ANC4	463.74	425.85	523.05
ANC5	199.98	102.08	281.78
ANC6	96.32	55.57	108.54
WB1	146.43	128.58	212.63
WB2	133.44	129.92	217.26
WB3	166.39	136.17	241.47
WB4	285.64	89.38	182.55
WB5	265.75	276.92	411.03
WB6	188.79	170.38	285.55
FP1	90.99	80.04	171.20
FP2	2,137.38	2,120.56	2,223.98
QS1	212.18	178.62	274.12
QS2	189.20	168.57	208.14

4.4 การพัฒนาต้นนวัตกรรมทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องรายละเอียดประกอบการบริหารจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในส่วนของขอบเขตและบริการ เน้นการดูแลผู้มารับบริการ 5 กลุ่มวัย กล่าวคือ 1) หญิงตั้งครรภ์ 2) เด็กเล็ก 0-5 ปี 3) เด็กโตและวัยรุ่น 6-24 ปี 4) ผู้ใหญ่ 25-59 ปี และ 5) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยมีบริการที่สามารถจัดกลุ่มได้ ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 การจัดกลุ่มกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจากบริการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

	รายละเอียดกิจกรรม	รหัส	ผู้รับผลงาน
การดูแลหญิงตั้งครรภ์	ANC อย่างน้อย 5 ครั้ง การวางแผนครอบครัว	ANC	1
การดูแลเด็ก	Wellbaby	WB	2
การดูแลทารกแรกเกิด	การฉีด BCG, HB, Vitamin K การตรวจประเมินภาวะพร่อง ไทรอยด์	Newborn	ทารกแรกเกิด (2)
การให้บริการวัคซีน	การฉีด dT การฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ตามฤดูกาล	dT Flu	3 4 5
บริการส่งเสริมและ ป้องกันโรค		Gen PP	2 3 4 5
	วัดความดันโลหิต	BP	4 5
	คัดกรองเบาหวาน	FBS	4 5
	การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด	CVD	4 5
	การตัดกรองปัจจัยเสี่ยงการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเสพ สารเสพติด	Smoke/ drink	3 4 5
	บริการคัดกรองโลหิตจางจากการ ขาดธาตุเหล็ก	Anemia	2 3 4 5

	รายละเอียดกิจกรรม	รหัส	ผู้รับผลงาน
	บริการให้คำปรึกษาและคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี	HIV	3 4 5
	บริการคัดกรองภาวะสายตาสั้นผิดปกติ	Eye	5
	บริการให้ความรู้เรื่องการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจคลำเต้านมด้วยตนเอง	BSE	หญิง 4 5
	การประเมินในหญิงวัยเจริญพันธุ์ บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	Pap	หญิง 4
	การประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุ ได้แก่ การคัดกรองโรคซึมเศร้า การประเมินหลอดเลือดสมอง	Aging	5
	บริการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	Dementia	5
	บริการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายและการฝึกการทำงานของสมองอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อม	Exercise	5
การให้ยาเสริมเพื่อป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน	บริการยารักษาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	Iron sup	
	บริการยาด้านไวรัสเอดส์และตรวจการติดเชื้อเอชไอวี	AntiHIV	

การพัฒนาดัชนีของงานสร้างเสริมสุขภาพนั้น มีความแตกต่างจากการพัฒนาดัชนีของการรักษาโรค กล่าวคือ งานสร้างเสริมสุขภาพมีขอบเขตของงานที่จำกัดกว่า ถึงแม้จะมีความหลากหลายของกิจกรรม หากแต่สามารถจัดกลุ่มได้ค่อนข้างครอบคลุม ดังนั้นจึงไม่ได้ทำการพัฒนาดัชนีในรูปแบบของ DRG ตามที่ได้ทบทวนวรรณกรรมไว้ หากแต่เลือกใช้การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจากการสอบถามเพื่อประมาณการในส่วนของต้นทุนโดยการระบุเวลาทำงาน (หน่วยเป็นนาที) ของกิจกรรมดังกล่าว รายละเอียดดังตาราง 17 และรวมเป็นต้นทุนรวมของกิจกรรมดังตารางที่ 18

และจะเห็นได้ว่าต้นทุนในเรื่องค่ายาและห้องปฏิบัติการในการศึกษานี้ ได้มาจากการคิดราคาพยาบาลและห้องปฏิบัติการของหนึ่งโรงพยาบาล ดังนั้นในการเปรียบเทียบดัชนีในครั้งนี้จึงเลือกใช้การประเมินต้นทุนที่ไม่มีค่ายาและห้องปฏิบัติการโดยเรียงลำดับจากน้อยไปมาก ดังตารางที่ 19 และในการคิดต้นทุนในการให้บริการนี้ คิดในรูปแบบที่มีการมารับบริการทั้งระบบกล่าวคือ มารับบริการที่ห้องบัตรเซ็คสิทธิ์ จนกระทั่งถึงการเงิน ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว การให้บริการงานสร้างเสริมสุขภาพโดยเฉพาะในเด็กโต ผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุนั้น เป็นการให้บริการที่เพิ่มเติมจากการรักษาพยาบาลที่ได้รับหรือมาปรึกษาอยู่แล้ว ดังนั้นต้นทุนในส่วนของต้นทุนเฉลี่ยต่ออนาทีนี้จะมากกว่าความเป็นจริง

จะเห็นได้ว่ารูปแบบการถ่วงน้ำหนักนี้ใช้กิจกรรมที่มีต้นทุนเฉลี่ยต่ำสุดเป็นตัวถ่วงน้ำหนักซึ่งในที่นี้คือ การให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป คิดเป็น 1 และกิจกรรมที่มีต้นทุนที่สูงขึ้นคิดเป็นสัดส่วนสูงขึ้นไปเรื่อยๆ จนกิจกรรมที่มีต้นทุนเฉลี่ยในส่วนที่ยังไม่รวมค่ายาและค่าห้องปฏิบัติการที่สูงที่สุดคือ การฝากครรภ์ครั้งแรก ที่ 211.81 บาท คิดเป็น 4.54 เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาดัชนีนั้น ควรได้รับการประเมินให้รอบด้านยิ่งขึ้น นอกเหนือไปจากการใช้ข้อมูลต้นทุนเพียงอย่างเดียว ควรมีการปรึกษาผู้รู้และควรมีการประเมินไปถึงส่วนของผู้รับผลงานอีกด้วย

ตารางที่ 17 รายละเอียดเวลาการทำงานขององค์ประกอบต่าง ๆ ของงานสร้างเสริมสุขภาพ

รหัสกลุ่มกิจกรรม	เวชระเบียน	เช็คสิทธิ์	ลงทะเบียน	คัดกรองโรค	บริการตรวจทาง	ให้คำปรึกษาและบริการโดย	ให้คำปรึกษาและบริการโดย	บริการจ่ายยาและเวชภัณฑ์	การนัดหมาย	บันทึกผลข้อมูล	การเงิน
Newborn	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.0	5.0	3	0.5	5	3
dT	1	1	1	0	0	4	1.75	3.25	0	2.25	1.5
Flu	1	1	1	0	0	4	1.75	3.25	0	2.25	1.5
Gen PP	1	1	1	2.25	0	3.25	0	0	0.25	2.75	1.5
BP	1	1	1	4.5	0	5	2	2.75	0.5	2.5	1.5
FBS	1	1	1	5	2	5	2.5	1.5	0.5	2.5	1.5
CVD	1	1	1	5	0	5	3	2.75	0.5	2.75	1.5
Smoke/Drin											
k	1	1	1	3	0	5	3	1.5	0.5	3	1.5
Anemia	1	1	1	1	0	0.8	2.5	2.75	0.5	2.25	1.5
HIV	1	1	1	3	2	15	5	3.5	0.5	3.75	1.5
EYE	1	1	1	2	0	2	3.5	3	0.5	2	1.5
BSE	1	1	1	1.5	0	5	3	1.5	0.5	2	1.5
Pap	1	1	1	1.5	1	7	5	1.5	0.5	2	1.5
Iron sup	1	1	1	1.75	2	3	2.5	2.5	0.5	1.75	1.5
Anti HIV	1	1	1	1.75	2	3.5	3	2.5	0.5	1.75	1.5
Aging											
screening	1	1	1	3	0	5	4	2.5	0.5	4.5	1.5
Dementia	1.0	1.0	1.0	2.0	0.0	4.0	3.5	2.5	0.5	4.5	1.5
Exercise	1	1	1	2	0	5	2.75	2.5	0.5	3	1.5

ตารางที่ 18 สรุปรวมต้นทุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ได้จัดกลุ่ม

รหัสกลุ่มกิจกรรม	ต้นทุน ไม่รวมค่ายา		ค่าตรวจ ปฏิบัติการ	ต้นทุน รวม ทั้งหมด
	ค่าตรวจปฏิบัติการ	ค่ายา		
Newborn	165.78	109.03	200	474.81
dT	93.25	6.43	0	99.68
Flu	93.25	380	0	473.25
Gen PP	46.69	0	0	46.69
BP	114.64	0	0	114.64
FBS	108.73	0	10	118.73
CVD	127.89	0	380	507.89
Smoke/Drink	108.28	0	0	108.28
Anemia	84.02	0	60	144.02
HIV	207.50	0	110	317.50
EYE	106.37	0	0	106.37
BSE	99.36	0	0	99.36
Pap	131.42	0	50	181.42
Iron sup	94.42	90	50	234.42
Anti HIV	102.38	400	110	612.38
Aging screening	134.90	0	0	134.90
Dementia	120.68	0	0	120.68
Exercise	112.76	0	0	112.76

ตารางที่ 19 เรียงลำดับต้นทุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจากน้อยไปมาก

CODE	ต้นทุนรวม (ยังไม่มีค่ายา ค่า lab)	Index
Gen PP	46.69	1.00
Anemia	84.02	1.80
dT	93.25	2.00
Flu	93.25	2.00
Iron sup	94.42	2.02
FP1	95.57	2.05
BSE	99.36	2.13
Anti HIV	102.38	2.19
EYE	106.37	2.28
Smoke/Drink	108.28	2.32
FBS	108.73	2.33
Exercise	112.76	2.42
BP	114.64	2.46
ANC3	118.51	2.54
ANC4	118.89	2.55
QS1	120.57	2.58
Dementia	120.68	2.58
ANC6	120.94	2.59
WB6	123.54	2.65
CVD	127.89	2.74
Pap	131.42	2.82
FP2	132.40	2.84
WB2	134.78	2.89
Aging screening	134.90	2.89
WB4	148.26	3.18
WB3	158.06	3.39
Newborn	165.78	3.55
QS1	173.17	3.71
WB5	179.97	3.85
WB1	184.58	3.95
ANC2	189.39	4.06
ANC5	191.41	4.10
HIV	207.50	4.44
ANC1	211.81	4.54

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

5.1 การศึกษาองค์ประกอบงานสร้างเสริมสุขภาพ

ก. Review of systematic review

การทบทวนการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบ เป็นการศึกษาด้วยหัวข้อ การสร้างเสริมสุขภาพ ในบริบทของโรงพยาบาล และการจัดการปัจจัยเสี่ยง โดยเป็นการดำเนินการในระดับการป้องกันระดับปฐมภูมิ และทำในฐานข้อมูล PubMed และได้ผลการศึกษาจำแนกได้ว่า กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมักเป็นกิจกรรมที่มีจุดเน้นเป็นประเด็นของการรับผลงาน ไม่ว่าจะเป็กิจกรรมที่ทำต่อกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ คือผู้รับผลงาน อันได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีสภาวะทางจิต หลัึงตั้งครรรภ์ ทารกแรกเกิด เป็นต้น หรือ กิจกรรมที่เน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ อันได้แก่ การจัดการภาวะอ้วน การเสริมด้านโภชนาการ การจัดการความเครียด การลดบุหรื การแนะนำการออกกำลังกาย การจัดการสุขภาพช่องปาก เป็นต้น ทำให้การศึกษานี้เห็นตัวอย่างของการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่มีระเบียบแบบแผนแบบการวิจัยเชิงทดลอง สามารถนำตัวอย่างของกิจกรรมเหล่านั้นมาประยุกต์ใช้กับบริบทของการบริหารของไทยได้

ข้อจำกัดหลักของการศึกษานี้คือ ลักษณะข้อมูลที่มีอยู่ในการทบทวนอย่างเป็นระบบมักมีรูปแบบการศึกษาเป็น RCT หรือการดำเนินการวิจัยสำหรับประเมินกิจกรรมใหม่ที่มีระเบียบแบบแผนที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ไม่ใช่กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั่วไปในโรงพยาบาล ทำให้ข้อมูลที่ได้จากบทความวิชาการที่ได้จากการทบทวนอย่างเป็นระบบนี้ ไม่ครอบคลุมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในหลาย ๆ ส่วนที่มีการดำเนินการจริงในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ นอกจากนี้ ฐานข้อมูลหลักในการค้นยังจำกัดอยู่ที่ฐานข้อมูล PubMed เท่านั้น ไม่ได้รวมฐานข้อมูลสำหรับบทความนอก วารสารวิชาการ (grey literature) อื่น ๆ ทำให้อาจได้บทความไม่ครอบคลุมทั้งหมด ทำให้รายการกิจกรรมที่ได้จากการศึกษาส่วนนี้มีความจำกัด

ข. การดำเนินการสำรวจกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การดำเนินการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของไทย มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ยาวนาน มีรูปแบบการดำเนินงานที่หลากหลาย และปรับให้เข้ากับสังคม วัฒนธรรมของท้องถิ่น ต่อมาเมื่อเริ่มมีการนำทฤษฎีการทำงานสร้างเสริมสุขภาพมาใช้ในระดับกรมและกระจายสู่ทุกภูมิภาค จึงได้มีการจัดหมวดหมู่ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยในการศึกษานี้ได้จำแนกด้วยรูปแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย

การดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มบุคลากร มีความพยายามในการดำเนินการที่ดูแลบุคลากรทั้งเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การป้องกันการเกิดโรค หรือการดูแลผู้ที่เป็นโรค เพื่อให้บุคลากรมีความพร้อมในการทำงานให้ได้ประสิทธิภาพ ในขณะที่กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ทำให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการของโรงพยาบาลนั้น มีอัตราครอบคลุมที่สูงกว่าของบุคลากรที่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ส่วนหนึ่งนั้นอาจเนื่องจากแนวคิดในอดีตที่เมื่อก้าวถึงระบบบริการของโรงพยาบาล ผู้รับบริการคือผู้ป่วยเท่านั้น ทำให้มีการดำเนินการกิจกรรมเพื่อผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก และหลากหลาย โดยหลังจากที่มีการนำแนวคิดโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพมาใช้ ทำให้มีการปรับมุมมองของโรงพยาบาลให้กว้างขึ้นโดยมีการกล่าวถึงกลุ่มของญาติของผู้มารับบริการและขยายไปถึงประชาชนทั่วไปที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลอีกด้วย ดังผลการศึกษาที่นำเสนอข้างต้น จากการแจกแจงตามกลุ่มของผู้รับผลงานนั้นพบว่า โรงพยาบาลมีการดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มของญาติหรือผู้มาเยี่ยมใช้ต่ำกว่าอีกสามกลุ่มประชากรอย่างชัดเจนที่ร้อยละ 13-47 อาจเนื่องจากการทำงานในกลุ่มเป้าหมายหลักได้ใช้ภาระงานไปค่อนข้างมากทำให้การจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มเป้าหมายใหม่นี้ ทำได้น้อยกว่า ประเด็นด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างสุขภาพในแต่ละโรงพยาบาลเป็นการจัดแล้วใช้ประโยชน์ได้กับทุกกลุ่มทุกวัย จึงพบการบอกเล่าถึงความถี่ของการมีกิจกรรมเป็นประจำที่เกือบร้อยละ 50 เป็นอย่างน้อย

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นเพียงการศึกษาภาคตัดขวาง เพื่อทราบถึงกิจกรรม ความถี่ของการทำกิจกรรม ซึ่งอาจได้กิจกรรมที่ไม่ครอบคลุมทั้งหมด เนื่องจากบางกิจกรรมได้ดำเนินการแล้วเสร็จไปแล้ว และด้วยภาระงานที่มากของบุคลากร อาจทำให้มีโอกาสนี้ถึงกิจกรรมที่ผ่านไปแล้วไม่ได้ หากต้องการทราบถึงกิจกรรมที่ครบถ้วนสมบูรณ์ การศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบการลงพื้นที่สำรวจ หรือ

การเก็บข้อมูลไปข้างหน้าจึงเป็นตัวเลือกที่น่าสนใจ และข้อจำกัดของรูปแบบของแบบสอบถามเองที่อาจจำกัดกรอบแนวคิดของผู้ตอบอีกด้วย

กล่าวโดยสรุป การดำเนินการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของไทยมีการดำเนินการที่ดี ครอบคลุมทั้งสี่กลุ่มผู้รับบริการ และมีกิจกรรมที่หลากหลาย แต่ด้วยข้อจำกัดของภาระงานของบุคลากร จำนวนประชากรที่รับบริการที่เพิ่มขึ้น การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพยังสามารถพัฒนารูปแบบและปริมาณเพื่อให้ครอบคลุมประชากรให้ดียิ่งขึ้นได้

อย่างไรก็ตามข้อมูลข้างต้นเป็นการอภิปรายผลการดำเนินงานในเชิงปริมาณ กล่าวคือมีความถี่ของการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างไร สิ่งที่ทางผู้วิจัยสนใจคือชื่อโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ หากแต่ยังได้รับการตอบรับจากส่วนนี้ที่น้อยมาก ดังสรุปได้ในผลการศึกษาข้างต้น ส่วนหนึ่งเนื่องมาจาก การทำงานสร้างเสริมสุขภาพที่เสริมอยู่ในงานประจำจึงทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ทันนึกถึง และการสอบถามนี้เป็นการสอบถามเชิงภาคตัดขวางที่ช่วงปลายปี ทำให้กิจกรรมที่เกิดขึ้นในช่วงต้นปีอาจถูกหลงลืมไปได้ และกิจกรรมที่ทำในโรงพยาบาลนี้ หากเป็นกิจกรรมสำหรับหน่วยงาน ผู้ตอบอาจจะไม่ทราบในรายละเอียดจึงทำให้ไม่ได้ระบุชื่อกิจกรรมมาได้

ดังนั้นการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มปัจจัยเสี่ยงให้ยั่งยืนควรมีการสอดประสานเข้าสู่งานประจำและทำให้เป็นตัวชีวิตที่ทางกระทรวงต้องการเพื่อให้เกิดผลงานที่ยั่งยืนและต่อเนื่อง

จุดแข็งและข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาในส่วนนี้มีการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประเภท service plan ของโรงพยาบาลร่วมกับจำแนกตาม stratum ของเขตสุขภาพทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถสะท้อนลักษณะข้อมูลการสำรวจระดับประเทศได้ดี และมีอัตราการตอบกลับที่สูงมาก คือ สูงถึงร้อยละ 75 จากการทำมีทีมผู้ประสานงานที่เข้มแข็ง

ข้อจำกัดคือรูปแบบของแบบสอบถามที่จำกัดแนวการตอบ กล่าวคือ แม้จะมุ่งหวังให้ตอบเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นส่วนใหญ่ หากแต่ได้มีการทำรูปแบบแบบสอบถามเป็นเชิงปริมาณไว้ด้วย ผู้ตอบส่วนใหญ่จึงเลือกตอบแบบปริมาณโดยเว้นส่วนของข้อมูลคุณภาพไว้ ถึงแม้ว่าจะมีการทำขั้นตอนทดสอบแบบสอบถามและได้มีการสอบถามถึงแนวทางแก้ไขแล้ว การจัดแบบสอบถามเป็นรูปแบบนี้ยังคงเป็นทางเลือกที่สะดวกต่อการถามและตอบมากที่สุด

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

- หากมีการรวบรวมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในหมวดหมู่เดียวกันด้วยแบบมาตรฐาน น่าจะเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลอื่นๆ
- สำหรับการทำวิจัยในอนาคต ควรมีการพัฒนาและปรับแบบสอบถามให้ง่ายต่อการตอบยิ่งขึ้น หรืออาจปรับเป็นการสัมภาษณ์เพื่อสามารถอธิบายเนื้อหาเพิ่มเติมได้ และอาจพัฒนาให้มีการทำหมวดหมู่ของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมได้

5.2 การจัดกลุ่มกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมประเด็นของการจัดกลุ่มกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มเติมจาก Groene, Johnson Baum^(3, 4, 15) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ^(9, 16, 48) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽³⁷⁾ ในประเด็นเรื่องการวัดผลเพื่อนำไปสู่การจัดสรรทรัพยากร กล่าวคือในรูปแบบของ Groene และ Baum นั้นเป็นการจัดกลุ่มด้วยระดับของโครงการว่าเกี่ยวเนื่องระดับหน่วยงานจนกระทั่งถึงชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นั้นเน้นการจัดกลุ่มจากผู้รับผลงานเป็นหลัก

อย่างที่ได้อธิบายมาแล้ว บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพนั้น ทุกโรงพยาบาลทำอยู่โดยตลอด แต่เนื่องจากเวลาของบุคลากรและทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด ทำให้การเลือกทำกิจกรรมใดก่อน อาจต้องมีตัวช่วยในการคัดเลือก ดังนั้นการวัดผลซึ่งสะท้อนถึงการจัดสรรทรัพยากรจึงเป็นหนึ่งในทางเลือกที่ผู้วิจัยนำเสนอในการช่วยจัดกลุ่มกิจกรรม การศึกษานี้จึงทำการจัดกลุ่มกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ต่อยอดจากกลุ่มเป้าหมาย/ ผู้รับผลงาน ปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ และการวัดผลของงานด้วย เพื่อให้ง่ายต่อการประเมินการจัดสรรทรัพยากรทั้งเรื่องคน วัสดุ และสถานที่ เพื่อการวิเคราะห์ต้นทุนในลำดับต่อไป อย่างไรก็ตามการจัดกลุ่มกิจกรรมนี้ยังมีกิจกรรมอีกหลายกลุ่มที่ควรได้รับการดำเนินงานเพื่อกลุ่มเป้าหมายต่างๆ หากแต่อาจมีการวัดผลที่ซับซ้อนขึ้น เช่น งานอนามัยโรงเรียน งานเยี่ยมบ้าน หรืองานบริการที่ต่อยอดจากการดูแลรักษาผู้ป่วยปกติ เช่น การให้บริการที่งานผู้ป่วยนอก หรือการให้ความรู้ในงานผู้ป่วยในเพื่อให้ดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น ก็ไม่ได้รวมในการศึกษานี้

จากการศึกษารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลนี้ มีความมุ่งหวังหากิจกรรมที่มีความเหมือนและได้ดำเนินการในโรงพยาบาลในวงกว้างเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ต้นทุนของกิจกรรมดังกล่าว แต่กลับพบว่าแม้จะมีกิจกรรมที่มีความมุ่งหมายเดียวกัน แต่มีรายละเอียดการดำเนินการที่แตกต่างกัน ทำให้อาจเกิดปัญหาในการดำเนินการเก็บข้อมูลต้นทุนในแต่ละโรงพยาบาล

ได้ ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงตัดสินใจเลือกกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดำเนินงานเป็นแบบแผนเพื่อเป็นโมเดลในการวิเคราะห์ต้นทุนในโรงพยาบาล

5.3 การวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนสร้างเสริมสุขภาพหลักในโรงพยาบาล

กิจกรรมที่นำมาวิเคราะห์ต้นทุนในการศึกษานี้คือ การฝากครรภ์ คลินิกเด็กดี การวางแผนครอบครัว และคลินิกอดบุหรี่ แม้ว่ากิจกรรมที่ 1-3 มีรูปแบบการดำเนินการที่ชัดเจน หากเมื่อลงเก็บข้อมูลจริงยังคงพบรูปแบบการดำเนินงานที่แตกต่างกันอยู่บ้างในแต่ละโรงพยาบาลที่มีบริบทที่แตกต่างกัน โดยใน 3 กิจกรรม (ก.-ค.) ในงานอนามัยแม่และเด็กมีฝ่ายเวชกรรมสังคมเป็นเจ้าภาพหลัก ดังนั้นในแต่ละโรงพยาบาลจะมีรูปแบบที่ใกล้เคียงกัน โดยในการศึกษานี้ พบว่ากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสามารถจัดองค์ประกอบได้ดังรายงานในตารางที่ 9 จากองค์ประกอบนี้เอง หากโรงพยาบาลต้องการวิเคราะห์ต้นทุนก็สามารถดำเนินการได้ ขั้นตอนการดำเนินงานของโรงพยาบาลนั้น ได้เน้นให้ผู้รับบริการได้ประโยชน์สูงสุด ดังนั้นในหลายกิจกรรมหรือขั้นตอน ได้อำนวยความสะดวกให้เป็น one stop service อีกด้วย

ต้นทุนของแต่ละแห่งที่เกิดขึ้นนั้นพบว่าส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่าแรง ดังข้อมูลในตารางที่ 10 ดังนั้น หากมีความต้องการมาจัดสรรงบประมาณ ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลนี้มาประกอบการพิจารณาได้ ปัจจัยที่มีผลต่อต้นทุนมีประเด็นเรื่องของเวลาที่ให้บริการเป็นส่วนประกอบสำคัญ เช่น คลินิกเด็กดีในเดือนที่ 9 (ครั้งที่ 4) ต้องมีการประเมินพัฒนาการซึ่งใช้เวลาเพิ่มขึ้นอีกเป็น 10 นาที การให้บริการนี้ก็จะทำให้ต้นทุนเฉลี่ยสูงขึ้นได้ การจ่ายยาหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการก็เป็นปัจจัยที่ทำให้ต้นทุนเพิ่มสูงขึ้น

อย่างไรก็ตาม การพิจารณาต้นทุนเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ ดังตัวอย่างของการวางแผนครอบครัว เช่นหากเลือกการฉีดยาคุมซึ่งมีราคาต้นทุนเฉลี่ยหลังจากที่มีการเทียบสัดส่วนอยู่ที่ 90.99 บาทแต่ต้องมารับการฉีดยาทุกๆ 3 เดือน ในขณะที่การได้รับการฝังยาคุมจะมีต้นทุนเฉลี่ยหลังจากที่มีการเทียบสัดส่วนอยู่ที่ 2,137.37 บาท แต่สามารถป้องกันได้ที่ 3 ปี เทียบได้เป็นยาฉีดที่ 3 ปี เท่ากับ 1,091.88 บาท หากดูที่ต้นทุนการให้บริการจะเห็นได้ว่ายาฉีดมีต้นทุนที่ต่ำกว่า แต่จะเห็นว่าผู้มารับบริการต้องมารับบริการเป็นจำนวน 12 ครั้งซึ่งเสี่ยงต่อการ loss to follow up ได้มากกว่ามาก และอาจก่อให้เกิดการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอีกได้ ดังนั้นในการให้บริการจริงนั้น หากเป็นผู้มารับบริการที่มีความเสี่ยงการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม จะแนะนำให้ทำการฝังยาคุม โดยเฉพาะในการตั้งครรภ์วัยรุ่น และการให้บริการนี้จะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเมื่ออยู่ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การให้บริการคลินิกอดบุหรี่ย ใน 3 โรงพยาบาลต้นแบบที่ได้ลงไปทำการสำรวจ ถือเป็นตัวอย่างของการเก็บต้นทุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนที่สามารถเป็นรูปแบบให้กับกิจกรรมอื่นๆได้ประยุกต์ใช้**มากที่สุด**เนื่องจากมีรูปแบบกิจกรรมที่หลากหลายขึ้นกับบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งแตกต่างจากกิจกรรม 3 กิจกรรมข้างต้นเนื่องจากมีแบบแผนที่ค่อนข้างชัดเจน พบว่าทั้ง 3 โรงพยาบาลพยายามทำให้การบริการเบ็ดเสร็จในขั้นตอนเดียวหรือลดขั้นตอนการดำเนินการให้มากที่สุด เนื่องจากทราบว่าผู้มารับบริการเรื่องการเลิกบุหรี่ยมีโอกาสที่จะกลับไปสูบบุหรี่เป็นอย่างมาก ต้นทุนการให้บริการของคลินิกอดบุหรี่ยี่นี้มีความหลากหลายจากการเลือกใช้ยาดังข้อมูลในภาคผนวก

การศึกษาข้อมูลต้นทุนด้วยการคิดต้นทุนแบบ activity based costing (ABC) ถือเป็นเรื่องที่ไม่คุ้นเคยในระบบงานกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความแตกต่างจากการคิดต้นทุนแบบดั้งเดิม (conventional) แต่ ABC ใช้เวลาที่ให้บริการ พื้นที่การใช้งาน หน่วย (unit) ของการใช้ทรัพยากรนั้นๆ โดยในที่นี้ใช้ตัวหลักต้นทุน (activity cost driver rate) เป็นเวลาที่ใช้ในการทำงาน เมื่อรวมเป็นต้นทุนของแต่ละกิจกรรม แล้วนำมารวมกับเวลาที่ใช้ และต้นทุนของยา ห้องปฏิบัติการ จึงรวมเป็นต้นทุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยจากการศึกษาทำให้ได้ข้อมูลต้นทุนของการให้บริการซึ่งอยู่ระหว่าง 90.99 ถึง 601 บาท

จุดแข็งและข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลเชิงลึกในโรงพยาบาลที่ได้รับการเลือก เป็นการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ โรงพยาบาลทั้งสามแห่งนี้เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลในแต่ละประเภทบริการได้ โดยข้อมูลนี้มีการเก็บจากผู้ให้บริการในหน่วยงานนั้นโดยตรง บางส่วนเป็นจากการจับเวลาซึ่งมีความแม่นยำสูงกว่า และบางส่วนเป็นการสัมภาษณ์

หากแต่การเก็บข้อมูลนี้ต้องไปเกี่ยวข้องกับตัวหลักต้นทุนทรัพยากรที่หลากหลาย ทำให้ต้องเกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงานปลีกย่อยของหลายหน่วยงาน การเก็บข้อมูลต้นทุนนี้ถือเป็นเรื่องที่ไม่คุ้นเคยของหลายๆหน่วยงานทำให้เกิดความไม่เข้าใจในเนื้อหาของการเก็บข้อมูลบางส่วน ข้อมูลส่วนค่าวัสดุและค่าเสื่อนั้นได้มาจากทางโรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลมาให้ ทำให้อาจไม่ครบถ้วน

ต้นทุนทางอ้อมในการศึกษานี้ เช่น ค่าดูแลสถานที่ ค่าใช้จ่ายบริหารจัดการ ยังไม่ได้รวมในการศึกษานี้ ดังนั้นต้นทุนกิจกรรมที่เกิดขึ้นนี้ อาจต่ำกว่าความเป็นจริงได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

หากมีการสร้างแบบเก็บข้อมูลให้ประสานอยู่กับงานประจำที่ทำซึ่งต้องมีการบันทึกข้อมูลเพื่อประกอบการเบิกจ่ายอยู่แล้วจะยิ่งช่วยให้การทำงานเป็นประโยชน์ยิ่งขึ้นและลดความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูลได้ นอกจากนี้ ข้อมูลต้นทุนที่ได้เมื่อเปรียบเทียบระหว่างชนิดงานและระหว่างโรงพยาบาลยังสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการ โดยการค้นหากระบวนการที่จะช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เหมาะสม ผลการศึกษานี้สามารถช่วยให้ผู้บริหารในแต่ละองค์กรในการบริหารจัดการทรัพยากรและกระบวนการให้เหมาะสมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้พัฒนาตัวชี้วัดการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลต่อไปในอนาคตได้ด้วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยครั้งต่อไป

การเก็บข้อมูลนี้สามารถกระจายสู่กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นวงกว้างได้ หากสามารถระบุตัวผลิตภัณฑ์ทรัพยากร และตัวผลิตภัณฑ์ต้นทุนได้ชัดเจน อย่างไรก็ตามยังมีข้อมูลส่วนของการให้บริการและการรับผลงานที่ต้องนำมาประกอบการคิดต้นทุนด้วย

หากต้องการทำการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมในอนาคต การทำการเก็บข้อมูลต้นทุนแบบไปข้างหน้าจะทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากกว่า แต่ถ้าจะทำแบบย้อนหลังให้ดีขึ้น ควรมีเวลาไปแนะนำการเก็บข้อมูลให้ละเอียดมากขึ้น และหากกระจายคนเก็บข้อมูลก็จะกระจายงานได้สะดวกขึ้น รวมถึงการออกแบบเก็บข้อมูลให้เก็บง่าย เพื่อไม่ให้เพิ่มงานจากที่ทำอยู่มากนัก จะทำให้การเก็บข้อมูลต้นทุนเป็นไปได้อย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

5.4 การพัฒนาตัวชี้วัดการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล

ในการศึกษานี้ ใช้กรอบของกิจกรรมที่มีการดำเนินอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ร่วมกับกรอบกิจกรรมของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทุกโรงพยาบาลต้องปฏิบัติตาม มาคำนวณต้นทุนเพื่อประมาณค่าดัชนี ดังรายงานในบทที่ 4 โดยกิจกรรมที่ประมาณการเพิ่มนี้ บางกิจกรรมไม่จำเป็นต้องรับบริการอย่างเต็มรูปแบบ แต่เป็นการให้บริการเพิ่มเติมจากที่ให้การรักษายาบาลกันอยู่ ดังนั้น ต้นทุนซึ่งใช้ในการศึกษานี้อาจสูงกว่าความเป็นจริงได้ จากต้นทุนที่คำนวณได้ สามารถสะท้อนถึงการใช้ทรัพยากรในแต่ละกิจกรรม เช่น การวางแผนครอบครัว มีต้นทุนที่ต่ำกว่า การฝากครรภ์ จึงอาจกล่าวได้ว่า การวางแผนครอบครัวใช้ทรัพยากรที่น้อยกว่า

การพัฒนาดัชนีนี้มีความมุ่งหวังให้เห็นภาพสะท้อนของการทำงานซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อ
การจัดสรรทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



1. Pickett GE, Hanlon JJ. Public health : administration and practice. 9 th ed. St. Louis: Times Mirror/Mosby College Pub.; 1990.
2. World Health Organization. Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences. World Health Organization; 2009.
3. Groene O, Garcia-Barbero M. Health promotion in hospitals: Evidence and quality management. WHO Regional Office for Europe: World Health Organization Country Systems PaS, Support DoC; 2005.
4. Groene O, Jorgensen SJ. Health promotion in hospitals--a strategy to improve quality in health care. Eur J Public Health. 2005;15(1):6-8.
5. World Health Organization. Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences. World Health Organization; 2009.
6. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. หนึ่งในความภาคภูมิใจการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2554.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. รายงานสถิติสาธารณสุข. นนทบุรี; 2553.
8. กระทรวงสาธารณสุข สก. Annual Report 2011. นนทบุรี; 2553.
9. กระทรวงสาธารณสุข กแ. โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ฉบับบูรณาการระหว่างกรมอนามัยและกรมควบคุมโรค (HPH PLUS). กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค กแ; 2552 ปรับปรุงครั้งสุดท้ายวันที่ 23 ม.ค. 2552.
10. [Available from: www.senate.go.th/bug/bk_data/82-1.pdf.
11. Saan H, Wise M. Enable, mediate, advocate. Health Promot Int. 2011;26 Suppl 2:ii187-93.
12. Brug J, Tak NI, Velde SJT. Evaluation of nationwide health promotion campaigns in the Netherlands:an exploration of practices, wishes and opportunities. Health Promotion International. 2011;26(2):244-54.
13. McQueen DV, De Salazar L. Health promotion, the Ottawa Charter and 'developing personal skills': a compact history of 25 years. Health Promot Int. 2011;26 Suppl 2:ii194-201.
14. Carter SM, Rychetnik L, Lloyd B, Kerridge IH, Baur L, Bauman A, et al. Evidence, ethics, and values: a framework for health promotion. Am J Public Health. 2011;101(3):465-72.

15. Johnson A, Baum F. Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promot Int.* 2001;16(3):281-7.
16. Tung, editor *The Implementation of HPH in Taiwan.* HPH Conference; 2007; Vienna.
17. Groene O, Alonso J, Klazinga N. Development and validation of the WHO self-assessment tool for health promotion in hospitals: results of a study in 38 hospitals in eight countries. *Health Promot Int.* 2010;25(2):221-9.
18. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. 2549.
19. Raphael D. The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International.* 2000;15(4):355-67.
20. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557. การบริหารงบประมาณทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิง; 2557. p. 143-61.
21. JR K, G P. *The migration of managerial innovation. Diagnosis-related groups and health care administration in Western Europe.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1993.
22. R. M. The origins, development, and passage of Medicare's revolutionary prospective payment system. *J Hist Med Allied Sci.* 2007;62(1):21-55.
23. I. M, F. W. Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ.* 2013;91(10):746-56A.
24. พรรณารุโณทัย ศ. กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม: การพัฒนาและประโยชน์ในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก; ธันวาคม 2544.
25. พรรณารุโณทัย ศ, วงษ์คนารัตนกุล ป. *ประมาณการรายจ่ายชุดสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุข ครอบคลุมบริการการแพทย์ทุกอย่างที่ให้แก่ผู้ที่สังคมต้องช่วยเหลือเกื้อกูล กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย; 2540.*

26. ตั้งเจริญเสถียร ว, พัทธนนฤมล ว, ทิษยาธิคม ก. การวิเคราะห์ต้นทุนสถานบริการสาธารณสุข โปรแกรมสำเร็จรูป (CD-ROM) ของการวิเคราะห์ต้นทุน. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
27. เขียวเจริญ อ, พรรณารุณทภัย ศ, ชิงสนธิพร ช, ธีวไพบูลย์ อ. ต้นทุนผู้ป่วยรายบุคคลสำหรับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมประเทศไทย: วิธีต้นทุนจุลภาค. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2554;20(4):572-85.
28. เชียงไชยสกุลไชย ข, เขียวเจริญ อ, วงศ์ใหญ่ ธ, ศรศิลป์ ด, แสงวณิช อ. ต้นทุนในการให้บริการของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2553-2554. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2554.
29. Cooper R, Kaplan RS. Measure Costs Right: Make the Right Decisions. Harvard Business Review. 1988(September-October 1988):96-103.
30. Cooper R, Kaplan RS. Activity-Based Systems: Measuring the Costs of Resource Usage. Accounting Horizons. 1992(September):1-13.
31. Blocher E, Stout D, Cokins G, Chen KH. Activity-Based Costing and Management. 2008. In: Cost Management [Internet]. McGraw-Hill Companies, Inc. 4th.
32. Yardley Management Solutions I. Activity Based Costing (ABC) For Hospitals 2012 [cited 2014 January 5]. Available from: http://www.ymsolutions.com/hospital-cost-accounting/4_5_activity-based-costing-abc-for-hospitals-and-health-systems.
33. Sopanna W. Prevention and promotion activities-based costing of primary care unit : a case study of Salalumduan, Sakaeo province, Thailand. Bangkok: Mahidol University; 2004.
34. Kuchta D, Zabek S. Activity-based costing for health care institutions. 8th International Conference on Enterprise Systems, Accounting and Logistics (8th ICESAL 2011); Thassos Island, Greece 2011. p. 12.
35. Boehler CE, Milton KE, Bull FC, Fox-Rushby JA. The cost of changing physical activity behaviour: evidence from a “physical activity pathway” in the primary care setting. BMC Public Health. 2011;11:370.
36. สำนักบริหารการสาธารณสุข. แผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) รร.เซนต์ราแ ละ ะ คุ น ย์ ร ำ ช ก ำ ร 2 5 5 5 [Available from: <http://uto.moph.go.th/other/serviceplan/data/mn3.pdf>.

37. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การบริหารงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวและบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. พิมพ์ครั้งที่ 1 ed2559 ตุลาคม 2559. 450 p.
38. Chi DL. Reducing Alaska Native paediatric oral health disparities: a systematic review of oral health interventions and a case study on multilevel strategies to reduce sugar-sweetened beverage intake. *International journal of circumpolar health*. 2013;72:21066.
39. Bradshaw T, Lovell K, Harris N. Healthy living interventions and schizophrenia: a systematic review. *Journal of advanced nursing*. 2005;49(6):634-54.
40. Baer HJ, Cho I, Walmer RA, Bain PA, Bates DW. Using electronic health records to address overweight and obesity: a systematic review. *American journal of preventive medicine*. 2013;45(4):494-500.
41. Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Archives of internal medicine*. 2005;165(9):986-95.
42. Brereton L, Carroll C, Barnston S. Interventions for adult family carers of people who have had a stroke: a systematic review. *Clinical rehabilitation*. 2007;21(10):867-84.
43. Chan CW, Perry L. Lifestyle health promotion interventions for the nursing workforce: a systematic review. *Journal of clinical nursing*. 2012;21(15-16):2247-61.
44. Renfrew MJ, Craig D, Dyson L, McCormick F, Rice S, King SE, et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. *Health technology assessment (Winchester, England)*. 2009;13(40):1-146, iii-iv.
45. Monasta L, Batty GD, Macaluso A, Ronfani L, Lutje V, Bavcar A, et al. Interventions for the prevention of overweight and obesity in preschool children: a systematic review of randomized controlled trials. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2011;12(5):e107-18.

46. Spiby H, McCormick F, Wallace L, Renfrew MJ, D'Souza L, Dyson L. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery*. 2009;25(1):50-61.
47. Lam OL, Zhang W, Samaranayake LP, Li LS, McGrath C. A systematic review of the effectiveness of oral health promotion activities among patients with cardiovascular disease. *International journal of cardiology*. 2011;151(3):261-7.
48. Ziglio E, Simpson S, Tsouros A. Health promotion and health systems: some unfinished business. *Health Promot Int*. 2011;26 Suppl 2:ii216-25.



รายการอ้างอิง

(1)





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามการสำรวจกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถามกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลระดับชุมชน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย และกิจกรรมที่ริเริ่มขึ้นโดยโรงพยาบาลของตนเอง โดยทำการเก็บข้อมูลส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์หรือเก็บจากผู้เข้าร่วมประชุม จากโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการสุ่ม

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลระดับชุมชน ที่ดำเนินการโดย พญ. ภาณี เหล่าอิทธิ จากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการวิจัยจากสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ข้อมูลที่ได้จะถูกใช้เพื่อทำงานวิจัยนี้เท่านั้น จะสรุปผลเป็นภาพรวมและไม่เปิดเผยข้อมูลรายโรงพยาบาลโดยเด็ดขาด

ทั้งนี้ ขอความกรุณาให้ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้แทนที่มีบทบาทในงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลของท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามแบ่งเป็นสามส่วน

ส่วนที่หนึ่ง เป็นการสอบถามข้อมูลการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยแบ่งคำถามตามกลุ่มเป้าหมาย ออกเป็นกลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่มบุคลากรของโรงพยาบาล
- 2) กลุ่มผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการของโรงพยาบาล
- 3) กลุ่มญาติผู้ป่วยหรือผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล (ไม่ได้ป่วย)
- 4) กลุ่มประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล หรือพื้นที่อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาล

ส่วนที่สอง เป็นการสอบถามข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลและผู้ตอบ

ส่วนที่สาม เป็นข้อความคำถามเกี่ยวกับลักษณะของแบบสอบถาม ข้อจำกัด และ ข้อเสนอแนะ

ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกส่วนและส่งกลับมายังทีมวิจัยนี้ ทั้งนี้เพื่อเป็นการขอบคุณท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่าของท่านในการตอบแบบสอบถามชุดนี้ นักวิจัยได้จัดให้มีของตอบแทนให้แก่ผู้ตอบแบบสอบถามครบถ้วน หากพบปัญหาในการใช้ระบบแบบสอบถามออนไลน์ โปรดแจ้งที่ ดร.ภัทรพรรณ อดทนหมายเลขโทรศัพท์ 089 028 8884 หรือ นางสาวปิยะอร แดงพยนต์ หมายเลขโทรศัพท์ 092 650 7461

การตอบแบบสอบถามนี้ถือเป็นการยินดีเข้าร่วมการศึกษานี้และหากท่านมีข้อสงสัยใดๆเกี่ยวกับแบบสอบถามหรือการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ พญ.ภาณี เหล่าอิทธิ หมายเลขโทรศัพท์ 0819231176 หรือ คุณเรืองศิริ ไกรคง หมายเลขโทรศัพท์ 0817853519

ส่วนที่ 1 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลของท่าน

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในงานวิจัยนี้ หมายถึง งานหรือกิจกรรมหรือโครงการที่มุ่งเน้นในการสร้างเสริมให้ผู้ได้รับบริการหรือผู้เข้าร่วมโครงการมีสุขภาพดีและป้องกันการเกิดโรคหรือชะลอการเกิดอาการของโรคต่างๆ โดยแยกตามกลุ่มเป้าหมายการสำรวจกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มบุคลากร กลุ่มผู้ป่วยและผู้มารับบริการ กลุ่มญาติหรือผู้ที่ไม่ได้ป่วยและประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลกิจกรรมดังกล่าว

อาจเป็นไปได้ทั้งการรณรงค์สร้างความตระหนักรู้ให้ สู้ศึกวิชาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการสร้างสุขภาพหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงสุขภาพต่างๆ โดยในกรณีของการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วย จะรวมเฉพาะการป้องกันการเกิดโรคนอกเหนือจากโรคที่เป็นสาเหตุของการมาโรงพยาบาล



1) กิจกรรมสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล

ขอความกรุณาทำในใส่เครื่องหมาย (☑) ในกล่องว่ามีหรือไม่มีการดำเนินงานกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่อไปนี สำหรับกลุ่มบุคลากรของโรงพยาบาลหรือไม่ ถ้าตอบ มี ต้องระบุชื่อกิจกรรมหรือโครงการที่การดำเนินการ

ประเภทกิจกรรม	ไม่มี	มีเป็น ครั้งคราว	มีเป็น ประจำ	ชื่อกิจกรรมหรือโครงการ (ถ้ามีการดำเนินการ)
การตรวจสุขภาพตามกลุ่มวัย ในกลุ่มบุคลากร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
การตรวจสุขภาพตามลักษณะ งานในกลุ่มบุคลากร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
การฉีดวัคซีนป้องกันโรคใน กลุ่มบุคลากร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
การจัดการความเครียดในกลุ่ม บุคลากร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
การส่งเสริมกิจกรรมทางกายใน กลุ่มบุคลากร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
การจัดการความอ้วน และ น้ำหนักเกินในกลุ่มบุคลากร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
การส่งเสริมอาหารและภาวะ โภชนาการที่เหมาะสม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
การจัดกิจกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ ในกลุ่มบุคลากรที่สูบบุหรี่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
การจัดกิจกรรมเพื่อลด/เลิก เหล้าในกลุ่มบุคลากร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ประเภทกิจกรรม	ไม่มี	มีเป็น ครั้งคราว	มีเป็น ประจำ	ชื่อกิจกรรมหรือโครงการ (ถ้ามีการดำเนินการ)
	การรณรงค์ขับชื้อพาหนะ ปลอดภัย ในกลุ่มบุคลากร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อ ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	อื่นๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ขอความร่วมมือท่านระบุชื่อกิจกรรมหรือโครงการ หากมีจำนวนมาก ให้ระบุกิจกรรมที่เป็นเรื่องเด่นๆ



2) กลุ่มผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการของโรงพยาบาล

ขอความกรุณาทำในเครื่องหมาย (☑) ในกล่องว่ามีหรือไม่มีการดำเนินงานกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่อไปนี้ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการที่แผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาลหรือไม่ ถ้าตอบ มี ต้องระบุชื่อกิจกรรมหรือโครงการที่ดำเนินการ

ประเภทกิจกรรม	ไม่มี	มีเป็น ครั้งคราว	มีเป็น ประจำ	ชื่อกิจกรรมหรือโครงการ (ถ้ามีการดำเนินการ)
การตรวจสุขภาพตามกลุ่มวัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
การฉีดวัคซีนป้องกันโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
การจัดการความเครียด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
การจัดการความอ้วน และ น้ำหนักเกิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
การส่งเสริมอาหารและภาวะ โภชนาการที่เหมาะสม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
การจัดกิจกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ ในกลุ่มผู้รับบริการที่สูบบุหรี่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
การจัดกิจกรรมเพื่อลด/เลิก เหล้าในกลุ่มผู้รับบริการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ประเภทกิจกรรม	ไม่มี	มีเป็น ครั้งคราว	มีเป็น ประจำ	ชื่อกิจกรรมหรือโครงการ (ถ้ามีการดำเนินการ)
	การรณรงค์ขับชื้อพาหนะ ปลอดภัย ในกลุ่มผู้รับบริการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อ ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	อื่นๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ขอความร่วมมือท่านระบุชื่อกิจกรรมหรือโครงการ หากมีจำนวนมาก ให้ระบุกิจกรรมที่เป็นเรื่องเด่นๆ

3) กลุ่มญาติผู้ป่วยหรือผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

ขอความกรุณาท่านใส่เครื่องหมาย (☑) ในกล่องว่ามีหรือไม่มีการดำเนินงานกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่อไปนี้ สำหรับกลุ่มญาติผู้ป่วยหรือผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับบริการเองหรือไม่ ถ้าตอบ มี ต้องระบุชื่อกิจกรรมหรือโครงการที่การดำเนินการ

	ประเภทกิจกรรม	ไม่มี	มีเป็น ครั้งคราว	มีเป็น ประจำ	ชื่อกิจกรรมหรือโครงการ (ถ้ามีการดำเนินการ)
	การตรวจสุขภาพตามกลุ่มวัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	การฉีดวัคซีนป้องกันโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	การจัดการความเครียด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	การจัดการความอ้วน และ น้ำหนักเกิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	การส่งเสริมอาหารและภาวะ โภชนาการที่เหมาะสม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	การจัดกิจกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ ใน กลุ่มผู้รับบริการที่สูบบุหรี่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	การจัดกิจกรรมเพื่อลด/เลิกเหล้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	การณรงค์ขับชีพาทะนุะปลอดภัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ประเภทกิจกรรม	ไม่มี	มีเป็น ครั้งคราว	มีเป็น ประจำ	ชื่อกิจกรรมหรือโครงการ (ถ้ามีการดำเนินการ)
	การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อ การสร้างเสริมสุขภาพ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	อื่นๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ขอความร่วมมือท่านระบุชื่อกิจกรรมหรือโครงการ หากมีจำนวนมาก ให้ระบุกิจกรรมที่เป็นเรื่องเด่นๆ



4) กลุ่มประชาชนทั่วไป ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล หรือพื้นที่อื่นๆ ที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาล

	ประเภทกิจกรรม	ไม่มี	มีเป็น ครั้งคราว	มีเป็น ประจำ	ชื่อกิจกรรมหรือโครงการ (ถ้ามีการดำเนินการ)
1	การตรวจสุขภาพตามกลุ่มวัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	การฉีดวัคซีนป้องกันโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	การจัดการความเครียด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	การจัดการความอ้วน และ น้ำหนักเกิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	การส่งเสริมอาหารและภาวะ โภชนาการที่เหมาะสม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	การจัดกิจกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ ใน กลุ่มผู้รับบริการที่สูบบุหรี่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	การจัดกิจกรรมเพื่อลด/เลิกเหล้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	การณรงค์ขับชีพาทะหนะปลอดภัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อ การสร้างเสริมสุขภาพ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	อื่นๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ประเภทกิจกรรม	ไม่มี	มีเป็น ครั้งคราว	มีเป็น ประจำ	ชื่อกิจกรรมหรือโครงการ (ถ้ามีการดำเนินการ)

ขอความร่วมมือท่านระบุชื่อกิจกรรมหรือโครงการ หากมีจำนวนมาก ให้ระบุกิจกรรมที่เป็นเรื่องเด่นๆ



ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล _____

จำนวนเตียงตามกรอบ _____ เตียง

จำนวนเตียงการให้บริการจริง (Active Bed) _____ เตียง

จังหวัด _____ เขตสุขภาพที่ _____



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานด้านกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

บทบาทหน้าที่ของผู้ตอบแบบสอบถาม _____
 ตำแหน่งงาน _____ ทำงานในโรงพยาบาลมานาน _____ ปี
 ทำงานด้านงานสร้างเสริมสุขภาพมานาน _____ ปี
 ตำแหน่งงาน (หากมีตำแหน่งงานพิเศษ โปรดระบุ) _____

- การทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบันของท่านมีแรงจูงใจจากเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1. เป็นความภาคภูมิใจที่ได้ทำ
 - 2. ทำเพราะได้รับมอบหมาย ทำเพราะเป็นหน้าที่ในสายงาน
 - 3. ทำเพราะเป็นข้อกำหนดของเกณฑ์การประเมินต่างๆ คือ _____
 - 4. อื่นๆ โปรดระบุ _____
- การทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลของท่าน ได้รับการสนับสนุน หรือไม่ อย่างไร
 - 1. สนับสนุนเป็นปัจจัยด้านการเงิน
 - 1. เงินของโรงพยาบาล
 - 2.1 จากแหล่งใด
 - 2. เงินสนับสนุนจากส่วนกลาง
 - 3. เงินสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นในจังหวัดหรือ เขต
 - 4. เงินสนับสนุนจากภาคเอกชน
 - 2. สนับสนุนเป็นสิ่งของ
 - 2.2 จากแหล่งใด
 - 1. จากโรงพยาบาล
 - 2. จากส่วนกลาง
 - 3. จากหน่วยงานอื่นในจังหวัดหรือ เขต
 - 4. จากภาคเอกชน
 - 3. สนับสนุนเป็นกำลังคน
 - 2.3 จากแหล่งใด
 - 1. จากโรงพยาบาล
 - 2. จากส่วนกลาง
 - 3. จากหน่วยงานอื่นในจังหวัดหรือ เขต
 - 4. จากภาคเอกชน
 - 4. อื่นๆ โปรดระบุ _____
 - 2.4 จากแหล่งใด
 - 1. จากโรงพยาบาล
 - 2. จากส่วนกลาง
 - 3. จากหน่วยงานอื่นในจังหวัดหรือ เขต
 - 4. จากภาคเอกชน
- ท่านคิดว่างานสร้างเสริมสุขภาพควรได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มขึ้นหรือไม่ ไม่ต้อง ใช่ หากใช่ จากแหล่งใด _____
- ท่านคิดว่างานสร้างเสริมสุขภาพควรได้รับการสนับสนุนอื่นๆ เพิ่มขึ้นหรือไม่ ไม่ต้อง ใช่ หากใช่ จากแหล่งใด _____

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อเสนอแนะ

ภาคผนวก ข
ขั้นตอนการกรอกข้อมูล



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเข้ากรอกแบบสอบถามได้ที่เว็บไซต์

<http://websurvey.in.th/healthpro> ตามรายละเอียดขั้นตอน ดังนี้

1. Login ด้วย Username/Password ตามที่ได้รับรับแจ้ง
2. การกรอกข้อมูล
 - 2.1 การตอบแบบสอบถาม ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถอ่านรายละเอียดใบยินยอม คำชี้แจง และตัวแบบสอบถามก่อนลงมือทำแบบสอบถาม เมื่อผู้ตอบแบบสอบถามศึกษารายละเอียดเรียบร้อยแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการกรอกรายละเอียดในใบยินยอมการเข้าร่วมโครงการและกดปุ่ม “คลิก” ตรงส่วนท้ายใบยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย เสร็จแล้วจึงกดปุ่ม “บันทึกข้อมูล” จึงจะสามารถเข้าทำแบบสอบถามได้
 - 2.2 การกรอกข้อมูลและการบันทึกข้อมูล ซึ่งแบบสอบถามจะแบ่งออกเป็นส่วนๆ ผู้ตอบแบบสอบถามต้องกรอก ข้อมูลลงในแบบสอบถามทีละข้อและทีละส่วนตามลำดับ เมื่อกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วกดปุ่ม “บันทึกข้อมูล” ก่อนการกดปุ่ม “บันทึกข้อมูล” ผู้ตอบแบบสอบถามต้องตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่กรอกแล้ว ก่อนการบันทึกข้อมูล เนื่องจากระบบกำหนดให้ดำเนินการได้เพียงครั้งเดียว และการกรอกข้อมูลต้องทำการ “บันทึกข้อมูล” ตามลำดับไปที่ละข้อและทีละส่วนจนครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว
3. เมื่อผู้ตอบแบบสอบถาม ได้ตอบแบบสอบถามครบถ้วนพร้อมกับการยืนยันการบันทึกข้อมูลไปแล้วนั้น หากผู้ตอบ ต้องการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล ต้องแจ้งกลับมาที่ส่วนดูแล
4. หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับแบบสอบถามหรือการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ พญ.ภรณี เหล่าอิทธิ หมายเลขโทรศัพท์ 081 923 1176 หรือ คุณเรืองศิริ ไกรคง หมายเลขโทรศัพท์ 081 785 3519

ภาคผนวก ค.

การศึกษาองค์ประกอบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการสำรวจ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตาราง ประเภทกิจกรรมสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล

#	ประเภทกิจกรรม	ความถี่					
		ไม่มี		เป็นครั้งคราว		ประจำ	
		จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1	การตรวจสุขภาพตามกลุ่มวัย ในกลุ่มบุคลากร	3	0.01	10	0.05	206	0.94
2	การตรวจสุขภาพตามลักษณะงานในกลุ่มบุคลากร	21	0.10	39	0.18	159	0.73
3	การฉีดวัคซีนป้องกันโรคในกลุ่มบุคลากร	3	0.01	29	0.13	187	0.85
4	การจัดการความเครียดในกลุ่มบุคลากร	27	0.12	77	0.35	115	0.53
5	การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มบุคลากร	9	0.04	83	0.38	127	0.58
6	การจัดการความอ้วน และน้ำหนักเกินในกลุ่มบุคลากร	14	0.06	93	0.42	112	0.51
7	การส่งเสริมอาหารและภาวะโภชนาการที่เหมาะสม	45	0.21	88	0.40	86	0.39
8	การจัดกิจกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ ในกลุ่มบุคลากรที่สูบบุหรี่	43	0.20	73	0.33	102	0.47
9	การจัดกิจกรรมเพื่อลด/เลิกเหล้าในกลุ่มบุคลากร	52	0.24	78	0.36	88	0.40
10	การรณรงค์ขับช้ำพาหนะปลอดภัย ในกลุ่มบุคลากร	13	0.06	56	0.26	149	0.68
11	การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	18	0.08	44	0.20	156	0.72
12	อื่นๆ	180	0.82	7	0.03	32	0.15

กิจกรรมที่ได้รับการระบุในกลุ่มบุคลากรจำแนกเป็นประเภทต่างๆได้ ดังนี้

1. **โครงการที่เน้นการตรวจประเมินด้านสุขภาพ** ได้แก่ โครงการตรวจสุขภาพประจำปี บุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาล, การทดสอบสมรรถนะทางกายด้วยการเดิน 2 กิโลเมตร, การทดสอบสมรรถนะของปอดด้วยการเป่าเครื่อง Peak Flow, ทดสอบโดยใช้เครื่องมือตามมาตรฐานและกำหนดระยะทางในการวิ่ง (จับเวลา)
2. **โครงการที่เน้นด้านการเพิ่มสมรรถนะทางกาย** ได้แก่ โครงการลดพุงลดโรคโดยกิจกรรม แกว่งแขนและเต้นบาสะโล็บทุกวันช่วงเวลา 16.00-16.30 น., การวิ่งเพื่อสุขภาพ, การออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิค, การปั่นจักรยานเพื่อสุขภาพ, โครงการชกมวยสบายชีวี, จัดให้มีห้องฟิตเนสให้เจ้าหน้าที่ในการออกกำลังกายทุกวัน, โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายในบุคลากรโรงพยาบาล, โครงการรักษัหัวใจ, ประกวดบุคคลต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพ, รางวัลสำหรับผู้มีสุขภาพดีทุกปี, รางวัลสำหรับผู้ที่สามารถลดน้ำหนักได้ต่อเนื่องทุกเดือน, ร่วมประกวดการเต้นออกกำลังกายทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน
3. **โครงการที่ปรับสิ่งแวดล้อมและเสริมสร้างบรรยากาศในการทำงาน** ได้แก่ ส่งเสริมการบริการด้วยหัวใจ เช่น เรื่องเล่า, กิจกรรม OD ของโรงพยาบาลต่างๆ, การจัดทัศนศึกษา, โครงการหมู่บ้านต้นแบบการจัดการสุขภาพ, โรงพยาบาลมีนโยบายปลอดเหล้า/ปลอดบุหรี่, ได้รับรางวัลองค์กรไร้พุงต้นแบบปี2558 (กรมอนามัย), มีชมรมออกกำลังกายและมีสถานที่

- เพื่อออกกำลังกาย, มีสวนสาธารณะสำหรับวิ่งออกกำลังกาย ; มีลานเดินแอโรบิก ; มีสนามกีฬา ฟุตบอล วอลเลย์บอล สนามบาสเก็ตบอล สนามตะกร้อ, มีเลนถนนสำหรับปั่นจักรยาน
4. **โครงการที่เพิ่มคุณภาพชีวิตของบุคลากร** ได้แก่ การจัดกิจกรรมสินค้าพื้นเมืองผักปลอดสารพิษทุกวันพุธ, จัดอาหารว่างเป็นเมนูสุขภาพ, โรงพยาบาลมีนโยบายห้ามบุคลากรยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดและการพนัน, สวัสดิการ เช่น ของขวัญการศึกษาบุตร, ของขวัญวันเกิด, เยี่ยมเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย, แสดงความยินดีเมื่อจบการศึกษา, สนับสนุนผู้ปฏิบัติงานดีเด่นด้านการไม่ลาทุกประเภท (อุทิศตนเพื่อส่วนรวม), ตลาดผักสดปลอดสารพิษ, รณรงค์ให้รับประทานข้าวกล้องในโรงพยาบาลทั้งโรงครัวและร้านสหกรณ์;จัดบริการอาหารว่างประชุมโดยน้ำเครื่องดื่มสมุนไพรน้ำแก้วเหลือง น้ำอัญชัน น้ำใบเตย น้ำกระเจี๊ยบ น้ำแครอท น้ำผึ้ง น้ำมะนาว น้ำเก็กฮวย น้ำขิง, ส่งเสริมการแปรงฟัน ตรวจสุขภาพช่องปาก
 5. **โครงการที่เสริมสร้างสุขภาพใจ** ได้แก่ การสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรม, กำหนดวันปฏิบัติธรรม 5 วัน/ปี(ไม่ถือเป็นวันลา), กิจกรรมทำบุญตักบาตรทุกๆเดือนๆละครั้ง, กิจกรรมเสี่ยงตามสายยามเช้าเพื่อปลุกจิต, การทำบุญตักบาตรเนื่องในวันก่อตั้งโรงพยาบาล, โครงการอบรมเจ้าหน้าที่ "ปฏิบัติธรรม", โครงการสร้างสุขบุคลากร, โครงการอบรมพัฒนาจิต, โครงการอบรมแพทย์วิถีธรรม, โครงการจริยธรรม,ตักบาตรทำบุญทุกวันพุธที่ 2 ของเดือน, ทำบุญตักบาตรในโรงพยาบาล, ทำบุญประจำปีในหน่วยงาน;ร่วมกิจกรรมทางศาสนาตามประเพณีของชุมชน
 6. **โครงการอื่นๆ** ได้แก่ กิจกรรมรณรงค์ตามวาระ วันสำคัญต่างๆ, โครงการรณรงค์ของ To be number one, รณรงค์ปิ่นเพื่อพ่อ ปิ่นเพื่อแม่

ตาราง ประเภทกิจกรรมสำหรับกลุ่มผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการของโรงพยาบาล

#	ประเภทกิจกรรม	ความถี่					
		ไม่มี		เป็นครั้งคราว		ประจำ	
		จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1	การตรวจสุขภาพตามกลุ่มวัย	19	0.09	44	0.20	155	0.71
2	การฉีดวัคซีนป้องกันโรค	5	0.02	33	0.15	180	0.83
3	การจัดการความเครียด	22	0.10	53	0.24	143	0.66
4	การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	26	0.12	68	0.31	124	0.57
5	การจัดการความอ้วน และน้ำหนักเกิน	33	0.15	69	0.32	116	0.53
6	การส่งเสริมอาหารและภาวะโภชนาการที่เหมาะสม	15	0.07	55	0.25	148	0.68
7	การจัดกิจกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ ในกลุ่มผู้รับบริการที่สูบบุหรี่	18	0.08	44	0.20	156	0.72
8	การจัดกิจกรรมเพื่อลด/เลิกเหล้าในกลุ่มผู้รับบริการ	43	0.20	53	0.24	122	0.56
9	การณรงค์ขับขี้น้ำหนะปลอดภัย ในกลุ่มผู้รับบริการ	32	0.15	76	0.35	110	0.50
10	การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	24	0.11	46	0.21	148	0.68
11	อื่นๆ	192	0.88	5	0.02	21	0.10

กิจกรรมสำหรับกลุ่มผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการของโรงพยาบาลมีการระบุกิจกรรมเพิ่มเติมไว้ ดังนี้

1. **โครงการเพื่อการดูแลและให้ความรู้ผู้ป่วยตามกลุ่มโรค** ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยคลินิก COPD (การเป่า Peak flow, Six minute walk), การสอนให้ความรู้เรื่องยาโดยเภสัชกร, รณรงค์หันตาสุขาภาพ, การให้ความรู้เรื่องโรคต่างๆในคลินิกผู้ป่วยนอก, กิจกรรมของแพทย์แผนไทยในคลินิก NCD, กิจกรรมนิทรรศการวันสำคัญเช่น วันไต วันเบาหวาน, โครงการการคัดกรองตรวจหาสารเสพติดแก่ผู้มารับบริการตรวจร่างกาย, โครงการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวาน, โครงการบริการตรวจสุขภาพประชาชนและผู้ประกันตน, โครงการคนหนองแควร่วมต้านภัยโรคแทรกซ้อน Metabolic, โครงการรณรงค์ตรวจสุขภาพภาคประชาชน, ติดป้ายเตือนภาวะอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ ฉียบปล้นในจุดต่างๆ, โครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เครือข่ายสุขภาพมีมาตรฐานการจัดการลดโรคและภัยสุขภาพทุกกลุ่มวัย ปี 2559, มีป้ายประชาสัมพันธ์และจัดนิทรรศการ ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในทุกๆ จุดบริการของโรงพยาบาล
2. **โครงการที่เน้นบุคคล** ได้แก่ สร้าง Role Model เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้ป่วยรายอื่นๆ, มีส่วนร่วม เช่น เป็นผู้นำเต้นแอโรบิก การร่วมเป็นทีมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน
3. **โครงการเพื่อปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ** ได้แก่ การแยกขยะในโรงพยาบาล, การรักษาความสะอาด, ภาพการล้างมือที่ถูกวิธี, กิจกรรมคัดกรองสารเคมีเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส, จัดทำสวนหย่อม, จัดทำห้องสำหรับดูแลระยะสุดท้าย, ตลาดผักสด

ปลอดสารพิษ, มีสถานที่จัดกิจกรรมเต้นแอโรบิคหลังเลิกงานทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี (สัปดาห์ละ 2 วัน) ร่วมกับชุมชนหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบ

4. **โครงการในการปรับคุณภาพชีวิต** ได้แก่ กิจกรรมต่อต้านยาเสพติด, การจัดน้ำดื่มสมุนไพร, การผ่อนคลายด้วยเพลงดอกไม้บานทุกวันในตึกผู้ป่วยนอก, โครงการตัดบาตรข้างเตียง๒ครั้ง/เดือน, จัดการออกกำลังกาย Aerobic ทุกวัน จันทร์ พุธ และวันศุกร์ของสัปดาห์ เป็นประจำ, ปรับปรุงการบริการดุจญาติ, สวดมนต์เช้าหลังเคารพธงชาติ, สวดมนต์ก่อนนอนในตึกผู้ป่วยใน, ตักบาตรทุกเช้าวันพฤหัสบดี, มีกิจกรรมจิตอาสาดนตรีบำบัดทุกวันศุกร์ จิตอาสาหล่อฟวงห่วงใยสุขภาพ
5. **โครงการพิเศษอื่นๆ** ได้แก่ กิจกรรมวันสำคัญเช่น วันพยาบาล, กิจกรรมสร้างสุขภาพในงานบุญ เช่น งานประเพณีบุญบั้งไฟ, โครงการรณรงค์ควบคุมป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่



ตาราง ประเภทกิจกรรมสำหรับกลุ่มญาติผู้ป่วยหรือผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

#	ประเภทกิจกรรม	ความถี่					
		ไม่มี		เป็นครั้งคราว		ประจำ	
		จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1	การตรวจสุขภาพตามกลุ่มวัย	131	0.61	43	0.20	41	0.19
2	การฉีดวัคซีนป้องกันโรค	140	0.65	46	0.21	29	0.13
3	การจัดการความเครียด	83	0.39	61	0.28	71	0.33
4	การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	101	0.47	61	0.28	53	0.25
5	การจัดการความอ้วน และน้ำหนักเกิน	111	0.52	55	0.26	49	0.23
6	การส่งเสริมอาหารและภาวะโภชนาการที่เหมาะสม	92	0.43	60	0.28	63	0.29
7	การจัดกิจกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ ในกลุ่มผู้รับบริการที่สูบบุหรี่	80	0.37	52	0.24	83	0.39
8	การจัดกิจกรรมเพื่อลด/เลิกเหล้า	103	0.48	47	0.22	65	0.30
9	การรณรงค์ขับขี้น้ำทอนะปลอดภัย	58	0.27	57	0.27	100	0.47
10	การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	62	0.29	31	0.14	122	0.57
11	อื่นๆ	200	0.92	4	0.02	13	0.06

ตัวอย่างกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ สำหรับญาติผู้ป่วยหรือผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการระบุเพิ่มเติม ได้แก่

1. **กิจกรรมที่ป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มโรค** ได้แก่กิจกรรมการล้างมือ, ภาพการล้างมือถูกวิธี, โครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เครือข่ายสุขภาพมีมาตรฐานการจัดการลดโรคและภัยสุขภาพทุกกลุ่มวัย ปี 2559, โครงการควบคุมและป้องกันเอดส์ในสถานศึกษา, โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงโดยชุมชนมีส่วนร่วมเครือข่ายปีงบประมาณ 2559, โครงการรณรงค์ ลดละเลิกบุหรี่, รณรงค์ป้องกันไข้หวัดใหญ่
2. **กิจกรรมที่ตรวจประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรค** ได้แก่โครงการตรวจคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยการอัลตราซาวด์
3. **กิจกรรมที่ปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ** ได้แก่กิจกรรมการปลูกต้นไม้ในโรงพยาบาล, การแยกขยะในโรงพยาบาล, การรักษาความสะอาด, ติดป้ายเตือนภาวะอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในจุดต่างๆ, มีป้ายประชาสัมพันธ์และจัดนิทรรศการในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในทุกๆ จุดบริการของโรงพยาบาล

4. กิจกรรมที่เสริมคุณภาพชีวิต ได้แก่ นวดฝ่าเท้าด้วยกะลา, น้ำต้มสมุนไพร, น้ำโคลอโรฟิลด์, โยคะ
5. กิจกรรมที่ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมและเสริมสร้างสุขภาพใจ ได้แก่ กิจกรรมสร้างสุขภาพในงานบุญ เช่น งานประเพณีบุญบั้งไฟ, โครงการตักบาตรข้างเตียง, โครงการทำบุญตักบาตร, โครงการสะสมบุญระหว่างเข้าพรรษา, ตักบาตรทำบุญทุกวันอังคาร หรือ พุทธที่ 2 ของเดือน, ชมรมพิทักษ์จิต

ตาราง ประเภทกิจกรรมกลุ่มประชาชนทั่วไป ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล หรือพื้นที่อื่นๆ ที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาล

#	ประเภทกิจกรรม	ความถี่					
		ไม่มี		เป็นครั้งคราว		ประจำ	
		จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1	การตรวจสุขภาพตามกลุ่มวัย	19	0.09	46	0.22	148	0.69
2	การฉีดวัคซีนป้องกันโรค	39	0.18	56	0.26	118	0.55
3	การจัดการความเครียด	48	0.23	79	0.37	86	0.40
4	การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	42	0.20	63	0.30	108	0.51
5	การจัดการความอ้วน และน้ำหนักเกิน	48	0.23	80	0.38	85	0.40
6	การส่งเสริมอาหารและภาวะโภชนาการที่เหมาะสม	48	0.23	69	0.32	96	0.45
7	การจัดกิจกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ ในกลุ่มผู้รับบริการที่สูบบุหรี่	62	0.29	63	0.30	88	0.41
8	การจัดกิจกรรมเพื่อลด/เลิกเหล้า	71	0.33	59	0.28	83	0.39
9	การรณรงค์ขับช้ำพาหนะปลอดภัย	36	0.17	80	0.38	97	0.46
10	การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	58	0.27	57	0.27	98	0.46
11	อื่นๆ	188	0.88	8	0.04	17	0.08

กิจกรรมสำหรับประชาชนทั่วไป มีรายละเอียดกิจกรรมจำแนกได้ตามประเภท ดังนี้

1. **กิจกรรมประเมินสุขภาพของคนในชุมชน** ได้แก่การรณรงค์ตรวจมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม, การสำรวจลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้านโดย อสม.ทุก 1 เดือน, โครงการ อสม. ร่วมใจค้นหาปัญหาสุขภาพ, โครงการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ
2. **กิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มโรค** ได้แก่การรณรงค์ป้องกันโรค เช่น โรคไข้เลือดออก, โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก, โครงการตรวจคัดกรองจอประสาทตาและภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน, โครงการถอดบทเรียนอาสาสมัครงานแพทย์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน, โครงการดูแลผู้ป่วยฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย, โครงการป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่, โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้บริโภคดีด้านสาธารณสุข, โครงการเฝ้าระวังสารปนเปื้อนและผลิตภัณฑ์

สุขภาพ, โครงการพัฒนากระบวนการติดตามการรักษาเพื่อลดอัตราขาดการรักษาในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์, โครงการประชาชนอุ่นใจ มีญาติทั่วไทยเป็นทีมหมอมครอบครัว ปีงบประมาณ 2559, ติดป้ายเตือนภาวะอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ ฉีดยาพ่นในจุดต่างๆ ทุกหมู่บ้านใน เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลผ่านการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

3. **กิจกรรมเสริมสุขภาพทางกาย** ได้แก่ การออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน, กีฬาต้านยาเสพติด, แข่งขันการเต้นแอโรบิค, โยคะ
4. **กิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิต สมรรถนะ และความรู้แก่คนในชุมชน** ได้แก่กิจกรรม ตลาดนัดสุขภาพ, โครงการส่งเสริมภูมิปัญญาไทยด้วยยาสมุนไพร, โครงการเสริมสร้างความรู้ อาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ, โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพา, โครงการจิตอาสาเพื่อนช่วยเพื่อนผู้ด้อยโอกาสในชุมชน, โครงการอบรมผู้ดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน (Care Giver), ช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสเช่นจัดซ่อมแซมที่อยู่อาศัยชำรุดทรุด โทรมให้ผู้สูงอายุสร้างห้องน้ำให้, มอบเงินช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยไร้ญาติ, หมู่บ้านในเขต รับผิดชอบของโรงพยาบาลได้รับคัดเลือกให้เป็นหมู่บ้านเฉลิมพระเกียรติ 57 พรรชามหา วชิราลงกรณ์ : หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็งโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและ หลอดเลือด, มีสวนสาธารณะและสนามกีฬาของชุมชนเพื่อให้บริการแก่ประชาชน, อาหาร เพื่อสุขภาพข้าวกล้องน้ำสมุนไพรน้ำคลอโรฟิล, ออกหน่วยบริการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ร่วมกับหน่วยงานอื่น
5. **กิจกรรมทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม** ได้แก่กิจกรรมสร้างสุขภาพในงานบุญ เช่น งานประเพณี บุญบั้งไฟ
6. **กิจกรรมตามกลุ่มเป้าหมาย** ได้แก่ กิจกรรมวันเด็ก, กิจกรรมวันผู้สูงอายุ, กิจกรรมรณรงค์ บริโภคปลอดภัย กิจกรรมเดินรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด, โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพ, โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, โครงการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์เครือข่ายสุขภาพมีมาตรฐานการจัดการลดโรคและภัยสุขภาพทุกกลุ่มวัย ปี 2559, พัฒนาศักยภาพแกนนำวัยรุ่นในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

ภาคผนวก ง.

ข้อมูลต้นทุนฐานกิจกรรม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ก. งานฝากครรภ์

ตาราง ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในการฝากครรภ์ครั้งที่ 1 (รายใหม่) จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ต้นทุนจำแนกตาม องค์ประกอบ	เวลาที่ให้บริการ			ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย		
	ก.	ข.	ค.	ก.	ข.	ค.
ระบบเวชระเบียน	1.50	2.00	1.50	2.69	3.40	3.32
ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา	1.00	2.00	1.00	2.22	6.94	3.47
ลงทะเบียนรับการรักษา	1.00	3.00	3.00	2.36	17.70	10.05
คัดกรองโรค	2.00	1.58	2.10	4.72	9.32	7.04
บริการตรวจทางปฏิบัติการ ให้คำปรึกษาและบริบาลโดย พยาบาล	2.00	2.02	2.00	0.24	0.44	0.42
ให้การบริบาลโดยแพทย์	-	8.21	-	-	101.23	-
บริการจ่ายยาและเวชภัณฑ์	2.00	3.50	2.00	0.24	0.32	0.26
การนัดหมาย	0.50	0.50	0.50	1.18	2.95	1.68
ยาและเวชภัณฑ์	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00
สารเคมีสำหรับตรวจทาง ปฏิบัติการ	380.00	380.00	380.00	380.00	380.00	380.00
การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย ค่าบริการ	10.00	5.00	5.00	23.60	29.50	16.75
การเงิน	1.50	1.50	1.50	5.37	1.82	3.74
				501.18	656.48	627.12

ตาราง ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในการฝากครรภ์ครั้งที่ 2 (รายเก่า) จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ต้นทุนจำแนกตาม องค์ประกอบ	เวลาที่ให้บริการ			ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย		
	ก.	ข.	ค.	ก.	ข.	ค.
ระบบเวชระเบียน	1.50	1.50	1.50	2.69	2.55	3.32
ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา	1.00	1.00	1.00	2.22	3.47	3.47
ลงทะเบียนรับการรักษา	-	2.38	1.00	-	14.04	3.35
คัดกรองโรค	2.00	1.58	2.10	4.72	9.32	7.04
บริการตรวจทางปฏิบัติการ ให้คำปรึกษาและบริหารโดย พยาบาล	-	-	-	-	-	-
ให้การบริหารโดยแพทย์	10.00	9.96	15.20	22.07	58.76	101.38
บริการจ่ายยาและเวชภัณฑ์	5.00	6.25	2.00	51.20	77.06	-
การนัดหมาย	2.00	3.00	2.00	0.24	0.27	0.26
การนัดหมาย ยาและเวชภัณฑ์	0.50	0.50	0.50	1.18	2.95	1.68
สารเคมีสำหรับตรวจทาง ปฏิบัติการ	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00
การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย ค่าบริการ	-	-	-	-	-	-
การเงิน	10.00	5.00	4.00	23.60	29.50	13.40
	1.50	1.50	1.50	5.37	1.82	3.74
				143.29	229.75	167.62

ตาราง ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในการฝากครรภ์ครั้งที่ 3 จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ต้นทุนจำแนกตาม องค์ประกอบ	เวลาที่ให้บริการ			ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย		
	ก.	ข.	ค.	ก.	ข.	ค.
ระบบเวชระเบียน	1.50	1.50	1.50	2.69	2.55	3.32
ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา	1.00	1.00	1.00	2.22	3.47	3.47
ลงทะเบียนรับการรักษา	-	2.38	1.00	-	14.04	3.35
คัดกรองโรค	2.00	1.58	2.10	4.72	9.32	7.04
บริการตรวจทางปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
ให้คำปรึกษาและบริหารโดย พยาบาล	10.00	9.96	9.50	22.07	58.76	63.37
ให้การบริหารโดยแพทย์	-	-	-	-	-	-
บริการจ่ายยาและเวชภัณฑ์	2.00	3.00	2.00	0.24	0.27	0.26
การนัดหมาย	0.50	0.50	0.50	1.18	2.95	1.68
ยาและเวชภัณฑ์	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00
สารเคมีสำหรับตรวจทาง ปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย ค่าบริการ	10.00	4.00	4.00	23.60	23.60	13.40
การเงิน	1.50	1.50	1.50	5.37	1.82	3.74
				92.09	146.78	129.60

ตาราง ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในการฝากครรภ์ครั้งที่ 4 จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ต้นทุนจำแนกตาม องค์ประกอบ	เวลาที่ให้บริการ			ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย		
	ก.	ข.	ค.	ก.	ข.	ค.
ระบบเวชระเบียน	1.50	1.50	1.50	2.69	2.55	3.32
ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา	1.00	1.00	1.00	2.22	3.47	3.47
ลงทะเบียนรับการรักษา	-	2.38	1.00	-	14.04	3.35
คัดกรองโรค	2.00	1.58	2.10	4.72	9.32	7.04
บริการตรวจทางปฏิบัติการ	2.00	2.02	2.00	0.24	0.44	0.42
ให้คำปรึกษาและบริหารโดย พยาบาล	10.00	9.96	9.50	22.07	58.76	63.37
ให้การบริหารโดยแพทย์	-	-	-	-	-	-
บริการจ่ายยาและเวชภัณฑ์	2.00	3.00	2.00	0.24	0.27	0.26
การนัดหมาย	0.50	0.50	0.50	1.18	2.95	1.68
ยาและเวชภัณฑ์	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00
สารเคมีสำหรับตรวจทาง ปฏิบัติการ	340.00	340.00	340.00	340.00	340.00	340.00
การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย ค่าบริการ	10.00	4.00	4.00	23.60	23.60	13.40
การเงิน	1.50	1.50	1.50	5.37	1.82	3.74
				432.33	487.23	470.02

ตาราง ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในการฝากครรภ์ครั้งที่ 5 จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ต้นทุนจำแนกตาม องค์ประกอบ	เวลาที่ให้บริการ			ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย		
	ก.	ข.	ค.	ก.	ข.	ค.
ระบบเวชระเบียน	1.50	1.50	1.50	2.69	2.55	3.32
ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา	1.00	1.00	1.00	2.22	3.47	3.47
ลงทะเบียนรับการรักษา	-	2.38	1.00	-	14.04	3.35
คัดกรองโรค	2.00	1.58	2.10	4.72	9.32	7.04
บริการตรวจทางปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
ให้คำปรึกษาและบริหารโดย พยาบาล	10.00	9.96	19.50	22.07	58.76	130.07
ให้การบริการโดยแพทย์	7.00	6.25	-	71.67	77.06	-
บริการจ่ายยาและเวชภัณฑ์	2.00	3.00	2.00	0.24	0.27	0.26
การนัดหมาย	0.50	0.50	0.50	1.18	2.95	1.68
ยาและเวชภัณฑ์	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00	30.00
สารเคมีสำหรับตรวจทาง ปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย ค่าบริการ	10.00	5.00	7.00	23.60	29.50	23.45
การเงิน	1.50	1.50	1.50	5.37	1.82	3.74
				163.77	229.75	206.35

ตาราง ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในการฝากครรภ์ครั้งที่ 6 จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ต้นทุนจำแนกตาม องค์ประกอบ	เวลาที่ให้บริการ			ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย		
	ก.	ข.	ค.	ก.	ข.	ค.
ระบบเวชระเบียน	1.50	1.50	1.50	2.69	2.55	3.32
ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา	1.00	1.00	1.00	2.22	3.47	3.47
ลงทะเบียนรับการรักษา	-	2.38	1.00	-	14.04	3.35
คัดกรองโรค	2.00	1.58	2.10	4.72	9.32	7.04
บริการตรวจทางปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
ให้คำปรึกษาและบริหารโดย พยาบาล	10.00	9.96	9.50	22.07	58.76	63.37
ให้การบริการโดยแพทย์	-	-	-	-	-	-
บริการจ่ายยาและเวชภัณฑ์	2.00	2.00	2.00	0.24	0.18	0.26
การนัดหมาย	0.50	0.50	0.50	1.18	2.95	1.68
ยาและเวชภัณฑ์	-	-	-	-	-	-
สารเคมีสำหรับตรวจทาง ปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย ค่าบริการ	10.00	5.00	5.00	23.60	29.50	16.75
การเงิน	1.50	1.50	1.50	5.37	1.82	3.74
				62.09	122.59	102.95

ข. งานคลินิกเด็กดี (Well baby clinic, WBC)

ตาราง ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในการรับบริการคลินิกเด็กดีครั้งที่ 1 จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ต้นทุนจำแนกตาม องค์ประกอบ	เวลาที่ให้บริการ			ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย		
	ก.	ข.	ค.	ก.	ข.	ค.
ระบบเวชระเบียน	1.50	0.50	1.50	2.69	0.85	3.32
ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา	1.50	1.00	1.00	3.34	3.47	3.47
ลงทะเบียนรับการรักษา	1.00	2.00	2.00	2.36	11.80	6.70
คัดกรองโรค	2.00	1.50	1.50	4.72	8.85	5.03
บริการตรวจทางปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
ให้คำปรึกษาและบริหารโดย พยาบาล	11.00	4.70	9.96	24.28	27.73	66.43
ให้การบริหารโดยแพทย์	-	5.25	-	-	64.73	-
บริการจ่ายยาและเวชภัณฑ์	4.00	10.00	5.50	0.48	0.90	0.72
การนัดหมาย	0.50	0.50	0.50	1.18	2.95	1.68
ยาและเวชภัณฑ์	42.15	42.15	42.15	42.15	42.15	42.15
สารเคมีสำหรับตรวจทาง ปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย ค่าบริการ	7.00	5.00	5.00	16.52	29.50	16.75
การเงิน	1.50	1.50	1.50	5.37	1.82	3.74
				103.08	194.75	149.96

ตาราง ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในการรับบริการคลินิกเด็กดีครั้งที่ 2 จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ต้นทุนจำแนกตาม องค์ประกอบ	เวลาที่ให้บริการ			ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย		
	ก.	ข.	ค.	ก.	ข.	ค.
ระบบเวชระเบียน	1.50	0.50	1.50	2.69	0.85	3.32
ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา	1.50	1.00	1.00	3.34	3.47	3.47
ลงทะเบียนรับการรักษา	1.00	-	-	2.36	-	-
คัดกรองโรค	2.00	1.50	1.50	4.72	8.85	5.03
บริการตรวจทางปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
ให้คำปรึกษาและบริหารโดย พยาบาล	11.00	4.44	9.96	24.28	26.20	66.43
ให้การบริหารโดยแพทย์	-	5.25	-	-	30.98	-
บริการจ่ายยาและเวชภัณฑ์	-	7.00	-	-	0.63	-
การนัดหมาย	0.50	0.50	0.50	1.18	2.95	1.68
ยาและเวชภัณฑ์	42.15	42.15	42.15	42.15	42.15	42.15
สารเคมีสำหรับตรวจทาง ปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย ค่าบริการ	7.00	5.00	5.00	16.52	29.50	16.75
การเงิน	1.50	1.50	1.50	5.37	1.82	3.74
				102.60	147.39	142.55

ตาราง ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในการรับบริการคลินิกเด็กดีครั้งที่ 3 จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ต้นทุนจำแนกตาม องค์ประกอบ	เวลาที่ให้บริการ			ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย		
	ก.	ข.	ค.	ก.	ข.	ค.
ระบบเวชระเบียน	1.50	0.50	1.50	2.69	0.85	3.32
ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา	1.50	1.00	1.00	3.34	3.47	3.47
ลงทะเบียนรับการรักษา	1.00	-	-	2.36	-	-
คัดกรองโรค	2.00	1.50	1.50	4.72	8.85	5.03
บริการตรวจทางปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
ให้คำปรึกษาและบริหารโดย พยาบาล	15.00	8.00	15.44	33.11	47.20	102.98
ให้การบริหารโดยแพทย์	-	5.25	-	-	64.73	-
บริการจ่ายยาและเวชภัณฑ์	-	7.00	-	-	0.63	-
การนัดหมาย	0.50	0.50	0.50	1.18	2.95	1.68
ยาและเวชภัณฑ์	42.15	42.15	42.15	42.15	42.15	42.15
สารเคมีสำหรับตรวจทาง ปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย ค่าบริการ	7.00	5.00	5.00	16.52	29.50	16.75
การเงิน	1.50	1.50	1.50	5.37	1.82	3.74
				111.43	202.15	179.10

ตาราง ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในการรับบริการคลินิกเด็กดีครั้งที่ 4 จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ต้นทุนจำแนกตาม องค์ประกอบ	เวลาที่ให้บริการ			ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย		
	ก.	ข.	ค.	ก.	ข.	ค.
ระบบเวชระเบียน	1.50	0.50	1.50	2.69	0.85	3.32
ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา	1.50	1.00	1.00	3.34	3.47	3.47
ลงทะเบียนรับการรักษา	1.00	-	-	2.36	-	-
คัดกรองโรค	2.00	1.50	1.50	4.72	8.85	5.03
บริการตรวจทางปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
ให้คำปรึกษาและบริหารโดย พยาบาล	11.00	5.52	10.44	24.28	32.57	69.63
ให้การบริหารโดยแพทย์	-	5.25	-	-	64.73	-
บริการจ่ายยาและเวชภัณฑ์	-	10.00	-	-	0.90	-
การนัดหมาย	0.50	0.50	0.50	1.18	2.95	1.68
ยาและเวชภัณฑ์	185.15	185.15	185.15	185.15	185.15	185.15
สารเคมีสำหรับตรวจทาง ปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย ค่าบริการ	7.00	5.00	5.00	16.52	29.50	16.75
การเงิน	1.50	1.50	1.50	5.37	1.82	3.74
				245.60	330.79	288.75

ตาราง ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในการรับบริการคลินิกเด็กดีครั้งที่ 5 จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ต้นทุนจำแนกตาม องค์ประกอบ	เวลาที่ให้บริการ			ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย		
	ก.	ข.	ค.	ก.	ข.	ค.
ระบบเวชระเบียน	1.50	0.50	1.50	2.69	0.85	3.32
ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา	1.50	1.00	1.00	3.34	3.47	3.47
ลงทะเบียนรับการรักษา	1.00	-	-	2.36	-	-
คัดกรองโรค	2.00	1.50	1.50	4.72	8.85	5.03
บริการตรวจทางปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
ให้คำปรึกษาและบริหารโดย พยาบาล	19.00	13.00	19.44	41.94	76.70	129.66
ให้การบริหารโดยแพทย์	-	5.00	-	-	61.65	-
บริการจ่ายยาและเวชภัณฑ์	-	7.00	-	-	0.63	-
การนัดหมาย	0.50	0.50	0.50	1.18	2.95	1.68
ยาและเวชภัณฑ์	119.34	119.34	119.34	119.34	119.34	119.34
สารเคมีสำหรับตรวจทาง ปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย ค่าบริการ	7.00	5.00	5.00	16.52	29.50	16.75
การเงิน	1.50	1.50	1.50	5.37	1.82	3.74
				197.45	305.76	282.97

ตาราง ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในการรับบริการคลินิกเด็กดีครั้งที่ 6 จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ต้นทุนจำแนกตาม องค์ประกอบ	เวลาที่ให้บริการ			ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย		
	ก.	ข.	ค.	ก.	ข.	ค.
ระบบเวชระเบียน	1.50	0.50	1.50	2.69	0.85	3.32
ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา	1.50	1.00	1.00	3.34	3.47	3.47
ลงทะเบียนรับการรักษา	1.00	-	-	2.36	-	-
คัดกรองโรค	2.00	1.50	1.50	4.72	8.85	5.03
บริการตรวจทางปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
ให้คำปรึกษาและบริหารโดย พยาบาล	8.00	4.44	7.46	17.66	26.20	49.76
ให้การบริหารโดยแพทย์	-	5.00	-	-	61.65	-
บริการจ่ายยาและเวชภัณฑ์	-	7.00	-	-	0.63	-
การนัดหมาย	0.50	0.50	0.50	1.18	2.95	1.68
ยาและเวชภัณฑ์	103.00	103.00	103.00	103.00	103.00	103.00
สารเคมีสำหรับตรวจทาง ปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย ค่าบริการ	7.00	5.00	5.00	16.52	29.50	16.75
การเงิน	1.50	1.50	1.50	5.37	1.82	3.74
				156.83	238.91	186.72

ค. งานวางแผนครอบครัว

ตาราง ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในงานวางแผนครอบครัว (การใช้จ่าย) จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ต้นทุนจำแนกตาม องค์ประกอบ	เวลาที่ให้บริการ			ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย		
	ก.	ข.	ค.	ก.	ข.	ค.
ระบบเวชระเบียน	1.50	0.50	0.50	2.69	0.85	1.11
ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา	1.00	1.00	1.00	2.22	3.47	3.47
ลงทะเบียนรับการรักษา	1.00	1.38	0.80	2.36	8.14	2.68
คัดกรองโรค	1.00	1.00	1.10	2.36	5.90	3.69
บริการตรวจทางปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
ให้คำปรึกษาและบริหารโดย พยาบาล	8.00	8.30	8.80	17.66	48.97	58.70
ให้การบริการโดยแพทย์	-	-	-	-	-	-
บริการจ่ายยาและเวชภัณฑ์	-	6.00	-	-	0.54	-
การนัดหมาย	0.50	0.50	0.50	1.18	2.95	1.68
ยาและเวชภัณฑ์	15.70	15.70	15.70	15.70	15.70	15.70
สารเคมีสำหรับตรวจทาง ปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย ค่าบริการ	6.00	2.50	2.50	14.16	14.75	8.38
การเงิน	1.50	1.50	1.50	5.37	1.82	3.74
				63.70	103.09	99.12

ตาราง ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในงานวางแผนครอบครัว (การฝังยาคุมกำเนิด) จำแนกตามประเภท
โรงพยาบาล

ต้นทุนจำแนกตาม องค์ประกอบ Levo depo	เวลาที่ให้บริการ			ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย		
	ก.	ข.	ค.	ก.	ข.	ค.
ระบบเวชระเบียน	1.50	0.50	0.50	2.69	0.85	1.11
ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา	1.00	1.00	1.00	2.22	3.47	3.47
ลงทะเบียนรับการรักษ	1.00	1.38	-	2.36	8.14	-
คัดกรองโรค	1.00	1.00	1.10	2.36	5.90	3.69
บริการตรวจทาง ปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
ให้คำปรึกษาและบริหาร โดยพยาบาล	11.00	16.30	13.30	24.28	96.17	88.71
ให้การบริการโดยแพทย์	-	-	-	-	-	-
บริการจ่ายยาและ เวชภัณฑ์	-	6.00	-	-	0.54	-
การนัดหมาย	-	0.50	0.50	-	2.95	1.68
ยาและเวชภัณฑ์	2,036.6	2,036.6	2,036.6	2,036.6	2,036.6	2,036.6
สารเคมีสำหรับตรวจทาง ปฏิบัติการ	0	0	0	0	0	0
การบันทึกข้อมูลเพื่อ เบิกจ่ายค่าบริการ	6.00	2.50	2.50	14.16	14.75	8.38
การเงิน	1.50	1.50	1.50	5.37	1.82	3.74
				2,090.0	2,171.1	2,147.3
				4	9	5



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ง. งานคลินิกอดบุหรื

ตาราง ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในคลินิกอดบุหรืครั้งที่ 1 จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ต้นทุนจำแนกตาม องค์ประกอบ	เวลาที่ให้บริการ			ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย		
	ก.	ข.	ค.	ก.	ข.	ค.
ระบบเวชระเบียน	2.50	2.50	1.50	4.48	4.25	3.32
ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา	1.00	1.00	0.50	2.22	3.47	1.73
ลงทะเบียนรับการรักษา	-	-	-	-	-	-
คัดกรองโรค	-	-	-	-	-	-
บริการตรวจทางปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
ให้คำปรึกษาและบริหารโดย พยาบาล	20.00	30.00	20.00	44.15	177.00	133.40
ให้การบริหารโดยแพทย์	-	-	-	-	-	-
บริการจ่ายยาและเวชภัณฑ์	-	-	4.00	-	-	0.52
การนัดหมาย	-	-	-	-	-	-
ยาและเวชภัณฑ์	150.00	100.00	10.00	150.00	100.00	10.00
สารเคมีสำหรับตรวจทาง ปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย ค่าบริการ	5.00	5.00	7.00	11.80	29.50	23.45
การเงิน	1.50	1.50	1.50	5.37	1.82	3.74
				218.02	316.04	176.15

ตาราง ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในคลินิกอดบุหรี่ปริ้งต่อไปนี้ จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ต้นทุนจำแนกตาม องค์ประกอบ	เวลาที่ให้บริการ			ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย		
	ก.	ข.	ค.	ก.	ข.	ค.
ระบบเวชระเบียน		-	1.50	-	-	3.32
ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา		-	0.50	-	-	1.73
ลงทะเบียนรับการรักษา	-	-	-	-	-	-
คัดกรองโรค	-	-	-	-	-	-
บริการตรวจทางปฏิบัติการ	-	-	-	-	-	-
ให้คำปรึกษาและบริหารโดย พยาบาล	15.00	25.00	27.00	33.11	147.50	180.09
ให้การบริการโดยแพทย์				-	-	-
บริการจ่ายยาและเวชภัณฑ์				-	-	-
การนัดหมาย	-	-	-	-	-	-
ยาและเวชภัณฑ์	100.00	100.00	10.00	100.00	100.00	10.00
สารเคมีสำหรับตรวจทาง ปฏิบัติการ				-	-	-
การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย ค่าบริการ				-	-	-
การเงิน				-	-	-
				133.11	247.50	195.14

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวภรณ์ เหล่าอิทธิ เกิดเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2520 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่โรงเรียน ลาซาล บางนา สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา จากนั้นได้เข้าศึกษาต่อคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำเร็จการศึกษาในปีพ.ศ. 2544 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสอบอนุมัติบัตรสาธารณสุขระบาดวิทยาในปี พ.ศ. 2550 ปัจจุบันทำงานในตำแหน่งอาจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

