

การพัฒนาและทดสอบเครื่องมือวัดมาตรฐานด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม
ของหน่วยบริการสุขภาพ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นางสาวชिरาภรณ์ กสิวัฒนา

กองบริหารการสาธารณสุข

WACHIRAPORN KASIWATTANA

HEALTH ADMINISTRATION DIVISION

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlational Analysis) มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำมาตรฐานและทดสอบเครื่องมือวัดมาตรฐานด้านการบริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของหน่วยบริการสุขภาพ และหาความสัมพันธ์ผลการประเมินฯ ขนาดของหน่วยบริการสุขภาพ และพื้นที่ตั้งของหน่วยบริการสุขภาพ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 195 แห่ง

ผลการศึกษามาตรฐานด้านการบริการสุขภาพที่จัดทำขึ้นประกอบด้วย 7 ด้าน 20 เกณฑ์ย่อย พัฒนาขึ้นโดยอิงแนวคิด Six Building Blocks Plus One ขององค์การอนามัยโลก และมีความเฉพาะเจาะจงกับการบริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว การประเมินใช้เกณฑ์ 3 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับพื้นฐาน 2) ระดับการพัฒนา และ 3) ระดับดี/นวัตกรรม หน่วยบริการสุขภาพส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับพื้นฐาน โดยด้านระบบบริการสุขภาพเป็นจุดแข็งที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ส่วนด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบมีคะแนนต่ำที่สุด ซึ่งเป็นจุดที่ต้องพัฒนาพร้อมกับการมีส่วนร่วมจากชุมชนและเครือข่ายและด้านกำลังคนด้านสุขภาพที่ยังมีข้อจำกัด

เมื่อพิจารณาตามขนาดและพื้นที่ตั้งของหน่วยบริการ พบว่าโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลที่ติดชายแดนมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าโรงพยาบาลที่ไม่ติดชายแดน โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นและการเงิน-การคลัง ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลที่ไม่ติดชายแดนโดดเด่นในด้านระบบข้อมูล ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ และการมีส่วนร่วมจากชุมชนและเครือข่าย

ความสัมพันธ์ของผลประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ขนาดของหน่วยบริการสุขภาพ(โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ กับโรงพยาบาลชุมชน) และพื้นที่ตั้งของหน่วยบริการสุขภาพ (ติดชายแดนกับไม่ติดชายแดน) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อหน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการนำข้อมูลไปเป็นแนวทางเพื่อวางแผนและพัฒนาการบริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างเท่าเทียม

คำสำคัญ : มาตรฐานด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม, ศักยภาพด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม, แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

การพัฒนาและทดสอบเครื่องมือวัดมาตรฐานด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามของหน่วย บริการสุขภาพ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

ประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมาพบว่ามี การเติบโตของเศรษฐกิจที่ต่อเนื่องและมีเสถียรภาพอยู่ในระดับสูงเป็น ฐานการผลิตที่สำคัญในภาคอุตสาหกรรม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นโอกาสอันดีที่ดึงดูดให้นักลงทุนจากทั่วโลกเข้ามา ลงทุน เพิ่มมากขึ้นและประเทศไทยมีทรัพยากรที่อุดมสมบูรณ์ เป็นแรงจูงใจสำคัญที่ส่งผลให้แรงงานในหลาย ภูมิภาคทั่วโลกได้เลือกเข้าสู่ประเทศไทย โดยเฉพาะแรงงานในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีจำนวนมากและมี แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในอนาคต รายงานจากสำนักบริหารแรงงานต่างด้าวมีแรงงานต่างด้าว¹ (เมียนมา ลาว กัมพูชา เวียดนาม) ที่ได้รับอนุญาตทำงาน จำนวน 3,353,824 คน (ข้อมูล ณ 30 ก.ย. 67) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงถึง จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย แต่ยังไม่รวมถึงกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ตามกฎหมายและผู้ติดตามทั้งหมดที่เข้ามาอยู่อาศัยและทำงานในประเทศไทย²² โดยการแก้ไขปัญหาสุขภาพ แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม เพื่อให้การดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็น เรื่องสำคัญอย่างยิ่ง ไม่ใช่แค่เพื่อตัวแรงงานเอง แต่ยังส่งผลดีในวงกว้างต่อสังคมโดยรวมจะช่วยสร้างประโยชน์ หลายด้าน เช่น การป้องกัน การแพร่ระบาดของโรค การเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและการคำนึงถึงประเด็น ด้านสิทธิมนุษยชนและจริยธรรม จึงควรคำนึงถึงประเด็นรอบด้าน และอาศัยความร่วมมือกับทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็น การสร้างกลไกการขึ้นทะเบียนที่ครอบคลุม การขยายความครอบคลุมของประกันสุขภาพ การพัฒนาบริการ สุขภาพที่เข้าถึงง่าย การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกและป้องกันโรค และการบูรณาการข้อมูลสุขภาพ ทั้งนี้การให้บริการ สุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามในหน่วยบริการ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหนึ่งใน ประเด็นสำคัญที่ควรมีการวางแผนและเตรียมการรองรับการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งแรงงานต่างด้าวและ ผู้ติดตาม มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่าเผชิญกับปัญหาหลายด้าน เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด⁶ หรือปัญหาด้านการมีประกันสุขภาพ⁹ ทำให้การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพที่ เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม จึงเป็นเรื่องที่จำเป็นเพื่อให้เกิดการคุ้มครอง สุขภาพที่ครอบคลุมและเป็นธรรมตามหลักสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน

แผนปฏิบัติการของกระทรวงสาธารณสุข ระยะ ๕ ปี² (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ให้ความสำคัญต่อการ พัฒนาหลักประกันสุขภาพและการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว เพื่อให้ประชาชนกลุ่มนี้ได้รับ การบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและในงบประมาณ พ.ศ. 2567 กองบริหารการสาธารณสุขมีแผนปฏิบัติ ราชการ³ สร้างมาตรการกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพแก่ประเทศเพื่อนบ้าน คนต่างชาติ และกลุ่มแรงงาน ต่างด้าว โดยมีมาตรการและแนวทางการดำเนินงาน ผสานความร่วมมือกับองค์กรเครือข่ายในการเชื่อมโยงข้อมูล สุขภาพ เพื่อนำมาพัฒนาระบบบริการสุขภาพรองรับการให้บริการด้านสุขภาพแก่คนต่างชาติ และแรงงานต่างด้าว รวมถึงผู้ติดตาม

แนวคิด Six Building Blocks⁴ กล่าวไว้ว่าการสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และยั่งยืน ภายใต้การจัดการที่ดีในด้านต่างๆ ประกอบไปด้วย 1) การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียม 2) ความครอบคลุมของบริการ 3) คุณภาพของการให้บริการ 4) ความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง 5) ความมั่นคงทางการเงินในระบบสุขภาพ 6) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร และอีกหนึ่งองค์ประกอบที่มีความสำคัญ คือ 7) การมีส่วนร่วมจากชุมชนและเครือข่าย^{5,7,8} สามารถนำไปสู่การปรับปรุงประสิทธิภาพและการให้บริการที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามในระยะยาว

งานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ^{6,9,10} เผยให้เห็นถึงความท้าทายในการจัดบริการสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบาง เพื่อทำความเข้าใจประเด็นเหล่านี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก⁴ มาใช้ในการวิเคราะห์ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลกในการประเมินและพัฒนาระบบสุขภาพ กรอบนี้มีเครื่องมือประเมินที่อิงตามแนวคิดเดียวกัน เช่น WHO Service Availability and Readiness Assessment (SARA)²⁵ เป็นเครื่องมือสำคัญของ WHO ที่ช่วยให้ประเทศต่างๆ สามารถประเมินและทำความเข้าใจสถานะของระบบบริการสุขภาพของตนเองได้อย่างเป็นระบบและมีข้อมูลรองรับ เพื่อนำไปสู่การวางแผนและปรับปรุงให้ประชากรเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง

จากการวิเคราะห์ พบว่าองค์ประกอบหลักทั้ง 7 ส่วนของระบบสุขภาพ ได้แก่ ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ, ระบบบริการสุขภาพ, กำลังคนด้านสุขภาพ, ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ, การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีที่จำเป็น, การเงินการคลัง, และการแบ่งปันทรัพยากร/ระบบสุขภาพชุมชนล้วนมีความเชื่อมโยงและส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานในการให้บริการแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยจึงเลือกใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks Plus One⁵ เนื่องจากเป็นกรอบที่ครอบคลุมและเป็นระบบ ช่วยให้สามารถวิเคราะห์และทำความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการสุขภาพได้อย่างครบถ้วนในมิติต่างๆ กรอบแนวคิดนี้ไม่ได้เน้นแค่ส่วนประกอบสำคัญของระบบสุขภาพเท่านั้น แต่ยังช่วยให้เราเห็นความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเหล่านั้น ซึ่งจำเป็นต่อการระบุจุดแข็ง จุดอ่อน และโอกาสในการพัฒนา การนำกรอบแนวคิดนี้มาใช้จะช่วยให้สามารถเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาที่ตรงจุดและยั่งยืน

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษามาตรฐานการบริการสุขภาพ¹⁴⁻¹⁶และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{11-13,17-21} เพื่อจัดทำมาตรฐานด้านการบริการสุขภาพของสถานบริการสุขภาพที่ให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม โดยใช้แนวคิด Six Building Blocks Plus One^{4,5} เพื่อการสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และยั่งยืน ภายใต้การจัดการที่ดีในด้านต่างๆ และเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของหน่วยบริการสุขภาพตามมาตรฐานด้านการบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ของผลประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

ขนาดของหน่วยบริการสุขภาพ และพื้นที่ตั้งของหน่วยบริการสุขภาพ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยให้ความสนใจขนาดของหน่วยบริการสุขภาพ²⁷ และพื้นที่ตั้ง²⁸ กับผลการประเมินฯ เป็นหลัก แม้ว่าจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น ภูมิภาค เศรษฐกิจ หรือสัญชาติ เนื่องจากขนาดโรงพยาบาลและพื้นที่ตั้ง (ติดชายแดน/ไม่ติดชายแดน) สะท้อนถึงทรัพยากรที่มีและรูปแบบการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน ซึ่งล้วนส่งผลต่อศักยภาพในการให้บริการด้านสุขภาพ เพื่อการปรับปรุงและจัดสรรทรัพยากรได้อย่างตรงจุด รวมถึงเป็นตัวแปรที่สามารถสะท้อนขีดความสามารถในการรับมือกับผลกระทบจากปัจจัยอื่นๆ ได้ดีใช้เป็นข้อมูลสำคัญให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้เป็นแนวทางและวางแผนในการดำเนินงานด้านการให้บริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม จะทำให้กลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ พร้อมกับได้รับการบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ลดปัญหาด้านสุขภาพ และป้องกันการแพร่กระจายโรคติดต่อที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและเศรษฐกิจของประเทศไทยต่อไป

คำถามการวิจัย

1. มาตรฐานด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามของหน่วยบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขควรเป็นอย่างไร
2. สถานการณ์ปัจจุบันของหน่วยบริการสุขภาพ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามเป็นอย่างไร
3. ความสัมพันธ์ของผลประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ขนาดของหน่วยบริการสุขภาพ และพื้นที่ตั้งของหน่วยบริการสุขภาพเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำเกณฑ์มาตรฐานและทดสอบเครื่องมือวัดมาตรฐานฯ ด้านการบริการสุขภาพของสถานบริการที่ให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม โดยอาศัยหลักแนวคิด Six Building Blocks Plus One และพัฒนาเป็นเครื่องมือวัดมาตรฐานด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามของหน่วยบริการสุขภาพ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของหน่วยบริการสุขภาพ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของผลประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ขนาดของหน่วยบริการสุขภาพ และพื้นที่ตั้งของหน่วยบริการสุขภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำเครื่องมือวัดมาตรฐานด้านการบริการสุขภาพของสถานบริการที่ให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของหน่วยบริการสุขภาพตามมาตรฐานด้านการบริการสุขภาพของสถานบริการที่ให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวและ

ผู้ติดตาม และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlational Analysis) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของผลประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ขนาดของหน่วยบริการสุขภาพ และพื้นที่ตั้งของหน่วยบริการสุขภาพ มีขอบเขตการศึกษาคือกลุ่ม ดังนี้

1. การจัดทำและพัฒนาเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับการประเมินคุณภาพการบริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม
2. การสำรวจและพรรณนาสถานการณ์ปัจจุบัน ของหน่วยบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายดังกล่าว ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 195 แห่ง
3. การศึกษาความสัมพันธ์ของผลประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามขนาดของหน่วยบริการสุขภาพ และพื้นที่ตั้งของหน่วยบริการสุขภาพ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
4. การศึกษานี้จำกัดอยู่เพียงหน่วยบริการสุขภาพที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยการประเมินตนเองตามความสมัครใจและข้อมูลที่เก็บรวบรวมเป็นไปเพื่อสะท้อนสถานะการณ์ในช่วงเวลาดังกล่าวเท่านั้น

รูปแบบการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อจัดทำมาตรฐานและทดสอบเครื่องมือวัดมาตรฐานฯ ด้านการบริการสุขภาพของสถานบริการที่ให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม มีขอบเขตการศึกษาคือกลุ่ม การจัดทำพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานและทดสอบเครื่องมือวัดมาตรฐานฯ สำหรับการประเมินคุณภาพการบริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

ประชากร / กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

1. ผู้รับผิดชอบงานในการให้บริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามจากหน่วยบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล
2. ผู้ที่อยู่ในคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ที่เกี่ยวข้อง
3. ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้บริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม
4. หน่วยบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้รับผิดชอบงานในการให้บริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามจากหน่วยบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล จำนวน 64 คน
2. คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 27 คน
3. ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้บริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม จำนวน 3 คน
4. หน่วยบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 แห่ง

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าว
2. ผู้ที่อยู่องค์ประกอบของคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ที่เกี่ยวข้อง

3. หน่วยบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ตรงในเรื่องการดูแลสุขภาพและให้บริการด้านสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม
2. ผู้ที่ไม่ได้อยู่ในองค์ประกอบของคณะทำงานฯ หรือไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและไม่สามารถเข้าร่วมประชุมหรือพิจารณาแบบประเมินฯ ตามกำหนดเวลาได้

ขอบเขตด้านตัวแปร

1. ข้อมูลนำเข้าและกระบวนการ (Input & Process)

1.1 การทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูล

- สถานการณ์ปัญหาและเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
- การสังเคราะห์แนวคิด 6 Building Blocks Plus One และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 การพัฒนาเครื่องมือ

- การร่างเกณฑ์มาตรฐานฯ
- การนำเสนอต่อคณะทำงานฯ และผู้เชี่ยวชาญ

1.3 การทดสอบเครื่องมือ

- การพิจารณาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 แห่ง

2. ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง (Related Variables)

2.1 ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index)

2.2 ความน่าเชื่อถือ (Reliability)

2.3 เครื่องมือวัดมาตรฐานด้านการบริการสุขภาพ (แบบประเมินศักยภาพการให้บริการด้านสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ในหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

3. ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

เกณฑ์มาตรฐานด้านการให้บริการด้านสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลา ตั้งแต่ 1 ม.ค. พ.ศ. 2567 ถึง 30 ก.ย. 2567

ระยะที่2 การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อสำรวจและพรรณนาสถานการณ์ปัจจุบันของหน่วยบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlational Analysis) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของผลประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามขนาดของหน่วยบริการสุขภาพและพื้นที่ตั้งของหน่วยบริการสุขภาพในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ประชากร /กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร หน่วยบริการสุขภาพ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานเขตสุขภาพที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพแรงงานข้ามชาติและการค้ามนุษย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 250 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง หน่วยบริการสุขภาพ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานเขตสุขภาพที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากโครงการฯ จำนวน 195 แห่ง การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก

หน่วยบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานเขตสุขภาพที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจาก โครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพแรงงานข้ามชาติและการค้ามนุษย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

เกณฑ์การคัดออก

1) หน่วยบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลที่ไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากโครงการฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568

2) หน่วยบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลไม่สามารถทำแบบประเมินฯ ได้ตามเวลาที่กำหนด

3) ข้อมูลที่กรอกในแบบประเมินฯ ไม่สมบูรณ์หรือไม่ถูกต้องจนไม่สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลได้

ขอบเขตด้านตัวแปร

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

- ขนาดของหน่วยบริการสุขภาพ
- พื้นที่ตั้งของหน่วยบริการสุขภาพ

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

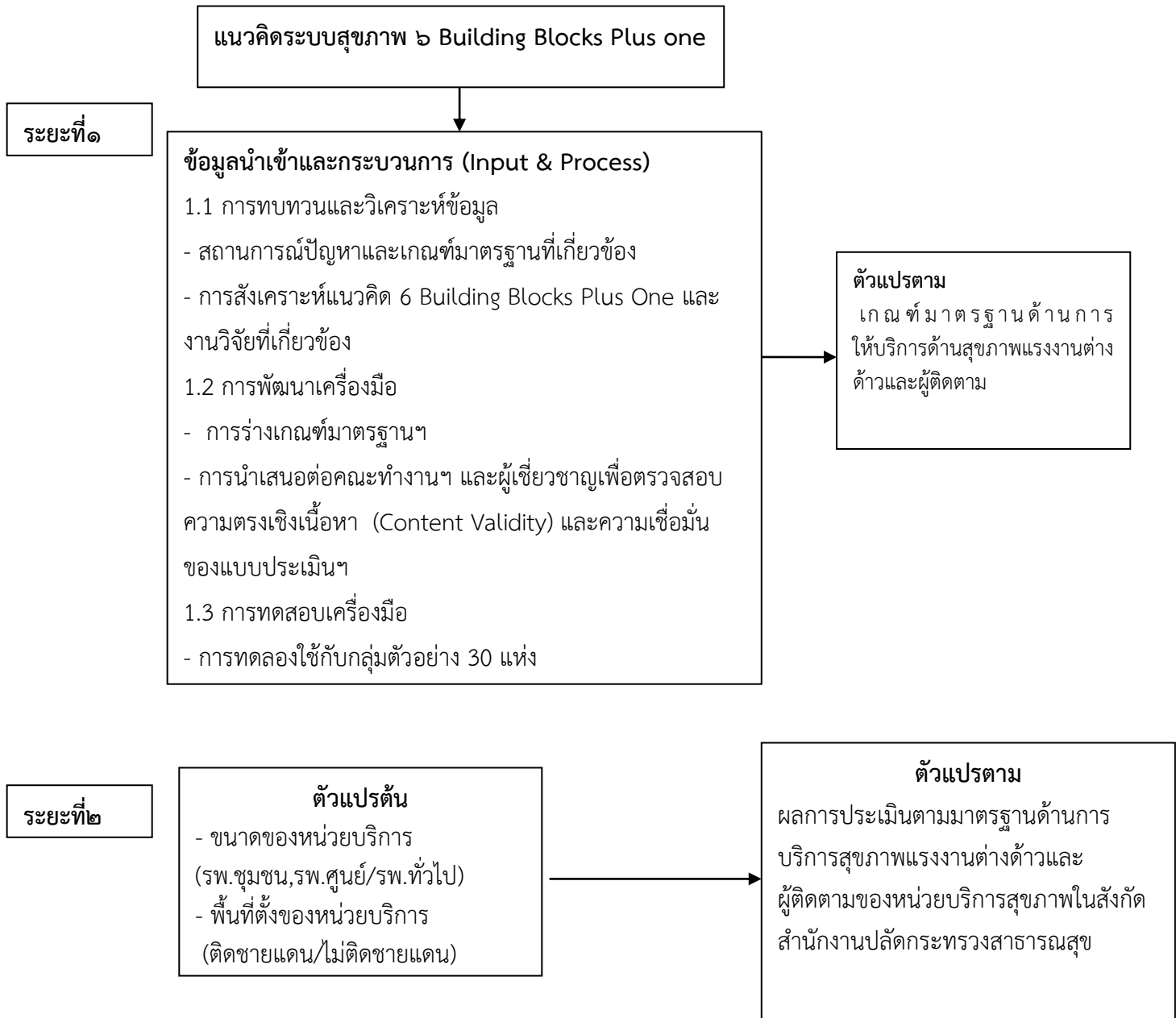
- ผลการประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม
- ความสัมพันธ์ผลการประเมินฯ ขนาดของหน่วยบริการสุขภาพ และพื้นที่ตั้งของหน่วยบริการสุขภาพ

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลา 1 ต.ค. 2567 ถึง 31 ก.ค. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ แนวคิดระบบสุขภาพ 6 Building Blocks Plus one^{4,5} ร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานด้านการบริการสุขภาพ¹⁴⁻¹⁶ โดยนำมาพัฒนาปรับปรุงให้เกิดมาตรฐานด้านการบริการสุขภาพ แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามของหน่วยบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



รูปภาพ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาและทดสอบเครื่องมือวัดมาตรฐานด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามของหน่วยบริการสุขภาพ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

อนุสรณ์ คัมภรย และคณะ²¹ ได้ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จากข้อมูลการให้บริการจากฐานข้อมูล 43 แห่งของกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สถานีอนามัย (สอ.) สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) และศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ใน 12 เขตสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าประชาชนนิยมไปรับบริการที่โรงพยาบาลมากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิเกิดความเชื่อมั่นในการเข้ารับบริการมากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ และควรพิจารณาเรื่องจำนวนบุคลากรในการให้บริการที่เพียงพอเพื่อการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

ศิริเกษม ศิริลักษณ์⁵ ได้ศึกษาการจัดการความรู้ระบบสุขภาพอำเภอพึงประสงค์โดยใช้หลักการ Six Building Blocks Plus One" มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาาระบบสุขภาพระดับอำเภอให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks Plus One ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์และพัฒนาระบบสุขภาพ โดยครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพ ได้แก่ การบริการสุขภาพ, บุคลากร, ข้อมูล, ยาและเทคโนโลยี, การเงิน, และการกำกับดูแล รวมถึง "Plus One" ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษาพบว่า การใช้หลักการนี้ช่วยให้สามารถระบุจุดแข็งและจุดอ่อนของระบบสุขภาพอำเภอ และนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสมเน้นย้ำถึงความสำคัญของการจัดการความรู้ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการเสนอแนวทางการจัดการความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพ เช่น การสร้างชุมชนนักปฏิบัติ, การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการความรู้, และการส่งเสริมการเรียนรู้จากประสบการณ์ให้มีความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้ระบบสุขภาพมีความสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืนและมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบสุขภาพว่าให้มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน, การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ, และการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ

Donabedian A.¹⁹ ได้ศึกษาการกำหนดกรอบแนวคิดสำหรับการประเมินคุณภาพของการดูแลสุขภาพ เน้นย้ำถึงความสำคัญของการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพ เพื่อให้สามารถปรับปรุงการให้บริการและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ โดยผลลัพธ์ของการศึกษาเกิดโมเดลคุณภาพการดูแลสุขภาพสามารถประเมินได้โดยการพิจารณา 3 องค์ประกอบหลัก: โครงสร้าง (Structure) ทรัพยากรและองค์กรที่ใช้ในการให้บริการสุขภาพ เช่น บุคลากร, อุปกรณ์, และสิ่งอำนวยความสะดวก กระบวนการ (Process) กิจกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เช่น การวินิจฉัย, การรักษา, และการให้คำปรึกษา ผลลัพธ์ (Outcome) ผลกระทบของการดูแลสุขภาพต่อผู้รับบริการ เช่น การหายจากโรค, การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น, และความพึงพอใจ นอกจากนี้ยังมีเรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการยังเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความพึงพอใจ มาตรฐานการบริการสุขภาพจึงควรครอบคลุมทั้งด้านคุณภาพทางเทคนิคและการบริการที่เป็นเลิศ

Whitehead M.¹⁸ ได้ศึกษาสำรวจแนวคิดและหลักการของความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โดยผลการศึกษาสรุปได้ว่ามาตรฐานการบริการสุขภาพควรส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมสำหรับประชากรทุกกลุ่ม โดยไม่คำนึงถึงสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม หรือภูมิศาสตร์ การสร้างมาตรฐานที่ครอบคลุมและเป็นธรรมช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการพัฒนามาตรฐานการบริการสุขภาพในพื้นที่ห่างไกลและกลุ่มประชากรที่เปราะบางเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างระบบสุขภาพที่ยั่งยืนและเป็นธรรม

Beeuwkes B Melinda . และคณะ.¹⁷ ศึกษาเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ : การวางโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ มุ่งเน้นวิเคราะห์และเสนอแนวทางในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปรับปรุงระบบสุขภาพระดับประเทศ โดยผลการศึกษาพบว่าการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ (Health IT) มีบทบาทสำคัญในการยกระดับมาตรฐานการบริการสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ช่วยให้ผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว เทคโนโลยีสารสนเทศยังช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. มาตรฐานการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่ชัดเจน ใช้เป็นเครื่องมือประเมินตนเองของหน่วยบริการสุขภาพ เป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในการดูแลแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม
2. ข้อมูลพื้นฐานสถานการณ์ในปัจจุบัน เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลปัจจุบันและมาตรฐานไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวให้ดียิ่งขึ้น
3. แนวทางพัฒนาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามของหน่วยบริการสุขภาพ ให้ดียิ่งขึ้นและครอบคลุมในอนาคต

วิธีการดำเนินการวิจัย/ผลการวิจัย

วิธีการวิจัย ระยะที่ 1

1. การทบทวนวรรณกรรมและเอกสาร ศึกษาเกณฑ์มาตรฐานการบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
2. การระดมความคิดเห็นจากผู้มีประสบการณ์ในการให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม จากประชุมเชิงปฏิบัติการยกระดับการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม (สร้างระบบ เสริมพลังเครือข่าย) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อร่างและปรับปรุงเกณฑ์มาตรฐานด้านการบริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม
3. การตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเกณฑ์ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเครื่องมือ (Content Validity Index) และการหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

4. การนำเกณฑ์มาตรฐานที่ได้มาพัฒนาเป็นแบบประเมินที่มีโครงสร้างชัดเจนเสนอต่อคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ที่เกี่ยวข้อง ร่วมพิจารณาเพื่อให้มั่นใจว่าแบบประเมินฯ มีความครบถ้วนชัดเจน และเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

5. การทดสอบเครื่องมือประเมินฯ กับหน่วยบริการสุขภาพ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 แห่ง เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ ความชัดเจน ความสมบูรณ์ และความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ก่อนนำไปใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบสรุบทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. แบบบันทึกความคิดเห็นต่อ (ร่าง) แบบประเมินพัฒนามาตรฐานด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามของหน่วยบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
3. แบบบันทึกความคิดเห็นต่อ (ร่าง) แบบประเมินพัฒนามาตรฐานด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามของหน่วยบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของผู้รับผิดชอบงานในการให้บริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามจากหน่วยบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล จากการประชุมเชิงปฏิบัติการระดับการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม (สร้างระบบ เสริมพลังเครือข่าย) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗
4. แบบประเมินหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ
5. แบบประเมินหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณนำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ค่าเฉลี่ย ความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาด้วยการจัดหมวดหมู่และความสัมพันธ์ของประเด็น

วิธีการวิจัย ระยะที่ 2

1. การจัดส่งหนังสือบันทึกข้อความแจ้งไปยังสำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อประสานไปยังหน่วยบริการสุขภาพ / โรงพยาบาลในการเข้าร่วมทำแบบประเมินฯ ด้วยตนเอง
2. การเก็บข้อมูลโดยหน่วยบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลทุกระดับที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพแรงงานข้ามชาติและการค้ามนุษย์ ประจำปี พ.ศ. 2568 ทำแบบประเมินฯ ผ่านระบบออนไลน์ (Google Form)
3. ผู้วิจัยนำข้อมูลในระบบออนไลน์ (Google Form) มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล
4. ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะเป็นข้อมูลที่สะท้อนสถานการณ์ในช่วงเวลาดังกล่าวเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แบบประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามของหน่วยบริการสุขภาพ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการศึกษาระยะที่ 1 ประกอบด้วย 7 ด้าน รวมทั้งหมด 20 เกณฑ์ (100 คะแนน) กำหนดเกณฑ์การประเมินผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือระดับ 1 พื้นฐาน : คะแนนร้อยละ 0 – 69, ระดับ 2 การพัฒนา : คะแนนร้อยละ 70 – 79, ระดับ 3 ดี/นวัตกรรม : คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

1. **ด้านระบบบริการสุขภาพ** มีเกณฑ์การประเมิน 3 ข้อ โดยมีการกำหนดค่าคะแนน คือไม่มี = 0 คะแนน, มีบางส่วน/ไม่ครบทุกด้าน/ไม่ครอบคลุม/ไม่มีคุณภาพ = 2.5 คะแนน, มีครบ/ครอบคลุม/ชัดเจน/มีคุณภาพ = 5 คะแนน ให้เลือกตามตัวเลือกที่กำหนด ได้แก่ มีการบริการสุขภาพครอบคลุมทุกด้าน (ส่งเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟู) มีแนวทางการทำงาน ที่สามารถให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นคนต่างด้าว และมีระบบเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการสุขภาพที่จำเป็นตามชุดสิทธิประโยชน์

2. **ด้านกำลังคน** มีเกณฑ์การประเมิน 3 ข้อ โดยมีการกำหนดค่าคะแนน คือไม่มี = 0 คะแนน, มีบางส่วน/ไม่ครบทุกด้าน/ไม่ครอบคลุม/ไม่มีคุณภาพ = 2.5 คะแนน, มีครบ/ครอบคลุม/ชัดเจน/มีคุณภาพ = 5 คะแนน ให้เลือกตามตัวเลือกที่กำหนด ได้แก่ มีแผนการพัฒนาบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวกับการให้บริการคนต่างด้าว มีผู้ประสานงานด้านภาษาต่างด้าว (การจ้าง หรือได้รับสนับสนุน หรือจิตอาสา) และมีบุคลากรที่ให้บริการอย่างเหมาะสมและเพียงพอ

3. **ด้านระบบข้อมูลด้านสุขภาพ** มีเกณฑ์การประเมิน 3 ข้อ โดยมีการกำหนดค่าคะแนน คือไม่มี = 0 คะแนน, มีบางส่วน/ไม่ครบทุกด้าน/ไม่ครอบคลุม/ไม่มีคุณภาพ = 2.5 คะแนน, มีครบ/ครอบคลุม/ชัดเจน/มีคุณภาพ = 5 คะแนน ให้เลือกตามตัวเลือกที่กำหนด ได้แก่ มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการสุขภาพคนต่างด้าว มีข้อมูลบริบทพื้นที่ชุมชนต่างด้าว (ลักษณะชุมชนต่างด้าว จำนวนครัวเรือน จำนวน/รายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว) และมีข้อมูลเป็นปัจจุบัน เชื่อถือได้ และมีความความปลอดภัยของข้อมูล

4. **ด้านการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น** มีเกณฑ์การประเมิน 3 ข้อ โดยมีการกำหนดค่าคะแนน คือไม่มี = 0 คะแนน, มีบางส่วน/ไม่ครบทุกด้าน/ไม่ครอบคลุม/ไม่มีคุณภาพ = 2.5 คะแนน, มีครบ/ครอบคลุม/ชัดเจน/มีคุณภาพ = 5 คะแนน ให้เลือกตามตัวเลือกที่กำหนด ได้แก่ มีการสนับสนุนให้คนต่างด้าวสามารถเข้าถึงยาและวัคซีนที่จำเป็นมีแนวทางสนับสนุนการเข้าถึงยาและบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ และมีช่องทางสื่อสารด้านสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว

5. **ด้านการเงิน – การคลัง** มีเกณฑ์การประเมิน 3 ข้อ โดยมีการกำหนดค่าคะแนน คือไม่มี = 0 คะแนน, มีบางส่วน/ไม่ครบทุกด้าน/ไม่ครอบคลุม/ไม่มีคุณภาพ = 2.5 คะแนน, มีครบ/ครอบคลุม/ชัดเจน/มีคุณภาพ = 5 คะแนน ให้เลือกตามตัวเลือกที่กำหนด ได้แก่ มีเงินที่ใช้ในการดำเนินงานเพื่อจัดระบบบริการสุขภาพคนต่างด้าว เช่น เงินงบประมาณ กองทุนต่างด้าว หรือกองทุนอื่นๆ มีการนำข้อมูลด้านการเงินการคลังมาวางแผนและแก้ไขปัญหา และมีการควบคุม กำกับ และติดตามประเมินผลการใช้งบประมาณ

6. **ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ** มีเกณฑ์การประเมิน 2 ข้อ โดยมีการกำหนดค่าคะแนน คือไม่มี = 0 คะแนน, มีบางส่วน/ไม่ครบทุกด้าน/ไม่ครอบคลุม/ไม่มีคุณภาพ = 2.5 คะแนน, มีครบ/ครอบคลุม/ชัดเจน/มีคุณภาพ = 5 คะแนน ให้เลือกตามตัวเลือกที่กำหนด ได้แก่ มีการกำหนดนโยบายด้านบริการสุขภาพคนต่างด้าว (มีแผนงาน/โครงการ) และมีการบูรณาการแผนต่างด้าวกับทุกภาคส่วนให้เกิดการเชื่อมประสานกันในระบบสุขภาพที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี

7. **ด้านการมีส่วนร่วมจากชุมชนและเครือข่าย** มีเกณฑ์การประเมิน 3 ข้อ โดยมีการกำหนดค่าคะแนน คือไม่มี = 0 คะแนน, มีบางส่วน/ไม่ครบทุกด้าน/ไม่ครอบคลุม/ไม่มีคุณภาพ = 2.5 คะแนน, มีครบ/ครอบคลุม/ชัดเจน/มีคุณภาพ = 5 คะแนน ให้เลือกตามตัวเลือกที่กำหนด ได้แก่ มีกิจกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการร่วมพัฒนา

จากชุมชนคนต่างด้าว หรือผู้ประกอบการ/นายจ้าง เช่น การได้รับสนับสนุนงบประมาณ การช่วยเหลือจาก นายจ้าง/ผู้ประกอบการในชุมชน มีผู้ประสานงานต่างด้าวในชุมชน (มีการกำหนด และระบุผู้ประสานงานที่สามารถติดต่อได้อาจเป็นคนไทยหรือคนต่างด้าวก็ได้) และมีการพัฒนาแกนนำ/อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว เพื่อทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. ในพื้นที่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

การหาความตรงเชิงเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบประเมินฯที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญและปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม จำนวน 3 ท่าน และนำเข้าคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าว พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความถูกต้องของการวัดและเกณฑ์การให้คะแนน จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินฯ มาปรับปรุงแก้ไข ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity Index) เท่ากับ 0.85

การหาความเชื่อมั่น

ผู้วิจัยนำแบบประเมินจากการปรับปรุงแก้ไขและไปทดสอบใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน โดยเก็บข้อมูลด้วยระบบออนไลน์ (Google Form) จากนั้นนำแบบประเมินฯ ที่ได้ทดสอบมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบประเมินฯ ซึ่งค่าที่คำนวณได้จากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.84

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเลขที่โครงการ OPSEC MOPH 68-018

ผลการวิจัย

ระยะที่1 เกณฑ์มาตรฐานด้านการให้บริการด้านสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามของบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานด้านการให้บริการด้านสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามและลักษณะของแบบประเมินศักยภาพการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่ได้จากการศึกษาคือแบบประเมินศักยภาพด้านการให้บริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามของหน่วยบริการสุขภาพ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจากการดำเนินการใน ระยะที่1 ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างมาตรฐาน โดยมีกระบวนการและเหตุผลในการกำหนดองค์ประกอบ เกณฑ์ คะแนน และระดับการประเมิน ดังนี้

1. การพัฒนาเกณฑ์จากแนวคิด Six Building Blocks Plus One⁵ สู่ 20 เกณฑ์หลัก โดยแบบประเมินเริ่มต้นด้วย 7 ด้านหลัก ซึ่งอิงตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO)⁴ กระบวนการพัฒนาเกณฑ์ประกอบด้วย

1.1 การรวบรวมข้อมูลและทบทวนวรรณกรรม นโยบาย และมาตรฐานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังมีการความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมมุมมองและประสบการณ์จริง ในการให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

1.2 คัดกรองและเลือกเกณฑ์ โดยผู้วิจัย ผู้เชี่ยวชาญ และคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันพิจารณาความเหมาะสม ความสามารถในการวัดผลได้และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงในหน่วยบริการสุขภาพ เกณฑ์ที่ซ้ำซ้อน ยากต่อการวัดผล หรือไม่เกี่ยวข้อง โดยถูกคัดออกไป 15 เกณฑ์ เหลือเพียง 20 เกณฑ์สุดท้าย ที่มีความสำคัญ ครอบคลุม และสามารถวัดผลได้

2. การกำหนดน้ำหนักและค่าคะแนน

แบบประเมินนี้ได้กำหนดน้ำหนักในแต่ละด้านหรือแต่ละเกณฑ์ย่อย มีคะแนนเต็ม 5 คะแนน เท่ากัน (รวม 100 คะแนน) เหตุผลคือทำให้ความสำคัญกับทุกองค์ประกอบของระบบสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน ตามหลักการของ Six Building Blocks ซึ่งมองว่าทุกส่วนมีความสำคัญและสัมพันธ์กัน นอกจากนี้ยังช่วยให้แบบประเมิน ใช้งานง่ายและเข้าใจง่าย เกณฑ์การให้คะแนน แต่ละเกณฑ์ย่อยมี 3 ระดับคะแนนตามคุณภาพการดำเนินการ ได้แก่ 0 คะแนน (ไม่มี): ไม่มีการดำเนินการ

2.5 คะแนน (มีบางส่วน): มีการดำเนินการบางส่วน /ไม่สมบูรณ์/ไม่สม่ำเสมอ หรือไม่มีคุณภาพ

5 คะแนน (มีครบ/มีคุณภาพ): มีการดำเนินการอย่างครบถ้วนสมบูรณ์/สม่ำเสมอและมีคุณภาพ

3. การแบ่งระดับผลการประเมิน

ผลรวมคะแนนทั้งหมด 100 คะแนน จะถูกแบ่งออกเป็น 3 ระดับ เพื่อการตีความที่ชัดเจนและเป็นประโยชน์ในเชิงนโยบาย การแบ่งระดับนี้มาจากการ พิจารณาร่วมกันของผู้วิจัย/ผู้เชี่ยวชาญและคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยอิงจากประสบการณ์ในการประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ และแนวคิดการพัฒนาบริการสุขภาพ ระดับ 1 พื้นฐาน (0 – 69 คะแนน) บ่งชี้ว่าหน่วยบริการยังมีช่องว่างสำคัญที่ต้องได้รับการปรับปรุงเร่งด่วน ระดับ 2 การพัฒนา (70 – 79 คะแนน) แสดงว่าหน่วยบริการมีการดำเนินการที่ดีในหลายส่วน แต่ยังมีโอกาสในการพัฒนาต่อไปให้ดียิ่งขึ้น ระดับ 3 ดี/นวัตกรรม (80 คะแนนขึ้นไป) สะท้อนถึงความเป็นเลิศในการจัดบริการ และสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีได้

การแบ่งระดับนี้ผู้วิจัยมองว่าไม่เพียงช่วยให้เข้าใจสถานะของหน่วยบริการได้ง่าย แต่ยังกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเป็นแนวทางในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนสนับสนุนจากส่วนกลางได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียดของแบบประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ภาคผนวก 1

ระยะที่ 2

2. การประเมินของหน่วยบริการสุขภาพตามแบบประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพต่างดาวและผู้ติดตามสำหรับโรงพยาบาล

หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมประเมินโดยใช้แบบประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพต่างดาวและผู้ติดตาม จำนวน 195 แห่ง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จากหน่วยบริการทั้งหมด 250 แห่ง โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้ให้ข้อมูลคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการให้บริการด้านสุขภาพแก่แรงงานต่างดาวและผู้ติดตาม แห่งละ 1 คน พบว่ามีผลคะแนนเฉลี่ย 62.13 คะแนน เมื่อเทียบระดับเกณฑ์การประเมินฯ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน จำนวน 102 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 52.3 รองลงมา ระดับการพัฒนา จำนวน 48 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 24.6 และระดับดี/นวัตกรรม จำนวน 45 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 23.1 ตามลำดับ ดังตาราง 2

ตาราง 2.1 ผลการประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพต่างดาวและผู้ติดตามสำหรับโรงพยาบาล

| ผลการประเมินฯ | จำนวน (195 แห่ง) | ร้อยละ |
|-----------------------------------|------------------|---------------|
| ระดับพื้นฐาน (0 – 69 คะแนน) | 102 | 52.3 |
| ระดับการพัฒนา (70 – 79 คะแนน) | 48 | 24.6 |
| ระดับดี/นวัตกรรม (80 คะแนนขึ้นไป) | 45 | 23.1 |
| คะแนนประเมินเฉลี่ย | Mean (SD) | 62.65 (20.33) |
| | Min - Max | 15 – 100 |

หน่วยบริการสุขภาพที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับพื้นฐาน ขณะที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ มีคะแนนเฉลี่ยของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์สูงกว่าของโรงพยาบาลชุมชน ดังตาราง 2.2

ตาราง 2.2 ผลการประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพต่างดาวและผู้ติดตามแยกตามขนาดของหน่วยบริการสุขภาพ (n=195)

| ผลการประเมินฯ | รพ.ชุมชน | | รพ.ทั่วไป/รพ.ศูนย์ | |
|-----------------------------------|-----------|-------------|--------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ระดับพื้นฐาน (0 – 69 คะแนน) | 86 | 84.3 | 16 | 15.7 |
| ระดับการพัฒนา (70 – 79 คะแนน) | 41 | 85.4 | 7 | 14.6 |
| ระดับดี/นวัตกรรม (80 คะแนนขึ้นไป) | 36 | 83.6 | 9 | 16.4 |
| คะแนนประเมินเฉลี่ย | Mean (SD) | 61.8 (20.6) | 66.7 (18.33) | |
| | Min - Max | 15 – 100 | 35 – 100 | |

การประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพต่างดาวและผู้ติดตามแยกตามพื้นที่ตั้งโรงพยาบาล พบว่า หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ติดชายแดนมีส่วนของผลการประเมินฯ ในระดับดี/นวัตกรรม (62.2%) สูงกว่าพื้นที่ไม่ติดชายแดน (37.8%) โดยคะแนนเฉลี่ยรวมของหน่วยบริการในพื้นที่ติดชายแดนสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยรวมของหน่วยบริการในพื้นที่ไม่ติดชายแดน ดังตาราง 2.3

ตาราง 2.3 ผลการประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพต่างดาวและผู้ติดตามแยกตามพื้นที่ตั้งโรงพยาบาล (n=195)

| ผลการประเมินฯ | พื้นที่ติดชายแดน | | พื้นที่ไม่ติดชายแดน | |
|-----------------------------------|------------------|-------------|---------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ระดับพื้นฐาน (0 – 69 คะแนน) | 35 | 65.7 | 67 | 34.3 |
| ระดับการพัฒนา (70 – 79 คะแนน) | 22 | 45.8 | 26 | 54.2 |
| ระดับดี/นวัตกรรม (80 คะแนนขึ้นไป) | 28 | 62.2 | 17 | 37.8 |
| คะแนนประเมินเฉลี่ย | Mean (SD) | 64.2 (18.1) | 61.6 (21.5) | |
| | Min - Max | 30 – 100 | 15 – 100 | |

คะแนนรายด้านมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านที่ 1 ระบบบริการสุขภาพ (\bar{x} = 12.9) รองลงมา คือ ด้านที่ 4 การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (\bar{x} = 10.9) และด้านระบบข้อมูลด้านสุขภาพ (10.0) ตามลำดับ ส่วนด้านที่ควรพัฒนาและปรับปรุง ซึ่งคะแนนรายด้านมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านที่ 6 ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (\bar{x} = 5.4) ด้านที่ 7 การมีส่วนร่วมจากชุมชนและเครือข่าย (\bar{x} = 5.6) และ ด้านที่ 2 กำลังคนด้านสุขภาพ (\bar{x} = 8.6) ตามลำดับ ดังตาราง 2.4

ตาราง 2.4 ค่าคะแนนรายด้านจากการประเมินตามเกณฑ์แบบประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพต่างดาวและผู้ติดตามสำหรับโรงพยาบาล (n=195)

| เกณฑ์การประเมินฯ | \bar{x} | S.D. |
|--|-----------|------|
| 1. ด้านระบบบริการสุขภาพ | 12.9 | 3.0 |
| 2. ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ | 8.6 | 4.1 |
| 3. ด้านระบบข้อมูลด้านสุขภาพ | 10.0 | 3.3 |
| 4. ด้านการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น | 10.9 | 3.7 |
| 5. ด้านการเงิน – การคลัง | 9.0 | 4.4 |
| 6. ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ | 5.4 | 3.1 |
| 7. ด้านการมีส่วนร่วมจากชุมชนและเครือข่าย | 5.6 | 4.7 |

คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประเมินศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพในแต่ละด้าน แยกตามขนาดของโรงพยาบาล พบว่าโดยรวมมีโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน ดังตาราง 2.5

ตาราง 2.5 ค่าคะแนนรายด้านแยกตามขนาดหน่วยบริการสุขภาพ (n=195)

| เกณฑ์การประเมินฯ | รพ.ชุมชน | | รพ.ทั่วไป/รพ.ศูนย์ | |
|---------------------------------------|-----------|------|--------------------|------|
| | \bar{x} | S.D. | \bar{x} | S.D. |
| ด้านระบบบริการสุขภาพ | 12.9 | 3.1 | 13.2 | 3.1 |
| ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ | 8.4 | 4.1 | 9.6 | 4.1 |
| ด้านระบบข้อมูลด้านสุขภาพ | 10.2 | 3.4 | 9.2 | 3.1 |
| ด้านการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น | 10.7 | 3.8 | 11.6 | 3.5 |
| ด้านการเงิน – การคลัง | 8.8 | 4.5 | 10 | 3.9 |
| ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ | 5.3 | 3.1 | 4.9 | 3.2 |
| ด้านการมีส่วนร่วมจากชุมชนและเครือข่าย | 6 | 4.6 | 5.5 | 4.9 |

คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประเมินศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพในแต่ละด้าน แยกตามพื้นที่ที่ตั้งอยู่ในเขตติดชายแดนและไม่ติดชายแดน พบว่าหน่วยบริการที่ติดชายแดนมีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้าน ที่สูงกว่าหน่วยบริการที่ไม่ติดชายแดน ขณะที่ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบและด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและ เครือข่ายมีค่าน้อยกว่าหน่วยบริการที่ไม่ติดชายแดนเล็กน้อย ดังตาราง 2.6

ตาราง 2.6 ค่าคะแนนรายด้านแยกตามพื้นที่ตั้งของหน่วยบริการสุขภาพ (n=195)

| เกณฑ์การประเมินฯ | ติดชายแดน | | ไม่ติดชายแดน | |
|---------------------------------------|-----------|------|--------------|------|
| | \bar{x} | S.D. | \bar{x} | S.D. |
| ด้านระบบบริการสุขภาพ | 13.5 | 8.8 | 12.6 | 3.2 |
| ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ | 8.8 | 4.0 | 8.4 | 4.1 |
| ด้านระบบข้อมูลด้านสุขภาพ | 10.1 | 3.0 | 9.9 | 3.5 |
| ด้านการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น | 11.3 | 3.7 | 10.7 | 3.7 |
| ด้านการเงิน – การคลัง | 9.7 | 3.9 | 8.6 | 4.7 |
| ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ | 5.2 | 3.1 | 5.4 | 3.2 |
| ด้านการมีส่วนร่วมจากชุมชนและเครือข่าย | 5.4 | 4.2 | 5.7 | 5.0 |

3. ความสัมพันธ์ของผลประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ขนาดของหน่วยบริการสุขภาพ และพื้นที่ตั้งของหน่วยบริการสุขภาพ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

สมมติฐาน ปัจจัยขนาดของหน่วยบริการสุขภาพและพื้นที่ตั้งมีความสัมพันธ์กับผลการประเมินศักยภาพด้านการให้บริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

ขนาดของหน่วยบริการสุขภาพ

H_{0a}: ขนาดของหน่วยบริการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับผลประเมินศักยภาพด้านการให้บริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวในระดับ “พัฒนา-ดี/นวัตกรรม”

H_{1a}: ขนาดของหน่วยบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการได้รับผลประเมินศักยภาพด้านการให้บริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวในระดับ “พัฒนา-ดี/นวัตกรรม”

พื้นที่ตั้งของหน่วยบริการสุขภาพ

H_{0b}: พื้นที่ตั้งของหน่วยบริการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับผลประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวในระดับ “พัฒนา-ดี/นวัตกรรม”

H_{1b}: พื้นที่ตั้งของหน่วยบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการได้รับผลประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวในระดับ “พัฒนา-ดี/นวัตกรรม”

ทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติก (Logistic Regression) เพื่อดูว่าขนาดของหน่วยบริการสุขภาพ (ทั่วไป/ศูนย์/ชุมชน) และพื้นที่ตั้ง (ติดชายแดน/ไม่ติดชายแดน) มีความสัมพันธ์ต่อผลการประเมินมาตรฐานการบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามในภาพรวมหรือไม่

จากผลการศึกษา พบว่า โอกาสที่โรงพยาบาลจะได้รับการประเมินในระดับ ดี/นวัตกรรม' ของโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ โอกาสที่หน่วยบริการสุขภาพจะได้รับการประเมินในระดับดังกล่าว ก็ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ระหว่างหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ไม่ติดชายแดน เมื่อเทียบกับหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ติดชายแดน ดังตาราง 3

ตาราง3 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของขนาดและพื้นที่ตั้งของหน่วยบริการสุขภาพกับผลการประเมินฯ (n=195)

| ตัวแปร | Odds Ratio | 95 CI% | p-value (Sig.) |
|---|------------|---------------|----------------|
| ขนาดของหน่วยบริการสุขภาพ (ทั่วไป/ศูนย์ vs. ชุมชน (Ref.)) | 0.723 | 0.404 – 1.849 | 0.70 |
| พื้นที่ตั้งหน่วยบริการสุขภาพ (ติดชายแดน vs. ไม่ติดชายแดน Ref.) | 1.024 | 0.454 – 1.449 | 0.47 |

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประสบความสำเร็จในการพัฒนา "มาตรฐานด้านการบริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม" ซึ่งประกอบด้วย 7 ด้านหลักและ 20 เกณฑ์ย่อย โดยมีโครงสร้างที่อ้างอิงจากแนวคิด Six Building Blocks Plus One ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ทำให้มีความครอบคลุมและสอดคล้องกับหลักสากล แบบประเมินที่สร้างขึ้นสามารถนำไปใช้ในการประเมินศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการสำรวจสถานการณ์ปัจจุบันพบว่า โดยภาพรวมศักยภาพการบริการสุขภาพของหน่วยบริการส่วนใหญ่ยังอยู่ใน ระดับพื้นฐาน ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ดี/นวัตกรรมที่กำหนดไว้ (80 คะแนน ขึ้นไป) สะท้อนถึงความท้าทายที่สำคัญในการยกระดับคุณภาพบริการ โดยเฉพาะในด้าน ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ ที่มีคะแนนต่ำที่สุด ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่ต้องเร่งแก้ไข ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพเป็นจุดแข็งที่มีคะแนนสูงที่สุด

ในส่วนของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlational Analysis) พบว่า ขนาดของหน่วยบริการสุขภาพ (โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์กับ โรงพยาบาลชุมชน) และ พื้นที่ตั้งของหน่วยบริการ (พื้นที่ชายแดนกับพื้นที่อื่น) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับโอกาสที่ผลการประเมินจะผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ ซึ่งสวนทางกับสมมติฐานเบื้องต้นที่คาดว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือที่ตั้งในพื้นที่ชายแดนจะมีความพร้อมมากกว่า ผลลัพธ์นี้อาจแสดงให้เห็นว่า นโยบายและแนวทางการดำเนินงานที่เข้มแข็งของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถช่วยลดช่องว่างด้านศักยภาพที่เกิดจากขนาดและที่ตั้งของหน่วยบริการได้ ทำให้โรงพยาบาลทุกขนาดสามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐานได้ใกล้เคียงกัน

ผลการศึกษาที่ว่าขนาดและที่ตั้งของโรงพยาบาลไม่ได้ส่งผลต่อมาตรฐานการบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญนั้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Claudia Araujo และคณะ (2020)²³ ที่พบว่าโรงพยาบาลทุกขนาดมีโอกาสที่จะผ่านหรืออยู่ในมาตรฐานเดียวกัน หากมีการปฏิบัติและดำเนินการตามเกณฑ์อย่างถูกต้อง งานวิจัยนี้ยังชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของ “ความเป็นธรรม (Fairness)” และ “ความเป็นกลาง (Neutrality)” ของเครื่องมือประเมิน ซึ่งไม่ควรลำเอียงตามลักษณะเฉพาะของหน่วยบริการ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาทั่วไปที่มักพบว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีความพร้อมด้านทรัพยากรและศักยภาพสูงกว่า ซึ่งสาเหตุอาจมาจากการที่แบบประเมินมีเกณฑ์ที่เน้นความเฉพาะเจาะจงกับบริการสำหรับแรงงานต่างด้าว เช่น การมีผู้ประสานงานด้านภาษา หรือการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นมิติที่โรงพยาบาลชุมชนอาจมีความโดดเด่นมากกว่า ทำให้ช่องว่างของคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ ผลการศึกษาที่พบว่าด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบเป็นจุดอ่อน สอดคล้องกับรายงานของ WHO (2022)²⁹ ที่ระบุว่าการขาดการอภิบาลระบบ (Governance) ที่เข้มแข็งเป็นหนึ่งในอุปสรรคสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการดูแลประชากรกลุ่มเปราะบางอย่างแรงงานต่างด้าว การขาดนโยบายที่ชัดเจนและการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอาจทำให้การดำเนินงานขาดทิศทางที่ยั่งยืน

การใช้ประโยชน์ของข้อค้นพบในการศึกษานี้

ด้านนโยบาย ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการยกระดับบริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวไม่ควรจำกัดอยู่แค่การเพิ่มทรัพยากร แต่ควรเน้นการสร้าง ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ ให้เข้มแข็ง รวมถึงการส่งเสริม การมีส่วนร่วมจากชุมชนและเครือข่าย ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่สำคัญ การกำหนดนโยบายที่เน้นการสร้างกลไกความร่วมมือในระดับท้องถิ่นจะช่วยให้การดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าวมีความยั่งยืนและตอบสนองความต้องการที่แท้จริงได้มากขึ้น

ด้านการปฏิบัติ แบบประเมินฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือสำหรับหน่วยบริการสุขภาพในการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เพื่อหาจุดแข็งและจุดอ่อน และวางแผนพัฒนาศักยภาพการให้บริการได้อย่างตรงจุด โดยเฉพาะในโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ที่แม้จะมีทรัพยากรมากแต่ยังมีช่องว่างด้านการมีส่วนร่วมจากชุมชน ส่วนโรงพยาบาลชุมชนที่โดดเด่นด้านการทำงานกับชุมชนและภาวะผู้นำ สามารถเป็นต้นแบบในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้

ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัยนี้

1. ความลำเอียงจากการเลือกตัวอย่าง (Selection Bias) การวิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มีความเป็นไปได้ที่หน่วยบริการที่เข้าร่วมจะเป็นกลุ่มที่มีความพร้อมหรือสนใจในเรื่องแรงงานต่างด้าวเป็นพิเศษอยู่แล้ว ทำให้ผลการศึกษาอาจไม่ได้สะท้อนภาพรวมที่แท้จริงของหน่วยบริการทั้งหมด

2. อำนาจเชิงสถิติที่ต่ำ (Low Statistical Power) แม้การวิเคราะห์ด้วย Logistic Regression จะไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผลประเมินกับขนาดและพื้นที่ตั้งของหน่วยบริการ แต่ผู้วิจัยเองก็ตระหนักว่าขนาดตัวอย่าง (n=195) อาจไม่ใหญ่พอที่จะตรวจพบความสัมพันธ์ที่มีอยู่จริงได้²⁴⁻²⁵ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่สำคัญในการสรุปผลเชิงสถิติ

3. การจำกัดปัจจัยที่ศึกษา ยังมีปัจจัยที่ไม่ได้นำมาศึกษาที่อาจส่งผลกระทบต่อบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าว ซึ่งไม่ได้นำมาศึกษา เช่น ภูมิภาค สัญชาติ ประสบการณ์ของบุคลากร งบประมาณและทรัพยากรที่ได้รับ รวมถึงทัศนคติและความเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน และปัจจัยจากแรงงานต่างด้าวและนายจ้างซึ่งการศึกษาไม่ได้ครอบคลุม เนื่องจากการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวไม่ได้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว

4. ความคงที่ของผลการประเมิน (Timeliness of Assessment) คะแนนที่ได้จากการประเมินเป็นสถานการณ์ในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น และอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามการพัฒนาของหน่วยบริการ การศึกษาครั้งนี้ยังไม่ทราบว่าควรประเมินความพร้อมบ่อยแค่ไหนจึงจะเหมาะสม

5. ความพร้อมที่ประเมินได้อาจไม่สะท้อนความพร้อมที่แท้จริง สถานพยาบาลที่ได้ผลการประเมินความพร้อมสูง อาจไม่ได้มีความพร้อมมากกว่าสถานพยาบาลที่ได้ผลประเมินต่ำกว่าเสมอไป เนื่องจากคะแนนที่ได้รับอาจเกิดจากการประเมินตนเองของผู้รับผิดชอบงาน ซึ่งอาจมีความลำเอียงในการให้คะแนนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เผยแพร่แบบประเมินฯ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำแบบประเมินฯ นี้ไปใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เห็นภาพรวมของสถานการณ์และสามารถกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ ควรมีการปรับปรุงแบบประเมินให้ทันสมัยอยู่เสมอ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และนโยบายที่เปลี่ยนแปลงไป

2. เร่งพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการในด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ, การมีส่วนร่วมจากชุมชนและเครือข่าย, และกำลังคนด้านสุขภาพ เช่น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้บริหารและบุคลากรเกี่ยวกับการวางแผนนโยบายที่ชัดเจน, การบูรณาการการทำงานกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่, และการจัดสรรกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ส่งเสริมให้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) เพื่อให้หน่วยบริการที่มีผลการประเมินดีสามารถถ่ายทอดประสบการณ์และแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practices) ให้กับหน่วยบริการอื่น ๆ ได้นำไปปรับใช้ โดยเฉพาะในด้านที่ควรพัฒนา เพื่อยกระดับมาตรฐานการบริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามในภาพรวม

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อทำความเข้าใจถึงสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนในด้านที่เป็นจุดแข็ง-จุดอ่อน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถนำไปออกแบบแนวทางพัฒนาและแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงจุด

2. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างของหน่วยบริการสุขภาพให้มากขึ้น เพื่อให้ผลการวิจัยมีความครอบคลุมและสามารถสรุปอ้างอิงได้ในวงกว้างยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพด้านการบริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม เช่น ภูมิภาค, เศรษฐกิจ, สัญชาติ, ประสบการณ์ของบุคลากรในการให้บริการแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม, ความแตกต่างด้านงบประมาณและทรัพยากรที่ได้รับ หรือแม้แต่ทัศนคติของบุคลากรต่อการให้บริการกลุ่มประชากรนี้ เพื่อระบุปัจจัยขับเคลื่อนและอุปสรรคที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก นายแพทย์พงษ์ศักดิ์ นิตติการุญ ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข นางสาวมีนา ชูใจ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพแรงงานและความร่วมมือระหว่างประเทศ นางวิราณี นาคสุข หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการเฉพาะ ให้การส่งเสริมสนับสนุนในขั้นตอนและกระบวนการต่างๆ ของงานวิจัย ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ เลขาธิการมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) และนักวิจัยอาวุโส HITAP ที่ได้สละเวลาอันมีค่าแก่ผู้วิจัยในการให้คำปรึกษาและแนะนำตลอดจนตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมจัดหางาน กระทรวงแรงงาน. สถานการณ์แรงงานต่างด้าว ฉบับประจำเดือนกันยายน 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 7 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/a91bc4934471bc9073966fc0402075ae.pdf.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการของกระทรวงสาธารณสุข ระยะ ๕ ปี 2 (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 7 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://spd.moph.go.th/government-action-plan/>
3. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2567) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 7 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/31497>
4. World Health Organization. Monitoring The Building Block of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: The WHO Document Production Services; 2010. ISBN 978 92 4 156405 2.
5. ศิริเกษม ศิริลักษณ์. การจัดการความรู้ระบบสุขภาพอำเภอพึงประสงค์ โดยใช้หลักการ Six Building Blocks Plus One. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 ต.ค. 2567]. เข้าถึงจาก <https://med.nu.ac.th/home>DHS/ebooks/files/DHSKnowledgeManagement.pdf>.
6. เพ็ชรภรณ์ ชัชวาลชาวนกจิ, พรรณรัตน์ อารณพิศาล. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า กรณีศึกษากิจการต่อเนื่องประมง จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. 2558;21:80-9.
7. จีระศักดิ์ ทัพพา, และคณะ. แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยปทุมธานี. 2562;2(2):กรกฎาคม-ธันวาคม.
8. Arnstein SR. A ladder of citizen participation. J Am Inst Plann. 1969 Jul;35(4):216-24.
9. Aung T, Pongpanich S, Robson, GM. Health seeking behaviours among Myanmar migrant workers in Ranong province, Thailand. Journal of Health Research. 2009; 23: 5-9.
10. Shao S, Wang M, Jin G, Zhao Y, Lu X, Du J. Analysis of health service utilization of migrants in Beijing using Anderson health service utilization model. BMC Health Serv Res 2018;18:3271. doi: 10.1186/s12913-018-3271-y
11. อรุณี ไพบูลย์พาณิชย์กุล. รูปแบบการพัฒนาศูนย์พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนที่ยกระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปตาม Service Plan: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร. 2562;ISSN 1906-3431.
12. วีรวิทย์ วงศ์โรจน์, และคณะ. การพัฒนามาตรฐาน ตัวบ่งชี้ และเกณฑ์การประกันคุณภาพการศึกษาภายใน ของโรงเรียนสาธิต. วารสารบรรณศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2559;1:83-100.

13. ทักษิณ ชาวคร. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ จังหวัดอุดรธานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561.
14. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (ฉบับที่ 5). กรุงเทพฯ: บริษัท ก.การพิมพ์เทียนทอง จำกัด; 2565.
15. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.). มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ (ฉบับที่ 1). นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2567.
16. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (ฉบับส่งเสริมและพัฒนาสถานพยาบาล ปี 2563) .[อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 8 ต.ค. 2567]. http://do1.new.hss.moph.go.th:8080/fileupload_doc/2019-12-20-35-19-3678945.pdf
17. Beeuwkes B Melinda, Jain H Sachin, David B. Health information technology: laying the infrastructure for national health reform. Health Aff (Millwood). 2011 Jun;30(6):1214-9.
18. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992;22(3):429-45.
19. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988 Sep 23-30;260(12):1743-8.
20. สมเกียรติ คุ้มไฉ่. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจักษ์กรีฑ. 2024;4(1) :มกราคม - มิถุนายน 2567.
21. อนุสรณ์ คัฒจรรย์, และคณะ. การวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ . [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/SituationAnalysisofHealthServices.pdf>
22. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. การจัดการสถานะบุคคลผู้ไม่มีสัญชาติไทยในระบบทะเบียนราษฎร [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 17 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.bora.dopa.go.th/wp-content/uploads/2022/02/Status-of-person.pdf>.
23. Araujo C, Siqueira MM, Malik AM. Hospital accreditation impact on healthcare quality dimensions: a systematic review. Int J Qual Health Care. 2020;32(8):531-544
24. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
25. Field A. Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics. 4th ed. London: SAGE Publications; 2013.
26. World Health Organization. Service Availability and Readiness Assessment (SARA): An annual survey of health facilities. Global report 2013. Geneva: World Health Organization; 2014.
27. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2560–2564. กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2016. หน้า 3.5–3.7.

28. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. ยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2560–2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560. [เข้าถึงเมื่อ 8 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงจาก: https://hieo.moph.go.th/sites/default/files/202002/border_health_strategy_2560-2564.pdf
29. World Health Organization. Strengthening health systems governance [Internet]. Geneva: WHO; 2024. [อินเทอร์เน็ต 25 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/europe/activities/strengthening-health-systems-governance>

ภาคผนวก 1 แบบประเมินศักยภาพด้านการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

| ข้อ | เกณฑ์ที่กำหนด | ผลการประเมิน | | | | |
|---|--|---------------------|-------|---|--|------------------------|
| | | คะแนนเต็ม (ด้าน) | ไม่มี | มีบางส่วน/ ไม่ครบทุก ด้าน/ ไม่ | มีครบ/ ครอบคลุม/ ชัดเจน/ มีคุณภาพ | รวม คะแนน ที่ได้ |
| | | | | ครอบคลุม/ ไม่มี คุณภาพ | 0 | |
| องค์ประกอบที่ 1 ระบบบริการสุขภาพ | | | | | | |
| 1 | มีการบริการสุขภาพครอบคลุมทุกด้าน (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู) | 15 | | | | |
| 2 | มีแนวทางการทำงาน ที่สามารถให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นคนต่างด้าว | | | | | |
| 3 | มีระบบเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการสุขภาพที่จำเป็นตามชุดสิทธิประโยชน์ | | | | | |
| องค์ประกอบที่ 2 กำลังคนด้านสุขภาพ | | | | | | |
| 4 | มีแผนการพัฒนาบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวกับการให้บริการคนต่างด้าว | 15 | | | | |
| 5 | มีผู้ประสานงานด้านภาษาต่างด้าว (การจ้าง หรือได้รับสนับสนุน หรือจิตอาสา) | | | | | |
| 6 | มีบุคลากรที่ให้บริการอย่างเหมาะสมและเพียงพอ | | | | | |
| องค์ประกอบที่ 3 ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ | | | | | | |
| 7 | มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการสุขภาพคนต่างด้าว | 15 | | | | |
| 8 | มีข้อมูลบริบทพื้นที่ชุมชนต่างด้าว (ลักษณะชุมชนต่างด้าว จำนวนครัวเรือน จำนวน/รายชื่ออาสาสมัคร | | | | | |

| ข้อ | เกณฑ์ที่กำหนด | ผลการประเมิน | | | | |
|---|---|---------------------|-------|---|--|------------------------|
| | | คะแนนเต็ม (ด้าน) | ไม่มี | มีบางส่วน/ ไม่ครบทุก ด้าน/ ไม่ ครอบคลุม/ ไม่มี คุณภาพ | มีครบ/ ครอบคลุม/ ชัดเจน/ มีคุณภาพ | รวม คะแนน ที่ได้ |
| | สาธารณสุขต่างด้าว) | | 0 | 2.5 | 5 | |
| 9 | มีข้อมูลเป็นปัจจุบัน เชื่อถือได้ และมีความ ปลอดภัยของข้อมูล | | | | | |
| องค์ประกอบที่ 4 การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น | | | | | | |
| 10 | มีการสนับสนุนให้คนต่างด้าวสามารถเข้าถึงยา และวัคซีนที่จำเป็น | 15 | | | | |
| 11 | มีแนวทางสนับสนุนการเข้าถึงยาและบริการสุขภาพ ในภาวะวิกฤติ | | | | | |
| องค์ประกอบที่ 5 การเงิน - การคลัง | | | | | | |
| 13 | มีเงินที่ใช้ในการดำเนินงานเพื่อจัดระบบบริการ สุขภาพคนต่างด้าว เช่น เงินงบประมาณ กองทุน ต่างด้าว หรือกองทุนอื่นๆ | 15 | | | | |
| 14 | มีการนำข้อมูลด้านการเงินการคลังมาวางแผนและ แก้ไขปัญหา | | | | | |
| 15 | มีการควบคุม กำกับ และติดตามประเมินผล การใช้งบประมาณ | | | | | |
| องค์ประกอบที่ 6 ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ | | | | | | |
| 16 | มีการกำหนดนโยบายด้านบริการสุขภาพคนต่างด้าว (มีแผนงาน/โครงการ) | 10 | | | | |
| 17 | มีการบูรณาการแผนต่างด้าวกับทุกภาคส่วนให้เกิด การเชื่อมประสานกันในระบบสุขภาพที่ทำให้ประชาชน | | | | | |

| ข้อ | เกณฑ์ที่กำหนด | ผลการประเมิน | | | | |
|--|--|---------------------|-------|---|--|------------------------|
| | | คะแนนเต็ม (ด้าน) | ไม่มี | มีบางส่วน/ ไม่ครบทุก ด้าน/ ไม่ ครอบคลุม/ ไม่มี คุณภาพ | มีครบ/ ครอบคลุม/ ชัดเจน/ มีคุณภาพ | รวม คะแนน ที่ได้ |
| | | | | 0 | 2.5 | |
| | มีสุขภาพดี | | | | | |
| องค์ประกอบที่ 7 การมีส่วนร่วมจากชุมชนและเครือข่าย | | | | | | |
| 18 | มีการกำหนดเป้าหมายหรือประเด็นในการดำเนินงานด้านสุขภาพคนต่างด้าว ที่สอดคล้องตามบริบทพื้นที่ เช่น การส่งเสริมการมีประกันสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ การส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก | 15 | | | | |
| 19 | มีผู้ประสานงานต่างด้าวในชุมชน (มีการกำหนดและระบุผู้ประสานงานที่สามารถติดต่อได้อาจเป็นคนไทยหรือคนต่างด้าวก็ได้) | | | | | |
| 20 | มีการพัฒนาแกนนำ/อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว เพื่อทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสต. / อสม. ในพื้นที่ | | | | | |
| รวมคะแนน (ทั้ง 7 ด้าน) | | 100 | | | | |