ชุดความรู้

Worker

โครงการจัดการความรู้เพื่อการขยายผลและพัฒนากระบวนการเชิงนโยบายการสร้างเสริมสุขภาวะแรงงานนอกระบบ

การพัฒนานวัตกรรมการจัดการอาชีวอนามัย กลุ่มแรงงานนอกระบบ

สสส

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

คำนำ

การพัฒนานวัตกรรมการจัดการอาชีวอนามัยการขยายผลประเด็นอาชีวอนามัยเพื่อการขยายผลกลุ่มแรงงานนอกระบบ เป็นการจัดการความรู้ที่ต่อยอดจากผลการดำเนินงานแผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน ภายใต้การสนับสนุนจาก สสส. มาตั้งแต่ พ.ศ. 2547 - ปัจจุบัน โดยมีผลงานที่สำคัญ คือ เกิดเครือข่ายนักวิชาการ ศูนย์วิชาการแรงงานนอกระบบในสถาบันการศึกษาทุกภูมิภาค เครือข่ายแรงงานนอกระบบที่เป็นกลไกขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายที่ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ตลอดจนผลักดันให้เกิดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่ ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐที่เป็นเจ้าภาพหลักในการพัฒนาตามกรอบและนโยบายของหน่วยงานสังกัด กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงเกษตรฯ และองค์ความรู้จากงานวิจัย และการปฏิบัติการร่วมกันของภาคีเครือข่ายมากมายทั้งในระดับชุมชน กลุ่ม ตำบล หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่นำมาเป็นฐานสำคัญของการพัฒนานโยบาย แนวปฏิบัติสำหรับการดำเนินงานทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ จนส่งผลให้เกิดการรับรู้ เข้าใจ และยอมรับว่า ประเทศไทยยังมีแรงงานนอกระบบนอกเหนือจากแรงงานในระบบ ที่มีตัวตนและกฎหมาย นโยบายที่คุ้มครอง ส่งเสริมและพัฒนาชัดเจนและมีระบบรองรับตั้งแต่ระดับกระทรวงจนถึงสถานประกอบการ

แรงงานนอกระบบ จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งในกลุ่มประชากรเฉพาะหรือกลุ่มชายขอบ ที่ยังต้องการการพัฒนานโยบายและแนวปฏิบัติเพื่อการคุ้มครองและการสร้างหลักประกันทางสังคม รายได้ และหลักประกันสุขภาพในมิติของความเป็นแรงงาน ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนถึง 21.3 ล้านคน[1] ที่แม้แต่ตนเองยังมองไม่เห็นตัวตนหรือสิทธิ หน้าที่ และบริการที่ควรหรือพึงมีในฐานะที่เป็นแรงงานหรือคนทำงานคนหนึ่งนอกเหนือจากประชาชนทั่วไป ที่ควรจะได้รับสิทธิด้าน ความปลอดภัย อาชีวอนามัยในการทำงาน มีระบบหรือหลักประกันทางสังคมที่สอดคล้องกับบริบท และมีกฎหมายหรือนโยบายคุ้มครอง ส่งเสริมและพัฒนาเช่นเดียวกับแรงงานในระบบ

ปัญหาหลักหนึ่งของระบบสุขภาพ กลุ่มแรงงานนอกระบบที่ส่งผลต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) คือโรคที่เกิดจากการทำงานหรืออันเนื่องมาจากการทำงาน “ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน อันเนื่องมากพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมในการทำงาน และถึงแม้ว่าจะได้รับสิทธิและบริการสุขภาพจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในฐานะประชาชนคนไทย แต่ยังไม่ได้รับการพิจารณาและให้ความสำคัญในประเด็นโรคที่เกิดจากการทำงานหรืออันเนื่องมาจากการทำงานโดยเฉพาะ เนื่องจากความซับซ้อนของตัวตนของแรงงานนอกระบบที่อยู่ในหลายกลุ่ม เช่นเป็นทั้งกลุ่มเกษตรกร กลุ่มสตรี กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ กลุ่มผู้ติดเชื้อ กลุ่มผู้สูงอายุหรือกลุ่มพิการที่ยังทำงาน เป็นต้น และบริบทด้านอาชีพที่มีความหลากหลาย ในแต่ละพื้นที่ที่มีความเสี่ยงด้านอาชีพและโรคที่แตกต่างกันตามประเภทและลักษณะอาชีพ

“โรคที่เกิดหรืออันเนื่องมากจากการทำงาน รวมทั้งระบบการคุ้มครองทางสังคมในมิติหรือบริบทของความเป็นแรงงาน เป็นประเด็นชายขอบที่ยังมองไม่เห็นหรือยังไม่ได้รับความสำคัญ หรือแม้แต่แรงงานนอกระบบเองก็ยังคิดไปไม่ถึง ถ้าไม่ได้รับการสร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่องตัวตน สิทธิ หน้าที่และนโยบายที่เกี่ยวข้อง ทั้งๆที่เป็นคนทำงานกลุ่มใหญ่ในสังคมและต้องรับภาระด้านเศรษฐกิจและดูแลคนในครอบครัวและตนเอง ดังจะเห็นจากสถานการณ์ปัจจุบัน พบว่าวัยแรงงานต้องรับภาระการเลี้ยงดูกลุ่มประชากรผู้สูงอายุและ

[1] ที่มา : การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2560 , สำนักงานสถิติแห่งชาติ http://www.nso.go.th.

เด็กมากขึ้น โดยมีสัดส่วนประชากรวัยทำงานประมาณ 4.5 คนต่อการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และประชากรวัยเด็กอีก 1 คน[2]

การดำเนินงานของแผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานที่ผ่านมาจึงมุ่งเน้นการพัฒนาองค์ความรู้ประเด็นที่ยังมองไม่เห็นหรือให้ความสำคัญ เพื่อเพิ่มโอกาส เพิ่มศักยภาพเพื่อพัฒนาระบบ กลไก นโยบายและพลังทางสังคม ที่จะนำไปสู่การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมและสุขภาพให้กับกลุ่มแรงงานนอกระบบ และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในฐานะที่เป็นประชาชนและบริบทของความเป็นแรงงาน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเตรียมความพร้อมของแรงงานนอกระบบเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ การดำเนินงานที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดและข้อค้นพบเรื่องช่องว่าง (Missing gap)ในการนำองค์ความรู้ บทเรียนและประสบการณ์จากการพัฒนางานไปถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ ด้วยข้อจำกัดหลายประการที่สำคัญ ได้แก่ 1) การจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ เช่น ฐานข้อมูลแรงงานนอกระบบ และการลงทะเบียนแรงงานนอกระบบ 2) กลไกและระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล และ 3) ระบบการจัดการอาชีวอนามัยเชิงรุกในระดับชุมชนเพื่อความสามารถในการดูแลตนเอง ของแรงงานนอกระบบ

ชุดความรู้นวัตกรรมการจัดการอาชีวอนามัยการขยายผลประเด็นอาชีวอนามัย เพื่อการขยายผลและพัฒนากระบวนการเชิงนโยบายการสร้างเสริมสุขภาวะแรงงานนอกระบบ จึงให้ความสำคัญในประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามยุทธศาสตร์ประเทศไทย คือเน้นการพัฒนาคนและระบบที่สอดประสานการทำงานร่วมกันในระหว่างภาคประชาชน และหน่วยที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ เพื่อการมุ่งเป้าหมายผลลัพธ์มากกว่าผลงาน ที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนซึ่งเป็นหัวใจของการสร้างเสริมสุขภาพก่อนป่วยหรือรักษา ประกอบด้วย (1) กลไกและระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล และ (2) ชุดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยกลุ่มหรือตนเองสำหรับแรงงานนอกระบบ โดยความร่วมมือกับคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานรินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ในการเป็นหน่วยจัดการความรู้จากฐานการทำงานในระดับพื้นที่ ร่วมกับสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค จากฐานทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่ม/เครือข่ายแรงงานนอกระบบในพื้นที่ ที่ร่วมปฏิบัติการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และประสบการณ์และรูปธรรมการทำงานในช่วงระยะเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมา

ทางแผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน ขอขอบคุณ ผศ.ดร.แสงอรุณ อิสระมาลัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต 1,5,7,8,12 และ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์ประสานงานแรงงานนอกระบบจังหวัด และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ที่ร่วมเป็นคณะผู้จัดการความรู้ดังกล่าว เพื่อนำมาใช้สนับสนุนกระบวนการพัฒนาระบบและกลไกการจัดบริการอาชีวอนามัยความปลอดภัยในการทำงานเชิงรุก ให้เกิดผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่ใกล้ชิดกับแรงงานนอกระบบต่อไป และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าชุดความรู้นี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่สนใจที่จะนำไปใช้ประโยชน์เพื่อสร้างสุขภาวะแก่แรงงานนอกระบบและสังคมต่อไป

สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (SADA)
กุมภาพันธ์ 2561

[2] ที่มา : การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2560 , สำนักงานสถิติแห่งชาติ http://www.nso.go.th.

สารบัญ

หน้าที่

บทนำ..... 4
วัตถุประสงค์..... 4
กระบวนการดำเนินงาน..... 5
ชุดความรู้ที่ 1 : นวัตกรรมการจัดการอาชีวอนามัยกลุ่มแรงงานนอกระบบ..... 6
กรอบแนวคิดการทำงาน..... 7
องค์ประกอบ..... 7
กลุ่มเป้าหมาย..... 7
ยุทธศาสตร์..... 8
ผลที่คาดว่าจะได้รับ..... 14
ตัวชี้วัดความสำเร็จ..... 15
แหล่งงบประมาณในการดำเนินการ..... 15
การติดตาม/การประเมินผลภายใน..... 16
ภาคีเครือข่าย..... 16
ความยั่งยืนของระบบ/กลไก..... 16
แนวทางการพัฒนากลไกระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ ระดับอำเภอและตำบล..... 17
ชุดความรู้ที่ 2 : กระบวนการทำงานอาชีวอนามัยเชิงรุกในระดับชุมชน..... **19**
กรอบแนวคิดการทำงาน..... 19
ขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการงานอาชีวอนามัยเชิงรุก..... 21
กระบวนการทำงานอาชีวอนามัยเชิงรุกในระดับชุมชน..... 21
ตารางแสดงต้นทุนต่อหน่วยบริการจำแนกตามกิจกรรมงานอาชีวอนามัยเชิงรุก..... 24
ถอดบทเรียนรูปแบบกระบวนการทำงานอาชีวอนามัยเชิงรุกในระดับชุมชน..... 26
การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายการจัดบริการบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกหน่วยบริการตัวอย่าง..... 27

ชุดความรู้
นวัตกรรมการจัดการอาชีวอนามัยกลุ่มแรงงานนอกระบบ

บทนำ

กลไกและระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบลฯ จำเป็นต้องพัฒนาขึ้นบนฐานคิดของระบบสุขภาพอำเภอและตำบลที่เป็นส่วนหนึ่งและสำคัญต่อการสร้างหลักประกันและความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทยที่เน้นการเข้าใจ เข้าถึง และพัฒนา โดยจะต้องสร้างความสัมพันธ์แบบมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของของทุกหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในระดับอำเภอและตำบล โดยไม่จำกัดเฉพาะระบบบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ เพื่อขับเคลื่อนให้ระบบสุขภาพในระดับดังกล่าวสามารถส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคมระดับรากหญ้า

การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบลฯ จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีความหลากหลายทั้งจากภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และอื่นๆ และจะต้องให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน และการพึ่งตนเองได้ของประชาชนกลุ่มด้อยโอกาส โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานนอกระบบ ที่เป็นกำลังคนที่สำคัญต่อการดำรงอยู่ของระบบสังคมและเศรษฐกิจในระดับชุมชนของไทย ดังนั้น การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มแรงงานนอกระบบในระดับชุมชน จึงจำเป็นต้องอาศัยคนจากทุกภาคส่วนที่เข้ามาทำงานอย่างมีระบบและร่วมสร้างกลไกขับเคลื่อน โดยมีเป้าหมายที่มุ่งไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ด้วยเหตุนี้ กรอบความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของแรงงานนอกระบบด้วยกลไกภายใต้ระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบลฯ จึงต้องการให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรแรงงานนอกระบบในพื้นที่มีส่วนร่วม การจัดการความรู้ครั้งนี้ เป็นกระบวนการการวิเคราะห์และสถานการณ์และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากลไกและระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพจากอำเภอต้นแบบที่ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น อ.บ้านธิ จ.ลำพูน และตำบลต้นแบบ คือ ต.คลองรี จ.สงขลา นอกจากนี้ ยังได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของพื้นที่ที่แสดงเจตจำนงถึงความพร้อมในการพัฒนาต่อยอดจากระบบสุขภาพอำเภอที่เป็นอยู่ จากกรณีศึกษาของจังหวัดสกลนคร อันได้แก่ อ.วาริชภูมิ และ อ.กุดบาก และจังหวัดนครปฐม ได้แก่ อ.กำแพงแสน และ อ.บางเลน และประสบการณ์การทำงานจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตอื่นๆ ร่วมเพื่อการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบกับสถานการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ และได้นำมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอกลไกและระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบลฯ ดังสาระสำคัญที่จะกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อจัดการความรู้ประเด็นกลไกและระบบการส่งเสริมป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบลเพื่อการขยายผลและสร้างนวัตกรรมการจัดการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบในพื้นที่ตัวอย่าง **และ**ประเด็นระบบการจัดการอาชีวอนามัยเชิงรุกในระดับชุมชน และ ประเมินผลลัพธ์ในมิติเศรษฐศาสตร์ (Unit-cost analysis) ในพื้นที่ต้นแบบเพื่อการนำความรู้สู่การใช้ประโยชน์

กระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องใน 2 ประเด็น คือ กลไกและระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล และชุดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยกลุ่มหรือตนเองสำหรับแรงงานนอกระบบ
2. จัดกระบวนการถอดบทเรียนและประสบการณ์จากพื้นที่ต้นแบบที่มีการพัฒนากลไกและระบบส่งเสริมป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
3. ประเมินผลลัพธ์ของระบบการจัดการอาชีวอนามัยเชิงรุกในพื้นที่ต้นแบบ ที่ผ่านมาในมิติเศรษฐศาสตร์ (unit-cost analysis) โดยเลือกพื้นที่ต้นแบบที่มีผลการดำเนินงานเป็นรูปธรรม
4. พัฒนาภาคีเครือข่ายการจัดการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบ เพื่อสนับสนุนการขยายผลการดำเนินงานทั้ง 2 ประเด็น

Worker

ชุดความรู้

การพัฒนาระบบและกลไก การส่งเสริมป้องกันโรค จากการประกอบอาชีพ (ตำบลและอำเภอ)

สสส

ชุดความรู้
การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ
ระดับอำเภอและตำบล

กรอบแนวคิดการทำงาน :

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล เป็นกลไกของระบบสุขภาพอำเภอ ที่เน้นการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง และเชื่อมโยงกับนโยบายทั้งในระดับท้องถิ่นจนถึงระดับประเทศ โดยมีกรอบแนวคิดการทำงานในส่วนขององค์ประกอบ กลุ่มเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

องค์ประกอบ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบลฯ จะต้องประกอบด้วยส่วนต่างๆที่ทำงานประสานกันอย่างเป็นระบบ ดังต่อไปนี้

1. **ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ** อันได้แก่ โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพประจำตำบล ที่จัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับกลุ่มคนทำงานในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานนอกระบบอย่างเป็นองค์รวม มีคุณภาพ ครอบคลุมทั่วถึง และสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของแรงงานในพื้นที่ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มอาชีพ และทั้งชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. **การพัฒนาศักยภาพของแรงงานนอกระบบ** เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ทีมงาน กลุ่มอาชีพ และ/หรือครอบครัวให้มีพฤติกรรมสุขภาพในการทำงานที่ดี และสามารถป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอันเกิดจากกการทำงานได้
3. **การพัฒนาศักยภาพของกำลังคนด้านสุขภาพ** เพื่อการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์และเสริมความสามารถในการให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรุกเพื่อการพัฒนาสุขภาวะของแรงงานนอกระบบในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน
4. **การพัฒนาองค์ความรู้** โดยสร้างกระบวนการเรียนรู้ในด้านอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบในพื้นที่ เพื่อยกระดับการปฏิบัติในพื้นที่ให้เป็นองค์ความรู้และใช้องค์ความรู้เป็นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพของแรงงานนอกระบบในระดับชุมชนได้

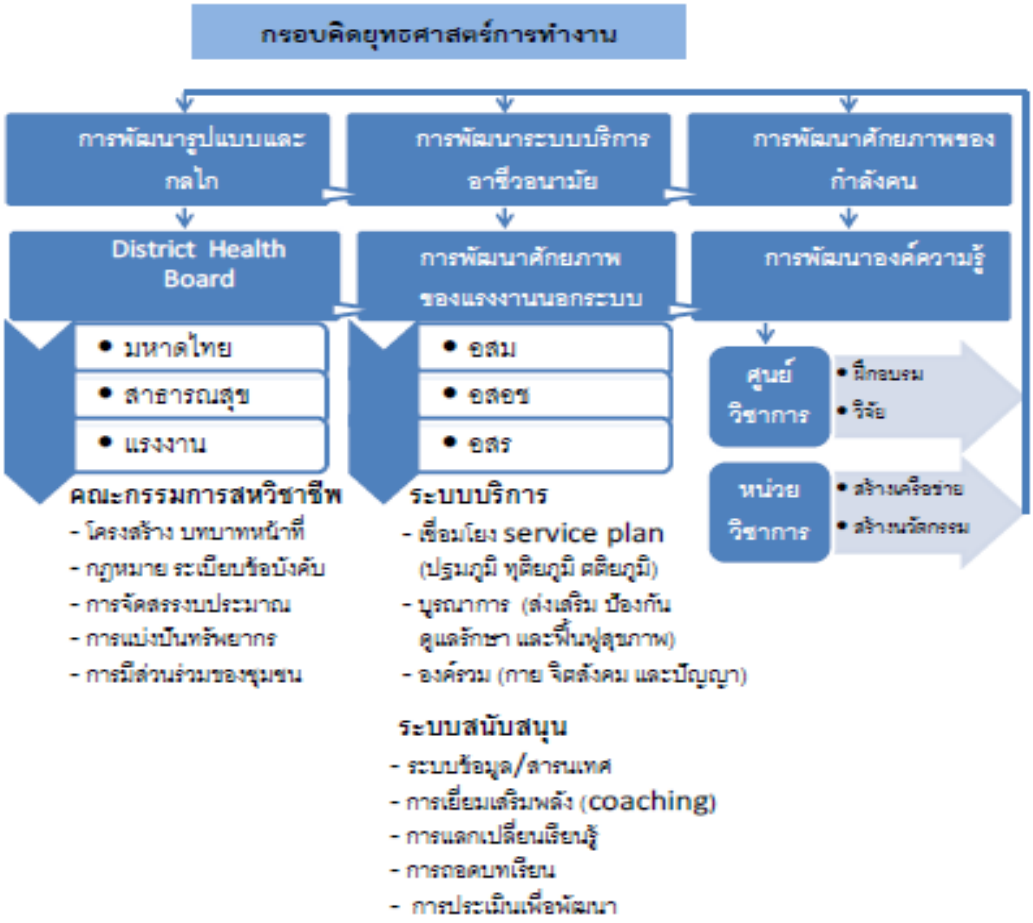
กลุ่มเป้าหมาย ระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล จะต้องมีคนกลุ่มต่างๆที่นับว่าเป็นผู้ขับเคลื่อนกลไกของระบบที่สำคัญอย่างน้อย 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. บุคลากรในระบบสุขภาพของเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำเขต
2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ
3. ผู้นำชุมชน กลุ่มแกนนำแรงงานนอกระบบหรือกลุ่มอาชีพต่างๆ อาสาสมัครแรงงาน อาสาสมัครอาชีวอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่

ยุทธศาสตร์

การขับเคลื่อนกลไกการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล ซึ่งนับเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่คนไทยทุกภาคส่วนต้องร่วมกันพัฒนา เพื่อรองรับความมั่นคงของสังคมไทยที่มีแรงงานนอกระบบเป็นกลุ่มแรงงานหลักของประเทศ จะต้องมียุทธศาสตร์ดังต่อไปนี้

1. **การพัฒนารูปแบบและกลไก** ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบลที่เน้นการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ และเชื่อมโยงกับนโยบายทั้งในระดับท้องถิ่น อำเภอ จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ จะต้องเกิดจากการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายแรงงานนอกระบบ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานส่วนภูมิภาคในระดับอำเภอ โดยมีการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การผลักดันเชิงนโยบายในระดับเขตสุขภาพและประเทศ (policy advocacy)
2. **การพัฒนาระบบบริการ** โดยจัดให้มีบริการด้านอาชีวอนามัยในทุกมิติทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ อย่างเป็นองค์รวม (holistic) ทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม และปัญญา ครอบคลุมแรงงานนอกระบบทุกคน เข้าถึงได้ทุกที่ ทุกเวลา มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของแรงงานนอกระบบในพื้นที่ (responsiveness) มีการบูรณาการกับระบบสุขภาพในชุมชน และเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ด้านอาชีวอนามัย ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ถึงตติยภูมิ
3. **การพัฒนาศักยภาพของแรงงานนอกระบบ** โดยการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของอาชีวอนามัย การส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจด้านอาชีวอนามัย (occupational health literacy) และการเสริมพลัง (empower) ให้สามารถจัดการด้านอาชีวอนามัยของตนเอง ครอบครัว ทีมงาน หรือกลุ่มอาชีพ ให้มีพฤติกรรมสุขภาพในการทำงานหรือประกอบอาชีพที่ดี สามารถป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกิดจากการทำงานต่างๆ ได้
4. **การพัฒนาศักยภาพของกำลังคน** โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันผ่านการทำงานจริง พัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างสถาบันการศึกษา ศูนย์วิชาการ และเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนานักศึกษาและบุคลากรสหวิชาชีพ รวมถึงภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในด้านอาชีวอนามัยให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์และสามารถดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการพัฒนาสุขภาวะอย่างยั่งยืน
5. **การพัฒนาองค์ความรู้** โดยการจัดการความรู้ ผ่านการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร การสื่อสารสาธารณะ การประเมินเพื่อการพัฒนา และการวิจัย เพื่อยกระดับการปฏิบัติในพื้นที่ให้เป็นองค์ความรู้และใช้องค์ความรู้เป็นฐานในการพัฒนาระบบอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบในระดับชุมชนต่อไป



ภาพที่ 1 ยุทธศาสตร์การส่งเสริมป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล

จากแบบจำลองยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบลข้างต้น สามารถอธิบายรายละเอียดของการดำเนินการในแต่ละยุทธศาสตร์ได้ดังต่อไปนี้

1. การพัฒนากลไกและระบบ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล จะต้องดำเนินการพัฒนากลไกและระบบในด้านต่างๆดังต่อไปนี้

1.1 การพัฒนารูปแบบและกลไกระบบสุขภาพอำเภอร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) ในอำเภอต้นแบบ

1.2 การต่อยอดการสร้างภาคีเครือข่ายการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และเครือข่ายภาคประชาชน

1.3 การจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดและถอดบทเรียนแนวทางการทำงาน

1.4 การขยายพื้นที่ดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอจากอำเภอต้นแบบให้ครอบคลุมอำเภอเป้าหมายในเขตสุขภาพ

1.5 การผลักดันเชิงนโยบายในระดับเขตสุขภาพและประเทศในการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอที่อยู่บนฐานความรู้ที่ได้จากการทำงานในพื้นที่

จากสถานการณ์ในปัจจุบันยังพบว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพยังถูกมองข้าม และไม่ได้ถูกนำมาเป็นเป้าหมายในการขับเคลื่อนอย่างจริงจังในระดับอำเภอด้วยกลไกการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ อย่างไรก็ตาม พื้นที่ที่อาจสามารถต่อยอดให้เกิดกลไกที่มีประสิทธิภาพต่อไปอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ พื้นที่ อ.บ้านธิ จ.ลำพูน ที่มีต้นทุนในการขับเคลื่อนจากเครือข่ายอาสาสมัครอาชีวอนามัย (อสร.) ที่ได้เคยพัฒนาขึ้นพร้อมๆกับหลายพื้นที่ในทุกภูมิภาคตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เครือข่าย อสร. นี้ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานอาชีวอนามัยเชิงรุกจากบุคคลากรสาธารณสุขระดับตำบล/อำเภอ กลุ่มหรือฝ่ายงานเวชปฏิบัติชุมชนและครอบครัว ตัวอย่างพื้นที่ต้นแบบ เช่น โรงพยาบาลชุมชนบ้านธิ ซึ่งเคยได้รับการสนับสนุนการทำงานโดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพ กรมควบคุมโรค และทั้งสองฝ่ายยังทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง โดยเครือข่าย อาสาสมัครแรงงาน (อสร.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ได้ยกระดับเป็นชมรมอาสาสมัครอาชีวอนามัย อ.บ้านธิ ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการทำงานจากโรงพยาบาลอำเภอบ้านธิ ประมาณปีละ 30,000 บาท และจากงบกองทุนสร้างเสริมสุขภาพประจำตำบล ซึ่งได้รับการจัดสรรจากท้องถิ่นร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นอกจากนี้ ยังได้มีการขยายเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพไปถึงกลุ่มเจ้าของธุรกิจที่สำคัญๆในพื้นที่ อันได้แก่ กลุ่มธุรกิจลำไยอบแห้ง และแกะสลักไม้ เป็นต้น

ในทำนองเดียวกัน กลุ่มแรงงานนอกระบบในตำบลคลองรี ก็ได้ดำเนินงานอาชีวอนามัยเชิงรุกในกลุ่มอาชีพขึ้นตาลโตนดมาอย่างต่อเนื่อง โดยมี อสม.และ อสร. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจากโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ ตำบลคลองรี ทำให้เกิดการบูรณาการงานด้านการจัดสวัสดิการกลุ่มอาชีพดังกล่าวในรูปของการจัดระบบสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุตกต้นตาล จนพัฒนามาเป็นระบบหลักประสังคมที่ครอบคลุมมิติโรคและอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงานและสวัสดิการสังคมกลุ่มอาชีพตาลโตนด จากฐานเงินออมกลุ่มอาชีพ

การพัฒนารูปแบบและกลไกระบบสุขภาพอำเภอของ อ.บ้านธิ สามารถทำได้โดยการพัฒนากลไกเชื่อมโยงการทำงานด้านอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบของเครือข่ายเดิมโดยชมรมอาสาสมัครอาชีวอนามัย อ.บ้านธิ โรงพยาบาลอำเภอบ้านธิ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีความเป็นองค์กรสถาบันที่ชัดเจน โดยจัดตั้งเป็นคณะทำงานจัดบริการอาชีวอนามัยระดับอำเภอ ที่สามารถทำงานประสานกับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.) ตามลำดับ แล้วจึงขยายภาคีเครือข่ายการขับเคลื่อนร่วมกับ ผู้นำชุมชน และเครือข่ายภาคประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มอาชีพ ผู้ประกอบการหรือเจ้าของธุรกิจในระดับอำเภอ โดยจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดและถอดบทเรียนแนวทางการทำงานร่วมกัน จนเกิดระบบและกลไกที่เป็นรูปธรรมแล้วจึงขยายพื้นที่การดำเนินงานให้ครอบคลุมอำเภอเป้าหมายในจังหวัด

สำหรับการยกระดับการดำเนินงานของพื้นที่ตำบลคลองรี ซึ่งเกิดรูปธรรมการดำเนินงานที่เฉพาะกลุ่มขึ้นตาลโตนด และได้มีบูรณาการงานอาชีวอนามัยกับมิติการจัดสวัสดิการในระดับกลุ่มอาชีพ โดยจัดให้มีคณะทำงานอาชีวอนามัยระดับตำบลที่ประกอบด้วย รพ.สต.คลองรี แกนนำแรงงานนอกระบบ ที่มีทั้ง อสร. และ อสอช. (ส่วนใหญ่เป็น อสม.อยู่เดิม) ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขยายงานการจัดการอาชีวอนามัยในระดับตำบลให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอาชีพในพื้นที่ พร้อมกับยกระดับระบบสวัสดิการกลุ่มอาชีพให้เชื่อมโยงกับระบบสวัสดิการเดิมทีมีอยู่ คือกองทุนสัจจะวันละบาท ซึ่งเป็นกองทุนที่มีสมาชิกกว้างขวางและมีรูปธรรมการบริหารจัดการที่ดี โดยเฉพาะในจังหวัดสงขลาที่นับว่าเป็นต้นแบบของระบบสวัสดิการชุมชนของประเทศไทย หลังจากนั้นจึงขยายภาคีเครือข่ายการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องและ

เครือข่ายกลุ่มอาชีพหรือผู้ประกอบการในระดับอำเภอ โดยจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนแนวทางการทำงานร่วมกัน จนเกิดระบบและกลไกที่เป็นรูปธรรมทีเชื่อมต่อกับกลไกของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.) ของ อ.สทิงพระ ตามลำดับ โดยศูนย์ประสานงานแรงงานนอกระบบจังหวัด จะขยายการทำงานให้เกิดต้นแบบของการขับเคลื่อนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานนอกระบบในพื้นที่จังหวัดสงขลา หรือพื้นที่อื่นที่มีทุนการพัฒนาจากฐานระบบสวัสดิการชุมชน โดยเฉพาะกองทุนสัจจะวันละบาทต่อไป

2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล จะต้องดำเนินการในด้านต่างๆดังต่อไปนี้

2.1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (essential care) ที่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของแรงงานนอกระบบในพื้นที่ (responsiveness) และบูรณาการกับระบบสุขภาพในชุมชนอย่างสอดคล้องกับบริบทและวิถีวัฒนธรรมและเป็นองค์รวมทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ครอบคลุมแรงงานนอกระบบทุกคน เพื่อให้เข้าถึงได้ทุกที่ ทุกเวลา มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ

2.2 การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงกันระหว่างแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ด้านอาชีวอนามัยที่ครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ถึงตติยภูมิ

2.3 การพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้การจัดการอาชีวอนามัยในเครือข่ายสุขภาพอำเภอที่อยู่บนฐานองค์ความรู้ที่ได้จากการทำงานและการวิจัย

กรณีศึกษาของ อ.วาริชภูมิ และ อ.กุดบาก จังหวัดสกลนคร ที่มีต้นทุนการพัฒนาระบบบริการด้านอาชีวอนามัย โดยได้จัดให้มีคลินิกสุขภาพเกษตรกรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลทั้งอำเภออย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของแรงงานนอกระบบภาคเกษตรในพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อสารเคมีตกค้างจากการทำงาน โดยได้ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงจากพิษสารเคมีฆ่าแมลงด้วยการตรวจเลือดหาระดับสารเคมีตกค้าง และให้สมุนไพรรางจืดเพื่อช่วยขับสารเคมีตกค้างออกจากร่างกาย

การดำเนินงานป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพดังกล่าวเป็นการตอบสนองนโยบายของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสร้างเสริมสุขภาพประจำตำบล อย่างไรตาม การดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าว ยังขาดการบูรณาการกับระบบสุขภาพในชุมชน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตในมิติอื่นๆอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งยังขาดกลไกในการสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้องในชุมชน และการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงกันระหว่างแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านอาชีวอนามัยที่ครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การ ดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ถึงตติยภูมิ

ดังนั้น การพัฒนากลไกและระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล โดยต่อยอดจากระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ โดยเฉพาะจากคลินิกสุขภาพเกษตรกรที่ได้มีการจัดให้มีบริการนี้ในหลายๆพื้นที่ของไทยโดยเฉพาะในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือรพ.สต. จึงควรมีการบูรณาการงานกับระบบสุขภาพในมิติอื่นๆในชุมชน เพื่อให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งสร้างกลไกการมีส่วนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้องในชุมชน

ดังกรณีตัวอย่างพื้นที่ อ.วาริชภูมิ ซึ่งได้เริ่มมีการจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเกษตรกรร่วมกันระหว่างภาคีสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับตำบล ที่สามารถขยายเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงกันระหว่างแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านอาชีวอนามัยซึ่งครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การ ดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ถึงตติยภูมิ และพัฒนาเป็นเครือข่ายการเรียนรู้การจัดการอาชีวอนามัยในระบบสุขภาพระดับอำเภอต่อไป

3. การพัฒนาศักยภาพของประชาชน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล จะต้องดำเนินการในด้านต่างๆดังต่อไปนี้

3.1 การสร้างความตระหนักถึงความสำคัญ (awareness) การส่งเสริมแรงงานนอกระบบให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านอาชีวอนามัย

3.2 การเสริมพลัง (empower) ให้แรงงานนอกระบบสามารถดูแลสุขภาพตนเอง (self-care) ให้มีพฤติกรรมในการทำงานที่ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทและวิถีวัฒนธรรม และสามารถป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงานได้

3.3 การส่งเสริมการเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพในกลุ่มอาชีพ หรือแกนนำแรงงานนอกระบบ อสม. อสอช อสร หรือผู้นำชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอจำเป็นต้องเริ่มจากระดับบุคคล คือแรงงานนอกระบบแต่ละคน ด้วยการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของอาชีวอนามัย ส่งเสริมแรงงานแต่ละคนรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ อย่างไรก็ตามการเสริมสร้างทักษะส่วนบุคคลและครอบครัวในการจัดการด้านอาชีวอนามัยจำเป็นต้องอาศัยพลังกลุ่มหรือเครือข่ายซึ่งอาจเป็นกลุ่มอาชีพ ได้แก่ กลุ่มปลูกผัก กลุ่มชาวนา กลุ่มชาวสวนยางพารา กลุ่มเครื่องแกง กลุ่มผลิตดอกไม้จัน กลุ่มตัดอ้อย กลุ่มรถรับจ้าง กลุ่มทำขนมพื้นบ้าน เป็นต้น หรือกลุ่มประชากรในแต่ละหมู่บ้านหรือทั้งตำบล ที่รวมกลุ่มกันเป็นเครือข่ายอยู่แล้ว เช่น สมาชิกกลุ่มสวัสดิการชุมชน ได้แก่ กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มฌาปนกิจ กลุ่มสัจจะวันละบาท หรือกลุ่มผู้ประกันตน ม.40 โดยเลือกประเด็นร่วมในการจัดการ เพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกันในการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ ดังเช่นกลุ่มปลูกผัก ต.บางเลน อ.สามพราน ที่มีความเป็นเครือข่ายร่วมกันจากการเป็นสมาชิกผู้ประกันตน ม.40 ที่มีแกนนำแรงงานนอกระบบในพื้นที่ ในฐานะ อสร.ที่เป็นประธานคณะกรรมการศูนย์ประสานงานแรงงานนอกระบบ จังหวัดนครปฐม ซึ่งกำลังดำเนินการต่อยอดกิจกรรมในกลุ่มอาชีพที่อยู่ในพื้นที่ จ.นครปฐม เพื่อจัดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เป็นฝ่ายสนับสนุน ที่สำคัญ คือ สสจ.นครปฐม และ สคร. 5 ราชบุรี การดำเนินงานขยายขอบเขตการจัดการคุณภาพชีวิตดังกล่าว ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายแรงงานนอกระบบ และช่วยเสริมพลังให้แรงงานแต่ละคนสามารถดูแลสุขภาพตนเองหรือมีพฤติกรรมในการทำงานที่ถูกต้องและเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพในกลุ่มแรงงานนอกระบบจะสามารถยั่งยืนได้ ต้องอาศัยการออกแบบมาตรการในการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีวัฒนธรรมของกลุ่มอาชีพหรือประชากรกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ เพื่อให้สามารถป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงานได้อย่างยั่งยืน จนสามารถเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพของกลุ่มอาชีพ และก่อเกิดแกนนำแรงงานนอกระบบ อสม. อสอช อสร หรือผู้นำชุมชนที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ระบบการจัดการอาชีวอนามัยเป็นระบบและกลไกส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพเชิงรุก ที่มุ่งสร้าง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของแรงงานนอกระบบเอง (self-care) กลุ่มคนที่มีศักยภาพดังกล่าวนี้ จะสามารถผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านอาชีวอนามัยในระดับตำบลหรืออำเภอ ซึ่งนำไปสู่การเชื่อมต่อระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพ ที่เป็นพื้นฐานการพัฒนาระบบและกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อไปได้

4. การพัฒนาศักยภาพของกำลังคน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล จะต้องดำเนินการในด้านต่างๆดังต่อไปนี้

4.1 การพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างสถาบันการศึกษา ศูนย์วิชาการ และเครือข่ายบริการสุขภาพ รวมถึงภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

4.2 การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ร่วมกันทั้งจากการเรียนการสอนในห้องเรียนและจากประสบการณ์การทำงานจริงในระบบสุขภาพในพื้นที่

4.3 การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้และเครือข่าย

เป็นที่ทราบกันดีว่ากลุ่มคนที่มีศักยภาพจะสามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคม โดยเฉพาะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ยิ่งต้องการกลุ่มคนที่มีความรู้เป็นฐานในการขับเคลื่อนระบบและกลไกการจัดการสุขภาพ สำหรับการจัดการด้านอาชีวอนามัยในระดับตำบลหรืออำเภอเป็นระบบที่ต้องเชื่อมต่อระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มาจากหลากหลายภาคีที่ร่วมกันทำงานโดยบูรณาการมิติอาชีวอนามัยกับคุณภาพชีวิต จากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าภาคีการจัดการด้านอาชีวอนามัยในกลุ่มแรงงานนอกระบบทุกภาคส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอต่อการขับเคลื่อนระบบและกลไกการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล รูปธรรมการทำงานส่วนใหญ่ยังเน้นอาชีวอนามัยแบบเชิงรับ ภายใต้แนวคิดการดูแลรักษาแบบดั้งเดิม ซึ่งมุ่งเน้นการซักประวัติการเจ็บป่วยจากทำงาน การประเมินความเสี่ยงและตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยง การวินิจฉัยโรคจากการทำงานเบื้องต้น การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อ การบันทึกข้อมูลรายงานโรคและจัดเก็บข้อมูลตามระบบของหน่วยบริการ ปัจจุบันการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบในระดับชุมชนส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการภายใต้คลินิกสุขภาพเกษตร ซึ่งจัดขึ้นในรพ.สต.หลายแห่งที่ได้รับการสนับสนุนทางวิชาการโดยการพัฒนาบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพทั้งระดับตำบลและอำเภอจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค มากกว่า 5 ปี โดยมุ่งหวังให้หน่วยบริการดังกล่าวดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้แก่เกษตรกรและแรงงานอื่นๆในชุมชน โดยให้มีแผนการดำเนินการด้านอาชีวอนามัยทั้งเชิงรุกและเชิงรับ สนับสนุนให้มีการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ของพื้นที่ เพื่อวางแผนการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่และอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชน แต่ผลการดำเนินงานที่ผ่านมักเป็นเพียงการคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงในการทำงาน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเกษตรกร โดยเฉพาะการตรวจวัดระดับสารเคมีตกค้างในกระแสเลือด เพื่อให้การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเท่านั้น สำหรับการดำเนินการด้านอาชีวอนามัยเชิงรุกในกลุ่มแรงงานนอกระบบเองส่วนใหญ่ยังเน้นการให้สุขศึกษาเพื่อสร้างความรู้พื้นฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ ยังขาดการจัดการที่เป็นรูปธรรม มีเพียงกรณี ต.บ้านธิ จ.ลำพูน และ ต.คลองรี จ.สงขลา ที่ได้มีรูปธรรมการจัดการอาชีวอนามัยเชิงรุก ซึ่งมีกิจกรรมหลักที่สำคัญ คือ การสำรวจสภาพแวดล้อมในการทำงาน การประเมินความเสี่ยงในการทำงาน การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัย (อส.อช.) หรือ อสม. รวมทั้งกลุ่มอาชีพในพื้นที่

ดังนั้น การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของภาคีการทำงานในพื้นที่ ทั้งการเรียนการสอนในห้องเรียนและจากประสบการณ์การทำงานจริงในระบบสุขภาพของพื้นที่จึงเป็นสิ่งจำเป็น ที่สำคัญอย่างยิ่งควรมี

การพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสถาบันการศึกษา ศูนย์วิชาการ และเครือข่ายบริการสุขภาพ รวมถึงภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการทำงานจากแบบแผนการดูแลรักษาแบบดั้งเดิมเป็นการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งการพัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเองของแรงงานนอกระบบหรือกลุ่มอาชีพ นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้และเครือข่ายในการจัดการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

5. การพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล จะต้องดำเนินการในด้านต่างๆดังต่อไปนี้

5.1 การจัดการความรู้ รวมถึงบทเรียนที่ได้จากการทำงานให้สามารถเข้าถึงและนำไปใช้ประโยชน์ได้ง่าย

5.2 การวิจัย เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่ยังขาดและจำเป็นในการนำไปพัฒนาระบบ

5.3 การประเมินเพื่อการพัฒนา เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานของระบบและภาคเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

5.4 การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่บูรณาการข้อมูลทั้งที่มาจากระบบบริการและจากแรงงานนอกระบบในชุมชน ที่ทั้งบุคลากรและประชาชนสามารถเข้าถึงและนำไปใช้ประโยชน์ได้ง่าย

5.5 การสื่อสารสาธารณะ เพื่อเผยแพร่ความรู้ บทเรียน ตลอดจนประสบการณ์ดีๆ ที่ได้จากการทำงานระบบ

ในการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสถาบันการศึกษา ศูนย์วิชาการ และเครือข่ายบริการสุขภาพรวมถึงภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการจัดการอาชีวอนามัยจากแบบแผนการดูแลรักษาแบบดั้งเดิมเป็นการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งการพัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเองของแรงงานนอกระบบหรือกลุ่มอาชีพ รวมทั้งการนำสารสนเทศมาใช้เพื่อสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้และเครือข่ายในการจัดการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการจัดการความรู้ รวมถึงบทเรียนที่ได้จากการทำงานให้สามารถเข้าถึงและนำไปใช้ประโยชน์ได้ง่ายโดยเฉพาะ การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกซึ่งมีกิจกรรมหลักหลายๆ อย่าง ตั้งแต่การสำรวจสภาพแวดล้อมในการทำงาน การประเมินความเสี่ยงในการทำงาน การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัย (อส.อช.) หรืออสม. และกลุ่มอาชีพ การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ เพื่อการป้องกัน ควบคุมโรค และภัยจากการประกอบอาชีพ นอกจากนี้ ยังต้องมีการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานให้ถูกต้องในแรงงานทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มอาชีพหรือให้การสนับสนุนเชิงสังคม ในการปรับวิถีการทำงาน ในอาชีพสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายร่วมกันในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เกษตรตำบล พัฒนาชุมชน หรือโรงเรียนเป็นต้นเพื่อลดละเลิกพฤติกรรมเสี่ยงรวมทั้งส่งเสริมความปลอดภัยและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพนอกจากนี้ควรมีการทำวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่ยังขาดและจำเป็นในการนำไปพัฒนาระบบและมีการประเมินเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานของกลไก และภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

การดำเนินการตามยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้านดังกล่าวข้างต้น มีเป้าหมายที่คาดหวังผลดังต่อไปนี้

1. ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพที่เป็นองค์รวม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของแรงงาน

นอกระบบในพื้นที่ โดยบูรณาการกับระบบสุขภาพโดยรวมในชุมชน และเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาอาชีวอนามัยและสาขาต่างๆ

2. รูปแบบและกลไกของระบบสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล ซึ่งมาจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานนอกระบบทุกภาคส่วนในพื้นที่ ที่ต่อยอดจากการดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีกลไกการกำกับ ติดตามและประเมินผลงาน โดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) หรือขยายผลโดยเชื่อมโยงกับกลไกการทำหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.) ต่อไป

3. นโยบายของระบบสุขภาพเพื่อการส่งเสริมุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับตำบลและอำเภอ ในระดับเขตสุขภาพและระดับประเทศ ที่มีองค์ความรู้จากการทำงานในพื้นที่เป็นฐาน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

การดำเนินการตามยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้านดังกล่าวข้างต้น สามารถประเมินความสำเร็จได้จากผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม ดังต่อไปนี้

1. เกิดรูปแบบและกลไกของระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพที่เชื่อมโยงกับนโยบายในระดับท้องถิ่นจนถึงระดับประเทศ โดยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ

2. เกิดระบบบริการอาชีวอนามัยในระดับปฐมภูมิสำหรับแรงงานนอกระบบที่เป็นองค์รวม เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ครอบคลุมทั่วถึง และสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านอาชีวอนามัยของแรงงานนอกระบบในพื้นที่

3. แรงงานนอกระบบในพื้นที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพจากการทำงาน/อาชีพ มีพฤติกรรมการทำงาน/อาชีพที่ดี สามารถป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยต่างๆ ได้

4. บุคลากรในระบบสุขภาพที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนา เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์และสามารถทำงานแบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาระบบอาชีวอนามัยสำหรบแรงงานนอกระบบในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน

5. เกิดองค์ความรู้ที่มาจากการปฏิบัติในพื้นที่และใช้องค์ความรู้นั้นเป็นฐานในการพัฒนาระบบอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบ

แหล่งงบประมาณในการดำเนินการ

ในการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้านดังกล่าวข้างต้น สามารถแสวงหาแหล่งทุนสนับสนุนจากหน่วยงานดังต่อไปนี้

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
2. สำนักงานเขตสุขภาพ
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การติดตาม/การประเมินผลภายใน

ในการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้านดังกล่าวข้างต้น สามารถทำการติดตาม/การประเมินผลโดยใช้กระบวนการประเมินเพื่อการพัฒนา ในการวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบ พัฒนากระบวนการแก้ไขปัญหาและจัดการระบบอาชีวอนามัยในระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดการทำงานแนวใหม่ที่คำนึงถึงบริบทการพัฒนาที่ซับซ้อน เชิดชูและสร้างความเข้มแข็งให้กับคนทำงานและระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีทีมนักวิชาการและภาคีจากหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขประจำอำเภอ/จังหวัด สำนักงานแรงงานจังหวัด รวมถึงหน่วยงานในสังกัดกระทรวงแรงงานในพื้นที่เป็นทีมงานหลัก และมีการสร้างแกนนำในระดับเขตและจังหวัด โดยเฉพาะ อสร. อสอช. หรือ อสม. ที่เชื่อมต่อกับกลไกหน่วยบริการ/หน่วยประสานงานแรงงานนอกระบบเพื่อทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในพื้นที่ให้สามารถใช้กระบวนการประเมินเป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบในพื้นที่ของตนได้

ภาคีเครือข่าย

ในการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ดังกล่าว จำเป็นต้องมีเครือข่ายที่สำคัญในการทำงานร่วมกันดังต่อไปนี้

1. หน่วยงานในส่วนกลางต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายด้านอาชีวอนามัยในระดับอำเภอ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน กระทรวงมหาดไทย
2. ศูนย์วิชาการและสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพในระดับพื้นที่
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายภาคประชาชนในชุมชน

ความยั่งยืนของระบบ/กลไก

ในการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้านดังกล่าว จะมีความยั่งยืนได้ภายใต้เงื่อนไขการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. มีความต่อเนื่องในการพัฒนาระบบและกลไก “การจัดการระบบอาชีวอนามัย” ที่มุ่งพัฒนาทั้งคน ชุมชน และระบบไปด้วยกัน ทั้งนี้จะต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาคน คือ แรงงานนอกระบบแต่ละคน แต่ละครัวเรือน แต่ละกลุ่มอาชีพ และแต่ละชุมชน รวมถึงบุคลากรจากหน่วยงาน/องค์กรภาคีการทำงานที่เกี่ยวข้อง
2. การขยายพื้นที่จากอำเภอต้นแบบไปยังอำเภออื่นๆ และขยายภาคีเครือข่ายไปยังภาคส่วนอื่นๆ ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ แล้วขยายการดำเนินงานไปยังระดับตำบลในระยะต่อไป

แนวทางการพัฒนากลไก/ระบบ
การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล
(คณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอและหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ)

การประยุกต์ใช้แบบจำลองยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล ผู้ใช้สามารถดำเนินการในแต่ละยุทธศาสตร์ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การพัฒนากลไกและระบบ ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล จะต้องดำเนินการในด้านต่างๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 คัดเลือกพื้นที่ต้นแบบจากอำเภอที่มีความพร้อมในการพัฒนา โดยเป็นอำเภอที่มีรูปธรรมการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาการในพื้นที่ ซึ่งมาจากฝ่ายสาธารณสุขและมหาดไทย หรือฝ่ายอื่นๆ ร่วมด้วยในรูปของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)

1.2 ต่อยอดกลไกการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยการสร้างภาคีเครือข่ายการขับเคลื่อนระบบอาชีวอนามัยในระดับอำเภอร่วมกับโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพประจำตำบล โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีประสบการณ์การดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยในกลุ่มอาชีพเฉพาะ เช่น คลินิกสุขภาพเกษตร หรือมีการพัฒนาอาสาสมัครอาชีวอนำมัยในระดับตำบล เช่น ตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน และตำบลคลองรี อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา นอกจากนี้ ควรดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีผู้นำชุมชนทั้งผู้นำที่เป็นทางการ และผู้นำธรรมชาติ รวมทั้งเครือข่ายภาคประชาชน โดยเฉพาะแรงงานนอกระบบจำกกลุ่มอาชีพต่างๆ ในพื้นที่

1.3 จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดและถอดบทเรียนแนวทางการทำงานระหว่างตำบล หรือภายในอำเภอ

1.4 ขยายพื้นที่ดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอจากอำเภอต้นแบบให้ครอบคลุมอำเภอเป้าหมายในเขตสุขภาพ

1.5 ผลักดันนโยบายในระดับเขตสุขภาพและประเทศ ในการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอที่อยู่บนฐานความรู้ที่ได้จากการทำงานในพื้นที่

2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล จะต้องดำเนินการในด้านต่างๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ที่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ โดยขยายการดำเนินงานจากกิจกรรมงานอาชีวอนามัยในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะคลินิกสุขภาพเกษตรกร เพื่อบูรณาการกับระบบสุขภาพในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีวัฒนธรรมของแรงงานในระดับพื้นที่ โดยคำนึงความเป็นองค์รวมทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

2.2 สร้างการมีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพ โดยร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นแรงงานนอกระบบในชุมชน เพื่อให้ครอบคลุมแรงงานนอกระบบทุกคน ในการเข้าถึงได้ทุกที่ ทุกเวลา มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ

2.3 พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงกันระหว่างแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้าน อาชีวอนำมัยที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ถึงตติยภูมิ

2.4 พัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้การจัดการอำชีวอนำมัยในเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ที่อยู่บนฐานองค์ความรู้ที่ได้จากการทำงานและการวิจัย

3. การพัฒนาศักยภาพของประชาชน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล จะต้องดำเนินการในด้านต่างๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 การสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพในกลุ่มแรงงานนอกระบบ โดยการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านอาชีวอนามัย และส่งเสริมให้เกิดทักษะในการจัดการตนเอง ครอบครัว กลุ่มอำชีพ และชุมชน

3.2 การเสริมพลัง ให้แรงงานนอกระบบสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ มีพฤติกรรมในการทำงานที่ถูกต้องและเหมาะสม และสามารถป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงานได้

3.3 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพในกลุ่มอาชีพ ผ่านแกนนำกลุ่มอำชีพ อสม. อส.อช. อสร หรือผู้นำชุมชน

4. การพัฒนาศักยภาพของกำลังคน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล จะต้องดำเนินการในด้านต่างๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 พัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างสถาบันการศึกษา ศูนย์วิชาการ และเครือข่าย บริการสุขภาพ รวมถึงภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

4.2 พัฒนากระบวนการเรียนรู้ร่วมกันทั้งจากการฝึกอบรมและจากประสบการณ์การทำงานจริงในพื้นที่

4.3 พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้และเครือข่าย

5. การพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอำชีพระดับอำเภอและตำบล จะต้องดำเนินการในด้านต่างๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 จัดการความรู้และบทเรียนที่ได้จากการทำงานให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะแรงงานนอกระบบสามารถเข้าถึงและนำไปใช้ประโยชน์ได้ง่าย

5.2 ทำการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่ยังขาดและจำเป็นในการนำไปพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับอำเภอและตำบล

5.3 ทำการประเมินเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอำชีพระดับอำเภอและตำบล รวมทั้งการสร้างเครือข่ายการทำงานอย่างต่อเนื่อง

5.4 การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่บูรณาการข้อมูลทั้งที่มาจากระบบบริการและจากแรงงานนอกระบบในชุมชน ที่ทั้งบุคลากรและประชาชนสามารถเข้าถึงและนำไปใช้ประโยชน์ได้ง่าย การสื่อสารสาธารณะ เพื่อเผยแพร่ความรู้ บทเรียน ตลอดจนประสบการณ์ดีๆ ที่ได้จากการทำงานระบบ

Worker

ชุดความรู้

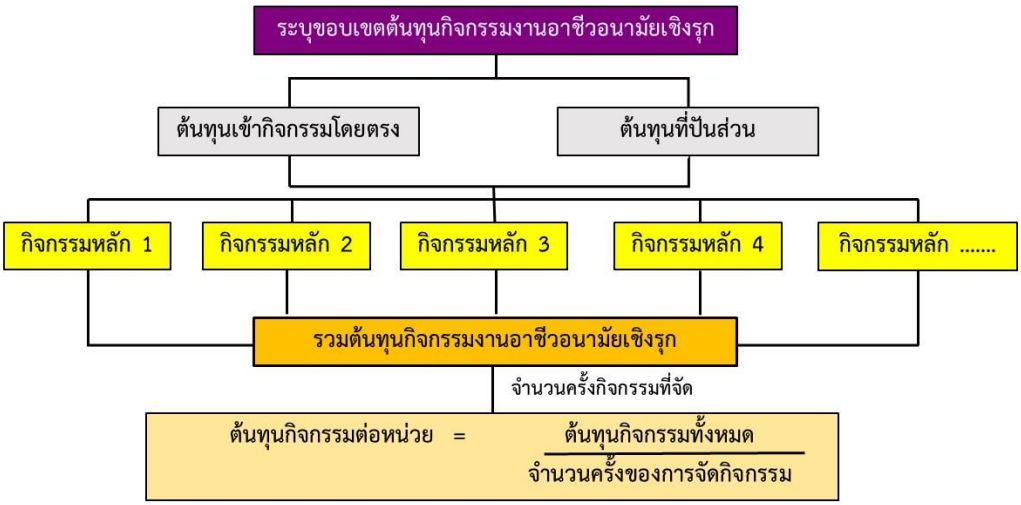
การส่งเสริมป้องกันโรค ด้วยกลุ่มหรือตนเอง (Self-Care package)

ชุดความรู้
กระบวนการทำงานอาชีวอนามัยเชิงรุกระดับชุมชน

กรอบแนวคิดการทำงาน

การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม (Activity based costing: ABC) เป็นการระบุการจัดการขององค์กรหรือหน่วยงานออกเป็นกิจกรรม แต่ละกิจกรรมจะระบุถึงทรัพยากรที่ใช้ (เช่น แรงงาน วัสดุ อุปกรณ์ หรือเทคโนโลยี) การกำหนดต้นทุนกิจกรรมจะขึ้นอยู่กับการใช้ทรัพยากร และการคิดต้นทุนของสิ่งที่ต้องการวัดจะขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่ใช้ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของการจัดบริการหรือกิจกรรมนั้น ๆ ซึ่งในการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วยบริการ หากงานใดมีกิจกรรมที่หลากหลายก็มักจะมีต้นทุนมาก ดังนั้นในการนำวิธีคิดต้นทุนกิจกรรมมาใช้จึงต้องพยายามลดต้นทุนการผลิต โดยนำกิจกรรมมาพิจารณาว่า กิจกรรมใดเป็นกิจกรรมที่เพิ่มมูลค่าหรือเป็นกิจกรรมที่ไม่เพิ่มมูลค่า และฝ่ายบริหารจะพยายามลดกิจกรรมที่ไม่เพิ่มมูลค่า ซึ่งจะทำให้ต้นทุนการผลิตลดลง โดยใช้ฐานในการคำนวณต้นทุนที่เรียกว่า ตัวผลักดันต้นทุน (cost driver) ซึ่งในที่นี่คือ เงินค่าจ้าง ค่าตอบแทน และค่าวัสดุในการดำเนินกิจกรรม

ในการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการของงานอาชีวอนามัยเชิงรุกนี้คำนวณเพียงต้นทุนที่จ่ายเป็นตัวเงิน (monetary cost) ซึ่งเป็นต้นทุนการจัดกิจกรรมอาชีวอนามัยเชิงรุกที่จ่ายให้กับผู้จัดกิจกรรมในรูปแบบของตัวเงิน เช่น การจ่ายเงินเดือนหรือค่าจ้างของพยาบาลวิชาชีพ ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน เป็นต้น ไม่ได้คำนวณต้นทุนที่มิได้จ่ายเป็นตัวเงิน (non-monetary cost) ซึ่งประกอบด้วย การใช้ทรัพย์สินของหน่วยงานสุขภาพที่มีอยู่แล้ว รวมไปถึงต้นทุนค่าเสียโอกาส (opportunity cost) ซึ่งเป็นมูลค่าของผลตอบแทนจากกิจกรรมที่สูญเสียโอกาสในการเลือกทำ การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วยบริการของงานอาชีวอนามัยเชิงรุกได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์หัวหน้าโครงการทางโทรศัพท์ และการสนทนากลุ่มกับหัวหน้าโครงการ และอาสาสมัครอาชีวอนามัยในพื้นที่ วิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนรวมของหน่วยบริการฯ โดยรวมต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุในแต่ละกิจกรรมหลัก แล้วนำมาคำนวณต้นทุนต่อหน่วยผู้รับบริการ มีกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ต้นทุนฯ แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมงานอาชีวอนามัยเชิงรุก

ขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการงานอาชีวอนามัยเชิงรุก

1. วิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานอาชีวอนามัยเชิงรุกในพื้นที่ได้ดำเนินการที่ผ่านมา ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง ได้แก่ รพ.พระยืน จังหวัดขอนแก่น และ รพ.บ้านธิ จังหวัดลำพูน และโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพประจำตำบล 1 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.หนองบัวดีหมี จังหวัดขอนแก่น โดยระบุขอบเขตของกิจกรรมที่นำมาวิเคราะห์ตามแต่ละพื้นที่ได้ดำเนินการในงานอาชีวอนามัยเชิงรุก
2. วิเคราะห์และระบุหน่วยกิจกรรม ซึ่งงานอาชีวอนามัยเชิงรุกมีหลายหน่วยงานที่ดำเนินงานร่วมกัน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ร่วมกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งอาจมีการดำเนินงานในกิจกรรมย่อยไขว้กันในหลายหน้าที่ ดังนั้นในการวิเคราะห์การดำเนินงานในแต่ละพื้นที่จึงแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหน่วยงานใด ดำเนินการเป็นหลัก จากนั้นให้ความหมายของกิจกรรมที่ทำทั้งหมด เพื่อให้เห็นภาพของต้นทุนได้ชัดเจนขึ้น ว่าใคร ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร
3. หาความสัมพันธ์ต้นทุนกิจกรรมหลักกับต้นทุนกิจกรรมย่อยเชิงเหตุและผล โดยพิจารณาเพื่อรวมหรือแยกกิจกรรมบางอย่างในระดับย่อยที่ไม่สัมพันธ์กับกิจกรรม หรือเป็นกิจกรรมที่ไม่เพิ่มค่า
4. วิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมและนำเสนอผลการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ซึ่งในการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยบริการงานอาชีวอนามัยเชิงรุกจะวิเคราะห์ตามต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ หรือค่าตอบแทนในแต่ละกิจกรรมหลักที่มีการใช้จ่ายเป็นตัวเงิน ตามรายละเอียดของกิจกรรมหลักการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก

กระบวนการทำงานอาชีวอนามัยเชิงรุกในระดับชุมชน

การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในระดับชุมชนเป็นการเน้นกระบวนการป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานผ่านการทำงานร่วมกันจากภาคส่วนของรัฐ ประกอบด้วย หน่วยบริการสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ภาคประชาชน ประกอบด้วย ผู้นำแรงงาน อาสาสมัครอาชีวอนามัยชุมชน (อสอช.) อาสาสมัครแรงงาน (อสร.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยผู้รับผิดชอบหลักในงานอาชีวอนามัยเชิงรุกส่วนใหญ่ คือ หน่วยบริการสาธารสุข ซึ่งมีพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน หรือนักวิชาการสาธารณสุขเป็นแกนนำในการสร้างเสริมสุขภาพ และต้องจัดทำรายงานการปฏิบัติงานตามแบบรายงานการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานนอกระบบในชุมชน (Occ-นบ 01) เพื่อเป็นข้อมูลให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมและจัดทำเป็นข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานภาพรวมของจังหวัดต่อไป

กิจกรรมงานอาชีวอนามัยเชิงรุกจากพื้นที่ได้ดำเนินการที่ผ่านมา ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง ได้แก่ รพ.พระยืน จังหวัดขอนแก่น และ รพ. บ้านธิ จังหวัดลำพูน และโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพประจำตำบล 1 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.หนองบัวดีหมี จังหวัดขอนแก่น มีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

1. การสำรวจกลุ่มอาชีพตามทะเบียนกลุ่มอาชีพ พื้นที่ที่ดำเนินการงานอาชีวอนามัยเชิงรุกส่วนใหญ่ได้ริเริ่มดำเนินการในกลุ่มอาชีพที่ได้จัดตั้งตามแนวทางการสร้างสัมมาชีพชุมชน ซึ่งมีการรวมกลุ่มในการประกอบอาชีพ และมีการสร้างรายได้อย่างต่อเนื่อง เช่น ต.หนองบัวดีหมี จ.ขอนแก่น เน้นกลุ่มอาชีพอุตสาหกรรมสิ่งทอ (แหอวน/เสื่อ) กลุ่มทำกระดาษ และไส้ปลา อ. บ้านธิ เน้นกลุ่มอาชีพในกลุ่มเฟอร์นิเจอร์ แกะลำไย เย็บผ้า และอิฐบล้อค เป็นต้น
2. เตรียมบุคลากรเจ้าหน้าที่เพื่อการดำเนินงานอาชีวอนามัยเชิงรุก ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ โดย รพ.สต.หนองบัวดีหมี มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานแก่อสม. จำนวน 60 คน โดยมีงบสนุบสนุนจาก สปสช. 20,000 บาทต่อปี ขณะที่ รพ.บ้านธิ

มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการประเมินความเสี่ยง วินิจฉัยความเสี่ยงจากการทำงาน และค้นหาผู้ที่ได้รับผลกระทบแก่อสช. จำนวน 80 คน โดยใช้งบสนุบสนุนจาก สปสช. 20,000 บาทต่อปี

3. การประเมินความเสี่ยงและสภาพแวดล้อมในการทำงานอย่างง่าย วินิจฉัยความเสี่ยงจากการทำงานและค้นหาผู้ได้รับผลกระทบ โดยใช้เครื่องมือ Job Safety Analysis (JSA) แต่ละพื้นที่จะมีการดำเนินงานแตกต่างกัน ซึ่งในขั้นตอนนี้จะคำนวณต้นทุนหน่วยบริการจากค่าวัสดุที่ใช้ในการประเมิน (ถ้ามี) และค่าแรงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (พยาบาลวิชาชีพหรืออสม.) หากเป็นผู้นำในการดำเนินการ จากการเก็บข้อมูล พบว่า รพ.บ้านธิ จะมี อสอช. เป็นผู้นำในการดำเนินการประเมินความเสี่ยง วินิจฉัยความเสี่ยง และคัดกรองโรคในผู้ที่ได้รับผลกระทบ (ซึ่งอาจใช้อุปกรณ์ตรวจเลือดในบางกรณี) หลังจากนั้น อสอช.ร่วมกับรพ. บ้านธิ วางแผนดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ (จำนวน 2,000 คน) เพื่อให้ความรู้ในการปรับพฤติกรรมต่อไป ขณะที่ รพ.สต. หนองบัวดีหมี ใช้เครื่องมือ JSA เพื่อประเมินความเสี่ยงจากการทำงานเช่นเดียวกัน แต่แตกต่างจากรพ.บ้านธิที่พยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ประเมินแรงงานนอกระบบทั่วไป และอสม. 2-3 คนจะประเมินความเสี่ยงใน 1 กลุ่มอาชีพ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 7 ชั่วโมงต่อครั้ง ในการประเมินกลุ่มเป้าหมาย 130 คน

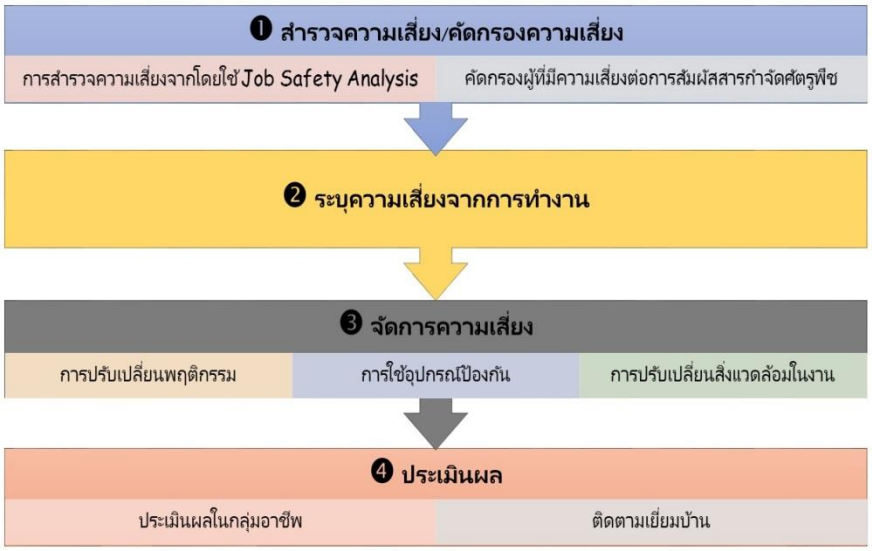
รพ.พระยืน ดำเนินการในรูปแบบคลินิกเกษตร เน้นการทำงานกับกลุ่มเกษตรกร โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (นบก.01) การทำงานจะให้อสม. ในแต่ละหมู่บ้านเป็นผู้คัดเลือกผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตโดยเฉพาะเกษตรกร มาเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจหาระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสจากซีรัมของเลือดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้วยชุดตรวจ และกระดาษตรวจคัดกรอง (Cholinesterase Reactive paper) ซึ่งมีงบประมาณค่าใช้จ่ายเป็นค่าชุดตรวจ 9 บาทต่อราย ค่าตรวจ 30 บาทต่อราย หลังจากนั้นจะแปลผลระดับความเสี่ยง (ปกติ ปลอดภัย มีความเสี่ยง และไม่ปลอดภัย)

4. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รูปแบบกิจกรรมเพื่อจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนท่าทาง และสภาพแวดล้อมในการทำงาน และการส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น หน้ากากอนามัย ถุงมือยาง ที่ครอบหู เป็นต้น ซึ่งในขั้นตอนนี้จะคำนวณต้นทุนหน่วยบริการจากงบการดำเนินกิจกรรม และค่าแรงของผู้ที่รับผิดชอบในกิจกรรมนี้ เช่น รพ.สต. หนองบัวดีหมี มีการจัดอบรมให้ความรู้การปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมความเสี่ยงแก่แรงงานนอกระบบ จำนวน 130 คน โดยได้รับงบสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล ส่วนอุปกรณ์ป้องกันความเสี่ยง เช่น หน้ากากอนามัย ถุงมือ ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ขณะที่รพ. บ้านธิ อสอช. จะเป็นผู้ให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมสุขภาพแก่แรงงานนอกระบบ และส่งต่อข้อมูลให้หัวหน้ากลุ่มอาชีพเป็นผู้นำในการจัดการกลุ่มด้วยตนเอง

รพ.พระยืน ดำเนินการโดยให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยแจกแผ่นพับแก่ผู้ที่มีผลการตรวจระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดอยู่ในระดับปกติ และปลอดภัย และหากผลตรวจมีความเสี่ยงสูงและไม่ปลอดภัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะแจกรางจืดไปรับประทานเป็นเวลา 10 วัน และนัดมาตรวจซ้ำ

5. การติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง เพื่อประเมินผลการปรับพฤติกรรม ให้คำแนะนำ และชี้แนะวิธีการจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสมแก่แรงงานนอกระบบ ซึ่งในขั้นตอนนี้จะคำนวณต้นทุนหน่วยบริการจากงบดำเนินกิจกรรม และค่าแรงของผู้ที่รับผิดชอบหลักงานอาชีวอนามัยเชิงรุก การดำเนินงาน

ในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันดังนี้ รพ. บ้านธิ ติดตามเยี่ยมโดยหัวหน้าชมรมกลุ่มอาชีพ และ อสอช. ขณะที่รพ.สต. หนองบัวดีหมี ติดตามเยี่ยมบ้าน กระตุ้น ชี้แนะแนวทางการดูแลตนเอง เป็นรายบุคคลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก อสม. เป็นผู้พาไปพบกลุ่มเป้าหมาย อีกทั้งยังมีการติดตามเยี่ยมในแต่ละกลุ่มอาชีพโดยหัวหน้ากลุ่มอาชีพ ส่วนรพ.พระยืน ไม่มีการติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง



ภาพที่ 2 โครงสร้างระบบการจัดการอาชีวอนามัยเชิงรุกในระดับชุมชน

ตารางแสดงต้นทุนต่อหน่วยบริการจำแนกตามกิจกรรมงานอาชีวอนามัยเชิงรุก.(ข้อมูลปี 2559)

กิจกรรมหลัก	รพ.สต.หนองบัวดีหมี				รพ. พระยืน				รพ. บ้านธิ			
	ผลลัพธ์การดำเนินงาน		ค่าเฉลี่ยต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย (บาทต่อราย)	ผลลัพธ์การดำเนินงาน		ค่าเฉลี่ยต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย (บาทต่อราย)	ผลลัพธ์การดำเนินงาน		ค่าเฉลี่ยต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย (บาทต่อราย)
	หน่วย	จำนวน			หน่วย	จำนวน			หน่วย	จำนวน		
1. จัดทำข้อมูลกลุ่มอาชีพในพื้นที่	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. เตรียมบุคลากรในการทำงานเชิงรุก	คน	130	20,000	153.85	-	-	-	-	(อสอช.) คน	2,000	20,000	10
3. การสำรวจความเสี่ยง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. การคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยง												
4.1 ใช้เครื่องมือ Job safety Analysis	คน	130	1,395	10.73	-	-	-	-				
4.2 การเจาะเลือดตรวจหาเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส (ค่าตรวจ + ค่าชุดตรวจ)	-	-	-	-	คน	100	3900	39				
5. การจัดการความเสี่ยง (ให้สุขศึกษา)					คน	70	1,416	20.23				
5.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	คน	130	20,000	153.84	คน	100	700	7	คน	2,000	30,000	15
5.2 การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการ												

กิจกรรมหลัก	รพ.สต.หนองบัวดีหมี				รพ. พระยืน				รพ. บ้านธิ			
	ผลลัพธ์การดำเนินงาน		ค่าเฉลี่ยต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย (บาทต่อราย)	ผลลัพธ์การดำเนินงาน		ค่าเฉลี่ยต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย (บาทต่อราย)	ผลลัพธ์การดำเนินงาน		ค่าเฉลี่ยต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย (บาทต่อราย)
	หน่วย	จำนวน			หน่วย	จำนวน			หน่วย	จำนวน		
ทำงาน												
-5.3 การใช้อุปกรณ์ป้องกัน (mask/glove/ear mup)	คน	130	3,600	27.69	-	-	-	-				
6. การประเมินผล					-	-	-	-				
6.1 เยี่ยมบ้านโดยอสม./หัวหน้ากลุ่มอาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	คน	130	7,540	58								
รวม				**404.11**				**66.23**				**25**

ถอดบทเรียนรูปแบบกระบวนการทำงานอาชีวอนามัยเชิงรุกในระดับชุมชน

รูปแบบการดำเนินงานอาชีวอนามัยเชิงรุกแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) อาสาสมัครเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม (Lay-oriented model) และ 2) บุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม (Professional –oriented model) ซึ่งพบว่า รพ.พระยืน และรพ.สต. หนองบัวดีหมี จ.ขอนแก่น มีการดำเนินการโดยมีบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม ขณะที่รพ. บ้านธิ มี อสอช.เป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม

การดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยเชิงรุกในรูปแบบที่มีบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมจะมีต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วยบริการสูงที่สุด ได้แก่ รพ.สต.หนองบัวดีหมี ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วยบริการ เท่ากับ 404.11 บาทต่อราย ซึ่งอาจเป็นเพราะการดำเนินงานที่ทำกับทุกกลุ่มอาชีพในชุมชน โดยมีบุคลากรทางสุขภาพ (พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลวิชาชีพ หรือนักวิชาการสาธารณสุข) เป็นแกนนำหลักในการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน

การวินิจฉัยความเสี่ยง การจัดอบรมให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่แรงงานนอกระบบและติดตามเยี่ยมบ้าน แม้จะมีการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อประเมินความเสี่ยงและให้ความรู้เบื้องต้นได้ โดยใช้งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แต่เมื่อลงปฏิบัติงานจริงกลับพบว่ามีความยากในการปฏิบัติในขั้นตอนการระบุความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย และให้คำแนะนำการจัดการความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพจึงต้องเข้ามาดำเนินการ และควบคุมกำกับ โดยต้นทุนที่สูงในการดำเนินกิจกรรม คือ ค่าแรงของเจ้าหน้าที่ ซึ่งต้องใช้เวลาในการลงปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม แม้ รพ.พระยืนจะมีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมโดยมีบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับรพ.สต. หนองบัวดีหมี แต่กลับพบว่ารพ.พระยืนมีต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วยบริการต่ำกว่ารพ.สต.หนองบัวดีหมี 6 เท่า (66.23 บาทต่อราย)

การดำเนินงานของรพ.พระยืนมีการดำเนินงานที่ต่างจากรพ.สต. หนองบัวดีหมี โดยดำเนินการสอดคล้องกับแผนงานคลินิกสุขภาพเกษตรกร ดังนโยบายของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค มีการคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงสัมผัสสารเคมีปราบศัตรูพืช (ปัจจัยก่อโรค) และแจกแผ่นพับแก่ผู้ที่ผลการตรวจเป็นปกติ หากอยู่ในระดับมีความเสี่ยงสูง/ไม่ปลอดภัยจะแจกรางจืด จากนั้นจะนัดผู้ที่อยู่ในระดับมีความเสี่ยงสูง/ไม่ปลอดภัยมาตรวจซ้ำ แม้การดำเนินการดังกล่าวจะมีต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วยบริการที่น้อย แต่มโนทัศน์การดำเนินงานยังเน้นการบริการเชิงรับ กล่าวคือ เน้นดำเนินการแก้ปัญหาเฉพาะบุคคลที่สัมผัสความเสี่ยง จัดการปลายเหตุของปัญหา ได้แก่ ดูแลให้รับประทานสมุนไพรรางจืด ซึ่งเป็นสมุนไพรที่กระทรวงสาธารณสุขรณรงค์ให้เกษตรกรหรือบุคคลทั่วไปเลือกใช้เพื่อใช้แก้พิษต่าง ๆ เช่น พิษจากยาฆ่าแมลง ยาเบื่อ สารตะกั่ว ฯลฯ

โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน แม้จะมีกลุ่มเป้าหมายมากกว่าพื้นที่อื่นๆ และดำเนินงานจะครอบคลุมทุกขั้นตอนเช่นเดียวกับรพ.สต.หนองบัวดีหมี (การประเมินความเสี่ยง วินิจฉัยความเสี่ยง ค้นหาผู้รับผลกระทบ การจัดกิจกรรมให้ความรู้ และการติดตามประเมินผล) แต่พบว่ากลับมีต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วยบริการเพียง 25 บาทต่อราย ซึ่งน้อยกว่ารพ.สต.หนองบัวดีหมีและรพ.พระยืน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรูปแบบการทำงานที่แตกต่างกัน กล่าวคือ การดำเนินงานทุกกิจกรรมจะมีอาสาสมัครอาชีวอนามัย (อสอช.) ซึ่งผ่านการพัฒนาศักยภาพในการประเมินความเสี่ยง วินิจฉัยความเสี่ยงจากการทำงาน จากนั้นมีการร่วมกันวางแผนกับบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลแรงงานนอกระบบแต่ละราย หรือในแต่ละกลุ่มอาชีพ ซึ่งจะมี

หัวหน้ากลุ่มอาชีพเป็นผู้ดูแล รวมทั้ง อสอช. และหัวหน้ากลุ่มอาชีพจะเป็นผู้ติดตามประเมินผล ซึ่งมีผลช่วยลดต้นทุนค่าแรงการลงพื้นที่ปฏิบัติการโดยบุคลากรทางสุขภาพ

การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายการจัดบริการบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกหน่วยบริการตัวอย่าง

1.รพ.สต. หนองบัวดีหมี

1.1 เตรียมบุคลากรในการทำงานเชิงรุก ใช้งบประมาณในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการทำงานอาชีวอนามัยเชิงรุก

- ใช้ต้นทุน 20,000 บาท ต่อแรงงานนอกระบบในพื้นที่จำนวน 130 คน
- ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย คิดเป็น 20,000/130 = **153.85 บาทต่อราย**

1.2 กิจกรรมคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงโดยใช้เครื่องมือ Job safety Analysis โดยพยาบาล 1 คน และ อสม. 3 คน/กลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 1.5 วัน

- ต้นทุนค่าแรงของพยาบาล 1.5 x 750 = 1,125 บาท (คำนวณจากฐานเงินเดือนพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนประมาณ 22,500 บาท 22,500/30 = 750 บาทต่อวัน)
- ต้นทุนค่าแรงของอสม. 9 คนๆละ 20 บาทต่อวัน 1.5 วัน (9 x 20 x 1.5 = 270 บาท)
- รวมต้นทุนที่ใช้ (1125 + 270 = 1,395 บาท) ต่อแรงงานนอกระบบในพื้นที่ จำนวน 130 คน ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย คิดเป็น 1,395/130 = **10.73 บาทต่อราย**

1.3 กิจกรรมจัดการความเสี่ยงโดยการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการทำงาน

- มีต้นทุนการจัดโครงการ 20,000 บาท (งบสนับสนุนจาก สปสช.) ต่อแรงงานนอกระบบในพื้นที่จำนวน 130 คน ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย คิดเป็น 20,000/130 = **153.85 บาทต่อราย**

1.4 ค่าอุปกรณ์ป้องกัน

- ต้นทุนถุงมือ ใช้ครั้งละ 1 กล่อง ๆ ละ 300 บาท x 6 ครั้ง = 1,800 บาท
- ต้นทุนหน้ากากอนามัยใช้ครั้งละ 1 กล่องๆ ละ 300 บาท x 6 ครั้ง = 1,800 บาท
- รวมต้นทุนค่าอุปกรณ์ป้องกัน 3,600 บาท ต่อแรงงานนอกระบบในพื้นที่จำนวน 130 คน
- ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย คิดเป็น 3,600/130 = **27.69 บาทต่อราย**

1.5 กิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 คน ร่วมกับอสม. 6 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง

- ต้นทุนค่าแรงของพยาบาล (เยี่ยมบ้านรายบุคคล) 6 ครั้ง x 1ชั่วโมง x750 บาท=4500 บาท
- ต้นทุนค่าแรงของพยาบาล (เยี่ยมบ้านรายกลุ่ม) 6 ครั้ง ๆ ละ 40 นาที (500 บาทต่อครั้ง) = 6x500 = 3,000 บาท
- ต้นทุนค่าแรงอสม. (ไม่ได้ลงปฏิบัติการเยี่ยม) ทั้งหมดประมาณ 2 ชั่วโมงx20 บาท=40 บาท
- รวมต้นทุนที่ใช้ (4,500 + 3,000 + 40 = 7,540 บาท) ต่อแรงงานนอกระบบในพื้นที่จำนวน 130 คน ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย คิดเป็น 7,540/130 = **58 บาทต่อราย**

รวมต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วยงานอาชีวอนามัยเชิงรุกของ รพ.สต.หนองบัวดีหมีต่อปี เท่ากับ 404.11 บาทต่อราย

2.รพ.พระยืน

2.1 กิจกรรมเจาะเลือดตรวจหาเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส ประกอบด้วยค่าตรวจ และค่าชุดตรวจ

- ค่าตรวจ 30 บาทต่อราย ค่าชุดตรวจ 9 บาทต่อราย
- รวมต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย **39 บาทต่อราย**

2.2 กิจกรรมให้สุขศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยแจกแผ่นพับ ประกอบด้วย

- ต้นทุนค่าถ่ายเอกสารทั้งหมด 700 บาท ต่อแรงงานนอกระบบในพื้นที่จำนวน 100 คน
- ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย คิดเป็น 700/100 ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย เท่ากับ **7 บาทต่อราย**

2.3 ค่าแรงเจ้าหน้าที่ในการให้สุขศึกษาแก่กลุ่มเสี่ยงประมาณ 70 คน ประกอบด้วย

- ค่าแรงของพยาบาลทั้งหมด 1,416 บาท ซึ่งใช้เวลาประมาณ 17 นาทีต่อครั้ง
- ดังนั้น ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย คิดเป็น 1,416/70 = **20.23 บาทต่อราย**

รวมต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วยงานอาชีวอนามัยเชิงรุกของ รพ.พระยืนต่อปี เท่ากับ 66.23 บาทต่อราย

3. รพ.บ้านธิ

3.1 เตรียมบุคลากรในการทำงานเชิงรุก ใช้งบประมาณในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพอสช. ในการทำงานอาชีวอนามัยเชิงรุกใช้ต้นทุน 20,000 บาท ต่อแรงงานนอกระบบในพื้นที่จำนวน 2,000 คน ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย คิดเป็น 20,000/2,000 = **10 บาทต่อราย**

3.2 กิจกรรมสำรวจความเสี่ยง การจัดกิจกรรมให้สุขศึกษาในการจัดการความเสี่ยง และติดตามเยี่ยมเพื่อติดตามประเมินผล ดำเนินการโดย อสช. ใช้ต้นทุนการทำงาน 30,000 บาทต่อแรงงานนอกระบบในพื้นที่จำนวน 2,000 คน ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย คิดเป็น 30,000/2,000 = **15 บาทต่อราย**

รวมต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วยงานอาชีวอนามัยเชิงรุกของ รพ.บ้านธิต่อปี เท่ากับ 25 บาทต่อราย