

ต้นทุนการลาป่วยในบุคลากรภาครัฐ หน่วยงานที่สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Costs of sickness absence among government personnel of the units under

Department of Disease Control, Ministry of Public Health

ภควรรณ วรวิทย์¹Phakhawan Worrawit¹อริยะ บุญงามชัยรัตน์¹Ariya Bunngamchairat¹สุทธินันท์ ฉันทนกุล¹Suttinun Chantanakul¹กัญจนา ทิชยาธิคม²Kanjana Tisayaticom²¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล¹Faculty of Public Health, Mahidol University²สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ²International Health Policy Programme (IHPP)

กระทรวงสาธารณสุข

Thailand, Ministry of Public Health

DOI: 10.14456/dcj.2022.18

Received: February 15, 2021 | Revised: August 20, 2021 | Accepted: August 24, 2021

บทคัดย่อ

การลาป่วย (Sickness Absence) คือ การที่ลูกจ้างไม่มาทำงานเนื่องจากการเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลถึงประสิทธิภาพในการทำงานที่ลดลง รวมทั้งยังสะท้อนสุขภาพของพนักงานในองค์กรอีกด้วย การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระยะเวลา ต้นทุนการลาป่วย และความสัมพันธ์ของต้นทุนการลาป่วยในแต่ละปัจจัยส่วนบุคคล โดยศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิเกี่ยวกับการลาป่วย ปี 2557-2559 ของบุคลากรภาครัฐในหน่วยงานภายใต้สังกัดกรมควบคุมโรค จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1,884 คน ทำการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของจำนวนวันลาป่วยด้วยสถิติพรรณนา คำนวณค่าต้นทุนการลาป่วยด้วยวิธีการแบบทุนมนุษย์ (Human capital approach) และใช้การวิเคราะห์ Multiple linear regression เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนการลาป่วยกับปัจจัยส่วนบุคคล ผลการศึกษา พบว่าการลาป่วยของพนักงานในหน่วยงานที่ทำการศึกษามีระยะเวลาการลาป่วยทั้งหมด 604, 795 และ 535 วัน ในปี 2557-2559 โดยมีค่าเฉลี่ย คือ 10.53, 9.17, 9.55 วันต่อคนต่อปี ตามลำดับ และมีต้นทุนการลาป่วยเฉลี่ยในปี 2557-2559 คือ 2,880.95, 2,624.18 และ 2,882.14 บาทต่อคนต่อปี อีกทั้งระยะเวลาการลาป่วยในแต่ละปัจจัย และต้นทุนการลาป่วยในแต่ละปัจจัย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างต้นทุนการลาป่วยกับปัจจัยต่างๆ ที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทของการจ้างงาน และสาเหตุการลาป่วย โดยสรุป ระยะเวลาและต้นทุนการลาป่วยในแต่ละปี และแต่ละปัจจัยที่ศึกษาไม่มีความแตกต่างกัน อีกทั้งไม่พบความเชื่อมโยงระหว่างต้นทุนการลาป่วยกับปัจจัยส่วนบุคคลที่ศึกษา อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้แสดงให้เห็นภาพรวมของสุขภาพของบุคลากรภาครัฐ ในหน่วยงานภายใต้สังกัดกรมควบคุมโรค และสามารถนำไปประกอบการพัฒนาระบบข้อมูลติดตามประเมินผลสุขภาพของบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงนำมาใช้ในการกำหนดนโยบายและการวางแผนสวัสดิการด้านสุขภาพ เช่น โปรแกรมการตรวจสุขภาพประจำปีที่เหมาะสมกับเพศและอายุ เป็นต้น

ติดต่อผู้พิมพ์ : อริยะ บุญงามชัยรัตน์

อีเมล : ariya.bun@mahidol.ac.th

Abstract

Sickness absence refers to when an employee was absent from work due to sickness. It resulted in reduced efficiencies of work and could reflected well-beings of employees in organizations. This cross-sectional study aimed to investigate the sickness absence duration, costs of sickness absence, and the relationship between costs of sickness absence and personal factors. The secondary data of sickness absence records of 1,884 employees during 2014–2016, from the units under the Department of Disease Control, Ministry of Public Health were included. Descriptive statistics was applied to analyze average sickness absence duration, while average costs were calculated by Human Capital Approach. The associations between sickness absence costs and personal factors were tested by multiple linear regression. The findings showed that the overall sickness absence per year from 2014 to 2016 stood at 604, 795, and 535 days, with an average of 10.53, 9.17, 9.55 days per person per year, respectively. The average costs of sickness absence per year from 2014 to 2016 were 2,880.95, 2,624.18, and 2,882.14 Baht per person per year, respectively. Furthermore, no significant difference was observed between sickness absence duration and costs of sickness absence, including no statistical associations of costs of sickness absence, with individual personal factors including gender, age, types of employees, and causes of absence. To summarize, there are no differences in absence duration, costs of sickness absence, and relationship between the costs of sickness absence and the personal variables. This research reflected overall well-beings of employees as a consequence; the organization could develop the information system for efficient monitoring and evaluation of employees' health. This, in turn, led to formulation of policy and planning in health welfare, such as the annual health check-up responsive to sex and age.

Correspondence: Ariya Bunngamchairat

E-mail: ariya.bun@mahidol.ac.th

คำสำคัญ

ต้นทุนการลาป่วย, การลาป่วย,
บุคลากรภาครัฐ

Keywords

costs of sickness absence, sickness absence,
government personnel

บทนำ

การลาป่วยไม่เพียงส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลง⁽¹⁻²⁾ แต่ยังสะท้อนถึงสุขภาพของลูกจ้างอีกด้วย⁽³⁾ นอกจากนี้ การลาป่วยยังเป็นปัญหาสำคัญในประเทศต่างๆ อีกด้วย⁽⁴⁻⁷⁾ แม้ว่าการลาป่วย ไม่มีนิยามสากล และมีความหลากหลายแตกต่างตามหน่วยงานหรือบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม ความหมายส่วนใหญ่มักใกล้เคียงกัน เช่น Whitaker S รวมทั้ง Alexanderson K และ Norlund A ได้ให้คำนิยามว่า การลาป่วย คือ การไม่มาทำงานเนื่องจากการเจ็บป่วย⁽⁷⁻⁸⁾ ดังนั้น การทราบข้อมูลเกี่ยวกับการลาป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้

หน่วยงานสามารถวางแผนและจัดการระบบสวัสดิการให้ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของบุคลากรได้อย่างเหมาะสม^(4,9) และลดระดับความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพไม่ให้ลุกลาม รวมถึงการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁽¹⁰⁾

การลาป่วยหรือการขาดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยมีผลต่อต้นทุนของการสูญเสียผลิตภาพ (Productivity Loss) และผลกระทบต่อเศรษฐกิจในภาพรวม ซึ่งมีการศึกษากันอย่างกว้างขวาง เช่น Geowska และคณะพบว่าต้นทุนการลาป่วยของแรงงานในประเทศโปแลนด์ปี 2556 คิดเป็นเงินมากกว่า 17,000 ล้านยูโร (ร้อยละ

4.33 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP))⁽¹¹⁾ หรือ ต้นทุนที่เกิดจากขาดงานของแรงงานในประเทศ สหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2554 สูงถึง 2,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี⁽¹²⁾ ซึ่งต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายมีความแตกต่างกัน จากหลากหลายปัจจัยทั้ง เพศ อายุ อาชีพ ชนิดของโรคที่ทำให้เจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ไม่ว่าจะเป็นแบบเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง รวมถึงความถี่ของการเจ็บป่วยด้วย⁽¹³⁾ สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาการลาป่วยเช่นกัน เช่น งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการลาป่วยและการเจ็บป่วยของบุคลากรในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นกรณีศึกษาคณะแพทยศาสตร์ในปี 2543 ผลการศึกษาพบว่าเพศชายที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ระดับเงินน้อยเดือนกว่าหรือเท่ากับระดับ 3 ที่มีลักษณะงานที่ไม่ได้สัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง มีการลาป่วยมากกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยสาเหตุการลาป่วยที่สูงที่สุด คือ โรคระบบทางเดินหายใจ กลุ่มอาการต่าง ๆ โรคติดเชื้อ และโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ตามลำดับ⁽¹⁴⁾

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับสุขภาพของ คนทำงาน อ้างอิงจากพระราชบัญญัติความปลอดภัย พ.ศ. 2554 ที่ว่านายจ้างมีหน้าที่จัดและดูแลสถานประกอบกิจการและลูกจ้างให้มีสภาพการทำงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานของลูกจ้างมิให้ได้รับอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย จิตใจ และสุขภาพอนามัย⁽¹⁵⁾ และพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ พ.ศ. 2562 ระบุว่าให้นายจ้าง จัดให้มีการตรวจสุขภาพลูกจ้างเพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพ⁽¹⁶⁾ จากข้อมูลสถิติ การลาป่วยสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่า การลาป่วยของคนไทยในช่วงระหว่างปี 2548-2557 นั้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นประมาณ 0.7 เท่า คือจาก 22,164,334 ครั้ง เป็น 31,076,788 ครั้ง⁽¹⁷⁾ ในขณะที่กรมบัญชีกลาง รายงานแนวโน้มการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของลูกจ้าง ในหน่วยงานภาครัฐ ระหว่างปี 2551-2553 ว่าสูงขึ้น ทุกปี⁽¹⁸⁾ ควบคู่กับจำนวนของบุคลากรของรัฐที่ยังมี

จำนวนเพิ่มขึ้น จาก 2.09 ล้านคน ในปี 2557 เป็น 2.18 ล้านคน ในปี 2559 ซึ่งหน่วยงานของรัฐมีหน้าที่ในการพัฒนาประเทศและคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยใช้ ภาษีในกระบวนการต่าง ๆ รวมทั้งเงินเดือนและสวัสดิการของบุคลากร⁽¹⁹⁾ ซึ่งข้อมูลการไม่มาทำงานหรือขาดงานของบุคลากรภาครัฐ โดยเฉพาะที่เกิดจากการเจ็บป่วยยังมีน้อยมาก และไม่มีการวิเคราะห์นำมาใช้วางแผนเพื่อพัฒนาสวัสดิการด้านสุขภาพสำหรับบุคลากรที่มีคุณลักษณะแตกต่างกัน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาข้อมูลการไม่มาทำงานหรือขาดงานที่เกิดจากการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีการรวบรวมเป็นปกติอยู่แล้ว โดยเฉพาะในส่วน ของบุคลากรภาครัฐ ที่มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ต่อการพัฒนาประเทศและคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยกรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่ดูแลควบคุมการระบาดของโรคต่างๆ ในประเทศไทย มีลักษณะงานหลากหลาย ทั้งแบบนั่งทำงานในสำนักงาน งานบริการ และงานภาคสนาม มีหน่วยงานตั้งอยู่ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อนำผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับองค์กร ในการปรับปรุงระบบการเก็บข้อมูลของหน่วยงาน ตลอดจนออกแบบนโยบายและแผนสวัสดิการด้านสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับบุคลากรที่มีคุณลักษณะแตกต่างกัน เพื่อให้บุคลากรได้รับประโยชน์จากนโยบาย ที่ออกแบบมาอย่างสมประโยชน์ ปฏิบัติงานได้เต็มศักยภาพ ลดระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ และหากบุคลากรได้รับการส่งเสริมด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม แล้วนั้น จะสามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มผลิตภาพให้กับองค์กร และประเทศชาติในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาระยะเวลา ต้นทุนการลาป่วย และความสัมพันธ์ของต้นทุนการลาป่วยในแต่ละปัจจัยส่วนบุคคล ในบุคลากรของหน่วยงาน ในสังกัดกรมควบคุมโรค

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง ใช้ข้อมูลทุติยภูมิการลาป่วยของบุคลากรที่ได้บันทึกไว้ในแต่ละหน่วยงานที่สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2557-2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นบุคลากรของรัฐที่สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จากทะเบียนบุคลากรกองการเจ้าหน้าที่ จำนวน 42 หน่วยงาน จำนวน 5,995 คน ปี 2557-2559 ซึ่งเมื่อขออนุเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิที่แต่ละหน่วยงานบันทึกนั้น ได้รับข้อมูลจากแต่ละหน่วยงานเพื่อทำการวิเคราะห์เพียง 14 หน่วยงาน ครอบคลุม กองบริหารจำนวน 6 หน่วยงาน กองวิชาการจำนวน 3 หน่วยงาน และสำนักงานเขตจำนวน 5 หน่วยงาน จำนวนทั้งสิ้น 1,884 คน จึงใช้ข้อมูลที่ได้จากหน่วยงานทั้ง 14 หน่วยงานเพื่อการศึกษาในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลการลาป่วยของบุคลากร ได้แก่ จำนวนวันที่ลาป่วย และสาเหตุการลาป่วยที่มีใบรับรองแพทย์ประกอบเท่านั้น โดยจำแนกสาเหตุของการลาป่วยเป็นการลาป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (การเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน) การลาป่วยด้วยโรคไม่เรื้อรัง (การเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเป็นระยะเวลสั้น ๆ) และการลาป่วยด้วยอุบัติเหตุ ตามระบบการจัดหมวดหมู่ของโรคและปัญหาสุขภาพ ของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ครั้งที่ 10 องค์การอนามัยโลก (ICD-10) พร้อมทั้งข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทการจ้างงาน กรณีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ครบถ้วน เช่น ไม่ระบุเพศ อายุ หรือปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น จะไม่นำมารวมในการศึกษา รวมทั้งบุคลากรที่ลาออกด้วย

ทั้งนี้ ได้กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ การลาป่วยของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2557-2559 ที่มีใบรับรองแพทย์ประกอบเท่านั้น

เกณฑ์การคัดออก คือ การลาออกที่เป็นสาเหตุตามธรรมชาติ ที่มีใบการลาเนื่องจากความผิดปกติจากการตั้งครรภ์หรือภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์

การคำนวณต้นทุนการลาป่วย

ต้นทุนการลาป่วยเป็นหนึ่งในต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ โดยต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพนั้นแบ่งเป็นสองประเภทคือ ต้นทุนทางบัญชี (ต้นทุนที่เป็นตัวเงิน) และต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ (ต้นทุนที่มองเห็นเป็นตัวเงินและต้นทุนที่มองไม่เห็นไม่เป็นตัวเงินโดยตรง และต้องผ่านขั้นตอนการวิเคราะห์และคาดประมาณเพื่อให้ได้มาซึ่งตัวเงิน⁽²⁰⁾ การศึกษานี้เป็นการศึกษาต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ โดยประเมินเป็นต้นทุนค่าเสียโอกาสที่มองไม่เห็นเป็นตัวเงินโดยตรงในการประมาณการต้นทุนการลาป่วยในการวิจัยนี้ ใช้วิธีการทุนมนุษย์ ซึ่งเป็นวิธีการคำนวณต้นทุนทางอ้อมอย่างง่ายที่เกี่ยวข้องกับการลาป่วยและการตายก่อนวัยอันควร โดยฐานคิดคำนวณแบบฐานความชุก กล่าวคือ การศึกษากลุ่มประชากร ณ จุดหนึ่งของเวลา เพื่อสังเกตสถานะสุขภาพของผู้คนในช่วงเวลาของการศึกษา⁽²¹⁾ โดยสูตรคำนวณ คือ

ต้นทุนการลาป่วยตลอดระยะเวลาที่บุคลากรลาป่วย = ระยะเวลาการลาป่วย X รายได้เฉลี่ย (รายวัน/รายเดือน) ด้วยข้อจำกัดข้อมูลเงินเดือนของบุคลากรในงานวิจัยชิ้นนี้ ใช้อัตราค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ 300 บาทต่อวัน⁽²²⁾ ในการประมาณการต้นทุนการลาป่วยเพื่อสะท้อนค่าใช้จ่ายที่ “ต่ำที่สุด” ที่เป็นไปได้และสอดคล้องกับช่วงเวลาของข้อมูลที่ศึกษา

สำหรับงานวิจัยนี้ การลาป่วย หมายถึง การไม่มาทำงานเนื่องจากการเจ็บป่วย ทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังเฉียบพลัน และอุบัติเหตุ โดยการลาป่วยจะต้องมีใบรับรองแพทย์ประกอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสถิติเชิงวิเคราะห์คือการทดสอบการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple linear regression) เพื่อหาความสัมพันธ์ของต้นทุนการลาป่วยในแต่ละปัจจัยส่วนบุคคลที่ศึกษา โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และใช้โปรแกรม SPSS Statistics version 18.0⁽²³⁾ และ Microsoft excel version 2010⁽²⁴⁾ ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของบุคลากรที่ลาป่วย

ข้อมูลการลาป่วยของบุคลากรในหน่วยงานที่สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2557-2559 จำนวน 1,884 คน ประกอบด้วยข้าราชการจำนวน 900 คน พนักงานราชการ 311 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 80 คน และลูกจ้างประจำ 593 คน พบจำนวนบุคลากรที่ลาป่วยในแต่ละปีเมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากรทั้งหมด คือ 63 คน (ร้อยละ 3.34), 91 คน (ร้อยละ 4.83) และ 56 คน (ร้อยละ 2.97) ตามลำดับ โดยลักษณะทั่วไปของบุคลากรที่ลาป่วยแยกตามปัจจัยส่วนบุคคลแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของบุคลากรที่ลาป่วย

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนบุคลากรที่ลาป่วย (ร้อยละ)		
		ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
เพศ	ชาย	24 (38.15)	37 (40.66)	18 (32.14)
	หญิง	39 (61.85)	54 (59.34)	38 (67.86)
อายุ (ปี)	20-29	3 (4.76)	5 (5.49)	1 (1.79)
	30-39	16 (25.39)	14 (15.38)	21 (37.50)
	40-49	18 (28.57)	20 (21.98)	19 (33.92)
	50-59	18 (28.57)	28 (30.78)	8 (14.29)
	60 ปีขึ้นไป	8 (12.71)	24 (26.37)	7 (12.50)
	อายุเฉลี่ย	45.74	49.23	43.46
ประเภทการจ้างงาน	ข้าราชการ	27 (42.87)	34 (37.37)	25 (44.64)
	พนักงานราชการ	13 (20.63)	16 (17.58)	16 (28.57)
	พนักงานกระทรวงฯ	2 (3.17)	6 (6.59)	1 (1.79)
	ลูกจ้างประจำ	21 (33.33)	35 (38.46)	14 (25.00)
สาเหตุการลาป่วย	โรคไม่เรื้อรัง	42 (66.67)	67 (73.63)	41 (73.21)
	โรคเรื้อรัง	16 (25.39)	22 (24.17)	13 (23.21)
	อุบัติเหตุ	5 (7.94)	2 (2.20)	2 (3.58)
จำนวนรวม (คน)		63 (100.00)	91 (100.00)	56 (100.00)

จำนวนวันของการลาป่วย

ระยะเวลาการลาป่วยทั้งหมดของบุคลากรของหน่วยงานที่สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2557-2559 เป็น 1,934 วัน แบ่งเป็นจำนวนวันลาป่วยในแต่ละปี คือ 604 วัน, 795 วัน และ 535 วัน ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์จำนวนวันลาป่วย พบว่าในปี 2557 และ 2559 นั้น มีปัจจัยที่จำนวนวัน ลาป่วย สอดคล้องกับจำนวนบุคลากรที่ลาป่วย ได้แก่ ปัจจัยอายุ และปัจจัยประเภทของการจ้างงาน คือ บุคลากรที่มีช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป มีจำนวนวันลาป่วยเฉลี่ยต่อคนมากกว่า บุคลากรที่มีอายุน้อยกว่า ในปัจจัยประเภทการจ้างงาน

พบว่าข้าราชการและลูกจ้างประจำ มีจำนวนวันลาป่วยเฉลี่ยต่อคนมากกว่าพนักงานราชการและพนักงานกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ พบว่าปัจจัยเพศและปัจจัยสาเหตุของการลาป่วยนั้น มีจำนวนวันลาป่วยไม่สอดคล้องกับจำนวนบุคลากรที่ลาป่วย คือ เพศชายมีจำนวนวันลามากกว่าเพศหญิง ถึงแม้ว่าจะมีจำนวน

ตารางที่ 2 จำนวนวันลาป่วยเฉลี่ย

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนวันลาป่วยเฉลี่ย (วัน/คน/ปี) (ค่ามัธยฐาน)		
		ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
เพศ	ชาย	11.8 (4)	8.6 (2)	12.2 (4)
	หญิง	8.3 (2)	8.7 (2)	8.3 (4)
อายุ (ปี)	20–29	15.0 (5)	3.2 (3)	4.0 (4)
	30–39	4.4 (1.5)	7.1 (3)	10.6 (4)
	40–49	8.3 (4)	4.7 (1)	4.1 (3)
	50–59	10.4 (3)	10.5 (4)	15.4 (9)
	60 ปีขึ้นไป	19.1 (4.5)	11.7 (3)	15.7 (6)
ประเภทการจ้างงาน	ข้าราชการ	9.7 (4)	15.0 (3)	11.6 (5)
	พนักงานราชการ	7.2 (2)	2.5 (2)	4.4 (2)
	พนักงานกระทรวงฯ	2.0 (2)	4.7 (3)	4.0 (4)
	ลูกจ้างประจำ	11.6 (3)	6.1 (1)	10.2 (5)
สาเหตุการลาป่วย	โรคไม่เรื้อรัง	9.6 (3)	8.2 (2)	7.2 (4)
	โรคเรื้อรัง	15.4 (5)	8.4 (2.5)	14.4 (7)
	อุบัติเหตุ	14.6 (4)	29 (29)	26 (26)
จำนวนรวม (คน)		10.5 (3)	9.2 (2)	9.5 (4)

ต้นทุนของการลาป่วย

ต้นทุนการลาป่วยสอดคล้องกับจำนวนวันลาป่วย ซึ่งจำแนกได้ตามปัจจัยส่วนบุคคล ดังนี้ ปัจจัยเพศ เพศชายมีต้นทุนการลาป่วยสูงกว่าเพศหญิง ปัจจัยอายุ แสดงให้เห็นว่า บุคลากรที่มีอายุมากมักมีแนวโน้มต้นทุนการลาป่วยสูงกว่าบุคลากรที่มีอายุน้อย ปัจจัยประเภทการจ้างงานแสดงว่าข้าราชการมีต้นทุนการลาป่วยมากกว่าบุคลากรที่มีการจ้างงานประเภทอื่น และปัจจัยสาเหตุการลาป่วยทำให้เห็นว่า ต้นทุนการลาป่วยที่เกิดจากอุบัติเหตุสูงที่สุด ตามด้วยต้นทุนการลาป่วยจากโรคเรื้อรัง และโรคไม่เรื้อรัง โดยต้นทุนการลาป่วยเฉลี่ยในปี 2559 สูงที่สุด และต้นทุนการลาป่วยในปี 2558

ต่ำที่สุด

สำหรับต้นทุนการลาป่วยเฉลี่ยในแต่ละปี มีดังนี้ ปี 2557 มีต้นทุนการลาป่วยเฉลี่ย 2,880.95 บาทต่อคนต่อปี ในปี 2558 มีต้นทุนการลาป่วยเฉลี่ย 2,624.18 บาทต่อคนต่อปี และปี 2559 มีต้นทุนการลาป่วยเฉลี่ย 2,882.14 บาทต่อคนต่อปี อย่างไรก็ตาม ต้นทุนการลาป่วยของบุคลากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี 2557 สูงกว่าต้นทุนเฉลี่ยด้วยจำนวนวันลาป่วยที่สูงกว่าเกือบสองเท่า ในขณะที่ต้นทุนการลาป่วยของลูกจ้างประจำในปี 2558 มีค่าต่ำกว่าปีอื่นๆ ด้วยจำนวนวันลาที่น้อยกว่า รายละเอียดผลการศึกษานี้แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ต้นทุนการลาป่วย

	ปัจจัยส่วนบุคคล	ต้นทุนการลาป่วย (บาท/ปี)			
		ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	รวม
เพศ					9,773.99
	ชาย	3,537.50	2,586.49	3,650.00	7,636.34
	หญิง	2,467.92	2,650.00	2,518.42	6,660.00
อายุ (ปี)	20-29	4,500.00	960.00	1,200.00	6,712.50
	30-39	1,312.50	2,228.57	3,171.43	5,142.37
	40-49	2,500.00	1,395.00	1,247.37	10,868.46
	50-59	3,116.67	3,139.29	4,612.50	14,076.79
	60 ปีขึ้นไป	5,737.50	3,625.00	4,714.29	10,937.51
ประเภทการจ้างงาน	ข้าราชการ	2,922.22	4,535.29	3,480.00	4,290.23
	พนักงานราชการ	2,169.23	750.00	1,350.00	3,200.00
	พนักงานกระทรวงฯ	600.00	1,400.00	1,200.00	8,382.73
	ลูกจ้างประจำ	3,485.71	1,834.29	3,062.73	6,681.63
สาเหตุการลาป่วย	โรคไม่เรื้อรัง	2,035.71	2,480.07	2,165.85	11,488.24
	โรคเรื้อรัง	4,631.25	2,495.45	4,361.54	21,030.00
	อุบัติเหตุ	4,380.00	8,700.00	7,950.00	581,700.00
ต้นทุนรวม (บาท/ปี)		181,500.00	238,800.00	161,400.00	
ต้นทุนเฉลี่ย (บาท/คน/ปี)		2,880.95	2,624.18	2,882.14	1,934
จำนวนวันลารวม (วัน/ปี)		604	795	535	
จำนวนวันลาเฉลี่ย (วัน/คน/ปี)		10.53	9.17	9.55	

ความสัมพันธ์ของต้นทุนการลาป่วย

การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของต้นทุนการลาป่วยในแต่ละปัจจัยส่วนบุคคล ไม่พบความสัมพันธ์ของต้นทุนการลาป่วยในแต่ละปัจจัยส่วนบุคคลทั้ง 3 ปี ทั้งปัจจัยเพศ อายุ ประเภทการจ้างงาน และสาเหตุการลาป่วย อย่างไรก็ตาม ผลสถิติชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มของต้นทุนการลาป่วยในปีปัจจัยสาเหตุของการลาป่วยว่า

ในปี 2558 ต้นทุนการลาป่วยของข้าราชการ แตกต่างกับต้นทุนการลาป่วยของพนักงานราชการและลูกจ้างประจำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในปี 2557 ต้นทุนการลาป่วยที่เกิดจากโรคเรื้อรังสูงกว่าต้นทุนการลาป่วยที่เกิดจากโรคไม่เรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของต้นทุนการลาป่วยในแต่ละปัจจัยส่วนบุคคล

		ต้นทุนการลาป่วย								
		ปี 2557			ปี 2558			ปี 2559		
		SE	Beta	p-value	SE	Beta	p-value	SE	Beta	p-value
เพศ										
	ชาย									
	หญิง	1155.429	0.117	0.362	1047.686	0.006	0.952	1203.431	0.127	0.351
อายุ (ปี)										
	20-29									
	30-39	2752.971	-0.314	0.252	2554.326	0.094	0.621	4222.682	0.229	0.643
	40-49	2728.716	-0.205	0.467	2451.425	0.037	0.860	4232.772	0.005	0.991
	50-59	2728.716	-0.142	0.614	2380.354	0.207	0.362	4375.855	0.287	0.439
	60 ปีขึ้นไป	2962.349	0.093	0.678	2410.221	0.242	0.272	4410.447	0.797	0.429
ประเภท	ข้าราชการ									
การ	พนักงาน	1523.648	-0.069	0.623	1429.319	-0.297	0.010*	1341.146	-0.231	0.118
จ้างงาน	ราชการ									
	พนักงาน	3307.580	-0.092	0.485	2087.654	-0.160	0.137	4271.995	-0.073	0.596
	กระทรวงฯ									
	ลูกจ้างประจำ	1313.219	0.060	0.669	1135.258	-0.271	0.020*	1398.339	0.021	0.884
สาเหตุ	โรคไม่เรื้อรัง									
การ	โรคเรื้อรัง	1278.532	0.256	0.047*	1191.618	0.001	0.993	1289.606	0.223	0.095
ลาป่วย										
	อุบัติเหตุ	2058.834	0.144	0.259	3479.870	0.188	0.078	2933.938	0.258	0.054

*p-value=<0.05

สาเหตุการลาป่วย

เมื่อจำแนกจำนวนวันลาป่วยตามประเภทของสาเหตุการลาป่วย ตามระบบการจัดหมวดหมู่ของโรคและปัญหาสุขภาพ ของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ครั้งที่ 10 องค์การอนามัยโลก (ICD-10) พบว่า สาเหตุ 3 อันดับแรกที่ทำให้บุคลากรลาป่วยเป็นระยะเวลานาน

ที่สุด ได้แก่ กลุ่มโรคเมะเร็งและเนื้องอก (รวม 271 วัน คิดเป็นร้อยละ 14.01) การบาดเจ็บ (รวม 260 วัน คิดเป็นร้อยละ 13.44) และโรกระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (รวม 244 วัน คิดเป็นร้อยละ 12.62) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สาเหตุการลาป่วย

สาเหตุการลาป่วย	จำนวนวันลาป่วย			
	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	รวม (ร้อยละ)
โรคติดเชื้อ	34	40	37	111 (5.74)
กลุ่มโรคเมะเร็งและเนื้องอก	107	86	78	271 (14.01)
โรคระบบภูมิคุ้มกัน	-	-	2	2 (0.10)
โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตะบอลิซึม	36	-	14	50 (2.59)
โรคจิตเวช	-	-	25	25 (1.29)
โรคระบบประสาท	-	79	3	82 (4.24)
โรคเกี่ยวกับดวงตา	20	23	-	43 (2.22)
โรคเกี่ยวกับหู	-	-	6	6 (0.31)
โรคระบบไหลเวียนโลหิต	-	37	11	48 (2.48)
โรคระบบทางเดินหายใจ	23	61	38	122 (6.31)
โรคระบบย่อยอาหาร	44	40	21	105 (5.43)
โรคผิวหนัง	1	5	-	6 (0.31)
โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	113	87	44	244 (12.62)
โรคระบบทางเดินปัสสาวะ	24	98	38	160 (8.27)
ความผิดปกติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	37	11	87	135 (6.98)
อาการเจ็บป่วย	65	18	45	128 (6.62)
การบาดเจ็บ	27	152	81	260 (13.44)
อุบัติเหตุ	73	58	5	136 (7.04)
รวม	604	795	535	1,934 (100.00)

วิจารณ์

ระยะเวลาการลาป่วยและต้นทุนการลาป่วยของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกันในแต่ละปีที่ศึกษา และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านความสัมพันธ์ของต้นทุนการลาป่วยเมื่อเปรียบเทียบในแต่ละปัจจัยส่วนบุคคลที่ศึกษา ให้ผลเช่นเดียวกัน คือ ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สามารถมองเห็นแนวโน้มของปัจจัยแต่ละปัจจัย ดังนี้

ปัจจัยเพศบ่งบอกว่าเพศหญิงมีต้นทุนการลาป่วยที่น้อยกว่าเพศชายในทุกปี แม้ว่าจะมีจำนวนบุคลากรที่ลาป่วยมากกว่าเพศชายก็ตาม นอกจากนี้อายุเฉลี่ยของเพศหญิงที่ลาป่วยยังมากกว่าอายุเฉลี่ยของเพศชายที่ลาป่วยอีกด้วย ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษา เรื่องการลาป่วยของคนวัยทำงานในประเทศต่าง ๆ⁽²⁵⁻²⁷⁾ และอายุเฉลี่ยที่น้อยกว่ายังสะท้อนให้เห็นถึง

สุขภาพของเพศชายที่เริ่มเจ็บป่วยเร็วกว่าเพศหญิง มีงานวิจัยที่สนับสนุนความแตกต่างทางเพศของมนุษย์ในแง่ชีววิทยา ที่อธิบายด้วยความแตกต่างของยีน การถ่ายทอดทางพันธุกรรมผ่านทางโครโมโซมเพศและฮอร์โมนเพศ มีผลต่อสุขภาพของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน⁽²⁸⁾ ทำให้เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น โรคทางพันธุกรรมบางประเภทได้มากกว่าเพศหญิง รวมทั้งเพศชายมีปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมสูงกว่าเพศหญิง เช่น การสูบบุหรี่ การกินอาหาร และการดื่มแอลกอฮอล์⁽²⁹⁻³⁰⁾ แม้ว่าเพศชายจะมีต้นทุนการลาป่วยสูงกว่าเพศหญิง แต่เป็นต้นทุนที่สูงกว่าเล็กน้อย เนื่องจากเพศหญิงมีปัจจัยการมีภาระทั้งที่บ้านและที่ทำงาน โดยมากผู้หญิงมักเป็นหลักในการดูแลความเป็นอยู่ภายในบ้าน รวมถึงดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพเช่นกัน⁽³¹⁾ จึงทำให้ผลการศึกษาด้านทุน

การลาป่วยไม่มีความแตกต่างกันมากนัก

ปัจจัยอายุ บุคลากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีอายุมากที่สุดในการศึกษา เป็นกลุ่มที่มีต้นทุนการลาป่วยสูงที่สุดโดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการลาป่วยในตลาดแรงงานของต่างประเทศ⁽³²⁾ ที่บ่งบอกว่าแรงงานที่มีอายุมากมักมีแนวโน้มการลาป่วยสูงกว่าแรงงานที่มีอายุน้อยกว่า โดยปกติแล้ว อายุมักส่งผลต่อสุขภาพของคน โดยในทางชีววิทยาอธิบายด้วยทฤษฎีการแก่ของเซลล์ซึ่งเกิดจากดีเอ็นเอที่เสียหายเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งเมื่ออายุมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันจะลดลงเนื่องจากการแก่ของเซลล์ ทำให้มีโอกาสหรือความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะเจ็บป่วย⁽³³⁾ นอกจากนี้ ในช่วงเวลาของการใช้ชีวิต คนอาจต้องเผชิญกับสภาวะที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เช่น สภาพแวดล้อม สภาพสังคม และการใช้ชีวิตประจำวัน⁽³⁴⁾ จึงเป็นเหตุผลสนับสนุนผลการศึกษาที่ว่าบุคลากรที่มีอายุมากกว่าจะมีต้นทุนการลาป่วยสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า ตัวอย่างเช่น ต้นทุนการลาป่วยบุคลากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี 2557 สูงกว่าต้นทุนเฉลี่ยด้วยจำนวนวันลาป่วยที่สูงกว่าเกือบสองเท่า เนื่องจากสาเหตุของการลาป่วยของบุคลากรกลุ่มนี้ส่วนมากคือโรคเรื้อรังและการรักษาติดตามอาการที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ปัจจัยประเภทการจ้างงาน พบว่าข้าราชการมีแนวโน้มของต้นทุนการลาป่วยที่สูงกว่าบุคลากรที่เป็นพนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างประจำ เนื่องจากสวัสดิการการลาป่วยของข้าราชการสามารถลาป่วยได้ 60 วันต่อปี ซึ่งแม้จะมีความใกล้เคียงกับสวัสดิการการลาป่วยของลูกจ้างประจำ แต่มีความแตกต่างกันในการลาคลอดและการลาเพื่อดูแลบุตรที่ข้าราชการจะได้รับสวัสดิการวันลาที่มากกว่าลูกจ้างประจำ รวมทั้งข้าราชการมีสวัสดิการวันลาป่วยที่มากกว่าพนักงานราชการและพนักงานกระทรวงฯ อีกด้วย⁽³⁵⁾ อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยบ่งชี้ว่า ปัจจัยดังกล่าวนี้มีความเกี่ยวข้องกับต้นทุนการลาป่วยในระดับที่น้อยมาก⁽³⁶⁻³⁷⁾ ตัวอย่างเช่น ต้นทุนการลาป่วยของลูกจ้างประจำในปี

2558 มีค่าต่ำกว่าปีอื่นๆ ด้วยจำนวนวันลาที่น้อยกว่า เนื่องจากสาเหตุการลาป่วยของบุคลากรกลุ่มนี้เป็นเพียงการเจ็บป่วยระยะสั้นซึ่งกินเวลาเพียงไม่กี่วัน จึงเป็นไปได้ว่าต้นทุนการลาป่วยจะน้อยกว่าปีอื่นแม้ว่าจำนวนบุคลากรที่ลาป่วยจะมากกว่า

ปัจจัยสาเหตุการลาป่วย พบว่า ต้นทุนการลาป่วยที่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุขั้นสูงที่สุด ตามด้วยการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่เรื้อรัง ซึ่งตรงข้ามกับจำนวนบุคลากรที่ลาป่วย ซึ่งลาป่วยด้วยโรคไม่เรื้อรังมากกว่าโรคเรื้อรัง ทั้งนี้ เนื่องจากโรคเรื้อรังคือโรคที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนานกว่าโรคไม่เรื้อรัง ซึ่งระบุกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุสามอันดับแรกของการลาป่วย ได้แก่ กลุ่มโรคมะเร็งและเนื้องอก การบาดเจ็บ และโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ผลการศึกษาแสดงถึงแนวโน้มที่สอดคล้องกับผลการศึกษาระยะโรคของคนไทยในช่วงปี 2552, 2554, 2556 และ 2557⁽³⁸⁻⁴¹⁾ ซึ่งระบุว่าสาเหตุอันดับแรกๆ ของความสูญเสียสุขภาพของคนไทยนั้นเกิดจากอุบัติเหตุทางถนนและโรคเรื้อรังประเภทต่างๆ รวมทั้งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถิติการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยนอก ช่วงระหว่างปี 2558-2562⁽⁴²⁾ ซึ่งระบุสาเหตุการรักษาพยาบาลด้วยโรคเรื้อรังประเภทต่างๆ เช่น โรคระบบไหลเวียนโลหิตโรคระบบต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับโรคที่เป็นสาเหตุที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตมากที่สุด 10 อันดับ และสถิติการบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนน⁽⁴³⁾ ซึ่งระบุถึงโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคระบบไหลเวียนโลหิต กลุ่มโรคมะเร็งและเนื้องอก รวมทั้งอุบัติเหตุทางถนนว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตมากที่สุด

สรุป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการลาป่วยของบุคลากรในหน่วยงานที่สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2557-2559 พบว่า ระยะเวลาการลาป่วย ต้นทุน

การลาป่วย มีค่าใกล้เคียงกันในแต่ละปีที่ศึกษา และไม่พบความสัมพันธ์ของต้นทุนการลาป่วยในแต่ละปัจจัยส่วนบุคคลที่ศึกษา อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นแนวโน้มของต้นทุนการลาป่วยในแต่ละปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศชายมีต้นทุนการลาป่วย สูงกว่าเพศหญิง บุคลากรที่มีอายุมากกว่ามีต้นทุนการลาป่วยสูงกว่าบุคลากรที่มีอายุน้อย ข้าราชการมีต้นทุนการลาป่วยสูงที่สุดเมื่อเทียบกับบุคลากรประเภทอื่น และต้นทุนการลาป่วยที่เกิดจากโรคเรื้อรังสูงกว่าการต้นทุนการลาป่วยที่เกิดจากโรคไม่เรื้อรัง ทั้งนี้ ผลการศึกษาไม่เพียงแสดงให้เห็นถึงต้นทุนการลาป่วย แต่ยังสะท้อนถึงสภาวะของบุคลากรอีกด้วย ซึ่งหน่วยงานสามารถนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลนี้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลสุขภาพของบุคลากร รวมทั้งการออกแบบนโยบายและสวัสดิการด้านสุขภาพของหน่วยงานในอนาคต

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดอยู่หลายประการ ทั้งในส่วนของความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลitudinal ที่ร้องขอจากหน่วยงาน และความครอบคลุมปัจจัยด้านอื่นๆ ของบุคลากร เช่น รายได้ อายุงาน อายุราชการ ลักษณะประเภทตำแหน่งทางราชการ เป็นต้น หรือด้วยข้อจำกัดของวิธีการ (Method) ที่สะท้อนจากมุมมองของนายจ้างเป็นหลักที่ต้องการสะท้อนผลิตภาพที่สูญเสียไป (Potential lost productivity) มากกว่าความสูญเสียที่เกิดขึ้นจริงโดยสังคม (Actual loss incurred by society) ซึ่งยังไม่ได้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนที่เกิดขึ้นโดยตรงของลูกจ้างหรือบุคลากรขององค์กร เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าทำขวัญ หรือค่าเสียโอกาสในกิจกรรมผลิตภาพอื่นๆ⁽²¹⁾

อย่างไรก็ดี สำหรับการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้ในอนาคต อาจพิจารณาใช้วิธีการประมาณการต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์รูปแบบอื่นๆ ที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในมิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมากยิ่งขึ้น รวมถึงการศึกษาเชิงลึกในปัจจัยการเจ็บป่วยแต่ละประเภท เช่น ปัจจัยเพศ อายุ ประเภทของการจ้างงาน และสาเหตุของการลาป่วย รวมทั้งลักษณะขององค์กรที่มีลักษณะงานหลากหลาย ทั้งแบบ

นั่งทำงานในสำนักงาน งานบริการ และงานภาคสนาม หรือการตั้งของหน่วยงานในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค หรือแม้แต่การมาทำงานในขณะที่ป่วยอยู่ (Presenteeism) เป็นต้น

นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับองค์กรในการปรับปรุงระบบการจัดเก็บข้อมูลทางสุขภาพของหน่วยงาน และการใช้ประโยชน์เพื่อนำมาออกแบบนโยบายและแผนสวัสดิการด้านสุขภาพสำหรับบุคลากรที่มีคุณลักษณะแตกต่างกัน โดยพิจารณาจากช่วงอายุ สาเหตุการเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 อันดับแรก ได้แก่ กลุ่มโรคมะเร็งและเนื้องอก กลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ และการบาดเจ็บ อาทิจำกัดโครงการส่งเสริมสุขภาพในที่ทำงาน โครงการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพในที่ทำงาน เป็นต้น เพื่อให้บุคลากรได้รับประโยชน์สูงสุดจากนโยบายที่ออกแบบสามารถปฏิบัติงานได้เต็มศักยภาพ ลดระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ จะสามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เพิ่มผลิตภาพให้กับองค์กร และประเทศชาติในที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกองการเจ้าหน้าที่ และหน่วยงานที่สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลitudinalสำหรับการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The case for paid sick leave: World Health Report (2010) Background Paper, No 9 [Internet]. 2010 [cited 2021 Jun 30]. Available from: <https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/SickleaveNo9FINAL.pdf>
2. Platts L, Seddigh A, Berntson E, Westerlund H. Sickness absence and sickness presence in relation to office type: An observational study of employer-recorded and self-reported data from

- Sweden. PLOS ONE. 2020;15(4):e0231934. doi: 10.1371/journal.pone.0231934.
3. Kristensen T. Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: An analysis of absence from work regarded as coping behaviour. *Social Science & Medicine*. 1991;32(1):15–27. doi: 10.1016/0277-9536(91)90122-S.
4. Leao A, Barbosa-Branco A, Turchi M, Steenstra I, Cole D. Sickness absence among municipal workers in a Brazilian municipality: a secondary data analysis. *BMC Res Notes*. 2017;10(1):773. doi: 10.1186/s13104-017-3116-5.
5. Manty M, Lallukka T, Lahti J, Pientilainen O, Laaksonen M, Lahelma E, et al. Physical and mental health functioning after all-cause and diagnosis-specific sickness absence: a register-linkage follow-up study among ageing employees. *BMC Public Health*. 2017;17(1):114. doi: 10.1186/s12889-017-4051-z.
6. Seglem K, Orstavik R, Torvik F, Roysamb E, Vollrath M. Education differences in sickness absence and the role of health behaviors: a prospective twin study. *BMC Public Health*. 2020; 20(1):1689. doi: 10.1186/s12889-020-09741-y.
7. Whitaker SC. The management of sickness absence. *Occupational and Environmental Medicine*. 2001 Jun; 58:420–424. doi: 10.1136/oem.58.6.420
8. Alexanderson K, Norlund A. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 1. Aim, Background, Key Concepts, Regulations, and Current Statistics. 2004;63:12–30. doi: 10.1080/14034950410021808.
9. Goorts K, Vandenbroeck S, Rusu D, Du Bois M, Godderis L. Screening for the risk on long-term sickness absence. *J Public Health Res*. 2018;7(2):1419. doi: 10.4081/jphr.2018.1419.
10. American Diabetes Association. Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2012. *Diabetes Care*. 2013;36(4):1033–1046. doi: 10.2337/dc12-2625
11. Genowska A, Fryc J, Pinkas J, Jamiolkowski J, Szafraniec K, Szpak A, et al. Social costs of loss in productivity-related absenteeism in Poland. *Int J Occup Med Environ Health*. 2017;30(6):917–32. doi: 10.13075/ijom.1896.01123
12. Asay G, Roy K, Lang J, Payne R, Howard D. Absenteeism and Employer Costs Associated With Chronic Diseases and Health Risk Factors in the US Workforce. *Prev Chronic Dis*. 2016;13:E141. doi: 10.5888/pcd13.150503
13. Vroome E, Uegaki K, Ploeg C, Treutlein D, Steenbeek R, Weerd M. Burden of Sickness Absence Due to Chronic Disease in the Dutch Workforce from 2007 to 2011. *J Occup Rehabil*. 2015;25(4):675–84. doi: 10.1007/s10926-015-9575-4.
14. Prince of Songkla University. Sickness absenteeism among personnel of Prince of Songkla University: case study Faculty of Medicine [Internet]. 2000 [cited 2021 Jun 30]. Available from: <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2553/4106/5/203723.pdf> (in Thai)
15. Ministry of Labour Thailand. Occupational Safety, Health and Environment Act B.E.2554 (A.D. 2011) [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 2] Available from: <http://www3.mol.go.th/content/63218/1505807321> (in Thai)
16. Department of Disease Control, Ministry of

- Public Health Thailand. Occupational Diseases Control Act B.E.2562 (A.D.2019) [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 2]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/law.php?law=5> (in Thai)
17. National Statistical Office. Social Security Fund Statistics 2005–2014 [Internet]. 2018 [cited 2020 May 8]. Available from: <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries10.html> (in Thai)
18. Thailand Development Research Institute. Guidelines for cost limitation of medical expenses for government officers [Internet]. 2014 [cited 2022 Feb 10]. Available from: <http://tdri.or.th/wp-content/uploads/2014/02/wb99.pdf> (in Thai)
19. Nipun Yaiarun. Mission and Moral of Government Scholarship Students and country Development [Internet]. 2018 [cited 2018 May 8]. Available from: www.oocities.org/thaipgusyd/winningEssay.doc (in Thai)
20. Kongsin S. Economic Health. Bangkok: Si Jad Jad Pushishing; 2011. (in Thai)
21. Cancer Research Economic Support Team. Productivity losses and how they are calculated. [Internet]. 2016 [cited 2021 Jul 2]. Available from: <https://www.uts.edu.au/sites/default/files/2019-04/crest-factsheet-productivity-loss.pdf>
22. Ministry of Labour Thailand. Minimum wage announcement No.7 [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 22] Available from: https://www.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/2/2019/07/prakaaskhnakrmkaarkhaacchaang_eruueg_atraakhaacchaangkhamt_chbabthii9_0.pdf
23. Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (Version 18) [Computer software]. Chicago, US: SPSS Inc.
24. Microsoft Excel (Version 10) [Computer software]. Washington, US: Microsoft Corporation.
25. Korlin J, Alexanderson K, Svedberg P. Sickness absence among women and men in the police: A systematic literature review. *Scand J Public Health*. 2009;37(3):310–9. doi: 10.1177/1403494808098508
26. Indulski J, Szubert Z. Medical causes of female sickness absence during economic transition in Poland. *Int J Occup Med Environ Health*. 1999; 12(4):295–303.
27. Saravi B, Kabirzadeh A, Rezazadeh E, Khariki M, Asgari Z, Farahabadi E, et al. Prevalence and Causes of Medical Absenteeism Among Staff (Case Study at Mazandaran University of Medical Sciences: 2009–2010). *Mater Sociomed*. 2013;25(4):233–7. doi: 10.5455/msm.2013.25.233–237.
28. Harvard Health Publishing. Harvard Medical School. Mars vs. Venus: The gender gap in health 2019 [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 24]. Available from: https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/mars-vs-venus-the-gender-gap-in-health.
29. National Statistical Office. The smoking and drinking behaviour survey 2017 [Internet]. 2017 [cited 2020 May 8]. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาสุภาพ/พฤติกรรมกาสูบบุหรืและการดื่มสุรา/2560/2560_Full-Report.pdf (in Thai)
30. National Statistical Office. Health behaviour of

- population survey 2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 9]. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/health/health_behavior/2021/fullreport_64.pdf (in Thai)
31. World Health Organization. Gender, Health and Work. [Internet]. 2004 [cited 2020 Apr 24]. Available from: https://www.who.int/gender/other_health/Gender,HealthandWorklast.pdf
 32. Office for National Statistics UK. Sickness absence in the UK labour market: 2016. [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 26]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/employmentandlabourmarket/peopleinwork/labourproductivity/articles/sicknessabsenceinthelabourmarket/2016>
 33. Jin K. Modern biological theories of aging. *Aging Dis.* 2010;1(2):72–4.
 34. World Health Organization. Ageing and health. [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
 35. The Comptroller General's Department. Manual of Civil Servant Medical Benefit Scheme [Internet]. 2018 [cited 2020 May 10]. Available from: https://home.kku.ac.th/praudit/law/07_medical_fee/22_Medical_guide_government%20officer_CGD_2553.pdf (in Thai)
 36. Schell E, Theorell T, Nilsson B, Saraste H. Work health determinants in employees without sickness absence. *Occup Med (Lond)*. 2013;63(1):17–22. doi:10.1093/occmed/kqs164
 37. D'Errico A, Costa G. Socio-demographic and work-related risk factors for medium- and long-term sickness absence among Italian workers. *Eur J Public Health* 2011;22(5):683–8. doi:10.1093/eurpub/ckr140
 38. Burden of Disease Thailand, International Health Policy Program, Ministry of Public Health. Disabilities–Adjusted Life Years: DALYs 2009 [Internet]. 2009 [cited 2020 Apr 28]. Available from: <http://bodthai.net/download/รายงานภาระโรค-2552/> (in Thai)
 39. Burden of Disease Thailand, International Health Policy Program, Ministry of Public Health. Disabilities–Adjusted Life Years: DALYs 2011 [Internet]. 2011 [cited 2020 Apr 28]. Available from: <http://bodthai.net/download/รายงานภาระโรค-2554/> (in Thai)
 40. Burden of Disease Thailand, International Health Policy Program, Ministry of Public Health. Disabilities–Adjusted Life Years: DALYs 2013 [Internet]. 2013 [cited 2020 Apr 28]. Available from: <http://bodthai.net/download/รายงานภาระโรค-2556/> (in Thai)
 41. Burden of Disease Thailand, International Health Policy Program, Ministry of Public Health. Disabilities–Adjusted Life Years: DALYs 2014 [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 28]. Available from: <http://bodthai.net/download/รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ/> (in Thai)
 42. National Statistical Office. Numbers of Outpatient Classified by 21 Diseases from Health Service Center, Ministry of Public Health Thailand 2015–2019 [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb]. Available from: <https://opendata.nesdc.go.th/dataset/http-service-nso-go-th-nso-web-statseries-statseries09-html> (in Thai)
 43. World Health Organization. CDC in Thailand. [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 28]. Available from: <https://www.cdc.gov/globalhealth/countries/thailand/default.htm>.