

Health Literacy Movement in USA ,EU ,Austria ,Australia ,Thailand

USA

1. Top Down มีการออกกฎหมายที่ส่งเสริมให้เกิด Health Literacy ในปี 2012 ได้แก่
 - 1.1. Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) ทำให้ต้องขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิในการรักษาเพิ่มขึ้น โดยกฎหมายนี้ครอบคลุมไปถึง Medicaid ซึ่งทำให้ผู้มีรายได้น้อยและผู้พิการซึ่งเป็นกลุ่มที่สัมพันธ์กับ Low HL ได้ถูกขึ้นทะเบียนจำนวน 15.8 ล้านคน การขึ้นทะเบียนจำเป็นต้องอธิบายเพื่อให้เข้าใจวิธีการใช้สิทธิ และการเข้าถึงการรักษา หน่วยงานต่างๆทั่วทั้งประเทศจึงต้องพัฒนาระบบสื่อสารให้ง่ายต่อการเข้าใจ
 - 1.2. National action plan to improve health literacy กำหนด 7 เป้าหมาย ซึ่งเน้นในเรื่องความมีพร้อมถึงข้อมูลสุขภาพที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ง่ายต่อการเข้าถึง และเข้าใจ เพื่อนำข้อมูลไปใช้เพื่อสุขภาพ
 - 1.3. Plain Writing Act 2010 โดยให้หน่วยงานของรัฐต้องสื่อสารด้วยวิธีการต่างด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายชัดเจน
 - 1.4. Healthy people 2020 กำหนดตั้งแต่ปี 2020 Healthy People ซึ่งใช้กำหนดวัตถุประสงค์โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการยกระดับ Health Literacy สำหรับประชาชนอเมริกัน (USDHHS Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2014). ด้วยการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการ benchmarks ในทุก 10 ปี และเพื่อติดตามความก้าวหน้า โดยส่งเสริมการประสานความร่วมมือของชุมชนการเสริมพลังประชาชนให้สามารถตัดสินใจในด้านสุขภาพได้ และวัดผลกระทบของมาตรการป้องกันโรค Health People 2020 กำหนดให้มีการยกระดับ Health Literacy ด้วยในทศวรรษต่อไป โดยวัด ร้อยละของผู้ให้บริการสุขภาพที่สามารถสอนผู้รับบริการด้วยวิธีการที่เข้าใจง่าย
2. Bottom up หรือ Grass root
 - 2.1. Institute of Medicine (IOM) เผยแพร่รายงานชื่อ *Health literacy: A prescription to end confusion* (Nielsen-Bohlman et al, 2004). ซึ่งรายงานดังกล่าวได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก โดยเรียกร้องให้ สถานบริการสุขภาพให้ความสำคัญกับเรื่อง health literacy และปี 2012 ได้เผยแพร่ Ten Attributes of Health Literate Healthcare Organization เพื่อให้สถานบริการสุขภาพปรับระบบและกระบวนการของโรงพยาบาลที่ความซับซ้อนให้ง่ายต่อการเข้าถึง เข้าใจ และตัดสินใจในเพื่อสุขภาพโดยใช้ข้อมูล
 - 2.2. หน่วยงานของรัฐได้เข้าร่วมในการพัฒนาเรื่อง Health Literacy เช่นการออก Tool หรือ guideline ต่างๆ ได้แก่ Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ) พัฒนา Universal Health Literacy precaution. the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Academy of Science Engineering and Medicine (formerly called the Institute of Medicine, or IOM), Health Resources and Services Administration (HRSA), Office of Minority Health (OMH) National Library of Medicine (NLM)

3. สรุป โดยทั่วไปการดำเนินการเกี่ยวกับ Health Literacy ใน USA นั้นเริ่มจากการขับเคลื่อนระดับรากหญ้า และเป็นสิ่งที่สำคัญในช่วงเริ่มต้น องค์กรต่างๆ เช่น สถานบริการสุขภาพ ได้เห็นความจำเป็นในการตอบสนองความต้องการในเรื่อง Health Literacy โดยเฉพาะกับกลุ่มที่มีความเปราะบาง ความต้องการและแนวทางการแก้ไขปัญหาต่างๆที่ได้ดำเนินการ เป็นแรงผลักดันและชี้ทำให้เกิดนโยบาย (Federal policy) ซึ่งต่อมาได้ขยายผลไปสู่การสนับสนุนแบบ Top Down เช่นการออกกฎหมายที่สภาพบังคับทั่วประเทศ ซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในรอบทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้เพิ่มความเข้มแข็งต่อการพัฒนา Health Literacy ของประชาชนทั่วทั้ง USA ในขณะที่กฎหมายมีสภาพบังคับจึงถือเป็นนโยบายที่เข้มงวด เช่น ACA ทำให้เกิดแรงกดดันให้องค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องนำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับ Health literacy เกิดแนวปฏิบัติ (Practical guidance) ที่ช่วยให้องค์กรต่างๆสามารถสร้าง programmes and interventions เพื่อนำแนวทางสู่การปฏิบัติ การสนับสนุนในเรื่อง Health Literacy จากองค์กรและภาคส่วนต่างๆ ทำให้สามารถนำเสนอประเด็นเรื่อง Health Literacy ในหลากหลายแง่มุมและมีผลกระทบสูง และสามารถสร้างความตระหนักในเรื่อง Health Literacy อย่างมากในประชาชนของ USA ความหวังของพวกเราคือ โปรแกรมในระดับพื้นที่ในการตอบสนองความต้องการของชุมชน (Bottom up) และการดำเนินงานของรัฐบาลกลางและหน่วยงานภาครัฐ (Top down) ได้ส่งเสริมบทบาทซึ่งกันและกันตามที่ได้กล่าวมา เราได้เห็นว่าการผสมผสานการดำเนินการแบบรากหญ้าและ Top down สามารถทำให้เกิดความก้าวหน้าในการยกระดับ Health Literacy ของประชาชนทั่วประเทศ

ประเทศใน EU

Concept เรื่อง Health literacy เริ่มที่อเมริกา แต่ concept นี้ได้ถูกพัฒนาในยุโรปมากกว่า โดย Integrated Model of Health Literacy (Solensen 2012) ที่ได้รับการยอมรับทั่วโลกในปัจจุบันก็พัฒนาจากยุโรป การพัฒนาเครื่องมือวัด HL (HLS-EU-Q47) ภายใต้ Integrated model รวมถึงการสำรวจ HL ใน 8 ประเทศในยุโรป (HLS-EU) ทำให้เกิดข้อมูลเชิงเปรียบเทียบและมีการวิจัยทำให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้อ้างอิงมากมาย เอกสารของ WHO : Region Europe ชื่อ Solid Facts : Health Literacy ที่ถือเป็นตำราอ้างอิงที่ใช้กันทั่วโลก การพัฒนา Vienna Health Literate Organization (V-HLO) โดยพัฒนา HLHCO Frame work ให้มีมิติของ Health Promotion มากขึ้น WHO Collaboration Center Health promoting Hospital Network ศูนย์กลางอยู่ที่ยุโรป และได้ Update V-HLO ให้เป็น International Organizational Health Literate Organization (Responsiveness) Hospital หรือ OHL-hos หรือจะกล่าวได้ว่า HL เกิดในอเมริกา พัฒนาและเติบโตในยุโรป และจะขยายผลไปดำเนินการในทั่วโลก สรุปการพัฒนา HL ของประเทศใน EU

1. ประเทศที่ได้ยอมรับแนวคิดและมีความสนใจอย่างมากได้แก่ Germany, Ireland, Italy, Portugal, Spain, the UK, Austria, the Czech Republic and the Netherlands.
2. ประเทศที่รับแนวคิด HL ได้ไม่มากโดยรับรู้ในความหมายที่ใกล้เคียง HL เช่น Health promotion หรือ Health Education ได้แก่ Bulgaria, Cyprus, Estonia, France, Greece, Hungary, Lithuania, Poland, Romania and Slovakia, the concept is less common and often linked to broader concepts such as health education and health promotion.
3. มี 6 ประเทศที่มี National – Level Policy ได้แก่ Austria, Ireland, Italy, Portugal, Spain and the UK. อย่างไรก็ตามการมีนโยบายระดับชาติ ไม่ได้หมายถึงการมีข้อกำหนดสำหรับการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมเกี่ยวกับ HL โดย Action ที่เกี่ยวกับ HL พบได้ใน 16 ประเทศของ EU มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่มเข้ามีส่วนร่วมใน Actions เหล่านั้น ได้แก่ ภาครัฐ NGO และข้อมูลเชิงประจักษ์ในปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปได้ว่า นโยบายและ Action ดังกล่าวมีประสิทธิภาพหรือไม่ จึงควรที่จะพัฒนาระบบการกำกับติดตามและประเมินผลเพื่อปิดช่องว่างดังกล่าว .

Austria

Austria ถือเป็นศูนย์กลางทางการศึกษา Collaboration Center เกี่ยวกับ Health Promotion และ Health Promoting Hospital (HPH) โดย Health Literacy ถือเป็นส่วนหนึ่งของ Health Promotion V-HLO ก็พัฒนาและนำร่องในโรงพยาบาลของ Austria

Conclusion and implications for change at a systems level

1. จากประสบการณ์การดำเนินการที่ผ่านมาได้เรียนรู้ว่า การพัฒนา HL ต้องมีตัวขับเคลื่อนที่แรงพอ สำหรับ Austria ตัวขับเคลื่อนดังกล่าวคือข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ HL ของประเทศต่างๆ
2. ระบบบริการสุขภาพมีบทบาทที่สำคัญในการขับเคลื่อน HL ผ่านกระบวนการ Health target process หรือ Governance by target process ระดับประเทศมี The Austrian Health Literacy Alliance หรือ ÖPGK เข้ามาเป็นตัวกลางในการประสานความร่วมมือ ประสานมาตรการ เพื่อให้การพัฒนา HL แบบยั่งยืน โดยมี HiAP partners แต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะสนับสนุน HiAP partners ในการกำหนดกลยุทธ์ หรือใช้กระบวนการเชิงกลยุทธ์นั้นอย่างมีประสิทธิภาพในการกำหนดแนวทางในการสนับสนุน HL ตามภารกิจขององค์กรเหล่านั้น ซึ่งมีแนวทางที่เป็นไปได้ 4 แนวทางคือ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวคือ
 - 2.1. หาผู้ที่จะมาเชื่อมหรือปิด gap ระหว่าง ตัวอย่างเช่น หาที่ปรึกษาสามารถโน้มน้าวให้ภาคส่วนอื่นๆ ให้ปรับเปลี่ยนกฎเกณฑ์ หรือกฎหมาย เพื่อสนับสนุนให้เกิด HL มากขึ้น
 - 2.2. whole-of-government approach, เพื่อให้ HL เป็นหน้าที่ของทุกภาคส่วน ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะต้องใช้เวลาเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน
 - 2.3. พัฒนามาตรฐาน กฎเกณฑ์ หรือกฎระเบียบเพื่อสนับสนุนให้เกิด HL (ต้องใช้เวลาหลายปีในการพัฒนา กฎหมาย)
 - 2.4. แสดงให้เห็นผลประโยชน์ร่วมกันในการลงทุนใน HL สำหรับภาคส่วนอื่นๆ ซึ่งอาจหมายถึงการสนธิความร่วมมือระหว่าง HL กับ เป้าหมายอื่นๆ ใน Health in All Policy (HiAP) รวมถึงภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย
3. อย่างไรก็ตาม ÖPGK ได้สนับสนุนการสื่อสารเกี่ยวกับ กิจกรรมหรือมาตรการที่มีประสิทธิผลให้แก่ภาคีเครือข่าย ผ่านหลายช่องทาง (website, newsletter, conferences). และในอนาคตจะพัฒนาเครื่องมือใหม่ได้แก่ National HL prize หรือ social media, รวมถึงการ update ข้อมูลระดับประชากรเกี่ยวกับ HL ในประเทศ Austria The M-POHL action network, ซึ่งนำโดย Austria, ได้ถูกตั้งขึ้นโดยความร่วมมือกับประเทศอื่นๆ ภายใต้ WHO โดย WHO สนับสนุนการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารดังกล่าวเพื่อให้เป็นการจัดทำนโยบายที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์

Australia

1. HL ถูกกำหนดเป็นนโยบายครั้งแรกในปี 2009 โดยกำหนดว่า HL เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่าง บุคคล กับ สถานบริการสุขภาพ
2. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) รับผิดชอบในการพัฒนาและอ้างรักษามาตรฐานที่เกี่ยวกับคุณภาพบริการและความปลอดภัย ACSQHC's ได้กำหนด National statement on health literacy (2014) ส่งผลให้นโยบายเกี่ยวกับ HL ได้ถูกนำสู่การปฏิบัติทั่วประเทศ บทบาทของ ACSQHC's เพื่อสร้างหลักประกันในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล สถานบริการสุขภาพ และ บริการปฐมภูมิ). โดยกำหนด National statement on health literacy เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ HL ให้กับทุกภาคส่วน และส่งเสริมการประสานความร่วมมือเชิงระบบในการดำเนินการในระดับประเทศ และ statement ดังกล่าวได้ถูกรับรองโดย federal , state and territory health ministers ซึ่งเป็นการส่งสัญญาณทั้งในเชิงนโยบาย และการปฏิบัติอย่างชัดเจนในเรื่อง HL และ HL ได้ถูกผนวกเข้าไปในมาตรฐานระดับชาติ โดยรวมเข้าไปอยู่ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งผูกพันสถานบริการสุขภาพทุกแห่งทั่วประเทศที่ต้องนำ HL นำสู่การปฏิบัติ ซึ่งนอกจาก HL จะเป็นเพียงประเด็นเชิงนโยบายทางด้านคุณภาพและความปลอดภัยแล้วยังถูกยกระดับเป็นเรื่องของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (health service reform) โดยได้อิทธิพลและแนวคิดจาก US Institute of Medicine's (IOM) 10 attributes of 'health-literate organisations' (Brach et al, 2012).
3. เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายของ HL ขึ้นใน Australia จาก health promotion Approach ธรรมดา เป็น health system reform approaches ซึ่งต้องเสริมสมดุลระหว่าง 2 Approaches ในระดับนโยบาย และความพยายามในการดำเนินการในเรื่อง การกำกับติดตาม/ประเมินผล ในเรื่อง HL ในระดับชาติ พัฒนาสมรรถนะของบุคลากร สาธารณสุขและสมรรถนะของระบบสุขภาพ implement HL programmes อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในเรื่องสุขภาพและการเพิ่มความสามารถในเรื่อง HL ให้กับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

ประเทศไทย

1. Health Reform รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2560 ได้บัญญัติการปฏิรูปประเทศเข้าไปอยู่ในรัฐธรรมนูญ ทำให้มีแผนปฏิรูปประเทศ ซึ่งเรื่อง HL ก็อยู่ในแผนปฏิรูปประเทศด้วย ซึ่งผูกพัน ส่วนราชการต่างๆ ต้องกำหนดแผนพัฒนาในทุกระดับได้แก่ แผนยุทธศาสตร์ชาติ แผน 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แผนพัฒนาสาธารณสุขเป็นต้น แต่ข้อจำกัดที่ทำให้แผนปฏิรูปไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควรเนื่องจาก
 - 1.1. ปัญหาเรื่องงบประมาณที่จะใช้ดำเนินการ HL แม้แผนปฏิรูปจะเขียนแผนปฏิบัติการและกำหนดงบประมาณไว้ก็จริง แต่เป็นเพียงวงเงินที่ต้องไปใช้จากหน่วยงานระดับกรมซึ่งเป็นผู้ตั้งงบประมาณ ซึ่งหน่วยงานระดับกรมก็มีการตั้งงบประมาณตามแผนของกรมฯ ซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกับแผนปฏิรูป
 - 1.2. การกำกับติดตามให้เป็นไปตามแผน แม้กฎหมายจะระบุว่าต้องรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิรูปต่อสภา แต่การกำกับติดตามก็ไม่ได้เข้มข้นในระดับที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะ engage กับแผนปฏิรูป
2. การขับเคลื่อนการดำเนินการ
 - 2.1. กระทรวงสาธารณสุขทำแผนขับเคลื่อน HL ให้สอดคล้องกับแผนปฏิรูป และมอบกรมอนามัย เป็นเจ้าภาพในเรื่อง Health Literacy โดยกรมอนามัยได้ตั้งสำนักงานโครงการปฏิรูประบบราชการ 4.0 เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สขรช) เป็นหน่วยงานเพื่อรับผิดชอบ โดยสำนักงานดังกล่าวเป็นทั้งสำนักงานเลขานุการและหน่วยขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการเกี่ยวกับ HL
 - 2.2. กรมอนามัย ผลักดันให้มีการตั้ง สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย (THLA) เพื่อที่จะทำหน้าที่ประสานงานกับทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้ง Health และ Non Health sectors ในการขับเคลื่อนเรื่อง HL (ทำหน้าที่คล้ายกับ The Austrian Health Literacy Alliance หรือ ÖPGK ของประเทศออสเตรีย)
 - 2.3. กรมอนามัย คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล และสมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย ได้ผลักดันงานสำคัญที่เกี่ยวกับ HL ได้แก่
 - 2.3.1. กำหนด 66 Key message สำหรับคนไทย โดยครอบคลุมทั้งเรื่อง Healthcare ,Disease Prevention,Health promotion ,Health product
 - 2.3.2. สร้างเครื่องมือวัด HL (HLS-TH-Q87) ซึ่งผ่านการวัด Validity และ Reliability แล้ว
 - 2.3.3. สำรวจ Health Literacy ของคนไทย ด้วย HLS-TH-Q87 เพื่อใช้เป็น base line data
 - 2.4. แผนงานต่อไป คือ
 - 2.4.1. การสร้าง มาตรฐานของ Health literate Organization (HLO) ใน 4 Setting คือ Healthcare ,Education,Workplace & Community Setting (Standard body)
 - 2.4.2. การพัฒนาระบบการประเมิน (Accreditation System) โดยออกแบบเพื่อแยกบทบาท ระหว่าง Standard body (SB) ,Accreditation body (AB) และ Certified body (CB) และระบบการบริหารจัดการในช่วงเปลี่ยนผ่านที่ยังไม่สามารถ พัฒนา SB ,AB และ CB ได้เต็มรูปแบบ
 - 2.4.3. การสร้าง Network และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
 - 2.4.4. พัฒนาความเป็นสถาบัน (Institutionalization) ของ สถาบันส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย โดยเรียนรู้จาก สมาคมเพิ่มผลผลิตและสถาบันเพิ่มผลผลิต

สรุปแนวทางการขับเคลื่อน HL ไปสู่การปฏิบัติของประเทศต่างๆ

1. ใน USA Partner และ Net work ระดับ Grass root มีความเข้มแข็ง โดยมีการประสานความร่วมมือในพัฒนา HL (Collaboration) การออกกฎหมายในช่วงปี 2012 (Top down) เพื่อมาแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างที่ระดับ Grass root ไม่สามารถจัดการได้ ทำให้เกิดความครอบคลุมเชิงปริมาณ หนุนเสริม Grass root ที่ทำงานเชิงคุณภาพ
2. ในยุโรป partnership และ Network ของการส่งเสริมสุขภาพมีความเข้มแข็ง โดยเฉพาะสถาบันการศึกษาของ Austria เป็นสถาบันการศึกษาที่ผลิตองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและ Health Literacy ที่ได้รับการยอมรับระดับโลก ใช้การศึกษาวิจัยหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อ Advocate ผู้กำหนดนโยบายเพื่อแก้ปัญหาเชิงโครงสร้าง และมี The Austrian Health Literacy Alliance หรือ ÖPGK ทำการประสานความร่วมมือ ประสานมาตรการ เพื่อให้การพัฒนา HL แบบยั่งยืน
3. Australia ตัวขับเคลื่อนที่สำคัญคือ Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) รับผิดชอบในการพัฒนาและรักษามาตรฐานที่เกี่ยวกับคุณภาพบริการและความปลอดภัย ACSQHC's ได้กำหนด National statement on health literacy (2014) โดยใช้ Concept HL as risk ทำให้ HL เข้าไปอยู่ในเรื่อง patient safety และเป็นส่วนหนึ่งของ Quality Management System (QMS) และทำให้ HL ถูกนำสู่การปฏิบัติ ครอบคลุมทั้งประเทศอย่างรวดเร็ว ผ่านกลไกของ QMS
4. การขับเคลื่อน HL ในประเทศไทย มีทั้งแบบ Top down จากแผนปฏิรูป ลงมาสู่แผนระดับต่างๆ Cascade ลงมา และการขับเคลื่อนแบบ Bottom up โดยการทำงานแบบ collaboration network โดยมี สมาคมส่งเสริมความรอบด้านสุขภาพ เป็นตัวประสานงานกลาง แม้ HL จะเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย แต่สามารถพัฒนา 66 Key messages , เครื่องมือวัด HL สำหรับประเทศไทย (HLS-TH-Q87) และการสำรวจ HL โดยใช้ HLS-TH-Q87 โดยความสำเร็จของการดำเนินการเกิดจากการดำเนินการแบบ Bottom up มากกว่า

ข้อเสนอแนะที่จะนำประสบการณ์จากต่างประเทศมาใช้ในประเทศไทย

1. นำบทเรียน บัณฑิตความสำเร็จของการใช้กฎหมายเพื่อส่งเสริม HL ใน USA (Top Down) และเปรียบเทียบอะไรคือความแตกต่างของการใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อส่งเสริม HL ของประเทศไทยและ USA
2. นำบทเรียน บทบาทความรับผิดชอบและแหล่งงบประมาณของ The Austrian Health Literacy Alliance หรือ ÖPGK ว่ามีประเด็นใดที่สามารถจะนำมาประยุกต์ใช้กับ สมาคมส่งเสริมความรอบด้านสุขภาพไทย
3. นำบทเรียนประเทศออสเตรเลีย ที่ขับเคลื่อน HL ผ่านระบบคุณภาพ โดย Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) เพื่อนำมาใช้ในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Julie McKinney and R.V. Rikard. Health literacy policies: National examples from the United States. *International Handbook of Health Literacy* Research, practice and policy across the lifespan. Bristol : Policy Press ; 2019:489-503
2. Iris van der Heide, Monique Heijmans and Jany Rademakers. Health literacy policies: European perspectives. *International Handbook of Health Literacy* Research, practice and policy across the lifespan. Bristol : Policy Press ; 2019:403-418
3. Peter Nowak, Christina Dietscher and Marlene Sator. Health literacy policies: National example from Austria – A unique story and some lessons learned from an ongoing journey. *International Handbook of Health Literacy* Research, practice and policy across the lifespan. Bristol : Policy Press ; 2019:453-470
4. Anita Trezona, Emma Fitzsimon and Sarity Dodson. Health literacy policy in Australia: Past, present and future directions. *International Handbook of Health Literacy* Research, practice and policy across the lifespan. Bristol : Policy Press ; 2019:471-488