

ผลการวิเคราะห์ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อขับเคลื่อนตัวชี้วัด

โรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases) หรือ NCDs เป็นกลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการติดเชื้อ เชื้อโรค หรือพาหะนำโรค แต่เป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยสะสมเป็นเวลานาน และเป็นผลจากหลายตัวแปรรวมกัน ไม่ว่าจะเป็นตัวแปรด้านพันธุกรรม จิตวิทยา สภาพแวดล้อม และด้านพฤติกรรม ข้อมูลจากองค์การอนามัยโรค (WHO) แสดงให้เห็นว่า ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs เป็นจำนวนกว่า ๔๑ ล้านราย คิดเป็นร้อยละ ๗๑ ของสาเหตุการตายทั้งหมด ส่วนประเทศไทยในทุกๆ ปีจะมีประชากรเสียชีวิตจากโรค NCDs เพิ่มสูงขึ้นเป็นจำนวนกว่า ๘,๖๘๗.๕ คน โดย ๔ โรคที่เป็นสาเหตุหลัก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ดังนั้นทำให้ประเทศไทยจำเป็นต้องหันมาให้ความสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรค NCDs นี้อย่างเร่งด่วน และนั่นเป็นเหตุผลที่ พญ.ฉัฐญาณ์ วงศ์รัฐนันท์ หัวหน้าโครงการ WPP ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ทำการศึกษาเรื่องนี้อย่างจริงจัง และพยายามชี้ให้เห็นว่าสถานประกอบการจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มหรือลดความเสี่ยงจากโรค NCDs โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยทำงานซึ่งต้องใช้เวลา ๑ ใน ๓ ของชีวิตอยู่ในสถานประกอบการ

รายงานระบุว่า กลุ่มที่มีอายุระหว่าง ๓๐-๖๙ ปี มีสัดส่วนการตายจากโรค NCDs มากกว่า ๑๕ ล้านรายต่อปี วัยทำงานจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุด แต่ตามสถิติของ WHO ไม่ได้หมายความว่า กลุ่มคนวัยทำงานเสียชีวิตจาก NCDs มากกว่ากลุ่มอายุอื่น แต่หมายถึงว่าสาเหตุการเสียชีวิตของกลุ่มคนวัยทำงานโดยส่วนใหญ่แล้วมาจากโรค NCDs เพราะถ้าไม่นับช่วง ๒-๓ ปีที่มีโควิดเข้ามา โรคติดต่อไม่ค่อยมีบทบาทกับสุขภาพของคนเราเท่าในอดีต ในอดีตคนเรามีโอกาสเสียชีวิตจากโรคติดต่อได้มากกว่า เช่น อหิวาตกโรค เป็นต้น ซึ่งพอมีการผลิตยาปฏิชีวนะก็ทำให้โรคติดต่อลดความสำคัญลงไปมาก จนกระทั่งในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา เรียกได้ว่าโรคไม่ติดต่อกลายเป็นปัญหาสำคัญต่อสุขภาพของคนเรา โดยเฉพาะกลุ่มคนวัยทำงานซึ่งโดยส่วนใหญ่จะมีกลุ่ม โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคในกลุ่มจิตเวช เหล่านี้คือ โรคที่มีผลต่อกลุ่มคนวัยทำงานมากที่สุดอัตราความรุนแรงจากโรค NCDs มีส่วนสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด ในกลุ่มคนที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสที่จะเสียชีวิตจากโควิดมากกว่า

จากรายงานของ WHO พบว่าร้อยละ ๘๕ ของการตายก่อนวัยอันควรนี้ เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และรายได้ปานกลาง เมื่อมีผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพจะดูจากหลายๆ ตัวชี้วัด สิ่งหนึ่งก็คือ life expectancy หรืออายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดมักจะยืนยาวกว่าประเทศที่กำลังพัฒนา จุดนี้สะท้อนให้เห็นว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมักจะมีระบบสาธารณสุขที่ดีกว่า ทำให้คนมีชีวิตยืนยาว ไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ขณะที่กลุ่มประเทศกำลังพัฒนาหรือมีรายได้ปานกลางถึงรายได้น้อย ประชากรมักจะเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น โรค NCDs อุบัติเหตุ หรือถ้าในเด็กก็อาจจะเป็นการขาดสารอาหาร เป็นต้น และนี่เป็นเหตุผลว่าสถานประกอบการจึงจำเป็นต้องมีการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค NCDs ให้กับลูกจ้าง เพราะคนวัยทำงานต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ถึง ๑ ใน ๓ ในแต่ละวัน อยู่ในที่ทำงาน ฉะนั้น ถ้าสถานประกอบการมีส่วนร่วมในการช่วยสร้างเสริมสุขภาพให้คนทำงานได้ ก็จะทำให้คนวัยทำงานมีโอกาสที่จะมีสุขภาพดีขึ้นมาก จะเห็นว่าเวลาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขลงไปทำงานในชุมชน ซึ่งเป็นเวลาทำการ ส่วนใหญ่ก็มักจะเจอแต่ผู้สูงอายุกับเด็ก เพราะวาคนวัยทำงานจะอยู่ที่ทำงาน เมื่อเจ้าหน้าที่จะไปให้ความรู้ หรือไปตรวจสุขภาพคนในชุมชน จึงมักจะไม่เจอกลุ่มคนวัยทำงานเท่าไร เท่าที่ทราบ แม้ประเทศไทยจะมีสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการสร้างเสริมสุขภาพอยู่บ้าง แต่ก็ยังเป็นสัดส่วนที่น้อยมาก เพราะสาเหตุผู้ประกอบการยังไม่ให้

ความร่วมมือมากนัก และมาจากหลายปัจจัย ส่วนหนึ่งสถานประกอบการอาจมองว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องส่วนตัว เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ ซึ่งเจ้านายหรือเจ้าของสถานประกอบการไม่อยากไปก้าวก่าย ประการต่อมา คือ การจัดลำดับความสำคัญ ด้วยเหตุว่าตอนนี้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่ไม่ได้มีกฎหมายบังคับ แตกต่างจากเรื่องความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน หรือการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน อันนี้จะมีกฎหมายค่อนข้างชัดเจน ก็เลยทำให้สถานประกอบการต้องให้ความสำคัญไปตามลำดับ หมายความว่า เลือกที่จะใช้ทรัพยากรไปกับเรื่องความปลอดภัยก่อน จนอาจไม่เหลือเวลาหรือทรัพยากรในการสร้างเสริมสุขภาพให้พนักงานอีกประการ คือ ตัวคนทำงานเอง ด้วยความที่เขาเป็นวัยที่ต้องหารายได้ไปเลี้ยงครอบครัว เขาก็จะรู้สึกว่าจะต้องให้ความสำคัญกับเรื่องงานเป็นหลัก เพราะฉะนั้นจึงต้องทำงานหนัก แล้วพออายุมากขึ้นก็จะเริ่มป่วย ซึ่งจากการตรวจคนไข้ส่วนใหญ่ก็จะพบกรณีแบบนี้เยอะ เหมือนเอาสุขภาพไปแลกงาน แล้วก็มาป่วย ต้องมาดูแลความเจ็บป่วยตอนที่สูงอายุแล้ว เนื่องจากแต่ละคนให้ความสำคัญกับเรื่องรายได้มากกว่า ส่วนเรื่องการดูแลสุขภาพจะจัดลำดับความสำคัญที่น้อยกว่า

หากสถานประกอบการมองว่าแค่การลงทุนด้านความปลอดภัยในสถานที่ทำงานก็เพียงพอแล้ว ไม่ต้องไปถึงขั้นเสริมสร้างสุขภาพ แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่ทั้งสองเรื่องนี้จะถูกผนวกรวมเข้าด้วยกัน เรียกว่าเป็นการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ คือ เป็นการดูแลทั้งเรื่องสุขภาพและความปลอดภัย เพราะว่าบางอย่างมันไม่สามารถแยกออกจากกันได้ อย่างเช่น กรณีคนขับรถสาธารณะเป็นเบาหวาน ถ้าเขาคุมระดับน้ำตาลไม่ดี โอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุจากระดับน้ำตาลที่ขึ้นสูงมากหรือลดต่ำมาก ก็อาจจะทำให้มีผลต่อความปลอดภัยของทั้งตัวเองและผู้โดยสารด้วย เพราะฉะนั้น เรื่องสุขภาพกับเรื่องความปลอดภัย ถ้าเราดูแลไปพร้อมๆ กัน ใช้กระบวนการแบบบูรณาการ ก็น่าจะทำให้โอกาสสำเร็จสูงขึ้น นอกจากนี้ ถ้ามีการบูรณาการก็จะช่วยลดการใช้ทรัพยากรลงได้ด้วย เพราะในสถานประกอบการมักจะไม่ได้มีบุคลากรที่ดูแลด้านสุขภาพมากนัก อาจจะมีเจ้าหน้าที่ดูแลเรื่องความปลอดภัย หรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายทรัพยากรบุคคล ซึ่งถ้าเราทำเรื่องนี้ไปพร้อมกัน ทั้งฝ่าย HR และฝ่าย safety ก็สามารถทำงานไปด้วยกันได้

สร้างแรงจูงใจให้ภาคเอกชนและผู้ประกอบการหันมาสนใจเรื่องการควบคุมป้องกันโรค NCDs มากขึ้น เรื่องแรงจูงใจน่าจะมีหลายๆ วิธีที่จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจได้ อันดับแรก คือ เรื่องผลลัพธ์ของการทำโครงการเหล่านี้ที่ผ่านมาประเทศไทยยังไม่เคยมีตัวอย่างให้เห็นชัดๆ ว่า ถ้าผู้ประกอบการลงทุนในโครงการสร้างเสริมสุขภาพและความปลอดภัยแล้ว จะได้กำไรเท่าไร ได้ผลตอบแทนกลับมาเท่าไร ซึ่งถ้าเราสามารถสร้างโมเดลที่ทำให้เห็นว่าลงทุนแล้วคุ้ม ก็มีโอกาสที่ผู้ประกอบการรายอื่นๆ จะยอมลงทุนมากขึ้น อันที่สองคืองบประมาณสนับสนุน ถ้าได้รับงบประมาณสนับสนุน เช่น มีโครงการจากภาครัฐมาให้งบประมาณในการสร้างเสริมสุขภาพ สถานประกอบการก็มีแนวโน้มที่จะเข้าร่วมมากขึ้น เมื่อสถานประกอบการเข้าร่วมโครงการแล้ว พนักงานจึงเข้าร่วมด้วย ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ประกอบการรู้สึกว่า ไม่อยากให้คนทำงานต้องหยุดงานเพื่อมาเข้าร่วมกิจกรรมเหล่านี้ ฉะนั้นตัวเงินอย่างเดียวอาจจะไม่พอ อันดับสุดท้ายคือ ถ้าสถานประกอบการทำโครงการแล้ว คนเจ็บป่วยน้อยลง การใช้จ่ายเงินจากประกันสังคมน้อยลง ในปีต่อ ๆ ไป เขาก็สามารถลดเงินสมทบกองทุนประกันสังคมได้

ประเทศไทยสามารถศึกษาตัวอย่างการลงทุนในการสร้างเสริมสุขภาพ หรือป้องกันโรค NCDs จากหลายประเทศ เช่น อเมริกา และบางประเทศก็ค่อนข้างเข้มงวด เช่น ประเทศเยอรมนีที่เอาเรื่องสร้างเสริมสุขภาพมาเป็นกฎหมายบังคับ ในเรื่องของการลงทุนในการสร้างเสริมสุขภาพ หลายประเทศมีข้อมูลว่าลงทุนแล้วคุ้ม สามารถลดวันลา ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากอุบัติเหตุ ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลได้ ยกตัวอย่างเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา จากเดิมสถานประกอบการจะมีพื้นที่ที่อนุญาตให้สูบบุหรี่ได้ ต่อมามีการยกเลิกพื้นที่สูบบุหรี่

หมายความว่า สถานประกอบการแห่งนั้นจะไม่มีพื้นที่สูบบุหรี่เลย ปรากฏว่าทำให้คนทำงานเลิกบุหรี่ได้เยอะขึ้น สูบบุหรี่น้อยลง เทียบเท่ากับมาตรการขึ้นราคาบุหรี่ ๓ ดอลลาร์ต่อซอง หรือประมาณ ๑๐๐ บาท ซึ่งค่อนข้างได้ผลดีมาก เพราะการจะขึ้นราคาบุหรี่ขนาดนั้นในความเป็นจริงอาจจะทำได้ยากกว่า เพราะประเทศเหล่านี้มีโครงการหรือมาตรการป้องกันโรค NCDs แบบนี้ มีผลให้อัตราการเกิดโรคและอัตราการตายจากโรค NCDs ลดลง เพราะมีผลการศึกษาพบว่าลดอัตราการป่วยลงได้ ยกตัวอย่างเช่นในกลุ่มโรค metabolic syndrome หรือโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน พอสถานประกอบการเข้าร่วมโครงการเหล่านี้ คนที่เป็นโรคกลุ่มนี้ก็ลดลงและมีสุขภาพที่ดีขึ้น ตัวชี้วัดสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น น้ำหนัก สมภาพจิตใจ หรือการลดความเครียด เป็นต้น ส่วนเรื่องอัตราการเสียชีวิต ข้อมูลอาจจะยังไม่เพียงพอที่จะระบุได้ชัดๆ ว่า หลังจัดโครงการแล้วสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้มากน้อยแค่ไหน เพราะด้วยความที่ต้องใช้เวลาค่อนข้างนานในการประเมินผล

ในบางสถานประกอบการจะเป็นไปได้ยากมากที่จะมีพื้นที่สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ขาดแคลนพื้นที่ที่จะสร้างสถานที่ออกกำลังกายให้พนักงาน ถ้าเป็นสถานประกอบการที่มีพื้นที่จำกัด ไม่สามารถสร้างฟิตเนสให้พนักงานได้ ก็อาจจะหาแนวทางอื่นได้ เช่น ทำทางเดินหรือทางวิ่งรอบๆ สถานประกอบการ ซึ่งอาจไม่ต้องใช้งบประมาณมาก เพียงแค่ทำให้เป็นทางเรียบพอที่จะสามารถเดินหรือวิ่งได้ต่อเนื่องก็เพียงพอ ถ้ามีโรงอาหารอาจจัดให้มีอาหารทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพ หรือถ้าเป็นอาคารสูงการส่งเสริมให้ใช้บันไดก็ได้เช่นกัน ถ้ายังต่อการปฏิบัติก็จะช่วยลดข้อจำกัดของสถานประกอบการลงได้ ซึ่งในโรงพยาบาลตอนนี้ก็พยายามมีอาหารที่ดีต่อสุขภาพให้ทางเลือก เช่น ลดเครื่องปรุง ไม่ให้เติมน้ำปลา เพราะจะเสี่ยงต่อระดับความดันโลหิต ซึ่งเป็นหนึ่งในโรค NCDs รวมถึงการควบคุมอาหารในโรงอาหารให้มีความหวานน้อย หรือมีตัวเลือกให้เลือกหวานน้อยได้ ทั้งขนมและเครื่องดื่ม

หากคิดในแง่ผลกำไร การลงทุนในโครงการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค NCDs ผู้ประกอบการก็ได้คนทำงานที่มีผลิตภาพ หรือ productivity สูงขึ้น คือคนทำงานที่สุขภาพดี สามารถทำงานได้เต็มที่มากขึ้น การลา ก็จะน้อยลง ถ้าพนักงานมีสุขภาพที่ดี ความคิดสร้างสรรค์หรือทำงานได้มากกว่าเดิม แต่ถ้าคนงานเจ็บป่วยมีโรคประจำตัว หรือมีความเครียดเรื่องสุขภาพของตัวเอง ก็อาจจะส่งผลให้ทำงานได้ไม่เต็มที่ ต้องลาหยุด ลาป่วยมากขึ้น

รายงานผลการสำรวจข้อมูลและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการดำเนินงานของกรมการแพทย์ และนำผลที่ได้มาพัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์ให้มีสัมฤทธิ์ผล โดยดำเนินการสำรวจกลุ่มประชากรเป้าหมาย ประกอบด้วย กลุ่มที่ ๑ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก (Key Stakeholders) ได้แก่ ๑) ผู้ป่วย (แยกตามกลุ่มโรค) ๒) ประชาชนทั่วไป (จังหวัดที่มีหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ตั้งอยู่) และ ๓) ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มที่ ๒ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียชั้นพื้นฐาน (Primary Stakeholders) ได้แก่ ๑) ผู้บริหารเขตสุขภาพ (ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขนิเทศก์ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๓) ๒) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และ ๓) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้าร่วม และ ๔) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขภายในกรมการแพทย์ และกลุ่มที่ ๓ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียชั้นรอง (Secondary Stakeholders) ได้แก่ ๑) ภาควิชาเครือข่าย (MoU) ๒) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และ ๓) บริษัท/หน่วยงาน/องค์กรภาครัฐเอกชนซึ่งผลการสำรวจสามารถสรุปได้ดังนี้

๑. กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก (Key Stakeholders)

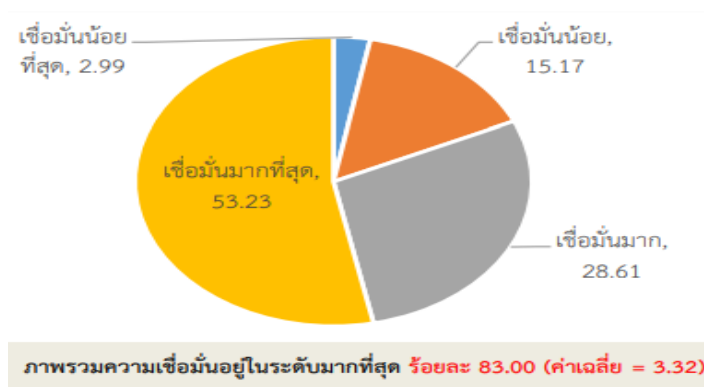
๑.๑ กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงาน/โรงพยาบาล/สถาบันสังกัดกรมการแพทย์จากการสำรวจข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (กลุ่มผู้ป่วย) จำนวนทั้งสิ้น ๔๑๑ หน่วยตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอก/ไม่นอนโรงพยาบาล ร้อยละ ๖๔.๗๒ เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๕๕.๒๓ และเพศชาย ร้อยละ ๔๔.๗๗ มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ ๓๙.๔๒ จบการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ ๘๐.๗๘ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๖๓.๙๙ และส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ ๕๕.๖๖ ภาพรวมความต้องการต่อการรักษาและการบริการในโรงพยาบาล/สถาบันสังกัดกรมการแพทย์อยู่ ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๘๔) ภาพรวมความคาดหวังต่อการรักษาและการบริการในโรงพยาบาล/สถาบันในสังกัดกรมการแพทย์อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๘๕) สำหรับภาพรวมความพึงพอใจต่อการรักษาและการบริการในโรงพยาบาล/สถาบันสังกัดกรมการแพทย์อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๖๔) ในส่วนภาพรวมความเชื่อมั่นต่อการรักษาและการบริการในโรงพยาบาล/สถาบันสังกัดกรมการแพทย์ อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๘๐) และภาพรวมด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการรักษาในโรงพยาบาล/สถาบันสังกัดกรมการแพทย์อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๘๐)

ข้อเสนอแนะและคาดหวังให้ทางกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการดังนี้ ๑) ด้านบุคลากร ได้แก่ ควรเพิ่มจำนวนบุคลากรให้เพียงพอ การเพิ่มจุดจิตอาสาผู้ป่วยไปทำขั้นตอนการรักษา การเพิ่มเจ้าหน้าที่บริการผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ที่ไม่สะดวกในการเดิน ๒) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ การปรับปรุงและเพิ่มเครื่องมือทางการแพทย์ให้ทันสมัย การเพิ่มที่นั่งพักระหว่างการรอคิวตรวจและตามทางเดินต่าง ๆ และการเพิ่มที่จอดรถ ๓) ด้านสิทธิการรักษา ได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ครอบคลุมยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การเพิ่มจุดบริการตรวจสอบสิทธิหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (บัตรทอง) ๔) ด้านการให้บริการ ได้แก่ การปรับอาหารของผู้ป่วยให้มีความหลากหลาย การแก้ไขความซับซ้อนของขั้นตอนการตรวจสอบสิทธิการรักษา การจำแนกการรักษาระหว่างคนไทยและคนต่างด้าวออกจากกัน การแยกสถานที่รักษาและที่พักระหว่างผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการปกติและผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่งออกจากกัน ๕) ด้านการประชาสัมพันธ์และข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ ข้อมูลอาการโรคต่าง ๆ เพิ่มขึ้น การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ไม่ปิดบัง ให้ข้อมูลการรักษาที่เข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วยและญาติ และ ๖) เพิ่มการเข้าถึงบุคลากรด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเพิ่มบุคลากรด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๑.๒ กลุ่มประชาชนทั่วไป ผลการสำรวจข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (กลุ่มประชาชนทั่วไป) จำนวนทั้งสิ้น ๔๐๒ หน่วยตัวอย่าง โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ ๕๖.๗๒ และเพศหญิง ร้อยละ ๔๓.๒๘ มีอายุระหว่าง ๔๐-๔๙ ปี ร้อยละ ๒๔.๖๓ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ ๓๐.๓๕ ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/อาชีพ อิสระ/ค้าขาย ร้อยละ ๓๗.๓๑ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ๑๐,๐๐๑-๒๐,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๔๔.๕๓ และอาศัยอยู่ใน จังหวัดที่มีหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ตั้งอยู่ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษา และรวมทั้งเพิ่มทราบว่าโรงพยาบาล/สถาบันที่เคยเข้ารับการรักษา สังกัดกรมการแพทย์ ร้อยละ ๕๙.๙๕

ในส่วนผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของ กระทรวงสาธารณสุขเคยรับรู้ข้อมูลข่าวสารของกระทรวง ร้อยละ ๔๙.๗๕ โดยรับรู้ผ่านช่องทางสื่อโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ ๔๓.๕๐ และข้อมูลข่าวสารถึงร้อยละ ๗๖.๑๒ ซึ่งข้อมูลข่าวสารที่สนใจมากที่สุด คือ เรื่องการใช้บริการโรงพยาบาลและเรื่องการรักษาสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมกับประชาชนในสัดส่วนที่เท่ากัน ร้อยละ ๕๒.๙๔ ภาพรวมความเชื่อมั่นของกลุ่มประชาชนทั่วไป ในการดำเนินการของโรงพยาบาล/สถาบันในสังกัดกรมการแพทย์อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๓๒) ข้อเสนอแนะในการ

ดำเนินการของโรงพยาบาลหรือสถาบันในสังกัดกรมการแพทย์สำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไป ดังนี้ ๑) การปรับปรุง การบริการให้มีขั้นตอนน้อยลง มีความทันสมัย เพิ่มความรวดเร็วในการบริการมากยิ่งขึ้น การเพิ่มช่องทางการให้ ความรู้ ทางการแพทย์กับประชาชน บุคลากรมีความสุภาพ พุดจาไพเราะ และมีอัธยาศัยดี การปรับปรุงสถานที่ บริการ ให้มีความกว้างขวางขึ้น และการเพิ่มบุคลากรให้เพียงพอ



๑.๓ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข จากการสัมภาษณ์พบว่า ปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย คือ ปัญหาการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในส่วนของปัญหาสำคัญของเขตสุขภาพแต่ละพื้นที่ที่สามารถจำแนกได้ตามกลุ่มวัย ดังนี้ ๑) กลุ่มวัยผู้สูงอายุ พบว่า ในช่วงของอายุระหว่าง ๖๐-๘๐ ปี ที่ส่วนใหญ่เป็นปัญหาในเรื่องโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคอื่น ๆ ตามมา ๒) กลุ่มวัยทำงาน ได้แก่ โรคจากการประกอบอาชีพ การติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และอุบัติเหตุ ๓) กลุ่มวัยเด็ก ได้แก่ อุบัติเหตุ โรคที่เกี่ยวข้องกับเด็ก ตลอดจนปัญหา ในเรื่องของโรคติดต่อในแต่ละพื้นที่ เช่น ไข้เลือดออก เป็นต้น โดยภาพรวมมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก สิ่งที่ต้องการให้สนับสนุน ได้แก่ ๑) การให้ความสำคัญกับการทำงานในเชิงบูรณาการให้มากขึ้น เพื่อช่วยยกระดับระบบสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากการทำงานของกรมการแพทย์มีลักษณะที่กระจุกตัวอยู่ในเขตพื้นที่เมืองสำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ๒) การศึกษาวิจัยในเรื่องงบประมาณเพื่อนำมาใช้ในการกำหนดนโยบายสำหรับการรองรับ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UC) ของประเทศไทย ในลักษณะของการร่วมจ่าย (Co-Payment) เนื่องจากในอนาคตประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และ ๓) การกำหนดรูปแบบการรักษาสุขภาพในอนาคต เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถวางนโยบายเชิงรุกเกี่ยวกับการดูแล และรักษาสุขภาพของประชาชน สำหรับนโยบายต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นนโยบายที่ดี

๒. กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขั้นพื้นฐาน (Primary Stakeholders)

๒.๑ ผู้บริหารเขตสุขภาพ จากการสัมภาษณ์พบว่า ปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขประเทศไทย ได้แก่ ๑) องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับทางด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อใช้ในการจัดการกับตนเองในเบื้องต้น ๒) ระบบการให้บริการที่ทำให้เกิดความเชื่อมโยงกับระบบต่าง ๆ เช่น ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ๓) งบประมาณที่มีในจำนวนจำกัด ๔) การขาดแคลน บุคลากรทางการแพทย์ ๕) ระบบการบริหารงาน ๖) การศึกษาของบุคลากร ๗) การควบคุมโรค ๘) ระบบสาธารณสุขไม่เชื่อมต่อให้เกิดการทำงานร่วมกัน ๙) การจัดการข้อมูล และ ๑๐) เรื่องการกระจายอำนาจ ส่วนปัญหาสำคัญของเขตสุขภาพแต่ละพื้นที่ส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ ๑) ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

(Non-Communicable diseases: NCDs) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ๒) โรคหัวใจและหลอดเลือด ๓) โรคหลอดเลือดสมอง ๔) โรคมะเร็ง ๕) โรคติดต่อ เช่น วัณโรค ไข้เลือดออก ๖) ปัญหาเกิดกับแม่และเด็ก เช่น ภาวะแม่ตายระหว่างคลอด ภาวะโภชนาการของแม่และเด็ก พัฒนาการเด็ก และ ๗) โรคพิษสุนัขบ้า เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีปัญหาอื่น ๆ ได้แก่ โรคไวรัสตับอักเสบบี ปัญหาเด็กจมน้ำตาย ปัญหาเรื่องดวงตา ปัญหาพัฒนาการของเด็ก อัตราการฉีดวัคซีนต่ำ เป็นต้น โดยภาพรวมความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกระทรวงอยู่ในระดับมาก-มากที่สุด เนื่องจากกระทรวงมีความมุ่งมั่นในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ การร่วมออกตรวจเยี่ยมผู้ป่วย นิเทศงาน และมีการติดตามการทำงานอย่างใกล้ชิดกับเขตพื้นที่ หรือเข้าร่วมประชุมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกับเขตสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ในส่วนของความต้องการให้กระทรวง สนับสนุนตามภารกิจจากปัญหาของเขตสุขภาพภายใต้บทบาท/ภารกิจ

๒.๒ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด จากการสัมภาษณ์พบว่าปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ได้แก่ ๑) ปัญหาด้านระบบการสาธารณสุข ๒) ปัญหาการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลประชาชน ๓) ปัญหาเรื่องโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง ๔) ปัญหาเรื่องโครงสร้างประชากร ๕) ปัญหาเรื่องบุคลากร ๖) ปัญหาเรื่องงบประมาณ ๗) ปัญหาเรื่องนโยบาย เป็นต้น และสำหรับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเขตสุขภาพส่วนใหญ่ มีความคล้ายคลึงกัน อันดับหนึ่ง คือ เรื่องของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีผลต่อการเกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับต้น ๆ ของโลก อันดับสอง คือ ปัญหาอุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากการจราจร และอันดับสาม คือ ปัญหาเกี่ยวกับโรคติดต่อ เช่น โรคไข้เลือดออก โรควัณโรค และปัญหาเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ทั้งนี้ปัญหาของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน เช่น ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการ ซึ่งอาจเกิดจากการที่สถานพยาบาลอยู่ห่างไกล ปัญหามลพิษที่ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ และปัญหาเรื่องของชนเผ่า เป็นต้น โดยภาพรวมมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก-มากที่สุด เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่มีลักษณะการดำเนินงานด้านวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (Center of Excellent) ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการบริหารจัดการการแพทย์ในการรักษาพยาบาลขั้นตติยภูมิ (Tertiary Prevention) บทบาทถัดมา คือ เรื่องด้านการสนับสนุนทางด้านวิชาการ และการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความโดดเด่น ในส่วนความต้องการในการสนับสนุนตามภารกิจของกระทรวงจากปัญหาของเขตสุขภาพ ส่วนใหญ่ต้องการให้กระทรวงสนับสนุนทางด้านวิชาการ และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์สำหรับนโยบายต่าง ๆ ของกระทรวง ไม่ว่าจะเป็นนโยบายต่างๆที่เกิดขึ้นประโยชน์ต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ดังนั้นทุกนโยบายที่กระทรวงดำเนินการเป็นนโยบายที่ดี ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงาน ได้แก่ ๑) การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ ๒) การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข (เช่น กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ฯลฯ) ให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน ๓) การศึกษาวิจัย ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง พัฒนาความรู้ ทักษะของบุคลากร เพิ่มความรู้ใหม่ ๆ รวมถึงวิธีการรักษาใหม่ ๆ ๔) การให้คำปรึกษา (เป็นที่ปรึกษา) ๕) การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึงทุกพื้นที่ ๖) การจัดสรรงบประมาณ และ ๗) การลดขั้นตอนการดำเนินงาน

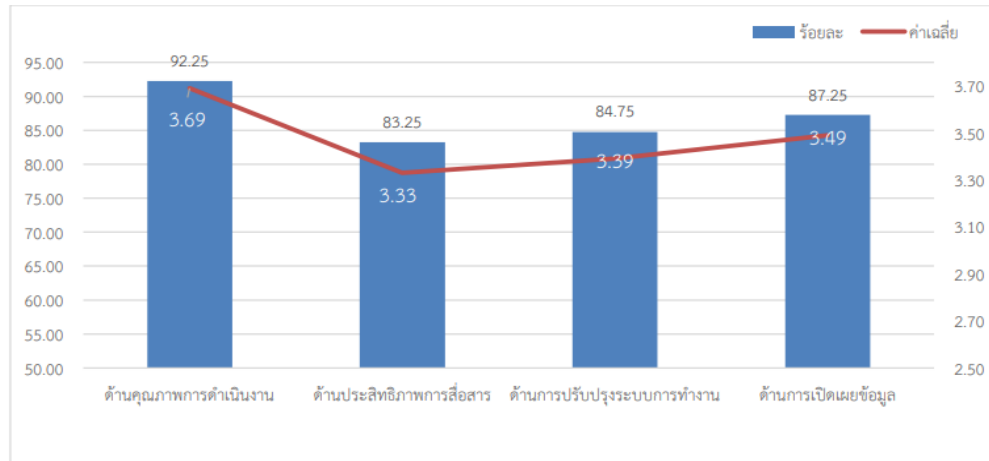
๒.๓ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ร่วมดำเนินงาน ผลการสำรวจข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่เข้าร่วมดำเนินการจำนวนทั้งสิ้น ๓๐๐ หน่วยตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ ๙๕.๐๐ และเพศชาย ร้อยละ ๕.๐๐ มีอายุระหว่าง ๔๐-๔๙ ปีร้อยละ ๓๒.๓๓ ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ ๙๔.๐๐ ซึ่งอยู่ในระดับชำนาญการมากที่สุดร้อยละ ๖๐.๖๖ มีประสบการณ์

ทำงานน้อยกว่า ๑๐ ปีร้อยละ ๓๘.๐๐ จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีร้อยละ ๘๐.๖๗ ภาพรวมความพึงพอใจของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้าร่วมดำเนินการอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๗๑) ในส่วนภาพรวมความเชื่อมั่นและความคาดหวัง เกี่ยวกับการให้บริการด้านวิชาการอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๗๑)

๒.๔ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขภายในกระทรวงสาธารณสุข ผลการสำรวจข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขภายในจำนวนทั้งสิ้น ๔๓๑ หน่วยตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ ๗๔.๐๑ และเพศชาย ร้อยละ ๒๕.๙๙ มีอายุระหว่าง ๔๐-๔๙ ปีร้อยละ ๓๕.๐๓ เป็นพยาบาล ร้อยละ ๓๖.๑๙ มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านยาเสพติด ร้อยละ ๑๖.๒๕ อยู่ในระดับปฏิบัติการ ร้อยละ ๔๑.๕๓ สังกัดในส่วนภูมิภาคมากที่สุด ร้อยละ ๕๖.๑๕ มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า ๑๐ ปีร้อยละ ๓๘.๗๕ จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีร้อยละ ๖๓.๑๑ การรับรู้ของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขภายในต่อการดำเนินการตามยุทธศาสตร์หรือนโยบายของกระทรวง ส่วนใหญ่มีการรับรู้การดำเนินการตามยุทธศาสตร์หรือนโยบายของกระทรวงอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๒.๘๒) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ารับรู้เกี่ยวกับ ด้านนโยบายปฏิรูปมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๒.๙๑) รองลงมา คือ รู้เกี่ยวกับด้านยุทธศาสตร์ของกระทรวง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๒.๘๖) และรับรู้เกี่ยวกับด้านแผนยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๒.๗๐) ตามลำดับ

๒.๕ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน สิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขได้เข้าไปช่วยเหลือกับชุมชนนั้น เนื่องจากหน่วยงานของกระทรวงที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ คือ ศอ. ศคร. สสจ. รพศ. รพ.ท สสอ. รพ.ช. รพสต. เป็นต้น ด้านองค์ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนในชุมชนและพื้นที่ใกล้เคียงได้รับประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา ความคาดหวังของชุมชนที่จะได้จากการช่วยเหลือของกระทรวงสาธารณสุข คือ การทำให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพที่ดี และต้องการให้หน่วยงานต่างๆของกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาช่วยเหลือเพิ่มเติม คือ การเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ให้มีเพียงพอในการรักษาผู้ป่วย สำหรับความพึงพอใจที่หน่วยงานต่างๆของกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาช่วยเหลือกับชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุด

๒.๖ กลุ่มบริษัท หน่วยงาน องค์กร ภาครัฐและเอกชน ผลการสำรวจข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกลุ่มดังกล่าวที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น ๑๖๓ หน่วยตัวอย่าง เป็นเพศชาย ร้อยละ ๕๖.๔๔ และเพศหญิง ร้อยละ ๔๓.๕๖ มีอายุระหว่าง ๓๐-๓๙ ปีร้อยละ ๓๕.๕๘ จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ ๖๖.๘๗ อยู่ในหน่วยงาน/บริษัทภาคเอกชน ร้อยละ ๗๖.๖๘ เป็นเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ ร้อยละ ๕๐.๓๑ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า ๔๐,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๔๓.๕๖ ส่วนใหญ่ติดต่อร่วมงานกับกระทรวงสาธารณสุข คือ งานจัดซื้อจัดจ้างหรือการหาพัสดุ ร้อยละ ๗๘.๕๓ ภาพรวมความพึงพอใจของกลุ่มบริษัท ผู้ขาย และผู้รับจ้างที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๕๓) โดยด้านคุณภาพการดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๖๙) รองลงมา คือ ด้านการเปิดเผยข้อมูล (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๔๙) และด้านการปรับปรุงระบบ การทำงาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๓๙) ตามลำดับ



กลุ่มผู้รับบริการ คือ กลุ่มวัยทำงาน (อายุ ๑๙-๕๙ ปี) วัยทำงานตอนปลาย อายุ ๔๕-๕๙ ปี เป็นวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ส่งผลให้ส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้วัยทำงานตอนปลายต้องประสบปัญหาต่าง ๆ เช่น การดำเนินชีวิตอยู่ในวงแคบจำกัด การร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลงไปเรื่อย ๆ ผลจากการเปลี่ยนแปลงนี้ ส่งผลให้สภาวะสุขภาพกายและจิตเสื่อมโทรมก็ย่อมส่งผลต่อสภาวะสุขภาพ ปัจจุบันเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มของวัยทำงานตอนปลายรวมถึงได้กำหนดนโยบายที่สำคัญที่นำมาใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) เพื่อให้ประชาชนมีชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี และยังได้ให้ความสำคัญสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม เน้นการใช้หลักของการมีส่วนร่วมของประชาชน และให้ส่วนราชการจะต้องจัดหาหรือสนับสนุนกลไก ในการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานของภาครัฐมากยิ่งขึ้น รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนซึ่งเป็นผู้แทนของประชาชน เป็นฝ่ายตัดสินใจกำหนดปัญหาความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง เป็นการเสริมพลังอำนาจให้แก่ประชาชน ถ้าหากไม่เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพจะขาดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และขาดความยั่งยืน ทำให้ไม่เป็นผลสำเร็จและสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแย่ลง

แนวทางในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพในวัยทำงานตอนปลายเพื่อเตรียมพร้อมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ วิถีชีวิต สภาพแวดล้อม และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพสามารถตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างเพียงพอ โดยแต่เดิมวิถีชีวิตของคนในสังคมไม่มีความยุ่งยากซับซ้อนเหมือนปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นการได้รับอิทธิพลทางด้านวัฒนธรรมจากฝั่งตะวันตก การพัฒนาของเทคโนโลยีต่าง ๆ รวมถึงโครงสร้างทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้วิถีชีวิตของคนเกิดการเปลี่ยนแปลงไป จากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อม แต่ปัจจุบันนี้โรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้นและพบในคนที่อายุน้อยลง รวมทั้งมีข้อจำกัดในเรื่องของทรัพยากร ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ทำให้โรงพยาบาลมีนโยบายลดจำนวนวันที่รับผู้ป่วยกลุ่มนี้ไว้รักษาพยาบาล และต้องจำหน่ายผู้ป่วยส่วนหนึ่งออกไป ผู้ป่วยบางรายสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ขณะที่บางรายใช้ชีวิตอย่างจำกัด และต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตในการใช้เงินบำนาญ หรือเบี้ยยังชีพสวัสดิการจากรัฐ รวมไปถึงการใช้ชีวิตอย่างอดออมประหยัดมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมพร้อมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพในคนวัยทำงานเพื่อไม่เป็นภาระแก่บุตรหลานในอนาคตนอกจากนี้บางรายอาจมีภาวะเจ็บป่วย

หรือภาวะทุพพลภาพทำให้วัยทำงานต้องการการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลจากหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่มักมีข้อจำกัดในการดูแลต่อเนื่องจากความไม่พร้อมด้านต่าง ๆ เช่น ด้านสุขภาพ เวลา ความรับผิดชอบ เศรษฐกิจ ความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพ รวมถึงอุปสรรคต่าง ๆ ที่จำเป็น ทำให้ภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีมากเกินไปกำลังของผู้ดูแล

เพื่อเสนอแนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการวิเคราะห์ปัญหา และแสวงหาทางออกร่วมกัน ในการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน กองอนามัยวัยทำงาน จึงให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด โดยให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางและกระบวนการตัดสินใจ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและตอบสนองความต้องการของวัยทำงานอย่างแท้จริง และเกิดความต่อเนื่องยั่งยืน ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในหลายภาคส่วนของสังคมโดยการผนวกภาคีที่มีอยู่ภายในภาคส่วนราชการ ระหว่างส่วนราชการ องค์กรพัฒนาเอกชน ระหว่างภาคสาธารณะและภาคเอกชน โดยใช้หลักแห่งความเท่าเทียมกันในการร่วมมือ และเตรียมความพร้อมในการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานเตรียมพร้อมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จากการให้การสนับสนุนของทั้งภาครัฐและเอกชน ประชาชนในชุมชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมกันอย่างจริงจังส่งผลต่อวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ สุขภาพ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และสังคม

สรุปได้ว่าผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียล้วนมีความสำคัญที่จะเข้ามาขับเคลื่อนโครงการ/กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม บูรณาการดำเนินการร่วมกันกับภาคีเครือข่าย เพื่อสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ เกิดทักษะ สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข เข้าร่วมโครงการ/กิจกรรม ได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการของตนเอง และควรเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาตนเอง วางแผนด้วยตนเอง นำไปสู่การดำเนินการ และสามารถประเมินผลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่วนแนวทางในการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่สำคัญมี ๓ ประการ ดังนี้ ๑) ชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่า ควรจะทำอะไรและทำอย่างไร ๒) ชุมชนจะต้องให้ความร่วมมือในการดำเนินการตามการตัดสินใจนั้น และ ๓) ชุมชนพึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมนั้น

ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพการเชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชน และพัฒนาการมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล ครอบครัว ชุมชน รวมถึงปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อ หน่วยงาน/กลุ่มคนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตามประเมินผล หรือร่วมจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นประโยชน์ให้แก่สังคมโดยไม่หวังกำไร มุ่งพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มีความเชื่อมั่นในการพึ่งพาตนเอง ภายใต้เงื่อนไขการกระจายผลประโยชน์ของการพัฒนาอย่างยุติธรรม และเท่าเทียมกัน การจัดสถานที่รวบรวมความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน ที่พักอาศัยเหมาะสมที่เน้นความต้องการด้านสุขภาพ องค์ความรู้และเทคโนโลยีอย่างง่ายสามารถนำมาพัฒนาและปรับใช้ได้ด้วยตนเอง ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกับสภาพปัญหา และนำไปปฏิบัติได้จริง ดังนั้นภาคีเครือข่ายที่ร่วมขับเคลื่อนงาน สามารถประเมินได้จากลักษณะของการมีส่วนร่วมสรุปประเด็นสำคัญ ได้ดังนี้ ๑) สนับสนุนงบประมาณ ให้คำปรึกษา ๒) แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อแสวงหาทางเลือกใหม่ที่ดีกว่า ๓) บูรณาการหน่วยงานทุกภาคส่วนเข้ามาทำงานร่วมกัน ๔) สนับสนุนแหล่งทรัพยากรด้านสังคมวัฒนธรรม มาใช้ประกอบการดำเนินงานเสริมสร้างศักยภาพของแกนนำในชุมชนร่วมกัน และ ๕) ประสานกับแหล่งประโยชน์ของชุมชนที่สามารถสนับสนุนดูแลได้