

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เริ่มให้ความคุ้มครองลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ต่อมาในปี พ.ศ.2536 ขยายความคุ้มครองไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คน ขึ้นไป และเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2545 ขยายความคุ้มครองไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ซึ่งปัจจุบันมีสถานประกอบการขึ้นทะเบียนประกันสังคม จำนวน 362,559 แห่ง และผู้ประกันตน จำนวน 8.467 ล้านคน ข้อมูลจากสำนักงานประกันสังคม ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2548

หน้าที่สำคัญประการหนึ่งของสำนักงานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 คือ การจัดให้ผู้ประกันตนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยมิใช่เนื่องจากการทำงานได้รับการบริการทางการแพทย์อย่างเหมาะสม โดยได้กำหนดไว้ว่าผู้ประกันตนซึ่งนำส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนวันที่รับบริการทางการแพทย์ จะเป็นผู้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ (Health Care) และเงินทดแทนการขาดรายได้ (Cash Sickness Benefits) ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการแพทย์กำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม สำหรับบริการทางการแพทย์ใช้วิธีบริการทางการแพทย์ด้วยระบบเหมาจ่าย (Capitation) ซึ่งกำหนดให้ผู้ประกันตนได้รับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลจนสิ้นสุดการรักษา โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง และไม่จำกัดจำนวนเงิน ผู้ประกันตนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าบริการทางการแพทย์ให้สถานพยาบาล ยกเว้นค่าใช้จ่ายในบริการด้านอื่นๆ และกลุ่มโรคหรือบริการที่ยกเว้น

จากข้อมูลค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วย ทุพพลภาพ และคลอดบุตร ไม่รวมเงินทดแทนการขาดรายได้ ระหว่าง พ.ศ. 2543 - 2547 พบว่านอกจากค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่าย แล้วสำนักงานประกันสังคมยังจ่ายค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนืออัตราที่เหมาะสม โดยจ่ายตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการแพทย์กำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม อาทิ เคมีบำบัด การผ่าตัดเปิดหัวใจ การผ่าตัดใส่อวัยวะหรืออุปกรณ์ในการบำบัด

รักษาโรค การฟอกโลหิตเพื่อรักษากรณีไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การปลูกถ่ายไขกระดูก การเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุ ฯลฯ

เมื่อพิจารณาจากอัตราการเข้ารับบริการทางการแพทย์ระหว่างปี พ.ศ. 2538-2547 ตามตารางที่ 1 พบว่าอัตราการให้บริการในสถานพยาบาลทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 มีอัตราการให้บริการเพิ่มขึ้นตลอดจนถึงปี พ.ศ. 2542 กล่าวคืออัตราการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก พ.ศ. 2538 อัตราค่าใช้บริการคนละ 1.22 ครั้งต่อปี อัตราการใช้ในปี พ.ศ. 2547 เพิ่มขึ้นคนละ 2.58 ครั้งต่อปี ยกเว้นปี พ.ศ. 2543 อัตราการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกน้อยกว่าปีพ.ศ. 2542 เล็กน้อย

สำหรับการให้บริการแบบผู้ป่วยใน พบว่าอัตราการให้บริการ พ.ศ.2538 มีการให้บริการคนละ 0.027 ครั้งต่อปี หรือในจำนวนผู้ประกันตน 1,000 คน ป่วยจำเป็นต้องพักค้างในสถานพยาบาลจำนวน 27 คน และจะมีอัตราเพิ่มขึ้นตลอดจนถึง พ.ศ. 2542 มีการให้บริการคนละ 0.043 ครั้งต่อปี หรือในจำนวนผู้ประกันตน 1,000 คน ป่วยจำเป็นต้องพักค้างในสถานพยาบาลจำนวน 43 คน ระหว่าง พ.ศ. 2542-2547 พบว่าอัตราการให้บริการแบบผู้ป่วยในมีอัตราใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 1 อัตราการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม

หน่วย : ครั้ง/คน/ปี

ประเภท	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547
ผู้ป่วยนอก	1.22	1.34	1.52	1.46	2.15	2.04	2.51	2.55	5.54	2.58
- รัฐบาล	1.00	1.16	1.44	1.40	2.07	1.85	2.37	2.44	2.41	2.50
- เอกชน	1.41	1.45	1.59	1.50	2.22	2.18	2.60	2.61	2.63	2.63
ผู้ป่วยใน	0.027	0.030	0.034	0.032	0.043	0.043	0.046	0.044	0.046	0.047
- รัฐบาล	0.024	0.029	0.032	0.031	0.041	0.042	0.041	0.039	0.043	0.043
- เอกชน	0.030	0.031	0.035	0.033	0.043	0.044	0.050	0.047	0.049	0.049

ที่มา รายงานประจำปี 2547 สำนักงานประกันสังคม

ในปี พ.ศ. 2544 สำนักงานประกันสังคม โดยประกาศของคณะกรรมการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ได้กำหนดให้มีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมนอกเหนืออัตราการเหมาจ่าย สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยง จึงกำหนดโรคเรื้อรังไว้จำนวน 8 โรค คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภูมิคุ้มกันบกพร่อง มะเร็ง เส้นเลือดใน

สมองแตก/อุกตัน หัวใจล้มเหลว ตับอักเสบเรื้อรังและตับแข็ง และถุงลมโป่งพอง จากการ
พิจารณาจำนวนและอัตราการเป็นโรคเรื้อรังของผู้ประกันตน ซึ่งเข้ารับการรักษายาบาลใน
สถานพยาบาลตามโครงการประกันสังคม ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2547 ตามตารางที่ 2 พบว่า
ผู้ประกันตนซึ่งป่วยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี กล่าวคือในปีพ.ศ. 2544 มีผู้ประกันตนป่วยเป็น
โรคเรื้อรังจำนวน 79,792 คน และปี พ.ศ. 2547 เพิ่มขึ้นจำนวน 196,683 คน โรคเรื้อรังทั้ง 8 โรค
มีจำนวนเพิ่มทุกปีและในจำนวนดังกล่าวพบว่าป่วยเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด และรองลงมา
คือโรคเบาหวาน และเมื่อเปรียบเทียบอัตราโรคเรื้อรังต่อผู้ประกันตน 1,000 ราย พบว่าปี พ.ศ.
2544 ผู้ประกันตน 1,000 คน จะป่วยเป็นโรคเรื้อรังประมาณ 13 คน ในจำนวนนี้ป่วยเป็นโรค
ความดันโลหิตสูงประมาณ 8 คน เป็นโรคเบาหวานประมาณ 4 คน อัตราการป่วยเป็นโรคเรื้อรัง
เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทุกปี ในปี พ.ศ. 2547 พบว่าในผู้ประกันตน 1,000 คน จะป่วยเป็นโรคเรื้อรัง
เพิ่มเป็น 24 คน และในจำนวนนี้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประมาณ 14 คน เป็น
โรคเบาหวานประมาณ 6 คน

นอกจากจำนวนและอัตราการป่วยเป็นโรคเรื้อรังของผู้ประกันตนจะเพิ่มขึ้นทุกปี สถานพยาบาลตามโครงการประกันสังคมได้ขอเพิ่มจำนวนโรคเรื้อรังมากขึ้นจากเดิม คณะกรรมการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมจึงประกาศเพิ่มหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2547 ให้เพิ่มจำนวนโรคเรื้อรังจาก 8 โรค เป็น 25 โรค คือ

1. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)
2. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)
3. โรคตับอักเสบเรื้อรังและโรคตับแข็ง (Chronic Hepatitis, Cirrhosis of liver)
4. โรคหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure)
5. โรคเส้นเลือดสมองแตก/อุดตัน (Cerebrovascular Accident)
6. โรคมะเร็ง (Malignancy)
7. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS)
8. โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema)
9. โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Renal Failure)
10. โรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease)
11. โรคมายแอสทีเนีย เกรวิส (Myasthenia Gravis)
12. โรคเบาจืด (Diabetes Insipidus)
13. โรคมัลติเพิล สเคลอโรสิส (Multiple Sclerosis)
14. โรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia)
15. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis)
16. โรคต้อหิน (Glaucoma)
17. โรคไตเนฟโรติก (Nephrotic Syndrome)
18. โรคลูปีส (SLE)
19. โรคเลือดอะพลาสติก (Aplastic Anemia)
20. โรคทาลัสซีเมีย (Thalassemia)
21. โรคฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)
22. โรคเรื้อนกวาง (Psoriasis)
23. โรคผิวหนังพุพองเรื้อรัง (Chronic Vesiculobullous Disease)

24. โรคเลือด ไอทีพี (ITP)

25. โรคคอไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrototoxicosis)

จากการประชุมร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก (WHO) และสมาคมการประกันสังคมระหว่างประเทศ (ISSA) ที่ประเทศฟินแลนด์ ระหว่างวันที่ 27-28 พฤษภาคม พ.ศ. 2547 ได้กล่าวถึงสภาวะของโรคที่ทั่วโลกกำลังประสบคือ สาเหตุของการตายประมาณร้อยละ 60 เกิดจากโรคที่ไม่ติดต่อ (Non – Communication Disceases, NCDs) และในจำนวนของโรคที่ไม่ติดต่อนี้ครึ่งหนึ่งคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) ซึ่งประชากรทั่วโลกร้อยละ 43 ได้รับผลกระทบจากโรคเหล่านี้และชี้ถึงสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคเหล่านี้ คือ

- การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ไม่ถูกสุขลักษณะ
- ขาดการออกกำลังกาย
- สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ในที่ประชุมได้เห็นความสำคัญของการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคที่ไม่ติดต่อ (NCDs) โดยการสร้างเสริมสุขภาพและให้บุคลากรต่างๆ รู้จักการดูแลตนเองและขอให้หน่วยงานประกันสังคมประเทศต่างๆ ได้ดูแลผู้ประกันตนให้มีสุขภาพที่ดีมากกว่าจะรอไปให้การรักษาเมื่อผู้ประกันตนเจ็บป่วยแล้ว และได้เสนอให้พิจารณาเลือกประเทศต่างๆ เข้าร่วมดำเนินการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคม โดยเลือกจากประเทศที่มีความแตกต่างกันในเรื่องเศรษฐกิจ ทั้งนี้เพื่อจะได้รูปแบบหรือแนวทางและวิธีการสร้างเสริมสุขภาพหลากหลายรูปแบบ โดยจัดทำเป็น Comparative Report

ในปี พ.ศ. 2548 ISSA ได้เชิญชวนให้สำนักงานประกันสังคมประเทศไทยและอีก 6 ประเทศ คือ เกาหลี เม็กซิโก เยอรมัน ฟินแลนด์ อินเดีย และคอซตาริกา เข้าร่วมดำเนินการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคม โดยขอให้แต่ละประเทศแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญจัดทำเอกสารของประเทศไปนำเสนอในที่ประชุม ซึ่งประเทศไทยได้แต่งตั้งศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพเป็นผู้เชี่ยวชาญ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

- จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญของแต่ละประเทศที่นครเจนีวา ในเดือนกรกฎาคม 2548 เพื่อกำหนดรูปแบบรายงานของแต่ละประเทศ และได้รับทราบแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของแต่ละประเทศ ซึ่งประเทศไทยได้ส่งศาสตราจารย์นายแพทย์อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม และนางเรืองรอง ดิผดุง เข้าร่วมประชุม

- นำเสนอผลการประชุมในการ ในการประชุม “The 6th WHO Global Conference on Health Promotion” ซึ่งจัดที่กรุงเทพมหานคร ในเดือนสิงหาคม 2548
- จัดทำ Comparative report ที่สมบูรณ์
- จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญครั้งที่ 2 คับปี พ.ศ. 2549 ที่นครเจนีวา
- จัดพิมพ์ผลการศึกษาและเผยแพร่
- หากเป็นไปได้จะจัดประชุมในลักษณะของ Global Conference อีกครั้งตอนปลายปี พ.ศ. 2549 ที่ประเทศไทย

สำนักงานประกันสังคมได้ตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ประกันตนเพื่อให้ผู้ประกันตนมีสุขภาพที่ดี ซึ่งจะเป็ผลดีต่อภาพรวมของประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ และสังคม และการที่ประเทศไทยได้มี โอกาสศึกษาแนวทางและรูปแบบร่วมกับอีก 6 ประเทศ ทำให้มี โอกาสได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ร่วมกัน อาจทำให้แต่ละประเทศได้ ทำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในประเทศของตนเอง และผลการศึกษาอาจนำเสนอให้ประเทศอื่นๆ ที่ นอกเหนือจากประเทศที่ร่วมดำเนินการตาม โครงการ ได้นำแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพไป ประยุกต์ภายใต้ระบบประกันสังคม

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของสำนักงานประกันสังคม
2. เพื่อศึกษาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยงานอื่น ๆ
3. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการปรับปรุงการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม

3. ขอบเขตของการศึกษา

ศึกษาเฉพาะแนวทางการปรับปรุงการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม

4. แหล่งข้อมูลของการศึกษา

ศึกษาจากเอกสารข้อมูลการวิจัยและการสำรวจด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักงานประกันสังคม กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข องค์การอนามัยโลก สมาคมการประกันสังคมระหว่างประเทศ และองค์การแรงงานระหว่างประเทศ

5. ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา

เพื่อจะได้นำผลการศึกษามาเป็นแนวทางปรับปรุงการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม เพื่อลดอัตราการเกิดโรคและสร้างเสริมสุขภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ประกันตนที่เป็นกำลังสำคัญในการส่งเสริมเศรษฐกิจและประเทศชาติต่อไป

บทที่ 2

แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรอบความคิดทางวิชาการ

1. นิยามของการสร้างเสริมสุขภาพ

1.1 กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter)

อ่าพล จินดาวัฒน์ (2548, 55-67) ได้กล่าวถึงการสร้างเสริมสุขภาพไว้ดังนี้ เมื่อปี 2520 องค์การอนามัยโลกได้เสนอยุทธศาสตร์ “การสาธารณสุขมูลฐาน” (Primary Health Care) ออกมาให้ประเทศสมาชิกนำไปใช้ การสาธารณสุขมูลฐานนี้วางอยู่บนแนวคิดที่ว่า เรื่องสุขภาพจะปล่อยให้ประชาชนรอรับบริการจากฝ่ายบุคลากรสาธารณสุขอย่างเดียวไม่ได้ ฝ่ายประชาชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในเรื่องที่ประชาชนทำเองได้ด้วย จึงจะทำให้เกิดการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all) ได้

ต่อมาหลังจากนั้นเกือบสิบปี เมื่อปี พ.ศ. 2529 องค์การอนามัยโลกได้ผลักดันแนวคิดใหม่่ออกมาอีกกระลอกหนึ่งนั่นคือ ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategy) โดยออกมาเป็นกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ขยายความ “การสร้างเสริมสุขภาพ” ออกไปจากความเข้าใจเดิม ๆ ให้มีความหมายใหม่ว่า การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเรามีความสามารถในการควบคุม ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดี สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม รวมไปถึงปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งมีหลักการสำคัญอยู่ 5 ประการ

1. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน
2. ต้องมีส่วนร่วมของสาธารณะ
3. ให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม
4. ลดความไม่เท่าเทียมและความไม่ยุติธรรมในสังคม
5. กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคีต่างๆ

1.2 นิยามที่กำหนดขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกและสมาคมการประกันสังคมระหว่างประเทศ

ในการสำรวจความเป็นไปได้ในการบูรณาการ การสร้างเสริมสุขภาพเข้าสู่ระบบประกัน สังคมขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization/International Social Security Association, Project on Social Insurance and Health Promotion, Guidance Notes for National Experts, 2005) ได้กำหนดนิยามการสร้างเสริมสุขภาพไว้ว่า

“การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นการผนวกนโยบายและโครงการที่ ส่งเสริมให้ประชาชนควบคุมสุขภาพและปัจจัยของการมีสุขภาพดี ซึ่งประกอบด้วย นโยบาย สาธารณะด้านสุขภาพ กิจกรรมที่สร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพวิธีการที่เสริมสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง พัฒนาทักษะส่วนบุคคลและกลยุทธ์ที่จะผลักดันให้ระบบสุขภาพมุ่งสู่การสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น”

นอกจากนี้ ยังได้ระบุไว้ในการวิเคราะห์บทบาทและกิจกรรมของการสร้างเสริมสุขภาพในระบบประกันสังคมไว้ ดังนี้

“การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคเป็นองค์ประกอบหลักของระบบ สาธารณสุขนอกเหนือจากการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ”

1.3 นิยามขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO)

อนุสัญญา ILO (ค.ศ. 1952) ว่าด้วยมาตรฐานขั้นต่ำด้านการประกันสังคม (Convention Concerning Minimum Standards of Social Security)

ส่วนที่ 2 “การรักษาพยาบาล” ระบุไว้ดังนี้

มาตรา 7 ให้ประเทศสมาชิกซึ่งส่วนหนึ่งของอนุสัญญามีผลบังคับใช้รับประกัน ประโยชน์ทดแทนแก่บุคคลซึ่งได้รับการคุ้มครองในเงื่อนไขที่จะทำให้การรักษาพยาบาลใน ลักษณะของการป้องกันและรักษาตามมาตรา ดังต่อไปนี้

ซึ่งหมายความว่า ในนิยามของ ILO การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการรักษาพยาบาล

1.4 นิยามตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544

พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 มาตรา 3 ให้คำ นิยาม “การสร้างเสริมสุขภาพ” หมายความว่า การใด ๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมี

สุขภาพทางกาย จิตและสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ความแตกต่างระหว่างคำว่าสร้างเสริมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ

คำว่า Health Promotion ที่ใช้คำไทยว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งส่วนใหญ่มักจะหมายถึง การปฏิบัติการบริการของบุคลากรสาธารณสุขเพื่อสุขภาพของประชาชนได้ถูกขยายให้มีความหมายกว้างขึ้นเป็นเรื่องยุทธศาสตร์ของการทำให้เกิดสุขภาพดี มีการนำคำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” มาใช้กันอย่างกว้างขวางมากขึ้น ซึ่งสื่อความหมายไปถึงทั้ง “การสร้าง” คือการทำขึ้นใหม่และ “การเสริม” คือการทำให้เพิ่มขึ้นที่ทุกคนทุกฝ่ายทำได้และช่วยกันทำได้ในขณะที่มีบางส่วนบางเรื่องต้องการ “ส่งเสริม” จากผู้ที่มีความรู้ความสามารถมากกว่าอยู่ด้วย (อำพลจินดาวัฒนะ ,2548)

การเปลี่ยนคำจากการส่งเสริมสุขภาพเป็นสร้างเสริมสุขภาพมิได้ลดบทบาทและความสำคัญของบุคลากรสาธารณสุขแต่จำเป็นต้องได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งปริมาณและคุณภาพคำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” จึงให้ความหมายกว้างและลึกกว่า “การส่งเสริมสุขภาพ”

ข้อแตกต่างระหว่างการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่กับการส่งเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม (สุรเกียรติ์ อาษาอนุภาพ, 2541)

การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่	การส่งเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม
<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม 2. มุ่งที่สุขภาพของประชาชน ชุมชน 3. เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสังคม 4. เน้นที่ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม 5. ใช้กลยุทธ์ 5 ประการ ตามกฎออกดคาว่า <ul style="list-style-type: none"> - สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ - สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ - เสริมสร้างกิจกรรมของชุมชนให้เข้มแข็ง - พัฒนาทักษะส่วนบุคคล - ปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข 6. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ความร่วมมือ ระหว่างภาค และการส่งเสริมอำนาจ/ ศักยภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นบริการที่จัด โดยองค์กรสุขภาพ 2. มุ่งที่สุขภาพส่วนบุคคล 3. เป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล 4. เน้นที่ปัจจัยทางพฤติกรรมส่วนบุคคล 5. ใช้กลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคมการให้ข้อมูล ข่าวสาร และการให้สุขภาพศึกษา 6. ส่งเสริมความรู้ เจตคติ และทักษะของปัจเจกบุคคล

3. แนวคิดขององค์การอนามัยโลกและสมาคมการประกันสังคมระหว่างประเทศ

องค์การอนามัยโลก (WHO) และสมาคมการประกันสังคมระหว่างประเทศ (ISSA) ได้มีการริเริ่มทบทวนกลยุทธ์ในการผลักดันการสร้างเสริมสุขภาพในระบบประกันสังคม การทบทวนดังกล่าวได้เริ่มขึ้นในการประชุมหารือขององค์การอนามัยโลกและสมาคม ISSA ในเรื่องการประกันสังคมและการสร้างเสริมสุขภาพ ระหว่างวันที่ 27 - 28 พฤษภาคม 2547 ณ กรุงเฮลซิงกิ ประเทศฟินแลนด์ วัตถุประสงค์โดยรวมของความคิดริเริ่มนี้คือการส่งเสริมสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกและสถาบันสมาชิกสมาคม ISSA ได้บูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพเข้าสู่ระบบประกันสังคมและระบบการรักษาพยาบาล

องค์การอนามัยโลกได้ยอมรับข้อคิดในการประชุมสมัชชาใหญ่ขององค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 57 วันที่ 22 พฤษภาคม 2547 เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกสร้างความแข็งแกร่งให้กับการสร้างเสริมสุขภาพโดยการสนับสนุนด้านการเงินอย่างยั่งยืนและเพียงพอ ตลอดจนให้มีฐานองค์กรที่มั่นคงการสร้างเสริมสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญในระบบการรักษาพยาบาลที่ยั่งยืนและตอบสนองความต้องการ ในขณะที่เดียวกันความแข็งแกร่งของการสร้างเสริมสุขภาพเป็นเครื่องมือที่ส่งเสริมวัตถุประสงค์ของ ISSA ในการสร้างความเข้มแข็งให้กับการคุ้มครองการประกันสังคมแก่ประชากรของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ดังนั้น ISSA และ WHO จึงได้ทำการสำรวจความเป็นไปได้ในการบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพเข้าสู่ระบบประกันสังคม โดยมีประเทศที่เข้าร่วมโครงการ 7 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย

เอกสารแนะนำการสำรวจดังกล่าวได้วิเคราะห์บทบาทและกิจกรรมของการสร้างเสริมสุขภาพในระบบประกันสังคมไว้ ดังนี้ (World Health Organization/International Social Security Association, Project on Social Insurance and Health Promotion, Guidance Notes for National Experts, 2005)

1. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นองค์ประกอบหลักของระบบสาธารณสุข นอกเหนือจากการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงกระบวนการพัฒนาของการประกันสังคมให้มีจุดมุ่งหมายให้ประชากรมีสุขภาพดี โดยไม่เพียงแต่คุ้มครองคนป่วยแต่ต้องจัดสรรเงินกองทุนในรูปแบบที่ยั่งยืนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
3. วิธีที่น่าสนใจในด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระบบประกันสังคมเกิดขึ้นเมื่อไม่กี่ปีมานี้ในหลายประเทศที่ทำการศึกษามีการออกกฎหมายและระเบียบหรือกำลังอยู่ระหว่างเตรียมการมีโครงสร้างใหม่ เช่น มูลนิธิสร้างเสริมสุขภาพ (สนับสนุนการเงินจากเงินสมทบของการประกันสุขภาพ) และการประกันสุขภาพก็ได้รับการยอมรับว่าเป็นหุ้นส่วนสำคัญของระบบสาธารณสุขในการสนับสนุนมาตรการปรับปรุงสุขภาพของประชากร
4. วิธีการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเปลี่ยนแปลงไปโดยให้ประกอบด้วยโครงการที่ใช้ฐานข้อมูล สุขศึกษาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตลอดจนความชัดเจนในเชิงสุขภาพ การริเริ่มของท้องถิ่นและการกำหนดวิธีสนับสนุนกิจกรรมความก้าวหน้าและนวัตกรรมในเรื่องของการ

สร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการอีกวิธีหนึ่งคือการสร้างเสริมสุขภาพในระบบรักษาพยาบาล โดยการจูงใจสถานพยาบาลให้ดำเนิน โครงการสร้างเสริมสุขภาพ

5. บางประเทศกำหนดบทลงโทษสำหรับพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยกำหนด การจ่ายเงินสมทบในสัดส่วนที่แตกต่างกันบางประเทศนำเงินค่าปรับจากผู้ที่ไม่จ่ายเงินสมทบตรง ตามกำหนดมาใช้สนับสนุน โครงการสร้างเสริมสุขภาพ

6. การเป็นหุ้นส่วน (Partnerships) กรณีที่การสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมอย่างกว้างขวาง และนอกเหนือจากภาคสาธารณสุข จำเป็นต้องพัฒนาความเป็นหุ้นส่วนในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในเรื่องของนโยบาย การดำเนินโครงการและการสนับสนุนการเงิน ซึ่งสะท้อน ให้เห็นกลไกความร่วมมือทั้งโดยสมัครใจและโดยบังคับที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพในบาง ประเทศ เพื่อกำหนดนโยบายจัดลำดับความสำคัญและการริเริ่มทั่วไป เช่น จัดประชุมหารือ เป็นต้น ในบางกรณีการเป็นหุ้นส่วนอาจนำมาใช้กับการสนับสนุนการเงินด้านสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่ง ประกอบด้วย ข้อกำหนดของกฎหมายในการจัดสรรเป็นร้อยละขั้นต่ำของค่าใช้จ่ายเรื่องการ ประกันสุขภาพ การจัดสรรงบประมาณจากรายได้ของการประกันสังคมและกองทุน ซึ่งเก็บจาก ภาษีของผู้เกี่ยวข้อง ภาษีของสินค้าและบริการที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

นอกจากนี้ WHO/ISSA ได้วิเคราะห์อุปสรรคในการบูรณาการสร้างเสริมสุขภาพเข้าสู่ ระบบประกันสังคมไว้ ดังนี้

- การขาดความเข้าใจในเรื่องของหลักการความชัดเจนของการดำเนินงานและศักยภาพ ของระบบความมั่นคงทางสังคมในส่วนที่รับผิดชอบการสร้างเสริมสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO)

- ความไม่เข้าใจในระบบประกันสังคมเกี่ยวกับประ โยชน์ที่ได้รับและความสำคัญของ การบูรณาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเข้าสู่ระบบประกันสังคม

- แรงกดดันทางเศรษฐกิจในระยะสั้นและประเด็นการพิจารณาเรื่องของการรวดเร็ว ด้านดอกผลการลงทุนในประโยชน์ทดแทนการประกันสังคม ซึ่งขัดแย้งกับการลงทุนด้านสร้าง เสริมสุขภาพที่ต้องเห็นผลในระยะยาว

- อุปสรรคด้านกฎหมายและการบริหารภายในการประกันสุขภาพ

- มีความจำเป็นต้องสร้างความเข้มแข็งให้กับเอกสารหลักฐานที่ระบุผลกระทบของ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระยะยาว รวมทั้งต้องสาธิตให้เห็นถึงผลของการสร้างเสริมสุขภาพใน

เรื่องของคุณภาพการเข้าถึงการรักษาพยาบาล โครงสร้างต้นทุน และประสิทธิภาพในการใช้ประโยชน์ทดแทนการประกันสังคม

- ความสนใจของบุคลากรสาธารณสุขและองค์กรสาธารณสุขอยู่ในระดับต่ำ ความสนใจขององค์กรประกันสังคมในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นเรื่องจำเป็น
- ผู้ให้บริการไม่มีความต้องการที่จะสร้างเสริมสุขภาพ
- ความคุ้มครองการประกันสังคมในประเทศกำลังพัฒนาอยู่ในระดับต่ำ การคุ้มครองต่ำทำให้ความสนใจมีน้อยและระบบประกันสังคมใหม่ ๆ มักจะมุ่งการรักษามากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และประเทศเหล่านี้ขาดการพิจารณาว่าจะได้ประโยชน์อย่างไรจากการสร้างเสริมสุขภาพ . ในระยะเริ่มต้นของการประกันสุขภาพ

ประเทศที่เข้าร่วมโครงการสำรวจของ WHO/ISSA 5 ใน 7 ประเทศ ได้ส่งผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านการประกันสังคมและการสร้างเสริมสุขภาพ ณ กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ระหว่างวันที่ 7 – 8 กรกฎาคม 2548 ได้แก่ สาธารณรัฐเกาหลีใต้ เยอรมนี ไทย อินเดียและเม็กซิโก ในที่นี้จะสรุปสาระสำคัญของการนำเสนอที่ประชุมเพียง 4 ประเทศ (Meeting Report, WHO/ISSA Project on Social Insurance and Health Promotion, Expert meeting, Geneva, 7 - 8 July 2005) ดังนี้

สาธารณรัฐเกาหลีใต้

ผู้เชี่ยวชาญจากสาธารณรัฐเกาหลีใต้ได้ระบุถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการตกเตียงเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการประกันสังคมในเกาหลีใต้ ซึ่งเป็นประเทศหนึ่งที่มีผู้สูงอายุมาก ระบบประกันสังคมในปัจจุบันจึงคุ้มครองอย่างเต็มที่ กฎหมายสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติที่บังคับใช้ในปี ค.ศ. 1995 เป็นฐานของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ วัตถุประสงค์หลักของกฎหมายสร้างเสริมสุขภาพคือเพื่อสร้างค่านิยมและความรู้สึกที่ต้องเอาใจใส่ต่อสุขภาพให้กับประชาชน เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการรักษาสุขภาพและสร้างเงื่อนไขให้ประชาชนปฏิบัติเพื่อชีวิตที่มีสุขภาพสมบูรณ์ กองทุนสร้างเสริมสุขภาพของเกาหลีใต้ได้รับการสนับสนุนจากภาษีบุหรี่ ซึ่งกำหนดขึ้นเพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 72 ของแหล่งทุนของกองทุนนี้ ได้นำมาใช้สนับสนุนโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการติดเครื่องหมาย “ผู้บริโภครองเสริมกิจกรรม” กิจกรรมต่าง ๆ มุ่งหมายที่จะกระตุ้นให้ผู้ประกันตนเข้าร่วมโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อแนะนำผู้บริโภครให้ใช้บริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพตามความต้องการของแต่ละบุคคลและเพื่อสร้างความแข็งแกร่ง

ให้กับการบริหารการเงิน โครงการประกันสุขภาพ สำนักงานสนับสนุนผู้บริโภครส่งเสริมให้โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติจัดกิจกรรมสำคัญ 5 ประการ คือ การตรวจสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การให้บริการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม การให้คำปรึกษาหารือและข้อมูลด้านสุขภาพและโรคต่าง ๆ และอีก 26 กิจกรรม มีตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคคล ไปจนถึงการกำกับดูแล การประชาสัมพันธ์ด้านการรักษาพยาบาล การประเมินผลครั้งแรกปรากฏว่าผู้ประกันตนมีความพึงพอใจกับบริการส่งเสริมผู้บริโภคร ปัญหาที่เผชิญอยู่ระหว่างการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยปัญหาการประสานงานระหว่างกิจกรรมที่ดำเนินงาน โดยสถานีนามัยของรัฐที่ใช้เงินของกองทุนสร้างเสริมสุขภาพกับกิจกรรมที่ดำเนินงาน โดยโครงการประกันสุขภาพ และปัญหาการที่สถานพยาบาลไม่ยอมรับและไม่ปฏิบัติตาม นอกจากนี้ยังมีปัญหาการขาดแคลนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีทักษะซึ่งต้องมีการพิจารณาในอนาคตต่อไป

จะเห็นได้ว่า เกาหลีใต้ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมาก จึงได้บัญญัติไว้เป็นกฎหมาย และยังสนับสนุนให้โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเต็มที่

เยอรมนี

ผู้เชี่ยวชาญจากเยอรมนีได้ระบุถึงความท้าทายในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบประกันสุขภาพ โดยให้มีการแข่งขันระหว่างกองทุนเจ็บป่วยต่าง ๆ โดยชี้ให้เห็นความสำคัญของการพิจารณากรอบงานด้านสถาบันของระบบประกันสังคมทั้งหมด และการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพภายใต้การประกันสังคมเพื่อวิเคราะห์กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้การประกันสังคม ข้อกฎหมายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยโครงการประกันสังคม ปรากฏอยู่ในกฎหมายสังคม ซึ่งระบุว่ากองทุนประกันการเจ็บป่วยจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นการลดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ กองทุนเจ็บป่วยแต่ละกองทุนควรใช้จ่าย 2.70 ยูโร ต่อผู้ประกันตน 1 คน ต่อ 1 ปี ในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญได้ระบุถึงการริเริ่มของสหพันธ์บริษัทกองทุนเจ็บป่วยในเรื่องของ “สุขภาพที่ดีขึ้นสำหรับทุกคน” วัตถุประสงค์เพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสังคมในด้านสาธารณสุขและเป้าหมายหลักคือกลุ่มผู้อพยพ ผู้ว่างงาน คนสูงอายุและเด็ก ขณะนี้กำลังมีการเสนอกฎหมายใหม่ด้านการป้องกันโรค ซึ่งจะระบุถึงการสนับสนุนการเงินและ การดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและเปลี่ยนแปลงบทบาทของการประกันสังคมแต่ยังมีได้มีการบังคับใช้ เนื่องจากกำลังอยู่ระหว่างรอการเลือกตั้งครั้งใหม่

อินเดีย

ผู้เชี่ยวชาญจากอินเดียได้กล่าวถึงโครงการประกันสังคมและเป้าหมายนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติที่กำหนดขึ้นในปี ค.ศ.2002 ภาคสาธารณสุขได้พยายามขยายความคุ้มครองการประกันสุขภาพแก่ประชากรส่วนใหญ่ โครงการประกันสุขภาพที่ดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายประกอบด้วยโครงการประกันสุขภาพภายใต้การประกันสังคม การประกันสุขภาพโดยใช้ฐานชุมชน การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ และการประกันสุขภาพระดับจุลภาค กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข และประกอบด้วย การฝึกอบรม เพื่อผู้ประกอบการ วิชาชีพด้านสาธารณสุข การพัฒนาอุปกรณ์การศึกษาด้านสาธารณสุข โครงการอนามัยโรงเรียน โครงการเพื่อส่งเสริมการรับรู้ต่อผลของการสูบบุหรี่และการส่งเสริมการตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพโดยใช้สื่อต่าง ๆ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของโครงการประกันสังคมที่เป็นโครงการหลัก คือ โครงการประกันเพื่อลูกจ้างภาครัฐ มีข้อจำกัดและมุ่งเน้นด้านการรักษา แต่ก็มีให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นจำนวนมาก ประกอบด้วย สุขศึกษา บริการสงเคราะห์ครอบครัว การฉีดวัคซีน การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น การป้องกันโรคจากการทำงานและคลินิกโยคะ เหตุที่ทำให้จำนวนกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพค่อนข้างต่ำเนื่องจากขาดแคลนทุนในการดำเนินงาน

เม็กซิโก

ผู้เชี่ยวชาญจากเม็กซิโกได้กล่าวถึงโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินงานโดยสถาบันประกันสังคมแห่งเม็กซิโก โครงการดังกล่าวเรียกว่า PREVENIMSS ได้ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้ประกันตนตามอายุและเพศ วัตถุประสงค์ เพื่อให้บริการด้านการป้องกันโรค และสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมแก่อายุและเพศ เพิ่มข่ายความคุ้มครองโครงการสาธารณสุขและอำนวยความสะดวกแก่โครงการป้องกันของทีมงานสาธารณสุข โครงการ PREVENIMSS ประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ โภชนาการ การควบคุมและป้องกันโรค การตรวจสอบโรคและอนามัยเจริญพันธุ์ โดยดำเนินกิจกรรมที่มุ่งเน้นอนามัยครอบครัว อนามัย โรงเรียน การเลี้ยงดูเด็กกลางวัน โรงเรียนและสถานประกอบการ ผู้ประกันตนแต่ละคนมีบัตรสาธารณสุขที่บรรจุรายละเอียดอายุ และเพศ เพื่อสามารถเข้าถึงเครื่องมือควบคุมการรักษาพยาบาล ผู้ประกันตนต้องแสดงบัตรก่อนเข้ารับการรักษา และจะมีโอกาสได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพทุกครั้งไปโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังมีการเผยแพร่ความรู้

ให้ประชาชนทั่วไปด้วย โดยแจกคู่มือและผ่านสื่อต่าง ๆ มีโครงการอบรมสถานพยาบาลรวมทั้งหน่วยงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ไทย

ผู้เชี่ยวชาญจากประเทศไทยนำเสนอเกี่ยวกับองค์กรที่ให้การรักษาพยาบาลในประเทศไทยในส่วนของ การประกันสุขภาพภายใต้ประกันสังคมให้ความคุ้มครองคนงานภาคในระบบโครงการสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการให้การคุ้มครองข้าราชการและผู้อยู่ในอุปการะ และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้การคุ้มครองประชากรส่วนที่เหลือ ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการคุ้มครองการประกันสุขภาพอย่างเต็มที่ด้วยกลวิธีบูรณาการการขยายความคุ้มครอง การส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทยเป็นการบริหารแบบรวมศูนย์ และประสานงานโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) ซึ่งมีแหล่งเงินทุนจากภาษีการจำหน่ายสุรา และยาสูบ อย่างไรก็ตามด้วยแนวคิดและการสนับสนุนทางการเงินจากมูลนิธินี้ โครงการประกันสังคมได้เริ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก วัตถุประสงค์ของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโครงการประกันสังคมคือเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพป้องกันโรคควบคุมและส่งเสริมให้มีพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่สุขภาพที่ดีอย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยที่มีผลให้กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานประกันสังคมค่อนข้างจำกัดเพราะมีข้อจำกัดด้านกฎหมาย ซึ่งไม่รวมการส่งเสริมสุขภาพเข้าไปในสิทธิประโยชน์การได้รับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน อย่างไรก็ตามโครงการประกันสังคมได้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ โดยจัดให้มีโครงการนำร่องใน 5 จังหวัด ระหว่างปี 2545 – 2546 นอกจากนี้โครงการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงานได้ดำเนินการใน 19 จังหวัดในปี 2547 และขยายไปครอบคลุม 35 จังหวัด ในปี 2548 โครงการประกอบด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับผู้บริหารระดับสูงของสถานประกอบการ และเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย การฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นวิทยากร ณ สถานประกอบการ และการเผยแพร่ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค กิจกรรมพิเศษประกอบด้วย การให้เงินทุนสถานประกอบการจัดตั้งชมรมสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ นอกจากนี้ยังได้ดำเนินโครงการประชาสัมพันธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อให้ถูกข้างตระหนักถึงความสำเร็จของสุขภาพและความปลอดภัย ผู้เชี่ยวชาญกล่าวว่าขณะนี้กำลังมีการหารือในประเด็นของการแก้ไขกฎหมาย ซึ่ง

จากที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่า ประเทศที่ร่วมโครงการของ WHO/ISSA ล้วนเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและได้พยายามสนับสนุนในวิถีทางที่แตกต่างกัน เพื่อบูรณาการส่งเสริมสุขภาพเข้าสู่ระบบประกันสังคม ประเทศไทยก็เล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน โดยจะกล่าวถึงในบทต่อไป

4. ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 หมวด 2 ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยมาตรา 63 บัญญัติไว้ ดังนี้

มาตรา 63 ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ได้แก่

1. ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
2. ค่าบำบัดทางการแพทย์
3. ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล
4. ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์
5. ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
6. ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

สำนักงานประกันสังคมตีความมาตรา 63 มิได้รวมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นองค์ประกอบของประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ดังนั้นในการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ผ่านมาจึงค่อนข้างจำกัดทั้งในเรื่องของงบประมาณ บุคลากร และนโยบายในการดำเนินงาน

5. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะ

ประเวศ วะสี (2543) ได้ชี้ให้เห็นว่าสุขภาพเป็นเรื่องวิถีชีวิตทั้งหมดที่ต้องคิดเป็นองค์รวม โดยสามารถแบ่งสุขภาวะหรือภาวะที่เป็นสุขออกเป็นมิติต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวพันกันได้ 4 มิติด้วยกัน คือ

(1) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุร้าย และมีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

(2) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีเมตตา สัมผัสได้กับสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงลดการเห็นแก่ตัวลงไปด้วย

(3) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคมมีระบบบริการที่ดี และมีระบบบริการที่เป็นกิจการทางสังคม

(4) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual well – being) หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่ง หรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้า เป็นต้น สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์มีความหลุดพ้นจากความตัวตน (Self transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความอ่อนโยนอย่างยิ่ง มีผลดีต่อสุขภาพทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม

บัวทอง สว่างโภภาค (อ้างถึงใน จันทรพีญ ชูประภาวรรณ 2543) ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับสุขภาวะทั้ง 4 ด้านล้วนมีความสัมพันธ์และมีผลกระทบต่อกัน เช่น ความเจ็บป่วยของร่างกายก็เลยทำให้เกิดสภาพปัญหาทางด้านจิตใจหรืออาจทำให้เกิดภาวะความไม่สมบูรณ์ของจิตใจ ในทางกลับกันความเครียดในจิตใจ ไม่ว่าจะเนื่องจากความกดดันความคับข้องใจ ความขัดแย้ง หรือความวิตกกังวลก็อาจนำมาซึ่งความไม่สมบูรณ์ทางกายหลาย ๆ รูปแบบด้วยกัน อาทิ ในระยะแรกอาจมีอาการ ไข้ ปวดหัว ปวดกล้ามเนื้อ ในระยะที่สองอาจเป็นแผลในกระเพาะอาหาร มีความดันโลหิตสูงหรืออาจมีอาการป่วยทางจิต หรืออาจป่วยเป็นโรคหัวใจมีอาการเหนื่อยล้า อ่อนแรง

6. ยุทธศาสตร์แห่งชาติ รวมพลังสร้างสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง

ปี พ.ศ. 2546 – 2547 รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขจัดมหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพชวนคนไทยร่วมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการประกาศให้วันที่ 27 พฤศจิกายน ของทุกปีเป็น “วันสร้างสุขภาพแห่งชาติ” พร้อมกันนี้ได้ประกาศยุทธศาสตร์

แห่งชาติ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง” หรือที่เรียกกันในชื่อภาษาอังกฤษ “Healthy Thailand”

ยุทธศาสตร์ชาติเรื่องนี้ได้กำหนดวิสัยทัศน์ของเมืองไทยแข็งแรงไว้ว่า

“คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคม และปัญญา/จิตวิญญาณ มีสัมมนาอาชีพ มีรายได้ทำงานด้วยความสุข สามารถดำรงชีพบนพื้นฐานของความพอดีประมาณอย่างมีเหตุมีผล ภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ มีครอบครัวอบอุ่น มั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ชีวิตและทรัพย์สินเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีสุขภาพแข็งแรง และอายุยืนยาว”

และกำหนดคำประกาศรองรับการดำเนินงานไว้ดังนี้

(1) ด้านความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางกาย (Physical health)

- คนไทยที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อสุขภาพในทุกหมู่บ้าน ทุกตำบล ทุกชุมชน ทุกหน่วยงานและสถานประกอบการ
- คนไทยได้รับบริโภคอาหารที่ปลอดภัยมีคุณค่าทางโภชนาการ และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจากแหล่งผลิตอาหารที่ปลอดภัยพิษปนเปื้อน ตลาดสด ร้านอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหารทุกแห่งได้มาตรฐานสุขอนามัย สถานที่ผลิตอาหารทุกแห่งผ่านเกณฑ์ GMP
- คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้นพร้อมสุขภาพที่แข็งแรง อัตราการป่วยและตายด้วยโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของไทยลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขข้ออักเสบ และโรคเบาหวาน

- คนไทยลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ
- คนไทยมีอัตราการบาดเจ็บและตายด้วยอุบัติเหตุลดน้อยลง
- คนไทยทุกคนมีหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน

(2) ด้านความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางจิตใจ (Mental Health)

- คนไทยมีครอบครัวที่อบอุ่น เด็กและผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว
- คนไทยมีอัตราการฆ่าตัวตาย ตลอดจนการป่วยด้วยโรคทางจิต ประสาทลดน้อยลง
- คนไทยมีความฉลาดทางสติปัญญา (I.Q.) และความฉลาดทางอารมณ์ (E.Q.)

เพิ่มมากขึ้นในระดับที่ต้องไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากล

(3) ด้านความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางสังคม (Social Health) และเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy)

- คนไทยมีความปลอดภัยจากอาชญากรรมและความรุนแรงที่ก่อให้เกิดการประทุษร้ายต่อชีวิตร่างกายและจิตใจ การประทุษร้ายทางเพศและการประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน
- คนไทยทุกคนได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียนไม่น้อยกว่า 12 ปี และมีโอกาสเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิตเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและเกิดทักษะทางสุขภาพ (Health Skill) และทักษะ การดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม (Life Skill)
- คนไทยมีสัมมาอาชีพและมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข
- คนไทยมีที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะมีน้ำสะอาดเพื่ออุปโภคบริโภคเพียงพอและดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

(4) ด้านความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางปัญญา/จิตวิญญาณ (Spiritual Health)

- คนไทยลด ละ เลิกอบายมุขและสิ่งเสพติด
- คนไทยมีความรู้รัก สามัคคี มีความเอื้อเฟื้อเกื้อกูลกัน
- คนไทยมีสติและปัญญาแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งรุนแรงต่าง ๆ ด้วยเหตุผลและด้วยสันติวิธี
- คนไทยยึดมั่นในหลักศาสนาธรรมและวัฒนธรรมที่ดีงาม

7. กรอบแนวคิดในการวางแผนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ

แบบจำลองความคิดในการวางแผนและประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพที่นิยมอย่างแพร่หลาย คือ Precede – proceed mode ของ Lawrence W. Green และ Marshall W. Kreuter (อ้างใน สุรินทร์ กลัมพากร, 2547) แบบจำลองความคิดนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

PRECEDE เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสร้างเสริม สุขภาพพัฒนาขึ้นมาโดยมีแนวคิดว่าการเกิดพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้น จะต้องมีกระบวนการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป

PROCEED ซึ่งย่อมาจาก Policy, Regulatory and Organization Constructs in Education and Environment Development หมายถึง การกำหนดนโยบาย กฎข้อบังคับ จัดองค์กร เพื่อพัฒนาการศึกษาและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นขั้นตอนการดำเนินการพัฒนานโยบาย กฎ ระเบียบ การพัฒนาความรู้ ความสามารถด้านสุขภาพของคนในองค์กร การพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม เพื่อมุ่งหวังให้คน ในองค์กรมีพฤติกรรมและครองชีวิตที่เหมาะสม และมีสิ่งแวดล้อมในองค์กรที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งจะก่อให้เกิดสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ของพนักงานและในขั้นตอนนี้ก็ควรมีการประเมินผลในระยะ ต่าง ๆ ด้วย

กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE – PROCEED Framework เป็นการวิเคราะห์แบบ ย้อนกลับ โดยเริ่มจาก Outcome ที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่ง คือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์ แล้ว พิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล การวิเคราะห์ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 9 ขั้นตอน (แผนภูมิที่ 1) ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Social Assessment)

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการ วิเคราะห์โดยการประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของคนในองค์กร สิ่ง ที่ ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มนั้น ที่ ไม่ได้มุ่งไปที่เรื่องเจ็บป่วยหรือดัชนีทางสุขภาพ เช่น ระดับความพึงพอใจในการทำงาน ในชีวิต ส่วนตัวและครอบครัว ระดับความสามารถทางร่างกาย ทางอารมณ์และสติปัญญาในการทำ กิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Epidemiological Assessment)

เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้มี ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนในองค์กร ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรคและภาวะสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเกิดการกระจาย ของโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Assessment)

จากปัญหาด้านสุขภาพอนามัยที่ได้ในขั้นตอนที่ 1 – 2 จะนำมาวิเคราะห์ต่อเพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การมีพฤติกรรมป้องกันอันตรายต่าง ๆ และสาเหตุจากสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคมในการทำงาน

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษาและองค์กร (Educational and Organization Assessment)

ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขภาพศึกษา โดยในขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลหรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคลซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งประกอบประกอบของปัจจัยโน้มน้าว ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมถึงสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ (Socio – Economic Status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงร่วมด้วยในการวางแผนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง ความสามารถที่จะเข้าร่วมและความสะดวกที่จะเข้าร่วมโครงการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น สถานที่ที่จะทำกิจกรรม ความสะดวกด้านเวลา และค่าใช้จ่าย ขณะเดียวกันต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่จะต้องปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และสถานที่ที่ต้องติดตั้งเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ด้วย

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยกระตุ้นและจูงใจให้บุคคลปฏิบัติ และมีส่วนร่วมใน โครงการส่งเสริมสุขภาพหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัย

เสริมอาจจะมาจากเพื่อนร่วมงาน ผู้บริหาร หน่วยงาน ผู้นิเทศงาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงความสนุกกับการเข้าร่วม และความไม่จำเจของ โครงการส่งเสริมสุขภาพด้วย

พฤติกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ ของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวมาแล้ว คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด ๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอ โดยไม่ควรนำ ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์นโยบายการบริหารจัดการ (Administrative and Policy Analysis)

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปจะเป็นการประเมินว่า มีนโยบายและการบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในองค์กรด้านใดบ้าง และยังขาดในส่วนใดอีกบ้าง การวิเคราะห์กลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพมาใช้ ทั้งนี้ โดยพิจารณา ถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการบรรลุเป้าหมาย หรือมีผลตรงข้ามคือกลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่น ๆ ในองค์กร ดังนั้นในการวางแผนเพื่อดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าในขั้นตอนอื่น ๆ และจะต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้าน เหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 6 การดำเนินงาน (Implementation)

การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานของกลวิธีด้านสุขภาพ และการจัดทำนโยบาย กฎระเบียบ และการบริหารจัดการองค์กรเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีหลักการเบื้องต้นในการพิจารณาดำเนินการ ดังนี้

1. ตอบสนองความต้องการของพนักงานทุกคนไม่ว่าระดับสุขภาพจะอยู่ที่ระดับใด มีโรค ไม่มีโรค แต่มีพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงหรือมีสุขภาพดี
2. คนแต่ละคนมีความรอบคอบ ความต้องการและเจตคติที่แตกต่างกัน จึงต้องคำนึงถึงกลุ่มงาน กลุ่มอาชีพ อายุ เพศ และสถานภาพ โสด สมรส เป็นต้น
3. สถานที่ทำงานแต่ละแห่งมีลักษณะเฉพาะตัว การจัดกิจกรรมควรต้องปรับให้เหมาะสม

4. การสื่อสารด้านสุขภาพมีความสำคัญยิ่งต่อการเสริมสร้างสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของคนในองค์กร การสร้างความร่วมมือของพนักงานควรเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนของการวางแผน โครงการให้มีส่วนร่วมอย่างน้อยก็เป็นการให้ข้อมูล ให้ความคิดเห็น และควรสื่อสารความเคลื่อนไหวของโครงการตั้งแต่เริ่มต้น

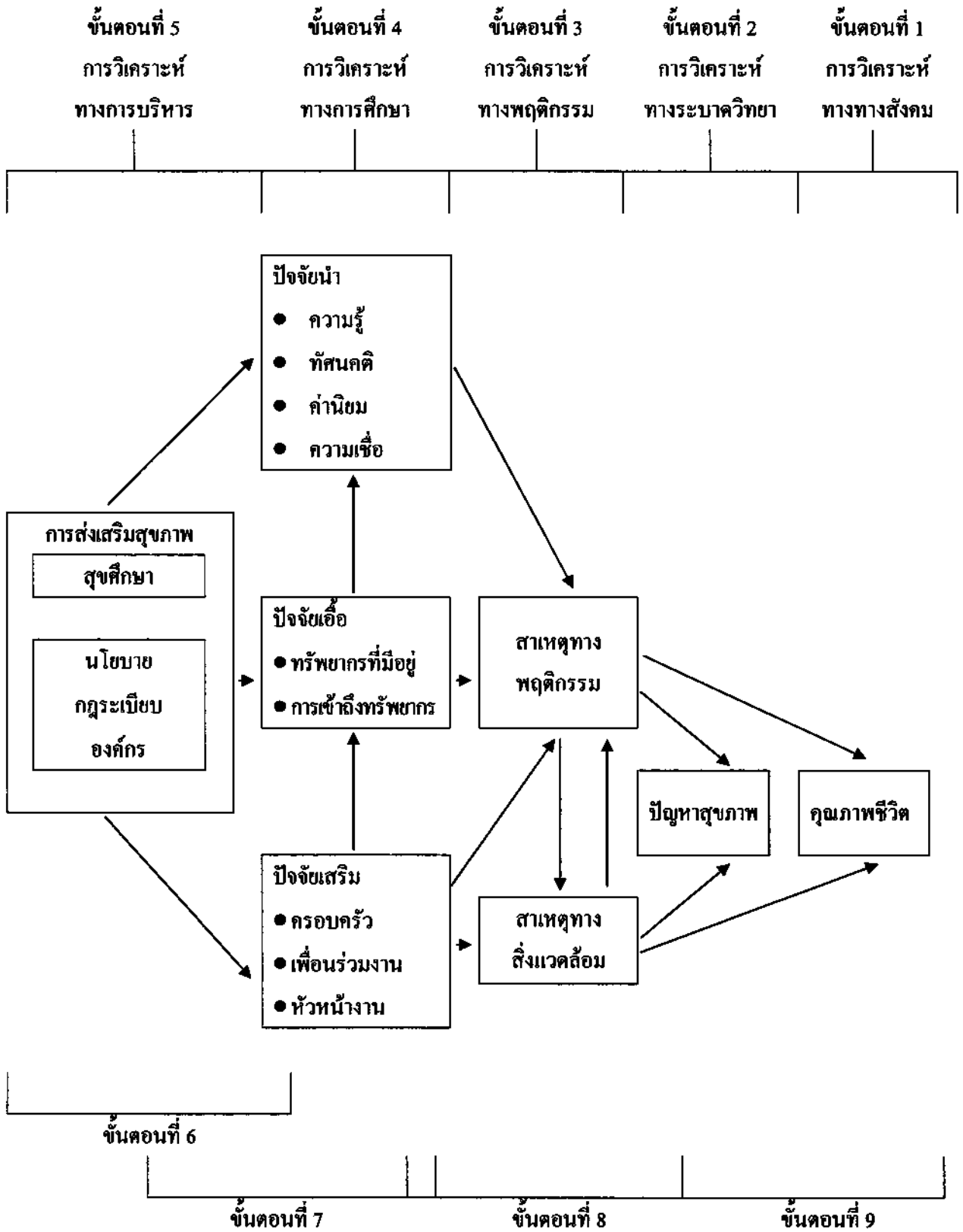
5. การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ ควรดำเนินการผสมผสานกับงานอาชีพอนามัยและความปลอดภัยและสวัสดิการต่าง ๆ ที่มีกำหนดไว้ตามกฎหมายอยู่เดิมแล้ว

6. ผลได้ของโครงการทางด้านสุขภาพมักจะเกิดช้ากว่าผลกระทบในทางลบหรือผลเสีย จึงควรต้องทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้อง และการประเมินก็จะต้องรอให้ถึงระยะเวลาที่จะเกิดผลได้ แล้วจึงจะทำการประเมินผล เพราะถ้าประเมินผลก่อนหน้านั้นก็คงไม่พบผลได้ทางด้านสุขภาพและอาจสรุปผิด ๆ ว่าวิธีที่ใช้ไม่มีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 7 - 9 การประเมินผล (Evaluation)

ขั้นตอนนี้จะไม่มีแสดงในแผนภูมิ แต่จะปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยทั้งนี้ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินผลและดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผลใน PRECEDE Framework จะประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินกระบวนการจัดทำโครงการ (ขั้นตอนที่ 7) เป็นการประเมินว่าโครงการได้ดำเนินการไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ เพียงใด การประเมินจะเกิดขึ้นในระหว่างที่ดำเนินการ โครงการ โดยดูว่ามีการทำอะไรกันบ้างและเกิดอะไรขึ้นในระหว่างที่ดำเนินการแล้วเทียบกับขั้นตอนวิธีการ และวัตถุประสงค์เบื้องต้นที่วางแผนไว้ การประเมินผลกระทบของโครงการ หรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน (ขั้นตอนที่ 8) เป็นการประเมินว่าพนักงาน มีพฤติกรรม ครอบครองชีวิตและสิ่งแวดล้อมแตกต่างหรือดีขึ้นกว่าเดิมก่อนดำเนินการ ซึ่งมีข้อมูลที่ได้จากใน ระยะที่ 3 เพียงใด และท้ายสุด คือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล นอกจากนี้ยังสามารถทำการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ได้ถ้าต้องการ ซึ่งสามารถประเมินได้โดยการหาค่าใช้จ่ายในโครงการแล้วนำไปประเมินความคุ้มค่าของโครงการ ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว (ขั้นตอนที่ 9)

แผนภาพที่ 1 PRECEDE – PROCEED Framework (Green & Kreuter, 1999)



การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้คนงานไม่เพียงแต่จะทำให้คนงานมีสุขภาพสมบูรณ์และมีความสุขในการทำงานเท่านั้น สถานประกอบการก็จะได้ผลผลิตที่บรรลุวัตถุประสงค์ของสถานประกอบการ โดยที่คนงานจะไม่ขาดงาน หรือลาป่วยบ่อย ๆ หรืออัตราการเลิกจ้างงานอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยก็จะน้อยลงไม่ทำให้สถานประกอบการต้องรับคนใหม่เข้าแทนที่ ซึ่งอาจจะต้องเสียเวลาจัดฝึกอบรม สั้นเปลืองเวลาและงบประมาณโดยไม่จำเป็น การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ ไม่สามารถจะดำเนินการแบบแยกส่วน ถ้าจะดำเนินงานให้เป็นไปได้ควรจะบูรณาการร่วมไปกับงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยหรืองานบริการสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งมีกฎหมายรองรับอยู่แล้ว เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพมีบทบาทที่สำคัญในการจูงใจให้ ผู้บริหารสถานประกอบการเห็นความสำคัญและประโยชน์ที่สถานประกอบการจะได้รับการดำเนินงานจะต้องสร้างการมีส่วนร่วมของพนักงานและผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง โดยจัดกิจกรรมในทั้ง 3 ระดับของการสร้างเสริมสุขภาพ อันได้แก่ การสร้างความตระหนัก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทางด้านสุขภาพ นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญกับการประเมินผล การดำเนินงานเพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดประสิทธิผลของ โครงการเพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงการจัดทำโครงการด้านสุขภาพอื่น ๆ ต่อไป

ผลงานวิจัยและงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1. พฤติกรรมการดำเนินชีวิตพื้นฐานของประชากรวัยแรงงานทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ 2543, 131-172)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้สนับสนุนให้มีการวิจัยเพื่อแสดงสถานะสุขภาพของคนไทย โดย พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ เป็นผู้ดำเนินการศึกษาวิจัย ในรายงานวิจัยได้มีการวิเคราะห์สุขภาพประชากรวัยแรงงานในประเด็นที่เกี่ยวข้องคือพฤติกรรมการดำเนินชีวิตพื้นฐานทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1) การบริโภคอาหาร จากการสำรวจภาวะโภชนาการประเทศไทยครั้งที่ 3 ของคณะอนุกรรมการจัดทำแผนโภชนาการในคณะกรรมการ โภชนาการแห่งชาติ 2540 พบว่าคนไทยบริโภคอาหารที่ให้พลังงานเฉลี่ยพอเพียงคือร้อยละ 92 ของพลังงานที่ควรจะได้รับใน 1 วัน โดยส่วนใหญ่เป็นพลังงานจากอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตมากกว่าไขมัน เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจและค่านิยมของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้คนไทยในเมืองมีแนวโน้มที่จะรับประทานอาหารนอกบ้านมากขึ้นหรือเลือกซื้ออาหารได้มากขึ้นและสะดวกกว่าสมัยก่อน มีอาหารในรูปแบบต่าง

ๆ เช่น อาหารปรุงสำเร็จ (หรือเรียกว่า อาหารถุง) กึ่งสำเร็จรูป อาหารสดที่หั่นหรือปอกไว้พร้อมสำหรับปรุง อาหารประเภทเครื่องปรุงรส เป็นต้น

จากการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพิบาลอาหารในสถานที่ประกอบจำหน่ายทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2541 พบว่า ร้านอาหาร ตลาดสด โรงเรียน และโรงครัว ในสถานพยาบาลต่าง ๆ ผ่านเกณฑ์ตามมาตรฐานที่กำหนดเพียงร้อยละ 23.0, 9.8, 16.7 และ 42.8 ตามลำดับ จากการตรวจในปี พ.ศ. 2536 พบการปนเปื้อนในประเภทอาหารจานเดียวประเภทข้าวมากที่สุด (ร้อยละ 66.3) ต่ำสุดในก๋วยเตี๋ยว (ร้อยละ 52.8) และในปี พ.ศ. 2541 ยังคงตรวจพบว่า ปนเปื้อนร้อยละ 28.9 นับว่าผู้บริโภคที่ซื้ออาหารเหล่านี้ส่วนใหญ่ต้องเสี่ยงกับการบริโภคอาหารไม่สะอาดและปนเปื้อน

2) การออกกำลังกาย เป็นเครื่องชี้ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดในระดับบุคคลและสังคม เพราะการออกกำลังกายช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบกล้ามเนื้อกระดูกและเอ็น ปอด หัวใจ และหลอดเลือด การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรวัยแรงงาน ปี พ.ศ. 2539 – 2540 พบว่าทั่วประเทศกว่าร้อยละ 45 และกว่าร้อยละ 50 ในเพศหญิงไม่ออกกำลังกาย ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาภาคเหนือออกกำลังกายต่ำสุด ภาคกลางและกรุงเทพฯ ออกกำลังกายมากที่สุด เพศชายที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจะออกกำลังกายประจำสูงกว่าชายที่อาศัยอยู่ในชนบท ส่วนเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกันมากนัก กลุ่มอายุ 13 - 19 ปี ทั้งชายและหญิง มีสัดส่วนของผู้ที่ออกกำลังกายประจำสูงกว่าในกลุ่มอื่น ๆ ถึง 2 เท่า

3) การนอนหลับ เป็นการพักผ่อนทั้งทางร่างกายและจิตใจและคลายเครียดได้เป็นอย่างดี ปัญหาการนอนไม่หลับก่อให้เกิดความแปรปรวนของการทำหน้าที่ทางกายทำให้เกิดโรคได้ นอกจากนี้ ได้พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการนอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไปกับการเกิดภาวะวิตกกังวล หดหู่ ซึมเศร้า และการใช้ยาเสพติด ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับผิดปกติอาจเป็นสัญญาณเตือนว่าเริ่มมีอาการซึมเศร้าขึ้นแล้ว สถาบันวิจัยสาธารณสุข พ.ศ. 2541 ระบุว่าประชากรวัยแรงงานนอนหลับวันละ 7.6 ชั่วโมง (มีมัธยฐาน 8 ชั่วโมง) ไม่แตกต่างกันมากนักระหว่างเขตที่อาศัย เมื่ออายุมากขึ้นเวลานอนหลับจะน้อยลง โดยเฉพาะเพศหญิงจะเห็นอย่างชัดเจน ส่วนกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี จะนอนหลับเกินวันละ 10 ชั่วโมงในสัดส่วนที่สูงกว่าอายุอื่น เมื่อจำแนกตามสถานะสมรส จะพบชัดเจนว่า คนโสดจะมีเวลานอนเพียงพอในสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มอื่น และกลุ่มแยก หย่า หม้าย มีสัดส่วนการนอนน้อยสูงกว่ากลุ่มอื่นในประชากรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาจะให้ประวัติว่า นอนน้อยกว่าวันละ 6 ชั่วโมง มากกว่ากลุ่มที่การศึกษาสูงกว่า และอาชีพเกษตรกร เสมียน ค้าขาย และธุรกิจ มีสัดส่วนการนอนน้อยกว่าวันละ 6 ชั่วโมง มากกว่าอาชีพอื่น ๆ จึงอาจ

เป็นข้อบ่งชี้ว่า กลุ่มที่มีเศรษฐกิจต่ำ ระดับการศึกษาต่ำอาจมีปัญหาสุขภาพจิตซึ่งแสดงออกมาเป็นความแปรปรวนในการนอนหลับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 อัตราส่วนของประชากรวัยแรงงาน จำแนกตามระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละวัน ตามตัวแปรต่าง ๆ ที่พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปี พ.ศ. 2539 – 2540

ลักษณะต่าง ๆ ที่พบแตกต่างกัน	นอนหลับน้อยกว่า 6 ชม.		นอนหลับ 6-10 ชม.		นอนหลับมากกว่า 10 ชม.	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
อายุ						
13 – 19 ปี	1.8	2.0	93.6	96.8	4.7	2.2
20 – 34 ปี	6.5	6.9	92.0	92.2	1.5	0.9
35 – 44 ปี	7.3	8.4	91.6	91.2	0.6	0.3
45 – 59 ปี	10.0	13.9	88.5	86.6	1.5	0.5
สถานภาพสมรส						
โสด	2.9	4.7	93.7	94.3	3.4	1.1
สมรส	8.2	9.6	90.8	89.7	1.1	0.7
แยก หย่า หม้าย	13.1	9.4	80.3	88.7	6.6	2.9
อาชีพ วิชาชีพ/บริหาร	6.9	4.2	92.5	95.8	0.6	0.0
เสมียน ค้าขาย ธุรกิจ	8.4	13.5	89.8	86.5	1.8	0.0
เกษตรกร	9.0	9.0	90.0	89.5	1.0	1.5
อื่น ๆ	8.5	8.2	89.7	91.1	1.7	0.7
ดูแลบ้านตนเอง	0.0	9.6	72.2	89.9	27.8	0.6
กำลังศึกษา	0.8	2.0	95.9	96.1	3.3	1.8
ไม่มีงานทำ	3.6	10.4	92.9	88.1	3.6	1.5

ที่มา : สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541. การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรวัยแรงงาน ปี พ.ศ. 2539 – 2540

4) ภาวะเจริญพันธุ์และพฤติกรรมทางเพศ

การสำรวจสภาวะสุขภาพเจริญพันธุ์ของกลุ่มวัยแรงงานในปี พ.ศ. 2539 พบว่าหญิงไทยเริ่มมีประจำเดือนเฉลี่ยอายุ 14.3 ปี (มัชฐาน 14 ปี) ใกล้เคียงกันทุกภาค โดยพบแนวโน้มที่ว่าเด็กที่เกิดในรุ่นหลัง ๆ มีประจำเดือนเร็วขึ้น สำหรับการพัฒนาทางร่างกายของเด็กชายยังไม่มี การศึกษา ที่ชัดเจน การเปลี่ยนแปลงสภาพทางร่างกายและจิตใจอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศผนวกกับเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรม เป็นตัวกำหนดหน้าที่ ความสัมพันธ์ทาง

เพศและการก่อตั้งครอบครัวในกลุ่มวัยแรงงาน อันส่งผลต่อการแสดงออกทางเพศ ความรู้สึทางเพศ ตลอดจนกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ในระยะเข้าสู่วัยรุ่น แบบแผนการมีครอบครัวในวัยผู้ใหญ่ และเมื่อเข้าสู่ช่วงผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 45 – 55 ปี) ก็เปลี่ยนแปลงไปสู่วัยทอง

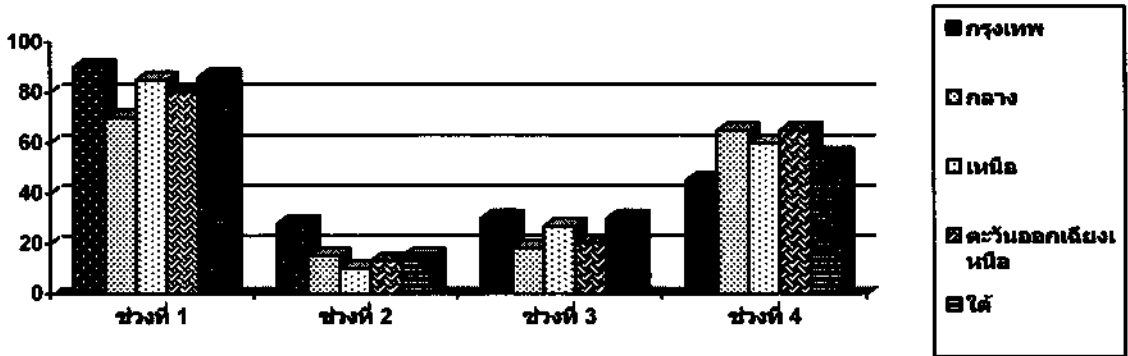
การสอบถามกลุ่มตัวอย่างวัยแรงงานพบว่า กว่าร้อยละ 70 ของทั้งชายและหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว โดยที่ชายเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 19.8 ปี (มัธยฐาน 19 ปี) และหญิงอายุ 21.3 ปี (มัธยฐาน 20 ปี) โดยที่กลุ่มที่เกิดในช่วงหลัง ๆ จะเริ่มมีเพศสัมพันธ์ขณะที่อายุน้อยกว่ากลุ่มที่เกิดก่อน ๆ ถึง 3-4 ปี ชายเริ่มมีเพศสัมพันธ์เร็วกว่าหญิงในเกือบทุกกลุ่มอายุ (ตารางที่ 4)

หากกำหนดให้เกณฑ์การมีเพศสัมพันธ์เร็วเกินไปคือที่อายุ 18 ปี จะพบว่าชายร้อยละ 30.2 และหญิงร้อยละ 16.3 ในเขตเทศบาล และชายร้อยละ 28.7 หญิงร้อยละ 19.5 ที่อยู่นอกเขตเทศบาลจะมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 18 ปี น่าจะสะท้อนให้เห็นว่าชายในเมืองมีเพศสัมพันธ์เร็วกว่าชายในชนบท และหญิงในชนบทน่าจะมีครอบครัวเร็วกว่าในเมือง

ส่วนการมีเพศสัมพันธ์หลายคนนั้น พบว่าชายร้อยละ 26.3 และหญิงร้อยละ 5.9 ในกรุงเทพมหานครให้ประวัติว่ามีคู่นอนหลายคนในระยะเวลา 1 ปี ซึ่งสูงกว่าภาคอื่น นอกจากเขตที่อาศัยแล้ว ก็ยังพบว่าการมีคู่นอนสูงในชายกลุ่มอายุ 20-34 ปี และหญิงอายุ 13-19 ปี คนโสดทั้งชายและหญิงระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาทั้งชายและหญิง (ตารางที่ 5)

จะเห็นว่าชายไทยมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะในห้วงเวลาที่มีการระบาดของโรคเอดส์ ประเทศไทยได้รณรงค์ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศให้ปลอดภัยมากขึ้น คือ ละเว้นการมีคู่นอนหลายคน ใช้ถุงยางอนามัย การตรวจเลือดก่อนแต่งงาน เป็นต้น ในการศึกษา ปี พ.ศ. 2539 พบว่าหญิงส่วนใหญ่รู้จักถุงยางอนามัย และชายเกินครึ่งที่ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเลย (แผนภาพที่ 2)

แผนภาพที่ 2 สัดส่วน (ร้อยละ) ของหญิงที่รู้จักถุงยางอนามัย และชายที่ใช้ถุงยางอนามัย จำแนกตามภูมิภาค ที่อยู่อาศัย พ.ศ. 2539 – 2540



ที่มา : สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย, 2541, การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรวัยแรงงาน ปี พ.ศ. 2539 - 2540

ตารางที่ 4 อายุเฉลี่ยและมัธยฐานของอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุการสำรวจ สภาวะสุขภาพประชากรวัยแรงงาน ปี พ.ศ. 2539 – 2540

กลุ่มอายุ (ปี)	ชาย		หญิง	
	อายุเฉลี่ย (ปี)	มัธยฐานอายุ (ปี)	อายุเฉลี่ย (ปี)	มัธยฐานอายุ (ปี)
13 – 19	16.35	16	16.15	16
20 – 34	18.80	18	20.46	19
35 – 44	19.70	19	22.07	20
45 – 59	20.86	20	21.60	20

ที่มา : สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย และสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541, การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรวัยแรงงาน ปี พ.ศ. 2539

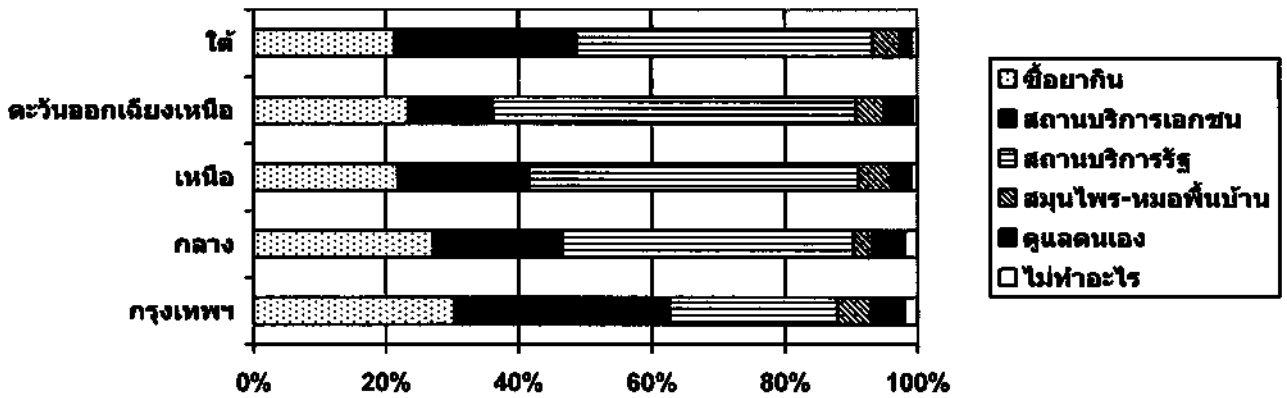
ตารางที่ 5 สัดส่วน (ร้อยละ) ประชากรวัยแรงงานที่ให้ประวัติว่าเคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน ในระยะ 1 ปี
จำแนกตามเพศ/กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ปี พ.ศ. 2539 – 2540

ลักษณะ		ชาย (ร้อยละ)	หญิง (ร้อยละ)
กลุ่มอายุ	13 – 19 ปี	14.3	11.1
	20 – 34 ปี	20.9	2.0
	35 – 44 ปี	10.9	1.8
	45 – 59 ปี	8.5	1.6
สถานภาพสมรส	โสด	41.3	44.4
	สมรส	9.2	0.6
ระดับการศึกษา	แยก หย่า หม้าย	32.1	14.1
	ต่ำกว่าประถมศึกษา	16.0	0.9
	ประถมศึกษา	10.1	1.5
	มัธยมศึกษา	17.1	2.5
	สูงกว่ามัธยมศึกษา	16.8	3.9

ที่มา : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541. การสำรวจสภาวะสุขภาพ
ประชากรวัยแรงงาน ปี พ.ศ. 2539 – 2540.

2. การสำรวจพฤติกรรมการแสวงหาบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การสำรวจ
ส่วนใหญ่สอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย เช่น การสำรวจอนามัยและ
สวัสดิการในปี พ.ศ. 2539 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2540) สอบถามวิธีดูแลตนเองในวันแรกที่
เจ็บป่วยกับเหตุผลที่เลือก วิธีนั้น พบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละภาค กล่าวคือ ภาคตะวันออก
เฉียงเหนือใช้บริการจากสถานบริการภาครัฐมากที่สุด และใช้บริการจากสถานพยาบาลเอกชน
น้อยกว่าภาคอื่น กรุงเทพมหานครซื้อยากินเองและใช้บริการจากสถานพยาบาลเอกชนมากกว่า
ภาคอื่น ส่วนการดูแลรักษาด้วยการใช้สมุนไพรและหมอพื้นบ้านเหลือเพียงเล็กน้อยเท่านั้น
(แผนภาพที่ 3)

แผนภาพที่ 3 ร้อยละของการแสวงหาการรักษาเมื่อเกิดเจ็บป่วยในประชากรวัยแรงงานอายุ 13 – 59 ปี
เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่อาศัย โดยปรับน้ำหนักประชากรตามพื้นที่ที่สุ่มตัวอย่าง
ปี พ.ศ. 2539 – 2540



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2540. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2539

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนการใช้บริการระหว่างในและนอกเขตเทศบาลจะพบว่า กลุ่มที่อาศัยนอกเขตเทศบาลจะใช้บริการสถานพยาบาลภาครัฐมากกว่า ส่วนในเขตเทศบาลจะใช้บริการจากสถานพยาบาลภาคเอกชนมากกว่า

ปัจจัยที่มีส่วนในการเลือกใช้บริการอาจสะท้อนได้จากเหตุผลของประชากรที่สำรวจ กล่าวคือสำหรับกลุ่มที่เลือกชื่อยากินเองให้เหตุผลว่าเพราะป่วยเพียงเล็กน้อย (81.6) กลุ่มที่ใช้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐ (สถานีอนามัย, โรงพยาบาลอำเภอ/จังหวัด) เพราะอยู่ใกล้ถึงร้อยละ 45.7 และเห็นว่ามิแพทย์ผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 17.2 ส่วนกลุ่มที่ใช้สถานพยาบาลเอกชน (คลินิกหรือโรงพยาบาล) เพราะบริการรวดเร็ว และมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ส่วนกลุ่มที่ใช้ยาสมุนไพรหรือหมอพื้นบ้านให้เหตุผลว่า เพราะเจ็บป่วยเล็กน้อย (ร้อยละ 48.2) หรือยากจนร้อยละ 11.4 (ตารางที่ 6) นอกจากเหตุผลดังกล่าวแล้ว การที่ช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 เป็นต้นมา มีการขยายตัวของสถานพยาบาลเอกชน มีจำนวนเตียงเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 - 15 ต่อปี ทำให้ประชาชนเลือกใช้บริการเอกชนเพิ่มขึ้นด้วย

ตารางที่ 6 สัดส่วน (ร้อยละ) ของเหตุผลที่เลือกใช้บริการดูแลสุขภาพพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของประชากรที่สำรวจ
ปี พ.ศ. 2539

วิธีดูแล	ป่วยเล็กน้อย	ยากจน	รพ. อยู่ไกล	รพ. อยู่ใกล้	บริการรวดเร็ว	ไม่แพง	มีแพทย์เชี่ยวชาญ	มีเครื่องมือทันสมัย	อื่น ๆ
ซื้อมากินเอง	81.6	4.8	3.9	2.7	2.8	1.7	0.4	0.0	1.8
สถานพยาบาลรัฐ	8.0	4.1	1.7	48.4	1.5	12.7	17.2	3.2	2.9
สถานพยาบาลเอกชน	4.9	0.1	2.5	17.3	46.3	1.1	20.7	3.6	3.1
สมุนไพร/หมอฟันบ้าน	48.2	11.4	5.3	5.9	3.0	7.1	2.0	-	15.2
ไม่ได้ทำอะไร	78.5	6.1	1.5	3.1	2.4	1.7	-	-	4.1

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2540, การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2539

3. การสำรวจพฤติกรรมที่ถูกความต่อสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด เป็นที่ทราบกันทั่วโลกว่า พฤติกรรมทั้ง 3 ประเภท ก่อให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บนานาชนิด ในระยะทศวรรษที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่าง ๆ ณรงค์ให้ประชาชนไทยลดละเลิกพฤติกรรมบั่นทอนสุขภาพเหล่านี้ ซึ่งในภาพรวมก็ได้ผลระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ประชากรวัยแรงงานจำนวนมากยังคงปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้ ดังนี้

การสูบบุหรี่ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี พ.ศ. 2539 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2539) พบว่ากลุ่มประชากรอายุ ตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ถึง 12.6 ล้านคน หรืออัตรา ร้อยละ 23.5 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน โดยประชากรที่อาศัยนอกเขตเทศบาลสูบบุหรี่มากกว่าในเขตเทศบาล อัตราการสูบบุหรี่ในเพศชายสูงกว่าหญิงถึง 17.8 เท่า คือ ชายสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 44.6 หญิงร้อยละ 2.5 เมื่อเปรียบเทียบกับการสำรวจในปี พ.ศ. 2534 จะพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ลดลงถึง 1 ใน 3 กล่าวคือ เพศชายสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 60.4 หญิงร้อยละ 6.9 แต่หากเปรียบเทียบกับการสำรวจสุขภาพประชากรวัยแรงงานอายุ 13 – 59 ปีในปีเดียวกัน พบอัตราการสูบบุหรี่รวมร้อยละ 19.9 โดยเป็นชายร้อยละ 42.5 และหญิง 4.4 แสดงว่าหญิงในวัยแรงงาน สูบบุหรี่ในสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิงเฉลี่ย (ตารางที่ 7)

สำหรับประชากรวัยแรงงานนั้น พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ในเพศชายสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 35 – 44 ปี (ร้อยละ 56.4) กลุ่มที่สมรสแล้ว (ร้อยละ 51.3) การศึกษาดำกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ

49.3) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 56.9) รายได้ต่ำกว่าเดือนละ 5,000 บาท (ร้อยละ 54.1 – 59.9) ส่วนเพศหญิงนั้นพบอัตราสูงในกลุ่มอายุ 45 – 59 ปี (ร้อยละ 9.0) กลุ่มแยก/หย่า/หม้าย (ร้อยละ 10.0) เรียนต่ำกว่าระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 8.9) กลุ่มไม่มีงานทำ (ร้อยละ 14.5) รายได้ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 9.6) เพศชายที่สูบบุหรี่จะสูบ

ตารางที่ 7 อัตรา (ร้อยละ) การสูบบุหรี่ในประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป เปรียบเทียบกับวัยแรงงาน อายุ 13 – 59 ปี ในการสำรวจสภาวะสุขภาพ ปี พ.ศ. 2539 – 2540

ภาค	ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไปสูบประจำ			ประชากรวัยแรงงานอายุ 13 – 59 ปี		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
ทั่วประเทศ	23.5	44.6	2.5	19.9	42.5	4.4
ในเขตเทศบาล	17.0	33.4	1.7	18.0	31.9	4.1
นอกเขตเทศบาล	25.2	47.5	2.8	25.4	45.5	5.2
กรุงเทพมหานคร	16.0	31.3	1.9	11.6	28.8	4.4
ภาคกลาง	22.4	43.3	2.1	14.1	39.8	2.7
ภาคเหนือ	25.9	44.6	6.8	24.2	42.3	10.9
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	25.1	49.0	0.9	23.5	48.5	1.8
ภาคใต้	24.8	47.7	1.8	23.0	45.8	4.6

แหล่งข้อมูล (1) สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2539

(2) สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย, การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรวัยแรงงาน ปี

พ.ศ. 2539-2540 เฉลี่ยวันละ 11 มวน ส่วนหญิงเฉลี่ยวันละ 6 มวน

การดื่มแอลกอฮอล์ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี พ.ศ. 2539 ในประชากรอายุ 14 ปีขึ้นไป พบว่า ทั่วประเทศมีผู้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ราว 13.7 ล้านคน (ร้อยละ 30.8) อัตราการดื่ม ในเพศชายร้อยละ 54.0 หญิงร้อยละ 7.9 พบอัตราสูงในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอกเขตเทศบาลดื่มมากกว่าในเขตเทศบาล เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจ ประชากรวัยแรงงานอายุ 13-59 ปี ในการสำรวจปีเดียวกันพบว่า วัยแรงงานมีอัตราการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มอายุ 14 ปีขึ้นไป คือร้อยละ 33.7 เป็นชายร้อยละ 54.8 หญิงร้อยละ 19.4 ซึ่งสูงกว่าเพศหญิงทุกอายุถึงกว่า 2 เท่า พบการดื่มแอลกอฮอล์สูงในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ และประชากรนอกเขตเทศบาลดื่มในสัดส่วนสูงกว่าในเขตเทศบาล กลุ่มประชากรวัยแรงงานที่ดื่มที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสัดส่วนสูง ในเพศชาย คือ กลุ่มอายุ 35-44

ปี (ร้อยละ 72.8) สมรส (ร้อยละ 66.8) การศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา (ร้อยละ 58.6) ประกอบวิชาชีพบริหาร/วิชาการ (ร้อยละ 71.3) รายได้ระหว่าง 5,000 – 9,999 บาท (ร้อยละ 72.4) ส่วนเพศหญิง พบการดื่มสูงในกลุ่มอายุ 35-44 ปี (ร้อยละ 23.0) แยก หย่า หม้าย (ร้อยละ 22.5) เรียนต่ำกว่าระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 26.0) อาชีพอื่น ๆ (ร้อยละ) ตัวอย่างประเมินสุขภาพของตนเองพบว่าทุกภาคกว่าร้อยละ 60 ขึ้นไป เห็นว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรง โดยที่ภาคใต้มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 69.8) รองลงมาคือภาคเหนือร้อยละ 69.6 และเมื่อสอบถามปัญหาสุขภาพในระยะเวลา 1 เดือนก่อนการสำรวจก็พบว่าทุกภาคมีสัดส่วนสอดคล้องกับความรับรู้เรื่องสุขภาพของตนเอง คือ มีผู้รายงานว่าตนมีปัญหาสุขภาพเฉลี่ยร้อยละ 41.8 ต่ำสุดในภาคใต้ (ร้อยละ 32.6) หญิงมีปัญหาสุขภาพมากกว่าชาย (หญิงร้อยละ 45.2 ชายร้อยละ 36.6) พบกลุ่มที่มีปัญหารุนแรงจนต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 1.4 และต้องหยุดงานโดยไม่ต้องเข้าโรงพยาบาล ร้อยละ 4.9 ภาค 24.9) และรายได้ต่ำกว่า 2,500 บาท ดื่มร้อยละ 26.9 (ตารางที่ 8) สำหรับประเภทของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่เพศชายดื่มมากคือวิสกี้ (ร้อยละ 39.4) รองลงมา คือ เบียร์ (ร้อยละ 35.7) ส่วนประเภทเครื่องดื่มในเพศหญิงสูงสุด คือ เบียร์ (ร้อยละ 13.1) รองลงมาคือวิสกี้ (ร้อยละ 8.4)

ตารางที่ 8 อัตรา (ร้อยละ) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากรวัยแรงงานอายุ 13 – 59 ปี
จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ปี พ.ศ. 2539 – 2540

ลักษณะของประชากร		ชาย (ร้อยละ)	หญิง (ร้อยละ)
กลุ่มอายุ	13 – 19 ปี	13.9	5.0
	20 – 34 ปี	67.6	20.9
	35 – 44 ปี	72.8	23.0
	45 – 59 ปี	60.7	22.7
เขตที่อาศัย	ในเขตเทศบาล	46.8	16.9
	นอกเขตเทศบาล	56.0	19.6
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	42.3	26.0
	ประถมศึกษา	54.9	19.3
	มัธยมศึกษา	44.2	12.9
	สูงกว่ามัธยมศึกษา	58.6	19.6
สถานภาพสมรส	โสด	30.6	10.5
	สมรส	66.8	22.3
	แยก หย่า หม้าย	43.8	22.5
อาชีพ	วิชาชีพบริหาร/วิชาการ	71.3	19.5
	เสมียน ค้าขาย ธุรกิจ	57.7	19.3
	เกษตรกรรม	66.2	23.8
	อาชีพอื่น ๆ	70.8	24.9
	ดูแลบ้านตนเอง	16.7	17.7
	กำลังศึกษา	12.0	5.4
	ไม่มีงานทำ	33.9	18.8
ระดับรายได้ต่อเดือน	ต่ำกว่า 2,500 บาท	59.8	26.9
	2,500 – 4,999 บาท	66.4	21.8
	5,000 – 9,999 บาท	72.4	19.8
	10,000 – 19,999 บาท	66.5	18.4
	20,000 บาทขึ้นไป	60.0	24.6
รวม		54.8	19.4

ที่มา : สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541 การสำรวจสภาวะสุขภาพ
ประชากรวัยแรงงาน ปี พ.ศ. 2539 – 2540

นอกเหนือจากการพิจารณาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแต่ละอันเดี่ยว ๆ แล้ว ในการสำรวจวัยแรงงาน ปี พ.ศ. 2539 – 2540 ยังได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมต่าง ๆ ข้อค้นพบที่สำคัญคือ ไม่มีความแตกต่างในพฤติกรรมการนอนหลับระหว่างกลุ่มที่ออกกำลังกายประจำและไม่ประจำ แต่พบความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างกลุ่มที่ออกกำลังกายน้อยกับมากในเรื่องการสูบบุหรี่และเสพแอลกอฮอล์ กล่าวคือ กลุ่มที่ออกกำลังกายมากกว่าสัปดาห์ละ 4 วัน จะมีอัตราการสูบบุหรี่และเสพแอลกอฮอล์น้อยกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 4 วัน และกลุ่มที่สูบบุหรี่จะมีสัดส่วนการเสพแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 9 เท่า ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายจะมีส่วนช่วยปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และเสพแอลกอฮอล์ จึงควรดำเนินการควบคู่กันไป

การเสพยาเสพติด กำลังเป็นปัญหาที่สังคมไทยให้ความสนใจอย่างมาก จนกระทั่งมีความพยายามปราบปรามทั้งผู้ผลิต ผู้ขาย และผู้เสพ อย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง สารเสพติดที่กำลังแพร่ระบาดในสังคมไทยขณะนี้ คือ ยาบ้า กัญชา กาว/ทินเนอร์ เฮโรอีน รวมถึงสารใหม่ ๆ จากต่างประเทศ เช่น โคลเคน ยาอี ยาเลิฟ เป็นต้น จากการประมาณการการติดสารเสพติด 5 ประเภทหลักในปี พ.ศ. 2536 คาดว่า มีประชากรติดยาเสพติด 1,267 ล้านคน หรือร้อยละ 2.2 ของประชากรทั้งประเทศแต่เดิมผู้ติดสารเสพติด มีลักษณะปัญหาเชิงสังคม เช่น ว่างาน ทำงานหนัก คนขับรถบรรทุก แต่ปัจจุบันสารเสพติดได้แพร่ระบาดเข้าไปถึงหมู่บ้าน/ชุมชนมากขึ้น จากการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ พบว่าหมู่บ้านร้อยละ 40 มีปัญหาเสพยาเสพติด โดยที่การแพร่ระบาดแตกต่างกันไปตามภาค คือภาคใต้ พบเฮโรอีนและกัญชา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นสารระเหยและกัญชา ภาคเหนือได้แก่ฝิ่นและกัญชา ภาคกลางและกรุงเทพมหานคร เป็นยาบ้าและเฮโรอีน

4. การวิเคราะห์ภาวะโรคของการเสียชีวิต เจ็บป่วย และพิการก่อนวัยอันควรของคนไทย Murray, C. Lopez A. (อ้างถึงใน จันทรพีญ ชูประภาวรรณ, 2543) เพื่อใช้ในการประเมินภาวะโรคอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความจำกัดในการดำเนินชีวิต ข้อดีของดัชนีตัวนี้คือการนำความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายมาคิดรวมกับปัญหาอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย โดยที่ 1 DALY หมายถึงการสูญเสียการมีสุขภาพดีไป 1 ปี คำนวณจากดัชนีหลัก 2 ตัว คือ YLL (year of life lost) คือจำนวนปีที่ต้องมีชีวิตอยู่กับความพิการหรือทนต์ทุกข์จากโรค สำหรับวิธีคำนวณ YLL นั้น ขึ้นแรกนำจำนวนการตายตามสาเหตุ อายุ และเพศ โดย

กระจายสาเหตุไม่แจ้งชัด (กลุ่ม R S และ T) เข้าไปตามกลุ่มต่าง ๆ แล้วคำนวณหาค่า YLL จากสูตร $YLL (0.0 \text{ หมายถึง ไม่มี discount rate และ age weighting}) = \sum d_x * L$ โดย $d = \text{discount rate}$, $L = \text{standard expectation of life at age } a$, $a = \text{age of death}$. คณะทำงานได้จัดทำรายงานภาวะโรคปี พ.ศ. 2541 สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขได้วิเคราะห์ภาวะโรคด้วยดัชนี “จำนวนปีที่สูญเสียไปอันเนื่องจากการตายก่อนวัยอันสมควรหรือ year of life lost (YLL)” ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2541 พบว่าจำนวนที่สูญเสียโดยรวมคือ 10,350,749 ปี ชายไทยต้องสูญเสียจำนวนปีเหตุเพราะตายก่อนวัยอันสมควรไปถึง 6,275,639 ปี และ หญิงไทย สูญเสีย 4,075,110 ปี ชายสูญเสียมากกว่าหญิงถึง 1.5 เท่า จะเห็นว่าในเพศชาย โรคเอดส์และการตายจากสาเหตุภายนอก ทำให้สูญเสียวัยอันสมควรสูงที่สุดรวมกันเกือบร้อยละ 50 ของการสูญเสียทั้งหมดหากรวมสาเหตุภายนอกทั้งหมดคืออุบัติเหตุและการตายโดยตั้งใจ (ฆาตกรรมและฆ่าตัวตาย) จะเป็นสาเหตุนำคือร้อยละ 28.4 ของการสูญเสียทั้งหมด รองลงมาคือโรคติดเชื้อร้อยละ 28.3 (โรคเอดส์เป็นร้อยละ 21.5 ของการสูญเสียทั้งหมดในชาย) โรคมะเร็งร้อยละ 12.5 โรคระบบไหลเวียนเลือดร้อยละ 11.1

ส่วนเพศหญิงโรคติดเชื้อทำให้เกิดการสูญเสียร้อยละ 22.1 รองลงมาคือโรคระบบไหลเวียนเลือดทำให้สูญเสียร้อยละ 18.0 มะเร็งร้อยละ 17.7 การตายจากสาเหตุภายนอกร้อยละ 13.6 เบาหวานร้อยละ 7.0

ความสูญเสียจากโรคที่สำคัญ 25 โรคแรกของชายและหญิงมีความแตกต่างกันพอสมควรคือความสูญเสียในเพศชายและเพศหญิงในอันดับแรกคือ โรคเอดส์ ส่วนอันดับรองลงมาแตกต่างกันระหว่างชายและหญิงคือเพศชายเป็นอุบัติเหตุจราจรทางบก มะเร็งตับ โรคหลอดเลือดสมอง ถูกฆาตกรรม ฆ่าตัวตาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจขาดเลือด ตามลำดับ ส่วนอันดับรองลงมาจากโรคเอดส์ของเพศหญิง คือ โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน อุบัติเหตุจราจรทางบก มะเร็งตับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจขาดเลือด ตามลำดับ (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 สาเหตุการตาย 25 อันดับแรกที่ทำให้เกิดการสูญเสียก่อนวัยอันสมควรระหว่างชายและหญิง
เปรียบเทียบ โดย years of life lost จากข้อมูลการศึกษานิติเวชการตาย ปี พ.ศ. 2541

สาเหตุการตายในเพศชาย – YLLs		สาเหตุการตายในเพศหญิง – YLLs		สาเหตุการตายรวม – YLLs	
1. เอดส์	1,346,236	1. เอดส์	490,759	1. เอดส์	1,836,995
2. อุบัติเหตุจากรถทางบก	912,749	2. โรคหลอดเลือดสมอง	377,824	2. อุบัติเหตุจากรถทางบก	1,141,222
3. มะเร็งตับ	361,586	3. เบาหวาน	282,034	3. โรคหลอดเลือดสมอง	723,025
4. โรคหลอดเลือดสมอง	345,201	4. อุบัติเหตุจากรถทางบก	228,473	4. มะเร็งตับ	560,158
5. ถูกฆาตกรรม	268,994	5. มะเร็งตับ	198,572	5. เบาหวาน	417,776
6.ฆ่าตัวตาย	240,198	6. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	151,182	6. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	390,175
7. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	238,993	7. โรคหัวใจขาดเลือด	148,630	7. โรคหัวใจขาดเลือด	373,287
8. โรคหัวใจขาดเลือด	224,657	8. มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์	131,976	8. ฆ่าตัวตาย	348,022
9. อุบัติเหตุทางน้ำ	155,705	9. ติดเชื้อหัวใจส่วนกลาง	111,092	9. ถูกฆาตกรรม	306,691
10. เบาหวาน	135,742	10. ฆ่าตัวตาย	107,824	10. อุบัติเหตุจมน้ำ	228,968
11. โรคตับ	125,216	11. ไตอักเสบ	102,052	11. ติดเชื้อหัวใจส่วนกลาง	211,165
12. มะเร็งปอดและหลอดลม	117,525	12. ความดันโลหิตสูง	92,420	12. ไตอักเสบ	195,467
13. อุบัติเหตุอื่น ๆ	117,332	13. ติดเชื้อในกระแสโลหิต	90,393	13. วัณโรค	194,496
14. วัณโรค	113,473	14. วัณโรค	81,023	12. มะเร็งปอดและหลอดลม	185,553
15. ติดเชื้อหัวใจส่วนกลาง	100,073	15. อุบัติเหตุจมน้ำ	73,263	15. โรคตับ	184,698
16. ไตอักเสบ	93,415	16. มะเร็งปอดและหลอดลม	68,028	17. ติดเชื้อในกระแสโลหิต	174,768
17. ติดเชื้อในกระแสโลหิต	84,375	17. มะเร็งเต้านม	66,984	17. อุบัติเหตุอื่น ๆ	166,091
18. ความผิดปกติระบบประสาท	67,600	18. ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ	65,428	18. มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์หญิง	131,976
19. ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ	64,483	19. โรคตับ	59,482	19. ความดันโลหิตสูง	130,716
20. พัลลิตกหกล้ม	53,378	20. ความผิดปกติระบบประสาท	51,500	20. ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ	129,911
21. มะเร็งลำไส้ใหญ่	51,763	21. อุบัติเหตุอื่น ๆ	48,759	21. ความผิดปกติระบบประสาท	119,100
22. อุจจาระร่วง	50,098	22. โรคหัวใจรูมาติก	47,954	22. มะเร็งลำไส้ใหญ่	97,612
23. คับแข็ง	48,933	23. อุจจาระร่วง	46,549	23. อุจจาระร่วง	96,647
24. มะเร็งปากและลำคอ	47,799	24. มะเร็งลำไส้ใหญ่	45,875	24. พัลลิตกหกล้ม	91,934
25. นิ้วในไต	41,146	25. ระบบกล้ามเนื้อโครงร่าง	41,820	25. โรคหัวใจรูมาติก	79,205
อื่น ๆ	868,969	อื่น ๆ	865,214	อื่น ๆ	1,835,091
ทั้งหมด	6,275,639	ทั้งหมด	4,075,110	ทั้งหมด	1,350,749

จากรายงานประจำปี 2546 ฉบับสรุปสาระสำคัญของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการ
สร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้รายงานว่า

- ภาระโรคของการเสียชีวิต เจ็บป่วย และพิการก่อนวัยอันควรของคนไทยในปัจจุบัน
เกิดจากสาเหตุ 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ กลุ่มโรคติดต่อโดยการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ กลุ่มโรคไม่
ติดต่อ อัน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง มะเร็ง เบาหวาน เป็นส่วนใหญ่ และการบาดเจ็บ
จากอุบัติเหตุขนส่ง

- สาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคร้ายของคนไทย 5 อันดับแรก ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
การบริโภคยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะความดันโลหิตสูง และการไม่สวม
หมวกนิรภัย ตามลำดับ

- อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยในช่วง 6 ปีที่ผ่านมาเริ่มสูงขึ้น หลังจากลดลงอย่าง
ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2519 โดยยอดจำหน่ายรวมในปี 2546 เพิ่มจากปี 2545 ร้อยละ 10.9 จากการสำรวจ
ล่าสุดในปี 2546 พบว่าประชากรร้อยละ 21.6 จากคนไทยวัย 11 ปีขึ้นไปทั้งประเทศเป็นผู้สูบบุหรี่
โดยร้อยละ 90.4 เริ่มสูบบุหรี่ก่อนวัย 25 ปี กลุ่มประชากรที่สูบบากที่สุด ได้แก่ วัยแรงงาน (25 - 29 ปี)
และกลุ่มประชากรเพศหญิงมีแนวโน้มหันมาสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ แนวโน้มการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น
ในระยะ 3 ปีหลัง เป็นผลจากไม่มีการปรับอัตราภาษีให้ทันสถานการณ์และปัจจัยเกี่ยวเนื่องจาก
นโยบายปราบปรามยาเสพติดที่ทำให้บุหรี่เถื่อนลักลอบลดลง รวมทั้งการที่โรงงานยาสูบและบริษัทบุหรี่
ต่างประเทศนำบุหรี่ปริมาณสูงที่ราคาถูกกว่าที่ยังสูบบุหรี่แบบมวนเอง

- ในด้านการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่าอัตราการบริโภคในประเทศไทยเพิ่ม
สูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยในปี พ.ศ.2543 อัตราการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ของไทยสูงเป็น
อันดับ 5 ในโลก และอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้นกว่า
เท่าตัวในช่วงระยะเวลา 12 ปี กล่าวคือ จาก 20.1 ลิตรต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2532 เป็น 41.6 ลิตร
ต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2544 เฉพาะการบริโภคเบียร์เพิ่มขึ้นมากกว่า 5 เท่าตัว จาก 4.4 ลิตร เป็น
24.8 ลิตร ต่อคนต่อปีในช่วงเวลาเดียวกัน ทั้งนี้ จากการสำรวจล่าสุดในปี พ.ศ. 2544 พบว่าคน
ไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 32.6) และร้อยละ 43 ของประชากรเด็กและวัยรุ่น
ชายดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- แนวโน้มข้างต้นสอดคล้องกับปรากฏการณ์ระดับนานาชาติ โดยในรายงานขององค์กร
อนามัยโลก ประจำปี พ.ศ.2545 – 2546 ได้ระบุถึง 3 แรงคุกคามสุขภาพสำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรค
หลอดเลือดหัวใจการบริโภคยาสูบ และภัยอันตรายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก และยังชี้ถึงสาเหตุ

ของปัจจัยเสี่ยงสำคัญทางสุขภาพใน โลกปัจจุบันว่า เกิดจาก 1) แบบแผนการกินอยู่หรือวิถีชีวิตของพลโลกสมัยใหม่ 2) สภาวะความยากจนอันประกอบด้วยปัจจัยเชิงพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคภัย 3) อิทธิพลจากธุรกิจบางประเภทที่กระตุ้นให้ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยง โดยในบางกรณีธุรกิจเหล่านี้มีอิทธิพลสูงมากในเวที การค้าระหว่างประเทศ และการแทรกแซงนโยบายระดับชาติ

สาเหตุที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) สุขภาพของพลโลก

พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2563
1. โรคติดเชื้อ	1. โรคหลอดเลือดหัวใจ
2. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง/เอดส์	2. อาการทางจิตประสาท
3. ภาวะแทรกคลอด	3. อุบัติเหตุจราจร
4. โรคระบบทางเดินอาหาร	4. โรคหลอดเลือดสมอง
5. อาการทางจิตประสาท	5. โรคปอดเรื้อรัง
6. โรคหลอดเลือดหัวใจ	6. โรคติดเชื้อ
7. โรคหลอดเลือดในสมอง	7. วัณโรค
8. มาลาเรีย	8. ภัยสงคราม
9. อุบัติเหตุจราจร	9. โรคระบบทางเดินอาหาร
10. โรคปอดเรื้อรัง	10. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
DALY = Disability – adjusted Life Year ที่มา องค์การอนามัยโลก (WHO)	

บทที่ 3

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยงานต่าง ๆ นอกเหนือจากสำนักงานประกันสังคม

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ดูแลรับผิดชอบด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ตระหนักถึงความสำคัญในการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน จึงได้จัดทำโครงการสถานที่ทำงานน่าอยู่ นำทำงานขึ้น ซึ่งถือเป็นนโยบายหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข โดยได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 จนถึงปัจจุบัน โดย

ปี พ.ศ. 2543 กรมอนามัยมีนโยบายเรื่อง สุขกายใจในที่ทำงาน จึงได้ทำการศึกษาทบทวนหลักการแนวคิดในเรื่อง Healthy Work Approach (HWA) ประกอบกับแนวทางการพัฒนา Healthy Workplace ของสถาบันสุขภาพระหว่างประเทศของออสเตรเลีย เกิดเป็นโครงการสถานที่ทำงานน่าอยู่นำทำงานขึ้น โดยเน้นแนวคิดการทำให้สภาพแวดล้อมสะอาด ปลอดภัย ไร้มลพิษ มีชีวิตชีวา โดยได้พัฒนาสถานที่ทำงานน่าอยู่ นำทำงานเป็นต้นแบบ จำนวน 11 แห่ง และการดำเนินงานทุกจังหวัดทั่วประเทศ โดยกำหนดเป้าหมายไว้จังหวัดละ 100 แห่ง

ปี พ.ศ. 2544 เป้าหมายการดำเนินงานเน้นที่โรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลางและขนาดเล็ก (SMEs) โดยกำหนดไว้จังหวัดละ 50 แห่ง และได้ปรับปรุงเกณฑ์ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น

ปี พ.ศ. 2545 ได้มีการเปลี่ยนแปลงการกำหนดเป้าหมายใหม่ โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้กำหนดเองตามความเหมาะสมของพื้นที่

ปี พ.ศ. 2546 - 2548 ผลจากการปฏิรูประบบราชการทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ แต่โครงการนี้ยังได้รับการสานต่อการดำเนินการ และได้มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยขยายไปยังกิจการตามพระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535 อาทิ กิจการแต่งผมเสริมสวย สถานบริการน้ำมัน รวมถึงวิสาหกิจชุมชน และเปลี่ยนคำขวัญเป็น สะอาด ปลอดภัย สิ่งแวดล้อมดีมีชีวิตรื่นรมย์

ความหมาย

ความหมายของคำว่า สถานที่ทำงาน หรือ Workplace นั้น ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงโรงงานอุตสาหกรรมเท่านั้น โดยแท้จริงแล้วสถานที่ทำงานหมายถึง สถานที่หรือ โครงสร้างอาคารที่มีคนทำงานอยู่ ไม่ว่าจะเป็นโรงงานอุตสาหกรรม สถานบริการ สถานศึกษา ธนาคาร โรงพยาบาล โรงแรม วิชากิจชุมชน หรือแม้แต่สำนักงานทั่วไป นอกจากนี้ เครื่องบิน รถยนต์ เรือโดยสาร ก็ยังจัดเป็นสถานที่ทำงานด้วยเช่นกัน

สถานที่ทำงานนออยู่ นำทำงาน หมายถึง สถานที่ทำงานที่มีการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของคนทำงานทุกคน ไม่ว่าจะเป็นผู้ประกอบการ ผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้มารับบริการ รวมทั้งจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เกิดความสุขภาพ สบายใจในการทำงาน

หลักการและแนวคิดของโครงการสถานที่ทำงานนออยู่ นำทำงาน

หลักการ

1. เน้นการเข้าร่วม โครงการด้วยความสมัครใจ
2. เน้นการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมทั้งเจ้าของ/ผู้ประกอบการ พนักงาน โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนการดำเนินการ

แนวคิด

การพัฒนาสถานที่ทำงานนออยู่ นำทำงาน เป็นการประยุกต์และบูรณาการแนวคิดและหลักการที่สำคัญในการพัฒนาสถานที่ทำงาน และการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการไว้หลายเรื่องที่สำคัญคือ

1.1 แนวคิดการพัฒนาสถานที่ทำงานด้วยกิจกรรม 5 ส.

การพัฒนาสถานที่ทำงานด้วยกิจกรรม 5 ส. ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม สะสาง สะดวก สะอาด สุขลักษณะ และสร้างนิสัย ซึ่งประยุกต์ใช้ในการจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานและการดูแลสุขลักษณะผู้ปฏิบัติงาน

- สะสาง คือ แยกของที่ไม่จำเป็นในสถานที่ทำงานแล้วจัดทิ้งไป
- สะดวก คือ จัดของที่ต้องใช้ไว้อย่างมีระเบียบเพื่อให้สะดวกในการหยิบใช้
- สะอาด คือ การทำความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์ สิ่งของ เครื่องใช้ให้นำอยู่เป็นนิจ เช่น คามพั้น ฝาผนัง โต๊ะทำงาน ชั้นวางของ ตู้เอกสาร เครื่องจักร อุปกรณ์ หลอดไฟ เป็นต้น

- สุขลักษณะ คือ จัดสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานที่ดีและปลอดภัย โดยรักษา 3 สแรก ให้คงสภาพอย่างต่อเนื่องหรือทำให้ดีขึ้นอยู่เสมอ
- สร้างนิสัย คือ การปฏิบัติให้ถูกต้อง และคิดเป็นนิสัย ซึ่งเป็นจุดสำคัญที่สุดของกิจกรรม 5ส

1.2 แนวคิดและหลักการ เรื่อง กระบวนการส่งเสริมสุขภาพคนทำงาน ขององค์การอนามัยโลก (WHO's Global Healthy Work Approach : HWA)

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพคนทำงาน ขององค์การอนามัยโลกเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องในการเพิ่มคุณภาพชีวิตการทำงาน สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของคนทำงานด้วยการพัฒนาปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงานในทุกด้าน (ทางกายภาพ จิตวิทยาสังคม องค์กรและเศรษฐกิจ) โดยมีผู้ที่มีส่วนและดูแลด้านสุขภาพของคนทำงานด้วยเป้าหมาย ระดับการดำเนินการ และองค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินการ ดังนี้

เป้าหมายการดำเนินการของ HWA คือ

- พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ปฏิบัติงาน/คนทำงาน
- เสริมสร้างสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้ปฏิบัติงาน/คนทำงาน และชุมชน

การดำเนินงานของ HWA จะดำเนินการใน 3 ระดับ คือ

- (1) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
- (2) ระดับบุคคล คนทำงานจะต้องได้รับการดูแลสุขภาพ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงจากการทำงาน
- (3) ระดับชุมชน ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน เพื่อนร่วมงาน สถานประกอบการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงาน (HWA) มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ คือ

- (1) การสร้างเสริมสุขภาพ
- (2) การดำเนินงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
- (3) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
- (4) การพัฒนาแบบยั่งยืน ทั้งด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้สถานประกอบการหรือวิสาหกิจชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ ได้เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน มีการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานต่อผู้ปฏิบัติงานและมีการจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้มีความปลอดภัย ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพแก่ผู้ปฏิบัติงานและชุมชน โดยรอบ
2. เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการ และผู้ปฏิบัติงานทุกคนในการพัฒนาสถานที่ทำงานอย่างต่อเนื่อง ให้เป็นสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน ตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย
3. เพื่อให้ผู้ประกอบการ วิสาหกิจชุมชน และผู้ปฏิบัติงานทุกคนเห็นความสำคัญของชุมชน โดยทำการผลิต หรือกำหนดกระบวนการทำงานที่ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของชุมชนโดยรอบ

กลุ่มเป้าหมาย

1. สถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานที่มีผู้ปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 คน เช่น ร้านเสริมสวย ร้านซ่อมมอเตอร์ไซด์ สถานีบริการน้ำมัน หรือกิจการอื่น ๆ ใด ที่มีผู้ปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 คน
2. สถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานที่มีผู้ปฏิบัติงานตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป เช่น โรงงาน อุตสาหกรรม สถานศึกษา โรงพยาบาล เป็นต้น
3. วิสาหกิจชุมชน อันได้แก่ กลุ่มอาชีพ กลุ่มเกษตรกร กลุ่มแม่บ้านสหกรณ์ กลุ่มชุมชน ซึ่งมาร่วมกันผลิตผลิตภัณฑ์ชุมชนหรือผลิตภัณฑ์พื้นบ้าน โดยมีสถานที่ผลิตแน่นอน และมีการผลิตอย่างต่อเนื่องในวิสาหกิจชุมชนอาจมีผู้ปฏิบัติงานที่น้อยกว่า 10 คน หรือมากกว่า ขึ้นอยู่กับขนาดของวิสาหกิจชุมชน

หลักการของการทำให้สถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน

โดยมีหลักการง่าย ๆ ในการทำให้สถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน คือ

ความสะอาด (Clean) เน้นเรื่องของนโยบายการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ในสถานที่ทำงาน การจัดแบ่งพื้นที่ที่เป็นสัดส่วน การรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยในพื้นที่ต่าง ๆ การจัดวางเอกสารและเครื่องใช้เป็นระเบียบ เป็นหมวดหมู่ การจัดเก็บมูลฝอยถูกหลักสุขาภิบาล รวมทั้งการควบคุมสัตว์และแมลง

ความปลอดภัย (Safety) เน้นเรื่องของการบันทึกข้อมูลสุขภาพ อาทิ การเกิดอุบัติเหตุ และการเจ็บป่วยระหว่างการทำงาน การติดตั้ง การดูแลรักษาเครื่องจักร/อุปกรณ์/เครื่องใช้ การจัดสภาพการทำงานที่ปลอดภัย การออกกฎระเบียบความปลอดภัย การใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคล จัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ อาทิ ความร้อน แสงสว่าง เสียง ให้เหมาะสมกับการทำงาน รวมทั้งการป้องกันอัคคีภัย

สิ่งแวดล้อมดี (Healthy Environment) เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้ดี ไม่ส่งผลกระทบต่อบุคคลหรือชุมชนข้างเคียง

มีชีวิตชีวา (Lively) เป็นเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพกาย ใจที่ดีให้กับผู้ปฏิบัติงาน โดยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงการส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ อาทิ กิจกรรมการออกกำลังกาย โภชนาการ การดูแลรักษาฟัน เป็นต้น

การรับรองสถานที่ทำงานนอกระบบ นำทำงาน

การประเมินรับรองสถานที่ทำงานนอกระบบ นำทำงาน เป็นการประเมินปีต่อปี ซึ่งสถานประกอบการต้องมีการประเมินซ้ำทุกปี หากสถานที่ทำงานสามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์การประเมิน ก็สามารถขอรับการตรวจประเมินได้จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือหน่วยงานอื่นที่ร่วมดำเนินการในพื้นที่ เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานดังกล่าวที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการตรวจประเมินสถานที่ทำงาน เข้าไปทำการตรวจประเมินสถานที่ทำงาน และเมื่อผ่านการประเมินในแต่ละระดับก็จะได้รับใบรับรองจากกรมอนามัย ดังนี้

ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน จะได้รับ ใบรับรองทองแดง

ผ่านเกณฑ์ระดับดี จะได้รับ ใบรับรองเงิน

ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก จะได้รับ ใบรับรองทอง

ซึ่งสถานประกอบการที่สามารถผ่านการประเมินได้ระดับทองติดต่อกัน 5 ปี จะได้รับโล่ประกาศเกียรติคุณเป็นสถานที่ทำงานนอกระบบ นำทำงาน

ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน โครงการสถานที่ทำงานนอกระบบ นำทำงาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 – 2547 เป็นดังตารางที่ 10 โดยในแต่ละปีมีสถานประกอบการที่สมัครเข้าร่วมโครงการทั้งสถานประกอบการเดิมและแห่งใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยปี พ.ศ. 2545 - 2547 มีผู้สมัครเข้าร่วมโครงการจำนวน 2,059 แห่ง 3,412 แห่ง และ 4,452 แห่ง ตามลำดับทั้ง 3 ปี ส่วนใหญ่เป็นสถานีนอนามัย/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รองลงมาเป็นสำนักงาน แต่ปี พ.ศ. 2546 - 2547 เป็นสถานบริการ

นอกจากนี้ยังมีสถานประกอบการประเภทอื่น อาทิ โรงงานอุตสาหกรรม (SMEs) สถานศึกษา โรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งผลการประเมิน ได้ระดับของมากที่สุด รองลงมาเป็นระดับเงิน และระดับทองแดง ซึ่งแสดงถึงผลของการพัฒนาสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงานอยู่ในระดับที่ดี แต่ยังมีสถานประกอบการบางส่วนที่ยังไม่ผ่านการประเมินซึ่งต้องกระตุ้นให้มีการปรับปรุงพัฒนาต่อไป

ตารางที่ 10 การดำเนินงานโครงการสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน (Healthy Workplace)

กิจกรรม	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงาน (สะสม)		
		ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547
1. จำนวนสถานประกอบการที่สมัครเข้าร่วมโครงการ	แห่ง	2,059	3,412	4,452
2. ประเภทกิจการ				
- โรงงานอุตสาหกรรมขนาดเล็ก (10 – 50 คน)	แห่ง	110	235	342
- โรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลาง (51 – 200 คน)	แห่ง	114	204	315
- โรงงานอุตสาหกรรมขนาดเล็ก (> 200 คน)	แห่ง	106	197	267
- โรงพยาบาล	แห่ง	144	145	206
- โรงแรม	แห่ง	22	65	68
- ธนาคาร	แห่ง	-	42	37
- สถานศึกษา	แห่ง	336	274	355
- สำนักงาน	แห่ง	498	324	584
- สถานบริการ และอื่น ๆ เช่น	แห่ง			
- สถานีบริการน้ำมัน	แห่ง	} 158	146	195
- ร้านเสริมเสริม	แห่ง		235	342
- สถานบันเทิง	แห่ง		271	306
- สสอ./สอ. (> 10 คน)	แห่ง	571	1,034	1,090
- วิสาหกิจชุมชน	แห่ง	-	240	345
3. ผลการประเมินใบรับรอง				
- ใบรับรองทอง	แห่ง	399	478	462
- ใบรับรองเงิน	แห่ง	250	305	340
- ใบรับรองทองแดง	แห่ง	92	84	73

2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

งานสุขภาพจิตยุคปัจจุบัน

เนื่องจากสถาบันสุขภาพจิตได้ดำเนินงานครอบคลุมทั้งด้านการพัฒนาวิชาการสุขภาพจิต และการให้บริการบำบัดรักษาทางจิตเวชแก่ประชาชน ซึ่งมีหน้าที่ความรับผิดชอบไม่แตกต่างจากหน่วยงานระดับกรมอื่น ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น เพื่อยกระดับงานสุขภาพจิตให้เท่าเทียมงานสาธารณสุขด้านอื่น ๆ และเพื่อความคล่องตัวในการบริหารจัดการและด้านงบประมาณ จึงได้มีพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 10) พ.ศ.2537 เปลี่ยนจากสถาบันสุขภาพจิตเป็นกรมสุขภาพจิต เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2537

กรมสุขภาพจิตยุคปัจจุบัน ได้พยายามดำเนินงานให้สอดคล้องกับภาวะความเปลี่ยนแปลงของประเทศ ซึ่งมีการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วมาก โดยเฉพาะในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา และเช่นเดียวกับประเทศที่พัฒนาแล้วอีกหลาย ๆ ประเทศ นั่นคือ ประเทศไทยต้องประสบปัญหาอันเนื่องมาจากการพัฒนาด้านเศรษฐกิจที่ไม่ได้สัดส่วนกับการพัฒนาด้านสังคม โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ปัญหาเด็กและเยาวชน ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาความเครียด ปัญหาการติดสารเสพติด ปัญหาการฆ่าตัวตาย ปัญหาความรุนแรงในสังคม ปัญหาผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรงและเรื้อรัง เช่น โรคเอดส์ เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อประชาชนเป็นอย่างยิ่ง ทำให้หมดความสุขในชีวิต และทำให้ศักยภาพในการทำงานหรือการเล่าเรียนต่ำ ส่งผลต่อการพัฒนาประเทศเป็นอย่างยิ่ง

ปัญหาข้อจำกัดของงานสุขภาพจิตยุคปัจจุบัน

ท่ามกลางปัญหาสุขภาพจิตที่หลากหลายของประเทศนั้น กรมสุขภาพจิต มีข้อจำกัดในการดำเนินงานหลายประการ เช่น มีจำนวนบุคลากรน้อย โดยในปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยมีจิตแพทย์ เพียง 387 คน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 1 : 161,005 คน มีนักจิตวิทยาคลินิก 196 คน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 1 : 317,902 มีพยาบาลจิตเวช 1,735 คน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 1 : 35,913 คน มีนักสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวช 373 คน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 1 : 167,048 คน มีจำนวนเตียงจิตเวช 8,893 เตียง คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 1 : 7,007 คน และนอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตยังได้รับงบประมาณในจำนวนจำกัด ในปีงบประมาณ 2544 ได้รับงบประมาณ 1,628.26 ล้านบาท หรือเพียงร้อยละ 2.77 ของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขด้วย

ดังนั้น กรมสุขภาพจิต จึงจำเป็นต้องพิจารณาทบทวนกลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหาของประเทศ เพื่อให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น จากเดิมที่เคยเน้นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชเป็นหลัก จำเป็นต้องหันมาให้ความสนใจกับกลุ่มประชากรส่วนใหญ่ในสังคมที่ยังไม่ได้เจ็บป่วยทางจิต แต่อาจจะเป็นกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันไม่ให้พวกเขาเหล่านั้นต้องเจ็บป่วยและในขณะเดียวกันก็ต้องสร้างเสริมให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตด้วยความสุข และสามารถทำงานหรือศึกษาเล่าเรียนได้อย่างเต็มศักยภาพต่อไป

การเร่งสร้างความตระหนักเชิงรุก

กรมสุขภาพจิต ได้เริ่มต้นด้วยการสร้างความตระหนักแก่ประชาชน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของสุขภาพจิต เพื่อเปลี่ยนทัศนคติเดิมที่เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องของการเจ็บป่วย เป็นตราบาป และเป็นเรื่องไกลตัวที่ยากจะเกิดขึ้นกับตนเองหรือครอบครัว ให้กลายเป็นเรื่องธรรมดาสามัญ เป็นธรรมชาติ เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่บุคคลแต่ละคนต้องรักษาและดูแลอย่างสม่ำเสมอไม่ต่างจากสุขภาพกาย รวมทั้งต้องให้ความเอาใจใส่ดูแลสุขภาพจิตของคนใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน เพื่อนบ้าน คนในชุมชนเดียวกัน หรือคนอื่น ๆ ในสังคม มิเช่นนั้น อาจก่อให้เกิดปัญหาร้ายแรงขึ้นในภายหลังได้

กลยุทธ์ที่กรมสุขภาพจิตใช้เพื่อสร้างความตระหนักแก่ประชาชน ได้แก่ การเผยแพร่ความรู้สุขภาพจิตเรื่องต่าง ๆ แก่ประชาชน โดยผ่านทางสื่อมวลชนทุกสาขา เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร และวารสารต่าง ๆ นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตยังได้ผลิตสื่อเผยแพร่เพื่อแจกจ่ายแก่ประชาชนโดยตรง ได้แก่ หนังสือคู่มือความรู้สุขภาพจิตเรื่องต่าง ๆ โปสเตอร์ แผ่นพับ เทปเสียง ซีดี และวีซีดี ด้วย ซึ่งประชาชนสามารถติดต่อขอรับได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งที่กรมสุขภาพจิตเอง และที่สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับทั่วประเทศ

การสร้างเสริมสุขภาพจิตของบุคคลวัยทำงาน

ทางการสร้างเสริมสุขภาพจิตของบุคคลวัยทำงานนั้น กรมสุขภาพจิต ก็ได้ให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากบุคคลวัยนี้มีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ และมีจำนวนมากถึงประมาณ 31,924,843 คน หรือร้อยละ 50.7 ของประชากรทั้งประเทศ หากประชากรกลุ่มนี้ได้รับการดูแลสุขภาพจิตเป็นอย่างดี ย่อมทำประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัวและประเทศชาติได้เป็นอย่างดี กรมสุขภาพจิตจึงได้พัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีเกี่ยวกับการลดความเครียดในการทำงาน การเสริมสร้างความสุขในการทำงาน การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของพนักงานและ

เทคนิคการเป็นที่ปรึกษาของหัวหน้างานเพื่อให้การดูแลสุขภาพจิตแก่พนักงานอย่างถูกต้องเหมาะสม

ทั้งนี้ โดยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากกรม กอง ต่าง ๆ ในกระทรวงแรงงาน อาทิ กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน โดยเฉพาะสำนักงานประกันสังคม ที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของลูกจ้างผู้ประกันตน มากกว่าการบำบัดรักษาเมื่อลูกจ้างเจ็บป่วยแล้ว โดยหน่วยงานเหล่านี้ได้ช่วยประสานการจัดการอบรมให้แก่ผู้จัดการฝ่ายบุคคลของสถานประกอบการ โดยมีวิทยากรจากกรมสุขภาพจิตเป็นผู้ให้ความรู้ และแจกจ่ายชุดเทคโนโลยีแก่ผู้เข้าอบรม เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ขยายผลในการส่งเสริมสุขภาพจิตของพนักงานในสถานประกอบการของตนต่อไป

จนถึงปัจจุบันมีผู้แทนจากสถานประกอบการที่ได้รับการอบรมจากกรมสุขภาพจิตไปแล้วทั่วประเทศหลายพันแห่ง และนายจ้างได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของลูกจ้างมากยิ่งขึ้น เพราะเห็นว่าพนักงานที่จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้น จะต้องมีความพร้อมทั้งด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต จึงทำให้ฝ่ายฝึกอบรมของสถานประกอบการต่าง ๆ รวมทั้งภาคราชการ ซึ่งได้แก่ กรม กองต่าง ๆ ต้องบรรจุเรื่องของสุขภาพจิตไว้ในหลักสูตรการอบรมพนักงานของหน่วยงานด้วย นอกเหนือจากการอบรมความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการทำงานด้านอื่น ๆ ที่จำเป็น

นอกจากนั้น สถานประกอบการที่มีความพร้อม ยังได้จัดให้มีนักจิตวิทยา หรือพยาบาลจิตเวชไว้ประจำ เพื่อให้บริการปรึกษาแก่พนักงานที่มีปัญหา นับว่างานส่งเสริมสุขภาพจิตในสถานประกอบการเป็นอีกงานหนึ่งที่ประสบความสำเร็จในการเสริมสร้างให้ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อเรื่องของสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น

3. กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน

กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับแรงงาน โดยมีโครงการสำคัญ 2 โครงการ ดังนี้

3.1 โครงการโรงงานสีขาว เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 - ปัจจุบัน

(1) เพื่อให้นายจ้างและผู้ใช้แรงงานมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาอาสพคดี

(2) เพื่อไม่ให้ยาเสพติดแพร่ขยายเข้าไปในสถานประกอบการ

(3) เพื่อให้ นายจ้าง และ ผู้ใช้แรงงาน มีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่อง การป้องกัน และ แก้ไข ปัญหา ยาเสพติด ไปสู่ สังคม อื่น ๆ โดยเฉพาะ อย่างยิ่ง ในครอบครัว ของ นายจ้าง และ ผู้ใช้แรงงาน

(4) เพื่อให้ ผู้ใช้แรงงาน ที่ติดยาเสพติด ได้มี โอกาส บำบัด รักษา และฟื้นฟู ให้หาย จาก การติดยาเสพติด และสามารถ ทำงาน ได้อย่าง เป็นปกติ

(5) เพื่อให้ สถานประกอบการ ได้รับรู้ ถึง ปัญหา ยาเสพติด ในสถานประกอบการ ซึ่งจะ นำไปสู่ กระบวนการ ในการ กำหนด และ สนับสนุน ให้มีการ ดำเนินการ ป้องกัน และ แก้ไข ปัญหา ยาเสพติด ในสถานประกอบการ ต่อไป

(6) ผู้ใช้แรงงาน มีสุขภาพ และคุณภาพ ชีวิต ที่ดี สามารถ ทำงาน ให้เกิด ประโยชน์ แก่ตนเอง และสถานประกอบการ อันจะทำให้ เป็นผลดี ต่อ เศรษฐกิจ ของประเทศ ต่อไป

กรมสวัสดิการ และคุ้มครองแรงงาน มอบหมาย ให้หน่วยงาน ในสังกัด กรมสวัสดิการ และคุ้มครองแรงงาน ทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ดำเนินการ เชิญชวน สถานประกอบการ เข้าร่วม โครงการ โรงงานสีขาว โดยกำหนด ให้สถานประกอบการ ที่เข้าร่วม โครงการ ในโรงงานสีขาว ต้องดำเนินการ 8 ข้อ ได้แก่ มีนโยบาย มีป้าย หรือประกาศ มีคณะทำงาน รับผิดชอบ มีการให้ความ สนับสนุน งาน มีกิจกรรม รมรงค์ มีการตรวจสุขภาพ ไม่พบ พฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับ ยาเสพติด และ มีกระบวนการ ตรวจสอบ โดยดำเนินการ ดังนี้

- (1) เชิญชวน สถานประกอบการ ให้สมัคร เข้าร่วม โครงการ ให้ครบทุกแห่ง
- (2) ติดตาม สถานประกอบการ ที่เข้าร่วม โครงการ ให้ผ่านเกณฑ์
- (3) ติดตาม สถานประกอบการ ที่ผ่านเกณฑ์ โรงงานสีขาว แล้ว ให้ดำเนิน กิจกรรม

ต่อเนื่อง คงความเป็น โรงงานสีขาว

งบประมาณ การดำเนินงาน ได้รับการ สนับสนุน จากสำนักงาน คณะกรรมการ ป้องกัน และปราบปราม ยาเสพติด

ผลการดำเนินงาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 - 31 มีนาคม 2548 ดังนี้

สถานประกอบการ ที่เข้าร่วม โครงการ จำนวน 40,828 แห่ง ลูกจ้าง 1,051,191 คน

สถานประกอบการ ที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 24,271 แห่ง ลูกจ้าง 2,274,341 คน

แผนการดำเนินงาน จัดกิจกรรม ฝึกระวัง ปัญหา ยาเสพติด ไม่ให้แพร่ระบาด ในสถานประกอบการ เช่น ส่งเสริม ให้มีการ เล่นกีฬา ในสถานประกอบการ หรือ แข่งขัน กีฬา ระหว่าง สถานประกอบการ การสร้าง เครือข่าย ฝึกระวัง สังกัด พฤติกรรม กลุ่มเสี่ยง ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้แก่

เพื่อนร่วมงานที่มีปัญหาเรื่องยาเสพติด และให้โอกาสผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดในสถานประกอบการ เข้ารับการบำบัดและกลับเข้าทำงานตามเดิม

3.2 โครงการแก้ไขปัญหาด้านสถานประกอบการ

การดำเนินงานของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเพื่อตอบสนองการแก้ไขปัญหาด้านสถานประกอบการ

เอดส์เป็นประเด็นมิติของแรงงานและสถานประกอบการที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญ (Recognition of HIV/AIDS is the Workplace issues) ตามหลักการของแนวปฏิบัติเรื่อง โรคเอดส์ ในโลกแห่งการทำงานขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work) ทั้งนี้เนื่องจากผลกระทบของเอดส์มิได้ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ เท่านั้น แต่ส่งผลกระทบต่อโลกแห่งการทำงาน คุณภาพชีวิตของแรงงานและสถานประกอบการ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ภายใต้กรอบวิสัยทัศน์และพันธกิจของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานในการ เป็นองค์กรหลักในการกำหนดและพัฒนามาตรฐานแรงงานเสริมสร้างความมั่นคงด้านสภาพการ จ้างและสภาพการทำงานให้แรงงานมีคุณภาพชีวิตที่ดี กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจึงได้ นำเสนอแนวปฏิบัติเรื่องโรคเอดส์ใน โลกแห่งการทำงาน ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญ คือการป้องกันการแพร่ระบาดของเอดส์ การไม่เลือกปฏิบัติ รังเกียจกีดกันเหตุเพราะคิดเชื้อ เอช ไอ วี และการช่วยเหลือดูแลแรงงานที่ติดเชื้ออย่างเหมาะสม เป็นกรอบแนวทางให้สถานประกอบการมีนโยบายในการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ อย่างเหมาะสมเพื่อให้แรงงานสามารถทำงานได้เต็มศักยภาพ

บทบาทของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานในการดำเนินงานป้องกันและ แก้ไขสถานการณ์เอดส์ในสถานประกอบการ

โดยมีการดำเนินงาน โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านเอดส์ในสถานประกอบการที่ เป็นภารกิจปกติและภารกิจความร่วมมือระหว่างองค์กร หน่วยงานภายนอก และองค์กร ต่างประเทศ ดังนี้

1. โครงการความร่วมมือกับองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ในโครงการ นำร่องพัฒนารูปแบบการป้องกันและการจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการจังหวัดระยอง ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ มกราคม 2546 – มิถุนายน 2547 โดยได้รับเงินสนับสนุนจากมูลนิธิ เอดส์โลกสากล (World AIDS Foundation) และการสนับสนุนด้านวิชาการจากองค์การแรงงาน

ระหว่างประเทศ (ILO) ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำแนวปฏิบัติเรื่องโรคเอดส์ในโลกแห่งการทำงาน ไปทดลองดำเนินการหารูปแบบการป้องกันและการบริหารจัดการด้านเอดส์ที่เหมาะสม โดยดำเนินการในสถานประกอบการ จำนวน 62 แห่ง ในนิคมอุตสาหกรรมอีสเทิร์น ซีบอร์ด จังหวัดระยอง

ผลที่ได้รับจากโครงการ

1. งานพัฒนาเครื่องมือสร้างแรงจูงใจของเชิดชูเกียรติสถานประกอบการที่สามารถบริหารจัดการเรื่องเอดส์ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ของ AIDS - response Standard Organization (ASO Thailand) คือไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี มีมาตรการช่วยเหลือพนักงานที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี อย่างเหมาะสม ให้การศึกษาเรื่องเอดส์แก่พนักงาน และให้ความช่วยเหลือแก่สังคมในเรื่องเอดส์ก็จะได้รับใบรับรองมาตรฐานการบริหารจัดการเรื่องเอดส์ในสถานประกอบการ (ASO Thailand) เพื่อแสดงถึงความรับผิดชอบและความเป็นผู้นำในการพัฒนาสังคมที่ช่วยลดปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

ผลการดำเนินงาน โครงการขยายผลดังกล่าวในปี พ.ศ. 2547 นี้ มีสถานประกอบการทั้งขนาดใหญ่ขนาดเล็กใน 29 จังหวัด รวมทั้งกรุงเทพมหานคร ตอบรับเข้าร่วมโครงการจำนวน 2,500 แห่ง โดยสถานประกอบการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น เข้าร่วมอบรมหลักสูตรผู้บริหารในการป้องกันและบริหารจัดการเรื่องเอดส์ พนักงานเข้าร่วมกิจกรรมการศึกษาและฝึกอบรมในหลักสูตรเอดส์สำหรับพนักงานช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข รวมทั้งอเมริกันอินเตอร์เนชั่นแนล แอสซิวเรินส์ จำกัด ได้ร่วมเป็นภาคีภาคธุรกิจในการส่งเสริมการดำเนินงานด้านเอดส์ โดยลดเบี้ยประกันชีวิตหมู่พนักงานให้แก่สถานประกอบการที่เป็นลูกค้าเดิมของบริษัทที่ได้รับใบรับรองมาตรฐาน ASO Thailand

ใบรับรองมาตรฐาน ASO Thailand ได้รับการรับรอง โดยกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานและกรมควบคุมโรค โดยกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ได้จัดพิธีมอบใบรับรองมาตรฐานการบริหารจัดการเรื่องเอดส์ในสถานประกอบการ (ASO Thailand) เป็นครั้งแรก ในปี 2547 ให้แก่สถานประกอบการในนิคมอุตสาหกรรมอีสเทิร์น ซีบอร์ด ที่สามารถบริหารจัดการด้านเอดส์ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ASO จำนวน 48 แห่ง โดยมีสถานประกอบการกิจการจำนวน 31 แห่ง ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ASO ระดับทอง และจำนวน 17 แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ASO ระดับเงิน

2. งานพัฒนานโยบายในการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ โดยจัดทำประกาศกระทรวงแรงงานเรื่องนโยบายการป้องกันและการจัดการเรื่องเอดส์ในสถานที่ทำงาน เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2548 โดยมีหลักการตามแนวปฏิบัติเรื่องโรคเอดส์โลกแห่งการทำงานขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work) เพื่อเป็นกรอบนโยบายให้สถานประกอบการหน่วยงานต่าง ๆ นำไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานและกำหนดนโยบายด้านเอดส์ที่เหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐาน ASO

3. งานโครงการความร่วมมือระหว่างเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนโลก (Global Fund)

รูปแบบการดำเนินงานโครงการนำร่องพัฒนารูปแบบการป้องกันและการจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการจังหวัดระยอง ได้รับการยอมรับจากสำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก (Global Fund) ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานโครงการป้องกันและบริหารจัดการเรื่องเอดส์ในสถานประกอบการภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนโลก (Global Fund) ให้ขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ โดยดำเนินงานร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชน ได้แก่ สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยด้านภัยเอดส์ และองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ในพื้นที่ ดำเนินงานส่งเสริมให้สถานประกอบการมีบทบาทในการป้องกันและช่วยเหลือดูแลแรงงานที่ติดเชื้ออย่างเหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานการบริการจัดการเรื่องเอดส์ในสถานประกอบกิจการ (ASO Thailand) โดยเป็นโครงการ 5 ปี ซึ่งจะได้รับการประเมินผลการดำเนินงานและต่อสัญญาความช่วยเหลือเป็นรายปี โครงการเริ่มดำเนินการปีที่ 1 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2546 - ธันวาคม 2548 กำหนดเป้าหมายให้สถานประกอบการสามารถบริหารจัดการเรื่องเอดส์ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 1,000 แห่ง

ผลการดำเนินงานโครงการขยายผลดังกล่าวในปี 2547 มีสถานประกอบการทั้งหมดใหญ่ขนาดเล็กลงใน 29 จังหวัด รวมทั้งกรุงเทพมหานคร ตอบรับเข้าร่วมโครงการ จำนวน 2,500 แห่ง โดยสถานประกอบกิจการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น เข้าร่วมอบรมหลักสูตรผู้บริหารในการป้องกันและบริหารจัดการเรื่องเอดส์ พนักงานเข้าร่วมกิจกรรมการศึกษาและฝึกอบรมในหลักสูตรเอดส์สำหรับพนักงานและหลักสูตรวิทยากรแกนนำด้านเอดส์ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจเรื่องเอดส์อย่างถูกต้อง และมีส่วนร่วมกับผู้บริหารในการกำหนดนโยบายเรื่องเอดส์ในสถานประกอบการของตนเองตามเกณฑ์มาตรฐาน ASO ได้อย่างเป็นรูปธรรม

ผลการดำเนินงานในโครงการกองทุนโลก

กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานร่วมกับกรมควบคุมโรค และสมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอชซี (TBCA) จัดพิธีมอบใบรับรองมาตรฐานการบริหารจัดการเรื่องเอชซีในสถานประกอบการให้แก่สถานประกอบการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ASO Thailand จำนวน 1,261 แห่ง จำนวน 29 จังหวัด จากทุกภาค

โครงการคืนชีวิตให้พ่อแม่เพื่อลูกน้อยที่ปลอดภัย

โครงการตามข้อตกลงความร่วมมือระหว่างประเทศกระทรวงแรงงาน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสภากาชาดไทย เพื่อส่งเสริมให้สถานประกอบการมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อให้สามารถทำงานได้เต็มตามศักยภาพไม่ผลัดให้เป็นภาระของสังคม

โครงการความร่วมมือตาม MOU กิจกรรมร่วมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเอชซีเหตุเนื่องจากการเคลื่อนย้ายประชากรทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศกัมพูชา จีน ลาว พม่า ไทยและเวียดนาม สำหรับกิจกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชซีในคนงานทางหลวงอาเซียน (ASEAN) เป็นโครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงานและกระทรวงคมนาคมเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเอชซีโดยการให้ความรู้แก่งานก่อสร้างทางหลวงสาย ASEAN และชุมชน แผนการดำเนินงานปี 2 (ตุลาคม 2547 – กันยายน 2548)

โครงการป้องกันและบริหารจัดการเรื่องเอชซีในสถานประกอบการ ขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินงานในปีที่ 2 โดยมีกระบวนการดำเนินงานเช่นเดียวกับปีที่ 1 โดยคาดหวังให้มีสถานประกอบการสามารถบริหารจัดการเรื่องเอชซีได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ASO จำนวน 1,500 แห่ง ในปีนี้ 2

กิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชซีที่เป็นภารกิจปกติได้แก่

การดำเนินโครงการอบรมให้ความรู้และจัดทำสื่อเรื่องเอชซีในโลกแห่งการทำงาน ตามแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชซีแห่งชาติ ที่ใช้งบประมาณที่ได้รับจากกรมควบคุมโรคปีละ 1.9 ล้านบาท ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายนายจ้าง ลูกจ้าง ปีละจำนวน 5,000 คน ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ที่ 1 : การพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว ชุมชน และสภาพแวดล้อมในสังคมเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชซี

4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติ
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544

ภารกิจของ สสส. ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

- 1) ลดการบริโภคสุราและยาสูบ
- 2) ลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพอื่น ๆ
- 3) เพิ่มสุขภาวะหรือคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์พร้อมให้แก่คนไทย อันหมายรวมถึง
สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต และสุขภาพทางสังคม

บทบาทของ สสส.

ในการดำเนินภารกิจดังกล่าว คือ เชื่อมประสานความร่วมมือจากหน่วยงานทุกส่วนที่
เกี่ยวข้องและสนับสนุนหน่วยงานทุกรูปแบบเพื่อพัฒนาให้เกิดปฏิบัติการที่จะนำไปสู่ความ
เปลี่ยนแปลงตามเป้าหมายข้างต้น โดยมีกองทุนซึ่งแหล่งเงินทุนคือภาษีจากการจำหน่ายสุราและ
ยาสูบในอัตราร้อยละ 2 เป็นเครื่องมือสนับสนุนการทำงาน

สสส. คือหน่วยสนับสนุนเพื่อทำหน้าที่ “ตัวเร่ง” ให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นไปอย่าง
เข้มแข็ง สสส. คือ หน่วยสนับสนุนใน 5 ส่วนสำคัญ ดังนี้

1. สนับสนุนข้อมูล เพื่อให้เกิดการพัฒนาและดำเนิน โครงการอย่างมีประสิทธิภาพ
 2. สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมประสานเพื่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีจุดหมายร่วมกัน
สามารถทำงานได้อย่างสอดคล้องประสานและเกื้อหนุนกัน
 3. สนับสนุนเงินทุนเพื่อให้โครงการดี ๆ และการริเริ่มสร้างสรรค์ ทดลองกิจกรรม
ใหม่ ๆ เกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรม
 4. สนับสนุนการนำผลงานและค้นพบไปเผยแพร่สู่สาธารณะเพื่อกระตุ้นให้เกิด
ความคิด ความเห็นและการทดลองที่แพร่หลาย
 5. สนับสนุนการพัฒนามาตรการและนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เกิดกลไกและข้อปฏิบัติ
ในระดับชาติที่เกื้อหนุนให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพถึงวิถีชีวิตของประชาชนในวงกว้าง
- ขอบข่ายงานที่ สสส. สนับสนุน**
- ลดความเสี่ยง**
- การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- การบริโภคบุหรื
- เสพยาเสพติด
- ออกกำลังกายไม่เพียงพอ
- รับประทานอาหารไม่เหมาะสม
- มลพิษในสิ่งแวดล้อม
- อุบัติเหตุ
- ความเครียด
- อันตรายในที่ทำงาน
- มีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย
- ฯลฯ

เพิ่มความสุข

- เมื่อนำอยู่
- สถานประกอบการสุขภาพดี
- เกษตรปลอดภัย
- ออกกำลังกายเพียงพอ
- รับประทานอาหารเหมาะสม
- ถนนปลอดภัย
- ศิลปะเพื่อสุขภาพ
- โรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ
- ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ
- ระบบสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสุขภาพ
- ฯลฯ

บทบาทสำคัญอย่างหนึ่งของ สสส. คือ เป็นองค์กรสนับสนุนทุนเพื่อดำเนินโครงการและปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ทุกภาคส่วนใน 2 กลุ่ม คือ

- โครงการเชิงรุก ได้แก่ โครงการขนาดใหญ่ที่เกิดจากการพัฒนาแผนงานและดำเนินการร่วมกันระหว่างภาคีจำนวนมากและส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง

- โครงการเปิดรับทั่วไปและนวัตกรรม ได้แก่ โครงการที่เสนอขอรับการสนับสนุนจาก กลุ่ม/องค์กรต่าง ๆ ในวงกว้างที่เสนอมายัง สสส. ได้ตลอดทั้งปี โดยเน้นประเด็นสุขภาพหลักและ ปฏิบัติการ ตัวอย่าง

คุณสมบัติสำคัญของโครงการที่ สสส. สนับสนุน

1. ก่อประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างชัดเจน
2. มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
3. พัฒนาโครงการจากข้อมูลที่ชัดเจน
4. มีความร่วมมือกับองค์กรภายนอก
5. ไม่ใช่งานประจำของหน่วยงาน
6. ผู้อื่นสามารถเรียนรู้เพื่อขยายผลต่อได้
7. ไม่เป็นการแสวงหาประโยชน์ทางธุรกิจ/การเมือง
8. เกิดผลต่อเนื่องแม้สิ้นสุดโครงการแล้ว

สสส. สนับสนุนทุนดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดให้แก่หน่วยงานทุกรูปแบบไม่ว่าจะเป็นสถานศึกษา สถานประกอบการ หน่วยงานของรัฐ ชุมชน มูลนิธิ องค์กรศาสนา กีฬา ศิลปวัฒนธรรม ฯลฯ ทั้งนี้ ในการพิจารณาให้ทุนสนับสนุนโครงการซึ่งดำเนินการ โดยคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกจะเน้นพิจารณาเนื้อหาสาระ และประโยชน์ต่อส่วนรวมเป็นสำคัญ

การขอรับทุน

ขั้นตอนการเสนอโครงการเพื่อขอรับทุนสนับสนุนมีดังนี้

1. ขอรับแบบฟอร์มได้ที่ สสส. หรือดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ สสส.
 2. ส่งแบบฟอร์มมาที่ สสส.
 3. คณะกรรมการจะพิจารณาโครงการทุก 3 เดือน
 4. โครงการที่มีงบประมาณสูงกว่า 1 ล้านบาท จะมีขั้นตอนการพิจารณาอย่างรอบด้าน
- นอกจากนี้ ยังมีบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเขียนโครงการให้แก่ผู้ที่ต้องการเสนอโครงการมายัง สสส. โดยสอบถามรายละเอียดได้ที่สำนักงานเปิดรับโครงการทั่วไปหรือจากเว็บไซต์ สสส.

สสส. ได้ดำเนินการตามภารกิจการสร้างเสริมสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ผลงานสำคัญในปี พ.ศ. 2546 คือ สนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะและกลไกระดับชาติในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบเป็นผลสำเร็จ สร้างกระแสแรงจูงใจให้เกิดค่านิยมลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบในสังคมอย่างต่อเนื่อง ผ่านเครือข่ายศาสนา กีฬา และการพัฒนาเยาวชน และในปีนี้ สสส. ได้กำหนดเป้าหมายให้คนไทยที่เล่นกีฬาและออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50 ภายในเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2546 – 2548)

ในปี 2547 (ตุลาคม 2546 – กันยายน 2547) สสส. ได้ดำเนินงานตามแผนหลัก 11 แผน และมียอดงบประมาณสนับสนุนโครงการในลักษณะต่าง ๆ (โครงการเดิมและโครงการใหม่) รวม 1,669 โครงการ เป็นเงินทั้งสิ้น 1,825,147,254 บาท เพิ่มจากปีงบประมาณ 2546 ประมาณ 2.7 เท่า โดยสรุปผลงานควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญ 4 เรื่อง คือ บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และอุบัติเหตุ

5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามมาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานของรัฐอยู่ในการกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และตามมาตรา 31 ให้มีเลขาธิการเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารกิจการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ข้อกำหนด นโยบาย มติและประกาศของคณะกรรมการและเป็นผู้บังคับบัญชาเจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสำนักงานทุกตำแหน่ง

อำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 29 กำหนดไว้ดังนี้

1. รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าวและคณะกรรมการสอบสวน
2. เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการบริการสาธารณสุข
3. จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ
4. บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด
5. จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนดให้แก่หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 46

6. ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

7. ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ

8. กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน

9. ถือกรรมสิทธิ์ มีสิทธิครอบครอง และมีทรัพย์สินต่าง ๆ

10. ก่อตั้งสิทธิและทำนิติกรรมสัญญาหรือข้อตกลงใด ๆ เกี่ยวกับทรัพย์สิน

11. เรียกเก็บค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการในการดำเนินกิจการของสำนักงาน

12. มอบให้ห้องคร้ออื่นหรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน

13. จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขและเผยแพร่ต่อสาธารณสุขชน

14. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหรือตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุขมอบหมาย

โดยสรุปสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมีบทบาทสำคัญอยู่สองประการ คือ การสนับสนุนการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการเป็นหน่วยงานผู้ซื้อบริการ ทั้งนี้ จะต้องประสานให้เกิดความสมดุลของผู้เกี่ยวข้องในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีผู้เกี่ยวข้อง 3 ส่วนหลัก ๆ คือ ผู้ซื้อบริการ (purchaser) ผู้ให้บริการ (provider) และผู้รับบริการ/ประชากร (people)

งบประมาณสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน 210 บาท ต่อประชากร ผู้มีสิทธิ 47 ล้านคน เป็นงบประมาณที่คำนวณบนพื้นฐานการจัดบริการให้ประชาชนคนไทยทุกคน (63.4 ล้านคน) ดังนั้น การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จึงต้องจัดให้ประชากรทั้งหมดในพื้นที่ คือ ประชากรที่มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ (UC) และประชาชนที่ใช้สิทธิอื่นๆ (NON-UC) หมายถึง ข้าราชการ ผู้ประกันตน และอื่น ๆ ซึ่งสำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ทำสัญญากับโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครทั้งภาครัฐและเอกชนที่ให้บริการผู้ประกันตน และได้จัดสรรงบประมาณสำหรับจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับผู้ประกันตนที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร แบ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ 16 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 31 แห่ง

กิจกรรมที่โรงพยาบาลต้องให้บริการตามสัญญา

การให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ 10 รายการ

1) ให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่าง

ต่อเนื่อง

2) การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

3) การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้

ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงาน การให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ

4) การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง

5) การวางแผนครอบครัว

6) การให้ยาค้านไวรัสเอดส์กรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

7) การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว

8) การให้คำปรึกษา (Counseling) และการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการ

ส่งเสริมสุขภาพ

9) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก

การแนะนำด้านทันตสุขภาพ

10) การเยี่ยมบ้าน (home visit) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home health care)

หมายเหตุ ข้อ 1 เน้นให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและสมุดบันทึกและเด็ก

ข้อ 3 เฉพาะวัคซีน BCG และ Hepatitis ในเด็กแรกเกิด

ข้อ 10 ยกเว้นเนื่องจากการให้บริการนอกสถานบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยจัดให้มีกิจกรรมหรือโครงการของโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคของผู้ป่วยและครอบครัว (Patient & family empowerment by self care, self help group etc.) กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 8 โรคของประกันสังคม (DM, HT, CVA, HF, HIV,

COPD, CA, Chronic hepatitis & cirrhosis) และเพิ่มเติม TB, Asthma รวมทั้งการสนับสนุนความรู้ทักษะด้าน Clinical Epidemiology แก่แพทย์และผู้ให้บริการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพให้มีกิจกรรม/โครงการของโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Certified และสนับสนุนวิทยากร โดยสถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล) ได้แก่ Patient & family empowerment (Self care, Self help group etc.) ให้กับกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 8 โรคของประกันสังคม (DM, HT, CVA, HF, HIV, COPD, CA, Chronic hepatitis & cirrhosis) และ TB, Asthma รวมทั้งการสนับสนุนความรู้ทักษะด้าน Clinical Epidemiology แก่แพทย์และผู้ให้บริการ

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานที่ทำงาน เนื่องจากกลุ่มผู้ประกันตน อาจไม่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหน่วยบริการเนื่องจากประชาชนกลุ่มผู้ประกันตนเป็นกลุ่มประชากรวัยทำงานอยู่ตามโรงงานหรือบริษัท อาจไม่สะดวกในการลางานเพื่อรับบริการสร้างเสริมสุขภาพ บางอย่าง เช่น ตรวจร่างกาย ให้คำปรึกษา หน่วยบริการคู่สัญญา จึงอาจให้บริการในเชิงรุก เช่น ให้บริการตรวจสุขภาพจัดนิทรรศการให้ความรู้และคำปรึกษาในโรงงานที่หน่วยบริการเป็นคู่สัญญาประกันสังคม

ในปี พ.ศ. 2546 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ศึกษาว่า พระราชบัญญัติประกันสังคมคุ้มครองเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหรือไม่ ผลการศึกษาสรุปว่าพระราชบัญญัติประกันสังคมไม่ได้คุ้มครอง ดังนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงขอขบประมาณส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั้งประเทศ รวมทั้งผู้ประกันตนและข้าราชการทุกคน

ในปี พ.ศ. 2547 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับขบประมาณส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วประเทศ 60 ล้านบาท รวมทั้งผู้ประกันตนมีการจัดสรรเงินส่งให้สาธารณสุขจังหวัดดำเนินการ ซึ่งในส่วนภูมิภาคยังไม่มีการดำเนินการในส่วนของผู้ประกันตน โดยเริ่มเป็นโครงการนำร่อง ในเขตกรุงเทพมหานคร เหม่าจ่ายให้โรงพยาบาลที่ทำความตกลงผู้ประกันตนสามารถไปรับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันสุขภาพและป้องกันโรคตามจุดที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2548 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับการจัดสรรงบประมาณสำหรับประชาชน 63.4 ล้านบาท คนละ 155.68 บาท จำนวนเงิน 9,870 ล้านบาท แบ่งเป็น

(1) งบประมาณสำหรับกรมต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อการดำเนินการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้แก่ประชาชน 63.4 ล้านบาท จำนวนเงิน 84.5 ล้านบาท ในปี 2548 ซึ่งผลการดำเนินการมีการจัดสรรและก่อหนี้ผูกพันแล้ว 748.1 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 89

(2) งบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับชุมชน จำนวนเงิน 2,366 ล้านบาท มีการดำเนินการจัดสรรและก่อหนี้ผูกพันแล้ว 2,340 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 99

(3) งบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคลแบ่งเป็น

1) จัดสรรให้โรงพยาบาลสำหรับประชาชนกลุ่มสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรคตามรายหัว ประชากร (47 ล้านบาท) จำนวนเงิน 4,991 ล้านบาท จัดสรรและก่อหนี้ผูกพันแล้ว 4,579 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 92

2) จัดสรรสำหรับประชากรกลุ่มสิทธิอื่น ๆ (ผู้ประกันตน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และอื่น ๆ) จำนวนเงิน 1,668 ล้านบาท จัดสรรและก่อหนี้ผูกพันแล้ว 1,665 ล้านบาท คิดเป็น ร้อยละ 100 ซึ่งในส่วนนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดสรรเงิน ไปให้ คณะอนุกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด (ซึ่งมีสาธารณสุขจังหวัดเป็น ประธาน) ครบถ้วนแล้วทุกจังหวัด ส่วนการใช้จ่ายเงินขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของคณะอนุกรรมการดังกล่าว ซึ่งในส่วนภูมิภาคในปี พ.ศ. 2548 ยังไม่ได้มีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคลให้แก่ผู้ประกันตนแต่อย่างใด

การบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดให้ผู้ประกันตนในเขตกรุงเทพมหานครในปี พ.ศ. 2548 มีดังนี้

1. การตรวจสุขภาพ
2. การฝากครรภ์
3. การวางแผนครอบครัว
4. การให้คำปรึกษาแนะนำ
5. ทันตกรรม (ตรวจสุขภาพปากและแนะนำด้านทันตสุขภาพ)

สำหรับการบริหารงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปี พ.ศ. 2549 ได้รับ จัดสรรจำนวนเงิน 10,738 ล้านบาท สำหรับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรสำหรับ ประชาชนกลุ่มสิทธิอื่น ๆ (ผู้ประกันตน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และอื่น ๆ) จำนวน 14.4 ล้านบาท ละ 111.73 บาท จำนวนเงิน 1,603.3 ล้านบาท โดยมีแนวทางการบริหารในส่วน ของผู้ประกันตน ดังนี้

(1) การฝากครรภ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายค่าฝากครรภ์ของผู้ประกันตน (เฉพาะผู้ประกันตนหญิง) ให้แก่โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือ โรงพยาบาลรัฐตามอัตราค่าบริการ ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยจ่ายให้เกิน 5 ครั้ง/ครรภ์ ตั้งเป้าหมายว่าจะจ่ายปีละประมาณ 130,000 ราย

(2) การตรวจคัดกรองความเสี่ยง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายค่าตรวจคัดกรองความเสี่ยงให้แก่โรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วม โครงการในการเข้าไปตรวจคัดกรองความเสี่ยงให้แก่ ผู้ประกันตนในสถานประกอบการต่าง ๆ ซึ่งทำเป็น Package โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจะร่วมกับสำนักงานประกันสังคมจังหวัดกำหนดกลุ่มเป้าหมายและดำเนินการในแต่ละจังหวัด สำหรับเป้าหมายในปี 2549 คาดว่าผู้ประกันตนจะได้รับการตรวจประมาณ 4,000,000 ราย ซึ่งการตรวจคัดกรองความเสี่ยงนี้ เป็นวิธีการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพประจำปี เนื่องจากไม่ต้องการให้ผู้ประกันตนไปขอรับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานพยาบาลเป็นจำนวนมาก

(3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพให้แก่ผู้ประกันตน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะจ่ายค่าบริการให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขา เป็นอัตรารายหัวผู้ประกันตนในความรับผิดชอบของแต่ละจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขา จะดำเนินการแต่งตั้งคณะทำงานประกอบด้วยผู้แทนจากสำนักงานประกันสังคมจังหวัด และโรงพยาบาลทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการค้นหาปัญหา และกำหนดประเด็นการแก้ไขปัญหา ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ผู้ประกันตน โดยมีคณะอนุกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัดเป็นผู้อนุมัติและติดตามประเมินผล

บทที่ 4

วิธีการและผลการดำเนินงาน

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคมได้เริ่มดำเนินการมาเป็นเวลาหลายปี โดยมีกิจกรรมที่แตกต่างกันตามช่วงเวลา เริ่มจากกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจจนไปถึงกิจกรรมที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องมีบทบาทร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

1. การสร้างความรู้ความเข้าใจและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร

สำนักงานประกันสังคมได้พยายามจัดหากิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้นายจ้างและลูกจ้างได้ตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยวิธีการเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจ และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร โดยจัดกิจกรรมดังนี้

1.1 โครงการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและเผยแพร่ความรู้ด้านการประกันสังคม

เริ่มดำเนินการเมื่อปี พ.ศ. 2539 วัตถุประสงค์เพื่อให้ลูกจ้าง/ผู้ประกันตนได้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน ตลอดจนการให้บริการทางด้านประกันสังคม โดยให้สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและเขตพื้นที่ร่วมกับสถานพยาบาลประกันสังคมดำเนินการจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่ไปสู่ผู้ประกันตน ณ สถานประกอบการ โดยสถานพยาบาลจัดหน่วยบริการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นให้ความรู้ คำแนะนำด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกัน และแก้ไขปัญหา ยาเสพติดแก่ผู้ประกันตน ณ สถานประกอบการ สำหรับสำนักงานประกันสังคมจังหวัด/เขตพื้นที่ให้บริการด้านประกันสังคมและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านประกันสังคม ดังนี้

(1) เพื่อให้ลูกจ้าง/ผู้ประกันตนได้รับบริการด้านประกันสังคมด้วยความสะดวกรวดเร็ว

(2) เพื่อให้บริการตรวจสุขภาพและรักษาโรคเบื้องต้นแก่ลูกจ้างผู้ประกันตน ณ สถานประกอบการ

(3) เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ให้นายจ้าง ลูกจ้าง ผู้ประกันตนมีความเข้าใจหลักการของการประกันสังคม ตลอดจนหน้าที่และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายประกันสังคม และเพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคให้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง ผู้ประกันตน

ตารางที่ 11 แสดงผลการดำเนินการตามโครงการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและเผยแพร่ความรู้ด้านประกันสังคม

การดำเนินงาน	ประจำปี	เป้าหมาย	จำนวนครั้ง	จำนวนคน
ส่วนกลาง	2545	60 ครั้ง	60	5,273
ส่วนภูมิภาค		910 ครั้ง	896	66,268
รวม		970 ครั้ง	956	71,541
ส่วนกลาง	2546	60 ครั้ง	60	3,820
ส่วนภูมิภาค		910 ครั้ง	879	72,098
รวม		970 ครั้ง	939	75,918
ส่วนกลาง	2547	60 ครั้ง	60	4,315
ส่วนภูมิภาค		1,000 ครั้ง	924	89,027
รวม		1,060 ครั้ง	984	93,342
ส่วนกลาง	2548	60 ครั้ง	22	2,487
ส่วนภูมิภาค	(ม.ก. - ค.ค.)	1,000 ครั้ง	746	77,149
รวม		1,060 ครั้ง	768	79,636

ข้อมูลกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ ณ เดือนตุลาคม 2548

1.2 การจัดประชุมระดับชาติเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน

เริ่มดำเนินการเมื่อปี พ.ศ. 2543 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้บริหารสถานประกอบการ สถานพยาบาล และผู้เข้าร่วมประชุมเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ คนทำงานที่มีผลโดยตรงด้านสุขภาพและการเพิ่มผลผลิต รวมทั้ง ก่อให้เกิดการสร้างสุขภาพ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ ในแต่ละปีจะได้ศึกษาประเด็นที่น่าสนใจมาเสนอในที่ประชุม โดยมุ่งเน้นให้เกิดตระหนักถึงความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพของนายจ้าง

ลูกจ้าง และสถานพยาบาล โดยมีกรณีตัวอย่างมานำเสนอในแต่ละครั้งจะมี ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงแรงงานมาเป็นประธานในพิธีเปิด อาทิ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน และผู้บริหารจากหน่วยงานต่าง ๆ ในกระทรวงแรงงานมาร่วมงาน รวมทั้งเชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิมาร่วมอภิปราย โดยใช้เวลาในการจัดประชุมครั้งละ 2 วัน

วิธีดำเนินการ แบ่งการประชุมออกเป็น 2 ช่วง ดังนี้

● ช่วงเช้า

- อภิปรายและฉายวีดิทัศน์ เพื่อให้เกิดแนวคิดและเป็นการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมเกิดความเข้าใจและเห็นความสำคัญ พร้อมทั้งตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ลูกจ้าง ผู้ประกันตน

- จัดนิทรรศการเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน พร้อมทั้งให้บริการตรวจสมรรถภาพของร่างกาย

● ช่วงบ่าย

- แบ่งกลุ่มประชุมเชิงปฏิบัติการในหัวข้อต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้เข้าร่วมประชุมในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ประมาณ 1,000 คน

ผลการดำเนินงาน ในช่วงปี พ.ศ. 2545 – 2547 มีดังนี้

● ปี พ.ศ. 2545 จัดประชุมเรื่อง “แรงงานสดใสเป็นปัจจัยเพิ่มผลผลิต” วันที่ 24 มกราคม 2545 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชัน กรุงเทพมหานคร

● ปี พ.ศ. 2546 จัดประชุมเรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพและความปลอดภัยในสถานประกอบการ” จัดแบ่งออกเป็น 2 ครั้ง

- ครั้งที่ 1 จัดวันที่ 29 มกราคม 2546 ณ โรงแรมสยามธานี จังหวัดนครราชสีมา

- ครั้งที่ 2 จัดวันที่ 24 กันยายน 2546 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชัน

กรุงเทพมหานคร

● ปี พ.ศ. 2547 จัดประชุมเรื่อง “สร้างเสริมสุขภาพแรงงานไทยสู่มาตรฐานสากล” วันที่ 23 ธันวาคม 2547 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชัน กรุงเทพมหานคร

1.3 การจัดทำวารสารเผยแพร่

สำนักงานประกันสังคมได้จัดทำจดหมายข่าวประกันสังคมเพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน บริการทางการแพทย์ ตลอดจนข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่กระตุ้นให้นายจ้าง ลูกจ้าง และสถานพยาบาลได้เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยออกเป็นรายเดือน ๆ ละ 20,000 ฉบับ ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 ปัจจุบันได้นำไปรวมเล่มกับวารสารสารสัมพันธ์ประกันสังคมของสำนักงานประกันสังคม

2. โครงการนำร่อง : โครงการสร้างสรรค์สุขภาพในสถานประกอบการ

ในปี พ.ศ. 2542 ได้จัดโครงการนำร่องเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพโดยเลือกจังหวัดสมุทรปราการเป็นจังหวัดนำร่อง และต่อมาในปี พ.ศ. 2543 - 2545 ได้ดำเนินการเพิ่มอีก 4 จังหวัด คือ ปทุมธานี ระยอง สระบุรี และลำพูน การดำเนินการดังกล่าวมุ่งเน้นกระบวนการให้ความรู้ความเข้าใจแก่นายจ้าง ลูกจ้าง สถานพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้เข้าใจความสำคัญและบทบาทของตนเองที่ร่วมกันสร้างเสริมสุขภาพของคนทำงาน ส่วนกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพของสถานประกอบการแต่ละแห่งจะขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความต้องการจากสถานประกอบการนั้น ๆ และเสริมสร้างการช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน

ในการเตรียมการจะมีการแต่งตั้งคณะทำงานภายในจังหวัด โดยจะมีผู้บริหารระดับสูงของแต่ละจังหวัดเป็นประธานคณะทำงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นคณะทำงาน อาทิ สาธารณสุขจังหวัด สวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด อุตสาหกรรมจังหวัด ผู้แทนสภาอุตสาหกรรมจังหวัด และผู้แทนจากสถานประกอบการและสถานพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เป็นคณะทำงาน โดยมีประกันสังคมจังหวัดเป็นคณะทำงานและเลขานุการทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการประสานงานซึ่งมีกิจกรรมในปี พ.ศ. 2545 - 2546 ดังนี้

2.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับกลุ่มผู้บริหารงานบุคคล เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อเป็นตัวอย่างให้แก่จังหวัดที่มีเขตอุตสาหกรรมอื่น ๆ และได้กำหนดเป้าหมายสถานประกอบการไว้จังหวัดละ 20 สถานประกอบการ จำนวน 4 รุ่น ๆ ละ 60 คน ระยะเวลารุ่นละ 3 วัน

ผลการดำเนินงาน

- จัดอบรมแกนนำของสถานประกอบการใน 4 จังหวัดนำร่อง จังหวัดละ 20 สถานประกอบการ จำนวน 4 รุ่น ๆ ละ 60 คน

2.2 การสร้างวิทยากรที่ปรึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่สถานประกอบการ รวมทั้งชี้แนะและประสานงานต่าง ๆ กับหน่วยงานด้านสุขภาพ โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในจังหวัดน่านร่อง จำนวน 60 คน โดยใช้เวลาอบรม 5 วัน

ผลการดำเนินงาน

- จัดอบรมแพทย์/พยาบาลของสถานพยาบาลใน 4 จังหวัดน่านร่อง จำนวน 60 คน
- ผู้ที่ผ่านการอบรมได้เข้าไปให้คำปรึกษาและแนะนำแก่สถานประกอบการในการดำเนิน กิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงานจังหวัดละ 20 สถานประกอบการ

2.3 จัดทำสื่อเพื่อเผยแพร่หลักการและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ รวมทั้งสื่อเพื่อการรณรงค์ต่าง ๆ

2.4 สร้างเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพให้กระจายไปตามพื้นที่ต่าง ๆ เครือข่ายนี้จะประกอบด้วยหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ รวมทั้งสถานประกอบการ เพื่อให้สมาชิกเครือข่ายสามารถส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพคนทำงาน

ผลการดำเนินงาน

- 1) สร้างเครือข่ายสถานประกอบการใน 4 จังหวัดน่านร่อง
 - ประชุมเครือข่าย 4 จังหวัด ๆ ละ 2 ครั้ง
 - เป็นการประชุมระดมสมองของสมาชิกเครือข่าย เพื่อหาปัญหา ศักยภาพ ความต้องการด้านสุขภาพของคนทำงานและร่วมกันพิจารณาจัดทำแผน โครงการและกิจกรรม ตลอดจนกลวิธีการดำเนินงาน โดยอาศัยหลักการบูรณาการแผนงานของแต่ละหน่วยงานเข้าด้วยกัน
- 2) สร้างเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพในส่วนกลาง
 - ประชุมเครือข่าย 8 ครั้ง เพื่อบูรณาการแผนงานระดับนโยบายร่วมกันหลายหน่วยงาน เช่น กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต สถาบันความปลอดภัยในการทำงาน กองสวัสดิการแรงงาน สถานพยาบาลประกันสังคม ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ

จากการดำเนินงานโครงการน่านร่องดังกล่าว ทำให้สถานประกอบการและผู้ประกันตนมีความรู้สึกตื่นตัวเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเกิดขึ้น จึงได้นำมาขยายผลเพื่อให้เกิดขึ้นประโยชน์ในระบบประกันสังคมได้กว้างขวางยิ่งขึ้น เพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้ประกันตนมี

สุขภาพดี การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยลดลง จึงได้ดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพ
คนทำงานในปี พ.ศ. 2547 ขึ้นเป็นการต่อยอดจากโครงการนำร่องที่ทำไปแล้ว

จากการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการพบว่าส่วนหนึ่งได้รับความสำเร็จก็ยิ่งเพราะสามารถกระตุ้นให้สถานประกอบการและสถานพยาบาลที่ร่วมโครงการเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงาน แต่เนื่องจากเป็นโครงการใหม่และเป็นงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลาย ๆ หน่วยงาน ในระยะแรกจึงต้องใช้เวลาในการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ และไม่มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการดำเนินการต่าง ๆ

ในปี พ.ศ. 2547 สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงได้จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของ 5 จังหวัดนำร่องดังกล่าว เป็นจำนวนเงิน 12 ล้านบาท โดยผ่านทางคณะแพทยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางวิชาการและทำหน้าที่ติดตามประเมินผลโครงการ ซึ่งในช่วงเวลาการขยายโครงการนำร่องดังกล่าว จังหวัดปทุมธานีได้ขอลถอนตัวออกจากโครงการ โดยมีจังหวัดพิษณุโลกเข้าร่วมโครงการแทน ขณะนี้อยู่ระหว่างดำเนินการตามโครงการ (พ.ศ. 2547 – 2550)

3. โครงการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงาน

โครงการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงานเป็นโครงการที่พัฒนามาจากโครงการสร้างสรรคสุขภาพภายในสถานประกอบการ โดยนำผลการดำเนินการตามโครงการนำร่องในจังหวัดต่าง ๆ ข้างต้น ซึ่งพบว่ามีปัญหาและอุปสรรคที่ต้องแก้ไขหลาย ๆ ประการ อย่างไรก็ตาม สถานประกอบการและสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีความกระตือรือร้นที่จะทำกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นสำนักงานประกันสังคมจึงพยายามแก้ไขปัญหา และประยุกต์วิธีการต่าง ๆ เพื่อนำไปขยายผลให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมเพิ่มมากขึ้น และได้เปลี่ยนชื่อโครงการเป็นโครงการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงาน ในปี พ.ศ. 2547 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สถานประกอบการและสถานพยาบาลประกันสังคมมีความรู้ ความเข้าใจ และส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ มีการสร้างแกนนำ และจัดตั้งชมรมสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ

วิธีดำเนินงาน

1. จัดประชุมชี้แจงผู้บริหารสถานประกอบการและสถานพยาบาล เมื่อสถานประกอบการและสถานพยาบาลได้สมัครเข้าร่วมโครงการแล้ว จำเป็นต้องให้ผู้บริหารของสถานประกอบการ

และสถานพยาบาลได้ทราบและเข้าใจถึงความสำคัญและประโยชน์ ตลอดจนทิศทางของการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงาน เพื่อที่จะให้การสนับสนุนพนักงานและลูกจ้างที่ร่วมดำเนินการและกำหนดนโยบายการดำเนินงานของหน่วยงานและตนเอง

2. จัดประชุมสัมมนาวิทยากรที่ปรึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ผู้แทนสถานพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประกันสังคม) เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถในการเป็นที่ปรึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพในการเข้าไปส่งเสริม สนับสนุนให้สถานประกอบการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ลูกจ้าง ผู้ประกันตน ดำเนินการใน 16 จังหวัด

3. จัดอบรมแกนนำการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ลูกจ้าง ผู้ประกันตน มีทักษะในการนำเสนอและจูงใจเพื่อร่วมงานในการประชุมปรับพฤติกรรม โดยดำเนินการใน 16 จังหวัด

4. จัดประชุมเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้แกนนำและที่ปรึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ได้พบปะ เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินกิจกรรม โดยดำเนินการใน 35 จังหวัด

5. แต่งตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงานระดับจังหวัด ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธานอนุกรรมการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทนสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดหรือผู้แทน ผู้อำนวยการศูนย์ความปลอดภัยในการทำงานพื้นที่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขประจำจังหวัดหรือผู้แทน ผู้แทนฝ่ายนายจ้าง ผู้แทนฝ่ายลูกจ้าง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน เป็นอนุกรรมการ ประกันสังคมจังหวัดเป็นอนุกรรมการและเลขานุการ เจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเป็นอนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

6. แต่งตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงานในกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย รองเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม เป็นประธานอนุกรรมการ ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ทั้ง 10 เขต เป็นอนุกรรมการ ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์ฯ เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ เจ้าหน้าที่กองประสานการแพทย์ฯ เป็นอนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงานระดับจังหวัดและคณะกรรมการสร้างสุขภาพคนทำงานในกรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำแก่สำนักงานประกัน – สังคมจังหวัด ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมของชมรมสร้างเสริมสุขภาพ

คนทำงาน รวมทั้งตรวจ ติดตาม ประเมินผล และสนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมของชมรมสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการที่อยู่ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ

7. ส่งเสริมสถานประกอบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ โดยสำนักงานประกันสังคมสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานกิจกรรมของชมรมสร้างเสริมสุขภาพ สถานประกอบการละ 2,000 บาท ดำเนินการใน 35 จังหวัด โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

- 1) มีนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการที่เป็นลายลักษณ์อักษร
- 2) มีการจัดตั้งชมรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นลายลักษณ์อักษร
- 3) มีคณะกรรมการชมรมสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นลายลักษณ์อักษร
- 4) มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ

8. จัดให้มีคณะทำงานตรวจ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานกิจกรรมของชมรมสร้างเสริมสุขภาพ คณะละ 2 คน เข้าไปในสถานประกอบการ เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการจัดตั้งชมรมสร้างเสริมสุขภาพและดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสถานประกอบการสามารถดำเนินการจัดตั้งชมรมสร้างเสริมสุขภาพและมีการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ ซึ่งสำนักงานประกันสังคมได้สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานกิจกรรมของชมรมสร้างเสริมสุขภาพ สถานประกอบการละ 2,000 บาท

ผลการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงานพบว่า สถานประกอบการส่วนใหญ่มีการกำหนดนโยบาย/แผนงาน/โครงการด้านการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยมีการจัดตั้งชมรมสร้างเสริมสุขภาพและมีการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ และได้จัดทำคู่มือการดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพคนงาน แจกให้ประกันสังคมจังหวัด สถานพยาบาลและสถานประกอบการที่ร่วมดำเนินงาน

4. โครงการณรงค์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงานในเขตชุมชนเมือง

สำนักงานประกันสังคมเห็นว่า การสร้างเสริมสุขภาพคนทำงานในเขตชุมชนเมืองเป็นแนวทางหนึ่งที่จะทำให้ลูกจ้าง/ผู้ประกันคนมีสุขภาพอนามัยที่ดี เพราะสภาพแวดล้อมของสถานประกอบการที่อยู่ในเขตชุมชนเมือง ไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากสถานประกอบการในเขตชุมชนเมือง ในการเดินทางไปทำงานของลูกจ้างและผู้ประกันคน ต้องเร่งรีบเพราะการจราจรที่ติดขัด ขณะที่มลภาวะเป็นพิษก็มีมากทำให้ลูกจ้างและผู้ประกันคนในเขตชุมชนเมืองประสบปัญหาความเครียดและไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองเท่าที่ควร

นอกจากนั้นสถานประกอบการในเขตชุมชนเมืองส่วนมากจะมีกิจกรรมเกี่ยวกับการให้บริการ อาทิ โรงแรม สถาบันทางการเงิน ห้างสรรพสินค้า ฯลฯ ซึ่งลักษณะ โครงสร้างและสิ่งแวดล้อมของสถานประกอบการ ตลอดจนคุณสมบัติตามความรู้ความสามารถของลูกจ้างก็จะแตกต่างกันไปจากสถานประกอบการซึ่งทำหน้าที่ในการผลิตเชิงอุตสาหกรรม

วัตถุประสงค์ของโครงการก็เพื่อลูกจ้าง นายจ้าง ของสถานประกอบการในเขตชุมชนเมืองได้ตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีการประชาสัมพันธ์งานสร้างเสริมสุขภาพ โดยสถานพยาบาลในเขตชุมชนเป็นผู้ดำเนินการเปิดประตูโรงพยาบาลเพื่อต้อนรับ นายจ้าง และลูกจ้าง เข้ามาพบปะแลกเปลี่ยนความรู้และได้รับการตรวจสุขภาพในเบื้องต้น ทั้งจะทำการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อเชิญชวนให้ นายจ้าง ลูกจ้างเข้าร่วมกิจกรรมและเชิญชวนผู้บริหารของกระทรวงแรงงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปร่วมกิจกรรม

ในปี พ.ศ. 2548 สำนักงานประกันสังคมร่วมกับ โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ดำเนินการจัดงานวันรณรงค์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงานในเขตชุมชนเมือง จำนวน 10 แห่ง มีผู้เข้าร่วม ดังนี้

- สถานประกอบการที่มีสถานที่ตั้งอยู่บริเวณกรุงเทพมหานคร จำนวน 150 คน/ครั้ง
- แกนนำการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงาน จำนวน 50 คน/ครั้ง
- เจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ทุกเขตพื้นที่และส่วนกลาง จำนวน 30 คน/ครั้ง

วิธีการดำเนินการ

1. สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่เชิญตัวแทนของสถานประกอบการที่มีสถานที่ตั้งอยู่บริเวณกรุงเทพมหานคร
2. เชิญผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่าง ๆ ในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ
3. จัดนิทรรศการในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดหน่วยทดสอบสมรรถภาพร่างกาย
4. จัดนิทรรศการด้านการประกันสังคมโดยศูนย์สารนิเทศ
5. จัดหน่วยแพทย์ พยาบาลในการตรวจสุขภาพเบื้องต้น รวมทั้งให้คำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

6. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสพบปะและแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ

ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม - ธันวาคม 2548 โดยมีผลการดำเนินงานในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 แสดงผลการดำเนินงาน โครงการวันรณรงค์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. 2548

ลำดับ	โรงพยาบาล	วันที่ดำเนินการ	จำนวนคน	สำนักงาน ประกันสังคม เขตพื้นที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1.	เดชา	2 มีนาคม 2548	300	3	-
2.	ราษฎร์บูรณะ	18 กรกฎาคม 2548	376	7	-
3.	วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพฯ และวชิรพยาบาล	19 สิงหาคม 2548	200	1	-
4.	เลิศสิน	14 กันยายน 2548	293	4	-
5.	บีแคร์ เมดิคอลเซ็นเตอร์	16 กันยายน 2548	140	9	-
6.	กล้วยน้ำไท	19 กันยายน 2548	150	8	-
7.	เกษมราษฎร์ บางแค	22 กันยายน 2548	150	6	-
8.	ลาดพร้าว	26 ตุลาคม 2548	250	9	-
	รวมทั้งสิ้น		1,859		

บทที่ 5

ปัญหาและอุปสรรค

การสร้างเสริมสุขภาพผู้ประกันตนของสำนักประกันสังคมที่ผ่านมาพบว่าสถานประกอบการ ผู้ประกันตน และสถานพยาบาลมีความพึงพอใจที่ได้ร่วมกันสร้างกิจกรรมที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สถานประกอบการ ขวัญกำลังใจของลูกจ้าง เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศก็ยังคงพบปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวกับการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยมีหลายหน่วยงานที่ได้จัด โครงการหรือกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน และแยกกันดำเนินงาน และในทางปฏิบัติก็ไม่มี การประสานงานในระดับการทำงานที่ชัดเจน เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับการจัดสรรงบประมาณประจำปี สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มรวมทั้งผู้ประกันตน แต่ปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ยังไม่สามารถจัดทำโครงการในภาพรวมเพื่อ ดำเนินการตามที่กำหนดไว้ได้

ปัญหาและอุปสรรคในส่วนที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้ประกันตน จากการดำเนินงาน ที่ผ่านมามีปัญหาและอุปสรรคที่ควรได้รับการแก้ไขดังนี้

1. สถานประกอบการ

ปัญหาอุปสรรคในส่วนที่เกิดจากสถานประกอบการอาจแบ่งออกได้ดังนี้

1.1 ผู้บริหารของสถานประกอบการ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งของความสำเร็จของ โครงการ ในบางสถานประกอบการผู้บริหารยังไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริม สุขภาพในสถานประกอบการ เมื่อขอเชิญประชุมผู้บริหารของสถานประกอบการมาร่วมสัมมนา ก็มักส่งเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่มีอำนาจในการตัดสินใจมาเข้าร่วมประชุม และไม่ได้มอบหมายบุคคลใด บุคคลหนึ่งรับผิดชอบดำเนินการตาม โครงการ โดยตรง

1.2 เจ้าหน้าที่ของสถานประกอบการ ซึ่งผ่านการอบรมเป็นแกนนำในการดำเนินการตาม โครงการ บางครั้งบางแห่งมีงานในหน้าที่ประจำมาก ไม่มีเวลาที่จะทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีบุคลากรจำนวนหนึ่งหลังจากได้รับการอบรมไปแล้วก็เปลี่ยนหน้าที่ความรับผิดชอบทำให้ ขาดแกนนำที่มีความรู้กิจกรรมดังกล่าวในสถานประกอบการ

1.3 ลักษณะงานของสถานประกอบการ สถานประกอบการบางแห่งทำงานเป็นกะตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ยากต่อการประสานงานและการจัดทำกิจกรรม

1.4 ลูกจ้างหรือผู้ประกันตน ยังไม่เข้าใจถึงประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพมักมีข้ออ้างต่างๆ ที่จะไม่เข้าร่วมกิจกรรม อาทิ ตนเองยังแข็งแรงไม่จำเป็นต้องสร้างเสริมสุขภาพไม่มีเวลาเพราะต้องทำงานแข่งกับเวลาเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว ครั้งนี้ยังไม่พร้อมผลัดไว้โอกาสหน้าถ้ามีเวลาจะเข้าร่วมกิจกรรม

2. สถานพยาบาลที่ร่วมโครงการ

2.1 เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจะสอบผ่านการอบรมเป็นวิทยากรที่ปรึกษา หลังการอบรมไปแล้วจะมีวิทยากรที่ปรึกษาส่วนหนึ่งไม่สามารถทำหน้าที่ได้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบุคลากรภายในของสถานพยาบาล จึงมอบเจ้าหน้าที่คนอื่นมาทำงานแทนหรือได้มอบหมายภารกิจต่างๆ มาก จนไม่มีเวลามาทำหน้าที่วิทยากรที่ปรึกษา จึงทำให้จำนวนวิทยากรที่ปรึกษาไม่พอเพียง

2.2 ผู้บริหารของสถานพยาบาลบางแห่งยังไม่เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพจึงไม่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน และไม่ได้สนับสนุนเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมาช่วยดำเนินการ

3. สำนักงานประกันสังคม

3.1 การสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องใหม่ของเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม ซึ่งยังไม่เข้าใจในบทบาทของการส่งเสริมสุขภาพ และมีความเห็นว่าควรจะเป็นบทบาทของงานด้านสาธารณสุขมากกว่า แต่หลังจากดำเนินไประยะหนึ่งแล้วเริ่มความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น

3.2 สำนักงานประกันสังคม มีการย้ายสับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่บ่อยครั้ง ทำให้บุคลากรของสำนักงานประกันสังคมที่ผ่านการอบรมเป็นวิทยากรที่ปรึกษาแล้วต้องเปลี่ยนไปทำงานในตำแหน่งและหน่วยงานใหม่ ส่วนเจ้าหน้าที่ที่มารับงานใหม่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ งานสร้างเสริมสุขภาพทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่องเท่าที่ควร

3.3 งบประมาณสำหรับดำเนินการยังได้รับจำนวนจำกัด

3.4 การติดตามประเมินผลการดำเนินการยังทำได้จำกัด

บทที่ 6

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

บทสรุป

ปัจจุบันการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้ประกันตนซึ่งเป็นการดำเนินการ โดยอาศัยการพัฒนาและปรับรูปแบบจากโครงการนำร่อง ถึงแม้จะมีปัญหาและอุปสรรคในส่วนของสถานประกอบการ สถานพยาบาลที่เข้าร่วม โครงการ และสำนักงานประกันสังคม ซึ่งมีผลให้ดำเนินการได้จำนวนจำกัด แต่ทิศทางหรือแนวทางการดำเนินงานมีรูปแบบที่ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้ ช่วงแรกของการดำเนินงานที่ผ่านมาโดยภาพรวมพบว่าสถานประกอบการ ผู้ประกันตน ตลอดจนสถานพยาบาลที่ร่วม โครงการเห็นประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้นและให้ความร่วมมือในการดำเนินการด้วยดี แต่อย่างไรก็ตามเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวรวมทั้งเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ประกันตนควรจะมีการดำเนินการต่างๆ เพิ่มเติม ดังจะได้ปรากฏในข้อเสนอแนะ และจะมีการนำผลการศึกษานี้ไปจัดทำเป็น Comparative report เพื่อเสนอในการประชุม ISSA/WHO Second Meeting of rational experts ซึ่งกำหนดจะจัดในเอนมินาคม พ.ศ. 2549 และผลการศึกษาและการประชุมจะเผยแพร่ให้กับประเทศสมาชิกของ ISSA เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการประกันสังคมของประเทศต่างๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ควรมีการประสานงานและกำหนดบทบาทภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพของแต่ละหน่วยงานให้ชัดเจน และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการประสานงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพระดับชาติ เพื่อแก้ไขปัญหาภารกิจของงานบางอย่างที่อาจซ้อนกันหรือขาดการเชื่อมโยงระหว่างกัน

2. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

ผลของการติดตามและประเมินผลเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญยิ่งในการปรับปรุงแก้ไข ปัญหาและอุปสรรคในแต่หน่วยงาน จัดทำเป็นโครงการภาพรวมของการดำเนินงานสร้างเสริม

สุขภาพ โดยแบ่งการติดตามและประเมินผลเป็น 2 ระดับ คือ

2.1 การติดตามเพื่อนิเทศการดำเนินงานเพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนการดำเนินงานของสถานประกอบการและสถานพยาบาล สร้างระบบและทีมงานเพื่อทำหน้าที่นิเทศการดำเนินงานอย่างมีระบบ มีแนวปฏิบัติชัดเจนและเป็นรูปธรรม โดยอาจกำหนดให้บทบาทของวิทยากรที่ปรึกษา โดยมอบให้สำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือเขตพื้นที่เป็นแกนกลางในการประสานงาน

2.2 การติดตามและประเมินผลเพื่อวัดความสำเร็จของงานจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้กำหนดให้มีการติดตามและประเมินผลแต่กระทำได้จำกัด ดังนั้นเพื่อให้ทราบปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานและแนวทางร่วมกันแก้ไขปัญหาและอุปสรรคระหว่างดำเนินงาน ตลอดจนวัดความสำเร็จของการดำเนินงานได้แล้ว สำนักงานประกันสังคมต้องจัดทำคู่มือหรือรูปแบบการติดตามและประเมินผลให้ชัดเจน โดยกำหนดให้มีตัวชี้วัดในระดับต่างๆ อาทิ

(1) การเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาของสถานประกอบการ

การเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาของสถานประกอบการเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญยิ่ง เนื่องจากผู้บริหารหรือผู้นำของแต่ละสถานประกอบการจะเป็นพลังขับเคลื่อนที่สำคัญที่สุดที่จะบ่งชี้ถึงการจะเป็นองค์การที่มีสภาพเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของลูกจ้าง ปัจจุบันสำนักงานประกันสังคมได้พิจารณาจากการที่สถานประกอบการ ได้มีการกำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง การดำเนินงานระยะต่อไปควรพิจารณาและรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม เช่น การสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ อาทิ สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน สร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ทีมงาน ฯลฯ

(2) การเปลี่ยนแปลงในส่วนบุคคล

ก่อนการดำเนินงานหรือกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลของลูกจ้างในสถานประกอบการ ในส่วนที่ต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงและกำหนดตัวชี้วัดถึงผลสำเร็จของผลการดำเนินงาน อาทิ พฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การบริโภคอาหาร น้ำหนักของร่างกาย อัตราการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เป็นต้น

(3) การเปลี่ยนแปลงในระยะยาว

เพื่อติดตามและวัดผลการดำเนินงานในระยะยาว เช่น อัตราการเจ็บป่วยและทุพพลภาพลดลง ค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์ต่อคนลดลง สามารถวัดผลได้เมื่อมีการดำเนินงาน

อย่างต่อเนื่องไประยะพอสมควร การประเมินผลจะต้องรอให้ถึงเวลาที่เกิดผล ถ้าประเมินผลเร็วกว่าเวลาที่เหมาะสมอาจไม่พบว่าเกิดผลคืออย่างไรจากการดำเนินงาน ซึ่งอาจนำไปสรุปว่าการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ

(4) เพื่อการติดตามและประเมินผลอย่างมีระบบชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้โดยไม่เพิ่มภาระให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง สำนักงานประกันสังคมต้องวางแผนที่จะจัดทำคู่มือการติดตามและประเมินผลดังกล่าว ทั้งนี้ควรระดมความเห็นจากนักวิชาการและผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับผู้ปฏิบัติ

(5) เมื่อมีการวางระบบการติดตามประเมินผลที่ชัดเจนแล้ว ควรกำหนดรางวัลหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมหรือกระตุ้นให้หน่วยงานที่ร่วมดำเนินการมีความสนใจและกระตือรือร้นที่จะทำกิจกรรมต่างๆ อย่างจริงจัง

3. การเตรียมความพร้อมเพื่อขยายการดำเนินงาน

การสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ประกันตนเป็นประโยชน์โดยตรงต่อทุกฝ่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อผู้ประกันตนทุกคน เพราะการเสริมสร้างสุขภาพเป็นการเพิ่มสมรรถนะให้แก่แต่ละบุคคลให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและสุขภาพแข็งแรง สำนักงานประกันสังคมควรขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายคือผู้ประกันตนให้มากที่สุด แต่เนื่องจากปัจจุบันสำนักงานประกันสังคมต้องดูแลผู้ประกันตนประมาณแปดล้านกว่าคน และมีสถานประกอบการประมาณสามแสนหกหมื่นกว่าแห่ง หากจะดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพให้ทั่วถึง จำเป็นต้องมีการวางแผนระยะยาวมีการเตรียมการในเรื่องต่างๆ ดังนี้

3.1 ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าหน่วยงานต่างๆ ที่ร่วมดำเนินงานต้องการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในบางส่วน และจากผลการประชุมร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก (WHO) และสมาคมประกันสังคมระหว่างประเทศ (ISSA) ที่ประเทศฟินแลนด์ ระหว่างวันที่ 27-28 พฤษภาคม 2547 ได้เสนอแนะให้หน่วยงานประกันสังคมควรจัดหาเงินจากแหล่งต่างๆ มาสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

สำนักงานประกันสังคมของไทยควรมีการพิจารณาแก้ไขพระราชบัญญัติประกันสังคมให้สามารถนำเงินค่าใช้จ่ายในการบริการทางการแพทย์ มาใช้ในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และในเบื้องต้นอาจขอรับเงินสนับสนุนจากกองทุนประกันสังคมเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานก่อน

3.2 การสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับสถานประกอบการและผู้ประกันตน

เนื่องจากการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพคนงาน ยังทำได้ในสัดส่วนที่น้อยมาก เมื่อเทียบกับจำนวนสถานประกอบการและผู้ประกันตนทั้งหมด ดังนั้น เพื่อเตรียมความพร้อม และสร้างความเข้าใจให้กับสถานประกอบการและผู้ประกันตน จำเป็นต้องมีการประชาสัมพันธ์ หรือเผยแพร่แนวคิด ความสำคัญและประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพผู้ประกันตนเพื่อกระตุ้น ให้สถานประกอบการและผู้ประกันตน มีความพร้อมที่ร่วมดำเนินการหรืออาจเริ่มดำเนินงาน โดยตนเองไปก่อน ซึ่งอาจมีรูปแบบในการเผยแพร่ข่าวสารในลักษณะต่างๆ อาทิ วิทยุ โทรทัศน์ วารสารหรือหนังสือต่างๆ

3.3 การบูรณาการโครงการในระดับจังหวัด

ปัจจุบันการบริหารราชการแผ่นดินได้กระจายอำนาจการบริหารจากส่วนกลาง ไปยังจังหวัดเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้แต่ละจังหวัดได้ให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพคนงาน จึงควรให้สำนักงานประกันสังคมจังหวัดได้เสนอโครงการสร้างเสริม สุขภาพบรรจุในแผนปฏิบัติงานของจังหวัด และดำเนินการร่วมกับหน่วยงานในจังหวัดในลักษณะ ของบูรณาการกับการสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยงานอื่นๆ ภายในจังหวัด ส่วนการดำเนินการ ในระยะยาวควรมีการประสานงานกันในระดับกระทรวงที่เกี่ยวข้องคือ กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทยในการบูรณาการโครงการในระดับจังหวัด เพื่อ ยกเลิกคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงานระดับจังหวัด โดยการเพิ่มภารกิจให้คำปรึกษา แนะนำและการสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้ประกันตน ให้แก่คณะกรรมการ ประกันสังคมจังหวัด ปฏิบัติหน้าที่แทนคณะกรรมการที่ยกเลิก

บรรณานุกรม

- จันทร์เพ็ญ รูปประภาวรรณ. **สถานะสุขภาพคนไทย**. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
- ประเวศ วะสี. **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. นนทบุรี : สำนักปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2543.
- พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 119 ตอนที่ 116 ก ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2544.
- พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 111 ตอนที่ 63 ก ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2537.
- วสันต์ ศิลปสุวรรณ. แนวคิดการวางแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ. **เอกสารประกอบการอบรมวิทยากรที่ปรึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ**. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2545.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. **รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ**. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร, 2539.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. **รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ**. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร, 2540.
- สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. **วิวัฒนาการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ**. นนทบุรี : สำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.
- สุรินทร์ กลัมพากร (ผู้รวบรวม). **เอกสารประกอบการฝึกอบรมวิทยากรที่ปรึกษาคณะโครงการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงานของคนทำงาน**. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.
- องค์การอนามัยโลก. **การสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน** : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร, 2542.
- อำพล จินดาวัฒนะ . กระบวนทัศน์ใหม่ในการสร้างเสริมสุขภาพ. **วารสารสร้างเสริมสุขภาพ 2** (มกราคม - เมษายน 2548) : 55-67.
- WHO/ISSA. Project on Social Health Insurance and Health Promotion. **Guidance Notes for National Experts**, July 7-8, 2005.