

แผนการดำเนินงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙



ทุกคนบนแผ่นดินไทย มีขีดความสามารถ
สังคม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาวะ

แผนการดำเนินงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

สสส
สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ



ทุกคนบนแผ่นดินไทย มีขีดความสามารถ
สังคม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาวะ

คำนำ

พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ มาตรา ๒๑ (๒) กำหนดให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี โดยแสดงรายละเอียดของวัตถุประสงค์ เป้าหมายและตัวชี้วัด ตลอดจนยุทธศาสตร์หรือแนวทางการดำเนินงาน แผน กลุ่มแผนงาน และงบประมาณในระยะเวลา ๑ ปี

โดยในปี ๒๕๕๘ สสส. มีผลการดำเนินงานตามแนวนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) ที่ก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องตามแผน จากการร่วมกันทบทวนสภาพแวดล้อมการดำเนินงานทั้งภายในและภายนอก ตลอดจนความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อการทำงานของ สสส. บ่งชี้ว่าสภาพแวดล้อมการดำเนินงานในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ จะไม่เปลี่ยนแปลงไปจากปัจจุบันจนมีนัยสำคัญ คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจึงเห็นชอบให้ สสส. ใช้กรอบทำงานตามแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) เป็นแนวนโยบายและจุดเน้นการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ต่อไป โดยมีการขยายเนื้อหาให้เหมาะสมกับภาวะปัจจุบัน โดยเฉพาะการหนุนเสริมการพัฒนาประเทศที่สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูป และสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนใหม่ๆ

แผนการดำเนินงานฉบับนี้ ประกอบด้วย ๑๕ แผน และงานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน โดยสำนักงานได้ให้ความสำคัญกับการใช้ข้อมูลหลักฐานที่เชื่อถือได้ การมองทิศทางในอนาคต และการจัดกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พร้อมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

ท้ายนี้ สำนักงานขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ภาควิ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการดำเนินงานฉบับนี้ เพื่อใช้เป็นกรอบดำเนินการกิจกรรมร่วมกันของภาคีสร้างเสริมสุขภาพจะได้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อไป

สารบัญ

ส่วนที่ ๑ ภาพรวมแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

๑	กรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙	๙
๒	การบริหารจัดการ การกำกับ ติดตามและประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง	๑๑
๓	การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๕
๔	งบประมาณ	๑๙

ส่วนที่ ๒ รายละเอียดแผนหลัก

๑	แผนควบคุมยาสูบ	๒๕
๒	แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๔๑
๓	แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	๖๓
๔	แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๘๕
๕	แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๑๐๙
๖	แผนสุขภาวะชุมชน	๑๓๑
๗	แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๑๕๑
๘	แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๑๖๓
๙	แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๑๗๕
๑๐	แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๑๘๗
๑๑	แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	๑๙๙
๑๒	แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๒๑๕
๑๓	แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๒๒๓
๑๔	แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	๒๓๓
๑๕	แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	๒๔๗
	งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	๒๖๓
	งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน	๒๖๖

ส่วนที่ ๓ ภาคผนวก

๑	รายงานสรุปความก้าวหน้าการดำเนินงานตามนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (เดือนตุลาคม ๒๕๕๗ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๕๘)	๒๗๗
๒	นโยบายการเงินและงบประมาณ	๒๘๑
๓	กรอบอัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่ สสส. ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐	๒๘๔



ส่วนที่

ภาพรวมแผนการดำเนินงานประจำปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

- ๑ กรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำ
แผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙
- ๒ การบริหารจัดการ การกำกับติดตามและประเมินผล
และการบริหารความเสี่ยง
- ๓ การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ
- ๔ งบประมาณ

กรอบนโยบายและแนวทาง การจัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙



การประชุมคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ ๘/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๗ ที่ประชุมมีมติให้ความเห็นชอบ “แนวนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)” เพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ และต่อมาในการประชุมคณะกรรมการกองทุน ครั้งที่ ๙/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ ที่ประชุมได้ให้ความเห็นชอบ “กระบวนการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙” ซึ่งเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔ นั้น

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งเป็นปีแรกของการดำเนินงานตามกรอบนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) ได้รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานตามกรอบนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ จากทุกสำนัก/ฝ่ายภายใน สสส. พบว่าการดำเนินงานมีความก้าวหน้าพอสมควร (รายละเอียดตามภาคผนวก) และควรต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องในปี ๒๕๕๙ พร้อมทั้งได้ทำการทบทวนสภาพแวดล้อมการดำเนินงานทั้งภายในและภายนอก รวมถึงการพิจารณาปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของ สสส. ในปี ๒๕๕๙ เพื่อเป็นข้อมูลตั้งต้นให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณาใช้ในการกำหนด “หลักการและจุดเน้นในการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๙” ก่อนให้ทุกแผนใช้ในการจัดทำรายละเอียดในแต่ละแผนต่อไป ทั้งนี้ ในการประชุมคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ ๕/ ๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘ ที่ประชุมมีมติให้ความเห็นชอบแนวนโยบายและจุดเน้นการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยยังคงใช้นโยบายแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) เป็นแนวนโยบายและจุดเน้นการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ แต่ได้มีการขยายเนื้อหาให้เหมาะสมกับภาวะปัจจุบันในบางข้อ ดังนี้

๑. ใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี เพื่อการบูรณาการการทำงาน และมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ ภายใต้กลไกการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

๒. ขยายฐานผู้รับประโยชน์ ผ่านการพัฒนาจากทุนความรู้ เพื่อเสริมพลังสังคมให้เกิดความตื่นรู้ในด้านสุขภาพ ในประชากรที่กว้างขวางขึ้น รวมถึงการพัฒนาและปรับปรุงชุดความรู้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อขยายสู่ผู้รับประโยชน์ในพื้นที่ องค์การที่กว้างขึ้น

๓. สร้างความยั่งยืน โดยมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนหลัก พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย รวมถึงขยายการทำงานสู่นานาชาติ และเน้นการหนุนเสริมการพัฒนาประเทศที่สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูปและสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนใหม่ๆ

๔. มุ่งสร้างนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ และเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

๕. ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมถึงการประสานภาพรวม เพื่อเตรียมความพร้อมและพัฒนาคนในทุกช่วงวัย รองรับสังคมผู้สูงอายุ

การบริหารจัดการ การกำกับ ติดตามและประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง

๒

สสส. ดำเนินกิจการตามบทบัญญัติของกฎหมาย กฎ และระเบียบที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติกองทุน สหับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและ กิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยมีโครงสร้างการดำเนินงาน ประกอบด้วย (๑) ด้านนโยบายและการกำกับดูแลกองทุน (๒) ด้านการบริหารจัดการกองทุนและการนำนโยบายไปปฏิบัติ และ (๓) ด้านการประเมินผลการดำเนินงาน ของกองทุน

ด้านนโยบายและการกำกับดูแลกองทุน

สสส. มีกลไกในการกำกับนโยบายและกำกับดูแลกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีคณะกรรมการกองทุน ทำหน้าที่ควบคุมดูแลการดำเนินกิจการกองทุนในระดับนโยบายและกำหนดงบประมาณในภาพรวม ออก หลักเกณฑ์ กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ที่สำคัญในการดำเนินงาน ให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงาน กำกับดูแล ฝ่ายบริหาร รวมทั้งควบคุมผลการปฏิบัติงานของผู้จัดการซึ่งเป็นหัวหน้าฝ่ายบริหารให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ที่กำหนดไว้ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ นอกจากนี้ คณะกรรมการ กองทุนยังได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผน และคณะอนุกรรมการเฉพาะด้าน เช่น คณะอนุกรรมการกำกับ ดูแลการตรวจสอบภายใน คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงานกองทุน คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน คณะอนุกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อทำหน้าที่ในการกำกับดูแลและให้คำปรึกษาสำนักงานในด้านต่างๆ

ด้านการกำกับติดตาม สสส. มีแนวทางในการกำกับดูแลแผนงาน/โครงการซึ่งแบ่งตามขนาดของวงเงิน งบประมาณ โดยเฉพาะกรณีแผนงานและโครงการที่มีวงเงินงบประมาณสูงหรือมีความสำคัญ คณะกรรมการ บริหารแผนจะแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศ เพื่อกำกับดูแล ชี้แนะกำกับทิศทาง และกำหนดกรอบในการ ประเมินผลแผนงาน/โครงการ นอกจากนี้ สสส. ยังมีการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อช่วยสนับสนุนการกำกับ ติดตามแผนงาน/โครงการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การกำหนดเงื่อนไขกำกับกับการเบิกจ่ายวงเงิน การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อติดตามผล กระบวนการติดตามงานระดับแผนและแผนงานโดยคณะกรรมการ บริหารแผน การตรวจเยี่ยมแผนงาน/โครงการ และการตรวจสอบและพัฒนา รายละเอียดทั้งหมดดังปรากฏ ในแผนหลัก สสส.

ด้านการบริหารจัดการกองทุนและการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ในการบริหารจัดการกองทุน โดยการบริหารจัดการภายในสำนักงานมีผู้จัดการกองทุนเป็นผู้บริหารสูงสุด ผู้อำนวยการสำนักต่างๆ และเจ้าหน้าที่ มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานตามนโยบายของกองทุน ภายใต้การกำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน หรือคณะกรรมการเฉพาะกิจ ซึ่งโครงสร้างของสำนักต่างๆ จะแบ่งตามลักษณะการดำเนินงาน ประกอบด้วย ๔ สำนัก แต่ละสำนักจะดำเนินการศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย เสนอแผนการดำเนินงาน การสนับสนุนภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมพัฒนาและดำเนินกิจกรรม การพัฒนาระบบและวิธีปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะและขีดความสามารถของบุคลากรและภาคีเครือข่าย ตลอดจนส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้และรวบรวมจัดเก็บบทเรียน ผลงานวิชาการ รวมทั้งเผยแพร่และส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากความรู้ดังกล่าว การบริหารจัดการแผนงาน/โครงการของ สสส. ดำเนินการโดยภาคีเครือข่ายซึ่งมีได้อยู่ในโครงสร้างของสำนักงาน แต่ถือเป็นผู้ปฏิบัติงานที่แท้จริงของโครงการและกิจกรรมต่างๆ เป็นกลไกพันธมิตรที่มีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมเรียนรู้ ร่วมพัฒนา และร่วมลงทุนด้วยในบางกรณี เพื่อให้ดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายซึ่งมีประชาชนเป็นผู้รับประโยชน์สุดท้ายร่วมกัน

กลไกและแนวทางการแปลแผนหลักสู่การปฏิบัติ กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน หรือ คณะกรรมการเฉพาะกิจ การปฏิบัติตามแผนหลักจะดำเนินงานโดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ ผ่านกระบวนการพัฒนาชุดโครงการ หรือโครงการร่วมกันกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนของ สสส. ซึ่งเป็นการจุดประกาย กระตุ้น สานและเสริมพลัง ให้แก่ภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ในการดำเนินงานตามแนวปฏิบัตินั้น จะมีกระบวนการพิจารณาทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของข้อเสนอชุดโครงการ หรือโครงการโดยสำนักงานก่อนแล้วจึงเสนอเพื่อพิจารณาขอรับการอนุมัติสนับสนุนชุดโครงการหรือโครงการในแต่ละระดับต่อไป ซึ่งขั้นตอนการดำเนินงานเหล่านี้ เป็นความรับผิดชอบร่วม (shared accountability) ระหว่างสำนักงาน คณะกรรมการบริหารแผน กลุ่มผู้ทบทวนโครงการ รวมทั้งภาคีหลักกับภาคียุทธศาสตร์ที่จะประกันความสอดคล้องในการแปลแผนหลักสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ด้านการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

การประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน แบ่งเป็น ๒ ส่วน ได้แก่ ๑) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามขนาดของวงเงินประมาณโดยคณะกรรมการกองทุนผ่านระบบและกลไกของคณะกรรมการกองทุนหรือคณะกรรมการบริหารแผนหรือสำนักงาน และ ๒) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโดยคณะกรรมการประเมินผลซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้ง โดยมีอำนาจหน้าที่ (๑) ประเมินผลด้านนโยบายและการกำหนดกิจกรรมของกองทุน (๒) ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน และ (๓) รายงานผลการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการกองทุน ในทุกรอบปี โดยให้คณะกรรมการประเมินผลมีอำนาจเรียกเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับกองทุน จากบุคคลใด หรือเรียกบุคคลใดมาชี้แจงข้อเท็จจริงเพื่อประกอบการพิจารณาประเมินผลได้ ในปี ๒๕๕๔ สสส. ได้ให้ความสำคัญกับการปรับปรุงคุณภาพตัวชี้วัด รวมถึงเกณฑ์การให้คะแนนให้มีความท้าทายและชัดเจนทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ

ในการดำเนินงานและมุ่งไปสู่การบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามทิศทางยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย ๑๐ ปี สสส. อีกทั้งมุ่งพัฒนาวิธีการประเมินผลแบบใหม่ที่สามารถแสดงความคุ้มค่าทางการลงทุนที่เกิดขึ้นต่อสังคมมาใช้ในการวัดผลการดำเนินงานของ สสส. และนำผลการประเมินผลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาการทำงานของ สสส. และภาคี พร้อมต่อยอดหรือขยายผลจากองค์ความรู้/งานต้นแบบที่ประสบความสำเร็จเพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไปในอนาคต

ด้านการบริหารความเสี่ยง

ในปี ๒๕๕๙ สสส. ให้ความสำคัญกับการเพิ่มคุณภาพของกระบวนการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานสากลโดยเพิ่มสำคัญของการบริหารความเสี่ยงที่เกิดจากปัจจัยภายนอกที่เกิดจากเศรษฐกิจและการเมืองและนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. โดยเน้นการมีส่วนร่วมในทุกระดับขององค์กร ทั้งในกระบวนการระบุ วิเคราะห์ ประเมิน ดูแล ตรวจสอบ และควบคุมความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับกิจกรรม หน้าที่และกระบวนการทำงาน เพื่อให้ความเสี่ยงขององค์กรอยู่ในระดับที่ยอมรับได้และสร้างมูลค่าเพิ่มต่อการดำเนินงาน นอกจากนี้ สสส. จะเพิ่มความเข้มข้นในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจในทุกขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยงรวมถึงให้มีการบริหารความเสี่ยงในระดับแผนงาน/โครงการซึ่งจะมีส่วนช่วยรับประกันการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานของ สสส. ภายใต้การใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม

การบูรณาการ การสร้างเสริมสุขภาพ

หลักการ

สสส. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามช่องทางการดำเนินงานต่างๆ ทั้งเชิงประเด็น หน่วยภารกิจ พื้นที่ และกลุ่มประชากรเป้าหมาย จำแนกได้ ๑๕ แผน โดยสนับสนุนการดำเนินโครงการต่างๆ เป็นจำนวนมาก ดังนั้น สสส. จึงให้ความสำคัญกับการบูรณาการการทำงานร่วมกัน โดยผสมผสานและบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกัน ทั้งทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรทางการเงิน ทุนทางสังคมขององค์กรและภาคี และเวลาให้สามารถปฏิบัติงานอย่างสอดคล้อง รวดเร็ว ลดความซ้ำซ้อน มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลให้ประสบความสำเร็จตามความมุ่งหวังในระดับครอบครัว ประชาชน ชุมชนของกลุ่ม/พื้นที่เป้าหมาย รวมถึงทำให้เกิดการพัฒนาในทิศทางที่ดีขึ้น

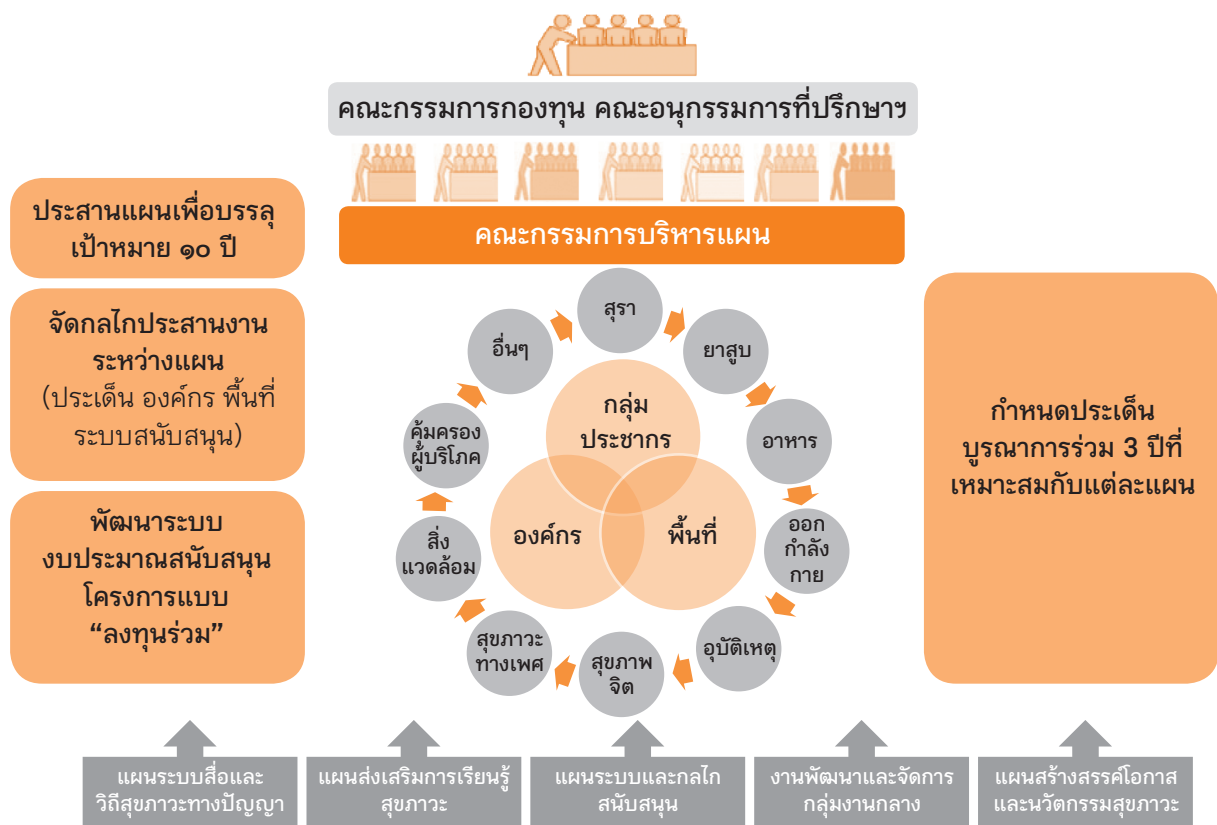
กลไกและกระบวนการในการบูรณาการ

๑. จัดทำแผนที่ทางเดินในแต่ละเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี โดยระบุเจ้าภาพหลักและเจ้าภาพร่วมทั้งภายในและภายนอก สสส. พร้อมประเด็นความร่วมมือ

๒. จัดกระบวนการเพื่อร่วมกันหารือระหว่างเจ้าภาพหลัก และเจ้าภาพร่วม ก่อนที่แต่ละแผนจะพัฒนาแผนและนำรายละเอียดที่ได้บรรจุไว้ในแผน พร้อมกำหนดเป็นเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมของทุกแผนที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม

๓. จัดกลไกการประชุมภายใน สสส. ที่มีความสม่ำเสมอ เพื่อประสานการทำงานระหว่างแผนเชิงประเด็น แผนเชิงองค์กร แผนเชิงพื้นที่ และแผนเชิงระบบสนับสนุน

๔. มอบหมายให้คณะกรรมการบริหารแผนที่รับผิดชอบเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปีนั้น ให้เป็นผู้กำกับดูแลในการบูรณาการ

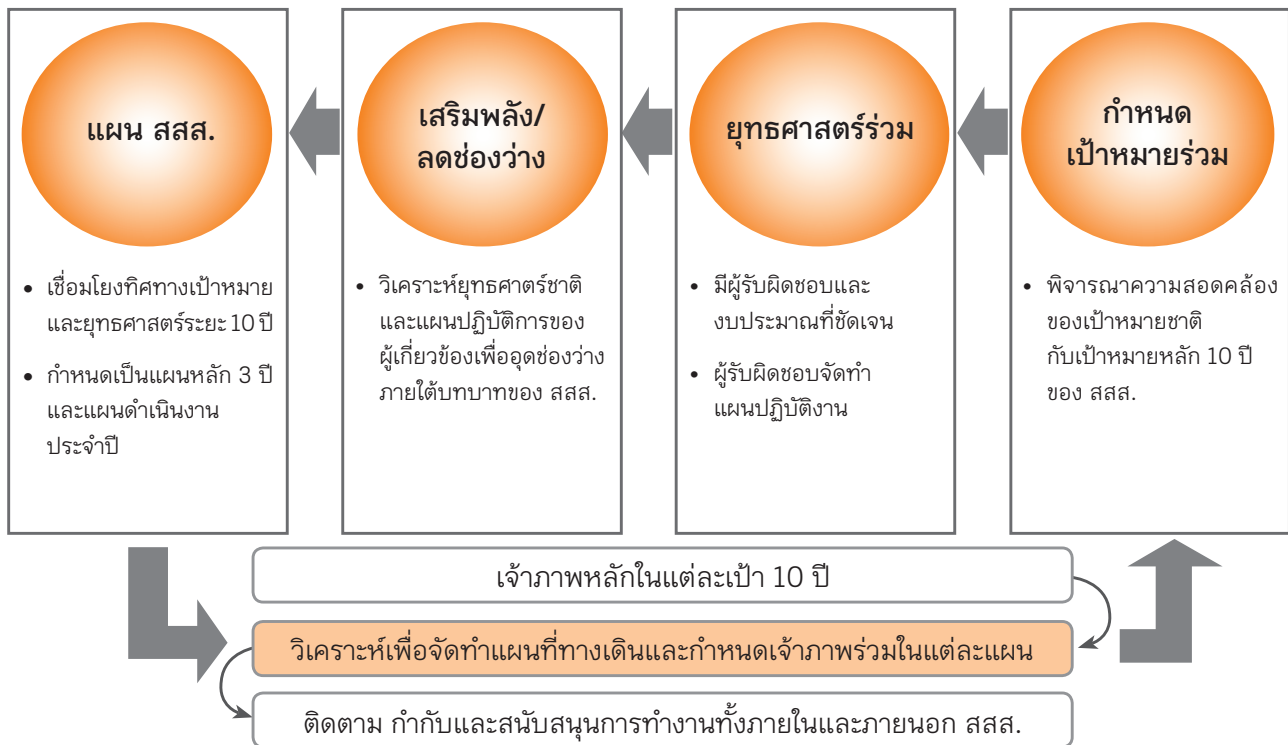


การจัดทำแผนอย่างบูรณาการ

ในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) สสส. ให้ความสำคัญแก่การประสานแผนเพื่อบรรลุเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส. ที่ว่า “ทุกคนมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างมีสุขภาพะ” ซึ่งมีเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ควบคู่กับการประสานงานระหว่างแผนเชิงประเด็น แผนเชิงองค์กร แผนเชิงพื้นที่ และแผนเชิงระบบสนับสนุน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากลักษณะสำคัญของเป้าหมาย สสส. คือ เป็นเป้าหมายระดับชาติและต้องทำงานที่ได้ผลในระดับประชากร ซึ่งมีภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันกำหนด รวมถึงมีการดำเนินงานเพื่อนำมาสู่การบรรลุประโยชน์ร่วมกัน เจ้าภาพหลักในแต่ละเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ได้มีการวิเคราะห์แผนตาม “กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของ สสส.” ทั้ง ๕ ขั้นตอน ได้แก่ (๑) การใช้องค์ความรู้ในการทบทวนเป้าหมายร่วมหรือหากยังไม่มีเป้าหมายร่วมก็ต้องมีการวิเคราะห์ประโยชน์ร่วมและประโยชน์เฉพาะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อยู่ในเป้าหมาย ๑๐ ปีอย่างถ่องแท้ทั้งในมิติของเศรษฐศาสตร์ การสัมพันธ์ หรือสังคม ก่อนนำมาสู่การกำหนดเป้าหมายร่วม (๒) ทบทวนยุทธศาสตร์ร่วมซึ่งมีผู้รับผิดชอบ เพื่อทำความเข้าใจบทบาทและพันธกิจของผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วน รวมถึงทรัพยากรตลอดจนแผนปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบนั้น หากยังไม่มียุทธศาสตร์การดำเนินงานก็ควรวางยุทธศาสตร์ร่วมเสียก่อน โดยในการวางยุทธศาสตร์ร่วมนั้นจำเป็นต้องนำความรู้ทางกฎหมาย นโยบาย สถานการณ์ ข้อมูลวิชาการหรือการถอดองค์ความรู้จากผู้ที่มีความสามารถในการทำงานร่วมประกอบ การวางยุทธศาสตร์ (๓) ทำการวิเคราะห์จากยุทธศาสตร์ร่วมของประเทศและแผนปฏิบัติการของผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาช่องว่างในการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบทบาทของ สสส. (๔) ก่อนจัดทำเป็นแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแผนดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ ต้องเชื่อมโยงเป้าหมายและยุทธศาสตร์ของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ

ตอบสนองต่อทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (๕) การดำเนินงานเพื่อตอบสนองเป้าหมายเฉพาะใดๆ นั้น มักจะต้องการการบูรณาการการทำงานและการสนับสนุนจากหลายๆ แผนใน สสส. แผนที่เป็นเจ้าภาพหลักจึงต้องมีการวิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนที่ทางเดินร่วมกับแผนอื่นๆ ที่เป็นเจ้าภาพร่วม โดยคำนึงถึงขอบเขตการทำงานในแต่ละแผนตามตัวแบบการทำงานระดับองค์กรของ สสส.*

กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของ สสส.



สสส. ได้ให้ความสำคัญแก่การทำงานแบบบูรณาการในรูปแบบต่างๆ มาโดยตลอดตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๘ เป็นต้นมา ผู้บริหารของ สสส. ได้ตกลงร่วมกันเพื่อให้ทุกแผนกำหนด “เป้าหมายและตัวชี้วัดร่วม” เพื่อบูรณาการการดำเนินงานกับแผนอื่นๆ โดยกำหนดให้มีน้ำหนักสำหรับเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมดังกล่าวอย่างน้อยร้อยละ ๒๐

ทั้งนี้ เพื่อให้การบูรณาการการทำงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ภายในแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๙ ฉบับนี้ จึงมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมจากทุกแผนรวมทั้งสิ้น ๕๑ ตัวชี้วัด โดยส่วนใหญ่เน้นไปที่การที่จะตอบสนองเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ทั้งเรื่องของการลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยเสริมทางสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ไม่เพียงแต่เป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมเท่านั้นที่ส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการการทำงาน แต่จะสังเกตได้ว่าเป้าหมายและตัวชี้วัดหลักในหลายแผนก็เป็นการกำหนดในลักษณะผลลัพธ์ซึ่งต้องอาศัยการบูรณาการการทำงานด้วยเช่นกัน

* เจ้าภาพหลักทุกแผนได้จัดส่งข้อมูลแผนยุทธศาสตร์ที่ผ่านการวิเคราะห์แล้วให้ สสส. เพื่อสังเคราะห์และส่งให้กับเจ้าภาพร่วม



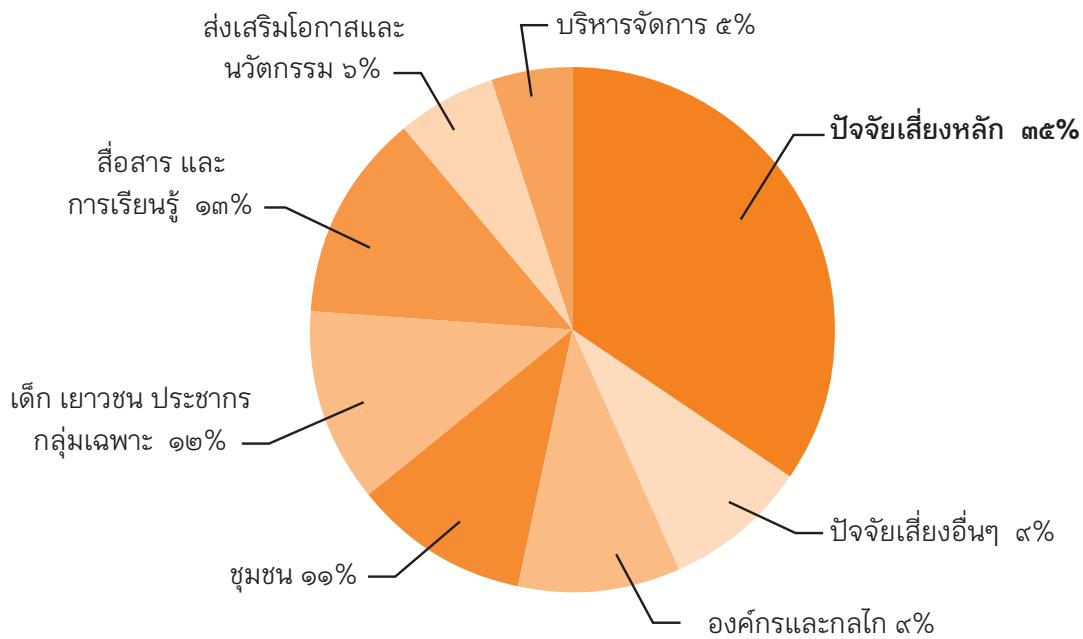
การควบคุมยาสูบ	การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	การจัดการความปลอดภัยทางถนน	การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	อาหารเพื่อสุขภาพ	ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอื่นๆ
• แผนควบคุมยาสูบ • แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด • แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม • แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ • แผนสุขภาพชุมชน • แผนสุขภาพเด็กเยาวชน และครอบครัว • แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร • แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	• แผนควบคุมยาสูบ • แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด • แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม • แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ • แผนสุขภาพชุมชน • แผนสุขภาพเด็กเยาวชน และครอบครัว • แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร • แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	• แผนควบคุมยาสูบ • แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด • แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม • แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ • แผนสุขภาพชุมชน • แผนสุขภาพเด็กเยาวชน และครอบครัว • แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร	• แผนสุขภาพชุมชน • แผนสุขภาพเด็กเยาวชนและครอบครัว • แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร • แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย • แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา • แผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ • แผนอาหารเพื่อสุขภาพ • แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ	• แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ • แผนสุขภาพชุมชน • แผนสุขภาพเด็กเยาวชนและครอบครัว • แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร • แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย • แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา • แผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ • แผนอาหารเพื่อสุขภาพ • แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ	• ปัจจัยเสี่ยงหลักทางสุขภาพ • แผนสุขภาพเด็กเยาวชนและครอบครัว • แผนอาหารเพื่อสุขภาพ • แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ

งบประมาณ

การจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับสำหรับแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๙ นั้น สสส. ได้จัดทำพร้อมกับงบประมาณของแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) โดยยึดกรอบนโยบายทางการเงิน และจัดทำประมาณการจากผลการดำเนินงานจริงที่ผ่านมาในอดีตรวมทั้งสิ้น ๑๑ ปี และวิเคราะห์สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนภาระผูกพันที่มีอยู่จริงในปัจจุบันและภาระงานที่เพิ่มขึ้นในอนาคต ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อกระแสเงินสดของ สสส. ในอนาคต^๓ อย่างไรก็ตาม ในการกำหนดกรอบวงเงินงบประมาณในแต่ละปีนั้น คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินจะดำเนินการทบทวนตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔ ข้อ ๕.๓ สำหรับงบประมาณประจำปี ๒๕๕๙ นั้น ได้ผ่านการทบทวนเมื่อวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๕๘ ซึ่งที่ประชุมคณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินได้เห็นชอบให้เสนอกรอบวงเงินงบประมาณสนับสนุนโครงการของกองทุนประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จำนวน ๕,๐๐๐ ล้านบาท และเมื่อวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘ คณะกรรมการกองทุนได้ให้ความเห็นชอบกรอบวงเงินงบประมาณตามที่คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินเสนอ

การจัดสรรงบประมาณสำหรับแต่ละแผน สสส. ได้คำนึงถึงความสอดคล้องกับแนวนโยบายในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๙ รวมถึงความจำเป็นเร่งด่วนของประเด็นปัญหาสุขภาพตามลำดับของภาระโรค และความเป็นไปได้ในการบริหารจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย โดยงบประมาณส่วนใหญ่เป็นการจัดสรรเพื่อสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การควบคุมยาสูบ การควบคุมแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด การจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม การลดเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัยในวัยรุ่น รวมถึงเสริมสร้างปัจจัยบวก ได้แก่ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการส่งเสริมอาหารเพื่อสุขภาวะ คิดเป็นร้อยละ ๓๕ ของงบประมาณทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปีก่อนเล็กน้อย นอกจากนั้นยังกำหนดงบประมาณสำหรับการบริหารจัดการสำนักงานไว้ที่ประมาณร้อยละ ๕ เท่ากับปีก่อนหน้า

^๓ เมื่อวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๕๗ ที่ประชุมคณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินได้เห็นชอบให้เสนอกรอบวงเงินงบประมาณสนับสนุน โครงการของกองทุนปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ และเมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๗ คณะกรรมการกองทุนได้ให้ความเห็นชอบกรอบวงเงินงบประมาณสนับสนุนโครงการและระดับเงินทุนสำรองขั้นต่ำเพื่อรองรับความผันผวนตามที่คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินเสนอ



การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๕ จำแนกรายแผน

หน่วย : ล้านบาท

สนับสนุนโครงการ		จำนวน
		๕,๐๐๐
๑	แผนควบคุมยาสูบ	๓๓๕
๒	แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๓๒๐
๓	แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	๓๒๐
๔	แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๑๗๕
๕	แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๓๐๐
๖	แผนสุขภาวะชุมชน (รวมบูรณาการเชิงพื้นที่)	๕๖๕
๗	แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๓๑๐
๘	แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๒๐๐
๙	แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๒๗๕
๑๐	แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๒๙๐
๑๑	แผนสร้างสรรค์โอกาสและสวัสดิการสุขภาวะ	๓๑๐
๑๒	แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๑๑๐
๑๓	แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๓๔๒
๑๔	แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	๒๖๕
๑๕	แผนส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ	๕๑๗
๑๖	งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	๓๖๖

๒

ส่วนที่

รายละเอียดแผนหลัก

- ๑ แผนควบคุมยาสูบ
 - ๒ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด
 - ๓ แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม
 - ๔ แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
 - ๕ แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ
 - ๖ แผนสุขภาวะชุมชน
 - ๗ แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว
 - ๘ แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
 - ๙ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย
 - ๑๐ แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา
 - ๑๑ แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ
 - ๑๒ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ
 - ๑๓ แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
 - ๑๔ แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ
 - ๑๕ แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ
- งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง
- งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน



แผนควบคุมยาสูบ

สถานการณ์และแนวโน้ม

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงหลักที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases : NCDs) ซึ่งหมายถึง กลุ่มโรคที่ไม่สามารถแพร่กระจายโรคจากคนสู่คนได้ โดย ๔ พฤติกรรมเสี่ยงของโรค NCDs ประกอบด้วย (๑) การสูบบุหรี่ (๒) การดื่มแอลกอฮอล์ (๓) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และ (๔) กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ สืบปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ (๑) ภาวะความดันโลหิตสูง (๒) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (๓) ภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ และ (๔) ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งมี ๔ กลุ่มโรคหลักสำคัญ ได้แก่ (๑) โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (รวมถึงโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง) (๒) โรคมะเร็ง (๓) โรคเบาหวาน และ (๔) โรคปอดเรื้อรัง (ถุงลมโป่งพอง) ในภาพรวมปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ต่างคร่าชีวิตคนไทยไม่ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ คนต่อปี ดังนั้น การควบคุมและป้องกัน ๔ โรคหลักผ่านการจัดการ ๔ พฤติกรรมและ ๔ การเปลี่ยนแปลง หรือที่เรียกว่าเป็นโมเดล “๔ x ๔ x ๔” จึงเป็นหัวใจของการจัดการโรค NCDs

โรค NCDs เป็นปัญหาสุขภาพอันดับ ๑ ของโลก และ อันดับ ๑ ในประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและการะโรคโดยรวม เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกถึง ๓๖,๐๐๐,๐๐๐ คนต่อปี หรือร้อยละ ๖๓ ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด ในปี ๒๕๕๑ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทยถึง ๓๑๔,๓๔๐ คน หรือร้อยละ ๗๓ ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมด ในปี ๒๕๕๒ เป็นปัญหาของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของโลก ส่งผลกระทบในระดับประชากรและระดับปัจเจกบุคคล เช่น รายได้ระดับบุคคล รายได้ครัวเรือน ความสามารถตลาดแรงงาน ความสามารถด้านการแข่งขันของประเทศ ซึ่งประมาณการต้นทุนผลกระทบต่อสังคมโลกในช่วงปี ๒๕๕๔ - ๒๕๗๓ มีมูลค่าถึง ๔๖.๗ ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือคิดเป็นประมาณ ๑,๔๐๑ ล้านล้านบาท สำหรับประเทศไทยมีมูลค่าทั้งสิ้น ๑๔๘,๕๑๒ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๒ หรือร้อยละ ๒.๒ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ หรือคิดเป็นมูลค่าถึง ๓,๑๒๘ บาทต่อหัวประชากร ประชากรไทยจำนวนมากที่มีความผิดปกติหลายประการร่วมกัน ที่พร้อมจะพัฒนาเป็นโรค NCDs ต่อไป จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ ปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒ พบว่า ความชุกของกลุ่มอาการเมตาบอลิกในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ ๒๑.๗ หรือคิดเป็นกว่า ๘,๐๐๐,๐๐๐ คน โดยความชุกของหญิงสูงกว่าชายร้อยละ ๒๔.๕ และ ร้อยละ ๑๘.๘ ตามลำดับ^๓

^๓ รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิกฤตสุขภาพ วิกฤตสังคม. ๒๕๕๗

ในประเทศไทยการสูบบุหรี่ทำให้เกิดภาวะโรคสูงเป็นอันดับที่ ๒ รองจากปัจจัยเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่า มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก ๔๕,๑๓๖ คนต่อปี (๒๕๔๗) เป็น ๕๐,๗๑๐ คนต่อปี (๒๕๕๒) จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และเกิดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ถึง ๕๒.๒ พันล้านบาท (๒๕๕๒) หรือร้อยละ ๐.๕๔ ของ GDP คิดเป็น ๒๙.๓๙ บาทต่อบุหรี่ ๑ ซอง^๕

แนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่ในประเทศไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปในรอบ ๑๘ ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง คือ จากร้อยละ ๓๒.๐ (๑๒.๓ ล้านคน) ในปี ๒๕๓๔ เป็นร้อยละ ๒๐.๗ (๑๐.๙ ล้านคน) ในปี ๒๕๕๒^๖ แต่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ ๒๑.๔ (๑๑.๕ ล้านคน) ในปี ๒๕๕๔ และกลับลดอีก เป็นร้อยละ ๑๙.๙๔ (๑๐.๗๗ ล้านคน) ในปี ๒๕๕๖ โดยอัตราการสูบบุหรี่ลดลงแต่เฉพาะในกลุ่มเพศชาย จากร้อยละ ๔๑.๗ ในปี ๒๕๕๔ เหลือร้อยละ ๓๙.๐ ในปี ๒๕๕๖ ส่วนเพศหญิงอัตราการสูบบุหรี่ ในปี ๒๕๕๔ และ ๒๕๕๖ ยังคงเท่าเดิม (ร้อยละ ๒.๑)^๗

ผู้สูบบุหรี่ที่เป็นเด็กและเยาวชน (อายุ ๑๕ - ๒๔ ปี) มีอัตราการสูบลดลงจากร้อยละ ๑๖.๒๙ ในปี ๒๕๕๔ เป็นร้อยละ ๑๔.๒๕ ในปี ๒๕๕๖ และพบว่าอายุที่เริ่มสูบของประชากรไทยลดลงจาก ๑๘ ปี เป็น ๑๗ ปี ดังนั้น กลุ่มเด็กและเยาวชนจึงยังคงเป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญในการป้องกันนักสูบหน้าใหม่

เมื่อพิจารณาผู้สูบบุหรี่ตามเขตการปกครอง และปัจจัยตามภูมิศาสตร์ พบว่า กลุ่มผู้ที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูง ได้แก่ กลุ่มผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล และอยู่ในภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ

จากการสำรวจสถานการณ์ของการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ในปี ๒๕๕๔ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรได้รับควันบุหรี่มือสอง จากในบ้านร้อยละ ๒๔.๕๑ ตลาดสด/ตลาดนัดร้อยละ ๗๔.๑๙ สถานบริการขนส่งสาธารณะร้อยละ ๕๐.๓๗ และที่ร้านอาหาร/ภัตตาคารร้อยละ ๔๙.๑๑^๘ ในขณะที่ข้อมูลการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (Global Adult Tobacco Survey : GATS) ปี ๒๕๕๖ พบว่าประชากรได้รับควันบุหรี่มือสองจากในบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๓.๒ ในปี ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๓๖.๐๐ ในปี ๒๕๕๖ ตลาดสด/ตลาดนัดร้อยละ ๖๘.๘ สถานบันเทิงร้อยละ ๖๘.๔ และสถานที่ทำงานร้อยละ ๓๐.๕ ซึ่งสูงขึ้นกว่า ปี ๒๕๕๒

ข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ ๒๕๕๗ สรุปได้ดังนี้^๙

๑. ปัจจุบันผู้บริโภทยาสูบแบ่งเป็นผู้บริโภทยาสูบประจำ และผู้บริโภทยาสูบเป็นครั้งคราว พบว่าสัดส่วนของผู้บริโภทยาสูบประจำอยู่ที่ร้อยละ ๙๕.๑๘ ในปี ๒๕๓๔ และค่อยๆ ลดลงเป็นร้อยละ ๘๓.๗๒ ของผู้บริโภทยาสูบปี ๒๕๕๖ แต่พบว่า จำนวนผู้บริโภทยาสูบเป็นครั้งคราวกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี ๒๕๓๔ - ๒๕๕๖ โดยปี ๒๕๓๔ มีผู้บริโภทยาสูบเป็นครั้งคราวเพียง ๕๙๐,๕๒๘ คน และเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนถึง ๑,๗๘๐,๙๘๔ คนภายในรอบ ๒๒ ปี จากข้อมูลดังกล่าว เป็นสัญญาณเตือนบ่งบอกให้เห็นว่าการที่อุตสาหกรรมยาสูบมีกลยุทธ์การตลาดรูปแบบใหม่ๆ อาจส่งผลให้มีผู้ทดลองบริโภคยาสูบเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละปี

^๕ BOD Thailand. ๒๕๕๒

^๖ ศิริวรรณ พัทธรังษัญญ์ และประภาพรณ เอี่ยมอนันต์ สรุปสถานการณ์ควบคุมการบริโภคยาสูบ ๒๕๕๕. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล. ๒๕๕๕

^๗ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ๒๕๕๖

^๘ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ๒๕๕๖

^๙ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานสรุปสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านยาสูบของประเทศไทย ๒๕๕๗.

๒. การควบคุมยาสูบที่ผ่านมามีผลดีในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาลโดยที่อัตราการเปลี่ยนแปลงการลดลงของนอกเขตเทศบาลต่ำกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย คือ ร้อยละ ๓๓ และ ร้อยละ ๓๘.๓๐ ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า มาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยที่ผ่านมามีผลดีในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย และเมื่อพิจารณาตามภูมิภาคพบว่า ในรอบ ๒๒ ปีที่ผ่านมา อัตราการบริโภคยาสูบลดลงจากร้อยละ ๓๑.๒ ในปี ๒๕๓๔ เป็นร้อยละ ๒๔.๖ ในปี ๒๕๕๖ โดยประชากรในแต่ละภูมิภาคมีอัตราการบริโภคยาสูบลดลงอย่างต่อเนื่อง ยกเว้นในปี ๒๕๔๔ ประชากรในกรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้ มีอัตราการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นเล็กน้อย และกลับลดลงอีกครั้งในปี ๒๕๕๖ โดยภาคใต้มีอัตราการบริโภคยาสูบปัจจุบันเปลี่ยนแปลงลดลงน้อยที่สุด เมื่อเทียบกับทุกภูมิภาค รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า มาตรการในการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทยที่ผ่านมามีผลดีในภาคเหนือ
๓. ผลการสำรวจตั้งแต่ปี ๒๕๔๔, ๒๕๔๗, ๒๕๕๐, ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๔ เป็นไปในทิศทางเดียวกันว่า มีสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ชองและบุหรี่ยี่ห้อเองใกล้เคียงกัน (ประมาณร้อยละ ๕๐) แต่ในปี ๒๕๕๖ พบว่า ผู้สูบบุหรี่ชองมีสัดส่วนสูงกว่าผู้สูบบุหรี่ยี่ห้อเองอย่างเห็นได้ชัด คือ ร้อยละ ๖๑.๑๔ และร้อยละ ๓๓.๐๗ ตามลำดับ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเพิ่มภาษียาเส้นเป็นครั้งแรกในเดือนสิงหาคม ๒๕๕๕ จาก ๐.๐๑ บาท/๑๐ กรัม เป็น ๐.๐๑ บาท/กรัม
๔. นับตั้งแต่ปี ๒๕๓๕ จนถึงปัจจุบัน ประเทศไทยมีการปรับขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ยี่ห้อชิกาแรต รวม ๑๐ ครั้ง โดยล่าสุดในเดือนสิงหาคม ๒๕๕๕ มีการปรับอัตราภาษีเป็นร้อยละ ๘๗ ทำให้กรมสรรพสามิตจัดเก็บภาษียาสูบได้เป็นมูลค่าเพิ่มขึ้นตามลำดับ
๕. จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ ปี ๒๕๕๒ การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรไทยประมาณ ๔๘,๒๔๔ คนต่อปี โดยเฉลี่ยผู้ชาย ๑ ใน ๖ คน และผู้หญิง ๑ ใน ๒๕ คน เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ซึ่งทำให้สูญเสียปีสุขภาวะหรือปีที่มีสุขภาพดีจากการตายก่อนวัยอันควรและความพิการ ๖.๐ แสนปีสุขภาวะ หรือร้อยละ ๑๑.๑ ของภาระโรคทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้มาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็งปอดเป็นหลัก (ร้อยละ ๒๔ และ ๒๐ ตามลำดับ)
๖. ระบบบริการเลิกบุหรี่ทั้งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม และสวัสดิการราชการ ยังไม่เป็นรูปธรรม โดยภาพรวมมีการให้บริการในระดับต่ำมากและขึ้นกับความสนใจของผู้ให้บริการว่าจะจัดบริการนี้หรือไม่ ในคุณภาพใด

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจำนวนมหาศาลทั้งในรูปแบบความสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและการสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน โดยนักสูบหน้าใหม่เพศชายที่เกิดขึ้นทุกๆ หนึ่งราย จะมีต้นทุนทางเศรษฐกิจ ๑๕๘,๐๐๐ บาทต่อคน สำหรับนักสูบหน้าใหม่ เพศหญิงที่เกิดขึ้นทุกๆ หนึ่งราย จะมีต้นทุนทางเศรษฐกิจ ๘๕,๐๐๐ บาทต่อคน^๔ ทั้งนี้ ได้มีการประเมินค่าความเต็มใจจ่ายของครัวเรือนต่อมาตรการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. พบว่า ครัวเรือนประชากรไทยเต็มใจจ่ายเพื่อสนับสนุนให้มีการดำเนินการควบคุม

^๔ การพัฒนาแนวทางการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษา ต้นทุน ความเจ็บป่วย. มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ, ๒๕๕๕

ยาสูบของ สสส. จำนวน ๑,๓๓๑ ล้านบาท^{๑๐} ทั้งนี้ จากรายงานการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment : SROI)^{๑๑} พบว่า สสส.ลงทุนในประเด็นควบคุมยาสูบ ๑ บาท ได้ผลตอบแทนทางสังคมเท่ากับ ๑๘.๓๔ บาท

องค์การอนามัยโลกได้ประเมินการควบคุมยาสูบของประเทศไทยเมื่อปี ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๗ ระบุว่า การควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีความก้าวหน้าและประสบความสำเร็จอย่างชัดเจน ความสำเร็จที่เด่นชัดได้แก่ การพิมพ์ภาพและคำเตือนบนซองบุหรี่ การห้ามโฆษณาและการมีกฎหมายที่ครอบคลุม อันเกิดจากบทบาทอันเข้มแข็งขององค์กรต่างๆ ทุกภาคส่วน และได้เสนอแนะในประเด็นสำคัญต่างๆ อาทิ ควรให้ความสำคัญในการผลักดันพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ ซึ่งเน้นเรื่องการป้องกันไม่ให้เยาวชนเข้าถึงยาสูบ ควรให้ความสำคัญกับบุหรี่ยี่ห้อตนเอง โดยใช้มาตรการทั้งด้านภาษี ขนาดภาพคำเตือน การรณรงค์ด้านพิษภัย และบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ ควรเพิ่มบทบาทของภาคประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ และผลักดันให้ยาช่วยเหลือเลิกบุหรี่เข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ

คณะรัฐมนตรีได้ประชุมและมีมติ ดังนี้

๑. เห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ ปี ๒๕๕๓ มติ ๖ มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ เมื่อวันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๕๕ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการต่อไป ทั้งนี้ ให้กระทรวงการคลังและสำนักงานตำรวจแห่งชาติให้ความสำคัญในการปราบปรามบุหรี่ต่างประเทศที่มีการลักลอบนำเข้าในประเทศอย่างผิดกฎหมาย ซึ่งทำให้ราคาบุหรื่อดังกล่าวต่ำกว่าราคาบุหรี่ปริมาณที่จำหน่ายอยู่โดยทั่วไป และส่งผลให้เกิดการบริโภคเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งกรณีสำแดงราคานำเข้าของบุหรี่ต่างประเทศที่ต่ำกว่าปกติทำให้รัฐได้รับความเสียหายด้วย
๒. เห็นชอบอนุมัติแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๕ เพื่อให้ทุกภาคส่วนใช้เป็นกรอบและทิศทางในการขับเคลื่อนดำเนินการควบคุมยาสูบให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ รวมทั้งการแสวงหาแนวร่วมภาคประชาชน/เครือข่าย เข้ามาร่วมดำเนินการควบคุมยาสูบภายใต้ระบบเฝ้าระวังยาสูบที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างแม่นยำ อันจะเป็นการหนุนเสริมให้สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค สามารถนำมาเป็นข้อมูลเพื่อประกอบการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ และการปรับปรุงกฎหมาย/ประกาศ/ระเบียบใดๆ ให้มีความเป็นปัจจุบัน ตลอดจนกำหนดแนวทาง และมาตรการการดำเนินงานควบคุมยาสูบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

^{๑๐} การประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ: การประเมินความเต็มใจจ่ายของครัวเรือนต่อมาตรการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. มนรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ, ๒๕๕๕

^{๑๑} การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment : SROI) จากการดำเนินงานของ สสส. ปิยะ หาญวรงค์ชัย และคณะ, ๒๕๕๖

นโยบายการควบคุมยาสูบสากลประกอบด้วย การป้องกันผู้สูบบุหรี่รุ่นใหม่ การให้บริการเลิกสูบบุหรี่ การคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่จากควันบุหรี่มือสอง การบรรจุหีบห่อและภาพคำเตือน และการลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ที่ผลักดันโดยมาตรการด้านต่างๆ ที่ประเทศไทยได้ดำเนินการอยู่ในระดับแนวหน้าของโลก โดยการควบคุมยาสูบในช่วงปี ๒๕๔๙ - ๒๕๕๓ กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการดังนี้

๑. ประกาศขยายเขตปลอดบุหรี่ให้มากขึ้นจากพื้นที่ปลอดบุหรี่บางส่วนเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ ๑๐๐% เช่น โรงพยาบาล ศาสนสถาน สวนสาธารณะ ยานพาหนะ และสถานียขนส่งสาธารณะ เป็นต้น
๒. ประกาศเพิ่มรูปภาพคำเตือนบนซองบุหรี่เพิ่มเติมจาก ๔ ภาพ เป็น ๑๐ ภาพ พร้อมพิมพ์หมายเลข ๑๖๐๐ บนซองบุหรี่
๓. ประกาศเพิ่มข้อความแสดงสารพิษและสารก่อมะเร็งจาก ๑ แบบเป็น ๑๐ แบบ
๔. ประกาศเพิ่มข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดว่ามีระดับสารพิษน้อย เช่น Cool, Ice, Frost, Crisp, Smooth เป็นต้น
๕. ปรับปรุงรูปภาพข้อความคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัย และช่องทางติดต่อเพื่อการเลิกยาสูบ ในฉลากของยาเส้นหรือยาเส้นปรุง เป็นรูปภาพ ๔ สี ๔ แบบ (ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ ๑๗)
๖. เพิ่มขนาดภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ (ทั้ง ๑๐ แบบ) ให้มีขนาดไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕ ของด้านที่มีพื้นที่มากที่สุดของซอง
๗. ที่ประชุมคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) รับรองแนวปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย ปี ๒๕๕๒

ที่ประชุม คบยช. รับรองศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (คบช.) เป็นศูนย์บริการเลิกบุหรี่แห่งชาติ

ประเทศไทยมีแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบอนุมัติแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ (แผน ๓ ปี) แล้วเมื่อวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๕ โดยมีแผนยุทธศาสตร์ย่อย รวม ๘ แผน ดังนี้

- ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การป้องกันไม่ให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่
- ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดและเลิกการใช้ยาสูบ
- ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่
- ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การสร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ
- ยุทธศาสตร์ที่ ๖ การควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย
- ยุทธศาสตร์ที่ ๗ การแก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี
- ยุทธศาสตร์ที่ ๘ การเฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ

ทั้งนี้ ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ โดยให้มีผู้รับผิดชอบและมียงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐอย่างชัดเจน และขณะนี้ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ ๒ (๒๕๕๘ - ๒๕๖๒) อยู่ระหว่างการเสนอให้ คบยช. และคณะรัฐมนตรีเห็นชอบอนุมัติต่อไป โดยกำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ๖ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

๑. สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ
๒. ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ
๓. ช่วยให้ผู้เสพติดเลิกใช้ยาสูบ
๔. ควบคุมและเปิดเผยส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ
๕. ทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่
๖. ใช้มาตรการทางภาษีเพื่อเพิ่มราคา และปราบปรามเพื่อควบคุมยาสูบ

จุดเน้นของแผน

ด้านนโยบายสาธารณะ และการบังคับใช้กฎหมาย

๑. เน้นการบังคับใช้กฎหมายในนโยบาย/มาตรการที่มีอยู่อย่างเข้มข้น/ต่อเนื่อง โดยเฉพาะนโยบายการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่เพื่อลดอัตราผู้ได้รับควันบุหรี่มือสอง
๒. ผลักดันนโยบาย/มาตรการใหม่ที่เตรียมการไว้แล้ว ได้แก่
 - ๒.๑ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. และสนับสนุนการให้ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและประชาชน ตลอดจนสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายกรณีพระราชบัญญัติผ่านสภานิติบัญญัติและตราเป็นกฎหมายของประเทศ
 - ๒.๒ การผลักดันยารักษาบุหรี่เข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ
 - ๒.๓ การผลักดันการขึ้นภาษียาเส้น และการยกเลิก “การยกเว้นภาษียาเส้นพันธุ์พื้นเมือง”

ด้านวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

๑. สนับสนุนให้มีการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) การวิจัยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based research) ให้มากขึ้น โดยเชื่อมประสานชุมชนท้องถิ่นร่วมกระบวนการ
๒. พัฒนางานวิจัย/วิชาการให้เพียงพอต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และการขับเคลื่อนของเครือข่ายรณรงค์ และนำความรู้ที่ได้กลับมาใช้ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะประเด็น ดังนี้ (๑) การผลักดันยาเลิกบุหรี่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (๒) รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติในอนาคต ตลอดจนนโยบายการร่วมลงทุนของแหล่งทุนต่างๆ

(๓) นโยบายการซื้อบริการเลิกบุหรี่โดย สปสช. (๔) นโยบายข้อเสนอมาตรการทางภาษีและใบอนุญาต (๕) การประเมินผลนโยบายในประเด็นต่างๆ เช่น ภาวะค่าเตือน เขตปลอดบุหรี่ ภาษี รูปแบบการบำบัดเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ (๖) การเฝ้าระวังธุรกิจและการตลาดของอุตสาหกรรมบุหรี่ (๗) การเฝ้าระวังการบริโภคและผลกระทบจากการบริโภคนิโคติน และ (๘) นโยบายการนำบุหรี่ออกจากการค้าเสรีหรือมาตรการลดผลกระทบจากการค้าเสรี/TPP

๓. จัดทำระบบข้อมูล สังเคราะห์งานวิจัย/วิชาการให้ง่ายต่อการนำไปใช้งาน

ด้านเครือข่ายการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่

๑. มุ่งเน้นการป้องกันนักสูบหน้าใหม่โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและผู้หญิง ลดการสูบในผู้ชาย/ผู้ที่อยู่ในชนบท โดยเน้นกลยุทธ์การรณรงค์โทษพิษภัยของยาเส้นและบุหรี่ การให้ ๑ อสม. ชวน ๑ คน เลิกบุหรี่ การรณรงค์ในประเด็น “บุหรี่ = ฆาตกร” และ “คนรุ่นใหม่ไม่เสพติดบุหรี่”
๒. เน้นการป้องกันการได้รับควันบุหรี่มือสองและมือสาม โดยการขยายพื้นที่รูปธรรมปลอดบุหรี่ทั้งตามกฎหมายกำหนด และรณรงค์เพิ่มเติม เช่น การรณรงค์บ้านปลอดบุหรี่ ตลาดปลอดบุหรี่ สนามบินปลอดบุหรี่ เป็นต้น
๓. เน้นการสื่อสารเพื่อปรับค่านิยมให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ อุตสาหกรรมยาสูบ และการสูบบุหรี่ เป็นสิ่งไม่ปกติธรรมดา (De-normalization)
๔. สนับสนุนให้เกิดการเริ่มต้นวางแผน/ดำเนินการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการดำเนินงานในประเด็น (๑) การเลิกบุหรี่ซึ่งครอบคลุมการบริการจากชุมชนจนถึงระดับจังหวัด และ Quitline และ (๒) การดำเนินงานจังหวัดปลอดบุหรี่ ควบคู่กับการดำเนินงานจังหวัดควบคุมปัจจัยเสี่ยง
๕. ผลักดันงานบูรณาการการทำงานด้านการควบคุมยาสูบร่วมกับแผนงานอื่นๆ ได้แก่ แผนสุขภาวะชุมชน แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ เป็นต้น

ด้านบริการเลิกบุหรี่

๑. พัฒนารูปแบบระบบการบำบัดและส่งต่อให้ชัดเจน มีประสิทธิภาพ และเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยเลิกบุหรี่ โดยผลักดันให้มียาช่วยเลิกบุหรี่ในบัญชียาหลักแห่งชาติให้มากขึ้น

ด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อ

๑. สนับสนุนการศึกษาเพื่อการรณรงค์ในประเด็น “ลดบุหรี่/เหล้า เพิ่มอาหาร/ออกกำลังกาย เพื่อหลีกเลี่ยงโรค NCDs
๒. สนับสนุนให้เกิดการเริ่มต้นวางแผน และ/หรือดำเนินการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานในประเด็นรูปแบบ เนื้อหา และช่องทางการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs
๓. สนับสนุนให้เกิดการเริ่มต้นวางแผน และ/หรือดำเนินการวิจัยในประเด็นความสัมพันธ์ระหว่าง NCDs กับปัจจัยเสี่ยงทั้งสี่ (บุหรี่ เหล้า อาหาร ออกกำลังกาย) และการศึกษาประสิทธิผลของมาตรการ/กิจกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการป้องกัน NCDs
๔. ขยายเครือข่ายภาคีนานาชาติด้านการควบคุมป้องกันการเกิดโรค NCDs อาจเริ่มโซนอาเซียน (ASEAN) โดยอาจจัดตั้ง Consortium และจัดอบรมบุคลากรต่างประเทศ เป็นต้น

วัตถุประสงค์

๑. ลดอัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนไทย
๒. พัฒนาให้เกิดมาตรการและสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการสูบบุหรี่และลดอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนไทย
๓. พัฒนาเป้าหมาย กลไกและการประสานงานของภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
๔. สนับสนุนให้เกิดการบังคับใช้กฎหมายและนโยบายที่มีอยู่
๕. การพัฒนาฐานข้อมูล องค์ความรู้และการจัดการความรู้ที่จำเป็น
๖. พัฒนาการรับรู้และสร้างความตระหนักประเด็นการไม่สูบบุหรี่ในประชาชนกลุ่มต่างๆ
๗. พัฒนาเครือข่ายการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนและองค์กรต่างๆ
๘. พัฒนารูปแบบและบริการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดมาตรการและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อแนวโน้มการลดลงของอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรไทย โดยพัฒนา/ผลักดันนโยบาย กฎหมาย มาตรการ แนวปฏิบัติเพื่อการควบคุมยาสูบให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒

๒. เกิดรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายเข้มแข็งขึ้น โดยการสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมาย ไม่น้อยกว่า ๕ จังหวัด
๓. เกิดกรณีตัวอย่างกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดไม่น้อยกว่า ๕ จังหวัด
๔. เกิดองค์ความรู้จากการวิจัยที่จำเป็นสำหรับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง และมีเวทีวิชาการระดับชาติทุกปี
๕. เกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นการไม่สูบบุหรี่มากขึ้นในประชาชนไทย อย่างน้อย ๒ ประเด็นสำคัญ
๖. เกิดการพัฒนามาตรฐานบริการเลิกบุหรี่ในระดับบริการต่างๆ และมีการขยายตัวของบริการเลิกบุหรี่ของประเทศ สายด่วนเลิกบุหรี่แห่งชาติ สามารถเปิดให้บริการแก่ประชาชนทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่า ๑๕,๐๐๐ ครั้งต่อเดือน มีจำนวนผู้ติดบุหรี่ที่มาใช้บริการรับคำปรึกษาและป้องกันการสูบบุหรี่ โดยเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๔,๐๐๐ รายต่อเดือน และมีจำนวนผู้เลิกบุหรี่ได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๐
๗. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ เช่น คลินิกฟ้าใส ร้านยา คลินิกทันตกรรม มีการขยายเครือข่ายหน่วยการเลิกบุหรี่ที่มีคุณภาพ สามารถให้บริการได้ตามมาตรฐาน รวมไม่น้อยกว่า ๔๐๐ แห่ง
๘. เกิดองค์ความรู้ งานวิชาการ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) อย่างน้อย ๑ เรื่อง

ตัวชี้วัดร่วม

๑. นวัตกรรมการทำงานร่วมกับปัจจัยเสี่ยงหลักอื่น เช่น
 - (๑) การเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายของยาสูบกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - (๒) การรณรงค์ป้องกันปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มเยาวชน (ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน ยาเสพติด และการจัดการความปลอดภัยทางถนน)
 - (๓) การทำงานเชิงป้องกันปัจจัยเสี่ยงในชุมชน (ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน ยาเสพติด การจัดการความปลอดภัยทางถนน และภัยพิบัติ)
 - (๔) ทำงานบูรณาการผ่านโครงการจังหวัดราชบุรีสุขภาวะ
๒. นวัตกรรมการทำงานประเด็นยาสูบร่วมกับแผนงานอื่นๆ ใน สสส. เช่น
 - (๑) แผนสุขภาวะชุมชนในการเชื่อมประสาน บูรณาการขยายผลการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่/ชุมชน
 - (๒) แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในการขยายผลการดำเนินงานเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในกลุ่มเด็กและเยาวชน
 - (๓) แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ในการขยายผลการดำเนินงานเพื่อการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ และสนับสนุนให้มีนโยบายหรือมาตรการให้เกิดสถานประกอบการปลอดบุหรี่
 - (๔) แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ ในการขยายผลการดำเนินงานเพื่อการลด ละ เลิกบุหรี่ในประชากรกลุ่มเฉพาะ

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

๑. เชื่อมโยงภาคีหลักที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็น เพื่อสร้างเป้าหมายร่วมในด้านการควบคุมยาสูบ ตลอดจนการเชื่อมร้อยการทำงานเพื่อเสริมพลังซึ่งกันและกัน ได้แก่ พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม
๒. พัฒนารฐานข้อมูลเชิงวิชาการและจัดการความรู้เพื่อใช้ประโยชน์ในการผลักดันงานควบคุมยาสูบ ตลอดจนเพื่อการสนับสนุนเชิงนโยบายสาธารณะและการติดตามประเมินผล
๓. พัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๔. รณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาสูบ ผ่านช่องทางสื่อ และการทำงานของภาคีเครือข่ายต่างๆ
๕. สนับสนุนบริการเลิกบุหรี่ ในบริบทต่างๆ
๖. เชื่อมโยงการทำงานด้านการควบคุมยาสูบร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส. เช่น แผนสุขภาวะชุมชน แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร เป็นต้น

กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมการบริโภคยาสูบ ประกอบด้วย ๕ กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงานมีภารกิจโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะในการควบคุมยาสูบ

- ๑.๑ พัฒนาองค์กรหลักของรัฐบาลด้านการควบคุมยาสูบ เช่น สถาบันควบคุมยาสูบของรัฐ และสนับสนุนเพื่อเสริมความเข้มแข็งและยั่งยืนให้แก่หน่วยจัดการหลัก เช่น คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ (คบยช.) สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยพัฒนาข้อเสนอเพื่อผลักดันนโยบายและการบังคับใช้กฎหมายด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ตลอดจนร่วมผลักดันกฎหมายและมาตรการการควบคุมยาสูบของประเทศตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลกในประเด็นต่างๆ อาทิ มาตรา ๕.๓ การป้องกันการแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบโดยอุตสาหกรรมยาสูบ มาตรา ๖ มาตรการด้านราคา และด้านภาษี มาตรา ๙ การเปิดเผยส่วนประกอบ มาตรา ๑๑ การบรรจุหีบห่อและภาพคำเตือน มาตรา ๑๓ การห้ามโฆษณา ส่งเสริมการขายยาสูบ และสนับสนุนโดยอุตสาหกรรมยาสูบ มาตรา ๑๔ การให้บริการเลิกบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรา ๑๕ การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย

- ๑.๒ พัฒนานโยบายและมาตรการใหม่ โดยลำดับความสำคัญจากข้อสรุปทางวิชาการ และเงื่อนไขทางยุทธศาสตร์ เช่น นโยบายที่เน้นการลดการบริโภคยาเส้น บุหรี่มวนเอง การป้องกันบุหรี่หนีภาษี และบุหรี่ปลอม การปรับปรุงโครงสร้างภาษียาสูบและระบบการจัดเก็บภาษี การยกเลิกสิทธิประโยชน์ทางภาษียาสูบ การขยายการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ อีกทั้งการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย/มาตรการสำคัญ อาทิ การเพิ่มสารที่ทำให้บุหรี่ดับง่ายเพื่อลดปัญหาอัคคีภัย สนับสนุนให้ปลูกพืชทดแทนการปลูกใบยาสูบ และสนับสนุนให้มีพระราชบัญญัติคณะกรรมการควบคุมยาสูบจังหวัด/เจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย
- ๑.๓ สนับสนุนการผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ ในพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕ และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ ในประเด็นการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ การโฆษณาโดยตรง การโฆษณาโดยวิธีแปรเปลี่ยนเครื่องหมายการค้า การส่งเสริมการขายรูปแบบต่างๆ การผลิตและจำหน่ายสินค้าซึ่งมีรูปลักษณะคล้ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ การลดพิษภัยในผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะจากภาคสังคมในการบังคับใช้กฎหมาย
- ๑.๔ เน้นการเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายโดยเฉพาะส่วนภูมิภาค โดยเพิ่มบทบาทและศักยภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ กรุงเทพมหานคร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายเข้มข้นขึ้น ส่วนสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบในส่วนกลาง ควรทำหน้าที่ประสาน สนับสนุน ติดตามและประเมินผล สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการบังคับใช้กฎหมายให้มากยิ่งขึ้น โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นศูนย์กลาง และเน้นการทำงานกับผู้กำหนดนโยบายในแต่ละหน่วยงาน ให้ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง โดยเฉพาะการจัดเขตปลอดบุหรี่ที่ถูกต้องตามกฎหมาย และการประกาศนโยบายสนับสนุน เช่น การไม่รับบุคลากรที่ติดบุหรี่เข้าทำงาน ตลอดจนการสนับสนุนเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อผลักดันนโยบายในการควบคุมยาสูบในระดับท้องถิ่น รวมไปถึงการสนับสนุนพัฒนาให้โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเป็นศูนย์กลางในการให้บริการเลิกบุหรี่และการควบคุมยาสูบ
- ๑.๕ เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการมีบทบาทการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย โดยเปิดช่องทางการสื่อสารเพื่อรับเรื่องราวร้องเรียนให้ประชาชนแจ้งเหตุได้สะดวกมากขึ้น
- ๑.๖ ระดับสากลสนับสนุนการเข้าร่วมมีบทบาทหลักในนโยบายยาสูบ เช่น การสนับสนุนการดำเนินงานตามกรอบอนุสัญญาควบคุมการบริโภคยาสูบ และการพัฒนาศักยภาพคณะผู้แทนไทยในเวทีสากล เป็นต้น

๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสารด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ

สนับสนุนให้ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ (ศจย.) ร่วมกับภาคีทางวิชาการต่างๆ พัฒนางานวิจัย จัดการความรู้ การศึกษาฝึกอบรม รวมถึง

- ๒.๑ การสนับสนุนการวิจัยและเครือข่ายนักวิจัยด้านบุหรี่และสุขภาพ โดยเฉพาะงานวิจัยใน ๗ กลุ่มนโยบายที่สำคัญ เพื่อการควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ/ตำบล โดยเน้นชุมชนเป็นฐาน การวิจัยพื้นฐานที่จำเป็น การวิจัยที่สนับสนุนนโยบาย การวิจัยเพื่อสนับสนุนการดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก และทุนวิทยานิพนธ์ปริญญาโทและเอก ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ รวมทั้งการสนับสนุนด้านวิชาการเพื่อพัฒนาหลักสูตรการควบคุมยาสูบในระดับมัธยมศึกษา และอุดมศึกษาในสาขาการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนการเพิ่มสมรรถนะกำลังคนในระบบการให้บริการเลิกบุหรี่ในหน่วยงานหลักที่ให้บริการอย่างทั่วถึง และเผยแพร่ความรู้ในรูปแบบต่างๆ
- ๒.๒ การพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการในกลุ่มประเด็นวิชาการสำคัญ ได้แก่ รูปแบบบริการการเลิกบุหรี่ในระดับต่างๆ มาตรการทางภาษีและการรับมือภาวะคุกคามที่มาจากการค้าเสรี การควบคุมผลิตภัณฑ์รูปแบบต่างๆ ของยาสูบ งานวิจัยเชิงพฤติกรรมและสังคม บุหรี่มวนเอง การเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย และการประเมินประสิทธิผลมาตรการ การควบคุมยาสูบที่ใช้อยู่
- ๒.๓ การพัฒนาระบบข้อมูลในระบบเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ในผู้ใหญ่ เยาวชน รวมทั้งการเฝ้าระวังการโฆษณาส่งเสริมการขาย และการให้ทุนอุปถัมภ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยเป็นความร่วมมือระหว่าง ศย. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ และเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่
- ๒.๔ การจัดการประชุมวิชาการ “บุหรี่หรือสุขภาพแห่งชาติ” เป็นประจำอย่างต่อเนื่องทุกปีเพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนทางวิชาการและประสบการณ์ระหว่างผู้ที่ทำงานและผู้สนใจ
- ๒.๕ การพัฒนาระบบการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO-FCTC) มาตรการต่างๆ การวิจัยในคำถามถึงมาตรการในกลุ่มเป้าหมายที่ยังบรรลุผลต่ำ และพัฒนานักวิจัยประเมินผลในมิติต่างๆ โดยเน้นเชิงคุณภาพ ให้ครอบคลุมการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบ

๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่าย การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่

- ๓.๑ การจัดกิจกรรมพิเศษและสร้างกระแสสังคม เพื่อรณรงค์กระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวและปลูกฝังค่านิยมการไม่สูบบุหรี่ การขยายพื้นที่รูปธรรมปลอดบุหรี่ การรณรงค์บ้านปลอดบุหรี่ การรักษาสิทธิของตนเองจากการได้รับอันตรายของควันบุหรี่มือสอง การสร้างจิตอาสาเพื่อลดการสูบบุหรี่ และการสนับสนุนนโยบายที่สำคัญ การเลิกบุหรี่ การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและองค์กรต่างๆ ในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ตลอดจนจัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังและเปิดโปงกลยุทธ์ต่างๆ ของบริษัทบุหรี่ให้สังคมรับรู้ และผลักดันให้เกิดการพัฒนาและแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- ๓.๒ พัฒนาเพื่อขยายรูปแบบและภาคีในการทำงานกับเยาวชนเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ รวมทั้งขยายการดำเนินงานในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ภูมิลำเนาในชนบท และพื้นที่ภาคใต้ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่สูง

- ๓.๓ พัฒนาและขยายเครือข่ายในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มต่างๆ ทั้งที่ดำเนินการมาแล้วหรือภาคีใหม่ เช่น กลุ่มธุรกิจโรงแรม โรงพยาบาล สตรี สื่อมวลชน ผู้ใช้แรงงาน กลุ่มคนที่เลิกบุหรี่ได้ กลุ่มผู้นำทางสังคมที่ไม่สูบบุหรี่ และการพัฒนาช่องทางสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ใหม่ๆ ในกลุ่มเป้าหมายเยาวชน
- ๓.๔ ขยายแนวร่วมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนงานด้านการรณรงค์และการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย เช่น เครือข่ายสถานประกอบการปลอดบุหรี่ เครือข่ายโรงแรมปลอดบุหรี่ เครือข่ายสถาบันสุขภาพเด็กและภาควิชากุมารเวช สำนักงาน หอพัก เครือข่ายผู้ไร้กล่องเสียง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายสถานีตำรวจ เครือข่ายจังหวัดปลอดบุหรี่ เพื่อให้เป็นต้นแบบของสถานที่ราชการปลอดบุหรี่และเห็นความสำคัญของการบังคับใช้กฎหมายการจัดเขตปลอดบุหรี่ เครือข่ายครูระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา เพื่อการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ของเยาวชน ตลอดจนเครือข่ายเยาวชนอาสาสร้างสถานศึกษาปลอดบุหรี่
- ๓.๕ การขยายเครือข่ายทำงานในระดับพื้นที่ โดยประสานกับภาคีในแผนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และแผนการป้องกันและลดอุบัติเหตุจราจร โดยเฉพาะการขยายเครือข่ายในภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เพื่อรณรงค์ลดการบริโภคและการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายในภาคประชาสังคม ตลอดจนการสนับสนุนภาคีเครือข่ายของ สสส. กับแผนอื่นๆ ทั้งภาคีเชิงประเด็น ภาคีเชิงองค์กร และภาคีเชิงพื้นที่ เพื่อสอดแทรกการลดการบริโภคนยาสูบในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ
- ๓.๖ การสนับสนุนสื่อเผยแพร่ และพัฒนาสื่อนวัตกรรม แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสถานศึกษา
- ๓.๗ การพัฒนาและขยายผลนวัตกรรมในการควบคุมการบริโภคนยาสูบ ในองค์กรที่มีนโยบายพัฒนาคุณภาพการจัดเขตปลอดบุหรี่ให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการสนับสนุนบุคลากรที่ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่เพื่อขยายเครือข่ายแนวร่วมให้มากขึ้น
- ๓.๘ ส่งเสริมและสนับสนุนให้เครือข่ายภาคีการควบคุมการบริโภคนยาสูบเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม โดยจะสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายทางด้านองค์ความรู้ที่ถอดบทเรียนจากการทำงานและสื่อพร้อมใช้ รวมทั้งการจัดกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพและติดตาม เพื่อเสริมหนุนการดำเนินโครงการของเครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายโรงพยาบาล เครือข่ายครู เครือข่ายตำรวจ และเครือข่ายเยาวชน

๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนบริการเลิกบุหรี่

- ๔.๑ การพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ระดับชาติ หรือสายด่วนเลิกบุหรี่แห่งชาติ (National Quitline) ให้เข้มแข็งขึ้นในทุกระบบบริการ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ) โดยขยายงานและพัฒนาคุณภาพของสถานบริการและบุคลากรเพื่อการเลิกบุหรี่ และพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ตแห่งชาติ รวมทั้ง พัฒนาให้เกิดคู่มือในการช่วยให้เลิกบุหรี่ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย และ

ภูมิภาค อาทิ กลุ่มผู้หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กและเยาวชน พัฒนารูปแบบการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาล นำร่องควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบการรักษาผู้ติดยาสูบ พัฒนาสร้างความเข้มแข็งทางจิตเพื่อการเลิกบุหรี่ ผลักดันให้ยาช่วยเลิกบุหรี่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พัฒนาเว็บไซต์เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ เพื่อเป็นอีกหนึ่งช่องทางที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย สนับสนุนให้มีระบบคัดกรองผู้ป่วยที่ติดยาสูบ โดยทดลองดำเนินการในเครือข่ายโรงพยาบาลปลอดบุหรี่

- ๕.๒ สนับสนุนการดำเนินงานเครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อการไม่สูบบุหรี่ อาทิ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ เทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย เพื่อขยายการส่งเสริมและกระตุ้นให้บุคลากรสาธารณสุขเข้ามามีบทบาทในการผลักดันนโยบายและสนับสนุนระบบบริการเลิกบุหรี่ รวมถึงการส่งต่ออย่างเป็นระบบ ตลอดจนการขยายและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการให้คำแนะนำช่วยเลิกบุหรี่ และการสนับสนุนนวัตกรรมเลิกบุหรี่ เช่น พัฒนาสมุนไพรมีฤทธิ์ช่วยเลิกบุหรี่ การนวดกดจุดสะท้อนเท้า เป็นต้น

๕. กลุ่มแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

- ๕.๑ พัฒนาชุดความรู้ที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรม (การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ) ต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งลำไส้และมะเร็งปอด
- ๕.๒ สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ผสมผสานไปกับการดำเนินงานปกติในระบบบริการสาธารณสุข และในกลุ่มสถานประกอบการ

ภาคีหลัก

คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สมาคมเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สมาคมหมอยาสมุนไพร สมาคมเทคนิคการแพทย์ สมาคมแพทย์แผนไทย มูลนิธิส่งเสริมวิจัยทางการแพทย์ มูลนิธิใบไม้เขียว สมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม มูลนิธิสร้างสุขไทย สันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย หน่วยราชการทุกกระทรวง สื่อมวลชน ภาคธุรกิจเอกชนต่างๆ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย	๔๕
๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร ^{๑๒}	-
๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่ายการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่	๑๖๐
๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนบริการเลิกบุหรี่	๑๑๐
๕. กลุ่มแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ	๒๐
รวม	๓๓๕

^{๑๒} กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ เพื่อดำเนินงานตามกลุ่มแผนงานนี้เป็นระยะเวลา ๓ ปี (ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)

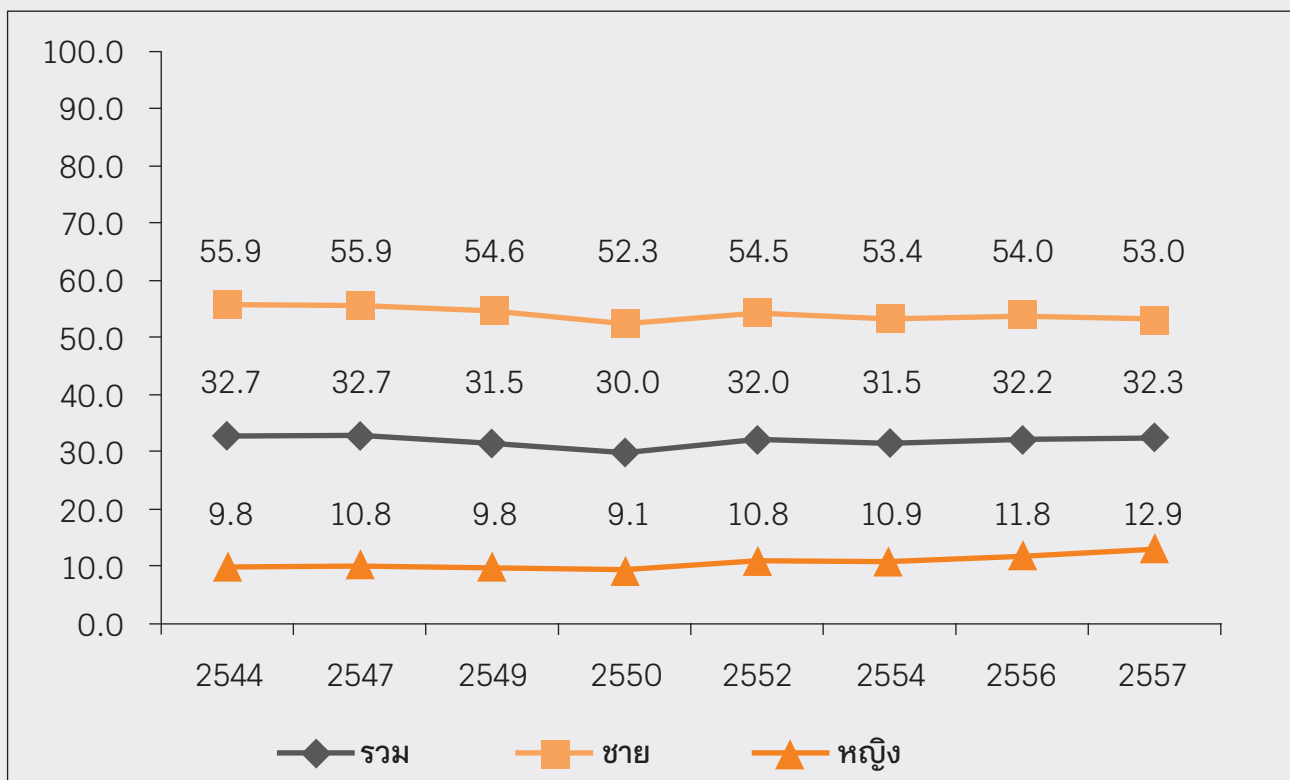
แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด

สถานการณ์และแนวโน้ม

ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑. จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในช่วงปี ๒๕๔๔ - ๒๕๕๗ มีประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่เป็นนักดื่มค่อนข้างคงที่ แต่มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ ๓๒.๗ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๓๐ ในปี ๒๕๕๐ และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ ๓๒.๓ ในปี ๒๕๕๗ เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุ พบว่า ในปี ๒๕๕๗ มีนักดื่มที่เป็นวัยทำงาน (อายุ ๒๕ - ๕๔ ปี) ร้อยละ ๓๘.๒ เป็นนักดื่มสูงวัย (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) ร้อยละ ๑๘.๔ โดยสถานการณ์แนวโน้มที่ปัญหาสำคัญ คือ สัดส่วนของนักดื่มหญิงที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๙.๘ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๑๒.๙ ในปี ๒๕๕๗ สัดส่วนของนักดื่มเยาวชน (อายุ ๑๕ - ๒๔ ปี) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๑.๖ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๒๕.๒ ในปี ๒๕๕๗ และสัดส่วนของนักดื่มที่อยู่นอกเขตเทศบาลสูงกว่าสัดส่วนของนักดื่มที่อยู่ในเขตเทศบาลตลอดช่วงเวลา โดยในปี ๒๕๔๔ มีนักดื่มในเขตเทศบาลร้อยละ ๒๘.๙ และนอกเขตเทศบาลร้อยละ ๓๔.๕ และในปี ๒๕๕๗ มีนักดื่มในเขตเทศบาลร้อยละ ๓๑.๗ และนอกเขตเทศบาลร้อยละ ๓๒.๗

ภาพแสดงอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป (ร้อยละ)



๒. สัดส่วนของนักดื่มประจำ (ดื่มทุกสัปดาห์) พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก โดยเพิ่มจากร้อยละ ๓๕ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๔๒.๔ ในปี ๒๕๕๗ ทั้งนี้ ปริมาณการดื่มของประชากรไทยที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น จาก ๔๑ ลิตรแอลกอฮอล์ต่อคนต่อปี ในปี ๒๕๔๔ เป็น ๕๒ ลิตรแอลกอฮอล์ต่อคนต่อปี ในปี ๒๕๕๔

๓. ด้านปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย พบว่าปริมาณการบริโภคเฉลี่ย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ๗.๔ ลิตรต่อคนต่อปีในปี ๒๕๔๔ เป็น ๘.๒ ลิตรต่อคนต่อปี ในปี ๒๕๕๔ แล้วปรับตัวลดลงเป็น ๖.๗ ลิตรต่อคนต่อปีในปี ๒๕๕๒ หลังจากนั้นเพิ่มขึ้นเป็น ๗.๑ ลิตรต่อคนต่อปีในปี ๒๕๕๔ โดยการบริโภคสุรากลั่นมีสัดส่วนสูงที่สุดตลอดช่วงสิบปีที่ผ่านมา รองลงมาคือ เบียร์ และไวน์ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม สัดส่วนการบริโภคสุรากลั่นมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่สัดส่วนการบริโภคเบียร์และไวน์เพิ่มขึ้น

๔. การบริโภคแอลกอฮอล์ในภูมิภาค จากข้อมูลผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี ๒๕๕๔ พบว่าภาคเหนือมีความชุกของนักดื่มสูงสุด คือร้อยละ ๓๙.๔ รองลงมา คือภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ ๓๗.๒ ภาคกลางร้อยละ ๒๘.๑ และภาคใต้มีความชุกของนักดื่มน้อยที่สุด เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่าจังหวัดที่มีความชุกของนักดื่มสูงที่สุด ได้แก่ พะเยา รองลงมาเป็น แพร่ เชียงราย นครพนม และน่าน นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์^{๑๓} พบว่า จังหวัดพะเยา มีความเสี่ยงสูงที่สุด รองลงมาเป็น ปราจีนบุรี แพร่ พิษณุโลก และเชียงใหม่

๕. ผลสำรวจประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บริโภค ในปี ๒๕๕๗ (ตอบได้มากกว่า ๑ ประเภท) พบว่าส่วนใหญ่ดื่มเบียร์มากที่สุด คือร้อยละ ๖๕.๘ อันดับสองเป็นสุราสี/สุราแดงราคาถูก ร้อยละ ๔๒.๑ อันดับสามเป็นสุราขาวและสุรากลั่นชุมชนร้อยละ ๓๙.๓ อันดับสี่คือ สุราสี/สุราแดงที่มีราคาแพงร้อยละ ๑๒.๖ และอันดับห้าคือ ไวน์คูลเลอร์/สุราผสมน้ำผลไม้/เหล้าปั่น ร้อยละ ๗.๓

๖. สถานการณ์ด้านการเก็บภาษีควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ารายได้จากภาษีสุราและภาษีเบียร์เพิ่มขึ้น^{๑๔} โดยมีรายได้จากภาษีสุราเพิ่มขึ้นจาก ๓๖,๘๑๖ ล้านบาท และภาษีเบียร์ ๕๓,๔๖๕ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๑ เป็น ๕๓,๕๐๐ ล้านบาท และ ๖๔,๘๙๓ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๕ ตามลำดับ ทั้งนี้ล่าสุดเมื่อวันที่ ๓ กันยายน ๒๕๕๖ คณะรัฐมนตรี มีมติเห็นชอบให้ปรับโครงสร้างอัตราภาษีสุราใหม่ ทั้งขยายเพดานอัตราภาษีให้สูงขึ้น และปรับเปลี่ยนวิธีการจัดเก็บใหม่มีผลบังคับใช้ ๔ กันยายน ๒๕๕๖

๗. สถานการณ์ด้านการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี ๒๕๕๑ ตลาดเครื่องดื่มเบียร์ภายในประเทศ มีมูลค่าประมาณ ๑.๑๕ แสนล้านบาท ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ใช้กลยุทธ์ด้านราคามาใช้ในการแข่งขันในตลาด ทำให้เบียร์ส่วนใหญ่ในตลาด หรือร้อยละ ๘๕ เป็นเบียร์ระดับประหยัด (economy) โดยเบียร์กลุ่มราคาประหยัด มีการเติบโตชัดเจนที่สุดทั้งปริมาณ มูลค่าและสัดส่วน โดยการเติบโตส่วนหนึ่งนั้นมาจากนักดื่มหน้าใหม่ และผู้ดื่มสุราขาวหันมาดื่มเบียร์มากขึ้น ในด้านการลงทุนด้านโฆษณาหลังจากมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ แล้ว อุตสาหกรรมสุราใช้โฆษณาในสื่อกระแสหลักลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่มีการดำเนินการกิจกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น

^{๑๓} ดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ เป็นตัวชี้วัดแบบดัชนีผสมผสาน ซึ่งประกอบด้วย ๕ ประเด็นหลัก ได้แก่ ความชุกของนักดื่มในประชากร ผู้ใหญ่ สัดส่วนของการดื่มประจำของนักดื่มผู้ใหญ่ทั้งหมด สัดส่วนการดื่มหนักของนักดื่มผู้ใหญ่ทั้งหมด สัดส่วนของการดื่มแล้วขับยานพาหนะ และความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น

^{๑๔} กรมสรรพสามิต <https://edweb.excise.go.th/stastw/ProductSummaryYearlyInfoAction.do>

๘. การดื่มเครื่องดื่มของคนไทยและผลกระทบจากสุราในด้านต่างๆ ในสังคมยังอยู่ในระดับสูง การศึกษาการโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง กระทรวงสาธารณสุขปี ๒๕๕๔ ชี้ว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงได้สร้างภาระโรคในคนไทยมากเป็นอันดับหนึ่ง นอกจากนี้ จากผลการสำรวจระบาดวิทยา สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี ๒๕๕๖ พบว่ามีผู้ปัญหาจากการใช้สุรา (alcohol use disorders) ร้อยละ ๑๘.๐ หรือ ๙.๓ ล้านคน ทั้งนี้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ที่ชี้ให้เห็นตัวเลขความเสียหายทางเศรษฐกิจจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ในปี ๒๕๕๙ คิดเป็นมูลค่าสูงถึง ๑๕๐,๖๗๗ ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ ๒ ของ GDP)

๙. ตัวอย่างของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือการเพิ่มขึ้นของอัตราการบาดเจ็บรุนแรงในช่วงเทศกาล ชี้ให้เห็นว่าในช่วงเทศกาลวันหยุดยาวสงกรานต์ มีจำนวนผู้บาดเจ็บเพิ่มขึ้น ๑.๗ เท่า จากช่วงปกติ ในภาพรวมผู้บาดเจ็บที่ดื่มจะมีปริมาณการดื่มที่สูงมาก โดยเฉลี่ยดื่ม ๑๒๔.๗๕ กรัมของเอทานอล นอกจากนี้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี ๒๕๕๔ พบว่าครัวเรือนที่มีสมาชิกดื่มสุรา มีปัญหาการใช้ความรุนแรงในครอบครัวและหรือปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวร้อยละ ๓๖.๖

๑๐. ข้อมูลภาวะสังคมไทย โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า สัดส่วนค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ ๗.๐ ของการใช้จ่ายของครัวเรือนทั้งหมด ในปี ๒๕๕๐ ลดลงเหลือร้อยละ ๕.๖ ในปี ๒๕๕๖ ขณะที่ค่าใช้จ่ายการบริโภคของครัวเรือนหมวดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ปี ๒๕๕๐ - ๒๕๕๖ (ราคาปี ๒๕๓๑) ค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงจาก ๑๕๔,๙๔๘ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๐ เหลือ ๑๓๙,๓๓๖ ล้านบาท และ ๑๓๗,๐๕๙ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๔ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ในปี ๒๕๕๕ เพิ่มขึ้นเป็น ๑๔๖,๘๔๘ ล้านบาท และลดลงเป็น ๑๔๔,๐๗๙ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๗

๑๑. ในปีที่ผ่านมา ได้มีความเคลื่อนไหวด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์หลายประการ อาทิ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ผ่านกฎหมายเพื่อสนับสนุนและเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งสิ้น ๑๑ ฉบับ อาทิ การกำหนดเวลาห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กำหนดวันห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันออกพรรษา กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนทาง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายหรือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนทางรถไฟในท่าเรือโดยสาร ในสถานบันเทิงในสถานที่ที่อยู่ในกำกับดูแลใช้สอยของราชการ รัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐประกาศ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข เกี่ยวกับฉลากของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกาศคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เรื่องรูปแบบของข้อความคำเตือนประกอบภาพสัญลักษณ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือภาพสัญลักษณ์ของบริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยมีการเพิ่มขนาดของข้อความคำเตือนเป็น ๑ ใน ๓ ของพื้นที่ทั้งหมด นอกจากนี้ นายกรัฐมนตรีได้สั่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดูแลควบคุมร้านเหล้าที่อยู่รอบสถานศึกษาเพื่อปกป้องเยาวชน และคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ผ่านร่างกฎหมายกำหนดสถานที่ หรือบริเวณห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบมหาวิทยาลัย และอาชีวศึกษาในรัศมี ๓๐๐ เมตร

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

๑. ในระยะเวลา ๑๐ ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี ๒๕๔๔ ถึง ๒๕๕๔ พบว่า ในปี ๒๕๔๔ ผู้ที่เคยใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดในชีวิตมีจำนวนถึง ๗.๓๑ ล้านคน แต่กลับลดลงอย่างมากจำนวน ๓.๑๕ ล้านคน ในปี ๒๕๔๖ หลังจากมีการประกาศสงครามยาเสพติด และลดลงอย่างต่อเนื่องในปี ๒๕๕๐ เป็นจำนวน ๒.๕๐ ล้านคน แต่จากนั้นผู้ที่ใช้สารเสพติดกลับค่อยๆ เพิ่มขึ้นในปี ๒๕๕๐ และปี ๒๕๕๔ เป็นจำนวน ๒.๖๐ ล้านคน และ ๓.๔๘ ล้านคน ตามลำดับ^{๙๔}

๒. ในปี ๒๕๕๔ พบว่า ในประชากรไทยอายุระหว่าง ๑๒ - ๖๕ ปี (๔๘.๓๕ ล้านคนทั่วประเทศ) ประมาณ ๓.๔๘ ล้านคน หรือ ๗๒.๐๒ คนต่อพันคน เคยใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดในชีวิต ผู้ที่รายงานว่าใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน ๑ ปี และ ๓๐ วันก่อนสัมภาษณ์ มีจำนวนประมาณ ๕.๘ แสนคน และ ๓.๔ แสนคน หรือคิดเป็น ๑๒.๐๓ และ ๗.๐๔ คนต่อพันคน ตามลำดับ และที่ยังคงใช้สารเสพติดมากกว่า ๒๐ วัน ใน ๓๐ วัน มีจำนวน ๓.๓๘ คนต่อพันคน^{๙๕}

๓. สารเสพติดที่มีผู้เคยใช้มากที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ กัญชา กระท่อม ยาบ้า สารระเหย ฝิ่น ไอซ์ ผงขาว/เฮโรอีน ยาอี/ยาเลิฟ น้ำต้มใบกระท่อม ยางกัญชา ยาเค และโคเคน โดยมีผู้รายงานว่า เคยใช้กัญชา ๒.๔ ล้านคน กระท่อม ๑.๒ ล้านคน และยาบ้า ๙ แสนคน คิดเป็น ๕๑.๓๕, ๒๕.๔๐ และ ๑๘.๖๖ คนต่อพันคน ตามลำดับ กระท่อมเป็นสารเสพติดที่มีผู้ใช้ในปัจจุบันมากที่สุด โดยประชากรทั่วประเทศประมาณสี่แสนคน ใช้พืชกระท่อมในหนึ่งปีที่ผ่านมา และ ๒.๙ แสนคนใช้ใน ๓๐ วันที่ผ่านมา (๘.๔ และ ๖.๐ ต่อพันคน ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามภูมิภาคที่อาศัยพบว่า ประชากรภาคใต้มีอัตราการเคยใช้สารเสพติดสูงที่สุด รองลงมาเป็น ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพมหานคร ตามลำดับ ประชากรที่อยู่นอกเขตเทศบาล ใช้สารเสพติดสูงกว่าประชากรในเขตเทศบาล ยกเว้นประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ^{๙๖}

๔. ประมาณการจำนวนผู้ฉีดสารเสพติดในปี ๒๕๕๑ โดยการประมาณความชุกของผู้ใช้สารเสพติด ด้วยวิธีการขยายเครือข่าย (network scale up) พบว่าประชากรไทยประมาณ ๔๐,๓๐๐ คน (ร้อยละ ๐.๐๗ ของประชากรวัย ๑๕ - ๖๐ ปี) เป็นผู้ใช้สารเสพติดแบบฉีดในปัจจุบัน อัตราความชุกสูงที่สุดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งเท่ากับร้อยละ ๐.๒๕ ของประชากรพื้นที่กรุงเทพมหานคร หรือประมาณ ๑๔,๔๐๐ คน รองลงมา ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ ๐.๐๔ ของประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือ ๙,๒๐๐ คน) สารเสพติดที่นิยมใช้ฉีดมากที่สุดคือเฮโรอีน นอกจากนี้ยังพบการฉีดยาที่ไม่เหมาะสมกับการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เช่น ยาบ้า ฝิ่น Dormicum และยานอนหลับตัวอื่นๆ เป็นต้น^{๙๗}

^{๙๔} คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. รายงานโครงการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดทั่วประเทศ ๒๕๕๔. กรุงเทพฯ: เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด กระทรวงยุติธรรม; พฤษภาคม ๒๕๕๔.

^{๙๕} สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ๒๕๕๒. กรุงเทพฯ: แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; ๒๕๕๕.

^{๙๖} สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. สถิติจำนวนคดีและจำนวนผู้ต้องหาที่ถูกจับกุมในคดี สารเสพติด ในปี ๒๕๕๖. กรุงเทพฯ; ๑๗ มีนาคม ๒๕๕๗.

^{๙๗} คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. รายงานโครงการประมาณการจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดและแพร่เชื้อเอชไอวีทั่วประเทศ ๒๕๕๑. กรุงเทพฯ: เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด กระทรวงยุติธรรม; ๒๕๕๒.

๕. หากไม่นับรวมสุราและบุหรี่แล้ว ภัยสุขภาพเป็นยาเสพติดที่เด็กและเยาวชนเคยเสพมากที่สุด รองลงมาคือ ยาบ้าและไอซ์ โดยเยาวชนที่ใช้มีอายุเฉลี่ยระหว่าง ๑๕ - ๑๗ ปี และมีแนวโน้มการใช้สารเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิดร่วมกันเพิ่มมากขึ้น โดยวัตถุประสงค์ของการใช้นั้น นอกจากการลองใช้แล้วมักนิยมใช้เพื่อความบันเทิง ส่วนพฤติกรรมการเริ่มเสพยาครั้งแรกจะเริ่มจากความอยากรอง และถูกเพื่อนชักชวน^{๙๙}

๖. ในปี ๒๕๕๒ พบว่า การใช้สารเสพติดเป็นสาเหตุหลักอันดับที่ ๑๒ ของภาระโรคของประชากรไทย โดยการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงให้ประชากรไทยทั่วประเทศสูญเสียปีสุขภาวะไปประมาณ ๔๑,๐๐๐ ปีซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เกิดจากการมีชีวิตรอยู่ด้วยความพิการ^{๑๐}

๗. จำนวนคดีและจำนวนผู้ต้องหาที่ถูกจับกุมในคดีสารเสพติดในปี ๒๕๕๗ เท่ากับ ๓๔๗,๐๒๘ คดี และ ๓๖๕,๙๑๘ คน ปริมาณของจำนวนมากขึ้น ยาบ้า ๙๖,๑๕๕,๙๑๒ เม็ด เฮโรอีน ๔๙๗.๓๐ กิโลกรัม ไอซ์ ๑,๐๗๓.๖๐ กิโลกรัม ภัยสุขภาพ ๒๘,๑๐๔.๕๕ กิโลกรัม เมื่อเปรียบเทียบกับในระยะ ๑๑ ปี ระหว่างปี ๒๕๔๖ - ๒๕๕๗ พบว่าจำนวนคดีและจำนวนผู้ต้องหาเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละปี^{๑๑}

๘. ในปี ๒๕๕๗ กลุ่มผู้เสพและผู้ติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพจากหน่วยงานต่างๆ ทั่วประเทศมีจำนวน ๓๐๓,๕๐๑ ราย ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗ จำแนกเป็นระบบบังคับบำบัด ๑๔๘,๒๘๙ ราย ระบบสมัครใจ ๑๓๑,๔๕๑ ราย และระบบต้องโทษ ๒๓,๖๖๑ ราย เป็นผู้เข้ารับการบำบัดรายใหม่ร้อยละ ๖๘.๔ และรายเก่าร้อยละ ๓๑.๖ ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้ยาบ้าเป็นสารหลัก มากกว่าร้อยละ ๘๐ รองลงมา ได้แก่ ผู้ใช้กัญชา ร้อยละ ๕.๒ ไอซ์ ร้อยละ ๓.๔ และกระท่อม ร้อยละ ๑.๔ ตามลำดับ จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติดในระหว่างปี ๒๕๔๖ - ๒๕๕๗ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในแต่ละปีมีผู้เข้ารับการบำบัดประมาณ ๓๕,๐๐๐ ถึง ๓๐๐,๐๐๐ คน^{๑๒}

๙. การเสพยาเสพติดผ่านเข็มฉีดยา (Intravenous Drug Users : IDU) ได้กลายเป็นความเสี่ยงสูงสุด ต่อกระจายตัวของการติดเชื้อเอชไอวีในหมู่ผู้เสพยาเสพติดผ่านทางเข็มฉีดยา และแพร่ไปสู่คู่นอนจนถึงประชากร โดยทั่วไป ในปี ๒๕๕๖ จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ทั่วประเทศเท่ากับ ๑,๑๖๖,๕๔๓ คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ ๘,๔๕๔ คน ในปี ๒๕๕๕ พบว่า มีผู้เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดติดเชือร้อยละ ๒๕.๒ ของประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากเอชไอวีแล้ว ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในประชากรไทยเท่ากับ ๙.๗๒ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ๐.๗๑ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร^{๑๓}

๑๐. ระดับภูมิภาคมีการรับรองปฏิญญาว่าด้วยอาเซียนปลอดยาเสพติดภายในปี ๒๕๕๘ (ASEAN Leader's Declaration on Drug-Free ASEAN 2015) ในที่ประชุมสุดยอดผู้นำอาเซียนครั้งที่ ๒๐ มีสาระสำคัญ อาทิ ให้ที่ประชุมระดับรัฐมนตรีเร่งรัดดำเนินการตามแผนปฏิบัติการอาเซียน ปี ๒๕๕๒ - ๒๕๕๘ ให้มีมาตรการประสานความร่วมมือและประสานเชิงลึกผ่านการแลกเปลี่ยนข่าวสาร^{๑๔}

^{๙๙} สำนักบรรดาวิทยา กรมควบคุมโรค. ผลการเฝ้าระวัง (International Biodeterioration Biodegradation Society : IBBS) ปี ๒๕๕๖. กรุงเทพฯ: สำนักบรรดาวิทยา กรมควบคุมโรค; ๒๕๕๖.

^{๑๐} สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ๒๕๕๒. กรุงเทพฯ: แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านประชากรและสุขภาพประเทศไทย สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ; ๒๕๕๕.

^{๑๑} สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. สถิติจำนวนคดีและจำนวนผู้ต้องหาที่ถูกจับกุมในคดีสารเสพติด ในปี ๒๕๕๖. กรุงเทพฯ; ๑๗ มีนาคม ๒๕๕๗.

^{๑๒} สำนักบรรดาวิทยา กรมควบคุมโรค. ผลการเฝ้าระวัง IBBS ปี ๒๕๕๖. กรุงเทพฯ: สำนักบรรดาวิทยา กรมควบคุมโรค; ๒๕๕๖.

^{๑๓} สำนักวิชาการสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. คำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ ๔๑/๒๕๕๗ เรื่อง การปราบปรามและหยุดยั้ง การแพร่ระบาดของยาเสพติด. กรุงเทพฯ [เข้าถึงเมื่อ ๑๘ ก.ค. ๒๕๕๗]. แหล่งที่มา: <http://library2.parliament.go.th/giventake/ncpo.html>.

^{๑๔} The association of southeast asian nations. Jakarta: ASEAN Leaders' Declaration on Drug-Free ASEAN 2015 [visited 2014 Jul 18]. Available from: <http://www.asean.org>.

๑๑. ในปี ๒๕๕๗ คณะรักษาความสงบแห่งชาติได้ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหายาเสพติดซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ในสังคม โดยมี คำสั่ง คสช. ที่ ๔๑/๒๕๕๗ ให้ปราบปรามและจับกุมผู้ผลิตผู้ค้า ผู้นำเข้า และส่งออก รวมทั้งผู้สมคบและสนับสนุนช่วยเหลือให้ได้ผลอย่างจริงจังในทุกพื้นที่ เพื่อหยุดยั้งการแพร่ระบาดของยาเสพติดและให้นำผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาโดยทันที ติดตามดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดให้สามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติ รวมถึงดำเนินการทางวินัย และทางอาญากับเจ้าหน้าที่รัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยได้กำหนด ๖ มาตรการเร่งด่วนสำคัญ ในการดำเนินการรองรับคำสั่งดังกล่าว ได้แก่ (๑) มาตรการเพิ่มความเข้มข้นในการสกัดกั้น ปราบปรามจับกุม และหยุดยั้งการแพร่ระบาดของยาเสพติด (๒) มาตรการการจัดระเบียบและเฝ้าระวังสถานบริการและสถานประกอบการ (๓) มาตรการบำบัดฟื้นฟู และสร้างภูมิคุ้มกัน ทั้งในด้านการศึกษาและการประกอบอาชีพ สร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันเด็กและเยาวชนไม่ให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด (๔) มาตรการยึดและอายัดทรัพย์สินของผู้เกี่ยวข้องทั้งระบบ (๕) มาตรการดำเนินการกับเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด และ (๖) มาตรการการติดตามและรายงานผลการปฏิบัติรวมถึงเน้นให้มีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างโครงการต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน ร่วมมือกันแก้ปัญหายาเสพติดอย่างจริงจัง โดยเห็นว่า ทุกคนในประเทศต้องรับผิดชอบร่วมกัน ด้วยเป้าหมายหลักในการขจัดยาเสพติดให้หมดไปจากประเทศ^{๒๕}

๑๒. ในปี ๒๕๕๗ คณะรักษาความสงบแห่งชาติได้ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูด้วย โดยมีประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู เพื่อให้การดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดเป็นไปโดยเหมาะสม ควรกำหนดให้ผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติดหรือเสพและมียาเสพติดไว้ในครอบครองตามลักษณะชนิดประเภทและปริมาณที่กำหนดตามบัญชีท้ายประกาศซึ่งไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคมได้รับการบำบัดฟื้นฟู โดยการยินยอมและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังผ่านการบำบัดฟื้นฟู รวมทั้ง กำหนดอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการดังกล่าว ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครจัดตั้งศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในทุกอำเภอและทุกเขตและจัดตั้งศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูในระดับอำเภอหรือเขตและระดับจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร และให้ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูมีอำนาจหน้าที่จัดระบบดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูในจังหวัดให้มอบหมายกำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำองค์กรชุมชน อาสาสมัครคุมประพฤติ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ติดตามดูแลและช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู สำหรับกรุงเทพมหานครให้มอบหมายผู้อำนวยการเขต ผู้นำองค์กรชุมชน อาสาสมัครคุมประพฤติ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

^{๒๕} สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. คำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ ๔๑/๒๕๕๗ เรื่อง การปราบปรามและหยุดยั้งการแพร่ระบาดของยาเสพติด. กรุงเทพฯ [เข้าถึงเมื่อ ๑๘ ก.ค. ๒๕๕๗]. แหล่งที่มา: <http://library2.parliament.go.th/giventake/ncpo.html>.

จุดเน้นของแผน

ด้านนโยบายสาธารณะ และการบังคับใช้กฎหมาย

๑. สนับสนุนการออกกฎหมาย มาตรการ และนโยบายสาธารณะ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความจำเป็นทั้งเร่งด่วนและระยะยาว อาทิ
 - (๑) มาตรการภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - (๒) มาตรการจำกัดจำนวนใบอนุญาต/เพิ่มค่าธรรมเนียมและอัตราโทษ การขึ้นภาษี และปกป้องการแทรกแซงนโยบายแอลกอฮอล์จากการค้าเสรี
 - (๓) สนับสนุนการศึกษาข้อมูล เพื่อจัดทำข้อเสนอมาตรการห้ามสมาคมหรือกิจกรรมกีฬา ไม่ให้รับสปอนเซอร์จากธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ หากใช้งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ
๒. เพิ่มประสิทธิภาพของกลไกการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาทิ การศึกษาทบทวนและพัฒนามาตรฐานเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย และการตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย/เรื่องร้องเรียน รวมทั้งการประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและปราบปรามการกระทำผิดพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อสร้างมาตรฐานการบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเน้นการบังคับใช้มาตรการห้ามขายเหล้าให้เด็กที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี และห้ามเด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ดื่มเหล้า (ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖) และการสื่อสารขยายให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบังคับใช้กฎหมาย
๓. สนับสนุนการออกนโยบายระดับพื้นที่/จังหวัดและท้องถิ่น รวมทั้งผลักดันให้คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดดำเนินการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่และลดผลกระทบ โดยเน้นการทำงานที่มียุทธศาสตร์ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่/จังหวัด

การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑. สร้างความร่วมมือในด้านข่าวสาร การพัฒนาบุคลากร และการชี้แนะนโยบายทั้งในประเทศและระดับสากลโดยการจัดการประชุมวิชาการสู่ระดับชาติ/นานาชาติ การจัดการประชุมวิชาการในระดับภูมิภาคการสนับสนุนบุคลากรในเครือข่ายให้เข้าร่วมการประชุมวิชาการระดับชาติ/นานาชาติ และการเชื่อมโยงกับองค์กรวิชาการสากล เชื่อมการทำงานด้านยุทธศาสตร์โลก
๒. การพัฒนางานวิจัยและระบบข้อมูลข่าวสารที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ผลงานวิจัย โดยสนับสนุนให้เกิดการเริ่มต้นวางแผนและ/หรือดำเนินการวิจัยในประเด็นดังต่อไปนี้
 - (๑) การวิจัยเชิงปฏิบัติการมาตรการการเข้าถึง ได้แก่ มาตรการใบอนุญาตผลิต/จำหน่าย ซึ่งครอบคลุมประเด็นความหนาแน่นของจุดจำหน่าย มาตรการเพิ่มค่าธรรมเนียมและการกำหนดค่าธรรมเนียมหลายระดับ มาตรการใบอนุญาตผู้จำหน่าย/ร้านจำหน่ายแบบมีที่นั่งดื่ม (On-premise) มาตรการแยกร้านจำหน่ายสุราและยาสูบเป็นการเฉพาะ ฯลฯ

- (๒) มาตรการห้ามโฆษณาและภาพคำเตือน (ซึ่งครอบคลุมประเด็นภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการห้ามโฆษณานอกจุดจำหน่าย มาตรการ Counter advertising (๕๐ : ๕๐) คือให้มีการแสดงข้อความ/ภาพ/ภาพเคลื่อนไหว ประกอบการโฆษณาในปริมาณเท่ากัน ในทุกสื่อ แนวทางการรับทุนอุปถัมภ์กรณีรับทุนสนับสนุนจากกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ
 - (๓) มาตรการทางภาษี ได้แก่ อัตราภาษี ภาวะเงินเฟ้อ ราคาขั้นต่ำ ฯลฯ
 - (๔) การประเมินผลนโยบายต่างๆ เช่น มาตรการควบคุมการโฆษณา มาตรการควบคุมการเข้าถึง มาตรการทางภาษี โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาษีเหล้าขาวที่ต่ำกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทอื่น มาตรการรักษาบำบัด
 - (๕) การเฝ้าระวังธุรกิจและการตลาดของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์
 - (๖) การเฝ้าระวังการบริโภคและผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - (๗) นโยบายการนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออกจากหรือ มาตรการลดผลกระทบจากการค้าเสรี/ ความตกลงหุ้นส่วนยุทธศาสตร์เศรษฐกิจเอเชีย - แปซิฟิก (Trans-Pacific Partnership : TPP)
๓. การพัฒนาเครื่องมือในการประเมินเพื่อประเมินผลลัพธ์ เช่น ระดับการรับรู้ ระดับความตระหนัก การลด ละ เลิก และการบอกต่อของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละโครงการรณรงค์ รวมถึงการประเมินผลเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และประเมินเพื่อปรับปรุงให้ต่อเนื่อง เพื่อหาแนวทางการรณรงค์ที่มีประสิทธิภาพ เช่น การศึกษาพฤติกรรมลดการดื่มในช่วงเข้าพรรษา ผลดีเพื่อนำมาเพิ่มแรงจูงใจ การประเมินผลเชิงคุณภาพในมิติต่างๆ เพื่อสนับสนุนการทำงานด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

ด้านพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ๑. สนับสนุนการต่อยอดการรณรงค์ประเด็น (๑) งดเหล้าครบพรรษา โดยเน้นการพัฒนาชุมชน/กิจกรรมต้นแบบที่จะทำให้เพิ่มโอกาสของการงดเหล้าได้ครบพรรษา และที่จะทำให้เพิ่มโอกาสของการเลิกดื่มเหล้าได้ตลอดชีวิต (๒) สิ่งแวดล้อมปลอดเหล้า ควบคู่กับการนำเสนอโทษพิษภัยจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรณรงค์ประเด็นนี้ครอบคลุมถึงการไม่ให้ของขวัญเป็นเหล้า งานบุญประเพณีปลอดเหล้า สงกรานต์และปีใหม่ปลอดเหล้า รับน้องปลอดเหล้า งานเลี้ยงของราชการปลอดเหล้า คนรุ่นใหม่ไม่ดื่มเหล้า รวมทั้งเชื่อมกับประเด็นการใช้ศาสนา สุขภาวะทางปัญญา และการจัดการความขัดแย้ง ตลอดจนการมีความสุขทางเลือก
- ๒. สนับสนุนให้เกิดการเริ่มต้นวางแผนและหรือดำเนินการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานในประเด็นดังต่อไปนี้ (๑) ต้นแบบชุมชนงดเหล้าครบพรรษา โดยเน้นพัฒนาต้นแบบชุมชนงดเหล้าเข้าพรรษา รูปแบบ/วิธีการที่จะทำให้เกิดการเลิกดื่มเหล้าได้ตลอดชีวิต (๒) ต้นแบบการดำเนินงานจังหวัดยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ ควบคู่ไปกับการดำเนินงานจังหวัดควบคุมปัจจัยเสี่ยง

๓. พัฒนาแคมเปญรณรงค์ใหม่ๆ และมาตรการเฉพาะกลุ่ม อาทิ ปกป้องเด็กและเยาวชนจากภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยร่วมมือกับเครือข่ายเยาวชนและชุมชน ทั้งในมิติปฏิเสธการชวนดื่มและการเข้าไปสนับสนุนกิจกรรมงานของนักศึกษา การเชื่อมโยงกับมาตรการทางกฎหมายห้ามขายเหล้าให้เด็กและเยาวชนที่เป็นรูปธรรม เช่น ร่วมกับชุมชนทำร้านค้าไม่ขายเหล้าให้เด็ก ไม่ใช่เด็กซื้อเหล้า รวมทั้งให้ความสำคัญกับกลุ่มที่ดื่มที่บ้านตนเองและบ้านเพื่อนมากขึ้น และขยายการรณรงค์ในกลุ่มผู้ไม่ดื่มชักชวนให้ผู้ดื่มลดละเลิก เป็นต้น
๔. การสื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างบรรทัดฐานสังคมให้เห็นว่าเหล้าเป็นสินค้าไม่ธรรมดา (De-normalization) อย่างต่อเนื่อง และการตอบโต้ธุรกิจแอลกอฮอล์เรื่องการตลาดที่ขาดความรับผิดชอบในงานกิจกรรมดนตรี กีฬาและกิจกรรมที่เกี่ยวกับเยาวชน เช่น การติดตามข่าวผลกระทบที่เกิดกับเด็กและเยาวชน แล้วตีแผ่ต่อสังคมให้ต่อเนื่อง
๕. พัฒนาศักยภาพและความก้าวหน้าในสายงานของกำลังคนเครือข่ายร่วมปกป้องปัญหาแอลกอฮอล์ รวมทั้งขยายและเชื่อมเครือข่ายทั้งการสร้างผู้นำรุ่นใหม่และขยายเครือข่ายนักวิชาการในระดับพื้นที่ รวมทั้งขยายภาคีหุ้นส่วนยุทธศาสตร์ เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงอื่นๆ

การสนับสนุนทุนอุปถัมภ์ทดแทนธุรกิจแอลกอฮอล์

๑. ประเมินผลลัพธ์จากการจัดงานปลอดเหล้า
๒. สื่อสารกิจกรรมปลอดเหล้าให้เป็นระบบและต่อเนื่อง
๓. ขยายเพิ่มนโยบายไม่รับสปอนเซอร์ และรวมถึงมาตรการอื่นๆ ในการจัดงาน

การพัฒนารูปแบบและระบบบริการเลิกสุรา

๑. พัฒนาและบูรณาการรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มทั้งในและนอกระบบสุขภาพ
๒. พัฒนาศักยภาพการถ่ายทอดเทคโนโลยีแก่เครือข่ายบุคลากร นักวิชาการ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา
๓. พัฒนากลยุทธ์การผลักดันนโยบายขยายผลรูปแบบกลไกการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา
๔. เชื่อมโยงระบบบริการเลิกสุราเข้ากับกิจกรรมหรือนโยบายทุกระดับรวมทั้งสื่อสารให้ผู้มีปัญหาการดื่มสุราเข้าถึงบริการ

การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

๑. พัฒนางานวิชาการและงานวิจัย พัฒนาระบบข้อมูล ต่อยอดองค์ความรู้ เพื่อการผลักดันนโยบาย การป้องกัน ดูแลและแก้ไขปัญหายาเสพติด (policy-driven research) โดยสนับสนุนการศึกษา ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อกำหนดจุดยืนทางนโยบายและสนับสนุนการดำเนินการผลักดันนโยบายการแก้ไข ปัญหาที่เกิดจากนโยบายยาบ้า โดยพิจารณาประเด็นนโยบายต่อพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติด และการจัดระดับความเป็นสารเสพติดของยาบ้า เป็นต้น และสนับสนุนให้เกิดการ เริ่มต้นวางแผนและ/หรือดำเนินการวิจัย ในประเด็น ดังนี้ (๑) การจัดประเภทยาเสพติดและวัตถุ ออกฤทธิ์ (ยาบ้า กระทั่งอม ฯลฯ) (๒) การจัดตั้งสถาบันวิชาการสารเสพติดระดับชาติที่มีความเป็นอิสระ ทางวิชาการ (๓) การพัฒนา/ปรับปรุงกระบวนการจัดการกับผู้เสพ/ผู้ติด/ผู้ค้ายาเสพติดทั้งระบบ (ทั้งกระบวนการยุติธรรม กระบวนการบำบัด และกระบวนการชุมชน) และ (๔) การเฝ้าระวังการบริโภค และผลกระทบต่างๆ
๒. พัฒนางานเชิงระบบ สร้างนวัตกรรมในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการแก้ไขและ จัดการปัญหายาเสพติด โดยสนับสนุนให้เกิดการเริ่มต้นวางแผนและ/หรือดำเนินการพัฒนาต้นแบบ การดำเนินงานในประเด็น ต้นแบบชุมชนป้องกัน/บำบัดสารเสพติด ควบคู่ไปกับการดำเนินงานจังหวัด ควบคุมปัจจัยเสี่ยง
๓. พัฒนาและเชื่อมประสานกับหน่วยงานภาครัฐ และเครือข่ายภาคประชาชนในการป้องกัน ดูแลและ แก้ไขปัญหายาเสพติดร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่น (เหล้า/บุหรี่)

วัตถุประสงค์

๑. พัฒนานโยบายสาธารณะให้เกิดมาตรการและสิ่งแวดล้อมเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์
๒. พัฒนากลไกและการประสานงานของภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์
๓. พัฒนารฐานข้อมูล องค์ความรู้และการจัดการความรู้ที่จำเป็น เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์
๔. พัฒนาเครือข่ายการมีส่วนร่วมจากประชาชนและองค์กรต่างๆ ในการร่วมสร้าง การรับรู้ ความตระหนัก ในสังคมและในประชาชนกลุ่มต่างๆ เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๕. พัฒนารูปแบบและบริการเลิกสุราที่มีประสิทธิภาพ
๖. พัฒนาและจัดการองค์ความรู้ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และกลไกสนับสนุนการป้องกันและแก้ไข ปัญหายาเสพติด

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

ด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑. เกิดนโยบายสาธารณะใหม่ที่ส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือนโยบายด้านการบริการสนับสนุนการเลิกดื่มสุราในระบบบริการสุขภาพ โดยมีนโยบายระดับชาติได้รับการเสนอต่อคณะกรรมการระดับชาติ/หน่วยงานองค์กรหลักที่มีหน้าที่กำหนดนโยบาย และ/หรือเกิดนโยบายระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และภาค อย่างน้อย ๕ นโยบายต่อปี
๒. สนับสนุนให้เกิดกลไกการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนเกิดการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม โดยเกิดการพัฒนาศักยภาพในการบังคับใช้กฎหมายหรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์กฎหมายใหม่ให้พนักงานเจ้าหน้าที่อย่างน้อย ๘๐๐ คน และเกิดกรณีตัวอย่างในการบังคับใช้กฎหมายอย่างน้อย ๑ กรณีต่อจังหวัดใน ๑๐ จังหวัด
๓. ศูนย์วิชาการร่วมกับภาคีวิชาการร่วมกันสนับสนุนให้เกิดชุดโครงการวิจัยที่สอดคล้องต่อการดำเนินงานของภาคส่วนต่างๆ อย่างน้อยปีละ ๑๐ เรื่อง โดยเฉพาะตอบการสนองการขับเคลื่อนนโยบายและการทำงานในพื้นที่ ตลอดจนการพัฒนากระบวนการข้อมูลข่าวสารเพื่อกำกับติดตามสถานการณ์และการประเมินผล
๔. เกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นการลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นในประชากรไทย ปีละอย่างน้อย ๒ ประเด็นสำคัญ
๕. เกิดกิจกรรมเพื่อทดแทนทุนอุปถัมภ์ของธุรกิจแอลกอฮอล์โดยในส่วนของประเพณีวัฒนธรรมในงานประเพณี และในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ อย่างน้อยปีละ ๑๕๐ งาน ซึ่งส่งผลต่อการส่งเสริมนโยบายสาธารณะด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๖. เกิดชุดองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการพัฒนารูปแบบและขยายผลบริการเลิกสุราหรือนวัตกรรมดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงเฉพาะและบริบทของสังคมไทย อย่างน้อย ๕ เรื่อง

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

๑. เกิดองค์ความรู้ งานวิชาการ ระบบข้อมูล และฐานข้อมูลวิชาการในด้านการป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพสารเสพติด ที่สอดคล้องต่อการดำเนินงานของภาคส่วนต่างๆ หรือเกิดนวัตกรรมในการจัดการปัญหายาเสพติดอย่างน้อย ๕ เรื่อง
๒. เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ มาตรการ หรือกลไกที่มีประสิทธิภาพต่อการลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด ตลอดจนข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยได้รับการเสนอต่อคณะกรรมการระดับชาติ/หน่วยงานองค์กรหลักที่มีหน้าที่กำหนดนโยบาย อย่างน้อย ๑ นโยบาย

ตัวชี้วัดร่วม

๑. บูรณาการการทำงานร่วมกับปัจจัยเสี่ยงหลักอื่น เช่น
 - ๑.๑ การร่วมผลักดันนโยบายร่วมระหว่างการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการจัดการความปลอดภัยทางถนน
 - ๑.๒ การเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายของยาสูบกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - ๑.๓ การรณรงค์ป้องกันปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มเยาวชน (ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน ยาเสพติด และการจัดการความปลอดภัยทางถนน)
 - ๑.๔ การพัฒนาต้นแบบจังหวัดควบคุมปัจจัยเสี่ยง (ยาสูบ ไร่นาไม่ติดต่อกับ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน ยาเสพติด การจัดการความปลอดภัยทางถนน และภัยพิบัติ)
 - ๑.๕ ทำงานบูรณาการผ่านโครงการจังหวัดราชบุรีสุขภาวะ
๒. บูรณาการการทำงานร่วมกับแผนงานอื่นๆ เช่น
 - ๒.๑ ร่วมกับแผนสุขภาวะชุมชน บูรณาการองค์ความรู้และต้นแบบชุมชนปลอดภัยและนำไปขยายผลในเครือข่ายชุมชนและตำบลสุขภาวะ
 - ๒.๒ ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ทบทวนองค์ความรู้ วางแผน พัฒนาต้นแบบระบบ รูปแบบ วิธีการป้องกันนักเสพยาใหม่ ทั้งในระบบการศึกษา และนอกระบบการศึกษา
 - ๒.๓ ร่วมกับแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ พัฒนาและขยายองค์ความรู้และต้นแบบการดำเนินการลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเป้าหมายประชากรกลุ่มเฉพาะ ร่วมกับแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรพัฒนาต้นแบบสถานประกอบการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

แนวทางการดำเนินงาน

ด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การขับเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการพัฒนารูปแบบบริการเลิกสุรา และการทดแทนทุนอุปถัมภ์จากธุรกิจแอลกอฮอล์ ดังนี้

๑. เชื่อมโยงภาคีหลักที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็น เพื่อสร้างเป้าหมายร่วมในด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ตลอดจนการเชื่อมโยงการทำงานเพื่อเสริมพลังซึ่งกันและกันทั้ง ๓ พลัง ได้แก่ พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม
๒. พัฒนารฐานข้อมูลและจัดการองค์ความรู้ เพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ตลอดจนเพื่อการสนับสนุนเชิงนโยบายสาธารณะ และการติดตามประเมินผล

๓. พัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๔. รณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหา

ทั้งนี้ งานดังกล่าวนำไปสู่การสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ที่ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ ๕ ประการ ในการจัดการกับปัญหาแอลกอฮอล์ ได้แก่

๑. การควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ (Price and Availability)
๒. การปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงสนับสนุนในการดื่ม (Attitude)
๓. การลดอันตรายจากการบริโภค (Risk reduction)
๔. การจัดการปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ (Alcohol policy at every setting)
๕. การพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็งการจัดการกับปัญหา (Supportive process)

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

กลุ่มแผนงานการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ขับเคลื่อนงานโดย (๑) การสนับสนุนภาคีเครือข่าย นักวิชาการ นักวิจัย และผู้ปฏิบัติงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนประชาสังคมและชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ หรือข้อมูลเชิงประจักษ์ของผลลัพธ์และผลกระทบของโครงการมาตรการหรือนโยบายที่ได้ดำเนินการไปแล้ว และผลักดันนโยบายที่เหมาะสมต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (๒) กระตุ้นให้เกิดวงจรการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพในด้านการจัดการปัญหายาเสพติด ในระบบสาธารณสุขระบบยุติธรรม และชุมชน (๓) การสร้างการสื่อสารสู่สาธารณะเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาเสพติดและมาตรการในการจัดการและป้องกันปัญหายาเสพติดให้กับบุคคลทุกภาคส่วน และ (๔) กระตุ้นให้บุคคลทุกภาคส่วนของสังคมเกิดความตระหนักและมีส่วนร่วมมากขึ้นในการจัดการกับปัญหายาเสพติด

กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ประกอบด้วย ๖ กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงานมีภารกิจโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ๑.๑ สนับสนุนการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ให้มีผลบังคับใช้และสนับสนุนการดำเนินการต่างๆ เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติ อาทิ การจัดประชุมคณะกรรมการนโยบายแอลกอฮอล์แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด และคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด เน้นให้เจ้าพนักงาน ผู้รับผิดชอบ โดยเฉพาะระดับจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีบทบาทในการบังคับใช้กฎหมายเพื่อให้พระราชบัญญัติได้นำไปบังคับใช้ในพื้นที่อย่างจริงจัง การดำเนินการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกลไกการบังคับใช้กฎหมาย ศึกษาทบทวนและพัฒนามาตรฐานการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายตลอดจนการสนับสนุนการบังคับใช้มาตรการตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติร่วมกับภาคประชาสังคม และขยายให้ประชาชนมีส่วนร่วมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบังคับใช้มาตรการกฎหมายห้ามขายเหล้าให้เด็กอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี และห้ามเด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก

- ๑.๒ สนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะ/มาตรการ รวมทั้งข้อเสนอในประเด็นต่างๆ อาทิ มาตรการภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมการโฆษณา มาตรการทางภาษี การห้ามจดทะเบียนตราสัญลักษณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำกับผลิตภัณฑ์อื่น การขยายกฎหมายห้ามดื่มห้ามขาย การผลักดันให้มีตำรวจเฉพาะด้านอบายมุข การจำกัดการเข้าถึง การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ การจำกัดการออกใบอนุญาตในการผลิตและจำหน่ายสุรา มาตรการห้ามสมาคมหรือกิจกรรมกีฬาไม่ได้รับสปอนเซอร์ธุรกิจแอลกอฮอล์และยาสูบ หากได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ การใช้ตัวชี้วัดด้านการลดการบริโภคและปัญหาจากสุรา ในการประเมินผลงานระดับจังหวัด ทั้งนี้ จะดำเนินการเชื่อมโยงนโยบายกับกลไกตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ อาทิ การผลักดันให้แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์แห่งชาติได้รับการรับรอง และหน่วยงานต่างๆ นำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติ
- ๑.๓ สนับสนุนการผลักดันนโยบายในภาคปฏิบัติของพื้นที่หรือกิจกรรมห้ามดื่มแอลกอฮอล์ เช่น บุญประเพณีปลอดเหล้า สวนสาธารณะปลอดเหล้า สถานที่ราชการปลอดเหล้า สถานศึกษาปลอดเหล้า รั้วน้องปลอดเหล้า เป็นต้น การสนับสนุนการดำเนินงานยุทธศาสตร์จังหวัด โดยคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด รวมถึงการสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในท้องถิ่น โดยเฉพาะการประกาศเทศบัญญัติหรือนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๑.๔ การขยายแนวร่วมไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนงานด้านการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย เช่น การประสานกรมสรรพสามิตในการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุราควบคู่กับพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประสานกรุงเทพมหานครในการจัดสถานที่ห้ามดื่มห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประสานกระทรวงศึกษาธิการในการจัดสถานศึกษาให้เป็นเขตห้ามดื่มห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพประสานกระทรวงพาณิชย์ และภาคีแนวร่วมทั้งในประเทศและระดับอาเซียน เพื่อแสดงจุดยืนต่อภาครัฐเกี่ยวกับนโยบายการเจรจาการค้าเสรีที่เกี่ยวข้องกับสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้อยู่บนพื้นฐานในการตระหนักถึงสุขภาพของประชาชน การประสานสำนักงานป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (ป.ป.ท.) ในการร่วมเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

สนับสนุนให้ศูนย์วิจัยปัญหาสุราทำหน้าที่

๒.๑ ประสานเครือข่ายนักวิจัยและขยายเครือข่ายนักวิจัยระดับพื้นที่ เพื่อจัดการความรู้ที่มีอยู่แล้ว ให้พร้อมใช้งานได้วิจัยสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่จำเป็น และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ผลงานวิจัย อาทิ

(๑) ด้านสถานการณ์ปัญหาสุรา ทั้งด้านอุปสงค์ อุปทาน สาเหตุและกลไกปัญหา ผลกระทบ นโยบาย และมาตรการดูแลผลกระทบทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากแอลกอฮอล์

(๒) ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการมาตรการระดับชุมชน อาทิ แรงจูงใจในการเลิกดื่ม/ไม่ดื่ม ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ทั้งเยาวชน กลุ่มผู้หญิง และกลุ่มผู้ใช้แรงงาน รวมถึงแนวทางการป้องกัน นักดื่มหน้าใหม่

(๓) การวิจัยเชิงปฏิบัติการมาตรการเข้าถึง ได้แก่ แนวทางการจำกัดจุดขายและการจำกัดใบอนุญาตการผลิตและจำหน่าย มาตรการเพิ่มค่าธรรมเนียมและการกำหนดค่าธรรมเนียมหลายระดับ มาตรการใบอนุญาตผู้จำหน่าย/ร้านจำหน่ายแบบมีที่นั่งดื่ม (On-premise) มาตรการแยกร้านจำหน่ายสุราและยาสูบเป็นการเฉพาะ

(๔) มาตรการห้ามโฆษณาและภาพคำเตือน (ซึ่งครอบคลุมประเด็นภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการห้ามโฆษณาออกจุดจำหน่าย มาตรการ Counter advertising (๕๐ : ๕๐) คือให้มีการแสดงข้อความ/ภาพ/ภาพเคลื่อนไหว ประกอบการโฆษณาในปริมาณเท่ากัน ในทุกสื่อ แนวทางการรับทุนอุปถัมภ์กรณีรับทุนสนับสนุนจากกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

(๕) มาตรการทางภาษี ได้แก่ อัตราภาษี ภาวะเงินเฟ้อ ราคาขั้นต่ำ ฯลฯ

(๖) การประเมินผลนโยบายต่างๆ เช่น มาตรการควบคุมการโฆษณา มาตรการควบคุมการเข้าถึง มาตรการทางภาษี โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาษีเหล้าขาวที่ต่ำกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทอื่น มาตรการรักษาบำบัดการศึกษาประเมินผลของการสื่อสารสาธารณะที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้บริโภค

(๗) การเฝ้าระวังธุรกิจและการตลาดของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์

(๘) การเฝ้าระวังการบริโภคและผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

(๙) นโยบายการนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออกจากการเจรจาข้อตกลงเสรีทางการค้า (Free Trade Agreement : FTA) หรือมาตรการลดผลกระทบจากการค้าเสรี/ความตกลงหุ้นส่วนยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจเอเชีย - แปซิฟิก (Trans-Pacific Partnership : TPP)

๒.๒ จัดทำระบบฐานข้อมูลที่เข้าถึงง่าย เข้าใจง่าย นำไปใช้ได้สะดวกโดยประสานกับหน่วยงานด้านข้อมูลต่างๆ เช่น สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรมควบคุมโรค สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และการพัฒนาฐานข้อมูลระดับปฐมภูมิหน่วยงานต่างๆ การพัฒนาและใช้ฐานข้อมูลที่ให้ข้อมูลสถานการณ์ที่ชัดเจน

ศึกษาสาเหตุ ผลกระทบเชิงลึกจากการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ โดยจำแนกตามกลุ่มประชากร เฉพาะมากขึ้น เช่น ตามกลุ่มอายุ เพศ รายได้ ศาสนา ฯลฯ และเผยแพร่ข้อมูลจากการศึกษาผ่าน สื่อมวลชนอย่างเป็นระบบ เช่น การสื่อสารข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบกับระหว่างจังหวัด และ ภูมิภาค ที่สามารถเฝ้าระวังสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ การสื่อสาร วิชาการเพื่อผลักดันนโยบายและบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงการเฝ้าระวังกลยุทธ์ของธุรกิจเครื่องตี แอลกอฮอล์

- ๒.๓ ประเมินผลกระทบต่างๆ ต่อการลดปัญหา โดยเน้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการและพัฒนาเครื่องมือ ประเมินผลลัพธ์ ซึ่งรวมถึงการประเมินผลโครงการรณรงค์ในระดับชุมชน และถอดบทเรียน ความสำเร็จของพื้นที่ให้พัฒนาเป็นโมเดลเพื่อขยายผลทั้งในเชิงของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ รวมถึงงานบุญประเพณีเฉพาะพื้นที่ และเผยแพร่ความรู้ในรูปแบบต่างๆ ให้ตรงกับวิถีการเรียนรู้ ของกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ตลอดจนการเป็นที่ปรึกษาแก่องค์กรและหน่วยงานต่างๆ
- ๒.๔ การจัดประชุมวิชาการสู่ระดับชาติ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วน
- ๒.๕ พัฒนาเชื่อมโยงความร่วมมือด้านข่าวสาร การพัฒนาบุคลากร และการชี้แนะนโยบายทั้งในประเทศ และระดับสากลกับองค์กรวิชาการสากล เชื่อมการทำงานด้านยุทธศาสตร์โลกในการลดอันตราย จากเครื่องตีแอลกอฮอล์ ตลอดจนประสานสนับสนุนให้มีเวทีในระดับสากล ทั้งด้านนโยบาย วิชาการ รู้เท่าทันทิศทางการตลาดธุรกิจแอลกอฮอล์

๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

สนับสนุนให้สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้าเป็นศูนย์ประสานงานและขยายเครือข่ายการรณรงค์และ ประชาสัมพันธ์โดย

- ๓.๑ เสริมความเข้มแข็งในการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย โดยการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายภาคประชาชน ให้ภาคประชาชนมีส่วนสนับสนุนส่งเสริมให้การทำงานของคณะกรรมการ ควบคุมเครื่องตีแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการเฝ้าระวังและบังคับใช้ กฎหมายในมาตรการต่างๆ ที่ระบุในพระราชบัญญัติ โดยเฉพาะมาตรการห้ามโฆษณาและ การส่งเสริมการขาย การจำกัดอายุผู้ซื้อ การจำกัดสถานที่ดื่มและจำหน่ายโดยเฉพาะสถานศึกษา หอพัก และร้านเหล้ารอบสถานศึกษา ให้มีผลบังคับใช้จริง ประสานกระทรวงมหาดไทย กระทรวง การคลัง กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร และผู้กำหนดนโยบายต่างๆ ให้เกิดรูปธรรมที่ชัดเจน ยิ่งขึ้นในทุกจังหวัด
- ๓.๒ สนับสนุนการขยายและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเยาวชน ให้ครอบคลุมเยาวชนทุกระดับตั้งแต่ ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา อุดมศึกษา นอกกระบวนการศึกษา และกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนการค้นหาแนวทางทำงานเพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเยาวชน

และเครือข่ายครอบครัวให้รู้ทันธุรกิจแอลกอฮอล์ และเป็นแกนนำในการร่วมเฝ้าระวังทิศทางการตลาดธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พัฒนาแคมเปญรณรงค์และมาตรการเฉพาะกลุ่มเยาวชน เช่น การเชื่อมกับมาตรการกฎหมายห้ามขายให้เด็กอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี รวมถึงประสานแผนสุขภาวะเด็กเยาวชน และครอบครัว เพื่อขับเคลื่อนงานป้องกันปัญหาการดื่มในเด็กและเยาวชน

- ๓.๓ การเฝ้าระวังกลยุทธ์ของธุรกิจแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะกลยุทธ์การตลาด “Below the Line” ที่ธุรกิจแอลกอฮอล์ใช้การสร้างการยอมรับในหมู่ประชาชน อาทิ ในด้านศิลปวัฒนธรรม กีฬา แบรินด์ในสินค้าอื่น สุขภาพ (ผลดี/ดีมีอย่างมีสติ) การแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม การแทรกในสื่อเฉพาะในสื่ออิเล็กทรอนิกส์ใหม่ๆ การให้เยาวชนร่วมขาย การตลาดระดับค้าเร่ ตลอดจนการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังและตีแผ่กลยุทธ์ธุรกิจแอลกอฮอล์เพื่อให้สังคมรู้เท่าทัน และพัฒนาเครือข่ายชุมชนออนไลน์เพื่อสร้างกระแสผ่านระบบอินเทอร์เน็ต สร้างประเด็นและโอกาสอย่างต่อเนื่อง
- ๓.๔ ขยายและพัฒนาเครือข่ายอื่นๆ ได้แก่ เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบที่หลากหลาย และมีระบบการสนับสนุนช่วยเหลือจนสามารถพึ่งพาตนเองได้ เครือข่ายชุมชน ลด ละ เลิกเหล้า ยุติความรุนแรงในครอบครัวให้เป็นกรณีตัวอย่างที่เกิดจากการรวมกลุ่มคนในชุมชนอย่างเข้มแข็ง โดยครอบคลุมชุมชนเมือง ชนบท และชุมชนในนิคมอุตสาหกรรม เครือข่ายนักกฎหมาย เพื่อสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย เครือข่ายสื่อท้องถิ่นและเครือข่ายสื่อพื้นบ้าน สมาคมด้านสื่อและการตลาด ให้เป็นพันธมิตรในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลให้เข้าถึงพื้นที่ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ เพื่อสร้างความชัดเจนด้านผลเสียที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มผู้มีเศรษฐกิจฐานต่ำ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มแรงงานนอกระบบ ประชากรกลุ่มเฉพาะ เพื่อรองรับสถานะผันผวนทางเศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายต่างๆ ให้เป็นแกนนำในการรณรงค์ให้รัฐและสังคมเข้าใจว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำลายสุขภาพ ครอบครัว และสังคม ไม่ใช่สินค้าธรรมดา ต้องมีมาตรการควบคุมปัญหาจากการบริโภคอย่างเท่าทันธุรกิจแอลกอฮอล์
- ๓.๕ ใช้โอกาสในการรณรงค์ตามเทศกาลต่างๆ อาทิ เข้าพรรษา ทอดกฐิน ปีใหม่ สงกรานต์ รวมทั้งสนับสนุนในกิจกรรมสวดมนต์ข้ามปีร่วมกับสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ ตลอดจนงานบุญประเพณีในระดับท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะวาระเข้าพรรษาที่รัฐบาลได้กำหนดให้เป็นวันงดดื่มสุราแห่งชาติให้เป็นวาระสำคัญของชาติในด้านการรณรงค์ เพื่อการไม่ดื่มสุรา ที่จะมีการนำเสนอข้อมูลสำคัญอื่นๆ แก่สาธารณชนไทย โดยเน้นการพัฒนาชุมชนต้นแบบที่ดีที่จะทำให้เพิ่มโอกาสของการงดเหล้าได้ครบพรรษา และที่จะทำให้เพิ่มโอกาสของการเลิกดื่มเหล้าได้ตลอดชีวิต
- ๓.๖ การเน้นรณรงค์เพื่อสกัดนักดื่มหน้าใหม่ และกลุ่มเป้าหมายที่มีแนวโน้มการดื่มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิง กลุ่มผู้ดื่มประจำ กลุ่มผู้ดื่มหนัก กลุ่มเยาวชนและให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ดื่มที่บ้านตนเองหรือบ้านเพื่อน และขยายการรณรงค์มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายผู้ที่ไม่ดื่ม

ให้มีส่วนร่วมในการชักชวนผู้ดื่มให้ลด ละ เลิกและเชื่อมกับกลไกมาตรการบำบัดดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ดื่มสามารถเลิกเหล้าได้ตลอดชีวิต และการใช้ต้นทุนทางวัฒนธรรม ประเพณีและศาสนาที่มีอยู่ในการพัฒนาหรือยกระดับกิจกรรมรณรงค์ในประเด็นใหม่ๆ เพื่อสร้างกระแสให้ประชาชนเปลี่ยนพฤติกรรม

- ๓.๗ สนับสนุนให้เกิดการเริ่มต้นวางแผนและหรือดำเนินการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานในประเด็นดังต่อไปนี้ (๑) ต้นแบบชุมชนงดเหล้าครบพรรษา โดยเน้นพัฒนาต้นแบบชุมชนงดเหล้าเข้าพรรษา รูปแบบ/วิธีการ ที่จะทำให้เกิดการเลิกดื่มเหล้าได้ตลอดชีวิต (๒) ต้นแบบการดำเนินงานจังหวัด ยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ ควบคู่ไปกับการดำเนินงานจังหวัดควบคุมปัจจัยเสี่ยง
- ๓.๘ สนับสนุนจัดตั้งเครือข่ายองค์กรชุมชน รวมถึง การเสริมความเข้มแข็งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันนโยบายท้องถิ่นและร่วมสร้างรูปธรรมในการรณรงค์งดเหล้ามากขึ้น เช่น การพัฒนามาตรการชุมชน การพัฒนาชุมชน/พื้นที่นำร่องจำกัดใบอนุญาตขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์ปัญหาและหาทางแก้ไขเพื่อผลักดันให้เกิดต้นแบบชุมชนที่ลดปัญหาได้จริง และสร้างให้เกิดภูมิคุ้มกันที่ดีของชุมชนอย่างต่อเนื่อง และหนุนเสริมอาชีพลักษณะกิจการเพื่อสังคมที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเชื่อมประสานแผนสุขภาพชุมชน เพื่อขับเคลื่อนต้นแบบชุมชน บุคคล นโยบายปลอดเหล้า ขยายสู่ชุมชนเครือข่าย
- ๓.๙ เสริมศักยภาพภาคีงดเหล้าและหาแนวทางสนับสนุนด้านความก้าวหน้าในสายงานของกำลังคน เครือข่ายร่วมปกป้องปัญหาแอลกอฮอล์ และบูรณาการการทำงานด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับประเด็นอื่นๆ ได้แก่ ยาสูบ อุบัติเหตุ การพนัน ยาเสพติด รวมถึงสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs Network) การสร้างผู้นำรุ่นใหม่และการประสานการสนับสนุนภาคีเครือข่ายของ สสส. ในแผนต่างๆ ทั้งภาคีเชิงประเด็น และภาคีเชิงองค์กร เช่น เครือข่ายครอบครัว สถานประกอบการ กองทัพไทย เครือข่ายนักออกกำลังกาย เพื่อสอดแทรกและบูรณาการการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเชิงบวกอื่นๆ ตลอดจนการขยายความร่วมมือกับ “องค์กรร่วมทุน” ที่มีศักยภาพในการดำเนินงานด้านนี้ด้วยทุนทรัพย์ตนเอง หรือร่วมสนับสนุนทุนในกิจกรรมที่เห็นประโยชน์ร่วมทางสังคมให้มากขึ้น
- ๓.๑๐ บูรณาการและตั้งเป้าหมายร่วมกับแผนอื่นๆ ของ สสส. ในการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเป้าหมาย องค์กร ชุมชน และพื้นที่ต่างๆ

๔. กลุ่มแผนงานด้านทุนอุปถัมภ์

- ๔.๑ สนับสนุนทุนอุปถัมภ์เชิงรุกทดแทนธุรกิจแอลกอฮอล์ในส่วนของประเพณี วัฒนธรรมขอบเขตการสนับสนุน ได้แก่ (๑) งานประเพณีระดับชาติ ได้แก่ ปีใหม่ สงกรานต์ ลอยกระทง (๒) งานประเพณีในท้องถิ่น ได้แก่ งานบุญบั้งไฟ งานแข่งเรือ งานเทศกาลอาหาร (๓) กลุ่มงานประจำปี/งานกาชาด ได้แก่ งานกาชาด งานของดีประจำจังหวัดและชุมชน (๔) พัฒนางานต้นแบบงานดนตรี (๕) กลุ่มส่งเสริมนโยบายสาธารณะและการพัฒนางาน

- ๔.๒ ปรับบทบาทของแผนงานจากผู้สนับสนุนทุนเป็นผู้สนับสนุนกระบวนการยกระดับงานให้เกิดแรงกระตุ้นมากขึ้น โดยมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาในการออกแบบวางแผนการรณรงค์ การออกแบบสนับสนุนให้เกิดกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อให้กิจกรรมนำไปสู่ความยั่งยืน และสนับสนุนการขยายแนวคิดการจัดงานประเพณีปลอดเหล้าผ่านการจัดให้พื้นที่ต้นแบบเป็นแหล่งเรียนรู้ เปิดโอกาสให้พื้นที่อื่นๆ มาศึกษาดูงาน การพัฒนาศักยภาพภาคี และสร้างแรงกระตุ้นเชิงบวก การเชื่อมงานกับระดับนโยบาย อาทิ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา การทำงานในพื้นที่ร่วมกับองค์กรของรัฐ อาทิ จังหวัด เทศบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ เพื่อให้เกิดพื้นที่ต้นแบบ การเน้นพลังของเยาวชนในการสื่อสารด้านแรงบันดาลใจการทำงานรณรงค์ และเน้นการดึงภาคธุรกิจร่วมให้ทุนอุปถัมภ์ทดแทนธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กว้างขวางขึ้น และการสร้างแบรนด์ปลอดเหล้าเพื่อเชื่อมโยง และต่อยอดกิจกรรมปลอดเหล้าให้เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวาง
- ๔.๓ สนับสนุนทุนอุปถัมภ์กิจกรรมนิสิตนักศึกษาในสถาบันการศึกษา โดยมียุทธศาสตร์การสร้าง ความเข้าใจและให้รู้เท่าทันรูปแบบการแอบแฝงของธุรกิจเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และไม่รับทุน ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลักดันให้เกิดเครือข่ายสถาบันการศึกษาขับเคลื่อนกิจกรรมปลอด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดทั้งปี การเฝ้าระวังและสร้างสภาพแวดล้อมรอบสถาบันการศึกษา ให้ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยทำงานเชื่อมโยงกับชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และการดึง ภาคธุรกิจร่วมทุนอุปถัมภ์ทดแทนธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กว้างขวางขึ้น โดยจะเชื่อมประสาน แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว เพื่อเสริมพลังขับเคลื่อนงานกิจกรรมปลอดเหล้าเข้าสู่ กลุ่มเป้าหมายเด็ก เยาวชน นิสิตนักศึกษา
- ๔.๔ ประสานภาคีเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญเพื่อหนุนเสริมการผลักดันนโยบายทั้งในระดับชาติและระดับ ท้องถิ่น
- ๔.๕ พัฒนาระบบการสนับสนุน งานวิชาการ งานประเมินผลเน้นการประเมินผลลัพธ์จากการจัดงาน ปลอดเหล้า การศึกษา วิจัยและเฝ้าระวังสถานการณ์ของธุรกิจแอลกอฮอล์ และจัดให้มีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
- ๔.๖ ผลិតสื่อและการกระจายสื่อสนับสนุนการวางแผนการดำเนินการผลิตสื่อเพื่อเป็นต้นแบบในการ รณรงค์ โดยร่วมกับสมาคมวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆ รวมถึงการจัดให้มีศูนย์กระจายสื่อ ตามภูมิภาคต่างๆ รวมทั้งพัฒนาแนวทางการสื่อสารกิจกรรมปลอดเหล้าให้เป็นระบบและต่อเนื่อง

๕. กลุ่มแผนงานด้านพัฒนารูปแบบการเลิกสุรา

- ๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาและบูรณาการรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราและ ผู้ติดสุราที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยเข้าสู่ระบบบริการ ทั้งในระบบสาธารณสุข และนอกระบบ สาธารณสุขอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนและการบำบัดฟื้นฟูทางเลือก การพัฒนาศักยภาพการถ่ายทอด เทคโนโลยีแก่เครือข่ายบุคลากร นักวิชาการ และภาคีเครือข่าย โดยประสานงานกับภาคราชการ

ภาควิชาการ องค์กรเอกชนและองค์กรทางศาสนา ควบคู่กับการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายในการขยายผลรูปแบบกลไกการบำบัดผ่านการผลักดันเชิงนโยบายระดับชาติ เชื่อมประสานแผนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ ในการขยายผลรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราผ่านระบบบริการสุขภาพและการเชื่อมโยงระบบบริการเข้ากับกิจกรรมและมาตรการอื่นๆ และสื่อสารให้ผู้มีปัญหาการติ่มสุราเข้าถึงบริการ ตลอดจนการสนับสนุนให้มีระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑

- ๕.๒ สนับสนุนให้มีศูนย์ให้บริการเลิกเหล้าทางโทรศัพท์ พัฒนาคุณภาพในการให้บริการ ให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพและเป็นระบบ รวมถึงการสร้างกลไกเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ

๖. กลุ่มแผนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

- ๖.๑ ศูนย์วิชาการการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดซึ่งจะทำหน้าที่เป็นแกนประสานกลางสำหรับการพัฒนางานวิชาการ/วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ เชื่อมโยงระหว่างภาคีนักวิจัย/วิชาการ ผู้บริหาร/กำหนดนโยบายผู้ปฏิบัติงานขององค์กรทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกันบำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพสารเสพติดในระบบสาธารณสุข ระบบยุติธรรม และชุมชน
- ๖.๒ พัฒนารฐานข้อมูลและจัดการองค์ความรู้เพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุมปัญหายาเสพติด ตลอดจนเพื่อการสนับสนุนเชิงนโยบายสาธารณะและการติดตามประเมินผล
- ๖.๓ พัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนสังคมภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ๖.๔ รณรงค์ และสื่อสารสู่สาธารณะสร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายา
- ๖.๕ บูรณาการงานร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่นเช่น เหล้า บุหรี่โดยเชื่อมประสานกับหน่วยงานภาครัฐภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชนรวมถึงการเชื่อมประสานการทำงานภายใน สสส. ร่วมกับสำนักต่างๆ ที่มีต้นทุนในการดำเนินงานในการป้องกัน ดูแล แก้ไขปัญหายาเสพติด เช่น โรงเรียน ชุมชน เพื่อเพิ่มการสร้างภูมิคุ้มกันให้เด็กและเยาวชน

ภาคีหลัก

ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล มูลนิธิเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา มูลนิธิสื่อเพื่อเยาวชน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะเศรษฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มูลนิธิเพื่อพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ภาครธุรกิจเอกชนต่างๆ ฯลฯ

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ภาควิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กรมราชทัณฑ์ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กรมคุมประพฤติ เครือข่ายภาคีงดเหล้า เครือข่ายภาคีรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เครือข่ายภาคีภาคประชาชนของ ปปส.

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย	๕๐
๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร	๑๒.๕
๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์	๒๐๓
๔. กลุ่มแผนงานด้านทุนอุปถัมภ์	๔๙.๕
๕. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนารูปแบบการเลิกสุรา	-
๖. กลุ่มแผนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด	๕
รวม	๓๒๐

หมายเหตุ : กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนารูปแบบการเลิกสุรา ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากปีงบประมาณ ๒๕๕๘ เพื่อดำเนินงานตามกลุ่มแผนงานนี้เป็นระยะเวลา ๒ ปี (ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙)

แผนการจัดการความปลอดภัย และปัจจัยเสี่ยงทางสังคม

สถานการณ์และแนวโน้ม

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

๑. ข้อมูลอุบัติเหตุจราจรของสำนักงานตำรวจแห่งชาติระบุว่า สถิติผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเริ่มลดลงจาก ๑๔,๐๑๒ คน ในปี ๒๕๔๖ เป็น ๑๐,๗๔๒ คน ในปี ๒๕๕๓ ๙,๙๑๐ คน ในปี ๒๕๕๔ ๘,๗๔๖ คน ในปี ๒๕๕๕ ๗,๓๓๘ คน ในปี ๒๕๕๖ และ ๖,๙๘๕ คน ในปี ๒๕๕๗ ตามลำดับ โดยอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรลดจาก ๒๒.๒๑ คนต่อแสนของประชากรในปี ๒๕๔๖ เป็น ๑๖.๘๒ ๑๕.๔๗ ๑๓.๕๗ และ ๑๑.๓๓ คนต่อแสนของประชากร ในปี ๒๕๕๓ ๒๕๕๔ ๒๕๕๕ ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗ ตามลำดับ ซึ่งอัตราการตายในปี ๒๕๕๗ ลดลงถึงร้อยละ ๕๐.๑๕ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๔๖

๒. ข้อมูลเปรียบเทียบในเชิงพื้นที่ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๖ แสดงให้เห็นว่า ความรุนแรงของอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มกระจายตัวอยู่รอบศูนย์กลางทางเศรษฐกิจของแต่ละภูมิภาค ดังนั้น การดำเนินมาตรการเพื่อลดความรุนแรงของอุบัติเหตุควรมุ่งเน้นไปยังพื้นที่ดังกล่าว เช่น จังหวัดต่างๆ ที่อยู่โดยรอบเมืองใหญ่ของแต่ละภาค ซึ่งมักมีการเดินทางสัญจรทางไกลวิ่งผ่านและใช้ความเร็วสูง นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมทางกายภาพของถนนยังเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอุบัติเหตุ จากข้อมูลสถิติของกรมทางหลวงล่าสุด พบว่าทางหลวง ๔ ช่องจราจรหรือมากกว่า มักเกิดอุบัติเหตุที่มีความรุนแรงน้อยกว่าทางหลวง ๒ ช่องจราจร ซึ่งอาจมีอุบัติเหตุ เฉี่ยวชนในลักษณะประสานงาเกิดขึ้นได้ รวมถึงอุบัติเหตุรถตกข้างทางที่มีโอกาสเกิดขึ้นมากกว่า

๓. ประเทศไทยมีจำนวนรถจักรยานยนต์จดทะเบียนสะสมทั้งสิ้น ๒๐,๑๔๑,๒๑๓ คัน (พ.ศ. ๒๕๕๗) คิดเป็นร้อยละ ๕๖ ของรถจดทะเบียนทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้า ๒๘๘,๐๕๖ คัน (จำนวนรถจดทะเบียนสะสม ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗ เท่ากับ ๓๔,๖๒๔,๔๐๖ คัน และ ๓๕,๘๓๕,๑๘๐ คัน ตามลำดับ) และมีผู้ถือใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์ทั้งสิ้น ที่จดทะเบียนกับกรมการขนส่งทางบก ในปี ๒๕๕๗ จำนวน ๑๒,๘๙๔,๘๗๑ ฉบับ เพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้า ๑๒๗,๑๒๑ ฉบับ แสดงให้เห็นว่ามีผู้ถือใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์ที่จดทะเบียนทั้งหมดเพิ่มขึ้นทุกปี และจากสถิติการเสียชีวิตของผู้ใช้รถประเภทต่างๆ พบว่าผู้ใช้รถจักรยานยนต์มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่ารถประเภทอื่นถึง ๓.๔ เท่า (ข้อมูลใบมรณบัตรและสาเหตุการตาย)

๔. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๕ จากระบบ E-Claim ของบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจำกัด พบว่าสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ในประเทศไทยส่วนใหญ่ ๒ ใน ๓ เกิดจากการชนกับยานพาหนะคันอื่น โดยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าประมาณ ๓.๖ เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีชนกับวัตถุสิ่งของอื่น และหากการชนกับรถขนาดใหญ่ เช่น รถโดยสารหรือรถบรรทุก จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าประมาณ ๔ เท่า เมื่อเทียบกับการชนกับยานพาหนะประเภทอื่น

๕. สถิติการสวมหมวกนิรภัยยังอยู่ในอัตราคงที่ แม้ว่ารัฐบาลจะประกาศปีรณรงค์การสวมหมวกนิรภัย ๑๐๐% มาตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ และได้ขยายการรณรงค์ออกไปจนถึงปี ๒๕๖๐ แต่ข้อมูลการสำรวจจากมูลนิธิไทยโรดส์ ๕ ปี ติดต่อกัน ชี้ให้เห็นว่าระหว่างปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗ อัตราการสวมหมวกนิรภัยอยู่ที่ร้อยละ ๔๔ ๔๖ ๔๓ ๔๓ และ ๔๒ ตามลำดับ โดยในปี ๒๕๕๗ มีผู้สวมหมวกนิรภัยที่เป็นผู้ขับขี่ร้อยละ ๕๑ ผู้โดยสารร้อยละ ๑๙ แม้ในเขตเมือง จะมีสัดส่วนผู้สวมหมวกนิรภัยที่ค่อนข้างสูง (ร้อยละ ๗๒) แต่กลับมีสัดส่วนค่อนข้างต่ำในเขตชนบท (ร้อยละ ๒๙) แต่เมื่อพิจารณาถึงผลการสำรวจช่วงเดือนเมษายน - กรกฎาคม ๒๕๕๗ ในเขตพื้นที่อุตสาหกรรม พบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยในเขตพื้นที่อุตสาหกรรม ๕๓ เขตทั่วประเทศ มีอัตราการสวมหมวกนิรภัยสูงกว่า (ร้อยละ ๖๕) อัตราการสวมหมวกนิรภัยทั่วทั้งประเทศ และหากเปรียบเทียบกับประเทศในกลุ่มอาเซียน พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการสวมหมวกนิรภัยต่ำกว่าหลายประเทศ เช่น เวียดนาม (ร้อยละ ๙๐) ฟิลิปปินส์ (ร้อยละ ๘๔) อินโดนีเซีย (ร้อยละ ๘๐) เป็นต้น โดยเหตุผลหลักที่ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย คือ เดินทางระยะใกล้ (ร้อยละ ๖๕) ไม่ได้ขับออกถนนใหญ่ (ร้อยละ ๓๖) เร่งรีบ (ร้อยละ ๓๑) ร้อน อึดอัด (ร้อยละ ๒๐) และกลัวผมเสียทรง (ร้อยละ ๑๒)

เป็นที่น่าสังเกตว่า ในจังหวัดที่มีการณรงค์ประชาสัมพันธ์เข้มข้น ร่วมกับการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ในเรื่องการสวมหมวกนิรภัยทั้งผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้าย รวมถึงความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ไม่ว่าจะเป็น เจ้าหน้าที่ตำรวจ ท้องถิ่น ภาคเอกชน สถานศึกษา รวมถึงสื่อมวลชน ในพื้นที่ซึ่งมีความสำคัญมาก ทำให้อัตราการสวมหมวกนิรภัยในพื้นที่จังหวัดนั้นเพิ่มสูงขึ้น เช่น จังหวัดพังงา ในปี ๒๕๕๗ มีอัตราการสวมหมวกนิรภัยสูงถึงร้อยละ ๖๓ (ในปี ๒๕๕๖ ร้อยละ ๓๓) เป็นต้น

๖. ผลการศึกษาวิจัยประสิทธิภาพของการใช้เข็มขัดนิรภัยในประเทศไทย พบว่า สามารถช่วยลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ได้ถึงร้อยละ ๓๔ และผู้ที่ไม่ใช้เข็มขัดนิรภัยมีอัตราความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ใช้เข็มขัดนิรภัยถึง ๒ เท่า แต่จากผลการสำรวจพฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัยในปี ๒๕๕๔ ผู้ขับขี่และผู้โดยสารที่นั่งตอนหน้ามีอัตราการใช้ร้อยละ ๕๘ และร้อยละ ๔๐ ตามลำดับ ลดลงจากปีก่อนหน้าเล็กน้อย โดยผู้ใช้รถผู้ขายคาดเข็มขัดนิรภัยมากกว่าผู้หญิงเล็กน้อย (ร้อยละ ๕๕ และร้อยละ ๕๐ ตามลำดับ) และผู้ใช้รถเก๋งคาดเข็มขัดนิรภัยมากกว่าผู้ใช้รถกระบะ (ร้อยละ ๖๐ และ ๔๘ ตามลำดับ) และจากสถิติจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บของกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ผู้ประสบอุบัติเหตุจากรถยนต์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีผู้ที่เป็นผู้ขับขี่และผู้โดยสารคาดเข็มขัดนิรภัยเพียงร้อยละ ๒๖ และร้อยละ ๑๑ ตามลำดับ โดยพฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัยในผู้ขับขี่และผู้โดยสารมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี ๒๕๔๘ ใช้เข็มขัดนิรภัยร้อยละ ๗.๕๑ และเพิ่มขึ้นเป็น ๙.๗๗ ในปี ๒๕๕๓ โดย ๕ เหตุผลหลักที่ผู้ใช้รถยนต์ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย คือ เดินทางระยะใกล้ (ร้อยละ ๕๑) ไม่ได้ขับออกถนนใหญ่ (ร้อยละ ๒๙) เร่งรีบหรือต้องขึ้นลงรถบ่อย (ร้อยละ ๒๘) ลืม (ร้อยละ ๒๒) และรู้สึกอึดอัดไม่สบาย (ร้อยละ ๒๐)

๗. ปัจจุบันถนนในประเทศไทยอยู่ในความดูแลของหน่วยงานหลัก ได้แก่ กรมทางหลวง กรมทางหลวงชนบท การทางพิเศษแห่งประเทศไทย กรมโยธาธิการและผังเมือง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยข้อมูลล่าสุดของปี ๒๕๕๕ ถนนในความรับผิดชอบของกรมทางหลวงมีความยาว ๖๗,๖๒๓ กิโลเมตร กรมทางหลวงชนบท ๔๙,๐๘๐ กิโลเมตร การทางพิเศษฯ ๒๐๘ กิโลเมตร ที่เหลืออยู่ในความรับผิดชอบของท้องถิ่น ประมาณ ๙๓,๐๐๐ กิโลเมตร และในปี ๒๕๕๕ มีผู้เสียชีวิตบนถนนในรับผิดชอบของกรมทางหลวง ๑,๕๔๙ ราย กรมทางหลวงชนบท ๑๖๑ ราย การทางพิเศษฯ ๑๔ ราย แสดงให้เห็นว่าผู้เสียชีวิตที่เหลืออีก ๑๒,๓๔๐ ราย เสียชีวิตบนถนนในเขตท้องถิ่น

๘. ผลการสำรวจพฤติกรรมการใช้ความเร็วของรถตู้โดยสารและรถบัสโดยสาร รายไตรมาส ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗ บนทางหลวงสายหลักต่างๆ ภายในรัศมี ๒๐๐ กิโลเมตร รอบกรุงเทพมหานคร พบว่าในภาพรวมทั้งรถตู้โดยสารและรถบัสโดยสาร ยังใช้ความเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนดอยู่มากถึงร้อยละ ๕๑ (บนทางหลวงนอกเขตเมือง ๔๐ กิโลเมตร/ชั่วโมง สำหรับรถตู้โดยสาร และ ๘๐ กิโลเมตร/ชั่วโมง สำหรับรถบัสโดยสาร และบนทางหลวงพิเศษระหว่างเมือง ๑๒๐ กิโลเมตร/ชั่วโมง สำหรับรถตู้โดยสาร และ ๑๐๐ กิโลเมตร/ชั่วโมง สำหรับรถบัสโดยสาร)^{๒๖}

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ความเร็วของรถโดยสาร รายจุดสำรวจของรถโดยสารทั้ง ๔ ประเภท (รถตู้โดยสารประจำทาง รถตู้โดยสารทั่วไป รถบัสโดยสารประจำทาง และรถบัสโดยสารทั่วไป) พบว่ารถโดยสารส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะใช้ความเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนดเพิ่มมากขึ้นเมื่อระยะทางห่างจากกรุงเทพมหานครมากขึ้น โดยเฉพาะบนทางหลวงสายหลักๆ เช่น ทางหลวงหมายเลข ๑ ทางหลวงหมายเลข ๒ ทางหลวงหมายเลข ๔ ทางหลวงหมายเลข ๓๕ และทางหลวงหมายเลข ๓๔๔ เป็นต้น ซึ่งล้วนเป็นทางหลวงสายหลักที่มุ่งหน้าสู่ภูมิภาคต่างๆ

๙. การสำรวจพฤติกรรมการใช้ความเร็วบนทางหลวงสายหลักในประเทศไทย จากจุดสำรวจทั้งหมด ๒๔๔ จุด บนทางหลวงสายหลักที่เป็นเส้นทางเชื่อมระหว่างภาคถึงภาค จังหวัดถึงจังหวัด หรืออำเภอถึงอำเภอ จำนวนรถทั้งหมด ๔๑๑,๖๘๐ คัน (รถยนต์ ๔ ล้อขนาดเล็ก ๗๗๗,๗๔๓ คัน และรถบรรทุกขนาดใหญ่ ๑๓๓,๙๓๗ คัน) ในภาพรวมพบว่า รถยนต์ ๔ ล้อขนาดเล็กมีสัดส่วนการใช้ความเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนดเฉลี่ยสูงกว่ารถบรรทุกขนาดใหญ่ (รถยนต์ ๔ ล้อขนาดเล็ก เฉลี่ยร้อยละ ๕๕ และรถบรรทุกขนาดใหญ่ เฉลี่ยร้อยละ ๓๘) และเมื่อจำแนกตามช่วงเวลา พบว่าพฤติกรรมการใช้ความเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนดบนทางหลวงสายหลักในช่วงบ่าย (๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.) มีแนวโน้มการใช้ความเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนดสูงกว่าช่วงเช้า (๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.) เล็กน้อย ทั้งในกลุ่มของรถยนต์ขนาดเล็กและรถบรรทุกขนาดใหญ่

๑๐. ข้อจำกัดของระบบขนส่งสาธารณะและความนิยมของประชาชน ทำให้เกิดการขยายตัวของการให้บริการรถตู้โดยสารสาธารณะอย่างรวดเร็วโดยแทบไม่มีการควบคุม โดยพบว่า มีการเพิ่มการให้บริการขึ้นเรื่อยๆ จากจำนวนเพียง ๓,๒๓๐ คันในปี ๒๕๔๙ เพิ่มขึ้นเป็น ๑๗,๔๕๗ คันในปี ๒๕๕๓ หรือเพิ่มขึ้น ๕ เท่า แม้จะยังไม่มีสถิติอุบัติเหตุในสัดส่วนที่สูงมากนัก แต่เมื่อเกิดเหตุแต่ละครั้งทำให้มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก และรถตู้โดยสารสาธารณะส่วนใหญ่จะใช้ความเร็วรถเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด เพื่อเร่งทำรอบในการรับผู้โดยสารให้มาก อีกทั้งยังพบว่า ระบบความปลอดภัยของรถตู้สาธารณะยังเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการในหลายด้าน

๑๑. สถิติของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) และการรายงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ตัวเลขการเสียชีวิตและการบาดเจ็บ ในช่วง ๗ วันอันตรายของเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ จนถึงปี ๒๕๕๗ มีแนวโน้มลดลง แต่อัตราการลดลงนั้นเริ่มที่จะชะลอตัว ในขณะเดียวกัน ความเข้าใจถึงลักษณะของอุบัติเหตุช่วงเทศกาล ๗ วันอันตราย จากรายงานของ ศปถ. ยังจำกัดอยู่ในระดับพื้นฐานและมี

^{๒๖} มูลนิธิไทยโรดส์ และเครือข่าย Road Safety Watch

แนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลง คือยานพาหนะที่ประสบอุบัติเหตุมากที่สุดคือรถจักรยานยนต์ อุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดบนถนนสายรอง บริเวณที่มักเกิดอุบัติเหตุคือช่วงทางตรง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการเมาสุรา และในช่วงระหว่างเวลา ๑๖.๐๐ - ๒๐.๐๐ น. มักมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นมากที่สุด

การปรับแนวทางและมาตรการดำเนินการแก้ไขปัญหาให้เป็นไปอย่างตรงจุด เพื่อลดการสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล จำเป็นต้องอาศัยความรู้ที่ลึกไปถึงธรรมชาติและสาเหตุของอุบัติเหตุมากยิ่งขึ้น ข้อมูลองค์ประกอบ คน รถ ถนน ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ รวมถึงการนำข้อมูลที่มีอยู่มาวิเคราะห์และจำแนกรายละเอียด เพื่อแสวงหาความรู้ที่นำไปสู่การกำหนดมาตรการเฉพาะที่ได้ผลมากกว่าเดิม

๑๒. จากข้อมูลของกรมทางหลวง พบว่าจำนวนจุดอันตรายในปี ๒๕๕๕ แยกตามรายจังหวัด พบว่ามีจังหวัดที่มีจำนวนจุดอันตรายเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๓ จำนวน ๒๖ จังหวัด ลดลง ๒๔ จังหวัด ไม่เปลี่ยนแปลง ๑๒ จังหวัด และไม่มีจุดอันตรายเลย ๑๕ จังหวัด โดยจุดอันตรายบนทางหลวงส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ ๕๕ ยังคงอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งมีปริมาณการเดินทางสูงเช่นเดิม และเมื่อจำแนกข้อมูลตามประเภทของทางหลวง พบว่าทางหลวงสายหลักและสายรองมีจำนวนจุดอันตรายลดลง ในขณะที่ทางหลวงสายย่อยที่เชื่อมระหว่างจังหวัดกับอำเภอกลับมีจำนวนจุดอันตรายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น แนวทางการจัดสรรงบประมาณแก้ไขจุดอันตราย ควรเพิ่มความสำคัญต่อทางหลวงสายย่อยเชื่อมโยงระหว่างจังหวัดกับอำเภอ

๑๓. อุบัติเหตุอันตรายข้างทาง (roadside crashes) เป็นปัญหาอันดับหนึ่งของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นบนทางหลวง เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ ๔๓ ของอุบัติเหตุทุกประเภท และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต (ร้อยละ ๓๓) และการบาดเจ็บ (ร้อยละ ๔๒) ตลอดจนมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา โดยรูปแบบการเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ ๖๐ เป็นลักษณะที่รถยนต์เสียหลักพุ่งเข้าชนวัตถุอันตรายข้างทาง (fixed objects) เช่น เสาไฟ ต้นไม้ หลักกิโลเมตร เป็นต้น แต่เมื่อพิจารณาในแง่ความรุนแรงแล้ว พบว่าอุบัติเหตุในลักษณะพลิกคว่ำจะมีโอกาสทำให้เกิดการเสียชีวิตมากกว่าอุบัติเหตุอันตรายข้างทางรูปแบบอื่น

๑๔. สถิติอุบัติเหตุของสำนักงานตำรวจแห่งชาติระบุว่า **อุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีสัดส่วนร้อยละ ๕.๑ จากอุบัติเหตุทั้งหมด ซึ่งตัวเลขนี้เพิ่มขึ้นไปถึงร้อยละ ๔๐ ในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์** และสถานการณ์ล่าสุดของอุบัติเหตุเมาแล้วขับในปี ๒๕๕๖ จากรายงานคดีอุบัติเหตุจราจรทางบกของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และระบบรายงานข้อมูลอุบัติเหตุของกรมทางหลวง บ่งชี้การลดลงของสัดส่วนอุบัติเหตุเมาแล้วขับ ทั้งในภาพรวมของทั้งประเทศและเฉพาะอุบัติเหตุบนทางหลวง อย่างไรก็ดี สำหรับอุบัติเหตุเมาแล้วขับบนทางหลวงหมายเลข ๔ หลัก ทางหลวงแผ่นดินสายรองที่เข้าถึงพื้นที่ในระดับตำบล กลับมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยมักเกิดขึ้นช่วงเวลาตั้งแต่ ๑๘.๐๐ - ๐๓.๐๐ น.

สำหรับปัญหาการดื่มแล้วขับในกลุ่มผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุทางถนนจากระบบข้อมูลของโรงพยาบาลเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (injury surveillance) พบว่าสถานการณ์ในภาพรวมมีแนวโน้มที่ดีขึ้นโดยสัดส่วนของผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรที่เป็นผู้ขับขี่ยานพาหนะลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ ๔๕ ในปี ๒๕๔๘ ลงมาเหลือร้อยละ ๓๓ ในปี ๒๕๕๖ แต่จากการจำแนกข้อมูลตามประเภทยานพาหนะของผู้บาดเจ็บได้เปิดเผยให้เห็นว่า สัดส่วนการดื่มแล้วขับที่ลดลงมีเพียงกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ที่ครองสัดส่วนมากที่สุดในระบบข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บเท่านั้น โดยในช่วง ๒ - ๓ ปีที่ผ่านมา กลุ่มผู้บาดเจ็บที่ใช้ยานพาหนะประเภทอื่น เช่น รถยนต์นั่งส่วนบุคคล รถกระบะ และสามล้อเครื่อง เริ่มมีแนวโน้มสัดส่วนการดื่มเพิ่มสูงขึ้น

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

๑. สภาพภูมิอากาศของโลกที่แปรปรวน ส่งผลให้เกิดภัยพิบัติธรรมชาติบ่อยครั้งขึ้นทั่วโลกอย่างไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน และทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น สำหรับประเทศไทย เกิดเหตุภัยพิบัติสำคัญ ได้แก่ อุทกภัย แผ่นดินไหว และสึนามิ ซึ่งเป็นเหตุภัยพิบัติที่รุนแรง ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต ทรัพย์สิน ระบบเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม หรือแม้กระทั่งการเกิดภัยพิบัติที่ไม่รุนแรงถึงชีวิต เช่น ภัยแล้ง ไฟป่าและหมอกควัน ก็ส่งผลกระทบต่อชุมชนและสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

๒. เหตุการณ์แผ่นดินไหวและคลื่นสึนามิ เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๔๗ ซึ่งเกิดจากการยุบตัวของเปลือกโลกใต้มหาสมุทรอินเดีย กระตุ้นให้เกิดคลื่นสึนามิสูงประมาณ ๓๐ เมตร เข้าท่วมทำลายบ้านเรือนตามแนวชายฝั่งโดยรอบมหาสมุทรอินเดีย ประมาณการผู้เสียชีวิตจากแผ่นดินไหวครั้งนี้ใน ๑๔ ประเทศมากกว่า ๒๓๐,๐๐๐ คน นับเป็นหนึ่งในภัยพิบัติทางธรรมชาติครั้งร้ายแรงที่สุดในประวัติศาสตร์ ประเทศที่ได้รับความเสียหายมากที่สุด ได้แก่ ประเทศอินโดนีเซีย รองลงมาคือประเทศศรีลังกา ประเทศอินเดีย และประเทศไทย ตามลำดับ ในประเทศไทย มีจำนวนผู้เสียชีวิต ผู้บาดเจ็บ และผู้สูญหาย จำนวน ๕,๓๐๔ คน บ้านเรือนประชาชน โรงแรม ร้านค้า ตลอดจนระบบสาธารณูปโภคต่างๆ อาทิ ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ ถนน ได้รับผลกระทบคิดเป็นมูลค่ากว่าพันล้านบาท

๓. มหาอุทกภัย ปี ๒๕๕๔ มีพื้นที่ได้รับผลกระทบรวมทั้งสิ้น ๖๕ จังหวัด ประชาชนได้รับความเดือดร้อน ๔,๐๖๘,๓๖๑ ครัวเรือน มีผู้เสียชีวิต ๖๘๐ ราย บ้านเรือน พื้นที่การเกษตร นิคมอุตสาหกรรม โรงงาน ร้านค้า สนามบินดอนเมือง และภาคธุรกิจต่างๆ ได้รับความเสียหายจากการประเมินความเสียหายในเชิงมูลค่าทางเศรษฐกิจของศูนย์วิจัยกสิกรไทย พบว่าก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เป็นมูลค่าสุทธิประมาณ ๒๔๒,๒๐๐ ล้านบาท และเหตุการณ์แผ่นดินไหว ปี ๒๕๕๗ ที่ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ก่อให้เกิดความเสียหายในพื้นที่ ๕ จังหวัด ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ พะเยา น่าน และลำปาง รวม ๑๒ อำเภอ มีผู้เสียชีวิต ๑ ราย และบาดเจ็บ ๒๓ ราย ล่าสุดในปี ๒๕๕๘ นี้ ประเทศไทยประสบกับปัญหาภัยแล้งในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ มากกว่า ๓๘ จังหวัด โดยในปัจจุบันยังคงเหลือพื้นที่ที่มีสถานการณ์ภัยแล้งคงอยู่ ทำให้ประชาชนในต่างจังหวัดที่ทำการเกษตรประสบความเดือดร้อนเนื่องจากขาดแคลนน้ำในการทำการเกษตรทำให้พืชผลเสียหายจำนวนมาก ซึ่งกระทรวงมหาดไทยต้องร่วมกับหลายหน่วยงานทั้งจังหวัด หน่วยทหาร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เข้าให้ความช่วยเหลือทั้งการนำรถบรรทุกน้ำออกแจกจ่ายน้ำเพื่อการอุปโภค บริโภค และน้ำเพื่อการเกษตร

สถานการณ์ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นและการศึกษากระบวนการรับมือภัยพิบัติของประเทศที่ผ่านมา พบว่าข้อมูลสถิติ และองค์ความรู้ที่เกิดจากการถอดบทเรียนการรับมือภัยพิบัติทั้งในระดับชาติและชุมชน ยังขาดแคลนข้อมูลอยู่มาก จำเป็นที่จะต้องมีการรวบรวมข้อมูล สถิติ และกรณีศึกษาการรับมือภัยพิบัติเพื่อสังเคราะห์ออกมาเป็นองค์ความรู้และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อผลักดันให้เกิดระบบการบริหารจัดการภัยพิบัติของประเทศที่มีประสิทธิภาพ

ด้วยเหตุที่ว่า การเกิดภัยพิบัติในแต่ละครั้งเป็นเรื่องที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงทั้งในชีวิตและทรัพย์สิน และกระจายเป็นวงกว้างในหลายพื้นที่ ความเสียหายที่เกิดต่อระบบการคมนาคมขนส่ง ทำให้ความช่วยเหลือจากภาครัฐ องค์กรเอกชนและอาสาสมัครไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ในทันที ชุมชนที่มีความเข้มแข็งมีการประสานงานภายในชุมชน รวมถึงมีการแบ่งบทบาทและหน้าที่ของแต่ละคนที่ชัดเจนในการรับมือภัยพิบัติที่เกิดขึ้น จะสามารถบรรเทาภัยที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าชุมชนหรือพื้นที่ที่ขาดการเตรียมความพร้อมในรับมือภัยพิบัติ

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

๑. การศึกษาสถานการณ์ พฤติกรรมและผลกระทบการพนันในประเทศไทย ปี ๒๕๕๖^{๓๗} พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การเล่นพนัน ร้อยละ ๗๖.๕ (ต่ำกว่าการสำรวจในปี ๒๕๕๓ อยู่ที่ ร้อยละ ๗๗.๑) โดยการสำรวจของทั้ง ปี ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๖ พบว่าประเภทการพนันที่มีการเล่นพนันมากที่สุด ๓ อันดับแรกมีคำตอบเหมือนกันคือ หว่ยใต้ดิน สลากกินแบ่งรัฐบาล และไพ่ และการเล่นพนันครั้งแรกเริ่มต้นตอนอายุต่ำสุดเท่ากันคือ ๗ ปี เมื่อวิเคราะห์ประเภทเกมพนันที่เล่นพนันครั้งแรกกับอายุที่เริ่มเล่นพนันเป็นครั้งแรก พบว่าคนเล่นพนันครั้งแรกในช่วงอายุ ๗ - ๑๔ ปี เริ่มต้นเล่นไพ่เป็นเกมพนันครั้งแรกมากที่สุด คือมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ ๔๒.๙ แต่ถ้าพิจารณาในกลุ่มผู้เล่นในช่วงอายุ ๑๐ - ๑๔ ปี เกมพนันฟุตบอลจะถูกเพิ่มเติมเข้าไปในกลุ่มเกมพนันครั้งแรกด้วย ขณะที่หว่ยใต้ดินเป็นเกมพนันที่เป็นที่นิยมเล่นครั้งแรกในกลุ่มอายุ ๒๕ ปีขึ้นไป

๒. การสำรวจเฉพาะกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยปี ๒๕๕๖ พบว่าการพนันที่กลุ่มนักศึกษานิยมมากที่สุดคือไพ่ (ร้อยละ ๖๗.๑๖) รองลงมาคือบิงโก (ร้อยละ ๒๙.๖๐) หว่ยใต้ดิน (ร้อยละ ๒๗.๒๗) สลากกินแบ่ง (ร้อยละ ๒๖.๐๔) และพนันฟุตบอล (ร้อยละ ๑๙.๗๖) ทั้งนี้ การเล่นเกมพนันไฟที่นักศึกษานิยมเล่นน่าจะเป็นการเล่นพนันกันเองระหว่างเพื่อนฝูง ต่างจากการเล่นพนันไพ่นอมนการพนันที่มีเพียงร้อยละ ๒.๖๒ เท่านั้น แต่สิ่งที่น่ากังวลสำหรับกลุ่มนักศึกษา คือ การเริ่มเล่นการพนันประเภทหนึ่งมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่การเล่นพนันประเภทอื่นๆ เช่น การเล่นเกมพนันไพ่นอมนำผู้เล่นไปสู่เกมพนันประเภทอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นการพนันฟุตบอล บิงโก ตู้ม้า โดยเฉพาะการพนันในบ่อน เพราะเกินกว่าร้อยละ ๙๐ ของนักศึกษาที่เล่นพนันในบ่อนเป็นผู้เล่นเกมพนันไพ่นอมนำไปสู่การเล่น

๓. ปัญหาที่เกิดจากการเล่นพนัน การสำรวจประชากรที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี ๒๕๕๖ มีผู้ยอมรับว่าประสบปัญหาจากการเล่นพนันมากถึงร้อยละ ๒๙.๓๔ ภาคใต้ประสบปัญหามากที่สุด (ร้อยละ ๔๐.๑๑) รองลงมาคือ ภาคกลาง (ร้อยละ ๓๔.๘๖) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ ๒๙.๕๕) ภาคเหนือ (ร้อยละ ๒๕.๑๑) และต่ำสุดคือกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (ร้อยละ ๑๕.๖๒) โดยพื้นที่ในและนอกเขตเทศบาลมีระดับการประสบปัญหาใกล้เคียงกันที่ประมาณร้อยละ ๓๐

๔. มูลค่าการเล่นพนันมีการเติบโตมากขึ้น โดยในปี ๒๕๕๓^{๓๘} พบว่ามูลค่าของสลากกินแบ่งรัฐบาลประมาณ ๓๘,๗๑๐ ล้านบาท ในขณะที่ปี ๒๕๕๓^{๓๙} มีมูลค่าเพิ่มเป็น ๖๒,๕๘๔ ล้านบาท เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ ๖๑.๑ ทั้งนี้เป็นเพราะได้มีการเพิ่มปริมาณสลากกินแบ่ง (รวมสลากการกุศลด้วย) และขณะเดียวกันราคาที่ประชาชนซื้อที่สูงกว่าเมื่อ ๑๐ ปีที่ผ่านมา โดยในปี ๒๕๕๓ ราคาสลากกินแบ่งเฉลี่ยคู่ละ ๙๐ บาท แต่ในปี ๒๕๕๓ ราคาเฉลี่ยเพิ่มเป็นคู่ละ ๑๑๐ บาท ซึ่งจากผลการสำรวจสถานะทางเศรษฐกิจเปรียบเทียบระหว่างปี ๒๕๕๓ กับปี ๒๕๕๖ จะเห็นว่าการเล่นการพนันกำลังส่งผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจของผู้เล่นเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือปี ๒๕๕๓ กลุ่มผู้เล่นที่คิดว่าตนมีสถานะเศรษฐกิจเท่าเดิม มีอยู่ร้อยละ ๘๘.๗ คนกลุ่มนี้มีสัดส่วนลดลงเหลือร้อยละ ๘๕.๗๖ ในปี ๒๕๕๖ ขณะที่กลุ่มที่คิดว่าจนลง ซึ่งมีเพียงร้อยละ ๘.๗ ในปี ๒๕๕๓ กลับมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๑.๖๒ ในปี ๒๕๕๖ ส่วนกลุ่มที่คิดว่ารวยขึ้นจากการเล่นการพนันมีอัตราค่อนข้างคงที่คือประมาณร้อยละ ๒.๖

^{๓๗} การสำรวจโดย คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับ สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๗

^{๓๘} การสำรวจโดย สังคิต พิริยะรังสรรค์ และคณะ, ๒๕๕๓

^{๓๙} การสำรวจโดย คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับ สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๔

๕. ด้านทัศนคติของคนไทยที่เล่นการพนัน ส่วนใหญ่ยังเชื่อว่าตนเองได้รับผลกระทบจากปัญหาการพนันในด้านต่างๆ ในระดับ “ค่อนข้างน้อย” และทั้งคนเล่นการพนันและไม่เล่นการพนันมีความเห็นตรงกันว่า การพนันในบ่อน การพนันฟุตบอล และการพนันหวยใต้ดิน ก่อให้เกิดปัญหาหนี้สิน การพนันส่งผลต่อความไม่ไว้วางใจในเรื่องการเงินและส่งผลกระทบต่อครอบครัว นอกจากนี้ คนไทยส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าการซื้อสลากกินแบ่งรัฐบาลถือว่าเป็นการพนันหรือไม่ และยังไม่แน่ใจว่าควรอนุญาตให้เกมพนันบางประเภทเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมายดีหรือไม่ เช่น การอนุญาตให้มีบ่อนการพนันถูกกฎหมายในประเทศ การพนันฟุตบอลถูกกฎหมายในประเทศ การที่สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลจะจำหน่ายสลาก ๓ ตัว ๒ ตัว ด้วยเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติและการจำหน่ายสลากชุด/ลอก เป็นต้น

๖. สถานการณ์การขยายตัวของการพนันหลากหลายรูปแบบ ทั้งการเพิ่มปริมาณต่อเนื่องของการพนันถูกกฎหมายคือ ลอตเตอรี่ (ประกอบด้วยสลากกินแบ่งรัฐบาลและสลากการกุศล) จากยอดรวม ๖๘ ล้านฉบับในปี ๒๕๕๓ เพิ่มเป็น ๗๒ ล้านฉบับในปี ๒๕๕๖ และปี ๒๕๕๗ เพิ่มเป็น ๗๔ ล้านฉบับ และความพยายามแก้ไขกฎหมายเพื่อให้สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลสามารถจำหน่ายสลาก ๓ ตัว ๒ ตัว ด้วยเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติ การกระจายตัวของการเล่นฟุตบอลและการพนันออนไลน์ทั้งในหมู่เยาวชนและคนทำงาน การใช้วิธีการเสี่ยงโชคเป็นเครื่องมือทางการตลาดโดยใช้รางวัลมูลค่าสูงเหมือนกับสลากเป็นแรงจูงใจ การรูดคูปองธุรกิจพนันและคล้ายพนันผ่านระบบ SMS การขยายพื้นที่และความถี่ของการพนันที่เกี่ยวข้องกับวิถีวัฒนธรรมและชุมชน การทำตลาดเชิงรุกของบ่อนกาสิโนชายแดน คู่ขนานกับการเติบโตของธุรกิจการพนันในประเทศ บริเวณชายแดนล้อมรอบไทยมีการเปิดกาสิโนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นขนาดใหญ่ประมาณ ๑๐ แห่ง และมีขนาดเล็กอีกเป็นจำนวนมาก โดยมีนักพนันชาวไทยเป็นลูกค้าส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ ๙๐ ของลูกค้าทั้งหมด) ทั้งกลุ่มที่เดินทางไปเล่นพนันแบบส่วนบุคคลและแบบโปรแกรมท่องเที่ยวที่มีการเล่นพนันเป็นหนึ่งในโปรแกรม โดยสรุปผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเล่นการพนัน ส่วนใหญ่เกิดจากการเล่นการพนันเกินขนาดและเสพติดการเล่นพนัน ก่อให้เกิดปัญหาหนี้สินและตามมาด้วยปัญหาในการดำเนินชีวิต ปัญหาครอบครัว และผลกระทบต่อสังคม ขณะเดียวกันธุรกิจการพนันก็มีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดผลประโยชน์มหาศาลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มต่างๆ ทำให้การพนันกลายเป็นธุรกิจเชิงพาณิชย์ที่สำคัญ และทำให้ปัญหาการพนันมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เกิดกลไก การผลักดันนโยบายและมาตรการทางกฎหมาย และเน้นให้ความสำคัญกับการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับภาคสังคม

๗. เมื่อวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ คสช. มีประกาศ คำสั่ง ที่ ๑๑/๒๕๕๘ เรื่องมาตรการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล อาศัยอำนาจตามความใน ๔๔ ของรัฐธรรมนูญชั่วคราว ๒๕๕๗ โดยมีสาระสำคัญคือการปรับคณะกรรมการสลากกินแบ่งรัฐบาลใหม่ และกำหนดเพิ่มโทษผู้จำหน่ายสลากเกินราคาเป็น “ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ” โดยให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายทหารที่ผู้บัญชาการทหารบกหรือ แม่ทัพภาคมีอำนาจหน้าที่ในการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดตามกฎหมายนี้ และการกำหนดสัดส่วนเงินรายได้จากการจำหน่ายสลากใหม่โดยให้ร้อยละ ๓ เป็นเงิน “กองทุนสลากกินแบ่งรัฐบาลเพื่อพัฒนาสังคม” เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลเกินราคา และเพื่อประโยชน์ต่อการปฏิรูปประเทศในด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งขณะนี้ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนันร่วมกับเครือข่ายรณรงค์หยุดพนัน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกำลังพัฒนา “ข้อเสนอโครงสร้างการบริหารจัดการกองทุนสลากกินแบ่งรัฐบาลเพื่อพัฒนาสังคม” เพื่อเสนอต่อผู้ที่เกี่ยวข้องและดำเนินการเพื่อหารือร่วมกันต่อไป

จุดเน้นของแผน

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

ด้านการพัฒนาโยบาย และสร้างเป้าหมายร่วม

๑. สนับสนุนการการขับเคลื่อนงานตามแนวทางแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนของสหประชาชาติ (๕ เสาหลัก) และกรอบแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนของ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนให้เป็นอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะประเด็นเร่งด่วนที่ต้องมีการพัฒนา เช่น การตัดสินใจปรับเป้าหมายทศวรรษความปลอดภัยทางถนนให้สอดคล้องกับฐานข้อมูลที่ครอบคลุมการปฏิบัติการเพื่อลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนนตลอดทั้งปี การติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น
๒. ประสานความร่วมมือและสนับสนุนการทำงานกับภาคนโยบาย และแหล่งทุนด้านความปลอดภัย เพื่อให้เกิดเจ้าภาพขับเคลื่อนงานที่หลากหลายเพิ่มขึ้น ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ เขตพื้นที่การศึกษา องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงยุติธรรม หน่วยงานองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงองค์กรระหว่างประเทศ
๓. ผลักดันนโยบายเจาะประเด็นเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยง เพื่อควบคุมเรื่องความปลอดภัยทางถนนเชิงระบบ เช่น แกไขนโยบายการนำผู้ดื่มแล้วขับ (เมา) ออกจากถนน โดยแก้ไขพระราชบัญญัติจราจรทางบก การจัดการจุดเสี่ยงรถโดยสารสาธารณะและการขนส่งสาธารณะที่ปลอดภัย รถจักรยานยนต์ใบขับขี่ เป็นต้น ควบคู่กับการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ดื่มแล้วขับ ขับรถเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด ไม่สวมหมวกนิรภัย เป็นต้น

ด้านเครือข่ายภาคีภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

๑. ส่งเสริมให้เกิดมาตรการระดับองค์กรและมาตรการทางสังคม ที่เื้อื่อต่อความปลอดภัยทางถนน และการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น ความเร็ว การไม่สวมหมวกนิรภัย ดื่มแล้วขับ เป็นต้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ เด็กและเยาวชน วัยแรงงาน และสนับสนุนมาตรการการบังคับใช้กฎหมายของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เช่น มาตรการการใช้รถใช้ถนนที่ปลอดภัยของบุคลากร มาตรการสวมหมวกนิรภัยร้อยเปอร์เซ็นต์ เป็นต้น
๒. เน้นการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในประเด็น ดื่มแล้วขับ ความเร็ว สิทธิความปลอดภัยทางถนนของประชาชน หมวกนิรภัย/รถจักรยานยนต์ ความปลอดภัยทางถนนของเด็ก พร้อมกับส่งเสริมและสนับสนุนหน่วยงาน องค์กร ภาคธุรกิจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม ให้เข้ามามีบทบาทและมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนเพิ่มมากขึ้น
๓. ส่งเสริมองค์ความรู้เรื่องความปลอดภัยทางถนนให้กับสื่อมวลชน และส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกับสถาบันด้านการสื่อสารมวลชน เช่น สถาบันสื่อมวลชนต่างๆ คณะนิเทศศาสตร์ เป็นต้น ในการสร้างแกนนำสื่อมวลชนต้นแบบ และเครือข่ายสื่อมวลชนทุกแขนง เพื่อร่วมสร้างกระแสด้านความปลอดภัยทางถนน

ด้านโครงสร้างและการบูรณาการระดับพื้นที่

๑. เน้นผลักดันให้เกิดการสร้างข้อเสนอนโยบายและข้อปฏิบัติในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่ เสนอให้หน่วยงานที่รับผิดชอบแก้ไขปัญหามา และรวบรวมข้อเสนอมาส่งส่วนกลางเพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ และกระตุ้นให้หน่วยงานที่มีหน้าที่หลักเกิดการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยทางถนนอย่างเข้มข้น
๒. ผลักดันให้เกิดความปลอดภัยทางถนนในระดับพื้นที่ โดยสานพลังเชื่อมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน ท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการสร้าง “มาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน” ในหน่วยงาน องค์กร ทั่วประเทศ รวมถึงผลักดันให้เกิดกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น เช่น ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปอ.อำเภอ) เป็นต้น
๓. พัฒนาต้นแบบถนนปลอดภัย (ถนนควบคุมความเร็ว ถนนในแหล่งท่องเที่ยว ถนนในเมือง/ชนบท/เมืองใหม่) พัฒนาต้นแบบชุมชนลดอุบัติเหตุทางถนนควบคู่กับการดำเนินงานจังหวัดควบคุมปัจจัยเสี่ยง และสังเคราะห์ชุดความรู้จากพื้นที่ต้นแบบต่างๆ เพื่อนำไปขยายผลและทำให้เกิดการขยายผลในทางนโยบาย รวมทั้งทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประมวลผลชุดความรู้ข้อเสนอแนะนโยบาย เผยแพร่ผ่านช่องทางสื่อ

ด้านการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้อุบัติเหตุจราจร

๑. สนับสนุนให้เกิดระบบข้อมูลและกลไกกำกับติดตามการดำเนินงาน ตามแนวทาง ๕ เสาหลัก ของ ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พร้อมทั้งสนับสนุนและร่วมกับคณะทำงานด้านข้อมูล ศปอ. และหน่วยงานหลัก เช่น สตช. สธ. คค. เป็นต้น ให้สามารถจัดการข้อมูลด้านความปลอดภัยทางถนนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๒. สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้เพื่อการสื่อสารสาธารณะ โดยเน้นการสร้างและรวบรวมองค์ความรู้ และข้อมูลจากแหล่งต่างๆ จัดทำเป็นฐานข้อมูล กำหนดประเด็น แปลงเป็นข่าวสารและสื่อสารในช่องทางที่เหมาะสม สอดคล้องกับการใช้ประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติ และภาคประชาสังคม
๓. สนับสนุนกลไกติดตามภาควิชาการและภาคประชาชนในการเกาะติดและสะท้อนปัญหากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แกนนำนักวิชาการด้านความปลอดภัยทางถนนเชิงประเด็น เครือข่าย Road Safety Watch เครือข่ายเฝ้าระวังรถโดยสารสาธารณะปลอดภัย เป็นต้น
๔. สนับสนุนการศึกษาวิจัยในประเด็นสำคัญ เช่น นโยบายแนวทางการซ่อม/สร้างถนน และ ผังเมือง/ระบบขนส่งเพื่อความปลอดภัยทางถนน การพัฒนารูปแบบ/วิธีการอบรมใบขับขี่ด้านทัศนคติ ความปลอดภัย การพัฒนารูปแบบ/วิธีการสอบขอรับใบอนุญาตขับขี่แบบใหม่ การวิจัยเพื่อประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อความปลอดภัยทางถนน รวมถึง การประเมินเชิงคุณภาพในมิติต่างๆ เพื่อสนับสนุนการทำงานด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ เป็นต้น

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

๑. รวบรวมข้อมูล สถิติ การเกิดเหตุภัยพิบัติที่สำคัญของประเทศ และการจัดการภัยพิบัติในแต่ละพื้นที่ เพื่อจัดทำองค์ความรู้จัดทำแนวทางคู่มือต่างๆ ที่จำเป็น และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อผลักดันให้เกิดระบบการบริหารจัดการภัยพิบัติของประเทศที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การจัดตั้งทีมที่ปรึกษาการบริหารสถานการณ์ภัยพิบัติ
๒. สนับสนุนให้เกิดการศึกษาวิจัยในประเด็นสำคัญ เช่น ระบบการจัดการภัยพิบัติของประเทศ (Big system management) และระบบสนับสนุนเพื่อเสริมการทำงานของระบบ การจัดการภัยพิบัติในพื้นที่เกิดภัยซ้ำซาก การพัฒนาระบบข้อมูลการจัดการภัยพิบัติทั้งระบบ
๓. ศึกษา และถอดบทเรียนการจัดการภัยพิบัติภายในชุมชน เพื่อสร้างต้นแบบและพัฒนาศูนย์เรียนรู้ชุมชนจัดการภัยพิบัติด้วยตนเอง และสามารถนำไปใช้ขยายผลกับพื้นที่อื่นได้
๔. สนับสนุนให้เครือข่ายชุมชนมีแผนป้องกันการเกิดภัย เตรียมความพร้อมรับมือภัย และแผนการฟื้นฟูหลังประสบภัย

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

๑. การขยายและพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายให้เป็นเจ้าภาพร่วมในการพัฒนานโยบาย มาตรการ และกลไก โดยเชื่อมประสานการทำงานและสนับสนุนการพัฒนากลไกเชิงนโยบายเพื่อลดปัญหาจากการพนัน
๒. การสนับสนุน ติดตาม และผลักดันการปรับปรุงกฎหมายร่างพระราชบัญญัติสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ. ให้สอดคล้องตามประกาศ คำสั่ง คสส. ที่ ๑๑/๒๕๕๗ เรื่องมาตรการแก้ไข้ปัญหาที่เกิดจากการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล (มท.๔๔) เพื่อครอบคลุมมาตรการสำคัญ อาทิ กองทุนสลากกินแบ่งรัฐบาลเพื่อพัฒนาสังคม การจัดสรรรายได้ เพิ่มบทลงโทษ ฯลฯ
๓. การสนับสนุนการเสนอ ร่างพระราชบัญญัติการพนัน ฉบับ พ.ศ. (ฉบับประชาชน) โดยครอบคลุมหลักการที่จะไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน การปรับนิยามให้ครอบคลุมการพนันในรูปแบบใหม่ การป้องกันเด็กและเยาวชน ฯลฯ ให้เข้าสู่กระบวนการพิจารณา
๔. การสื่อสารสร้างความตระหนักและการขยายช่องทางการสื่อสารโดยมุ่งเน้นการป้องกันเด็กและเยาวชนให้มีให้เกี่ยวข้องกับการพนัน และการณรงค์สื่อสารสร้างความตระหนักต่อสังคมถึงผลกระทบจากการพนัน อาทิ การพนันฟุตบอลยูโร ๒๐๑๖ คนรุ่นใหม่ไม่เสพติด (พนัน) ร่วมกับแผนอาหารเพื่อสุขภาพในการสื่อสารประเด็นการลดการพนันผ่านข้อความสั้น (SMS) ของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มกาเฟอีน
๕. การพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย เพื่อครอบคลุมประเด็นสำคัญในการป้องกัน แก้ไข และลดผลกระทบจากปัญหาการพนัน อาทิ ร่างพระราชบัญญัติสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ. ร่างพระราชบัญญัติการพนัน ฉบับ พ.ศ. (ฉบับประชาชน) ข้อเสนอมาตรการ นโยบาย ไม่เพิ่มการพนันรูปแบบใหม่ๆ เช่น บ่อนกาสิโน หวยออนไลน์ พนันฟุตบอล พนันออนไลน์ พนันผ่านข้อความสั้น (SMS) ฯลฯ พร้อมทั้งเผยแพร่สื่อสารงานวิจัยสู่สาธารณะ

๖. การสนับสนุนให้เกิดการเริ่มต้นวางแผนและ/หรือดำเนินการพัฒนาระบบจุดบริการให้การปรึกษาแก่เหยื่อปัญหาการพนันและผู้ที่ได้รับผลกระทบ เพื่อให้เกิดเครือข่ายเหยื่อจากปัญหาการพนันทั้งผู้เล่นการพนันเองหรือครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ

วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนเป้าหมายการลดแนวโน้มการเกิดและการสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนของประชาชนไทยของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน
๒. สนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างเป็นระบบและยั่งยืน
๓. พัฒนาโครงสร้างการทำงานและการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่
๔. ประสานและส่งเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายลดอุบัติเหตุทางถนน
๕. รณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนน
๖. สนับสนุนการวิจัยและการจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุทางถนนที่จำเป็น
๗. พัฒนาและจัดการความรู้ สร้างความเข้มแข็งของท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และถอดบทเรียนการจัดการภัยพิบัติ
๘. พัฒนาองค์ความรู้ เป้าหมาย นโยบาย และเครือข่ายการทำงาน เพื่อแก้ไขปัญหาจากการพนันในระดับชาติ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

๑. เกิดนโยบายสาธารณะใหม่ที่ส่งผลต่อการลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เช่น มาตรการเอาคนเมาออกจากถนน (เมา+ขับ = จับ+ขัง) มาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน นโยบายองค์กรในการลดพฤติกรรมเสี่ยงหลักได้แก่ขับเร็วไม่สวมหมวกนิรภัย ดื่มแล้วขับ และระบบขนส่งสาธารณะ
๒. เกิดกระแสสังคมและความตื่นตัวของประชาชนในด้านความปลอดภัยจากอุบัติเหตุจราจรอย่างน้อย ๒ ประเด็นต่อปี
๓. เกิดการขยายภาคีเชิงยุทธศาสตร์ในเครือข่ายการรณรงค์ของภาคส่วนต่างๆ ทั้งในส่วนประชาสังคม จังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สื่อมวลชน ภาคธุรกิจและเอกชน อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ โดยบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑๕ องค์กร



๗๓

๔. เกิดการพัฒนาโครงสร้างการทำงาน และการบูรณาการการป้องกัน และลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกจังหวัดที่มีความสนใจ อย่างน้อยจำนวน ๗๐ จังหวัด และในจำนวนนี้มีจังหวัดที่มีการยกระดับการพัฒนาจังหวัดและสร้างนวัตกรรมในจังหวัด สามารถดำเนินงานตามเป้าหมายท้าทายที่กำหนดไว้อย่างน้อย ๑๔ จังหวัด พร้อมทั้งเกิดการพัฒนาโครงสร้างการทำงานและบูรณาการการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่อำเภอนำร่อง อย่างน้อย ๗ อำเภอ
๕. เกิดการพัฒนากระบวนการข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุจราจรที่ถูกต้อง ทันเหตุการณ์ ผ่านการทบทวน และสังเคราะห์องค์ความรู้ และเกิดระบบฐานข้อมูลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้รถใช้ถนนรายจังหวัด ที่มีความน่าเชื่อถือ สามารถเผยแพร่สู่สาธารณะได้ และมีรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนเป็นประจำทุกปี
๖. เกิดองค์ความรู้และการจัดการความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนที่จำเป็น อย่างน้อย ๑๐ เรื่องต่อปี พร้อมเกิดชุดความรู้ในประเด็นที่สำคัญ อย่างน้อย ๕ ชุดต่อปี เพื่อเผยแพร่สู่สาธารณะ และมีการประชุมวิชาการระดับชาติอย่างต่อเนื่องทุก ๒ ปี

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

๑. เกิดการศึกษาวิเคราะห์และถอดบทเรียนสถานการณ์ภัยพิบัติที่สำคัญของประเทศ จัดทำฐานข้อมูลความรู้ด้านภัยพิบัติ และเกิดข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อผลักดันให้เกิดระบบการบริหารจัดการภัยพิบัติของประเทศที่มีประสิทธิภาพ
๒. เกิดชุดข้อมูลความรู้ด้านการรับมือภัยพิบัติ อย่างน้อย ๒ เรื่อง และเกิดการถอดบทเรียนกระบวนการจัดการภัยพิบัติของชุมชนต้นแบบ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปสู่การขยายพื้นที่ดำเนินงาน
๓. เกิดชุดความรู้ “ชุมชนต้นแบบด้านการจัดการภัยพิบัติ” โดยชุมชนและเครือข่าย เป็นแกนหลัก อย่างน้อย ๔ เรื่อง ใน ๔ ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ เพื่อเผยแพร่สู่สาธารณะ
๔. เกิดแผนป้องกันการเกิดภัยพิบัติของชุมชน ทั้งการเตรียมความพร้อมการรับมือภัย และการฟื้นฟูหลังประสบภัย อย่างน้อย ๕๐ ชุมชน

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

๑. เกิดนโยบายสาธารณะ มาตรการ หรือกลไกที่มีประสิทธิภาพต่อการลดผลกระทบจากการพนัน ตลอดจนข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ๑ เรื่อง
๒. เกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการพนัน ๑ ประเด็น



ตัวชี้วัดร่วม

๑. บูรณาการการทำงานร่วมกับปัจจัยเสี่ยงหลักอื่น เช่น
 - ๑.๑ การร่วมผลักดันนโยบายร่วมระหว่างการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการจัดการความปลอดภัยทางถนน
 - ๑.๒ การรณรงค์ป้องกันปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มเยาวชน (ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน ยาเสพติด และการจัดการความปลอดภัยทางถนน)
 - ๑.๓ การทำงานเชิงป้องกันปัจจัยเสี่ยงในชุมชน (ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน ยาเสพติด การจัดการความปลอดภัยทางถนน และภัยพิบัติ)
 - ๑.๔ ทำงานบูรณาการผ่านโครงการจังหวัดราชบุรีสุขภาวะ
๒. การบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนอื่นๆ โดยสนับสนุนให้เกิดการถอดบทเรียนจากกรณีความสำเร็จ เพื่อพัฒนาต้นแบบ หรือรูปแบบการดำเนินงาน (model) ที่ชัดเจน และเชื่อมประสานกับแผนงานอื่น เพื่อขยายผลทั้งในเชิงของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ เช่น
 - ๒.๑ แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อขยายประเด็นความปลอดภัยในเด็ก
 - ๒.๒ แผนสุขภาวะชุมชน เพื่อขยายประเด็นชุมชนถนนปลอดภัยผ่านพื้นที่ชุมชน และร่วมพัฒนาและขยายพื้นที่ชุมชนต้นแบบด้านการจัดการภัยพิบัติ
 - ๒.๓ แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร เพื่อขยายประเด็นมาตรการองค์กรส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย และมาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน
 - ๒.๔ แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยขยายประเด็นความปลอดภัยทางถนนเรื่องการสวมหมวกนิรภัย การดื่มไม่ขับ การสร้างความตระหนักต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการพนัน

แนวทางการดำเนินงาน

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การขับเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยในด้านความปลอดภัยทางถนน มีการพัฒนาสมรรถนะขององค์กรและบุคลากรที่จำเป็น และการบูรณาการยุทธศาสตร์ ทั้งด้านการรักษากฎหมาย (enforcement) การให้ข้อมูล/ความรู้ (education) วิศวกรรมจราจร (engineering) การจัดระบบบริการฉุกเฉิน (EMS) และการประเมินผล (evaluation) ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร และสาธารณภัยอื่น ทั้งนโยบายระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ และในด้านการจัดการภัยพิบัติ ประสานการให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกกระดับ เชื่อมโยงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประสานเครือข่ายอาสาสมัคร ภาคประชาชน ร่วมกับพัฒนาการจัดการในระดับพื้นที่ และผลักดันให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการเสนอแนะแนวทางการจัดการภัยพิบัติ

โดยนำไปสู่การสนับสนุนกรอบยุทธศาสตร์ตามแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนปี ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ ทั้ง ๕ ประการ ได้แก่

๑. การบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน
๒. ถนนและการสัญจรอย่างปลอดภัย
๓. ยานพาหนะปลอดภัย
๔. ผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย
๕. การตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนน

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

กลุ่มแผนงานด้านการลดปัญหาการพนันขับเคลื่อนดำเนินงานตามยุทธศาสตร์หลัก “สามสามพลัง” ประกอบด้วยพลังปัญญา พลังสังคม และพลังนโยบาย เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น พัฒนาให้เกิดระบบฐานข้อมูลสถิติด้านการควบคุมปัญหาการพนันระดับชาติ มุ่งเน้นสร้างความตระหนักรู้ต่อสังคม ด้านผลกระทบจากการพนันเพื่อสร้าง “ภูมิคุ้มกันให้กับภาคสังคม” เป็นเจ้าภาพหลักร่วมกันในการจัดระเบียบนโยบาย มาตรการ และกลไกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อมุ่งสู่การลดปัญหาจากการพนันหลักที่ก่อให้เกิดผลกระทบสูงก่อน โดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชน เป็นต้น

กลุ่มแผนงาน

แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงหลักทางสังคม ประกอบด้วย ๖ กลุ่มแผนงาน ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานการพัฒนา นโยบาย และสร้างเป้าหมายร่วม

- ๑.๑ สนับสนุนศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ดำเนินงานตามแผนที่นำทางเชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนปี ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ ซึ่งดำเนินการด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายตามกรอบปฏิญญามอสโก คือ ลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงเหลือต่ำกว่า ๑๐ คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปี ๒๕๖๓ ภายใต้แนวทาง ๘ ประเด็นหลัก ได้แก่ (๑) การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย (๒) การลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับขี่ยานพาหนะ (๓) การแก้ไขปัญหาคอขวด จุดอันตราย (๔) การปรับปรุงพฤติกรรมการใช้ความเร็ว (๕) การยกระดับมาตรฐานยานพาหนะให้ปลอดภัย (๖) การพัฒนาสมรรถนะผู้ใช้รถใช้ถนน (๗) การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การรักษาและฟื้นฟูผู้บาดเจ็บ และ (๘) การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ และ ๕ เสาหลักของแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน

ได้แก่ (๑) โครงสร้างการจัดการความปลอดภัยทางถนนที่เข้มแข็ง และการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ (๒) ถนนและการสัญจรอย่างปลอดภัย (๓) ยานพาหนะปลอดภัย (๔) ผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย และ (๕) การตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนน

๑.๒ ผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๖๓

๑.๓ ร่วมผลักดันจุดคานงัดสำคัญทางนโยบาย ให้เกิดกระบวนการนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันแก้ไขปัญหาคอขวดจราจร รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย และกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนร่วมกัน และสร้างมาตรการเสริมการบังคับใช้กฎหมาย เช่น การขับเคลื่อนนโยบายเกี่ยวกับการเพิ่มโทษผู้ที่เมาแล้วขับ การกำหนดให้หน่วยงานต่างๆ มี “มาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน” เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การดื่มไม่ขับ การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย การไม่ขับรถเร็ว เกินกฎหมายกำหนด เป็นต้น

๑.๔ ผลักดันและสนับสนุนให้การดำเนินงาน ตามทิศทาง “ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน” ของสหประชาชาติ และกรอบแผนทศวรรษความปลอดภัยทางถนนของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในประเด็นสำคัญที่ต้องพัฒนาและปรับปรุง ได้แก่ (๑) สนับสนุนโครงสร้างศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนและคณะอนุกรรมการ ๕ สาขาหลัก ที่มีอยู่ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควบคู่ไปกับการเชื่อมโยงบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (๒) สนับสนุนกลไกด้านข้อมูล MIS และ การติดตามกำกับ ประเมินผล (Monitoring and Evaluation : M&E) ให้มีประสิทธิภาพ และ (๓) สนับสนุนและผลักดันให้เกิด “โครงสร้างการจัดการด้านวิชาการ” และกลไกด้านงบประมาณ ที่เหมาะสมกับการขับเคลื่อนการแก้ปัญหา

๑.๕ สนับสนุนศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) ในการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายที่ส่งผลกระทบสูงจากฐานวิชาการ และการจัดเวทีวิชาการสาธารณะในเรื่องที่เป็นประเด็นตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

๑.๖ ผลักดันนโยบายเจาะประเด็นเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อควบคุมความปลอดภัยทางถนนทั้งระบบ เช่น รถจักรยานยนต์ กำหนดรถที่ผลิตขายต้องมีความเร็วไม่เกินกำหนด การควบคุมการปรับแต่งความเร็วรถ ควบคู่กับการลดพฤติกรรมเสี่ยง (ดื่มไม่ขับ สวมหมวกนิรภัย ขับขี่ความเร็วไม่เกินอัตราที่กฎหมายกำหนด) ส่วนรถโดยสารสาธารณะควบคุมทั้งคุณภาพรถและให้มีเข็มขัดนิรภัยทุกที่นั่ง รวมถึงคุณภาพพนักงานขับรถ และผลักดันให้เกิดการบังคับใช้เข็มขัดนิรภัยกับผู้โดยสาร เป็นต้น มุ่งเน้นสนับสนุนหน่วยงานที่มีส่วนสำคัญให้ดำเนินการด้านการบังคับใช้กฎหมายในระดับปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ตำรวจวิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เพื่อนำไปกำหนดเป็นแนวทางและมาตรการในการบังคับใช้กฎหมาย ในพื้นที่กองบัญชาการตำรวจภูธรภาคต่างๆ และในด้านการเพิ่มมาตรฐานความปลอดภัยในรถสาธารณะและในรถรับส่งนักเรียน อาทิ สภาพรถ การคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้โดยสารสาธารณะ การใช้เทคโนโลยีเพื่อจำกัดความเร็วของรถโดยสาร

ความชำนาญเส้นทางของคนขับ ด้านการปรับปรุงโครงสร้างถนนให้ปลอดภัย อาทิ การจัดการจุดเสี่ยงให้มีเลน ทางเท้าและทางรถจักรยาน ด้านการลดความรุนแรงในการเกิดอุบัติเหตุ อาทิ การใช้รถจักรยานยนต์ไฟฟ้าหรือรถจักรยานทดแทน

๑.๗ ประสานความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก องค์การระดับนานาชาติ และหน่วยงานภาคนโยบายในประเทศไทยที่หลากหลาย ได้แก่ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงคมนาคม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการท่องเที่ยว กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงอุตสาหกรรม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสภาวินัยแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่นๆ ในการเชื่อมประสานและพัฒนายุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยทางถนน ตามนโยบายทศวรรษความปลอดภัยของสหประชาชาติ (๒๕๕๓ - ๒๕๖๓) และทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานที่หลากหลายขึ้น

๑.๘ ขยายความร่วมมือให้มีการร่วมลงทุนเรื่องความปลอดภัยทางถนนจากภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดเจ้าภาพขับเคลื่อนงานที่หลากหลายขึ้นพร้อมส่งเสริมให้เรื่องความปลอดภัยทางถนนเป็นส่วนหนึ่งของ “มาตรการองค์กร” เช่น สถานศึกษา สถานประกอบการ การนิคมอุตสาหกรรม หน่วยงานของรัฐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น บริษัทประกันภัย เป็นต้น

๑.๙ นำผลการประเมินครั้งที่ทศวรรษของแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน มาพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานตาม ๕ เสาหลัก

๒. กลุ่มแผนงานการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

สนับสนุนสำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ มูลนิธิเมาไม่ขับ เครือข่ายหมอบอานามัย และมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เครือข่ายสื่อมวลชน ในการประสานงานและขยายเครือข่ายและรณรงค์ประชาสัมพันธ์

๒.๑ รณรงค์ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ให้เกิดการรับรู้ สร้างจิตสำนึกความปลอดภัย และการสร้างค่านิยมในการลดอุบัติเหตุ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนให้มีความปลอดภัย โดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยง อาทิ การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย การขับรถในความเร็วดำเนินการตามกฎหมาย กำหนด การดื่มไม่ขับ การคาดเข็มขัดนิรภัย การไม่โทรศัพท์ขณะขับรถ รวมทั้งการสื่อสารข้อมูลและกรณีอุบัติเหตุทางถนนที่ส่งผลกระทบต่อความสนใจของสังคม และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะ ตลอดจนการรณรงค์เพื่อลดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเป้าหมายหลักที่เป็นเด็กและเยาวชน โดยให้ครอบครัวและสังคมมีบทบาทในการดูแลปกป้องลูกหลานให้ลดพฤติกรรมเสี่ยง และสนับสนุนการอบรมเสริมสร้างวินัยจราจรควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมาย

๒.๒ ส่งเสริมให้เกิดผู้นำความปลอดภัย และการมี “มาตรการองค์กร” และ “มาตรการทางสังคม” ที่เอื้อต่อการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน เช่น มาตรการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยของบุคลากร นักเรียน นักศึกษา ในองค์กร มาตรการในการขับขีรถของบุคลากรหน่วยงาน เป็นต้น

- ๒.๓ ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ และมีการจัดการการสื่อสารสาธารณะในเชิงยุทธศาสตร์ ทั้งด้านเนื้อหา รูปแบบ ช่องทางสื่อสาร สื่อสารมวลชนต่างๆ อาทิ การมีแผนยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสารความปลอดภัยทางถนน มีการพัฒนาความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนให้กับสื่อมวลชน ส่งเสริมให้เกิด “แกนนำและสื่อต้นแบบ” และ “เครือข่ายสื่อ” ที่ทำงานด้านอุบัติเหตุทางถนน เพิ่มการแปลงสารในเรื่องความปลอดภัยให้หลากหลาย สะดวกในการเข้าถึงและเข้าใจง่าย ผ่านช่องทางต่างๆ รวมทั้งสื่อออนไลน์ มีการนำเสนอและการเกาะติดในกรณีเหตุการณ์สำคัญ ส่งผลกระทบต่อความสนใจของสังคม และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านความปลอดภัยที่เหมาะสม และมีการนำเสนอข่าวสารด้านความปลอดภัยทางถนนในเชิงการสืบสวนสาเหตุอุบัติเหตุ นำไปสู่ภาคนโยบายและหน่วยงานที่รับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอเพื่อการแก้ไขปัญหา
- ๒.๔ สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ หนุนท้องถิ่นชุมชน เข้ามาจัดระบบเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างยั่งยืน ขยายจำนวนภาคีเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และพัฒนาศักยภาพภาคีภาคประชาสังคมในการดำเนินงาน ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานองค์กร ภาคธุรกิจ มูลนิธิ ภาคประชาสังคม และสื่อมวลชนทุกแขนง ให้เข้ามามีบทบาท และมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนเพิ่มมากขึ้น
- ๒.๕ ขยายความร่วมมือกับภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น ชุมชน เช่น สมาคมผู้ประกอบการรถจักรยานยนต์ หอการค้าจังหวัด บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ บริษัทประกันภัย บริษัทเครือข่ายประกันภัยไทย เป็นต้น ให้ร่วมลงทุนในการจัดระบบเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุทางถนนมากยิ่งขึ้น โดยใช้โอกาสการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม ในการขยายการทำงานร่วมกับภาคเอกชน
- ๒.๖ เชื่อมประสานการขยายผลต่อยอดการทำงานผ่านแผนที่เกี่ยวข้องของ สสส. อาทิ แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ในการรณรงค์สร้างความปลอดภัยในกลุ่มแรงงาน กลุ่มวินมอเตอร์ไซด์ โดยเฉพาะการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย ทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสาร ส่งเสริมให้สถานประกอบการ มีมาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน เพื่อดูแลความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และการเดินทางไป - กลับจากที่พักกับที่ทำงานของบุคลากร แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัวในการเผยแพร่องค์ความรู้เพื่อลดอุบัติเหตุจราจรในเด็ก ตลอดจนการปลูกฝังจิตสำนึกด้านความปลอดภัยทางถนน การสวมหมวกนิรภัยในเด็ก และการปฏิบัติตามวินัยจราจร แผนสุขภาวะชุมชน ในการรณรงค์ให้ชุมชนเกิดความตื่นตัวในเรื่องความปลอดภัยทางถนนและสร้างมาตรการองค์กร เพื่อความปลอดภัยของคนในชุมชน แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยขยายประเด็นความปลอดภัยทางถนนเรื่อง การสวมหมวกนิรภัย การดื่มไม่ขับ

๓. กลุ่มแผนงานการพัฒนาโครงสร้างและการบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่

- ๓.๑ สนับสนุนการวางแผนงานอย่างมีส่วนร่วม และการบูรณาการการดำเนินงานทุกภาคส่วนทั้งราชการ ท้องถิ่น เอกชน และชุมชนในการป้องกันและลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในระดับจังหวัด และขยายออกไปในระดับอำเภอ และนำร่องในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเน้นการสนับสนุนจังหวัดที่มี

การยกระดับพัฒนาการ เพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนทั้งจังหวัด และสร้างนวัตกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน และสนับสนุนสัมฤทธิ์ผลของการทำงานลดปัญหาในพื้นที่ กำกับติดตามผลระดับจังหวัด และสะท้อนผลการติดตามเพื่อการพัฒนา

- ๓.๒ ส่งเสริมผลักดันให้เกิดการสร้างและพัฒนาข้อเสนอนโยบายและข้อปฏิบัติ ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่ เสนอให้หน่วยงานที่รับผิดชอบแก้ไขปัญา และรวบรวมเป็นข้อเสนอมายังส่วนกลาง เพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ และกระตุ้นให้หน่วยงานที่มีหน้าที่หลักเกิดการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ
- ๓.๓ ส่งเสริมให้มีผู้เชื่อมประสาน ด้านความปลอดภัยในระดับต่างๆ เพื่อกระตุ้น จัดการความรู้ และเชื่อมโยงการทำงานของเครือข่ายต่างๆ ให้มาเสริมพลัง และขยายผลการดำเนินงาน รวมทั้ง ยกระดับการขับเคลื่อนไปสู่แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด
- ๓.๔ สนับสนุนคณะทำงานวิชาการ ที่ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา กำกับดูแลทางด้านวิชาการแก่จังหวัดและพื้นที่ รวมทั้งการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญาอุบัติเหตุ เพื่อขยายผลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จสู่พื้นที่อื่น รวมทั้งประมวลผลชุดความรู้ที่สำคัญจัดทำเป็นข้อเสนอเผยแพร่ผ่านช่องทางสื่อต่างๆ และเพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ
- ๓.๕ ผลักดันให้เกิดต้นแบบความปลอดภัยทางถนนในระดับพื้นที่ โดยสานพลังเชื่อมกับภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน ท้องถิ่น เพื่อสร้าง “มาตรการทางสังคม” และ “มาตรการองค์กร” ด้านความปลอดภัยทางถนนในองค์กรต่างๆ ทั่วประเทศ
- ๓.๖ สนับสนุนการป้องกันและลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนนโดยชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยผลักดันให้ท้องถิ่นเห็นความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยทางถนนและสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง พร้อมกับมีมาตรการของชุมชนในเรื่องความปลอดภัยทางถนน

๔. กลุ่มแผนงานการพัฒนากระบวนการข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร

- ๔.๑ สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่เป็นต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับเรื่องของความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย และสร้างงานวิจัยที่สำคัญตามความจำเป็นของสถานการณ์ เช่น ผลกระทบจากการเปิดเขตเสรีการค้าอาเซียน นโยบายแนวทางการซ่อม/สร้างถนน การพัฒนารูปแบบ/วิธีการอบรมใบขับขี่ด้านทัศนคติความปลอดภัย การวิจัยเพื่อประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อความปลอดภัยทางถนน เป็นต้น
- ๔.๒ พัฒนารฐานข้อมูลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงหลักของผู้ใช้รถใช้ถนนระดับจังหวัดที่มีความต่อเนื่องและครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศอย่างเป็นระบบ รวมถึงการจัดทำรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยเป็นประจำทุกปี ตลอดจนการยกระดับการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนให้ครอบคลุมถึงปัจจัยสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมากยิ่งขึ้น

- ๔.๓ ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากข้อมูลและองค์ความรู้ในการวางแผนพัฒนายุทธศาสตร์และดำเนินการมาตรการแก้ไขปัญหาคอขวดเหตุจราจร ทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม รวมถึง พัฒนาระบบการนำเสนอข้อมูล ความรู้ สู่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะให้มีประสิทธิภาพ เช่น ข้อเสนอเชิงนโยบาย จัดทำเอกสารประกอบการประชุมวิชาการ พัฒนาเว็บไซต์ และการจัดเวทีร่วมกับสื่อมวลชน
- ๔.๔ สนับสนุนและผลักดันให้เกิดกลไกการจัดการติดตามกำกับ ประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาระบบข้อมูลติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการตลอดทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน โดยเฉพาะในประเด็นหลักที่กำหนดไว้ พร้อมกับสนับสนุนให้มีกลไกติดตามภาควิชาการและภาคประชาชน ในการเกาะติดและสะท้อนปัญหากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แกนนำนักวิชาการด้านความปลอดภัยทางถนนเชิงประเด็น เครือข่าย “Road Safety Watch” เครือข่ายเฝ้าระวังรถโดยสารสาธารณะปลอดภัย เป็นต้น
- ๔.๕ สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้และพัฒนาชุดความรู้ เพื่อการสื่อสารสาธารณะ โดยมุ่งเน้นการสร้างและรวบรวมองค์ความรู้และข้อมูลจากที่ต่างๆ จัดทำเป็นฐานข้อมูลด้านอุบัติเหตุ แปลงเป็นข่าวสารและสื่อสารไปในช่องทางที่เหมาะสม ให้สอดคล้องกับการใช้ประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติ และภาคประชาสังคม
- ๔.๖ ประสานเครือข่ายวิชาการ พัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนในการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อขับเคลื่อนการแก้ปัญหาในประเด็นสำคัญ
- ๔.๗ สนับสนุนให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนงานวิชาการในระดับพื้นที่ที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของพื้นที่ เพื่อให้การแก้ไขปัญหานั้นอยู่บนฐานวิชาการ ผสานด้วยการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยมุ่งเน้นจุดจัดการในระดับอำเภอ ท้องถิ่น และกลไกในระดับหน่วยงานองค์กร
- ๔.๘ จัดประชุมวิชาการเรื่องความปลอดภัยทางถนนระดับชาติ เป็นประจำทุกสองปี โดยสร้างความร่วมมือและความเป็นเจ้าของร่วมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

๕. กลุ่มแผนงานการจัดการภัยพิบัติ

- ๕.๑ สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ในเรื่องกระบวนการจัดการภัยพิบัติในรูปแบบต่างๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นในประเทศไทย และสนับสนุนการศึกษาวิจัยในประเด็นสำคัญ เช่น ระบบการจัดการภัยพิบัติของประเทศ และระบบสนับสนุนเพื่อเสริมการทำงานของระบบใหญ่ การจัดการภัยพิบัติในพื้นที่เกิดภัยซ้ำซาก และการพัฒนาระบบข้อมูลการจัดการภัยพิบัติทั้งระบบ เป็นต้น
- ๕.๒ สนับสนุนการสร้างพื้นที่นำร่อง/ต้นแบบ ในการรับมือภัยพิบัติอย่างเป็นรูปธรรมโดยมีชุมชนและเครือข่ายเป็นแกนหลัก ซึ่งมีแผนป้องกันภัย แผนเตรียมความพร้อมรับมือภัย และแผนการฟื้นฟูหลังประสบภัย และเกิดบทเรียนภาคปฏิบัติระดับชุมชนสำหรับการประยุกต์ใช้ในการรับมือภัยพิบัติครั้งต่อไป และสามารถนำไปเผยแพร่ให้ชุมชนอื่นปฏิบัติต่อไปได้

- ๕.๓ ศึกษาและถอดบทเรียนการจัดการภัยพิบัติภายในชุมชน เพื่อสร้างต้นแบบและพัฒนาให้เกิด ศูนย์เรียนรู้ชุมชนจัดการภัยพิบัติด้วยตนเอง และสามารถนำไปใช้ขยายผลกับพื้นที่อื่น
- ๕.๔ สนับสนุนการสร้างเครือข่ายองค์กรสาธารณประโยชน์ นักวิชาการ ภาคประชาชน และเครือข่าย อาสาสมัคร/จิตอาสา ให้มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างกระบวนการจัดการภัยพิบัติของประเทศให้มี ประสิทธิภาพ พร้อมทั้ง มีส่วนร่วมในการรับมือกับภัยพิบัติ การช่วยเหลือฟื้นฟูพื้นที่ประสบภัย และ การเชื่อมโยงการทำงานกับภาครัฐ
- ๕.๕ สร้างความตระหนักรู้เรื่องการเฝ้าระวังภัยพิบัติ การช่วยเหลือตนเองและบุคคลใกล้เคียงต้น อย่างมีสติ ในการรับมือสถานการณ์ภัยพิบัติรูปแบบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในประเทศไทย

๖. กลุ่มแผนงานด้านการลดปัญหาจากการพนัน

การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อลดปัญหาจากการพนัน โดยเสริมความเข้มแข็งให้กลไก การจัดการในการประสานการดำเนินงานด้านวิชาการ เพื่อมุ่งเน้นการดำเนินการดังนี้

- ๖.๑ การสร้างความรู้โดยสนับสนุนการวิจัยเพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์ เพื่อพัฒนาแนวนโยบายในการกำกับ และควบคุมการพนัน ตามแนวทางที่หลากหลาย ประเทศใช้ คือ
- (๑) ต้องรู้เท่าทันสถานการณ์ เช่น การประมวลสถานการณ์ภาพรวมและความรุนแรงของปัญหา ที่เกิดขึ้น การรู้เท่าทันกลยุทธ์ของธุรกิจการพนันในรูปแบบต่างๆ โดย (๑) ต้องรู้ผลกระทบ ที่เกิดขึ้น เช่น ผลกระทบระดับสังคม ระดับความรุนแรง (อาชญากรรมครอบครัว สังคม) การพนัน ที่มีผลกระทบด้านมิติเศรษฐกิจ การศึกษาปัญหาและผลกระทบเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาของ ผู้ติดการพนัน และ (๒) ต้องรู้ประสิทธิภาพของกลไก มาตรการต่างๆ เช่น มาตรการ ความรู้ สร้างภูมิคุ้มกัน การทำความเข้าใจการพนันในสังคมไทย การสร้างมาตรการควบคุมจากชุมชน เพื่อหาแนวทางเชิงวัฒนธรรมในการลดการพนันในระดับชุมชน ตลอดจนการผลักดันให้ ประเด็นสถานการณ์และผลกระทบปัญหาจากการพนันเป็นประเด็นหนึ่งของระบบฐานข้อมูล สถิติระดับชาติ
 - (๒) การสร้างเครือข่ายการวิจัย/นักวิชาการและภาคีเครือข่าย โดยพยายามสร้างความเชื่อมโยงกับ สถาบันการศึกษา องค์กรภาคต่างๆ ตั้งแต่นักวิชาการในมหาวิทยาลัยในสาขาวิชาต่างๆ จนถึง การวิจัยในระดับชุมชน มีการพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการ และพัฒนาศักยภาพนักวิจัยและภาคี เครือข่ายด้านการควบคุมการพนัน
 - (๓) การจัดการความรู้และเผยแพร่ โดยให้มีการจัดการความรู้เพื่อการเผยแพร่ในรูปแบบต่างๆ ผ่านการพัฒนาฐานข้อมูล การรวบรวมความรู้จากแหล่งต่างๆ การสังเคราะห์และย่อความรู้ เพื่อเผยแพร่ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย การประชุมสัมมนาต่างๆ และเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อสารมวลชน อย่างต่อเนื่อง

- ๖.๒ การพัฒนาเครือข่ายเพื่อการรณรงค์และสนับสนุนนโยบายสาธารณะ เพื่อเน้นให้สังคมตระหนักถึงปัญหาจากการพนัน มีหน่วยงานทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพร่วมในการจัดระเบียบนโยบาย มาตรการ และกลไกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อมุ่งสู่การลดผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและเยาวชน โดยเสริมความเข้มแข็งให้กับกลไกการจัดการในการประสานการดำเนินงานด้านการเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบาย เพื่อมุ่งเน้นการดำเนินการดังนี้
- (๑) รณรงค์สร้างกระแสสังคม เพื่อกระตุ้นให้เกิดการตระหนักของสังคมถึงปัญหาจากการพนัน ผลกระทบที่เกิดขึ้น การเห็นความสำคัญของการร่วมลดปัญหาการพนันในสังคมไทย และการรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมที่ส่งเสริมการพนัน ตลอดจนการสนับสนุนนโยบายและมาตรการที่สำคัญ
 - (๒) ขยายและเสริมศักยภาพภาคีเครือข่ายในการทำงาน รวมถึงการขยายแนวร่วมและพัฒนาศักยภาพหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนนโยบาย มาตรการต่างๆ เพื่อให้เกิดการควบคุมทางด้านอุปทาน การลดอุปสงค์ และการลดผลกระทบของการพนัน ตลอดจนการสนับสนุนให้เกิดกลไกการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาจากการพนันในระดับชาติ
 - (๓) พัฒนาให้เกิดกลไกการเฝ้าระวังทั้งด้านนโยบายสาธารณะที่อาจส่งผลกระทบต่อการเพิ่มพื้นที่การพนัน และด้านการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการสร้างกลไกป้องกันแก้ไขปัญหา รวมถึงการสนับสนุน ติดตาม ผลักดัน การปรับปรุงร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาการพนัน โดยครอบคลุมหลักการที่จะไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน อาทิ ร่างพระราชบัญญัติสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ. ร่างพระราชบัญญัติการพนัน ฉบับ พ.ศ. (ฉบับประชาชน)
 - (๔) พัฒนาแนวทางและระบบจุดบริการเพื่อให้คำปรึกษา/บำบัดให้กับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาการพนัน
 - (๕) บูรณาการการทำงานของกลุ่มแผนงานด้านการลดปัญหาการพนันร่วมกับการลดปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาเสพติด และแผนอื่นๆ อาทิ แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

ภาคีหลัก

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ

ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร กระทรวงคมนาคม กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย มูลนิธิเมาไม่ขับ ชมรมคนห่วงหัว มูลนิธิเพื่อความปลอดภัยทางถนน

คณะทำงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรระดับจังหวัด โรงพยาบาลขอนแก่น มูลนิธิไทยโรดส์ สถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค สำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ สมาคมหมอนามัย มูลนิธิเครือข่ายหมอนามัย สถาบันอิศรา สันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย สถาบันพัฒนาองค์กรเอกชน สมาคมหมอนามัย บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ บริษัทประกันภัยศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก โรงพยาบาลรามาธิบดี สมาคมปลอดภัยไว้ก่อน สมาคมวิทยาการจราจรและขนส่งแห่งประเทศไทย สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยแห่งประเทศไทย มูลนิธิเพื่อการบริหารจัดการน้ำแบบบูรณาการ มูลนิธิชุมชนไท สื่อมวลชน ภาครัฐกิจเอกชนต่างๆ ฯลฯ

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เครือข่ายรณรงค์หยุดพนัน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา กระทรวงการคลัง โทรทัศน์ และโทรคมนาคมแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ กรมสุขภาพจิต เครือข่ายนักวิชาการสาขาต่างๆ เครือข่ายสื่อมวลชน เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายที่ทำงานกับเด็กและเยาวชน เครือข่ายสื่อออนไลน์

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานการพัฒนานโยบายและสร้างเป้าหมายร่วม	๑๒
๒. กลุ่มแผนงานการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์	๘๖
๓. กลุ่มแผนงานการพัฒนาโครงสร้างและการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่	๓๘
๔. กลุ่มแผนงานการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร	๓๑
๕. กลุ่มแผนงานการจัดการภัยพิบัติ	๕๓
๖. กลุ่มแผนงานการลดปัญหาจากการพนัน	๖๐
รวม	๓๒๐

แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

สถานการณ์และแนวโน้ม

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในแผนนี้ ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ นอกเหนือไปจากปัจจัยเสี่ยงหลักที่ สสส. กำหนดไว้ในแผนเฉพาะแล้ว ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุทางถนนและอุบัติเหตุ การขาดการออกกำลังกาย และปัจจัยเสี่ยงด้านอาหาร นอกจากนี้ การเลือกประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเพื่อดำเนินการในแผน จะเน้นประเด็นที่ส่งผลกระทบสูงต่อประชาชนส่วนใหญ่ และมีแนวทางที่สามารถขับเคลื่อนได้ตามวัตถุประสงค์และยุทธศาสตร์ของ สสส. ซึ่งในช่วงระยะแผนหลัก ๓ ปี ของ สสส. (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) ยังคงกรอบการดำเนินงานใน ๔ แผนงาน คือ (๑) แผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ (๒) แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต (๓) แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ และ (๔) แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา ซึ่งในช่วงที่ผ่านมา ทั้ง ๔ แผนงาน สามารถขับเคลื่อนในทิศทางที่สอดคล้องต่อการบรรลุเป้าหมายในระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. ที่กำหนดไว้

ในช่วงที่ผ่านมา สถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับทั้ง ๔ แผนงานดังกล่าว มีสาระสำคัญที่สามารถรวบรวมและสรุปได้ ดังนี้

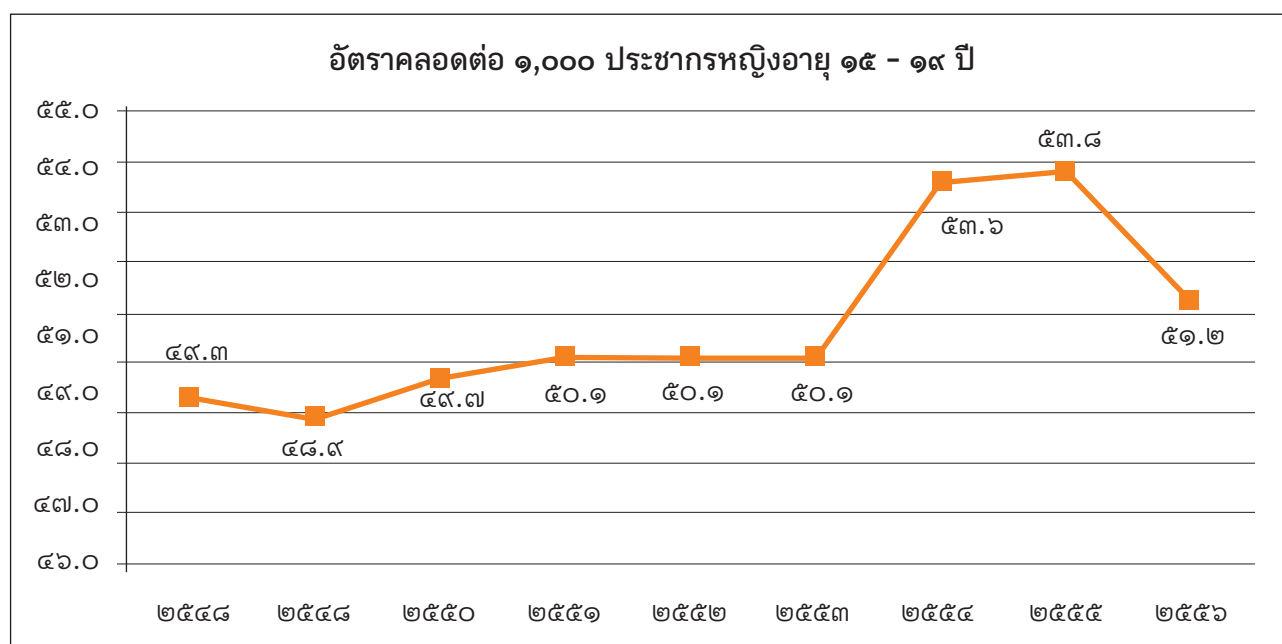
๑. สถานการณ์การตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

๑.๑ คนไทยเกิดน้อย ด้อยคุณภาพ เนื่องจากอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ได้ให้ข้อสรุปที่สำคัญว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัจจัยคุกคามคุณภาพประชากรในระยะยาว เพราะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่ยังขาดความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ วุฒิภาวะและอื่นๆ จึงก่อปัญหาด้านสุขภาพโดยตรงต่อตัวเองและทารก ซึ่งมักจะคลอดก่อนกำหนดและมีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ส่งผลต่อพัฒนาการล่าช้าตลอดช่วงวัยเด็ก และด้วยการเป็นวัยที่ยังไม่พร้อมสำหรับการตั้งครรภ์และการเป็นแม่ การเปลี่ยนบทบาทมาเป็น “แม่วัยรุ่น” ทำให้วัยรุ่นและครอบครัว ต้องสูญเสีย “โอกาส” การพัฒนาศักยภาพในการพึ่งตนเอง ส่งผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ต่อวิถีชีวิต คุณภาพชีวิต และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศด้วย ดังนั้น การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงเป็นภารกิจสำคัญในช่วงที่สังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ด้วยอัตราส่วนและจำนวนผู้สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะที่อัตราเกิดของประชากรลดลง และแนวโน้มประชากรไทยจะเริ่มลดลงในระยะ ๕ - ๑๐ ปี ข้างหน้า ดังนั้น การเกิดที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงมีความสำคัญอย่างมาก

เนื่องจากประเทศไทยไม่สามารถจัดเก็บข้อมูลเรื่องการตั้งครรภ์ได้ จึงใช้อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี เป็นตัวบ่งชี้สถานการณ์ ซึ่งพบว่าอัตราการคลอดในหญิงวัย ๑๕ - ๑๙ ปี ในระยะเกือบ ๑๐ ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จาก ๔๙.๓ รายต่อประชากรหญิงวัยเดียวกัน ๑,๐๐๐ คน ในปี ๒๕๔๘ เป็น ๕๓.๘ ราย ในปี ๒๕๕๕ และลดลงเล็กน้อยเป็น ๕๑.๒ ราย ในปี ๒๕๕๖ นอกจากนี้ ยังมีทารกที่เกิดจากแม่วัยต่ำกว่า ๑๕ ปี กว่า ๓,๐๐๐ คนต่อปี (หรือมีทารกเกิดจากแม่วัย ๑๐ - ๑๙ ปี วันละกว่า ๓๓๐ คน ปีละกว่า ๑๒๐,๐๐๐ คน รวมกว่า ๑ ล้านคน ในรอบ ๑๐ ปีที่ผ่านมา) นอกจากนี้ จำนวนคลอดซ้ำในวัยรุ่นก็เพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๑๑.๐ ในปี ๒๕๕๓ เป็นร้อยละ ๑๒.๒ ในปี ๒๕๕๖ (จำนวน ๑๕,๒๒๙ ราย) จากจำนวนคลอดในวัยรุ่นทั้งหมด บ่งชี้ว่าสถานการณ์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบสูง เพราะการคลอดในวัยรุ่น อยู่ในอัตราสูงถึง ๑ ใน ๖ ของการคลอดทั้งหมดของหญิงไทย ซึ่งมีจำนวน ๗๔๘,๐๖๗ ราย ในปี ๒๕๕๖ เมื่อมอง ในภาพรวมของสถานการณ์ประชากรไทยในขณะนี้ จึงมีลักษณะ “เกิดน้อย ด้อยคุณภาพ”

ภาพแสดงอัตราการคลอดในวัยรุ่นหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ต่อประชากรหญิงวัยเดียวกัน ๑,๐๐๐ คน

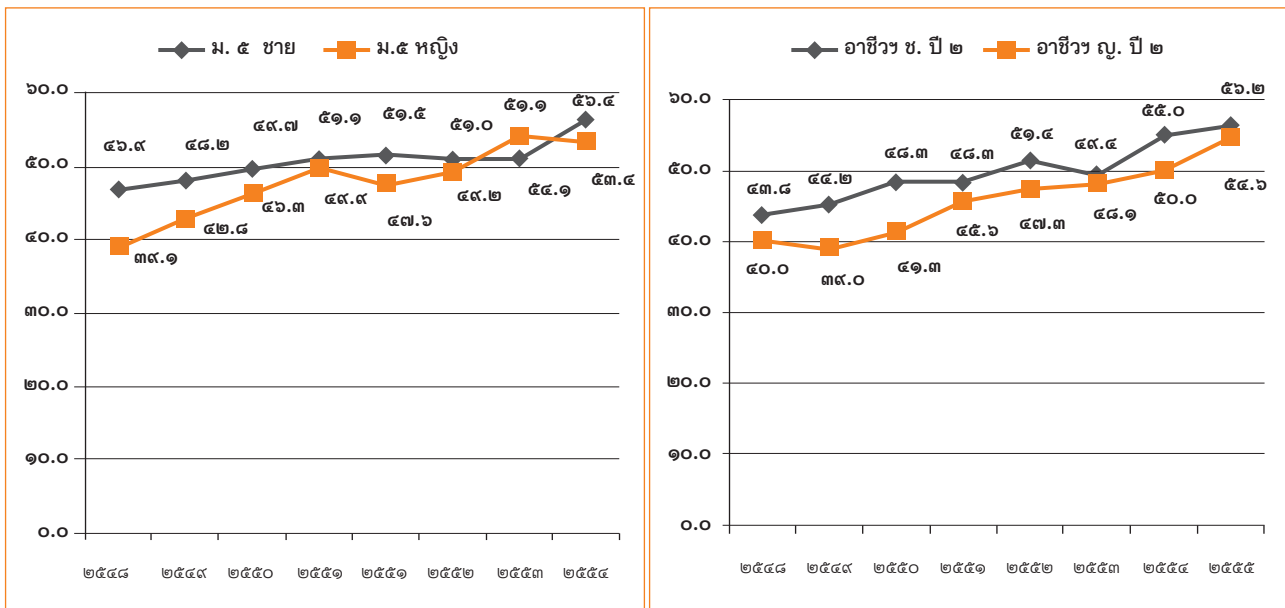


ที่มา : สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

๑.๒ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น ขณะที่แนวโน้มใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของสำนัก ระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รายงานว่า ตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ - ๒๕๕๗ วัยรุ่นอายุ ๑๐ - ๑๙ ปี เป็นโรคติดต่อทางเพศ สัมพันธ์ เพิ่มขึ้นเกือบ ๕ เท่าตัว จาก ๗.๕๓ เป็น ๓๔.๕๐ ต่อประชากรแสนคน ขณะที่ผลการสำรวจในปี ๒๕๕๖ พบแนวโน้มที่ดีว่า วัยรุ่นในสถานศึกษาที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว มีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น อย่างไรก็ตาม อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในเยาวชน (รวมถึงในประชาชนทั่วไป) ยังไม่สูงเพียงพอที่จะช่วยลดอัตราการเกิดโรค ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการติดเชื้อเอชไอวี ตามเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ที่มุ่งลดการติดเชื้อ เอชไอวีรายใหม่ลง ๒ ใน ๓ ในปี ๒๕๕๙

ภาพแสดงร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ ๕ และอาชีวศึกษา
ชั้นปีที่ ๒



ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

๑.๓ หลายสาเหตุที่ส่งผลให้ปัญหาการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น จากข้อมูล
ต่างๆ ที่มี อาจประเมินสาเหตุสำคัญของปัญหาได้ดังนี้

- (๑) การขาดการศึกษา รวมถึงขาดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา โดยเฉพาะในวัยรุ่นหญิง (“แม่วัยรุ่น” UNFPA ๒๕๕๖ หน้า ๒๓)
- (๒) ช่องว่างความสัมพันธ์ในครอบครัว และการเลี้ยงดูของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง โดยพบว่าสถานที่ส่วนใหญ่ที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมากที่สุด (ร้อยละ ๕๙ - ๖๙ ในวัยรุ่นชาย และร้อยละ ๕๐ - ๖๘ ในวัยรุ่นหญิง ที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว) คือที่บ้านตนเอง หรือบ้านเพื่อน^{๓๐}
- (๓) การขาดความรู้ ความเข้าใจ หรือมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเรื่องวิธีการคุมกำเนิดที่ได้ผล โดยมีวัยรุ่นน้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ที่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก
- (๔) การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ อันเนื่องมาจากชนิดและการให้บริการคุมกำเนิดที่มีอยู่ยังมีข้อจำกัด และไม่สอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่น หรือการจัดบริการแบบตั้งรับในหน่วยบริการซึ่งไม่สะดวกต่อการเข้าถึงของวัยรุ่น
- (๕) การขาดบริการให้คำปรึกษาเมื่อประสบปัญหาและ/หรือการเข้าถึงบริการปรับประจำเดือนหรือการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย สำหรับวัยรุ่นที่ประสบปัญหาการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นผลจากทัศนคติและความเชื่อในสังคมไทย โดยเฉพาะในบุคลากรด้านสุขภาพส่วนใหญ่

^{๓๐} สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, ๒๕๕๕

๑.๔ สถานการณ์การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น

(๑) การพัฒนายุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่นระดับชาติ

ในช่วงที่ผ่านมา ประเทศไทยมียุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ๒ ยุทธศาสตร์ คือ (๑) ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นผู้รับผิดชอบ (โดยได้รับมอบนโยบายจากรัฐบาลในสมัยที่นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นนายกรัฐมนตรี ในปี ๒๕๕๔) และ (๒) กระทรวงสาธารณสุข โดยคณะกรรมการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ได้จัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (๒๕๕๓ - ๒๕๕๗) โดยมีประเด็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่นเป็นประเด็นหลัก แต่ทั้ง ๒ ยุทธศาสตร์ ยังขาดการเชื่อมประสานการดำเนินงานร่วมกัน และยังมีขอบเขตการทำงานส่วนใหญ่อยู่ภายในแต่ละกระทรวง

ในปี ๒๕๕๘ สสส.ร่วมกับหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมกันขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ในระดับนโยบายส่วนกลาง โดยมุ่งการปรับและพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่นในระดับชาติที่มีอยู่ให้เป็นยุทธศาสตร์เดียว ทั้งนี้ ในเดือนเมษายน ๒๕๕๘ คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น มี นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร เป็นประธาน ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าวได้ประสานการทำงานร่วมกับผู้แทนจากหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทั่งสามารถพัฒนาร่างยุทธศาสตร์ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายได้ (ในขณะที่จัดทำแผนดำเนินงานเล่มนี้ ในช่วงเดือนมิถุนายน ๒๕๕๘ คณะกรรมการฯ ดังกล่าว ได้เตรียมเสนอร่างยุทธศาสตร์ต่อ ครม.เพื่อขอความเห็นชอบและการสนับสนุนเชิงนโยบายต่อไป)

(๒) การพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานในระดับพื้นที่ตาม “ภารกิจ ๙ ด้าน”

ผลการศึกษาจากบทเรียนการแก้ปัญหานี้ในประเทศอังกฤษ โดย ศาสตราจารย์โรเจอร์ อิงแฮม แห่งศูนย์วิจัยด้านสุขภาพทางเพศ มหาวิทยาลัยเซาธัมป์ตัน พบว่าการดำเนินงานสามารถลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ ร้อยละ ๔๘ ในเวลา ๑๒ ปี โดยปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญคือ (๑) มุ่งเน้นการจัดการเชิงพื้นที่เป็นหลัก (area - based) โดยมี ๘ ภารกิจสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างประสานสอดคล้องในแต่ละพื้นที่ (๒) ใน ๘ ภารกิจนั้นมีภารกิจที่เป็นหัวใจคือ การจัดบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น โดยเฉพาะการได้เรียนรู้เรื่องทักษะชีวิตและเพศศึกษา และการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้โดยสะดวก และ (๓) มีระบบประเมินผลและติดตามการดำเนินงานระดับพื้นที่และนำข้อมูลมาปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่อง^{๓๑}

จากสถานการณ์และบทเรียนดังกล่าว ในช่วงปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗ สสส. โดยแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ร่วมกับภาคีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้พัฒนาแนวทางการดำเนินงานที่ชื่อว่า “ภารกิจ ๙ ด้าน”^{๓๒} เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่นที่มุ่งประสิทธิผล โดยมีทีมงานจากจังหวัดที่สมัครเข้าร่วม

^{๓๑} เอกสาร “พลังสังคม รับมือ ท้องวัยรุ่น” จากผลการประชุมระดับชาติเรื่องสุขภาพทางเพศ ครั้งที่ ๑ วันที่ ๘-๙ กันยายน ๒๕๕๗ อิมแพคฟอรัม เมืองทองธานี

^{๓๒} ภารกิจ ๙ ด้านประกอบด้วย (๑) การประสานแผน งบฯ และกลไกทำงานร่วมกัน (๒) การพัฒนากิจกรรมผู้ปกครองในการสื่อสารกับบุตรหลาน (๓) การเรียนรู้เพศศึกษาของวัยรุ่น (๔) การดูแลกลุ่มเปราะบาง (๕) การสื่อสาร (๖) บริการสุขภาพที่เป็นมิตร (๗) บริการด้านสังคมและสวัสดิการที่จำเป็นและเชื่อมโยงกับบริการด้านสุขภาพและการศึกษา (๘) บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์ให้กับวัยรุ่น (๙) ระบบกำกับ ติดตามและพัฒนาการทำงาน

และได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินงานนำร่องในพื้นที่ จำนวน ๑๘ จังหวัด^{๓๓} ซึ่งผลจากการติดตามการดำเนินงาน ช่วยให้ทราบว่า หากมีนโยบายและกลไกระดับชาติที่เอื้ออำนวย จะช่วยให้การขับเคลื่อนงานในพื้นที่มีโอกาสประสบความสำเร็จและขยายผลได้มากขึ้น

(๓) สิทธิประโยชน์การคุมกำเนิดกึ่งถาวรตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับวัยรุ่น

จากข้อมูลการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ที่พบสูงถึงราวร้อยละ ๑๒ ซึ่งบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรจะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากวัยรุ่นที่มาคลอดหรือแท้งยินยอมรับบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้เริ่มให้สิทธิประโยชน์การคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด หรือห่วงอนามัย) สำหรับวัยรุ่นหญิง ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ๒๕๕๗ โดยผู้รับบริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และสามารถเข้ารับบริการได้ที่โรงพยาบาลของรัฐ และเอกชนที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผลจากมาตรการนี้ ช่วยให้บางจังหวัดที่จัดบริการได้ดี สามารถลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นลงได้ถึงร้อยละ ๑๐ ในปีเดียว

(๔) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ออกมาตรการป้องกันและดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่ประสบปัญหา

ในปี ๒๕๕๘ ศูนย์เฉพาะกิจคุ้มครองและช่วยเหลือนักเรียน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (กพฐ.สพฐ.) ได้จัดทำคู่มือมาตรการและแนวทางการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่ประสบปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยเรียน เพื่อเป็นแนวทางให้สถานศึกษาดำเนินการพัฒนาปรับปรุงการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา และพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลช่วยเหลือและการคุ้มครองนักเรียน ให้สถานศึกษาบูรณาการภาระงานที่เกี่ยวข้องกับระบบช่วยเหลือและการคุ้มครองนักเรียนเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และช่วยเหลือนักเรียนทุกกลุ่ม โดยได้แบ่งออกเป็น ๔ มาตรการ คือ (๑) การจัดการเรียนรู้เพศศึกษาและการสร้างภูมิคุ้มกันแก่นักเรียน (๒) การเฝ้าระวัง การป้องกันและการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยเรียน (๓) การดูแลให้ความช่วยเหลือและการคุ้มครองนักเรียนที่ตั้งครรภ์ในวัยเรียน และ (๔) การสร้างความตระหนักและการพัฒนาการมีส่วนร่วมของสังคม^{๓๔}

(๕) การป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัยในวัยรุ่นที่ประสบปัญหาการตั้งครรภ์

ในการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ประสบปัญหาการตั้งครรภ์ รวมถึงสตรีที่ประสบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งมีการคาดประมาณว่า ในแต่ละปีประเทศไทยมีสตรีที่ประสบปัญหาและมีการทำแท้งมากกว่า ๓ แสนราย โดยประมาณหนึ่งในสามเป็นกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ประเทศไทยยังไม่มีการจัดระบบดูแลช่วยเหลือที่ชัดเจน ทั้งในด้านการให้คำปรึกษาที่มีคุณภาพและการดูแลเพื่อการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมดังกล่าว เป็นที่น่ายินดีว่าในรอบปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีความก้าวหน้าไปอีกขั้นหนึ่ง ในด้านเทคนิคการให้บริการยุติการตั้งครรภ์สำหรับผู้ประสบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้อนุมัติการขึ้นทะเบียนยายุติการตั้งครรภ์ (ยา Metabon) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แนะนำว่า เป็นยาที่ช่วยยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง สามารถช่วยให้ผู้ที่ประสบปัญหาการตั้งครรภ์

^{๓๓} จังหวัดที่สมัครเข้าร่วมและได้รับการสนับสนุนจาก สสส. ให้ดำเนินงานนำร่องตามภารกิจ ๔ ด้านแล้ว (กรกฎาคม ๒๕๕๘) จำนวน ๒๐ จังหวัด ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ ลำพูน พะเยา ลำปาง ตาก นครสวรรค์ นครราชสีมา นครพนม ชัยภูมิ เลย มหาสารคาม ขอนแก่น ฉะเชิงเทรา นครนายก สุพรรณบุรี สมุทรสาคร เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ และกระบี่

^{๓๔} เอกสาร “มาตรการและแนวทางการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่ประสบปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยเรียน” โดยศูนย์เฉพาะกิจคุ้มครองและช่วยเหลือเด็กนักเรียน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ๒๕๕๘

ไม่พร้อม สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ทั้งนี้ การใช้ยาดังกล่าวในช่วงแรกนี้ จะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกรมอนามัย โดยหน่วยบริการที่จะขอมีและใช้ยาดังกล่าวได้ จะต้องขึ้นทะเบียนและรายงานการใช้ยาทุกครั้งต่อกรมอนามัย

ในช่วงปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ได้สนับสนุนให้มูลนิธิเข้าถึงเอดส์พัฒนาสายด่วน ๑๖๖๓ ให้คำปรึกษาในเรื่องนี้ ร่วมไปกับการแนะนำหรือส่งต่อให้เข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและถูกกฎหมาย การขึ้นทะเบียนยา “Metabon” และการใช้ยาภายใต้การกำกับดูแลของกรมอนามัยที่ได้เริ่มเชื่อมเครือข่ายหน่วยบริการกับการทำงานของสายด่วน ๑๖๖๓ จะมีส่วนช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการนี้ซึ่งจะมีส่วนช่วยลดความสูญเสียและอันตรายจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยลงได้อย่างมาก

๒. สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาเอดส์ในประเทศไทย

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร ผู้ทรงคุณวุฒิและที่ปรึกษาในการขับเคลื่อนงานควบคุมปัจจัยเสี่ยงเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของ สสส. ได้วิเคราะห์ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ร่วมกับข้อมูลจากแหล่งอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้สรุปสถานการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทยได้ดังนี้

๒.๑ ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ปีละ ๖,๐๐๐ ถึง ๘,๐๐๐ ราย ซึ่งควรจะควบคุมให้ลดลงได้ ทั้งนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่า การดำเนินงานแก้ไขปัญหามาเอดส์ในปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่การรักษาผู้ติดเชื้อ (การตรวจเลือดและการจ่ายยา) โดยมีรายงานว่า งบประมาณด้านเอดส์กว่าร้อยละ ๗๕ เป็นค่ารักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ส่วนงบประมาณการป้องกันมีน้อย ต้องอาศัยเงินสนับสนุนจากต่างประเทศ

๒.๒ กว่าร้อยละ ๖๐ ของผู้ติดเชื้อรายใหม่อยู่ในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับและแพร่เชื้อเอชไอวี ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย หญิงบริการทางเพศและลูกค้า และผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด หากสามารถป้องกันการแพร่เชื้อในกลุ่มเหล่านี้ได้ จะมีโอกาสลดการติดเชื้อลงจนเป็นศูนย์ได้

๒.๓ ความชุกของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น นักเรียน นักศึกษา เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้มีความจำเป็นต้องวางมาตรการป้องกันด้วยเช่นกัน

๒.๔ การป้องกันการแพร่เชื้อจากการด่าสู่ทางทวาร และจากการรับบริจาคเลือด เป็นมาตรการพื้นฐานของประเทศ ที่สามารถป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีผ่านช่องทางดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๕ มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น ๓๗๖,๒๗๔ ราย เป็นเพศหญิง ๑๒๐,๓๕๑ ราย มีสัดส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ ๒ ต่อ ๑ แต่ในวัยรุ่นอายุ ๑๐ - ๑๙ ปี พบว่าเพศหญิงมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย คือ ๑.๒๒ ต่อ ๑ (ยุทธศาสตร์รณรงค์ทางอนามัยแห่งชาติ ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๖๒) สอดคล้องกับผลสำรวจของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ในการเฝ้าระวังพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นนับตั้งแต่ปี ๒๕๓๘ ที่พบว่า วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ระหว่างเป็นนักเรียนนักศึกษาในสัดส่วนที่เพิ่มมากขึ้นตลอดมา โดยในปี ๒๕๕๕ พบว่า ในระดับชั้น

มัธยมศึกษาปีที่ ๒ นักเรียนชายที่มีประวัติเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ ๕.๓ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒.๙ ในปี ๒๕๕๙ ส่วนนักเรียนหญิงที่มีประวัติเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ ๕.๑ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑.๕ ในปี ๒๕๕๙^{๓๔}

๓. สถานการณ์ด้านสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิตได้ให้นิยามสุขภาพจิตว่าหมายถึง “สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป” โดยแบ่งองค์ประกอบของสุขภาพจิตเป็น ๔ องค์ประกอบ ได้แก่

๑. สภาพจิตใจ หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะของสุขภาพตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิต
๒. สมรรถภาพของจิตใจ หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข
๓. คุณภาพของจิตใจ หมายถึง คุณลักษณะที่ดีงามของจิตใจในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเอง และสังคม
๔. ปัจจัยสนับสนุน หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้มีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน รายได้ ศาสนา ความเชื่อ สิ่งแวดล้อม ความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

นิยามสุขภาพจิตข้างต้น นำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตคนไทย^{๓๖} โดยฉบับเต็มมีคำถาม ๕๕ ข้อ และฉบับย่อมี ๑๕ ข้อ เรียกแบบประเมินฉบับย่อนี้ว่า แบบประเมินความสุขคนไทย เนื่องจากเมื่อกล่าวถึงสุขภาพจิตในทางบวกจะสื่อถึงความสุข ซึ่งครอบคลุม ๔ องค์ประกอบ ดังกล่าว

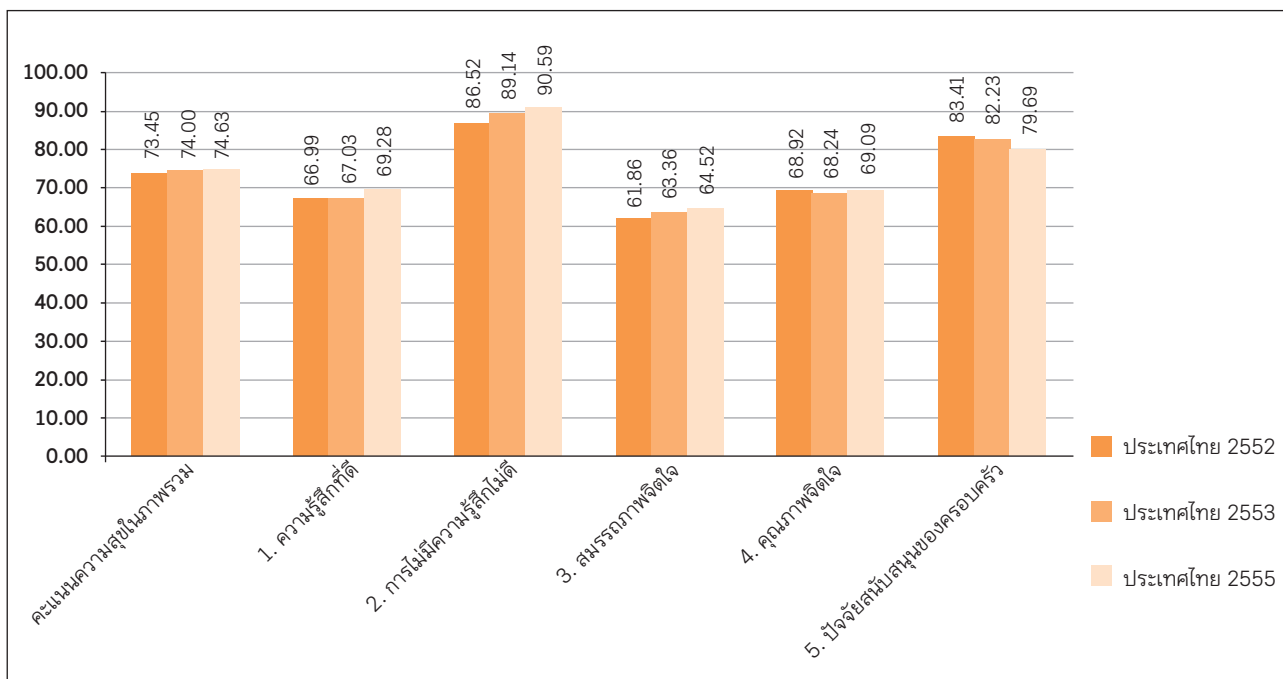
“ในภาพรวม ร้อยละของคนไทยที่มีความสุขมีแนวโน้มลดลง สอดคล้องกับผลสำรวจสัมพันธภาพในครอบครัวที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง”

การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-Economic Survey : SES) ในปี ๒๕๕๕ ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยผนวกแบบประเมินความสุขคนไทยเข้าในการสำรวจ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยทีมวิชาการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และจัดทำเป็นรายงานผลสำรวจความสุขคนไทย (สุขภาพจิต) พบว่า ร้อยละของคนไทยที่มีคะแนนความสุข ต่ำกว่าคนทั่วไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๙.๗ และ ๑๑.๒ ในปี ๒๕๕๕ และ ๒๕๕๖ เป็นร้อยละ ๑๕.๖ ในปี ๒๕๕๗ แสดงให้เห็นว่า อัตราส่วนคนไทยที่มีความสุขมีแนวโน้มลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจลักษณะเดียวกัน ในช่วงปี ๒๕๕๒ ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๕ ที่พบว่า ค่าคะแนนความสัมพันธ์ในครอบครัวไทย มีแนวโน้มลดลงโดยตลอด รวมถึงสมรรถภาพทางจิตใจ ความสามารถในการจัดการปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ยังอยู่ในระดับต่ำ ดังภาพ

^{๓๔} ยุทธศาสตร์รณรงค์ทางอนามัยแห่งชาติ ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒

^{๓๖} อภิชัย มงคล และคณะ. ๒๕๕๗. การพัฒนาและทดสอบดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ภาพแสดงร้อยละของคะแนนความสุขในภาพรวมและ ๕ องค์ประกอบ ปี ๒๕๕๒ ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๕ โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ



นอกจากนี้ เหตุที่ส่งผลให้สัดส่วนคนไทยที่มีความสุขมีแนวโน้มลดลง อาจมีอีกหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โครงการรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย ซึ่ง สสส. โดยแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิตได้ประสานและสนับสนุนให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างสำนักงานสถิติแห่งชาติและทีมนักวิชาการจากสถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ผลผลิตเป็น “ข้อมูลความสุขรายจังหวัด” และ “ปัจจัยความสุขคนไทย^{๓๙} ได้วิเคราะห์ถึงปัจจัยกำหนดความสุขของคนไทย พบว่ามีความสอดคล้องกับรายงานวิจัยเรื่องความสุขจากต่างประเทศ แต่มีปัจจัยที่สะท้อนบริบทของสังคมไทยเป็นการเฉพาะที่ควรมีการติดตามเพื่อทำนายแนวโน้มและหาแนวทางดำเนินการเพื่อสร้างความสุขให้กับสังคมไทย ได้แก่

๑. ปัจจัยด้านประชากร พบว่าผู้ที่มีอายุอยู่ในวัยทำงาน มีความสุขมากกว่าผู้ที่มีอายุในช่วงวัยเยาวชนและผู้สูงอายุ เพศชายมีความสุขมากกว่าเพศหญิง ผู้ที่มีคู่สมรสมีความสุขมากกว่าผู้ที่โสด ผู้ที่โสดมีความสุขกว่าหม้าย/หย่า/แยก และผู้มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีความสุขมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า
๒. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่าการประกอบอาชีพลูกจ้างของรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจมีความสุขมากกว่าเกษตรกร เกษตรกรมีความสุขมากกว่าผู้ประกอบการธุรกิจส่วนตัว และผู้ประกอบการเป็นลูกจ้างเอกชน รวมทั้งประชากรที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ด้านรายได้และหนี้สิน ผู้มีรายได้สูงขึ้นยิ่งมีความสุขมากขึ้น ผู้ที่ไม่มีหนี้สินมีความสุขมากที่สุด ผู้มีหนี้สินนอกระบบมีความสุขน้อยที่สุด ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะยากจนมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่ไม่จนเกือบ ๒ เท่า ส่วนผู้ที่มีฐานะยากจนสามารถสร้างความสุขให้เกิดขึ้นได้ด้วยการทำใจยอมรับ มีความพอเพียง ไม่เปรียบเทียบกับคนที่มีฐานะดีกว่า และมีครอบครัวที่อบอุ่นเป็นปัจจัยสนับสนุน

^{๓๙} ประเวศ ดำติพิวัฒนสกุล และ เอกอนงค์ สิตลาภินันท์. ๒๕๕๔. คู่มือสร้างสุขระดับจังหวัด.

๓. ปัจจัยด้านสังคม พบว่าครอบครัวที่ทำกิจกรรมร่วมกัน มีเวลาให้แกกันอย่างพอเพียง เช่นรับประทานอาหารมือใดมือหนึ่งพร้อมหน้ากัน ดูโทรทัศน์ร่วมกัน เทียวพักผ่อนนอกบ้านพร้อมหน้าพร้อมตากัน การช่วยเหลือเกื้อกูลเพื่อนบ้าน สร้างสัมพันธ์ที่ดีที่สามารถเพิ่มความสุขมากขึ้น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในที่มีทุนทางสังคมสูงทำให้เกิดการไว้วางใจในเพื่อนบ้าน และในละแวกบ้านมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินสูงมีความสุขมากกว่า และผู้ที่ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณธรรม การรักษาศีลห้าครบเป็นประจำ ความรู้สึกว่าตนเองเคร่งศาสนา การให้โอกาสผู้อื่นก่อนตนเอง ความรู้สึกเป็นสุขเมื่อช่วยเหลือผู้อื่น การบริจาค ยิ่งมีมากยิ่งมีความสุขมากขึ้น

๔. ปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่าผู้ที่ออกกำลังกาย ไม่ว่าประเภทใด มีความสุขมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย รวมถึงผู้มีโรคเรื้อรังประจำตัว อยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีความสุขน้อย

สถานการณ์ดังกล่าว สอดคล้องกับรายงานความสุขโลกปี ๒๕๕๕ โดย Helliwell, J., Layard, R. & Sachs, J. (2012). ได้สรุปปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของประชากรโลก ได้แก่ รายได้ การงาน ทุนทางสังคม ศาสนาและระบบคุณค่า สุขภาพจิต สุขภาพกาย ครอบครัว การศึกษา เพศ อายุ

ความสุขจึงเป็นผลรวมของปัจจัยต่างๆ มากมาย ทั้งที่เป็นปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน ซึ่งการศึกษาเรื่องความสุขคนไทยมีข้อสรุปที่คล้ายคลึงกัน แต่มีปัจจัยเฉพาะสำหรับบริบทสังคมไทย เช่น ที่ดินทำกิน หนี้ในระบบ ปัญหายาเสพติด การจราจรเขตเมือง การอพยพย้ายถิ่น ความไม่เป็นธรรม และความขัดแย้งทางการเมือง

และยังมีความสอดคล้องกับประเวช ดันติพิวัฒนสกุล (๒๕๕๔) ที่ได้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบกับประเทศอื่น พบว่าประเทศไทยมีรายได้และจำนวนปีสุขภาพดีอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มีต้นทุนสังคมดี มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน แต่ทุนทางสังคมอาจลดน้อยลงไปหากไม่ใส่ใจดูแล โดยเฉพาะในสถานการณ์ความขัดแย้งทางการเมือง ที่ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องหลายปี และที่เป็นจุดอ่อนสำคัญของไทย คือปัญหาการแพร่ระบาดของคอร์รัปชัน

จากผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ความสุขส่งผลต่อปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพด้วย ได้แก่

๑. สุขภาพและอายุขัย ความสุขช่วยให้ชีวิตยืนยาวและมีสุขภาพที่แข็งแรง
๒. รายได้และการสร้างผลผลิต คนที่มีความสุข จะมีความสามารถในการทำงานและสร้างรายได้ดีกว่า ส่งผลต่อขีดความสามารถในการแข่งขันขององค์กรและประเทศชาติ
๓. พฤติกรรมส่วนบุคคลและพฤติกรรมทางสังคม คนที่มีความสุข จะมีพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมทางสังคมที่ดี ช่วยให้มีสุขภาพดี สร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน

“โรคซึมเศร้าเป็นภาระโรคที่สำคัญ โดยเฉพาะในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น”

องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์แนวโน้มสถานการณ์โรคซึมเศร้า ว่าจะเป็โรคที่มีอุบัติการณ์สูงในอันดับที่ ๒ รองจากโรคหัวใจ ในปี ๒๕๖๓ และคาดว่า ในปี ๒๕๗๓ โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่หนึ่งของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรโลก ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของเด็กและเยาวชนวัย ๑๐ - ๒๔ ปีทั่วโลกที่สูงถึง ๒.๖ ล้านคนต่อปี พบว่า ๑ ใน ๓ มีสาเหตุจากการฆ่าตัวตาย พบว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตายส่วนหนึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า^{๓๔} ในส่วนประเทศไทย ข้อมูลการศึกษาภาระโรคในปี ๒๕๕๒ พบโรคซึมเศร้า

^{๓๔} WHO, 2004

เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (DALYs) อันดับที่ ๓ ในเพศหญิง และอันดับที่ ๘ ในเพศชาย ซึ่งเป็นอันดับที่สูงขึ้นจากผลสำรวจปี ๒๕๔๙ ที่โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ อันดับที่ ๔ ในเพศหญิง และ อันดับที่ ๑๐ ในเพศชาย

การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับประเทศของกรมสุขภาพจิต ในปี ๒๕๕๑ พบว่า ในกลุ่มอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ ๒.๒ หรือราว ๑.๓ ล้านคน ซึ่งโรคซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม โดยก่อให้เกิดอารมณ์เศร้า ความคิดด้านลบ คิดฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น มักแสดงอาการหงุดหงิดมากกว่าอาการซึมเศร้าและแสดงอาการที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น เกราะก้าวร้าว ใช้สารเสพติด พฤติกรรมทางเพศ เพื่อจัดการอารมณ์ด้านลบของตนเอง^{๓๔} ทั้งนี้ หากจัดบริการรักษาที่เหมาะสม จะช่วยให้คนกลุ่มนี้สามารถกลับไปเรียนหรือทำงานได้เต็มความสามารถ และลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ได้

๔. สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

ประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ มีขอบเขตกว้างมาก ในช่วงปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗ แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จึงจัดให้มีการทบทวนสถานการณ์และจัดทำยุทธศาสตร์การทำงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพขึ้น โดยมีข้อสรุปเบื้องต้นว่า มี ๒ ประเด็นหลักด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพที่ สสส. ควรขับเคลื่อนเพื่อนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน ได้แก่ (๑) มลพิษจากอุตสาหกรรม และ (๒) สิ่งแวดล้อมในเขตเมือง การทบทวนสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ จึงเน้น ๒ ประเด็นหลักนี้

ทั้งนี้ ด้วยตระหนักถึงปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนอย่างมาก ทั้งทางตรงและทางอ้อม แต่จากประสบการณ์การทำงานในเรื่องนี้ พบว่า ความตื่นตัวของประชาชนและภาคส่วนต่างๆ ยังมีอย่างจำกัด ส่งผลให้ยังไม่สามารถใช้ประเด็นการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมากระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนงานใน ๒ ประเด็นหลักข้างต้น จะมีโอกาสส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในระดับองค์กร ภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จนถึงระดับประชาชน ซึ่งจะส่งผลต่อเนื่องทางบวกต่อการรองรับปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศด้วย

๔.๑ สถานการณ์ปัญหามลพิษอุตสาหกรรม

การดำเนินนโยบายส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรมของรัฐบาลอย่างเต็มที่ เริ่มตั้งแต่ปี ๒๕๔๕ ที่มีการตั้งกระทรวงอุตสาหกรรมขึ้น และมุ่งหน้าพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศด้วยการกระตุ้นให้มีการลงทุนด้านอุตสาหกรรมอย่างต่อเนื่องหลายทศวรรษ มีการส่งเสริมให้มีการกระจายอุตสาหกรรมออกสู่ภูมิภาค โดยเริ่มบรรจุนโยบายนี้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๓ (๒๕๑๕ - ๒๕๑๙) แต่รัฐไม่มีมาตรการดูแลป้องกันผลกระทบที่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความไม่สมดุลต่อการพัฒนา การดูแล และการคุ้มครองด้านอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม แรงงาน สุขภาพ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ทรัพยากรธรรมชาติถูกทำลายไปจำนวนมาก นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดของเสียหรือขยะอันตรายเพิ่มมากขึ้นจนกลายเป็นภัยคุกคาม

^{๓๔} Rutter, 2009

สิ่งแวดล้อมและสุขภาพในหลายพื้นที่ ขณะที่แม่น้ำและแหล่งน้ำสาธารณะทั่วประเทศ รวมถึงคุณภาพน้ำตามชายฝั่งมีคุณภาพเสื่อมโทรมลงไปมาก จนทำให้ระบบนิเวศและแหล่งอนุบาลสัตว์น้ำวัยอ่อนถูกทำลาย ความอุดมสมบูรณ์จากสัตว์น้ำทั้งในแม่น้ำและท้องทะเลสูญหายไป และไม่ปลอดภัยต่อการบริโภค^{๔๐}

ด้วยสถานการณ์ปัญหาจากมลพิษอุตสาหกรรมที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ในปี ๒๕๑๘ จึงมีการออกพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ โดยกำหนดให้มีระบบการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม (Environmental Impact Assessment : EIA) เพื่อเป็นเครื่องมือในการพิจารณาเห็นชอบของหน่วยงานภาครัฐต่อการอนุมัติโครงการพัฒนา ที่อาจก่อผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและต่อเนื่องถึงสุขภาพของประชาชน แต่ที่ผ่านมา การจัดทำรายงาน EIA มีปัญหาในหลายด้านจนส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในสังคม ตามมามากมาย มีรายงาน EIA ที่ผ่านความเห็นชอบจากภาครัฐที่ไม่ได้รับความเชื่อถือและยอมรับจากภาคประชาชน และแม้จะมีการเพิ่มเติมการวิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment : HIA) เข้ามาในปี ๒๕๕๒ โดยอ้างอิงมาตรา ๖๗ วรรค ๒ ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ แต่ยังคงพบปัญหาเชิงระบบในการจัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมและการวิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพ ที่มีการต่อต้านจากภาคประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

โครงการส่งเสริมการกระจายอุตสาหกรรมสู่ภูมิภาคที่สำคัญและมีขนาดการลงทุนจากต่างประเทศที่ใหญ่ที่สุดของประเทศคือ โครงการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก (Eastern Seaboard Development Program) และภายหลังจากที่มีการสถาปนาการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย ซึ่งเป็นหน่วยงานรัฐวิสาหกิจขึ้นมาในปี ๒๕๒๒ ก็มีการสนับสนุนให้มีการสร้างนิคมอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ขึ้นในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้ จนกระทั่งมีโรงงานอุตสาหกรรมและนิคมอุตสาหกรรมจำนวนมากเกิดขึ้นในทุกภูมิภาคของประเทศ

เมื่อวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๗ อธิบดีกรมควบคุมมลพิษได้เผยแพร่รายงานสถานการณ์มลพิษประเทศไทย ประจำปี ๒๕๕๖ ซึ่งพบว่า ในปี ๒๕๕๖ ประเทศไทยมีโรงงานอุตสาหกรรม ๑๓๙,๔๗๕ โรงงาน ในจำนวนนี้มีโรงงานอุตสาหกรรมที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายประมาณร้อยละ ๒๓ ที่เป็นสาเหตุทำให้แหล่งน้ำต่างๆ ในประเทศไทยมีคุณภาพเสื่อมโทรมลง^{๔๑} ดังเช่นข่าวล่าสุด ที่อธิบดีกรมโรงงานอุตสาหกรรมระบุว่า จากการตรวจสอบโรงงาน ๕,๘๖๐ แห่ง ในปี ๒๕๕๘ พบโรงงานที่มีการปล่อยน้ำเสีย ๑,๔๑๗ แห่ง และพบโรงงานที่มีค่าน้ำทิ้งเกินมาตรฐานถึง ๑๕๑ แห่ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงงานด้านอาหาร สิ่งทอ และพอกย้อม^{๔๒}

การพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมของประเทศ ทำให้กากของเสียทั้งที่อันตรายและไม่อันตรายมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นทุกปี ขณะที่ความสามารถในการกำจัดของประเทศไทย ทั้งโดยภาครัฐและเอกชนมีขีดความสามารถไม่เพียงพอ กรมโรงงานอุตสาหกรรมมีการตรวจสอบข้อมูลปริมาณกากของเสียอันตรายในช่วงระหว่างเดือนมีนาคม ๒๕๕๕ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๕๖ พบว่า มีปริมาณของเสียจากภาคอุตสาหกรรมเกิดขึ้นและมีการแจ้งขออนุญาตนำของเสียออกจากโรงงานอุตสาหกรรมจำนวน ๔๔.๒๕ ล้านตัน ในจำนวนนี้ เป็นกากของเสียอันตราย ๒.๗๕ ล้านตัน แต่มีรายงานการบำบัดและกำจัดถูกต้องตามกฎหมายเพียง ๙ แสนตัน ในช่วงปีเดียว

^{๔๐} สถานการณ์มลพิษประเทศไทย ปี ๒๕๕๖, กรมควบคุมมลพิษ, มีนาคม ๒๕๕๗

^{๔๑} สถานการณ์มลพิษประเทศไทย ปี ๒๕๕๖, กรมควบคุมมลพิษ, มีนาคม ๒๕๕๗

^{๔๒} นสพ.ไทยรัฐ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๘

จึงมีกากของเสียอันตรายมากถึง ๑.๘๕ ล้านตัน สูญหายไปจากระบบการกำจัดที่ถูกต้อง ขณะเดียวกันกากของเสียอุตสาหกรรมส่วนที่เหลืออีก ๔๑.๕๐ ล้านตัน ก็มีการบำบัดที่ถูกต้องเพียง ๑๒ ล้านตัน มีส่วนที่สูญหายไปจากระบบการกำจัดที่ถูกต้องถึง ๒๙.๕ ล้านตัน^{๔๓}

กากของเสียอันตรายที่หายไปจากระบบการกำจัดที่ถูกต้องเหล่านี้ มีโอกาสสูงมากที่จะถูกลักลอบทิ้งในบ่อทิ้งขยะต่างๆ และส่งผลเสียรุนแรงต่อชุมชนโดยรอบ ดังเช่นกรณีเกิดไฟไหม้บ่อขยะหลายแห่งในปี ๒๕๕๘ และที่เป็นข่าวใหญ่คือ ไฟไหม้บ่อขยะแพรกษา ที่จังหวัดสมุทรปราการ ที่ทำให้เกิดควันพิษหนาแน่นส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โดยรอบ

๔.๒ สถานการณ์ปัญหาสิ่งแวดล้อมในเขตเมือง

จากรายงานของ หน่วยงานสำคัญทางด้านการพัฒนาการตั้งถิ่นฐานมนุษย์ของสหประชาชาติ (UN-HABITAT) พบว่าในปี ๒๕๕๕ มีประชากรทั่วโลกที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองในอัตราส่วนสูงกว่าในเขตชนบทเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ พร้อมกับคาดการณ์ว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว^{๔๔} องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่า ในปี ๒๕๗๓ ประชากรร้อยละ ๖๐ จะอาศัยในเขตเมือง และในปี ๒๕๙๓ ประชากรเขตเมืองจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๗๐ โดยเฉพาะในเขตเอเชีย แอฟริกา และลาตินอเมริกา โดยพื้นที่เขตเมืองที่เติบโตโดยขาดการจัดการที่ดี จะพบปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดกับกลุ่มคนยากจนมากที่สุด คือ ปัญหาด้านกายภาพของที่พักอาศัย ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรม ปัญหาด้านสังคมและปัญหาสุขภาพจิต^{๔๕}

ในปี ๒๕๕๖ UN HABITAT ได้จัดทำรายงานเรื่อง *State of the World's Cities Report 2012/2013* โดยมีข้อเสนอสำคัญในการพัฒนาพื้นที่เขตเมือง ๕ ประการ เพื่อช่วยให้เมืองต่างๆ ซึ่งจะมีประชาชนเข้าไปอยู่อาศัยมากขึ้นเรื่อยๆ สามารถรองรับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

A prosperous city is one that provides^{๔๖}

Productivity	Contributes to economic growth and development, generates income, provides decent jobs and equal opportunities for all by implementing effective economic policies and reforms
Infrastructure development	Provides adequate infrastructure – water, sanitation, roads, information and communication technology in order to improve urban living and enhance productivity, mobility and connectivity

^{๔๓} “ผะขี้มีพิษล่องหน ๓๐ ล้านตัน” จากหนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ ปีที่ ๓๓ ฉบับที่ ๒, ๘๓๕ วันที่ ๑๔-๑๗ เมษายน ๒๕๕๖

^{๔๔} <http://www.dailynews.co.th/Content/Article/สังคมสีเขียวยังอยู่ในความฝัน> (เข้าเว็บเมื่อ ๙ เมษายน ๒๕๕๗)

^{๔๕} <http://whothailand.healthrepository.org/handle/๑๒๓๔๕๖๗๘๙/๑๑๒๓> (เข้าเว็บเมื่อ ๙ เมษายน ๒๕๕๗)

^{๔๖} State of the World's Cities Report ๒๐๑๒/๒๐๑๓: Prosperity of Cities. (UN habitat)

Quality of life	Enhances the use of public spaces in order to increase community cohesion, civic identity, and guarantees the safety and security of lives and property
Equity and social inclusion	Ensures the equitable distribution and redistribution of the benefits of a prosperous city, reduces poverty and the incidence of slums, protects the rights of minority and vulnerable groups, enhances gender equality, and ensures civic participation in the social, political and cultural spheres
Environmental Sustainability	Values the protection of the urban environment and natural assets while ensuring growth, and seeking ways to use energy more efficiently, minimize pressure on surrounding land and natural resources, minimize environmental losses by generating creative solutions to enhance the quality of the environment

จากข้อเสนอดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การจะพัฒนาให้พื้นที่เขตเมือง มีความน่าอยู่ เป็นสถานที่ที่เอื้อประโยชน์ต่อทุกชีวิต จำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันของหลายฝ่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคเศรษฐกิจ ภาคสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และที่สำคัญคือความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาคประชาสังคมและภาคประชาชน โดยในประเด็นที่ ๕ ด้านสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในเขตเมือง (environmental sustainability) **เมื่อพิจารณาในบริบทของประเทศไทยและในบทบาทที่ สสส. น่าจะดำเนินการได้** จึงเลือกประเด็นที่มีความสำคัญสูงเพียงเรื่องเดียวคือ การจัดการขยะ มาเป็นประเด็นสำคัญในการทบทวนสถานการณ์ประกอบการจัดทำแผนปี ๒๕๕๙

๔.๓ การจัดการขยะ

กรมควบคุมมลพิษ ได้สรุปสถานการณ์มลพิษในปี ๒๕๕๖ ว่า จากการสำรวจข้อมูลปริมาณขยะมูลฝอยทั่วประเทศในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทั่วประเทศ ๗,๗๘๒ แห่ง พบว่ามีจำนวนขยะมูลฝอยรวม ๒๖.๗๗ ล้านตัน ซึ่งเพิ่มจากปี ๒๕๕๕ ถึง ๒ ล้านตัน โดยขยะดังกล่าว ได้เก็บขนและนำไปกำจัดโดย อปท. จำนวน ๔,๑๗๙ แห่ง ซึ่งกำจัดแบบถูกต้อง ๗.๒ ล้านตัน กำจัดไม่ถูกต้อง ๖.๙ ล้านตัน มีขยะที่ได้นำกลับมาใช้ประโยชน์ ๕.๑ ล้านตัน จึงมีขยะตกค้างอีก ๗.๖ ล้านตันในปีนั้น ขณะที่ปัจจุบันประเทศไทยมีสถานที่กำจัดขยะทั้งหมด ๒,๔๙๐ แห่ง เป็นสถานที่กำจัดขยะแบบถูกต้องเพียง ๔๖๖ แห่ง ยังคงมีสถานที่กำจัดแบบไม่ถูกต้อง เช่น การเททิ้งกลางแจ้ง เผาในที่โล่ง อยู่ถึง ๒,๐๒๔ แห่ง ทำให้ขยะมูลฝอยสะสมทั่วประเทศมีสูงถึง ๑๙.๙ ล้านตัน ซึ่งจะมีความสูงเท่ากับตึกใบหยก ๒ เรียงต่อกัน ๑๐๓ ตึก ทั้งนี้ แนวโน้มปริมาณขยะจากชุมชนจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี ๒๕๕๖ แต่ละคนมีส่วนทำให้เกิดขยะประมาณ ๑.๑๕ กิโลกรัม/คน/วัน เพิ่มขึ้นจาก ๑.๐๓ กิโลกรัม/คน/วัน ในปี ๒๕๕๑

นอกจากนั้น ในของเสียจากชุมชนหรือขยะเทศบาลเหล่านี้ พบว่า มีขยะอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งจัดเป็นของเสียอันตราย (เพราะประกอบด้วยโลหะหนักหลายชนิด) เพิ่มขึ้น กรมควบคุมมลพิษประเมินว่า ประเทศไทยผลิตขยะอิเล็กทรอนิกส์สูงถึง ๓๖๘,๓๐๐ ตันต่อปี หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๖๕ ของของเสียอันตรายที่มาจากชุมชนอีกร้อยละ ๓๕ เป็นประเภทหลอดไฟ แบตเตอรี่ ภาชนะบรรจุสารเคมี โดยจะถูกทิ้งปะปนไปกับขยะทั่วไป สาเหตุสำคัญมาจากการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีที่รวดเร็วซื้อเครื่องใหม่ ทิ้งเครื่องเก่า และการขาดระบบเก็บรวบรวมและเรียกคืนซากผลิตภัณฑ์ใช้แล้ว เพื่อนำไปกำจัดให้ถูกต้องและปลอดภัย ทั้งนี้ เมื่อวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘ คณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติหลักการร่างพระราชบัญญัติ การจัดการซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์และซากผลิตภัณฑ์อื่น พ.ศ. ตามที่กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเสนอเพื่อเตรียมเสนอเข้าสู่การพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติต่อไป ซึ่งคาดว่าจะเมื่อกฎหมายฉบับนี้มีผลบังคับใช้ จะช่วยแก้ไขปัญหาการจัดการซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ให้ดีขึ้นได้ชัดเจน

๕. สถานการณ์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

๕.๑ สถานการณ์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในประเทศไทย

ระยะเวลาเกือบทศวรรษที่ผ่านมา มีการตรากฎหมายที่สำคัญและเกี่ยวข้องโดยตรงกับการคุ้มครองผู้บริโภค ๒ ฉบับ คือ พระราชบัญญัติความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย (product liability law) พ.ศ. ๒๕๕๑ และพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งการบังคับใช้พระราชบัญญัติทั้ง ๒ ฉบับนี้ ถือเป็นพัฒนาการที่สำคัญในการปกป้องสิทธิของผู้บริโภค การหนุนเสริมกระบวนการพัฒนาขององค์กรผู้บริโภค และการพัฒนากระบวนการยุติธรรมในการคุ้มครองผู้บริโภค

แม้ว่าระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทยจะมีการพัฒนาในหลายเรื่องที่สำคัญ แต่การพัฒนาของโลกในยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้การค้า การบริการ และการสื่อสารเป็นไปอย่างรวดเร็ว ส่งเสริมให้ผู้บริโภคเข้าสู่วัฒนธรรมบริโภคนิยมมากขึ้นเรื่อยๆ ขณะที่การได้รับข้อมูลข่าวสารในสินค้าและบริการมักจะไม่ครบถ้วน ส่งผลให้มีการตัดสินใจบริโภคสินค้าและบริการที่อาจก่อให้เกิดปัญหาด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่า ความรุนแรงของการโฆษณาที่หลอกลวงเกินจริง รวมถึงกระแสการตลาดที่มุ่งกำไรมากกว่าความรับผิดชอบต่อสังคม เป็นปัจจัยผลักดันให้เกิดปัญหาต่อผู้บริโภคเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้น การส่งเสริมประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในด้านดีทำให้เศรษฐกิจขยายตัว แต่อาจสร้างปัญหาใหม่จากผู้ประกอบการที่ไม่รับผิดชอบต่อการค้าสินค้าข้ามแดน ก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้บริโภคจากสินค้าและบริการจากประเทศเพื่อนบ้าน

ภายหลังจากการประกาศยกเลิกรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ และให้ใช้รัฐธรรมนูญฉบับชั่วคราว พ.ศ. ๒๕๕๗ รัฐธรรมนูญฉบับชั่วคราวดังกล่าวได้กำหนดให้มีสภาพปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) ซึ่งได้กำหนดประเด็นปฏิรูปประเทศไว้ ๑๑ ด้าน และมีการวางแผนปฏิรูปโดยคณะกรรมการ ๑๘ คณะ การปฏิรูประบบคุ้มครองผู้บริโภคเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญที่ต้องมีการปฏิรูปอย่างจริงจัง เพื่อให้เกิดระบบที่จะสามารถคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างแท้จริง จึงมีการตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบคุ้มครองผู้บริโภค ขึ้นเป็นหนึ่งใน ๑๘ คณะกรรมการปฏิรูปด้วย โดยคณะกรรมการปฏิรูประบบคุ้มครองผู้บริโภค ได้จัดทำพิมพ์เขียวทิศทางการปฏิรูปเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบคุ้มครองผู้บริโภคเสร็จสิ้นแล้ว มีองค์ประกอบหลักอยู่ ๔ ด้าน คือ

๑. ระบบคุ้มครองผู้บริโภคภาครัฐ ควรจะต้องมีการบูรณาการการทำงานและเดินไปในทิศทางเดียวกัน พร้อมทั้งมีกฎหมาย มีการบังคับใช้ และลงโทษผู้ละเมิดอย่างจริงจัง
๒. ความจำเป็นของการมีองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค ที่จะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมทางนโยบายคุ้มครองผู้บริโภค การให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และส่งเสริมความเข้มแข็งของภาคประชาชน
๓. การมีระบบชดเชยความเสียหายและระบบร้องเรียนร้องทุกข์โดยเสนอให้มีกฎหมายใหม่คือกฎหมายรับประกันความบกพร่องของสินค้า และปรับปรุงกฎหมายเดิม เช่น พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พระราชบัญญัติความรับผิดชอบต่อความเสียหายจากสินค้าไม่ปลอดภัย เพื่อให้เท่าทันกับพัฒนาการของรูปแบบสินค้าและบริการที่ปรับเปลี่ยนไป
๔. พัฒนาระบบกำกับดูแลความปลอดภัยของสินค้าและบริการโดยเสนอให้มีกฎหมายด้านความปลอดภัยของสินค้าและบริการ และกฎหมายแจ้งเตือนภัยสินค้าและบริการที่ไม่ปลอดภัย พร้อมทั้งมีกลไกอัตโนมัติเพื่อยกเลิกสินค้าอันตราย บนแนวคิด “ระบบหนึ่งยกเลิก ต้องยกเลิกทั้งหมด” (one ban, all ban) และหลักการป้องกันล่วงหน้า (precautionary principle)

ในขณะเดียวกัน ในการร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ คณะกรรมาธิการยกร่าง ได้เสนอหลักการสำคัญที่ได้รับ การบรรจุในร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่นี้ ข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน ๒๕๕๘ ได้แก่ การขยายสิทธิผู้บริโภคให้ครอบคลุม สิทธิ ๘ ด้าน การให้องค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค การพัฒนาระบบยุติธรรมโดยให้มีศาลผู้บริโภค การให้มีการชดเชยความเสียหายจากบริการสาธารณะของรัฐ ซึ่งหากพิมพ์เขียวการปฏิรูป และหลักการสำคัญ ดังกล่าวที่เสนอไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ สามารถขับเคลื่อนได้จริงจะช่วยยกระดับระบบการคุ้มครองผู้บริโภค ในประเทศไทยให้ก้าวหน้ามากขึ้น และช่วยลดทุกภัยอันตรายที่ยังเกิดขึ้นกับผู้บริโภคอยู่ตลอดเวลาได้มากขึ้น

๕.๒ สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในระดับสากล

๕.๒.๑ ในอาเซียนยังไม่มี การจัดระบบการคุ้มครองผู้บริโภคระหว่างประเทศที่ชัดเจน

- (๑) กลไกคุ้มครองผู้บริโภคภาครัฐในอาเซียนดูแลโดยคณะกรรมการอาเซียนด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (ASEAN Committee on Consumer Protection : ACCP) โดยมีสำนักงาน คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) ของประเทศไทยเป็นหน่วยงานหลักที่ดูแลงาน ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และเป็นตัวแทนในการเข้าร่วมประชุม มีพันธกิจ ๓ ด้าน คือ (ก) การแจ้งเตือนและแลกเปลี่ยนข้อมูลสินค้าที่ไม่ปลอดภัย (ข) กลไกการเยียวยาความเสียหาย ของผู้บริโภคข้ามแดน และ (ค) การฝึกอบรมและการศึกษาด้านการคุ้มครองผู้บริโภค
- (๒) สำหรับในส่วนองค์กรภาคเอกชน มีการสร้างเครือข่ายกันในรูปแบบสภาผู้บริโภคอาเซียน (SEA-CC-Southeast Asian Consumer Council) โดยการสนับสนุนของสหพันธ์ ผู้บริโภคสากล (Consumers International) มียุทธศาสตร์ของสภาผู้บริโภคอาเซียน ดังนี้ (ก) เป็นตัวแทนและรักษาผลประโยชน์ของผู้บริโภคในอาเซียน (ข) สนับสนุนและสร้างความ เข้มแข็งให้ผู้บริโภคในอาเซียน (ค) เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้บริโภคและมีส่วนร่วมในการกำหนด นโยบายและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภค (ง) ประสานงานกับองค์กรผู้บริโภค ในอาเซียน และองค์กรระหว่างประเทศในการรักษาผลประโยชน์ของผู้บริโภค

- (๓) การเจรจาข้อตกลงทางการค้าเสรีระหว่างประเทศ (FTA) โดยการเจรจาที่สำคัญในช่วงปัจจุบัน เช่น ASEAN-EU FTA (ร่างกรอบความตกลงการค้าเสรีอาเซียน - สหภาพยุโรป) ซึ่งจะมีผลต่อการเข้าถึงยา คือ สหภาพยุโรปมุ่งขยายเวลาการผูกขาดสิทธิบัตร ซึ่งมากเกินไปกว่าความตกลงพหุภาคีภายใต้กติกาขององค์การการค้าโลก (Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights : TRIPs Agreement)

ลักษณะของปัญหาคือ ทุกรัฐบาลของประเทศไทย ต่างมีนโยบายเดินหน้าการเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศ ทั้งแบบทวิภาคี อนุภูมิภาค และภูมิภาคมากขึ้น ความตกลงเหล่านี้จะเปิดทางให้สินค้าที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเข้ามาในประเทศไทยมากขึ้น จำกัดอำนาจรัฐในการควบคุมและคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงมุ่งคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา (ของธุรกิจในประเทศพัฒนาแล้ว) ซึ่งจะส่งผลต่อการเข้าถึงยาหรือสินค้าจำเป็นต่อสุขภาพ

๕.๒.๒ ในสหภาพยุโรป มี Institute for Health and Consumer Protection (IHCP) ซึ่งเป็นองค์กรของผู้บริโภคที่ดูแลข้อมูลวิชาการและวิทยาศาสตร์ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้านความปลอดภัยที่ชัดเจน ทั้งเรื่องอาหาร นาโนเทคโนโลยี จีเอ็มโอ ฯลฯ ซึ่งในอาเซียนยังไม่มีองค์กรทำงานเชิงวิชาการในลักษณะนี้ ทั้งนี้ การทำงานของแผนงานพัฒนาวิชาการและกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) ที่มีคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ มีหลักการและแนวทางการทำงานใกล้เคียงกับองค์กรดังกล่าว

จุดเน้นของแผน

การขับเคลื่อนแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในปัจจุบัน ประกอบด้วย ๔ แผนงาน ซึ่งทั้ง ๔ แผนงาน ยังมีการปฏิบัติงานที่ต้องขับเคลื่อนต่อเนื่อง โดยมีจุดเน้นของแต่ละแผนงาน ที่ได้จากการสังเคราะห์ร่วมกันระหว่างภาคีที่รับผิดชอบการขับเคลื่อนและผู้แทนคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๘ ตามกรอบการดำเนินงานของแผน และมีความสอดคล้องกับแนวนโยบาย ๕ ข้อ ในการจัดทำแผนดำเนินงาน สสส. ปี ๒๕๕๙ ดังนี้

๑. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ

เน้นการทำงานใน ๒ ส่วนหลักๆ ที่เชื่อมโยงกัน คือการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อตอบทิศทางและเป้าหมาย ๑๐ ปี ของ สสส. ดังนี้

๑.๑ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

สนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามร่างแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ และการทำงานของคณะกรรมการระดับชาติ ตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว ซึ่งยังอยู่ระหว่างเตรียมเสนอให้คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ (มิถุนายน ๒๕๕๘) โดยมีเนื้องานที่ควรสนับสนุนให้ขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง พร้อมๆ กับการผลักดันระบบที่มีอยู่สามารถดำเนินงานต่อไปในระยะยาว ได้แก่

- (๑) การสนับสนุนจังหวัดนำร่องพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนหลักที่เกี่ยวข้อง ตามภารกิจ ๔ ด้าน ประมาณ ๒๐ จังหวัด โดยในปี ๒๕๕๙ จะเน้นพัฒนากระบวนการติดตามประเมินภายในที่เข้มข้นมากขึ้น และการพัฒนาศักยภาพบางด้านที่จำเป็น
- (๒) พัฒนาระบบสายด่วน ๑๖๖๓ บริการให้คำปรึกษาและการส่งต่อ กรณีผู้ประสบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมรวมถึงกรณีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนการใช้ยายุติการตั้งครรภ์กับกรมอนามัย เพื่อลดอันตรายที่เกิดจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัย โดยมีเป้าหมายที่จะส่งต่อภารกิจเข้าสู่ระบบสิทธิประโยชน์ของ สปสช. ต่อไป
- (๓) การสื่อสารรณรงค์ ตามกรอบประเด็นและกลุ่มเป้าหมายที่เห็นชอบร่วมกันระหว่างภาคีที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม สสส.แล้ว คือการสื่อสารเพื่อสนับสนุนให้กลุ่มผู้ใหญ่ที่อยู่แวดล้อมตัววัยรุ่น สามารถพูดคุยเรื่องเพศและเป็นที่ปรึกษาที่ดีให้กับบุตรหลานวัยรุ่นได้

๑.๒ การป้องกันและลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

เน้นการทำงานร่วมกับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการนำหลักการและมาตรการสำคัญตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ และยุทธศาสตร์รณรงค์อย่างอนามัยแห่งชาติ ไปขับเคลื่อนให้เกิดผลได้จริง โดยเลือกพื้นที่ ๓ จังหวัดนำร่อง (ที่คัดเลือกร่วมกันได้แล้ว ว่าอยู่ในกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการติดเชื้อสูง) ขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง ในระยะเวลา ๓ ปี เพื่อให้ได้รูปแบบการทำงานที่จะมีโอกาสนำไปขยายผลลดการติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิผลในจังหวัดอื่นๆ ต่อไป

๒. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

- ๒.๑ ทำงานร่วมกับหน่วยงานเจ้าภาพและภาคีหลัก พัฒนาให้เกิดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจิตระดับชาติ พร้อมๆ กับการหนุนเสริมให้เกิดกลไกที่เข้มแข็งในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตในภาพใหญ่ของประเทศ เช่น กลไกคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ รวมถึง วิเคราะห์ค้นหาและสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเจ้าภาพ ภาคีหลัก และภาคียุทธศาสตร์อื่นๆ ทั้งในและนอกภาคสุขภาพ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่จะเกิดขึ้น ให้มีโอกาสบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๒.๒ นำองค์ความรู้ เครื่องมือ และทุนต่างๆ ที่แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิตมีอยู่เดิม ไปบูรณาการและพัฒนาการทำงานร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส. เพื่อสนับสนุนการเพิ่มมิติด้านสุขภาพจิตให้กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยเฉพาะการบูรณาการการทำงานกับแผนอื่นๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ

๓. แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาวะ

ขับเคลื่อนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาวะใน ๒ ประเด็นหลักคือ มลพิษอุตสาหกรรม และสิ่งแวดล้อมในเขตเมือง โดยมีจุดเน้นการดำเนินงาน ดังนี้

- ๓.๑ เชื่อมร้อย และสานพลังภาคีภาควิชาการ เครือข่ายภาคประชาสังคม และตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้และวางแนวทางขับเคลื่อนในการปฏิรูประบบการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (Environment Impact Assessment : EIA) และการพัฒนาเครื่องมือประเมินสิ่งแวดล้อมเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Environment Assessment : SEA) สำหรับใช้กำหนดทิศทางการพัฒนาระยะยาวของพื้นที่ระดับภาค ซึ่งในปี ๒๕๕๘ ภาคีแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมได้ร่วมกันผลักดันให้มีการบรรจุประเด็นดังกล่าวไว้ในร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่แล้ว
- ๓.๒ ผลักดันนโยบาย กฎหมาย หรือแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายเดิม รวมถึงสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย หรือมาตรการ ที่จะส่งผลดีต่อการป้องกันและแก้ปัญหา เช่น การแก้ไขพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ พระราชบัญญัติผังเมือง ร่วมไปกับการสนับสนุน และพัฒนาศักยภาพ คนทำงานรุ่นใหม่ด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากกำลังคนด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่มีจำนวนน้อยและขาดแคลนคนรุ่นใหม่

๔. แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

- ๔.๑ สนับสนุนการปฏิรูประบบการคุ้มครองผู้บริโภค ตามพิมพ์เขียวทิศทางการปฏิรูปเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบคุ้มครองผู้บริโภค ตามที่คณะกรรมการการปฏิรูประบบคุ้มครองผู้บริโภค สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติได้จัดทำไว้แล้ว โดยมีกรอบการปฏิรูปใน ๔ ด้าน คือ (๑) บูรณาการการทำงานในระบบคุ้มครองผู้บริโภคภาคราชการ (๒) การมีองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็ง (๓) การมีระบบชดเชยความเสียหายและระบบร้องเรียนร้องทุกข์ ที่สามารถช่วยเหลือผู้บริโภค ที่ได้รับความเสียหายได้อย่างรวดเร็ว และ (๔) พัฒนาระบบกำกับดูแลความปลอดภัยของสินค้าและบริการที่เท่าทันต่อเทคโนโลยีและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว
- ๔.๒ หาแนวทางพัฒนากลไกการทำงานแบบ คคส.และ กพย. ให้เป็นสถาบันวิชาการ ที่ทำหน้าที่เฝ้าระวัง และจัดการความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและระบบยา เพื่อเสริมสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภค ในภาครัฐและภาคประชาชน ให้มีความเข้มแข็ง

วัตถุประสงค์

๑. ประสานและเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันระหว่าง ภาคีหลัก (boundary partner) และภาคียุทธศาสตร์ (strategic partner) รวมถึงหน่วยงานที่เป็นเจ้าของเรื่อง เพื่อตั้งเป้าหมายการทำงานร่วมกันในแต่ละประเด็นปัจจัยเสี่ยง และร่วมกันกำหนดจุดคานงัดในการดำเนินงานที่จะสามารถเปลี่ยนหรือพลิกสถานการณ์ของปัญหา และนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยเสริมสร้างสุขภาพที่ยั่งยืนได้

๒. กระตุ้นและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับหน่วยงานที่เป็นเจ้าของเรื่อง พร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันกับภาคีอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างนวัตกรรมในรูปแบบต่างๆ ที่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. พัฒนาและสร้างความเข้มแข็ง ให้กับกลไกการติดตามและประเมินภายใน รวมถึงสนับสนุนการถอดบทเรียนการทำงานของภาคีให้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์และขยายผลของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. มีข้อเสนอนโยบายระดับประเทศเพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (ภายใต้ ๔ แผนงาน) ที่ได้รับการตอบรับจากหน่วยงานหรือองค์กรที่มีอำนาจออกนโยบายหรือกฎหมายนั้น ๑ เรื่อง^{๔๗}
๒. มีการดำเนินงานใน ๓ จังหวัด ที่พัฒนามาตรการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างเข้มแข็ง แสดงแนวโน้มการลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แนวทางตามหลักการและมาตรการสำคัญ ในแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ และแผนยุทธศาสตร์รณรงค์อย่างอนามัยแห่งชาติ
๓. มีจังหวัดที่ดำเนินงานตามภารกิจ ๙ ด้าน^{๔๘} อย่างเป็นระบบ ที่สามารถแสดงผลการลดอัตราการคลอดในวัยรุ่น ในพื้นที่ปฏิบัติการได้ใน ๘ จังหวัด (พื้นที่ปฏิบัติการตามโครงการ หมายถึง พื้นที่ดำเนินงานตามภารกิจ ๙ ด้าน ที่กำหนดไว้จังหวัดละ ๓ อำเภอ อำเภอละ ๒ ตำบล)
๔. มีแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตของคนไทย โดยมีกลไกระดับชาติเป็นเจ้าภาพ และมีภาคีหลักทั้งในและนอกภาคสุขภาพ เข้าร่วมสนับสนุนและร่วมขับเคลื่อน
๕. มี อปท. ต้นแบบ ที่ได้ถอดบทเรียนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (ภายใต้ ๔ แผนงาน) และเป็นแหล่งเรียนรู้ที่สามารถขยายผลไปยัง อปท. ในพื้นที่อื่นๆ ได้ อย่างน้อย ๔ แห่ง
๖. มี อปท. ที่มีข้อบัญญัติท้องถิ่น หรือมีการจัดทำแผนและจัดสรรงบประมาณ เพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (ภายใต้ ๔ แผนงาน) อย่างน้อย ๕ แห่ง

^{๔๗} ได้แก่ การปรับปรุงกฎหมายเดิม เช่น (๑) แก้ไขพระราชบัญญัติสิ่งแวดล้อม (๒) แก้ไขพระราชบัญญัติยา (๓) ปรับปรุง มาตรการการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม (EIA) และการผลักดันกฎหมายใหม่ เช่น (๑) ร่างพระราชบัญญัติการรายงานการปล่อยมลพิษและการเคลื่อนย้ายสารมลพิษสู่สิ่งแวดล้อม (๒) ร่างประกาศกระทรวงอุตสาหกรรมแบบบังคับเพื่อควบคุมปริมาณสารตะกั่วและโลหะหนักในสินค้าอาหาร (๓) ร่างพระราชบัญญัติการอนามัยเจริญพันธุ์ (๔) ร่างพระราชบัญญัติองค์กรอิสระด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เป็นต้น

^{๔๘} ภารกิจ ๙ ด้านประกอบด้วย (๑) การประสานแผน บขร และกลไกทำงานร่วมกัน (๒) การพัฒนากักขังผู้ปกครองในการสื่อสารกับบุตรหลาน (๓) การเรียนรู้เพศศึกษาของวัยรุ่น (๔) การดูแลกลุ่มเปราะบาง (๕) การสื่อสาร (๖) บริการสุขภาพที่เป็นมิตร (๗) บริการด้านสังคมและสวัสดิการที่จำเป็นและเชื่อมโยงกับบริการด้านสุขภาพและการศึกษา (๘) บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์ให้กับวัยรุ่น (๙) ระบบกำกับ ติดตามและพัฒนาการทำงาน

๗. มีความรู้ที่ได้นำไปใช้ในการพัฒนาและผลักดันนโยบายหรือเพื่อสื่อสารสร้างความตระหนักให้สังคม ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (ภายใต้ ๔ แผนงาน) จำนวน ๔ เรื่อง^{๔๔}

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ร่วมกับแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว พัฒนาศูนย์การเรียนวิชาสุขศึกษาระดับมัธยมศึกษา เป็นตำรามาตรฐานตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยบรรจุเรื่องเพศศึกษาเป็นหนึ่งในสาระวิชาสำคัญ
๒. ร่วมกับแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพะ จัดให้มีการสื่อสารณรงค์เรื่องสุขภาพะทางเพศ เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มผู้ใหญ่ที่อยู่แวดล้อมตัววัยรุ่น สามารถพูดคุยเรื่องเพศและเป็นที่ปรึกษาที่ดี ให้กับบุตรหลานวัยรุ่นได้

แนวทางการดำเนินงาน

๑. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพะทางเพศ (รวมการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น)

- ๑.๑ สนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ใน ๒๑ จังหวัด ที่ได้รับการสนับสนุน โครงการบูรณาการการทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อพัฒนาและเสริมความเข้มแข็งของกลไกขับเคลื่อนระดับจังหวัดที่จะหนุนเสริมการประสาน และเชื่อมโยงการทำงานในระดับอำเภอและตำบล รวมถึงสนับสนุนการจัดการความรู้ระหว่างกัน โดยเน้นพัฒนาระบบการติดตามประเมินภายในที่เข้มข้นมากขึ้น และการพัฒนาศักยภาพบางด้านที่จำเป็น ให้กับกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในแต่ละจังหวัด
- ๑.๒ จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนการบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นประจำทุกเดือน ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานและภาคส่วนหลักที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล และประสานการทำงานหนุนเสริมกันและกัน รวมถึงสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการระดับชาติ ตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ซึ่งในขณะจัดทำแผนนี้ ยังอยู่ระหว่างเตรียมเสนอต่อ ครม.) เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกระดับชาติ ที่มีบทบาทหน้าที่ในเรื่องนี้ให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๑.๓ ติดตามสนับสนุนการขับเคลื่อนงานใน ๓ จังหวัดนำร่อง ที่นำหลักการและมาตรการสำคัญตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ และยุทธศาสตร์รณรงค์ทางอนามัยแห่งชาติไปขับเคลื่อนให้เกิดผลได้จริง เพื่อนำไปสู่การขยายผล

^{๔๔} ตัวอย่างความรู้จากการถอดบทเรียนเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดเพื่อใช้ในการขยายผล การประมวลความรู้เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ระดับประเทศในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ความรู้เพื่อสนับสนุนการประยุกต์ใช้เครื่องมือ Strategic Environmental Assessment (SEA) เพื่อกำหนดทิศทางพัฒนาพื้นที่ขนาดใหญ่ที่อาจส่งผลกระทบต่อประชาชนและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

- ๑.๔ ร่วมกับแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา จัดให้มีการสื่อสารรณรงค์เรื่องสุขภาวะทางเพศ เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มผู้ใหญ่ที่อยู่แวดลอมตัววัยรุ่น สามารถพูดคุยเรื่องเพศและเป็นที่ปรึกษาที่ดีให้กับบุตรหลานวัยรุ่นได้ ในการทำงานสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างบรรยากาศที่เอื้อให้คนทุกกลุ่มในสังคม ได้เปิดโอกาสให้ตนเองและคนรอบข้าง เรียนรู้เรื่องการมีพฤติกรรมทางเพศที่เป็นสุขและปลอดภัย และนำไปสู่การปรับฐานคิดเรื่องเพศเชิงบวกในระยะยาว

๒. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

- ๒.๑ สนับสนุนแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิตที่กำลังดำเนินงานอยู่แล้ว ในการพัฒนาตัวชี้วัดและระบบสำรวจข้อมูลความสุขคนไทยให้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น และภาคีหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยให้ผลสำรวจที่ได้ สามารถบอกถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสุขคนไทยได้ชัดเจนมากขึ้น
- ๒.๒ ทำงานร่วมกับนักวิชาการและผู้บริหารของกรมสุขภาพจิต รวมถึงนักวิชาการและตัวแทนจากหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการสังเคราะห์องค์ความรู้ เพื่อพัฒนาและผลักดันให้มีแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตของคนไทย โดยมีกลไกระดับชาติเป็นเจ้าภาพ และมีภาคีหลักทั้งในและนอกภาคสุขภาพ เข้าร่วมสนับสนุนและร่วมขับเคลื่อน
- ๒.๓ นำองค์ความรู้ เครื่องมือ และทุนต่างๆ ที่แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิตมีอยู่เดิม ไปบูรณาการและพัฒนาการทำงานร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส. เพื่อสนับสนุนการเพิ่มมิติด้านสุขภาพจิตให้กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยเฉพาะการบูรณาการการทำงานกับแผนอื่นๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ

๓. แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาวะ

- ๓.๑ สนับสนุนภาคีวิชาการ เครือข่ายภาคประชาสังคม และตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้และวางแนวทางขับเคลื่อนการปฏิรูประบบประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (Environment Impact Assessment : EIA)
- ๓.๒ ทำงานร่วมกับสถาบันวิชาการด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางพัฒนาเครื่องมือประเมินสิ่งแวดล้อมเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Environment Assessment : SEA) สำหรับใช้กำหนดทิศทางการพัฒนาระยะยาวของพื้นที่ระดับภาค
- ๓.๓ สนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการผลักดันกฎหมายหรือมาตรการสำคัญเร่งด่วนด้านสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ ร่างพระราชบัญญัติการรายงานข้อมูลการปล่อยมลพิษและการเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ การแก้ไขพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ รวมถึง ส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายหรือมาตรการต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ
- ๓.๔ ทำงานร่วมกับภาคีในการออกแบบการพัฒนาศักยภาพคนทำงานรุ่นใหม่ด้านสิ่งแวดล้อม

๔. แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

- ๔.๑ สนับสนุนการปฏิรูประบบการคุ้มครองผู้บริโภค ตามพิมพ์เขียวทิศทางการปฏิรูปเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบคุ้มครองผู้บริโภค ตามที่คณะกรรมการการปฏิรูประบบคุ้มครองผู้บริโภค สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติได้จัดทำไว้แล้ว โดยมีกรอบการปฏิรูปใน ๔ ด้าน คือ (๑) บูรณาการการทำงานในระบบคุ้มครองผู้บริโภคภาคราชการ (๒) การมีองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็ง (๓) การมีระบบชดเชยความเสียหายและระบบร้องเรียนร้องทุกข์ ที่สามารถช่วยเหลือผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายได้อย่างรวดเร็ว และ (๔) พัฒนาระบบกำกับดูแลความปลอดภัยของสินค้าและบริการที่เท่าทันต่อเทคโนโลยีและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว
- ๔.๒ พัฒนาศักยภาพองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน พัฒนาศักยภาพท้องถิ่นในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และพัฒนาแกนนำคนรุ่นใหม่ในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภค
- ๔.๓ พัฒนาเครือข่ายนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ในการรวบรวม สร้างและจัดการความรู้ และทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาระบบประกันด้านความปลอดภัยของสินค้าและบริการที่เป็นมาตรฐานโดยใช้หลักการป้องกันล่วงหน้า (precautionary principle) ในการกำหนดมาตรฐานที่จำเป็นและเหมาะสม
- ๔.๔ จัดให้มีการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อใช้ในกระบวนการหารือ การพัฒนากลไกการทำงานตามแบบแผนของแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และแผนงานการเฝ้าระวังระบบยาให้เป็นสถาบันวิชาการที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังและจัดการความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและระบบยา โดยทำงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะมีส่วนช่วยเสริมสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภคในภาครัฐและภาคประชาชนให้มีความเข้มแข็ง

ภาคีหลัก

กลุ่มภาคีที่ร่วมกับ สสส. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนงานต่างๆ ได้แก่ กรมสุขภาพจิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) มูลนิธิแพธทูเฮลท์ มูลนิธิสถาบันธรรมรัฐเพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม มูลนิธิบูรณะนิเวศน์ สมาคมสถาบันอาชีวศึกษาเอกชน ภาคีแผนอื่นๆ ของ สสส. ที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มภาคีหน่วยงานรัฐ ที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรง ในการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับประเด็นปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในแผน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (โดยเฉพาะกรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อย.) กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงอุตสาหกรรม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)

กลุ่มภาคยุทธศาสตร์ ที่มีบทบาทด้านการเสนอนโยบาย ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สภาผู้แทนราษฎร วุฒิสภา (และสภานิติบัญญัติแห่งชาติ)

กลุ่มภาคีสื่อสารมวลชน เพื่อสนับสนุนการรณรงค์สื่อ สร้างความเข้าใจในประเด็นขับเคลื่อนทางนโยบายต่างๆ

กลุ่มภาคีที่เข้าร่วมหรือสนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ในส่วนภูมิภาค ได้แก่ หน่วยงานด้านสุขภาพ หน่วยงานด้านการศึกษา สถาบันระดับอุดมศึกษา ภาคประชาสังคม และ อปท. ทุกระดับ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ	๗๐
๒. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต	๒๐
๓. กลุ่มแผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาวะ	๒๐
๔. กลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา	๒๐
๕. การพัฒนาโครงการ การจัดการความรู้และการสื่อสารสังคม	๔๕
รวม	๑๗๕

แผนสุขภาพะประชากรกลุ่มเฉพาะ

สถานการณ์และแนวโน้ม

ในปี ๒๕๕๒ สมัชชาอนามัยโลกได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของปัญหาความไม่平等ทางสุขภาพ^{๔๐} ซึ่งปรากฏชัดเจนผ่านสถานะทางสุขภาพที่แตกต่างกันระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ ในแต่ละประเทศ และมีมติให้ประเทศสมาชิกจัดช่องว่างความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพดังกล่าวด้วยปฏิบัติการผ่านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ภายในเวลาหนึ่งชั่วอายุคน

ปรากฏการณ์ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจะเห็นได้ชัดเจนจากกลุ่มประชากรชายขอบซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้าง ปฏิบัติการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพเพื่อยกระดับความเป็นธรรมทางสุขภาพจึงมุ่งไปที่การแทรกแซงเชิงโครงสร้างในระดับต่างๆ ที่นำมาสู่สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของกลุ่มคนชายขอบ และอาจกล่าวได้ว่า ระดับความเป็นธรรมทางสุขภาพและสังคมย่อมวัดได้จากความสามารถหรือศักยภาพของสังคมในการดูแลคนที่เสียเปรียบมากที่สุด

ตามกรอบคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ^{๔๑} เสนอให้มีการดำเนินการกับปัจจัยเชิงโครงสร้าง (structural determinants) และปัจจัยส่งผ่านทางด้านสุขภาพ (intermediary determinants) ด้วยนโยบายในระดับต่างๆ ได้แก่ (๑) นโยบายต่อการจัดช่วงชั้น เพื่อลดความเหลื่อมล้ำจากสถานภาพของบุคคล (๒) นโยบายต่อความเสี่ยงทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสียเปรียบ (๓) นโยบายต่อความเปราะบางต่อโรคภัยไข้เจ็บของกลุ่มเสียเปรียบ (๔) นโยบายต่อผู้ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากปัจจัยเชิงโครงสร้าง และย้ำว่าปฏิบัติการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพผ่านนโยบายต่างๆ ต้องอยู่บนพื้นฐานของความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ และการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมและเสริมพลังอำนาจ

แม้ว่ากลุ่มคนชายขอบจะมีความหลากหลาย แต่ก็ประสบสถานการณ์ปัญหาที่ทำทลายร่วมกัน^{๔๒} ดังนี้ (๑) ไร้ตัวตน ถูกมองข้าม (๒) ถูกผลักภาระ (๓) มีความเสี่ยงสูง (๔) ถูกกีดกันออกจากรากนโยบาย และ (๕) มีจิตสำนึกจำยอม หรือยอมจำนน

^{๔๐} ความไม่平等ทางสุขภาพ คือ ความแตกต่างในการเข้าถึงสิทธิและโอกาสที่จะเข้าถึงทรัพยากรและการสนับสนุนทางสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพเพื่อดำรงชีพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น บริการสุขภาพทั้งด้านการป้องกันส่งเสริม การลดความเสี่ยง และการเยียวยา สมาชิกในสังคมควรเข้าถึงสิทธิและโอกาสนี้โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร เช่น เพศ อายุ สัญชาติ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ศาสนา ชนชั้น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ สังคมที่เป็นธรรมจะให้ความสำคัญกับการดูแลสมาชิกที่มีสถานะทางสุขภาพด้อยกว่า และมีความเสี่ยงสูงเพื่อลดช่องว่าง

^{๔๑} คณะกรรมการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ. ๒๐๐๗

^{๔๒} นฤมล อรุโณทัย. สู้ชีวิตที่ดึกดำบรรพ์. ๒๕๕๖

เมื่อประกอบกับบริบทแวดล้อมทางสังคม ซึ่งมีความคิดกระแสหลักว่าด้วยเสรีนิยมใหม่ รัฐชาติ ความมั่นคงของรัฐ ยิ่งนำมาสู่การเลือกปฏิบัติ ที่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มคนชายขอบมากขึ้น และความขัดแย้งทางการเมืองแบบแยกซ้ายก็เป็นอุปสรรคอย่างยิ่งต่อกระบวนการสร้างความร่วมมือ และประเด็นทางการเมืองเองก็ยิ่งกีดกันประเด็นความเหลื่อมล้ำไม่เป็นธรรมออกไป

แม้ว่า สสส. จะกำหนดให้ทุกแผนหลักดำเนินงานโดยคำนึงถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำ แต่ก็มีผลจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับ “ประชากรกลุ่มเฉพาะ” ได้แก่ ประชากรบางกลุ่มที่มีทั้งความเปราะบาง (vulnerability) และความเสี่ยง (risk) อันถือเป็นปัจจัยส่งผ่านสังคมกำหนดสุขภาพ (intermediary determinants) ที่ทำให้สูญเสียสุขภาพและไม่ได้รับประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพจากนโยบายในภาพรวม การส่งเสริมสุขภาพในประชากรกลุ่มนี้จึงต้องดำเนินการแทรกแซงเชิงนโยบายผ่านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในระดับต่างๆ และโดยเหตุที่ประชากรกลุ่มนี้มักเข้าถึงได้ยาก จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวทางและวิธีการพิเศษในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

สถานการณ์ปัญหา

สรุปสถานการณ์ปัญหาประชากรกลุ่มเฉพาะที่แผนสุขภาพจะประชากรกลุ่มเฉพาะดำเนินการในปัจจุบันได้ดังนี้

คนพิการ

จำนวนคนพิการจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ^๓ ในปี ๒๕๕๕ คือ ๑,๔๗๔,๐๙๖ คน (ร้อยละ ๒.๒ ของประชากรทั้งหมด) ซึ่งใกล้เคียงกับจำนวนคนพิการที่จดทะเบียนเพื่อรับสิทธิตามกฎหมายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๖ คือ ๑,๓๗๙,๑๐๓ คน ในขณะที่ฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการของสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๓๗ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ (ข้อมูล ณ ๒ มิถุนายน ๒๕๕๘) ระบุว่า มีคนพิการที่มีชีวิตอยู่ ๑,๖๙๐,๑๕๘ คน ในจำนวนนี้ ร้อยละ ๔๗.๔ เป็นคนพิการประเภทการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย รองลงมาเป็นคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายทางการเห็น ทางสติปัญญา ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางออทิสติกและทางการเรียนรู้ คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๖ ๑๐.๙ ๗.๓ ๖.๗ ๐.๔ และ ๐.๔ ตามลำดับ

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีกฎหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตคนพิการที่สำคัญ ได้แก่ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และพระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งพระราชบัญญัติ ทั้ง ๓ ฉบับ กำหนดกรอบสิทธิประโยชน์การคุ้มครองและการสนับสนุนที่คนพิการพึงได้รับ ซึ่งรวมถึงเรื่องการศึกษา การทำงาน การรักษาพยาบาล การได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือ ฯลฯ

^๓ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (๒๕๕๖). รายงานการสำรวจคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๕.

อย่างไรก็ดี จากการติดตามการเข้าถึงสิทธิของคนพิการ^{๕๕} พบว่าคนพิการรับรู้สิทธิตามพระราชบัญญัติสำคัญคิดเป็นร้อยละ ๕๐ - ๗๐ กล่าวคือ รับรู้สิทธิพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร้อยละ ๕๐ (ผู้ดูแลคนพิการก็รับรู้ในสัดส่วนเดียวกัน) รับรู้สิทธิพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ร้อยละ ๖๐ และรับรู้สิทธิในพระราชบัญญัติการจัดการศึกษาร้อยละ ๗๐ เมื่อถูกละเมิดสิทธิมี คนพิการเพียง ๑ ใน ๒ ที่สามารถร้องเรียนเรื่องสิทธิที่ถูกละเมิดได้ ส่วนคนพิการที่ไม่สามารถร้องเรียนนั้นเกิดจาก ไม่มีผู้ให้คำปรึกษา และไม่ทราบว่าควรร้องเรียนหน่วยงานใด

สิ่งอำนวยความสะดวกและการปรับสภาพแวดล้อม คนพิการเพียงร้อยละ ๒๘.๖ ได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือ อีกร้อยละ ๗๑.๔ ไม่ได้รับ และมีคนพิการถึงร้อยละ ๗๐ ไม่ได้รับการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตเพราะเชื่อว่าดูแลตัวเอง หรือฝึกเองได้

การรวมกลุ่ม คนพิการเป็นประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีความเข้มแข็งด้านการรวมกลุ่มมีสมาคมคนพิการ ทุกประเภทแห่งประเทศไทย สมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย และองค์กรตัวแทนคนพิการสำหรับคนพิการ ประเภทต่างๆ ซึ่งได้รับการอุดหนุนจากภาครัฐ แต่ปัจจุบัน สมาคมคนพิการประเภทต่างๆ มีความเข้มแข็ง แตกต่างกันไป สามารถเข้าถึงทรัพยากรและการสนับสนุนจากรัฐไม่เท่ากัน เป็นที่มาของปัญหาความไม่เป็นธรรม อีกประเภทหนึ่ง

การประกอบอาชีพคนพิการ จากข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการปี ๒๕๕๘ ของสำนักงานส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พบว่า มีคนพิการที่ลงทะเบียนจำนวน ๑.๖๙ ล้านคน และคาดการณ์ว่ามีคนพิการ ที่ไม่ได้ลงทะเบียนอีกประมาณ ๓ แสนคน รวมมีคนพิการทั้งสิ้น ๑.๙ ล้านคน โดยคนพิการในวัยแรงงาน (อายุ ๑๕ - ๖๐ ปี) จำนวน ๗๖๙,๓๒๗ คน แบ่งเป็นคนพิการที่ประกอบอาชีพ ๓๑๗,๐๒๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๑ คนพิการที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ๓๕๒,๘๕๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๖ และคนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน ๙๙,๔๔๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๓

ปัญหาการเข้าถึงการศึกษาเป็นต้นทางของข้อจำกัดอื่นๆ ในชีวิต คนพิการร้อยละ ๕๗.๖ มีการศึกษาต่ำกว่า ประถมศึกษา ร้อยละ ๒๒.๔ ไม่ได้รับการศึกษา เพียงร้อยละ ๒๐ ของคนพิการสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือสูงกว่า ปัจจุบันแม้จะมีกรอบนโยบาย แต่ยังไม่สามารถจัดการศึกษาเพื่อคนพิการอย่างเป็นระบบและครบถ้วน ผลสืบเนื่องที่สำคัญคือ ๓ ใน ๔ (ร้อยละ ๗๕.๓) ของคนพิการไม่ได้ทำงาน สำหรับคนพิการที่มีงานทำคือ ๑ ใน ๔ (ร้อยละ ๒๕.๗) ประมาณ ๓๖๙,๐๘๐ คน เป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือในภาคการเกษตร ป่าไม้ ประมง ร้อยละ ๑๕.๔ รองลงมาเป็นอาชีพงานพื้นฐานที่ใช้แรงงานเป็นหลัก ร้อยละ ๓.๓ เป็นพนักงานบริการ/พนักงานขายในร้านค้า/ ตลาด ร้อยละ ๓.๒ และเป็นช่างฝีมือ/ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ ๒.๕

ทั้งนี้ รูปแบบการทำงานเป็นลักษณะการประกอบธุรกิจของตนเองมากที่สุด ร้อยละ ๔๗.๑ (ประมาณ ๑๗๔,๐๐๑ คน) รองลงมาเป็นลักษณะผู้ช่วยธุรกิจของครัวเรือน ร้อยละ ๒๙.๓ (ประมาณ ๑๐๘,๒๙๘ คน) เป็น ลูกจ้างเอกชน ร้อยละ ๑๙.๑ (ประมาณ ๗๐,๕๗๖ คน) เป็นนายจ้าง ร้อยละ ๒.๖ (ประมาณ ๙,๗๒๔ คน) เป็น ลูกจ้างรัฐบาลและรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ ๑.๗ (๖,๒๘๔ คน) และเป็นสมาชิกกลุ่มผู้ผลิต ร้อยละ ๐.๐๕ (๑๙๘ คน)

^{๕๕} ดร.พรธิดา วิเศษศิลปานนท์และคณะ. รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์โครงการการติดตามการเข้าถึงสิทธิของคนพิการและการพัฒนารูปแบบ ระบบสวัสดิการที่ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิของคนพิการ. ๒๕๕๖. <http://nep.go.th/publishdocument>, สืบค้นเมื่อ ๕ เมษายน ๒๕๕๗.

จากการประมวลผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพปี๒๕๕๕และการสำรวจความพิการปี๒๕๕๐ โดย HEM-Net, IHPP (2556)^{๕๕} พบว่าคนพิการในวัยกำลังแรงงานนี้มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่าคนที่ไม่พิการในวัยเดียวกันถึงเกือบ ๓ เท่า (๑,๗๑๔ บาท/คน/เดือน กับ ๔,๘๙๒ บาท/คน/เดือน) จากข้อมูลการจ้างงานคนพิการ และการส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ที่รวบรวมโดยสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พก.) ณ วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๘ มีสถานประกอบการทั้งสิ้น ๑๒,๗๙๘ แห่ง มีการจ้างงานคนพิการตามมาตรา ๓๓ จำนวน ๒๗,๑๓๓ คน ปฏิบัติตามมาตรา ๓๕ สำหรับคนพิการจำนวน ๒,๕๒๒ คน สำหรับผู้ดูแลคนพิการจำนวน ๒,๙๖๒ คน และมีการส่งเงินเข้ากองทุนตามมาตรา ๓๔ เป็นเงิน ๒,๑๔๒,๔๓๐,๓๙๕.๔๔ บาท

แม้หลายองค์กรดำเนินงานการพัฒนาคนพิการทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรภาคสังคม องค์กรเพื่อคนพิการ ที่สนับสนุนการพัฒนาการศึกษา อาชีพ รายได้ และการดำรงชีวิต การเคลื่อนงานเครือข่ายคนพิการ แต่มีจุดอ่อนคือขาดฐานข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางการแปลงแนวนโยบายไปสู่การปฏิบัติการทั้งในระดับชาติ ภูมิภาค และท้องถิ่น ขาดการประสานงานและการเคลื่อนงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และขาดทัศนคติและแนวคิดการพัฒนาคนพิการเชิงบวก บุคลากรภาครัฐส่วนใหญ่และการขับเคลื่อนงานของหน่วยงานภาครัฐยังดำเนินงานตามแนวคิดเชิงสงเคราะห์มากกว่าเชิงรุก ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพด้านอาชีพ และการศึกษาของคนพิการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจ ตลอดจนเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพแบบองค์รวมด้วยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรภาคสังคม เครือข่ายคนพิการ และองค์กรเพื่อคนพิการ ผ่านการแปลงแนวนโยบายไปสู่การปฏิบัติการทั้งในระดับชาติ ภูมิภาค และท้องถิ่นจึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญยิ่ง

ผู้สูงอายุ

ข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุ^{๕๖} จากการคาดประมาณจำนวนประชากรไทยทั้งประเทศ ณ กลางปี ๒๕๕๗ มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๙,๙๒๘,๐๐๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๓ จากการคาดการณ์ประชากรในอีก ๒๐ ปีข้างหน้า หรือในปี ๒๕๗๗ จะมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จะเพิ่มสูงขึ้นถึง ๑๙ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๒๙ ของประชากรทั้งหมด^{๕๗} ส่งผลให้ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ซึ่งโครงสร้างอายุของประชากรที่เปลี่ยนไปนี้ เทียบกับการเปลี่ยนโครงสร้างของสังคมไทยโดยรวมด้วย ทั้งนี้เมื่อจำแนกประเภทผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น ร้อยละ ๘๕.๓ โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ ๖๐ - ๖๙ ปี มีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งผู้อื่นในบางกิจกรรมของกิจวัตรประจำวันร้อยละ ๑๓.๘ โดยส่วนใหญ่อยู่ในวัยมากกว่า ๘๐ ปี และมีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดร้อยละ ๑ โดยส่วนใหญ่อยู่ในวัยมากกว่า ๘๐ ปี^{๕๘} ซึ่งผู้สูงอายุในช่วงวัยปลายหรืออายุตั้งแต่ ๘๐ ปีขึ้นไปนั้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงน่าจะสะท้อนถึงการเพิ่มขึ้น

^{๕๕} แผนงานติดตามสถานการณ์ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (HEM project) และสำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP). (๒๕๕๖). รายงานสถานการณ์คนพิการในสังคมไทย: การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจความพิการและทุพพลภาพ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๕ และ ๒๕๕๐. พิมพ์โดย บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด, นนทบุรี. สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

^{๕๖} สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ๒๕๕๖, การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓, พิมพ์ครั้งที่ ๑, สถานที่พิมพ์: โรงพิมพ์เดือนตุลา, กรุงเทพฯ.

^{๕๗} สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๗

^{๕๘} สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ ปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒.

ของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ^{๔๔} รวมทั้งการที่อายุที่ยืนยาวขึ้นกลับตามมาด้วยการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยาวนานขึ้น และโอกาสที่จะอยู่ในภาวะพึ่งพาอันเนื่องมาจากการทุพพลภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นขึ้นเช่นกัน โดยในปี ๒๕๕๔ มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวลำพังร้อยละ ๘.๖ และร้อยละ ๑๗.๖ อยู่ลำพังกับคู่สมรส ซึ่งทั้ง ๒ กลุ่มจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความเปราะบางต่อปัญหาต่างๆ นอกจากนี้ ประเทศไทยเคยมีประชากรวัยแรงงานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและถึงจุดสูงสุดเมื่อปี ๒๕๕๓ (จำนวนประมาณ ๔๐ ล้านคน) แต่จากนั้นเป็นต้นมาก็จะมีสัดส่วนที่ลดลงตามลำดับ ซึ่งอีกไม่เกิน ๑๕ ปี ประชากรไทยจะเริ่มเข้าสู่เข้าสู่รูปแบบที่วัยแรงงานต้องรับภาระการเลี้ยงดูกลุ่มประชากรผู้สูงอายุและเด็กมากขึ้นเรื่อยๆ จากปัจจุบันที่มีสัดส่วนประชากรวัยทำงานประมาณ ๔.๕ คนต่อการดูแลผู้สูงอายุ ๑ คน และประชากรวัยเด็กอีก ๑ คน (๔:๑:๑) เป็นสัดส่วนประชากรวัยทำงานประมาณ ๒ คนต่อการดูแลผู้สูงอายุ ๑ คน และประชากรวัยเด็กอีก ๑ คน (๒:๑:๑) ทำให้ครอบครัวในปัจจุบันและครอบครัวใหม่ในอนาคต จะต้องประสบกับปัญหาความเครียดจากภาระค่าครองชีพและภาวะหน้าที่ที่ต้องดูแลคนในครอบครัวที่เพิ่มขึ้น^{๔๕} นับได้ว่าจากนี้ไปสังคมไทยกำลังอยู่ในสภาวะการณ์ที่มีผู้สูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจะส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ อีกทั้ง จะมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นของทั้งระดับภาครัฐและครัวเรือนในเรื่องสวัสดิการและสุขภาพอนามัย

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่พบยังคงเป็นประเด็นด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ ซึ่งในด้านสุขภาพ^{๔๖} จากผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี ๒๕๕๖^{๔๗} พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ ๔๕ มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคมได้ หากแต่การมีโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีภาวะลุกลามแทรกซ้อน อาจทำให้สมรรถนะในการปฏิบัติการกิจชีวิตประจำวันลดลง หรืออาจจะไม่สามารถปฏิบัติการกิจต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และแนวโน้มมีความรุนแรงสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น โดยโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ ๔๑ เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานร้อยละ ๑๘ โรคข้อเสื่อมร้อยละ ๙

นอกจากนี้ การสำรวจในปี ๒๕๕๖ บ่งชี้ว่า ในด้านงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในประชากรก่อนที่จะมีปัญหาโรคเรื้อรังดังกล่าวจนเป็นเหตุให้เกิดภาวะพึ่งพานั้น มีการเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคอยู่ในระดับไม่สูงนัก เช่น ผู้สูงอายุร้อยละ ๕๖.๗ ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันร้อยละ ๓๑ การตรวจการได้ยินร้อยละ ๓๐ การตรวจการมองเห็นร้อยละ ๔๖ การคัดกรองผู้ที่มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ ๒๘ การประเมินความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมร้อยละ ๑๒ การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมร้อยละ ๑๓ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันร้อยละ ๒๒ - ๔๗ การได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๔๐ เป็นต้น นอกจากนี้ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยคาดการณ์ว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมอยู่ที่ ๒๒๙,๐๐๐ คนและในอีก ๒๐ ปีข้างหน้าจะเพิ่มเป็นกว่า ๔๕๐,๐๐๐ คน

^{๔๔} วิพรรณ ประจวบเหมาะและชลธิชา อัศวินรัตน. ๒๕๕๓. “ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ: ศึกษาจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓” ในสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓., ๘๗ - ๙๘.

^{๔๕} คณะกรรมการปฏิรูประบบบำนาญเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. ๒๕๕๘. รายงานข้อเสนอปฏิรูประบบบำนาญเพื่อรองรับสังคมสูงวัย. สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ

^{๔๖} วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, ๒๕๕๖, รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๕๕, สถานศึกษาพิมพ์: โรงพิมพ์ บริษัท เอสเอส พลัส มีเดีย จำกัด, นนทบุรี.

^{๔๗} โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP). ๒๕๕๖.การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๕๖

และเพิ่มสูงมากกว่า ๑ ล้านคนในปี ๒๕๕๓ หรืออีกเพียง ๔๐ ปีข้างหน้า ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนี้สูญเสียความคิด ความจำ และความสามารถในการทำงานการตัดสินใจต่างๆ แล้ว ยังนำมาสู่ปัญหาภาระค่าใช้จ่ายที่สูงมาก รวมถึงผลกระทบต่อครอบครัวทั้งภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลและสภาพจิตใจอีกด้วย

ในด้านเศรษฐกิจ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ ๑๖.๑๓ ยังคงเป็นผู้สูงอายุที่ยากจนโดยผู้สูงอายุร้อยละ ๓๘.๓ ยังคงทำงาน แต่มีเพียงร้อยละ ๑๘.๕ เท่านั้นที่ต้องการทำงานด้วยความสมัครใจ แสดงว่าผู้สูงอายุจำนวนมากต้องทำงานเพราะความจำเป็นในการหารายได้เพื่อใช้ดำรงชีวิต ในขณะที่แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ ๗๘.๕ มาจากบุตร มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ ๓๕.๗ ที่มีแหล่งรายได้จากเงินออมหรือการถือครองทรัพย์สิน^{๓๓} ส่วนอัตราความครอบคลุมของการมีหลักประกันรายได้ของคนไทย^{๓๔} วัย ๓๐ - ๕๙ ปี ในปัจจุบันอยู่ที่เพียงร้อยละ ๒๖.๓ ส่วนใหญ่ของแรงงานนอกระบบกว่า ๒๔ ล้านคน ไม่มีหลักประกันรายได้กรณีชราภาพ ซึ่งมีประมาณ ๑.๖ ล้านคนที่เข้าร่วมประกันสังคมตามมาตรา ๔๐ (ประกันโดยสมัครใจ) (ข้อมูล ณ เดือนมกราคม ๒๕๕๗) อย่างไรก็ตาม แม้ผู้สูงอายุจะมีสิทธิประโยชน์ชราภาพ หรือเบี้ยยังชีพชราภาพ ก็อาจไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ เพราะผู้สูงอายุในอนาคตมีความเสี่ยงที่จะไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัว จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมการออมควบคู่กับการได้รับสวัสดิการสังคม เช่น ระบบเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รวมถึงส่งเสริมการทำงานเพื่อมีรายได้เสริมสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางรายได้เพื่อสามารถดำเนินชีวิตในช่วงสูงวัยได้อย่างพอเพียง

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมถึงการพัฒนาระบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไข เช่น การพัฒนากฎระเบียบที่เอื้อต่อการดำเนินงานและใช้งบประมาณขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รวมถึงการพัฒนาศักยภาพกำลังคนในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในชุมชนท้องถิ่น ในขณะเดียวกันในพื้นที่เขตเมือง เช่น พื้นที่กรุงเทพมหานคร หรือเมืองใหญ่ๆ ในส่วนภูมิภาค แม้ว่าจะมีการพัฒนาระบบสาธารณูปโภคพื้นฐานต่างๆ อย่างต่อเนื่อง แต่กลับพบว่ายังขาดกลไกในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเมืองที่มีประสิทธิภาพ

แรงงาน

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๗^{๓๕} รายงานว่าประชากรไทยที่มีงานทำมีจำนวน ๓๘.๔ ล้านคน เป็นแรงงานในระบบ ๑๖.๓ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๔ จากจำนวนสถานประกอบการทั่วประเทศ ๒.๓ ล้านแห่ง ที่เหลือเป็นแรงงานนอกระบบ จำนวน ๒๒.๑ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๖ ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านการเกษตร ร้อยละ ๕๖.๙ รองลงมาเป็นสาขาการขายส่ง การขายปลีก การซ่อมแซมยานยนต์ รถจักรยานยนต์ ร้อยละ ๑๖.๙ สาขาที่พักแรมและบริการด้านอาหารร้อยละ ๗.๖ สาขาการผลิตร้อยละ ๖.๐ สาขาการก่อสร้างร้อยละ ๔.๖ ที่เหลือเป็นอุตสาหกรรมสาขาอื่นๆ พิจารณาได้ว่าแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ทำงานเกี่ยวกับการเกษตร เมื่อเปรียบเทียบกับค่าจ้างเฉลี่ยต่อเดือนของแรงงานนอกระบบกับแรงงานในระบบ พบว่าแรงงานนอกระบบได้ค่าจ้างน้อยกว่าแรงงานในระบบถึงเกือบสองเท่า กล่าวคือแรงงานในระบบได้รับค่าจ้างเฉลี่ย ๑๔,๒๔๘ บาทต่อเดือน ขณะที่

^{๓๓} วรเคมี สุวรรณระดา. ๒๕๕๘. ข้อเสนอการปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย: ด้านเศรษฐกิจ. สภาพัฒน์แห่งชาติ.

^{๓๔} วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. รายงานการประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ (๒๕๔๕ - ๒๕๕๖) ระยะที่ ๒, [ออนไลน์], สืบค้นจาก: http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_๓๐๙.pdf. (วันที่ค้นข้อมูล: ๑๗ เมษายน ๒๕๕๗).

^{๓๕} สรุปผลที่สำคัญการสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. ๒๕๕๗. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๗

แรงงานนอกระบบได้รับค่าจ้างเฉลี่ย ๖,๔๓๗ บาทต่อเดือน ทั้งนี้ ในเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๘ พบว่าภาระหนี้ของครัวเรือนแรงงานไทย^{๖๖} อยู่ที่ ๑๑๗,๘๓๙.๙๐ บาทต่อครัวเรือน เพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันของปีก่อน ร้อยละ ๑๐.๙ เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจที่ชะลอตัวทำให้รายได้จากการทำงานล่วงเวลา (โอที) ลดลงหรือไม่มี ประกอบกับค่าครองชีพที่สูงขึ้น ทำให้แรงงานโดยเฉพาะกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า ๑๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน ใช้บริการเงินกู้ ทั้งในระบบและนอกระบบมากขึ้น

แรงงานนอกระบบต้องเผชิญกับปัญหา ๓ ลักษณะ ดังนี้ (๑) ปัญหาจากการทำงาน การได้รับค่าตอบแทนต่ำ การทำงานหนัก และได้ค่าจ้างไม่ต่อเนื่อง (๒) ความไม่ปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับสารเคมีเป็นพิษ รวมทั้งเครื่องมือเครื่องจักรที่เป็นอันตราย และ (๓) สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนท่าทางในขณะการทำงาน รวมทั้งทำงานในสถานที่ที่มีฝุ่นควันรบกวน และแสงสว่างไม่เพียงพอ พบว่าแรงงานนอกระบบ จำนวน ๖.๕ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๔ ของแรงงานนอกระบบทั้งหมด มีปัญหาที่เกิดจากการทำงานร้อยละ ๖๘.๗ จากสภาพแวดล้อมในการทำงาน ร้อยละ ๔๖.๒ และความไม่ปลอดภัยในการทำงาน ร้อยละ ๓๗.๑ ทั้งนี้ แรงงานนอกระบบหนึ่งคนอาจจะพบปัญหาได้มากกว่า ๑ ด้าน

แรงงานในระบบหรือแรงงานในสถานประกอบการ จากรายงานสถานการณ์ตลาดแรงงานปี ๒๕๕๗^{๖๗} พบว่าความต้องการแรงงานลดลงจากปี ๒๕๕๖ ร้อยละ ๑๕.๑๐ ขณะที่เมื่อผู้ประกันตนมาขึ้นทะเบียนขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน จำนวน ๕๗๕,๐๑๙ คน เป็นผู้ถูกเลิกจ้าง ๖๗,๐๒๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๖๖ และผู้ลาออก จำนวน ๕๐๗,๙๔๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๓๔ ปัญหาที่แรงงานยังคงเผชิญ คือการได้ค่าจ้างต่ำกว่ากฎหมายกำหนด มีรายได้ไม่พอจ่าย ทำงานหนักมากกว่า ๘ ชั่วโมงต่อวัน ทำงานล่วงเวลาไม่มีเวลาพักผ่อน เพื่อให้มีรายได้เพียงพอต่อค่าครองชีพที่ปรับตัวสูงขึ้นรวมทั้งปัญหาหนี้สินนอกระบบ

หลักประกันด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน เนื่องจากแรงงานนอกระบบต้องใช้บ้านหรือที่สาธารณะเป็นสถานที่ทำงาน แต่ระบบการดูแลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานยังไม่ชัดเจนแตกต่างจากลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีกฎหมายควบคุมในเรื่องสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของสถานประกอบการ แรงงานนอกระบบจึงมีความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยจากการทำงานอย่างมาก นอกจากนี้ในปัจจุบันไม่มีระบบสวัสดิการสังคมรองรับสำหรับแรงงานนอกระบบที่เจ็บป่วยจากการทำงาน ขณะที่นโยบายการขยายประกันสังคมไปสู่แรงงานนอกระบบ ก็เป็นสวัสดิการที่ไม่ได้แยกแยะสาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากการทำงาน ดังนั้น ในการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพและความปลอดภัยควรให้ความสำคัญกับมาตรการป้องกันปัญหาต่างๆ กับการสร้างระบบสวัสดิการรองรับแรงงานที่เจ็บป่วย

โครงสร้างประชากรของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ประชากรวัยทำงานต้องรับหน้าที่ดูแลผู้พึ่งพิงได้แก่ ประชากรเด็กและประชากรสูงอายุมากขึ้น โดยในปี ๒๕๕๓ มีผู้ต้องพึ่งพิง ๔๘ คน ต่อวัยแรงงาน ๑๐๐ คน และในอีก ๑๕ ปีข้างหน้า จะต้องมีการพึ่งพิงเพิ่มขึ้นเป็น ๖๐ คนต่อวัยแรงงาน ๑๐๐ คน เนื่องจากประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น หากประชากรในวัยทำงานเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติแล้ว ผลกระทบนั้นจะไม่ได้จำกัดอยู่ในระดับบุคคลเท่านั้น แต่ยังกระทบต่อครอบครัว

^{๖๖} ผลสำรวจสถานการณ์แรงงานไทยในปี ๒๕๕๘. ศูนย์พยากรณ์เศรษฐกิจและธุรกิจ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย. <http://www.prachatai.com/journal/๒๐๑๔/๐๕/๕๙๐๖๖>

^{๖๗} สถานการณ์ตลาดแรงงานปี ๒๕๕๗. กองวิจัยตลาดแรงงาน กระทรวงแรงงาน, ๒๕๕๘

สังคม และประเทศชาติอีกด้วย กลุ่มวัยแรงงาน เหล่านี้ซึ่งถือเป็นกำลังสำคัญในการสร้างเศรษฐกิจของประเทศทุกภาคส่วน ควรร่วมกันอย่างจริงจังในการดูแลเรื่องความปลอดภัยในการทำงาน สวัสดิการและความมั่นคงในการทำงาน เพื่อยกระดับให้แรงงานเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ในปี ๒๕๕๘ ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญ คือ ประชากรของประเทศสมาชิกมีการค้าขาย ไปมาหาสู่ ระหว่างกันได้มากขึ้น รวมทั้งมีศักยภาพในการแข่งขันกับโลกภายนอก โดยเป็นตลาดและฐานการผลิตเดียว เน้นการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ ทุน และแรงงานมีฝีมือระหว่างกันอย่างเสรี จากการวิเคราะห์ถึงศักยภาพของประเทศไทย^{๙๙} พบว่ามีจุดแข็งที่สำคัญ ได้แก่ (๑)แรงงานไทยมีทักษะฝีมือ (๒) มีวัตถุดิบทางการเกษตร (๓) มีที่ตั้งเหมาะสมในการเป็นศูนย์กลางด้านคมนาคมขนส่ง สำหรับจุดด้อย ได้แก่ (๑) ภาควิสาหกิจของไทยยังมีประสิทธิภาพต่ำ (๒) ขาดแคลนแรงงาน (๓) การกระจุกตัวของพื้นที่อุตสาหกรรมส่งผลต่อการอพยพแรงงาน (๔) อุตสาหกรรมหลักยังต้องพึ่งพาเงินทุนจากต่างประเทศ และ (๕) สินค้าอุตสาหกรรมยังเชื่อมโยงวัตถุดิบจากภาคการเกษตรไม่มากนัก โดยมีการคาดการณ์ว่า เมื่อเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ปี ๒๕๕๘ ผลจากการขาดแคลนแรงงานสายอาชีพหรือภาควิสาหกิจผลิต ย่อมทำให้ตลาดแรงงานไทยอยู่ในสภาพที่ต้องพึ่งพาคนเก่งจากประเทศอื่นมาช่วย ด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และวิศวกรรม เนื่องจากเราไม่สามารถผลิตได้พอกับความต้องการ ขณะทำงานในระดับล่าง เราก็จำเป็นต้องพึ่งพาแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน ดังนั้น แรงงานไทยไม่ว่าจะเป็นแรงงานในสถานประกอบการหรือแรงงานนอกระบบจึงจำเป็นอย่างมากที่ต้องได้รับการเตรียมความพร้อมไปสู่ตลาดโลก ซึ่งปัญหาที่ต้องรีบแก้ไขคือ การพัฒนาภาษาเพื่อการสื่อสาร พัฒนาฝีมือแรงงาน และความชำนาญในอาชีพให้ยิ่งขึ้น

ผู้หญิง

ประชากรไทยมีอายุขัยเฉลี่ยที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยผู้หญิงมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชาย (๗๘ ปี และ ๗๑ ปี ตามลำดับ)^{๙๙} จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี ๒๕๕๔ พบว่าผู้หญิงมีการตายมาจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ร้อยละ ๑๔.๓ รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ ๙.๑ โรคเบาหวาน ร้อยละ ๘.๘ และโรคไตอักเสบและไตพิการ ร้อยละ ๓.๔ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสถานะทางสุขภาพของผู้หญิงด้วยการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost : YLL) พบว่าสาเหตุหลักของความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรของผู้หญิง ๓ อันดับแรกคือ โรคมะเร็ง กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน ในขณะที่เดียวกันพบว่า สาเหตุหลักของความสูญเสียปีสุขภาวะของผู้หญิงทุกกลุ่มอายุคือ โรคและอาการที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิต^{๑๐๐} นอกจากนี้ ผู้หญิงประสบกับปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลถึงสถานะทางสุขภาพในหลากหลายมิติ^{๑๐๑} ได้แก่ การคุมกำเนิดและอัตราการตายของมารดา ภาวะการมีบุตรยากสู่เทคโนโลยีช่วย

^{๙๙} วชิระ ปุษะนิกร. เปิดผลวิเคราะห์อุตสาหกรรมไทยมีศักยภาพแข่งขันรับ AEC. <http://www.thai-aec.com/๘๘๑#ixzzmcoqDSADt>

^{๙๙} สำนักงานกิจการสตรีและครอบครัว. ๒๕๕๘. รายงานสถานการณ์สตรีปี ๒๕๕๘ “๒ ทศวรรษปฏิญญาปักกิ่งฯ เสริมพลังสตรีสร้างพลังสังคม”. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการสตรีและครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แหล่งที่มา: <http://www.gender.go.th/publication/book/thaisituation๕๘.pdf>. ค้นเมื่อวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๕๘.

^{๑๐๐} สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. ๒๕๕๗. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๔. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. แหล่งที่มา: <http://thaibod.net/th/report/category/13-2011.html?download=67%3A-2554>. ค้นเมื่อวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๕๘.

^{๑๐๑} กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. ๒๕๕๘. มองผ่านเลนส์เพศภาวะและความหลากหลาย: ข้อเสนอการพัฒนาศาสตร์เพื่อสุขภาวะผู้หญิง. นครปฐม: สมาคมเพศวิถีศึกษา.

การเจริญพันธุ์กับการอุ้มบุญ มะเร็งในระบบเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์ และการแท้ง ท้องไม่พร้อมและการยุติการตั้งครรภ์ และความรุนแรงต่อผู้หญิง เป็นต้น ทั้งนี้ กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ^{๗๒} ได้ให้ภาพสถานะสุขภาพของผู้หญิงไว้ว่า “ผู้หญิงไทยมีชีวิตยืนยาวกว่าผู้ชายไทย ด้วยคุณภาพชีวิตที่ดีน้อยกว่า เสี่ยงต่อการตกอยู่ในภาวะซึมเศร้ามากกว่า อยู่กับโรคเรื้อรังและความพิการยาวนานกว่า ขณะที่ความรุนแรงทางเพศเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งของสุขภาพผู้หญิง ในสถานการณ์เรื่องท้องและแท้ง ดูเหมือนว่าสังคมไทยจะประณามผู้หญิงฝ่ายเดียว และปล่อยให้ผู้หญิงต้องเผชิญปัญหาตามลำพัง”

ประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นภาคีพันธกรณีระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาผู้หญิงในระดับสากล เช่น อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อผู้หญิงในทุกรูปแบบ (Convention on the Elimination of All Form of Discrimination against Women : CEDAW) ปฏิญญาเวียนนาและแผนปฏิบัติการเวียนนา (Vienna Declaration and Programme of Action) ปฏิญญาปักกิ่งและแผนปฏิบัติการเพื่อความก้าวหน้าของผู้หญิง (Beijing Declaration and Platform for Action : BDPA) เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals : MDGs) เป็นต้น^{๗๓} ทำให้ประเทศไทยมุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อดำเนินการพัฒนาผู้หญิงและส่งเสริมความเสมอภาคหญิงชายอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สังคมไทยเป็นสังคมที่มีความเสมอภาคระหว่างหญิงชายบนพื้นฐานคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ซึ่งเอื้อต่อการส่งเสริมบทบาทหญิงชายในการพัฒนาประเทศ^{๗๔} โดยเฉพาะการกำหนดให้มีแผนพัฒนาผู้หญิงระยะ ๕ ปีในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแต่ละฉบับ อย่างไรก็ตาม พบว่าในปัจจุบันยังพบสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำของผู้หญิงหลายประการ ได้แก่

ด้านการทำงาน ผู้หญิงมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานน้อยกว่าผู้ชาย โดยในช่วงปี ๒๕๔๔ - ๒๕๕๕ ตามข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระบุว่าร้อยละ ๖๕ ของผู้หญิงมีอัตราการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงาน ในขณะที่ของผู้ชายอยู่ในอัตราประมาณร้อยละ ๘๑ รวมทั้งผู้หญิงได้รับค่าจ้างเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะค่าจ้างแรงงานภาคเกษตรกรรม การทำงานช่วยธุรกิจในครัวเรือนที่ไม่ได้รับค่าจ้างนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นแรงงานผู้หญิงคือมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ ๖๑.๗ เป็นแรงงานผู้ชายมีเพียงร้อยละ ๓๘.๓ ในทางกลับกัน การทำงานในฐานะเป็นนายจ้างทำธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้างและเป็นลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ แรงงานผู้หญิงจะมีสัดส่วนน้อยกว่าแรงงานผู้ชายอย่างเห็นได้ชัดซึ่งอาจจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ค่าจ้างเฉลี่ยของผู้หญิงต่ำกว่าผู้ชาย^{๗๕} นอกจากนี้ ยังพบว่าแรงงานนอกระบบ รวมถึงผู้รับงานไปทำงานที่บ้านซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานหญิงมักได้รับค่าจ้างและการคุ้มครองที่น้อยกว่าหรือไม่มีเลยเมื่อเปรียบเทียบกับแรงงานในระบบ^{๗๖}

^{๗๒} กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. ๒๕๕๘. อ้างแล้ว.

^{๗๓} สุชาติ ทวีสิทธิ์. ๒๕๕๘. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการการวิเคราะห์ช่องว่างการทำงานสร้างเสริมสุขภาพผู้หญิงและความเป็นธรรมทางเพศในสังคมไทย. เสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

^{๗๔} สำนักงานกิจการสตรีและครอบครัว. ๒๕๕๘. รายงานสถานการณ์สตรีปี ๒๕๕๘ “๒ ทศวรรษปฏิญญาปักกิ่งฯ เสริมพลังสตรีสร้างพลังสังคม”. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการสตรีและครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แหล่งที่มา: <http://www.gender.go.th/publication/book/thaisituation๕๘.pdf>. ค้นเมื่อวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๕๘.

^{๗๕} สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ๒๕๕๗. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทยปี ๒๕๕๕. แหล่งที่มา <http://www.nesdb.go.th/>. ค้นเมื่อวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๘.

^{๗๖} คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ. ๒๕๕๕. แผนพัฒนาสตรี: ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๙). กรุงเทพฯ: เซเวนพรีนติ้ง กรุ๊ป.

นอกจากนี้ ผู้หญิงยังได้รับผลกระทบจากความเหลื่อมล้ำด้านกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม เช่น ผู้หญิงไร้รัฐ ผู้หญิงชาติพันธุ์/ชนกลุ่มน้อย แรงงานหญิงอพยพข้ามชาติ คนไร้บ้านหญิง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสถานะบุคคลและไร้สิทธิในการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมาย ซึ่งนำไปสู่ภาวะคุกคามความมั่นคงในชีวิตที่สำคัญในระดับปัจเจกบุคคล รวมทั้งสิทธิในการรักษาพยาบาลและบริการ สิทธิในการทำงานและได้รับการคุ้มครองแรงงานตามกฎหมาย สิทธิในการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม สิทธิในการเดินทางออกนอกพื้นที่ สิทธิในการเคลื่อนไหวสิทธิในการก่อตั้งครอบครัวตามกฎหมาย และสิทธิในการครอบครองทรัพย์สิน^{๔๓}

ด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคม ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพของประชาชนอยู่ ๓ ระบบคือ (๑)ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ (๒) ระบบประกันสังคม และ (๓)ระบบประกันสุขภาพ^{๔๔} ซึ่งผู้หญิงได้สิทธิประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพเหล่านั้นด้วยเช่น การดูแลครรภ์ การคลอดบุตร แต่อย่างไรก็ตาม ชุดสิทธิประโยชน์เหล่านั้นยังไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอาหารเสริมของหญิงมีครรภ์และอุปกรณ์คุมกำเนิด^{๔๕} กลุ่มผู้ต้องขังหญิงเป็นกลุ่มที่ตกอยู่ในสถานะ “ข้อยกเว้น” จากความพยายามของรัฐต้องการให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพที่ดี ดังปรากฏในนโยบายสุขภาพแห่งชาติว่า “สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับ” การอยู่ในเรือนจำคือ การถูกกันออกไป (exclude) จากการได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานของความเป็นพลเมือง ได้แก่ “การมีสุขภาพที่ดี”^{๔๖}

ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล^{๔๗} และแรงงานข้ามชาติ

ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะบุคคลภายใต้กฎหมายสัญชาติ กฎหมายการทะเบียนราษฎร และกฎหมายคนเข้าเมือง ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าถึงและใช้สิทธิในสถานะบุคคลด้านต่างๆ อาทิ สิทธิที่จะมีเอกสารพิสูจน์ทราบตัวบุคคลเพื่อไม่ต้องกลายเป็นคนไร้รัฐ สิทธิการจดทะเบียนสมรส สิทธิที่จะทำงาน สิทธิที่จะเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม สิทธิด้านสุขภาพ ฯลฯ^{๔๘}

การจำแนกกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคล โดยพิจารณาจากจุดเกาะเกี่ยวที่ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลมีกับประเทศไทยสามารถแบ่งได้เป็น ๕ กลุ่ม คือ

^{๔๓} กฤตยา อาชวนิจกุล. ๒๕๕๔. การจัดระบบคนไร้รัฐในบริบทประเทศไทย. ในสุรียพร พันพืงและมาลี สันภูวรรณ (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม ๒๕๕๔. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.

^{๔๔} สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. ๒๕๕๖. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ. เสนอต่อสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. แหล่งที่มา: <http://tdri.or.th/wp-content/uploads/๒๐๑๔/๐๘/final-report-thailand-health-insurance.pdf>. ค้นเมื่อวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๘.

^{๔๕} สุชาดา ทวีสิทธิ์. ๒๕๕๘. อ่างแล้ว.

^{๔๖} นภาพร หะวานนท์และธีรวัลย์ วรรณไทย์. ๒๕๕๘. ข้อเสนอโครงการวิจัยปฏิรูปเรือนจำด้วยการสร้างชุมชนแห่งความหวัง. เสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

^{๔๗} ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล คือ บุคคลที่ไม่สามารถเข้าถึงและใช้สิทธิขั้นพื้นฐาน บริการของรัฐ รวมถึงสิทธิด้านอื่นๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเพราะสถานะบุคคลตามกฎหมายสัญชาติ กฎหมายทะเบียนราษฎร หรือกฎหมายคนเข้าเมืองของบุคคลดังกล่าว ถูกเข้าใจ-ตีความให้เป็นเงื่อนไขในการเข้าถึงและใช้สิทธิด้านต่างๆ

^{๔๘} ดร.ณิ ไพศาลพาณิชย์กุล. ๒๕๕๗. ยุทธศาสตร์การพัฒนาสิทธิในสุขภาพของผู้มีปัญหาสถานะบุคคล, สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

๑. ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่ไม่มีจุดเกาะเกี่ยวที่จะนำไปสู่การมีสัญชาติไทย ได้แก่ กลุ่มผู้หนีภัยการสู้รบ กลุ่มโรฮิงจา กลุ่มแรงงานต่างด้าว ๓ สัญชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา) และบุตร ฯลฯ
๒. ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่มีจุดเกาะเกี่ยวที่จะนำไปสู่การมีสัญชาติไทย เป็นผู้ที่มีสิทธิในสัญชาติไทย และยังไม่เข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สิทธิหรืออยู่ระหว่างกระบวนการพิสูจน์เบื้องต้นอาจแบ่งจำแนกได้เป็น ๑๐ กลุ่ม โดยใช้หลักเกณฑ์และกลไกระเบียบสำนักทะเบียนกลางว่าด้วยการพิจารณาลงรายการสถานะบุคคลในทะเบียนราษฎรให้แก่บุคคลบนพื้นที่สูง ปี ๒๕๔๓ และ กลไกภายใต้พระราชบัญญัติสัญชาติ พ.ศ. ๒๕๐๘ ๒๕๕๑ และ ๒๕๕๕^{๔๔}
๓. ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่มีจุดเกาะเกี่ยวที่จะนำไปสู่การพัฒนาเป็นคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมาย และมีสิทธิอาศัยถาวรได้แก่ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลซึ่งอาศัยอยู่ในประเทศไทยมานานแล้ว แม้จะไม่มีสิทธิในสัญชาติ แต่อาจพัฒนาสิทธิในสถานะบุคคลของตนไปสู่การเป็นคนต่างด้าวเข้าเมืองโดยถูกกฎหมาย มีสิทธิอาศัยถาวร ในเบื้องต้น พบว่ามีจำนวน ๓ กลุ่ม (๑) คนต่างด้าวไร้สัญชาติ (ชนกลุ่มน้อย ๑๗ กลุ่ม - เดิม) ที่มีสิทธิขอสถานะต่างด้าว^{๔๕} (๒) เด็กและเยาวชนไร้สัญชาติ ซึ่งถูกถือว่าเป็นคนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย และ (๓) คนต่างด้าวที่มีสัญชาติอื่น และได้รับการบันทึกชื่อในทะเบียนราษฎรของรัฐเจ้าของสัญชาติ กับการมีชื่อในทะเบียนราษฎรของประเทศไทย
๔. ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่มีจุดเกาะเกี่ยวเกี่ยวกับประเทศไทยและประเทศอื่นในเวลาเดียวกัน ได้แก่ กรณีบุคคลที่ได้รับการบันทึกในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของสองรัฐหรือมากกว่าสองรัฐขึ้นไป (คนสองทะเบียนราษฎร) หรือกรณีคนสองสัญชาติ หรือมากกว่าสองสัญชาติขึ้นไป
๕. ปัญหาสถานะบุคคลที่ยังคงไร้เอกสารพิสูจน์ทราบตัวบุคคล (undocumented person/ยังคงไร้รัฐ) ในเบื้องต้นอาจจำแนกได้ ๗ กลุ่ม ดังนี้ (๑) ชนกลุ่มน้อย ชาวเขาดั้งเดิม คนไทยที่ยังคงไร้เอกสารพิสูจน์ทราบตัวบุคคล (๒) คนไร้รากเหง้าในสถาบันการศึกษาในสถานกัก/ควบคุมตัว/เรือนจำ วัด ฯลฯ (๓) กลุ่มชาติพันธุ์โรฮิงจา (๔) แรงงานต่างด้าว (๕) บุตรของแรงงานต่างด้าว (๖) แรงงานต่างด้าวที่ตกเป็นเหยื่อของกระบวนการค้ามนุษย์ และ (๗) ผู้หนีภัยความตาย

แรงงานข้ามชาติ ตามความหมายของสหประชาชาติ หมายถึง บุคคลซึ่งจะถูกว่าจ้างให้ทำงาน กำลังถูกว่าจ้าง หรือเคยถูกว่าจ้างทำงาน โดยได้รับค่าตอบแทนในรัฐที่ตนไม่ได้เป็นคนของชาตินั้น^{๔๖} ทั้งนี้ ปี ๒๕๕๗ แรงงานข้ามชาติที่ทำงานในประเทศไทย^{๔๗} มีจำนวน ๑,๓๓๙,๘๓๔ คน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๖ จำนวน ๑๕๕,๙๙๙ คน

^{๔๔} (๑) กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง (๒) กลุ่มชาติพันธุ์ดั้งเดิมกลุ่มต่างๆ อาทิ กลุ่มมอแกน/มอแกน มานิก(ซาโก) ฯลฯ (๓) คนไทยพลัดถิ่น (๔) บุคคลที่ต้องพิสูจน์ว่าตนเป็นบุตรของบิดาสัญชาติไทย (๕) คนที่ถูกถอนสัญชาติ หรือไม่ได้สัญชาติไทยโดยผลของประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ ๓๓๗ (บางส่วน) ของชนกลุ่มน้อย ๑๗ กลุ่ม-เดิม และลูกหลาน) ต่อมาได้รับการคืนสัญชาติ หรือกรณีคนไทยตามมาตรา ๒๓ (๖) คนต่างด้าวไร้สัญชาติ (บางส่วน) ของลูกหลานของชนกลุ่มน้อย ๑๗ กลุ่ม-เดิม) กับการขอสัญชาติไทย โดยขอให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยมีคำสั่ง หรือการขอมีสัญชาติไทยตามมาตรา ๗ ทวิวรรคสอง (๗) เด็กและเยาวชนต่างด้าวไร้สัญชาติ กับการขอแปลงสัญชาติเป็นไทย (๘) คนต่างด้าวไร้สัญชาติ กับการขอแปลงสัญชาติไทย กรณีทั่วไป (๙) คนต่างด้าวไร้สัญชาติ กับการขอแปลงสัญชาติเป็นไทย กรณีพิเศษ (๑๐) คนต่างด้าวไร้สัญชาติ กับการมีสัญชาติไทยโดยการสมรส

^{๔๕} ภายใต้ มาตรา ๑๗ พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง และมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๕๓

^{๔๖} สถานการณ์คนต่างด้าวที่ทำงานในประเทศไทย. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. http://www.m-society.go.th/article_attach/๕๕๐/๕๒๙.pdf

^{๔๗} สถานการณ์ตลาดแรงงาน. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน. กระทรวงแรงงาน, ๒๕๕๘

คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๑๘ แบ่งออกเป็นแรงงานข้ามชาติเข้าเมืองถูกกฎหมาย จำนวน ๑,๓๑๖,๘๔๒ คน และแรงงานข้ามชาติเข้าเมืองผิดกฎหมาย จำนวน ๒๒,๔๔๒ คน ขณะที่ องค์การพัฒนาเอกชนต่างคาดคะเนว่าอาจมีแรงงานที่เข้าเมืองผิดกฎหมายจำนวน ๑ ล้าน ถึง ๒ ล้านคน ทั้งนี้ แรงงานข้ามชาติที่เพิ่มขึ้นอาจเป็นผลจากนโยบายการจัดการแรงงานข้ามชาติผ่านการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติในปี ๒๕๕๗ ที่ผ่านมา ซึ่งจะมีระยะเวลาการผ่อนผันให้แรงงานข้ามชาติทำงานในประเทศไทยและดำเนินการพิสูจน์สัญชาติกับประเทศต้นทาง

หลักประกันทางด้านสุขภาพของผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติ

ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล กลุ่มที่ ๒ - ๔ อาจได้รับการดูแลด้านการรักษาพยาบาลจากกองทุนให้สิทธิ (คินสิทธิ) ตามมติคณะรัฐมนตรี ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ จำนวนรวม ๖๒๕,๒๗๔ คน (มติคณะรัฐมนตรีเมื่อ ๒๐ เมษายน ๒๕๕๘ อนุมัติการให้สิทธิ (คินสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิเพิ่มเติมจำนวน ๒๐๘,๖๓๑ คน) พบว่ากลุ่มดังกล่าวสามารถเข้าใช้บริการด้านสุขภาพภายใต้กองทุนนี้ในระดับดีและมีความพึงพอใจต่อสิทธิและการบริการที่ได้รับ^{๓๓} สำหรับแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาอย่างถูกกฎหมายย่อมได้รับการดูแลจากระบบประกันสังคม อย่างไรก็ตาม การบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เข้มข้น ก็อาจทำให้แรงงานกลุ่มนี้ไม่ได้รับการบริการด้านสุขภาพจากกองทุนนี้ นอกจากนั้น สิทธิประโยชน์ที่ได้รับยังไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขการทำงานและระยะเวลาทำงาน สำหรับกลุ่มผู้ติดตาม เช่น บุตร หรือบิดา มารดา แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีสิทธิในระบบประกันสังคมสามารถเข้าสู่ “กองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว” ซึ่งรับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ด้วยการซื้อบัตรประกันสุขภาพ แต่ปัญหาที่สำคัญ^{๓๔} คือ ความครอบคลุมของการมีสวัสดิการักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม การขายบัตรประกันสุขภาพมีอัตราลดลง อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านแรงงาน รวมทั้ง นโยบายการประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ทำให้เกิดช่องว่างในการหลีกเลี่ยงทำการประกันตนและซื้อบัตรประกันสุขภาพ นอกจากนั้น ยังมีกลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติ ซึ่งยังคงไม่ได้รับการดูแลในระบบสุขภาพใดๆ

ในด้านการศึกษาสำหรับคนกลุ่มนี้มีความก้าวหน้าขึ้นมาก เด็กๆ มีโอกาสได้รับการศึกษาทั้งในระบบโรงเรียนสามัญ ศูนย์การเรียนนอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย และยังมีการทดลองโมเดลการเชื่อมโยงการศึกษาระหว่างรัฐ อย่างไรก็ตาม ยังมีปัญหาด้านการเข้าถึงการขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ปัญหาคุณภาพและความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาสาระกับวิถีชีวิตเด็กและเยาวชนกลุ่มนี้

การถูกละเมิดสิทธิในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพราะการขาดความรู้ความเข้าใจต่อสิทธิของผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติ ซึ่งหลายกรณีคนกลุ่มนี้ถูกละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีปัญหาการเดินทางออกนอกพื้นที่ควบคุม เนื่องจากคนไร้สัญชาติที่ได้รับการสำรวจ และจัดทำทะเบียนหรือได้รับการบันทึกรายการตัวบุคคลในฐานะข้อมูลทะเบียนราษฎรยังคงถูกจำกัดพื้นที่โดยเดินทางออกนอกพื้นที่ควบคุมได้เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว

สรุป แม้ว่าจะมีกฎหมาย นโยบายที่รับรองและเอื้อต่อการเข้าถึงและใช้สิทธิด้านต่างๆ แต่ทางปฏิบัติยังคงพบว่า ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติยังคงต้องเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงสิทธิ เช่น

^{๓๓} พงศธร พอกเพิ่มดี และคณะ. ๒๕๕๘. รายงานการวิจัย โครงการการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนคินสิทธิ (ให้สิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตามมติ ครม. ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗, สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

^{๓๔} พงศธร พอกเพิ่มดี และคณะ. ๒๕๕๘. รายงานการวิจัยการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าว ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗, สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

กลุ่มสิทธิขั้นพื้นฐานหรือสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองสุขภาพ และสิทธิในสวัสดิการที่จำเป็น สำหรับกลุ่มที่ได้รับการคุ้มครองก็ยังมีปัญหาในระดับปฏิบัติอีกมาก ทั้งในฝ่ายผู้รับบริการซึ่งมักขาดการรับรู้สิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องหรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกล ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ และในฝ่ายผู้ให้บริการซึ่งต้องเผชิญกับภาระงานและงบประมาณที่เพิ่มขึ้นมาก ปัญหาการสื่อสารลบลบอุปสรรคเหล่านี้ทำให้ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติยังเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาวะมากที่สุดกลุ่มหนึ่งในสังคมไทย

คนไร้บ้านและผู้ป่วยข้างถนน

คนไร้บ้านและผู้ป่วยข้างถนนเป็นปรากฏการณ์และประเด็นปัญหาที่ปรากฏในสังคมไทย โดยเฉพาะในเขตเมืองมากกว่า ๓ ทศวรรษ โดยมีสาเหตุความเป็นมาจาก “ความเหลื่อมล้ำ” ทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมถึง “ความไม่เป็นธรรม” ทางนโยบายที่กีดกันการเข้าถึงทรัพยากรอย่างเท่าเทียม หรือสร้างความเหลื่อมล้ำอย่างมหาศาลให้กับกลุ่มคนในประเทศ

การเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานต่างๆ ในการดำรงชีพทำให้คนไร้บ้านและผู้ป่วยข้างถนนใช้ชีวิตด้วยภาวะจำกัด อันนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาวะต่างๆ จากการสำรวจสถานการณ์พบว่า คนไร้บ้านมีปัญหาสุขภาพ ๓ อันดับแรก คือ สุขภาพจิต เบาหวาน และพิษสุราเรื้อรัง เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบปัญหาด้านสุขภาวะอื่นๆ ได้แก่ โรคผิวหนัง แผลเน่าติดเชื้อ ไตวาย หอบหืด/ถุงลมโป่งพอง และความดันโลหิตสูง เป็นต้น^{๔๔} อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเหล่านี้เป็นเพียงข้อมูลการสำรวจเบื้องต้นเท่านั้น

ในช่วงที่ผ่านมาหลายประเทศประเด็นและจำนวนของคนไร้บ้านถูกใช้เป็นเครื่องชี้วัดหนึ่งของความล้มเหลวและความไม่เป็นธรรมทางด้านนโยบายเศรษฐกิจและสังคม^{๔๕} ส่งผลให้เกิดการให้ความสำคัญในการสร้างฐานข้อมูลเพื่อความเข้าใจคนไร้บ้าน ทั้งในแง่ของลักษณะทางประชากร ปัญหาทางสุขภาพ ความต้องการพื้นฐาน และกระบวนการกลายเป็นคนไร้บ้าน เพื่อเป็นพื้นฐานในการเสริมพลัง (empowerment) ให้กับคนไร้บ้าน และการลดปัจจัยเสี่ยงทางสังคมในการกลายเป็นคนไร้บ้าน รวมถึงการสร้างระบบสวัสดิการเพื่อตอบสนองความต้องการที่เหมาะสมต่อคนไร้บ้าน

สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันการสำรวจคนไร้บ้านที่จะนำมาซึ่งข้อมูลเชิงปริมาณ/มหภาค และภาพรวมทางประชากรของกลุ่มคนไร้บ้าน ได้ปรากฏการดำเนินการโดยหน่วยงานต่างๆ บ้างแล้ว แต่ยังไม่มีการจัดเก็บโดยวิธีวิทยาที่เป็นระบบซึ่งจะทำให้ทราบข้อมูลที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงและเป็นภาพรวมของทั้งประเทศ รวมถึงภาพรวมทางด้านลักษณะคนไร้บ้านและปัจจัยการมาเป็นคนไร้บ้าน ที่จะเป็นพื้นฐานสำคัญในการผลักดันเชิงนโยบาย หรือยุทธศาสตร์ได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น คนไร้บ้านและผู้ป่วยข้างถนน จึงเป็นกลุ่มคนที่ไม่ได้รับสิทธิและโอกาสอย่างเท่าเทียมกับคนส่วนใหญ่ หรือไร้ทุนทางเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงสวัสดิการในอันที่จะเป็นตาข่ายความปลอดภัย (Safety net) ให้แก่ชีวิตและทรัพย์สิน ทั้งนี้ อาจสรุปในภาพรวมได้ว่าคนไร้บ้านเข้าถึงสิทธิ และสวัสดิการที่สำคัญ ได้แก่

^{๔๔} พรทิพย์ จอมพุก, รณภูมิ สามัคคีคารมย์ และอนุสรณ์ อำพันธ์ศรี. ๒๕๕๘. รายงานสถานการณ์คนไร้บ้าน และผู้ป่วยข้างถนนเพื่อการสื่อสารเชิงนโยบาย. เอกสารอัดสำเนา.

^{๔๕} Marybeth Shinn. 2010. Homelessness, Poverty, and Social Exclusion in the United States and Europe. European Journal of Homelessness.Vol.4, December.

๑. ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย ซึ่งสะท้อนให้เห็นภาวะเปราะบางและความเสี่ยงของการใช้ชีวิต เช่น การถูกคุกคาม การละเมิดสิทธิ การค้ามนุษย์ เป็นต้น รวมถึงการขาดหลักประกันในชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ อย่างมีคุณภาพด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ การไม่มีบ้านยังทำให้ขาดหลักฐานในการแสดงสถานภาพบุคคล (บัตรประชาชน และทะเบียนบ้าน) ทำให้คนไร้บ้านเข้าไม่ถึงสิทธิและสวัสดิการขั้นพื้นฐานที่รัฐจัดให้แก่ประชาชน
๒. ปัญหาทางด้านการระบบสาธารณสุขป็นพื้นฐาน ปัจจุบันคนไร้บ้านที่ใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ ประสบปัญหาสำคัญในการเข้าถึงระบบสาธารณสุขป็นพื้นฐาน โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน ทั้งการขี้ถ่ายและการชำระล้างร่างกาย อันส่งผลกระทบต่อสุขอนามัย ถึงแม้ในปัจจุบันหน่วยงานรัฐทั้งส่วนกลางและท้องถิ่นจะมีการจัดทำระบบสาธารณสุขป็นพื้นฐานในพื้นที่สาธารณะเพื่อทุกกลุ่มคน หากแต่ระบบดังกล่าวจะยังไม่สามารถตอบสนองกับวิถีชีวิตของคนไร้บ้านและผู้ใช้ชีวิตสาธารณะได้ เนื่องจากส่วนหนึ่งมีการเปิดให้บริการเป็นเวลา ไม่มีที่ชำระล้างร่างกาย และไม่เอื้อต่อการใช้ของประชากรทุกกลุ่ม
๓. ปัญหาด้านการรักษาพยาบาลและบริการสุขภาพ อันเนื่องมาจากการไม่มีสถานะทางทะเบียน ทำให้หน่วยงานไม่สามารถนับจำนวนประชากรเพื่อรับการจัดสรรงบประมาณจากภาครัฐ เช่น ค่ารักษาพยาบาลจากงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เงินจัดสรรส่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดสรรตามจำนวนประชากรในพื้นที่ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และคนพิการ เป็นต้น แม้ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีรัฐบาลได้ออกกฎหมายเกณฑ์การรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมผู้ไร้สถานะทางบุคคล ไม่ว่าจะเป็นสิทธิกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ” ตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓^๗ รวมทั้ง ได้ขยายความครอบคลุมไปยังบุคคลที่ตกหล่นให้เข้าสู่การรักษาพยาบาลภายใต้กองทุนคืนสิทธิ ซึ่งรัฐบาลเพิ่งมีมติคณะรัฐมนตรีอนุมัติไปเมื่อวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๕๘ หากแต่กลุ่มคนไร้บ้านจะไม่ถูกรวมอยู่ในความครอบคลุมของสิทธิทางสาธารณสุขดังกล่าว

มุสลิมไทย

การสำรวจสถานะทางสังคมและวัฒนธรรม ปี ๒๕๕๔ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติแสดงว่าประชากรไทยอายุ ๑๓ ปีขึ้นไป ที่นับถือศาสนาอิสลามมีจำนวน ๓.๔๓ ล้านคน (ร้อยละ ๔.๖)^๘ โดยส่วนใหญ่กว่าร้อยละ ๗๐ อาศัยอยู่ในภาคใต้ โดยเฉพาะภาคใต้ตอนล่างที่ประกอบด้วย จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี ยะลา สตูล และ ๔ อำเภอในจังหวัดสงขลา ซึ่งมีจำนวนมากที่สุดกว่าร้อยละ ๔๕ รองลงมาคือ ภาคใต้ตอนกลางและตอนบนประมาณร้อยละ ๒๖ ที่เหลืออีกไม่น้อยกว่า ๖๐๐,๐๐๐ คนอยู่ในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และจังหวัดอื่นๆ ในภาคกลาง มีมุสลิมไทยจำนวนหนึ่ง รวมกันไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ คน อยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดย

^๗ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๕๕. คู่มือแนวทางปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

^๘ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสถานะทางสังคมและวัฒนธรรม ๒๕๕๔. [ออนไลน์]. สืบค้นจาก: <http://service.nso.go.th/nso/web/survey/surpop๒-๓-๔.html>. (วันที่สืบค้น: ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๗).

มุสลิมไทยในแต่ละพื้นที่มีภูมิหลังทางด้านชาติพันธุ์และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ในช่วงที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพชีวิตของมุสลิมไทยที่วัดด้วยดัชนีหลายดัชนีนั้นต่ำกว่าประชากรไทยโดยเฉลี่ย ในประเด็นหลักคือด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ สังคมและการศึกษา รวมถึงปัญหาสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ในด้านสุขภาพ ตัวบ่งชี้ภาพรวมของปัญหาสุขภาพของมุสลิมไทยคือ อายุมัธยฐานซึ่งเท่ากับ ๒๗.๐ ปี ซึ่งน้อยกว่าอายุมัธยฐานของคนไทยทั่วไปคือ ๒๙.๒ ปี (สำมะโนประชากรและเคหะ ๒๕๕๓ เนื่องจากไม่มีข้อมูลในปี ๒๕๕๓) ทั้งนี้ อายุมัธยฐานของมุสลิมไทยใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้น้อยกว่า (๒๕.๐ ปี)^{๙๙}

งานวิจัยของแผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย พบว่ามุสลิมออกกำลังกายและบริโภคผักและผลไม้มากกว่า และได้รับการตรวจยืนยันว่าเป็นโรคเบาหวานร้อยละ ๓.๓ ซึ่งถือว่าน้อยเมื่อเทียบกับร้อยละ ๔.๓ ของคนไทยทั่วไป แต่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๙.๙ สูงกว่าคนไทยโดยเฉลี่ยที่ร้อยละ ๙.๑^{๑๐๐} ด้านพฤติกรรมสุขภาพและการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในมุสลิมไทย พบว่ามุสลิมไทยมีอัตราการบริโภคยาสูบและค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคยาสูบ (๑๓๙.๐๐ บาท/ครัวเรือน) สูงกว่าประชากรทั่วไป (๑๑๑.๐๐ บาท/ครัวเรือน) แต่หากพิจารณาแนวโน้มระหว่างปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการบริโภคบุหรี่ของครัวเรือนมุสลิมไทยเพิ่มขึ้นเพียง ๑๗ บาท/เดือน ซึ่งน้อยกว่าครัวเรือนไทยโดยทั่วไป (เพิ่มขึ้น ๒๖ บาท/เดือน) นอกจากนี้ ครัวเรือนมุสลิมไทยมีค่าใช้จ่ายในการบริโภคสุรำน้อยกว่าครัวเรือนไทยทั่วไปมาก แม้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖ เช่นเดียวกับครัวเรือนไทยโดยทั่วไป แต่การเพิ่มขึ้นน้อยกว่า (๙ บาท/เดือน) เมื่อเทียบกับ ๒๔ บาท/เดือน) ซึ่งปัจจัยสำคัญคือ ค่าสอนของศาสนาอิสลามซึ่งควบคุมการบริโภคสุราอย่างเข้มงวด^{๑๐๑}

ด้านเศรษฐกิจ ข้อมูลจากการสำรวจในปี ๒๕๕๖ ชี้ว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมุสลิมไทย (๒๓,๐๑๔.๐๐ บาท) ต่ำกว่าคนไทยทั่วไป (๒๓,๗๗๖ บาท)^{๑๐๒} เล็กน้อย แต่พื้นที่ที่มีประชากรมุสลิม ในสัดส่วนสูง เช่น ปัตตานี และนราธิวาส เป็นจังหวัดที่ประชากรมีรายได้เฉลี่ยต่ำที่สุดของประเทศ ในทำนองเดียวกันปัญหาความยากจนก็มีในประชากรมุสลิม (ร้อยละ ๑๙.๗๗) มากกว่าคนไทยทั่วไป (ร้อยละ ๑๐.๖๓) และปัญหาความยากจนของมุสลิมก็รุนแรงมากในจังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งส่วนใหญ่ของมุสลิมไทยอาศัยอยู่

ด้านการศึกษา เยาวชนมุสลิมไทยโดยเฉพาะในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ยังมีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาต่ำ เห็นได้จากคะแนนทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติขั้นพื้นฐาน หรือ O-Net ของนักเรียนใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้อยู่ในอันดับรั้งท้ายของประเทศ ส่วนคะแนนผลการทดสอบมาตรฐานอิสลามศึกษา หรือ I-Net คะแนนเฉลี่ยของทุกวิชาไม่ผ่านครึ่งหนึ่ง ยกเว้นวิชาเดียวคือ วิชาจริยธรรมที่ได้คะแนนเกินครึ่ง^{๑๐๓} ทั้งนี้ สาเหตุเกิดจากปัญหาการเข้าถึงการศึกษาที่เกิดจากอุปสรรคทางเศรษฐกิจ และช่องว่างทางศาสนาและวัฒนธรรม ตลอดจนความจำเป็นที่เยาวชนต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นเพื่อศึกษาศาสนาและจริยธรรม เนื่องจากวิชาเหล่านี้ไม่ได้บูรณาการอยู่ในหลักสูตรอย่างชัดเจน จึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับลักษณะเฉพาะทางศาสนาและ

^{๙๙} แผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย (เพื่อการพัฒนา). สำมะโนประชากรมุสลิมไทยปี พ.ศ. ๒๕๕๓. มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย.

^{๑๐๐} ศุภวรรณ มโนสุนทร และคณะ. ๒๕๕๕. รายงานสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อกลุ่มประชากรมุสลิม ภายใต้การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ. รายงานวิจัยเสนอต่อแผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย.

^{๑๐๑} กนกวรรณ ยีหวังเจริญ. ๒๕๕๗. งานวิจัยศึกษาเปรียบเทียบโครงสร้างรายได้และพฤติกรรมการบริโภคของมุสลิมไทยปีพ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖.

^{๑๐๒} ประมวลการจากข้อมูลรายได้ของครัวเรือนไทยในปี ๒๕๕๒ ปรับด้านเงินเฟ้อในอัตราร้อยละ ๒.๕ ปี

^{๑๐๓} ผลวิจัยเด็กมุสลิมได้ “เรียนหนักแต่ล้มเหลว” แนะนำบูรณาการ “ศาสนา-สามัญ”. [ออนไลน์], สืบค้นจาก <http://www.enn.co.th/๔๖๔๐>

วัฒนธรรม โดยการพัฒนาตำราเรียนที่มีการบูรณาการหลักการทางศาสนาร่วมกับวิชาสามัญ เพื่อลดภาระในการเรียน และมีโอกาสในการเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา รวมถึงเพิ่มเติมการสอนวิชาชีพ เพื่อให้มีโอกาสและทักษะในการประกอบอาชีพอิสระต่างๆ หลังจบการศึกษา

จุดเน้นของแผน

แผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๙ ของแผนสุขภาพะประชากรกลุ่มเฉพาะที่ได้ทบทวนสถานการณ์และแนวทางดำเนินงานร่วมกับภาคีหลักยังคงเป็นการทำงานที่ต่อเนื่องจากแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ในทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๕) และแผนหลัก สสส. ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ มุ่งเน้นที่การลดความแตกต่างด้านการเข้าถึงสิทธิและโอกาสในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ และไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร

จากกรอบนโยบายในการจัดทำแผนการดำเนินงานข้างต้น ร่วมกับข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๒ สามารถสรุปเป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๙ โดยมีจุดเน้นหลักดังนี้

๑. สอดคล้องกับแนวนโยบายการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะ และทิศทางเป้าหมาย ๑๐ ปี ของ สสส. เพื่อบูรณาการงาน และมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ
๒. สร้างความยั่งยืน โดยมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนหลัก พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย และหนุนเสริมการพัฒนาประเทศที่สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูป
๓. วิเคราะห์ประเด็นงานจากสถานการณ์ทางสุขภาพของกลุ่มประชากรผ่านกรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ
๔. ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบสู่สังคมผู้สูงอายุ
๕. สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมการทำงาน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

๑. พัฒนาและจัดการข้อมูล องค์ความรู้ และเครือข่ายวิชาการ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ
๒. พัฒนากลไก การทำงานเพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสังคม^{๑๐๔} ที่เป็นปัจจัยนำไปสู่ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะ
๓. ส่งเสริมกลไกการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตการทำงานของภาคีเครือข่าย เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลักระดับผลลัพธ์ (Outcome)

๑. การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ในมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ

- ๑.๑ คนพิการวัยแรงงานมีงานทำและได้รับค่าตอบแทนเหมาะสม เป็นธรรม ตาม มาตรา ๓๓ และ ๓๕ (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๖) พร้อมทั้งมีระบบฐานข้อมูลติดตามดูแลเรื่องสวัสดิการการจ้างงานและความก้าวหน้าในงานเพิ่มขึ้นจากเดิมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑ (๒๘๕ คน)^{๑๐๕}
- ๑.๒ แรงงานนอกระบบใน ๒๐ จังหวัดเป้าหมาย เข้าร่วมเป็นสมาชิกผู้ประกันตนเพิ่มขึ้นและมีอัตราการคงอยู่ในการจ่ายเงินสมทบต่อเนื่องร้อยละ ๕๐ จากฐานข้อมูลปี ๒๕๕๖

ตัวชี้วัดระดับผลผลิต (Output)

๑. เกิดระบบ/กลไก การดำเนินงาน

- ๑.๑ เกิดกลไกและแผนงานบูรณาการ^{๑๐๖} เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของหน่วยงานต่างๆ ในระดับพื้นที่ อย่างน้อย ๑๐๐ แห่ง

^{๑๐๔} ความไม่เป็นธรรมทางสังคม คือ ความแตกต่างในการเข้าถึงสิทธิและโอกาสที่จะเข้าถึงทรัพยากรและการสนับสนุนทางสังคมขั้นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อดำรงชีพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น การศึกษา ที่อยู่อาศัย การทำงาน รายได้ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การสื่อสารคมนาคม การมีส่วนร่วมในสังคม ฯลฯ สมาชิกในสังคมควรเข้าถึงสิทธิและโอกาสโดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร เช่น เพศ สัญชาติ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ศาสนา ชนชั้น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนั้น สังคมที่เป็นธรรมจะให้ความสำคัญกับการสนับสนุนยกระดับสมาชิกที่มีสถานะด้อยกว่าเพื่อลดช่องว่าง

^{๑๐๕} ข้อมูลสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พค.) ณ วันที่ ๓๑ มิถุนายน ๒๕๕๖ จำนวนคนพิการวัยแรงงาน มีงานทำตามม.๓๓ ๓๔ ๓๕ (ม.๓๓, ๓๔ = ๑๕,๘๕๖ + ๕๗๗ + ๕๐๗ = ๑๖,๙๔๐) ม.๓๕ (๑,๒๖๔,๔๘๕,๗๗๓.๔๑/๑๐๙,๕๐๐ = ๑๑,๕๔๘ คน) รวม ๒๘,๔๘๘ คน

^{๑๐๖} แผนการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ภายใต้การอำนวยการของคณะกรรมการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาล เพื่อพัฒนากลไกความร่วมมือและประสานงานระหว่างหน่วยงานในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยให้กระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และกระทรวงแรงงาน รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) บูรณาการงานบริการภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในระดับพื้นที่อำเภอและตำบลในทุกจังหวัดให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ได้อย่างทั่วถึงและเป็นรูปธรรม

- ๑.๒ หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ดำเนินงาน ๔ เขตสุขภาพ มีแผนดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัย ทั้งเชิงรุกและเชิงรับกับกลุ่มแรงงานนอกระบบ
 - ๑.๓ ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่เป็นผู้มีสิทธิ ได้ลงทะเบียนเพื่อรับบริการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข ร้อยละ ๗๕ ในพื้นที่ดำเนินการ
 - ๑.๔ เกิดระบบและ/หรือกลไกการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมูลฐานการบริการสุขภาพองค์รวมได้แก่ การป้องกันและการดูแลรักษาสุขภาพกาย สุขภาวะแวดล้อม สุขภาพจิต ตามข้อกำหนดของ สหประชาชาติสำหรับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำ/ทัณฑสถาน ๑ แห่ง
- ๒. เกิดความรู้ใหม่ นวัตกรรมสร้างสุขในพื้นที่ต้นแบบ และเกิดการขยายผลสู่ระบบและกลไกทางสังคม ระบบ/กลไก การดำเนินงาน**
- ๒.๑ เกิดรูปแบบ แนวทาง และกลไก เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง และมีการ นำไปทดสอบดำเนินการนำร่องอย่างน้อย ๑๐ แห่ง
 - ๒.๒ เกิดการพัฒนาฐานข้อมูลคนไร้บ้านและผู้ป่วยข้างถนนในพื้นที่ดำเนินงาน จำนวน ๒ พื้นที่ และมีหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน
 - ๒.๓ เกิดเครือข่ายแกนนำสุขภาวะที่มีความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือองค์ความรู้เพศภาวะและความหลากหลาย (gender and diversity lens) และสามารถนำไปปรับใช้กับภารกิจของหน่วยงาน ได้อย่างน้อย ๑ เครือข่าย
 - ๒.๔ เกิดข้อเสนอนโยบายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะในมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ อย่างน้อย ๓ ประเด็น
- ๓. ภาควิชาขับเคลื่อนงานมีความเข้มแข็ง มีศักยภาพ มีขีดความสามารถในการขับเคลื่อนงาน**
- ๓.๑ เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีสมรรถนะด้านการปฏิบัติการทางสังคม^{๑๐๗} จำนวน ๖๐ คน
 - ๓.๒ เกิดต้นแบบชมรมผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็ง^{๑๐๘} อย่างน้อย ๒๐ แห่งใน ๔ ภูมิภาค
- ๔. เกิดกระบวนการสื่อสารภายใต้แนวคิด "นับเราด้วยคน" ซึ่งเป็นการสื่อสารทำความเข้าใจและสร้าง ทศนคติเชิงบวกต่อประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยสามารถสร้างการรับรู้ และการมีส่วนร่วมของประชาชน**

^{๑๐๗} ผู้นำที่มีฉันทะในการทำงานเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง มีฐานคิดและทักษะพื้นฐานในการสร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับการเปลี่ยนแปลงตัวเอง และสร้างการขยายผลในระดับการทำงานองค์กรและชุมชนและมุ่งสร้างการเปลี่ยนแปลงสังคมตามบริบทงาน เพื่อสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมและสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ

^{๑๐๘} ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่มีการดำเนินงานครอบคลุมใน ๔ องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (๑) มีการบริหารจัดการชมรมเป็นระบบและโปร่งใส (๒) มีการจัดกิจกรรมต่อเนื่อง (๓) มีการระดมทุนและทรัพยากรจากแหล่งต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการดำเนินงาน และ (๔) มีการทำงานร่วมกับเครือข่ายภาคีในพื้นที่และมีส่วนร่วมกับสังคม

ตัวชี้วัดร่วม

๑. เกิดมัสยิดปลอดบุหรี่ที่มีการดำเนินการตามกฎหมายอย่างจริงจังและสามารถติดตามประเมินผลได้อย่างน้อย ๔๕๐ มัสยิด เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการลดอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มประชากรมุสลิม
๒. เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการและมีส่วนร่วมจากชุมชนท้องถิ่นในพื้นที่ดำเนินงานของแผนสุขภาพชุมชน

แนวทางการดำเนินงาน

๑. **กลุ่มงานพัฒนาความรู้และนวัตกรรม** พัฒนาความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะ รวบรวม พัฒนา วิเคราะห์ และถ่ายทอดข้อมูล งานวิชาการ รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือในการปฏิบัติงาน หนุนเสริม พัฒนาระบบและกลไกการขับเคลื่อนของเจ้าภาพหลัก ลดข้อจำกัดหรือการกีดกันการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน หรือบริการด้านสังคม เพื่อนำไปสู่การขยายผลในระดับต่างๆ โดยมุ่งเน้นที่ระบบสวัสดิการสังคม ระบบสุขภาพ การปรับสภาพแวดล้อม และเศรษฐกิจ

๒. **กลุ่มงานด้านการสนับสนุนนโยบาย** สนับสนุนการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล จัดทำข้อเสนอแนะนโยบาย เพื่อผลักดันนโยบาย รวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในประเด็นที่สอดคล้องเชื่อมโยง กับแนวทางการขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะ

๓. **กลุ่มงานด้านการพัฒนาศักยภาพภาคีและแกนนำ** โดยการเสริมพลังภาคีในระดับบุคคล องค์กร การพัฒนาศักยภาพผู้นำรุ่นใหม่เพื่อให้มีศักยภาพ ขีดความสามารถในการจัดการตนเองและการทำงานเชิงรุก เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาวะในประชากรกลุ่มเฉพาะ รวมทั้ง การเพิ่มขีดความสามารถเพื่อยกระดับฐานคิด การทำงานที่มุ่งสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาวะ และมุ่งเน้นการกระตุ้นและหนุนเสริม การรวมพลังเครือข่ายภาคีที่ทำงานด้านการสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาวะของประชากรกลุ่มเฉพาะทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ

๔. **กลุ่มงานด้านการสื่อสารสังคม** สนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือในการขับเคลื่อนความเป็นธรรมทาง สุขภาวะ ในการเปลี่ยนมายาคติที่มีต่อประชากรกลุ่มเฉพาะ และช่วยสร้างความเข้าใจประเด็นที่มีความ ละเอียดย่อยต่างๆ รวมทั้งการสร้างการยอมรับในการอยู่ร่วมกันท่ามกลางความหลากหลายของผู้คน

ภาคีหลัก

หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ วิทยาลัยราชสุดา สถาบันวิศวกรรมพื้นฟูสมรรถภาพและ เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก สำนักงานสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ สถาบันพัฒนาวิสาหกิจ

ขนาดกลางและขนาดย่อม สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด มหาวิทยาลัยศิลปากร สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และอื่นๆ อาทิ มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ เครือข่ายศิลปดนตรี คนพิการ มูลนิธิโกลดคิมทอง สมาคมกวีนาคนพิการแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมสถาปนิกสยามในพระบรมราชูปถัมภ์ มูลนิธิผู้หญิง มูลนิธิเพื่อนหญิง มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล มูลนิธิธรรมาภรณ์กาญจนาอักษร ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาสิทธิผู้หญิง ศูนย์ฝึกอบรมโครงการผู้หญิงเพื่อสันติภาพและความยุติธรรม ศูนย์การศึกษาและพัฒนาสิทธิมนุษยชน สมาคมเพศวิถีศึกษา มูลนิธิเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา เครือข่ายสตรีชนเผ่า มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย ชมรมผู้นำสุขภาวะมุสลิมไทย เครือข่ายชุมชนรักษ์สุขภาวะ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ศูนย์วิชาการและศูนย์ประสานงานแรงงานนอกระบบ สถาบันการเงิน หอการค้าจังหวัด สมาคมผู้ประกอบการ สภาอุตสาหกรรม คณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทย เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือกและเกษตรกรพันธสัญญา มูลนิธิพิพิธภัณฑสถานแรงงานไทย มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย สมาคมครอบครัวศึกษาแห่งประเทศไทย มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา มูลนิธิชุมชนไทย ศูนย์ปฏิบัติการร่วมเพื่อแก้ปัญหาประชาชนบนพื้นที่สูง มูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท มูลนิธิช่วยคนไร้พรมแดน มูลนิธิธิดาวิวัฒน์สาธารณสุข ศูนย์ส่งเสริมสิทธิมนุษยชนภาคอีสาน มูลนิธิอารมณ์ พงศ์พจน์ มูลนิธินิคม จันทรวินทร สถาบันเพื่อชุมชนเกษตรกรรมยั่งยืน เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือกภาคอีสาน มูลนิธินวัตกรรมทางสังคม มูลนิธิสร้างสรรค์สังคมและสุขภาวะ มูลนิธิการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม มูลนิธิอาชีวเวชศาสตร์ไทย สถาบันวิจัยและพัฒนาเพื่อเฝ้าระวังสภาวะไร้รัฐ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ และเครือข่ายสื่อมวลชน เป็นต้น

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานพัฒนาความรู้และนวัตกรรมในการสร้างเสริมสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๒๒๐
๒. กลุ่มแผนงานพัฒนาศักยภาพภาคีและเครือข่าย	๓๐
๓. กลุ่มแผนงานนโยบายและการสื่อสารสังคม	๕๐
รวม	๓๐๐

แผนสุขภาพะชุมชน

สถานการณ์และแนวโน้ม

แผนสุขภาพะชุมชนประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการออกแบบแผนการดำเนินงาน ประจำปี ๒๕๕๙ จาก ๕ ชุดข้อมูล ได้แก่

๑. ทบทวนข้อมูลจากสถานการณ์และแนวโน้มของทุกแผนที่ได้วิเคราะห์ไว้ในแผนหลัก สสส. ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐^{๑๐๙} และเทียบกับสถานการณ์จริงในชุมชน เพื่อใช้ในการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดการลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมทางสุขภาพ ทั้งที่ดำเนินการเองและดำเนินการร่วมกับแผนอื่นใน สสส.

๒. การนำกรอบนโยบายการจัดแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๙ ของคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มาใช้ในการปรับปรุงรายละเอียดการดำเนินงานของแต่ละแผนงานของแผนสุขภาพะชุมชน

๓. ประมวลข้อมูลจากข้อเสนอแนะจากที่ประชุมของคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๓ และคณะกรรมการส่งเสริมการเรียนรู้ชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ๖ กลุ่มจังหวัด^{๑๑๐} ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๗ ถึงเดือนมิถุนายน ๒๕๕๘ โดยส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลด้านการบริหารจัดการแผนและการพัฒนาศักยภาพคนทำงาน ซึ่งจะได้ใช้ในช่องของการทบทวนโครงสร้างการบริหารจัดการแผน

๔. สรุปผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทบทวนและจัดทำแผนการดำเนินงานของแผนสุขภาพะชุมชนปี ๒๕๕๘ ร่วมกับภาควิชาการ^{๑๑๑} โดยเน้นการทบทวนเป้าหมายและตัวชี้วัดของแผนที่จะถ่ายทอดลงสู่การดำเนินงานระดับโครงการ รวมถึงการทบทวนการดำเนินงานระดับโครงการที่ต้องการการสนับสนุนหรืออำนวยความสะดวก

๕. ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ ยังคงเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านของการบังคับใช้กฎหมายใหม่หรือปรับปรุงกฎหมายให้สอดคล้องกับภาวะแวดล้อมใหม่ ซึ่งการออกกฎหมายทุกเรื่องนับได้ว่าเป็นปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพะ (Social Determinants of Health) ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของประชาชน การจัดบริการของภาครัฐในทุกกระดับ และบทบาทของชุมชนท้องถิ่นในการใช้กฎหมายให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพะของตนเอง จึงเป็นเงื่อนไขที่แผนสุขภาพะชุมชนต้องมีการติดตามและวิเคราะห์ เพื่อจะได้สนับสนุนการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพะชุมชนที่สอดคล้องกับข้อกำหนดในกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

^{๑๐๙} ประกอบด้วย ๔ ส่วนหลัก คือ (๑) สภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการจัดการสุขภาพะชุมชน (๒) การประเมินผลแผนสุขภาพะชุมชน ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ โดยคณะผู้ประเมินผลภายนอก (๓) ข้อเสนอแนะจากภาคี และ (๔) ทิศทางสังคมและศักยภาพของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

^{๑๑๐} คณะกรรมการส่งเสริมการเรียนรู้ชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ได้รับการแต่งตั้งโดยคณะกรรมการบริหารแผนฯ ให้ทำหน้าที่แทน ในการอำนวยความสะดวก การดำเนินงานของแผนงาน ชุดโครงการ และโครงการ ของแต่ละกลุ่มจังหวัด และทำหน้าที่เป็นผู้ประสานเชื่อมโยงการทำงานของภาคยุทธศาสตร์ให้มีการบูรณาการหรือเสริมพลังกันตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานการพัฒนา

^{๑๑๑} ภาควิชาการ ประกอบด้วย ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพะชุมชน (ศจค.) ศูนย์สนับสนุนวิชาการเพื่อการจัดการเครือข่าย (ศวภ.) ศูนย์สนับสนุนวิชาการการขับเคลื่อนเฉพาะประเด็น (ศวฉ.) ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพะชุมชน (ศวช.)

จากข้อมูลที่กำลังมาข้างต้น จึงได้สรุปสถานการณ์และแนวโน้มที่สำคัญต่อการดำเนินงานของแผนสุขภาพชุมชนในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ดังนี้

๑. ด้านการปรับโครงสร้างการบริหารจัดการของประเทศ อันเนื่องมาจากขบวนการปฏิรูปประเทศไทย โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะต้องให้ความสำคัญคุณภาพของการจัดบริการสาธารณะ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในแต่ละเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ แผนสุขภาพชุมชนจำเป็นต้องทบทวนแนวทางการบูรณาการงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเข้าสู่ระบบปกติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงการพัฒนาบูรณาการการทำงานร่วมกันขององค์กรกำหนดนโยบายของภาครัฐที่เกี่ยวข้อง
๒. ด้านการแปลงความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสู่การดำเนินงานของชุมชนท้องถิ่นเพื่อการขยายฐานผู้รับประโยชน์และตอบสนองต่อทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. โดยเฉพาะการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจนส่งผลให้อัตราการเกิดโรคลดลงหรือไม่เพิ่มขึ้นได้ในระดับชุมชนท้องถิ่น เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของระดับประเทศ
๓. แผนสุขภาพชุมชนโดยเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่มีความพร้อมในด้านการขยายผลการรณรงค์ด้านสุขภาพตามวาระสำคัญตามที่กำหนดโดย สสส. เพื่อหนุนเสริมให้กระแสนของการรณรงค์ส่งผลต่อการรับรู้และการขับเคลื่อนกระจายตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันต่อการเปลี่ยนแปลงตามที่แผนหลัก สสส. ได้วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มไว้โดยเฉพาะการลดปัจจัยเสี่ยงและการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ

จึงได้กำหนดจุดเน้นของการดำเนินงานของแผนสุขภาพชุมชน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ให้ความชัดเจนเป็นการเฉพาะจากที่กำหนดไว้ในแผนสุขภาพชุมชน ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐

จุดเน้นของแผน

การดำเนินงานของแผนสุขภาพชุมชน ประจำปี ๒๕๕๙ ยังคงยึดหลักการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา (area-based development) และคำนึงถึงสุขภาพในทุกนโยบายของชุมชนท้องถิ่น โดยพื้นที่ดำเนินการส่วนใหญ่ผ่านประสบการณ์การดำเนินงานร่วมกับแผนสุขภาพชุมชนที่ครอบคลุมกว่า ๒,๐๐๐ ตำบล และมีความพร้อมในการพัฒนาสุขภาพชุมชนให้มีความยั่งยืนจนเป็นบรรทัดฐานของการพัฒนาสุขภาพชุมชนอย่างกว้างขวาง แผนการดำเนินงานของแผนสุขภาพชุมชน ประจำปี ๒๕๕๙ จึงได้กำหนดจุดเน้นรองรับสถานการณ์และแนวโน้มที่กำลังมาข้างต้นควบคู่กับเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการจัดการพื้นที่ให้มีขีดความสามารถในการรองรับการเปลี่ยนแปลงที่กระทบต่อสุขภาพชุมชน ดังนี้

๑. การพัฒนาความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรระดับนโยบายเพื่อร่วมกันสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพคนทำงาน ปรับปรุงระบบหรือกลไกในการจัดการพื้นที่ให้ตอบสนองต่อความจำเป็นในการจัดการสุขภาพชุมชน ตามหลักการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา และคำนึงถึงสุขภาพในทุกนโยบายของชุมชนท้องถิ่น

๒. การขยายฐานผู้รับผลประโยชน์จากทุนความรู้ด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมทางสุขภาพ โดยใช้ระบบการจัดการของพื้นที่เป็นกลไกการขับเคลื่อนให้เกิดความเข้มแข็งของระบบการจัดการสุขภาพชุมชน
๓. การพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ง่ายและสะดวกในการใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน และปรับใช้ได้ง่ายในวงกว้าง
๔. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและเสริมสร้างศักยภาพของระบบการจัดการพื้นที่เพื่อการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกการขับเคลื่อน

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในแผนสุขภาพชุมชน

๑. ระบบการจัดการสุขภาพชุมชน หมายถึง การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น ด้วยกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นสู่การเป็นชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ (สุขภาพ) โดยการเสริมพลังความร่วมมือให้องค์กรหลักในชุมชนทำบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างเต็มศักยภาพ อันมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้เชื่อมประสานให้เกิดการพัฒนาแนวทางการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งด้านการเมือง การปกครอง สังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม และสุขภาพ จนเกิดเป็นระบบสนับสนุนการปฏิบัติการต่างๆ ขององค์กรหลัก แกนนำ กลุ่ม และเครือข่ายของประชาชน ซึ่งส่งผลให้มีผู้นำ - แกนนำ มีทักษะในการจัดการชุมชนตนเอง มีศักยภาพในการสร้างและใช้ความรู้ที่เกิดจากปฏิบัติการที่ได้ผลดีของชุมชน โดยชุมชน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และขับเคลื่อนกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นอย่างเป็นพลวัต ควบคู่ไปกับปฏิบัติการจริงอย่างต่อเนื่อง
๒. การจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น หมายถึง การจัดการระบบการทำงานของพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งระดับหมู่บ้าน กลุ่มของหมู่บ้าน และตำบล ในการพัฒนางานด้านต่างๆ เพื่อเสริมศักยภาพให้สามารถจัดการเรียนรู้ ปรับตัว และจัดการปัญหาของตนเอง โดยใช้ข้อมูลและรูปธรรมการจัดการตนเองเป็นฐานในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่สู่การพัฒนานโยบายท้องถิ่นและนโยบายระดับชาติ
๓. แหล่งเรียนรู้ หมายถึง แหล่งปฏิบัติการที่เกิดจากการรวมตัว ร่วมคิด ร่วมทำของคนในพื้นที่ที่สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ อันเกิดจากการสรุปบทเรียนของการปฏิบัติจนเกิดเป็นผลดีจริง ซึ่งอาจเกิดจากนโยบายของภาครัฐ องค์กรชุมชน หรือการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรชุมชนกับภาครัฐ รวมถึงองค์ความรู้ที่เป็นภูมิปัญญาของท้องถิ่น ชุมชนคิดเอง มีการเรียนการสอนด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และก่อให้เกิดการพัฒนาหรือการต่อยอดใช้องค์ความรู้ที่ได้ฝึกอบรมหรือได้รับการถ่ายทอด

๔. ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน^{๑๑๑} หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลและพื้นที่ในเขตรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานและองค์กรอื่นๆ ที่มีกระบวนการค้นหาทุนและศักยภาพ โดยใช้เครื่องมือวิจัยชุมชน และระบบข้อมูลตำบล มีการระบุชัดเจนถึงทุนที่มีศักยภาพในการทำหน้าที่เป็น “แหล่งเรียนรู้” มีการพัฒนาผู้รู้และแกนนำของแหล่งเรียนรู้ ให้มีขีดความสามารถในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันภายในพื้นที่ของตนเองและเครือข่าย มีกระบวนการออกแบบการจัดการเรียนรู้ให้กับเครือข่าย และทำหน้าที่กลไกบริหารจัดการเครือข่ายและกระตุ้นให้เครือข่ายจัดกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อร่วมสร้างประเทศไทยให้น่าอยู่ที่มีการประกาศปฏิญญาร่วมกัน
๕. ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะประเด็น หมายถึง ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนที่มีการดำเนินงานมาต่อเนื่องอย่างน้อย ๓ ปี มีความชำนาญเฉพาะที่เป็นทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนท้องถิ่น ทำหน้าที่จัดการฝึกอบรมให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ องค์กร หน่วยงาน บุคคลและนักศึกษาที่สนใจ
๖. ระบบการจัดการจังหวัดน่าอยู่ หมายถึง การใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด ทำหน้าที่เป็นกลไกในการเชื่อมโยงองค์ความรู้จากปฏิบัติการจริงในแต่ละเรื่อง ที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัด โดยการร่วมกันขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ปัญหา และมีรูปธรรมการจัดการ อันสอดคล้องกับนโยบายสาธารณะของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่
๗. เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันวิชาการ องค์กรชุมชน องค์กรภาคประชาสังคม และสำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน (สำนัก ๓) ที่มีเป้าหมายเพื่อร่วมขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นให้น่าอยู่โดยมีบทบาทสำคัญในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน การผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับตำบล เครือข่าย และจังหวัด รวมถึง การขับเคลื่อนและรณรงค์ให้มีการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคืนอำนาจให้ชุมชน
๘. สถาบันวิชาการ หมายถึง หน่วยงาน องค์กร สถาบัน ที่ทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้และสร้างความรู้ใหม่ เพื่อหนุนเสริมการดำเนินงานของศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะประเด็น ระบบการจัดการจังหวัดน่าอยู่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่าย และการดำเนินงานของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ พร้อมทั้งผลักดันกระบวนการกำหนดยุทธศาสตร์ในการสร้างการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย
๙. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง หมายถึง บุคคลผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ เป็นผู้นำเชิงความคิดของชุมชนท้องถิ่นที่มีความคิดริเริ่ม สามารถสร้างปฏิบัติการให้เกิดผลได้จริง โดยได้รับการยอมรับและศรัทธาจากคนในพื้นที่และจากบุคคลทั่วไป เพื่อพัฒนาต่อยอดและประยุกต์ใช้ในพื้นที่

^{๑๑๑} แผนหลักปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ ใช้ชื่อว่า “ศูนย์เรียนรู้ด้านการจัดการสุขภาวะสังคม หรือ แม่ข่าย”

๑๐. นโยบายสาธารณะหมายถึง องค์ความรู้จากปฏิบัติการของ “แหล่งเรียนรู้” ของ “ศูนย์จัดการเครือข่าย สุขภาวะชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ประมวล และวิเคราะห์กิจกรรมที่ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของ ประชาชนในพื้นที่โดยชุมชนท้องถิ่น จนเกิดเป็นปัญญาเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ของ แต่ละภูมิภาค และมีข้อตกลงร่วมของเครือข่ายในภาพรวม ซึ่งสมาชิกของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชน ท้องถิ่นน่าอยู่ได้ใช้เป็นแนวทางการขับเคลื่อนของแต่ละพื้นที่ ทั้งระดับตำบล เครือข่าย และจังหวัด
๑๑. การวิจัยชุมชน หมายถึง การประเมินชุมชนด้วยการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน (Rapid Ethnographic Community Assessment Process : RECAP)^{๑๑๓} ในการพัฒนาทักษะด้าน การถอดบทเรียนและการเขียนสรุปข้อมูลทุนทางสังคมและศักยภาพของกลุ่มหรือแหล่งปฏิบัติการ ในพื้นที่ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง โดยการใช้ศักยภาพใน การจัดการปัญหาสู่การจัดการตนเองในระดับพื้นที่ รวมถึงการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงกับองค์กรและ หน่วยงานหนุนเสริม เพื่อเข้ามาเกื้อกูลให้ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองได้ดีขึ้น
๑๒. ระบบข้อมูลตำบล หมายถึง การจัดทำข้อมูลตำบลโดยใช้โปรแกรม (Thailand Community Networking Appraisal Program : TCNAP) ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล ตรวจสอบ ใช้ข้อมูล และเป็นเจ้าของ โดยการสร้างทีมพัฒนาฐานข้อมูลตำบลในการ เก็บรวบรวมข้อมูลและใช้ข้อมูลของชุมชน เพื่อจัดการกับปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิต ของแต่ละชุมชน จนเกิดการพึ่งตนเองและนำไปสู่การพัฒนาตำบลสู่การเป็นตำบลสุขภาวะที่ยั่งยืน
๑๓. การพัฒนาศักยภาพ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของชุมชนท้องถิ่นที่สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิด การพัฒนาแนวคิด ความรู้ ทักษะ วิธีการทำงาน และความสามารถในด้านอื่นๆ ภายใต้กระบวนการ และกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การประชุม การอบรม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสรุปบทเรียน การถอดบทเรียน การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง และการเรียนรู้ข้ามพื้นที่หรือการศึกษาดูงาน เพื่อ นำมายกระดับการทำงานในพื้นที่และเครือข่าย
๑๔. ชุดความรู้ หมายถึง ความรู้ที่เกิดจากการถอดบทเรียน การวิจัยและพัฒนา กระบวนการทำงานของ พื้นที่และเครือข่าย ในการเพิ่มศักยภาพระบบการจัดการตนเองของพื้นที่สู่การจัดการตนเองของ ชุมชนท้องถิ่น เพื่อใช้ในการถ่ายทอดให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาพื้นที่และเครือข่ายต่อไป
๑๕. การจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ^{๑๑๔} หมายถึง การประเมินและ ถอดบทเรียนทุนทางสังคมของพื้นที่ เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลจากปฏิบัติการที่จะส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาวะอันจะทำให้คนในชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น

^{๑๑๓} มีการปรับปรุงให้มีการประเมินระดับหมู่บ้านที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

^{๑๑๔} สำหรับปีงบประมาณ ๒๕๕๙ กำหนดไว้ ๑๖ ประเด็น ประกอบด้วย (๑) ท้องถิ่นคุณธรรม (การมีส่วนร่วมและการสร้างความเป็นพลเมือง) (๒) การควบคุมการบริโภคยาสูบ (๓) การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดอุบัติเหตุจราจร (๔) ระบบการดูแลผู้สูงอายุ (๕) ครอบครัวอบอุ่น (๖) การจัดการปัญหาท้องไร่ (๗) การเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน (๘) การพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (๙) การส่งเสริมโรงเรียนคุณธรรม (รวมเรื่องสุขภาวะทางกายใจ สังคม) (๑๐) การดูแลผู้พิการและผู้ยากไร้ (อาสาทำดี) (๑๑) เกษตรกรรมยั่งยืนสู่อาหารเพื่อสุขภาวะ (๑๒) การพัฒนาระบบพลังงานชุมชน (๑๓) การจัดการขยะและมลพิษ (๑๔) สถาบันการเงินชุมชน (สวัสดิการสังคมโดยชุมชน) (๑๕) การจัดการพิบัติภัย และ (๑๖) การสร้างเสริมสุขภาวะในศาสนสถาน (วัด มัสยิด โบสถ์)

๑๖. นวัตกรรม หมายถึง กระบวนการใช้ความคิดใหม่ สิ่งประดิษฐ์ใหม่ แนวทางและวิธีการทำงานใหม่ที่ก่อให้เกิดประโยชน์และผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้เกี่ยวข้อง เช่น การเพิ่มคุณค่า การเพิ่มผลผลิต การเพิ่มผลตอบแทน การเพิ่มคุณภาพ การลดค่าใช้จ่าย การสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและเพิ่มปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น เพื่อใช้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทเรียนการจัดการตนเองหรือหน่วยงานและองค์กรที่มีประสบการณ์ในการจัดการเครือข่าย รวมถึงมีขีดความสามารถในการจัดการเรียนรู้ได้ทำหน้าที่เป็น “ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน” และ “ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะประเด็น”
๒. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครใจเข้าร่วมเรียนรู้กับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน ได้พัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาวะชุมชนที่แสดงรูปธรรมของการจัดการตนเอง การจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ และการลดปัญหาทางสุขภาพได้
๓. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการรวมตัวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานและองค์กรประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรชุมชนในจังหวัดเดียวกันขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ^{๑๑๕} เพื่อสุขภาพระดับจังหวัดและร่วมขับเคลื่อนจังหวัดน่าอยู่
๔. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้สถาบันวิชาการดำเนินการวิจัยร่วมกับชุมชนท้องถิ่น ในการแก้ไขปัญหาเฉพาะและพัฒนาแนวทางใหม่ในการจัดการสุขภาวะชุมชน รวมถึงการนำความรู้จากการวิจัยไปประยุกต์ใช้ได้ในพื้นที่อื่น
๕. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาทักษะและขีดความสามารถบุคลากรของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการตนเอง และพัฒนาระบบข้อมูลที่ใช้ในกระบวนการจัดการตนเอง การกำหนดเป้าหมายการพัฒนาสุขภาวะ และการลดปัญหาทางสุขภาพของประชาชนในพื้นที่
๖. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือประเมินความก้าวหน้าความเข้มแข็งของชุมชนและการจัดการสุขภาวะ โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ใช้และบูรณาการเข้าสู่ระบบการทำงานในระดับองค์กรและกลุ่มทางสังคม

^{๑๑๕} นโยบายสาธารณะ ประกอบด้วย ๘ ประเด็น (๑) ด้านการบริหารจัดการท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม (๒) ด้านการจัดสวัสดิการสังคมโดยชุมชน (๓) ด้านเกษตรกรรมยั่งยืน (๔) ด้านการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (๕) ด้านการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน (๖) ด้านการดูแลสุขภาพชุมชนโดยชุมชน (๗) ด้านการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนท้องถิ่น และ (๘) การลงทุนด้านสุขภาพโดยชุมชน

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน จำนวน ๑๕ แห่ง ทำหน้าที่เป็นกลไกในการสร้างการเรียนรู้ และการพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชนของสมาชิกในเครือข่ายไม่น้อยกว่า ๒๐ ตำบล^{๑๑๖}
๒. เกิดศูนย์ฝึกอบรม ด้านการใช้เครื่องมือการวิจัยชุมชน^{๑๑๗} และด้านการพัฒนาระบบข้อมูลตำบล^{๑๑๘} ที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้ข้อมูลในการพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชนและมีการบูรณาการเข้าสู่แผนพัฒนาชุมชนท้องถิ่น ทั้งระยะสั้นและระยะกลาง จำนวนไม่น้อยกว่า ๔๐ แห่ง
๓. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๑,๕๐๐ แห่ง^{๑๑๙} จัดบุคลากรในชุมชนท้องถิ่นเข้าร่วม เรียนรู้ต่อเนื่อง เพื่อพัฒนารูปธรรมการจัดการตนเอง การจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การจัดการ ปัจจัยเสริมสร้างสุขภาพ และระบบการจัดการทางสังคมเพื่อปกป้องสุขภาวะ โดยใช้บทเรียน จากการเรียนรู้ร่วมกับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน เชี่ยวชาญเฉพาะประเด็น และสถาบันวิชาการ
๔. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๗๐๐ แห่ง ร่วมกับภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และภาคยุทธศาสตร์ ประมวลความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติและสอบถามกับหลักฐานทางวิชาการ เพื่อกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ขับเคลื่อนโดยชุมชนท้องถิ่น และขึ้นนำการกำหนด นโยบายระดับจังหวัดและประเทศ
๕. เกิดระบบการจัดการจังหวัดน่าอยู่ จำนวนไม่น้อยกว่า ๗ จังหวัด^{๑๒๐} จากการทำงานร่วมกันของ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระดับจังหวัด
๖. มีสถาบันทางวิชาการ จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ แห่ง ดำเนินการวิจัยร่วมกับชุมชนท้องถิ่นในการแก้ไข ปัญหาเฉพาะพื้นที่ และค้นหาแนวทางใหม่ในการจัดการปัญหาและการเพิ่มขีดความสามารถในการ จัดการสุขภาวะชุมชน รวมทั้งความรู้จากการวิจัยนำไปประยุกต์ใช้ได้ในพื้นที่อื่น
๗. มีบุคลากร^{๑๒๑} ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน และบุคลากรของหน่วยงานในพื้นที่ ที่มีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาวะชุมชน และสนับสนุนการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ตนเองและ เครือข่าย จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ คน

^{๑๑๖} ตำบล หมายถึง พื้นที่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานและองค์กร

^{๑๑๗} Rapid Ethnographic Community Assessment Process : RECAP

^{๑๑๘} Thailand Community Network Appraisal Program : TCNAP

^{๑๑๙} องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายที่ยังคงอยู่ในกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันกับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน

^{๑๒๐} ข้อมูลการกระจายตัวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย โดยจังหวัดที่มีจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย ที่มีแนวโน้มมาก ร้อยละ ๔๐ และมีศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน เช่น จังหวัดน่าน ตาก สุโขทัย อุบลราชธานี นครปฐม สระแก้ว พังงา เป็นต้น

^{๑๒๑} เป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการบูรณาการภายในแผนสุขภาวะชุมชน

๘. เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีขีดความสามารถในการจัดการพื้นที่ของตนเองและการผลักดันนโยบายสาธารณะระดับเครือข่าย จำนวนไม่น้อยกว่า ๔๐๐ คน
๙. พัฒนาตัวชี้วัดชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งร่วมมือกับกรมการพัฒนาชุมชน และหรือ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ตัวชี้วัดร่วม^{๑๒๒}

๑. เกิดศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะประเด็น จำนวน ๗ แห่ง ที่บริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีพื้นฐานจากบทเรียนจาก การจัดการสุขภาวะชุมชน และมีขีดความสามารถในการจัดการเรียนรู้ร่วมกับเครือข่ายตามความเชี่ยวชาญเฉพาะ
๒. พัฒนานวัตกรรมจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ จำนวน ๔ ประเด็น โดยแต่ละประเด็นมีรูปแบบการดำเนินงานที่วัดการเปลี่ยนแปลงได้ และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกการขับเคลื่อนต่อเนื่อง ประเด็นละไม่น้อยกว่า ๔๐ แห่ง
๓. เกิดนวัตกรรมดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรเฉพาะ จำนวน ๔ กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มมีรูปแบบการดำเนินงานที่วัดการเปลี่ยนแปลงได้และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกการขับเคลื่อนกลุ่มประชากรละไม่น้อยกว่า ๔๐ แห่ง
๔. พัฒนานวัตกรรมองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ โดยแต่ละประเภทขององค์กรมีรูปแบบการดำเนินงานที่วัดการเปลี่ยนแปลงได้ และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกการขับเคลื่อนต่อเนื่อง แต่ละประเภทไม่น้อยกว่า ๒๐๐ แห่ง
๕. ทบทวนชุดความรู้ การจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและปัจจัยส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา (area-based development) และนำไปประยุกต์ใช้ขยายผลได้ จำนวน ๕ เรื่อง
๖. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ร่วมรณรงค์ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ พร้อมทั้งมีการประเมินความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นจากการรณรงค์และการเข้าร่วมกิจกรรมของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

^{๑๒๒} แผนสุขภาวะชุมชนประสานกันกับแผนอื่นๆ ใน สสส. เพื่อหารือและตกลงร่วมกัน ในการนำชุดความรู้ พื้นที่ดำเนินการ กลุ่มเป้าหมายและบทเรียนจากการดำเนินงานที่ดีของแต่ละแผนมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน

แนวทางการดำเนินงาน

๑. พัฒนากลไกจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน โดยการสนับสนุนให้เกิดศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะประเด็น และระบบการจัดการจังหวัดน่ายอยู่ ในการทำหน้าที่ร่วมพัฒนาบุคลากร ระบบ และวิธีการ ของชุมชนท้องถิ่น ให้มีขีดความสามารถในการสร้างการเรียนรู้ สร้างสุขภาพ และสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง อันจะนำไปสู่การจัดการสุขภาวะชุมชน
๒. พัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชนตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา โดยให้ความสำคัญกับการสร้างแนวคิดและวิธีการใหม่ๆ ในการจัดการสุขภาวะชุมชนที่ดำเนินการโดยชุมชนท้องถิ่นเอง และมีการใช้จนเป็นวิธีการดูแลสุขภาพ รวมถึงการเผยแพร่ไปยังภาคีสร้างเสริมสุขภาพ
๓. สร้างความร่วมมือระหว่างสถาบันวิชาการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานและองค์กรในการจัดการความรู้จากปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่นและการวิจัยเพื่อสอบถามกับผู้ชำนาญการในเรื่องนั้นๆ เพื่อให้ได้ความรู้ที่แท้จริงและใช้ในกระบวนการจัดการสุขภาวะชุมชน
๔. เสริมสร้างศักยภาพและเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการจัดการสุขภาวะชุมชนอย่างมืออาชีพ โดยเฉพาะการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและการลดปัญหาสุขภาพ รวมถึงการมีทักษะในการพัฒนาวิธีการใหม่และบูรณาการเข้าสู่มาตรฐานการปฏิบัติงานขององค์กร

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วย ๔ แผนงาน คือ (๑) แผนงานสนับสนุนการจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน (๒) แผนงานพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานการพัฒนา (๓) แผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และสร้างองค์ความรู้ และ (๔) แผนงานพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถของผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน

เป็นการสนับสนุนให้เกิดศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน ยกระดับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ และพัฒนากลไกการจัดการจังหวัดน่ายอยู่ เพื่อทำหน้าที่ ๓ ประการคือ (๑) สร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของผู้นำชุมชนท้องถิ่นทั้งในชุมชนและเครือข่าย (๒) เป็นกลไกการขับเคลื่อนและจัดการเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่ายอยู่และบูรณาการข้ามเครือข่าย และ (๓) สร้างและพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชนโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

(๑) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานและองค์กรที่ทำหน้าที่เป็น “ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน” ดำเนินการวิจัยชุมชนในการค้นหาทุนทางสังคมและศักยภาพของพื้นที่ ประมวลทุนทางสังคมและศักยภาพให้เป็นระบบของการจัดการสุขภาวะชุมชนของพื้นที่ สำหรับการปฏิบัติจริงของพื้นที่ที่มีความชัดเจนของ

แนวคิดหรือหลักการสำคัญ วิธีการ และการจัดการปัจจัยที่จำเป็นในการพัฒนาได้ จะถูกนำมาเป็น “แหล่งเรียนรู้” ที่ใช้กระตุ้นการเรียนรู้ร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย เช่น การจัดการคนที่ผู้นำและผู้ปฏิบัติ การจัดการงานและกิจกรรมของแหล่งเรียนรู้ การจัดทำระบบข้อมูลและความรู้ เพื่อใช้ในการออกแบบการดำเนินงาน การจัดการความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกับแหล่งเรียนรู้อื่น การบูรณาการกับเครือข่าย หน่วยงาน หรือองค์กร ที่มาหนุนเสริม และการระบุถึงผลลัพธ์และผลกระทบจากปฏิบัติการของแหล่งเรียนรู้ในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและเพิ่มปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ

(๒) ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพจะชุมชนที่มีการดำเนินงานมาต่อเนื่องอย่างน้อย ๓ ปี จะต้องวิเคราะห์ให้เห็นความชำนาญเฉพาะที่เป็นทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนท้องถิ่น และยกระดับเป็น “ศูนย์การจัดการเครือข่ายสุขภาพจะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะ^{๑๒๓}” ที่ทำหน้าที่จัดการเรียนรู้ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายที่มีความโดดเด่นในเรื่องเฉพาะ เพื่อร่วมกันพัฒนาให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย โดยเน้นการพัฒนานวัตกรรม

(๓) ทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย มีการจัดทำระบบข้อมูลตำบลให้เป็นเครื่องมือในสร้างการเรียนรู้ สร้างการมีส่วนร่วม และสร้างความเป็นเจ้าของ ในกระบวนการกำหนดเป้าหมายร่วมและกำหนดแนวทางการพัฒนาที่มาจากฉันทมติของสมาชิกในชุมชนท้องถิ่น ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมการใช้ข้อมูลของประชาชน ผู้นำทุกประเภททุกระดับในชุมชนท้องถิ่น โดยศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพจะชุมชนจะต้องมีขีดความสามารถในการทำหน้าที่เป็น “ศูนย์ฝึกอบรมด้านการพัฒนาระบบข้อมูลตำบล”

(๔) ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพจะชุมชนจัดทำหลักสูตรการเรียนรู้ร่วมกับเครือข่าย โดยการประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลให้เป็นกลุ่มของแหล่งเรียนรู้ ที่มีแนวคิดและหลักการที่มีเป้าหมายเดียวกันอยู่ในกลุ่มเดียวกัน จึงนำมาออกแบบเป็นหลักสูตรการเรียนรู้ที่สามารถกระตุ้นและสร้างความเข้าใจให้กับผู้นำชุมชนท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย รวมถึง มีการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การเรียนรู้อย่างมีพลัง โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและแรงบันดาลใจของผู้นำชุมชนท้องถิ่นในการขับเคลื่อนการพัฒนาพื้นที่ของตนเอง และมีการนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพจะชุมชนไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนเอง

(๕) ทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย จัดทำหลักสูตรการเรียนรู้ภายใน โดยใช้ข้อมูลจากการวิจัยชุมชนและข้อมูลจากระบบข้อมูลตำบล เป็นสาระในการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสม โดยออกแบบแนวทางการเรียนรู้ที่นำประสบการณ์แต่ละแหล่งเรียนรู้ของศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพจะชุมชนมาเป็นตัวเทียบเคียง (benchmark)

(๖) ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพจะชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย จัดทำข้อตกลงร่วมกันที่จะขับเคลื่อนประเด็นระดับเครือข่าย จำนวนไม่น้อยกว่า ๓ ประเด็น ตามที่ได้ร่วมกันประกาศปณิญาของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ในเดือนมีนาคมของทุกปี โดยแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานและองค์กรจะต้องนำไปสู่ปฏิบัติการจริงในพื้นที่ รวมถึงบูรณาการเข้าสู่งานประจำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานและองค์กรในพื้นที่

^{๑๒๓} ดำเนินการร่วมกับแผนงานพัฒนานวัตกรรมการจัดการสุขภาพจะชุมชนตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา

(๗) ทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย สร้างและพัฒนานวัตกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และเพิ่มปัจจัยส่งเสริมสุขภาพในแต่ละกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้อง และขับเคลื่อนองค์กรในพื้นที่ให้มีการพัฒนาองค์กรตนเองเป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ

(๘) พัฒนาศักยภาพ ๕ นักสร้างเสริมสุขภาพะชุมชน ด้วยการจัดทำหลักสูตรการพัฒนาทักษะในงานประจำ และจัดทำหลักสูตรเฉพาะ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถเฉพาะ โดยการทำงานร่วมกับสถาบันวิชาการ รวมถึงการรวมตัวเป็นเครือข่ายของแต่ละนักสร้างเสริมสุขภาพะชุมชนให้เป็นกลไกจัดการความรู้ การบูรณาการกับภาคี ยุทธศาสตร์ และร่วมขับเคลื่อนนโยบายระดับเครือข่าย จังหวัด และประเทศ

(๙) มีการรวมตัวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายที่อยู่ในจังหวัดเดียวกันและเชื่อมโยงการทำงาน ร่วมกับภาคีร่วมพัฒนา ทั้งภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด โดยใช้ข้อมูล และรูปธรรมการจัดการตนเองเป็นพื้นฐานในการกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาวะในภาพรวมของจังหวัด โดยให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะตามปฏิญญาของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ที่ได้ประกาศร่วมกัน รวมถึงการตอบสนองต่อการปฏิรูปประเทศไทยและการปฏิรูปกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ

(๑๐) สนับสนุนให้มีการพัฒนากลไกและระบบการจัดการระดับจังหวัด ที่มีบทบาทในการเชื่อมโยงงานและกิจกรรมกับพื้นที่ตำบล ในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพะที่ให้ความสำคัญกับการใช้ทุนและศักยภาพของพื้นที่ และบูรณาการกับทุนจากภายนอก อันนำไปสู่การจัดการสุขภาวะเฉพาะประเด็นระดับเครือข่ายและจังหวัด

เป้าหมายและตัวชี้วัด

(๑) เกิดศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน จำนวน ๑๕ แห่ง ทำหน้าที่เป็นกลไก ในการสร้างการเรียนรู้ และการพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชนของสมาชิกในเครือข่าย ไม่น้อยกว่า ๒๐ ตำบล

(๒) เกิดศูนย์ฝึกอบรม ด้านการใช้เครื่องมือการวิจัยชุมชนและด้านการพัฒนาระบบข้อมูลตำบล ที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้ข้อมูล ในการพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชน และมีการบูรณาการเข้าสู่แผนพัฒนาชุมชนท้องถิ่น ทั้งระยะสั้นและระยะกลาง จำนวนไม่น้อยกว่า ๔๐ แห่ง

(๓) มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๑,๕๐๐ แห่ง จัดบุคลากรในชุมชนท้องถิ่นเข้าร่วมเรียนรู้ต่อเนื่อง เพื่อพัฒนารูปธรรมการจัดการตนเอง การจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสริมสร้างสุขภาพ และระบบการจัดการทางสังคมเพื่อปกป้องสุขภาวะโดยใช้บทเรียนจากการเรียนรู้ร่วมกับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะประเด็นและสถาบันวิชาการ

(๔) มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๗๐๐ แห่ง ร่วมกับภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และภาคียุทธศาสตร์ ประมวลความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติและสอบทานกับหลักฐานทางวิชาการเพื่อกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพที่ขับเคลื่อนโดยชุมชนท้องถิ่น และขึ้นนำการกำหนดนโยบายระดับจังหวัดและประเทศ

(๕) พัฒนาศักยภาพการใช้เครื่องมือเพื่อทำวิจัยชุมชนและการพัฒนาระบบข้อมูล เพื่อใช้ในการออกแบบ และพัฒนาระบบการจัดการสุขภาวะชุมชนในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๐๐ แห่ง

(๖) เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะระดับจังหวัด จำนวนไม่น้อยกว่า ๔ ประเด็น จากการทำงานร่วมกัน ของเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับ จังหวัด รวมถึงการตอบสนองต่อการสร้างการเปลี่ยนแปลงสอดคล้องกับปฏิรูปประเทศไทย

(๗) เกิดระบบการจัดการจังหวัดน่าอยู่ จำนวนไม่น้อยกว่า ๗ จังหวัด จากการทำงานร่วมกันของเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด

(๘) มีบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน และบุคลากรของหน่วยงานในพื้นที่ ที่มีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาวะชุมชนและสนับสนุนการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ตนเองและเครือข่าย จำนวน ไม่น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ คน

๒. กลุ่มแผนงานพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา

เป็นการสนับสนุนความคิดและวิธีการใหม่ๆ ในการจัดการสุขภาวะชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.และนโยบายของคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จึงกำหนดเป้าหมายในการสนับสนุน เพื่อพัฒนานวัตกรรมจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การดูแลสุขภาพ กลุ่มประชากรเฉพาะ และองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการถอดบทเรียนจากนวัตกรรมและประมวลเป็น ชุดความรู้ เพื่อใช้ในการขยายฐานผู้รับประโยชน์และบูรณาการเข้าสู่กระบวนการดำเนินงานปกติของชุมชน ท้องถิ่น โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

(๑) สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ร่วมกับ สถาบัน วิชาการ ดำเนินงาน ๒ กิจกรรม ประกอบด้วย (๑) วิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยชุมชนและระบบข้อมูลตำบล เพื่อใช้ในการออกแบบงานและกิจกรรมในการจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ และ (๒) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อประมวลบทเรียนเป็นชุดความรู้ที่ขยายผลในเครือข่ายและข้ามเครือข่าย รวมถึงบูรณาการเข้าสู่กระบวนการและขั้นตอนในการจัดทำแผนพัฒนาของภาคร่วมพัฒนาในพื้นที่โดยยังคงเน้น ที่ ๔ ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดอุบัติเหตุจราจร และการจัดการอาหารเพื่อสุขภาพ

(๒) สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ร่วมกับ สถาบัน วิชาการ ดำเนินงาน ๒ กิจกรรม ประกอบด้วย (๑) วิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยชุมชนและระบบข้อมูลตำบล เพื่อใช้ในการออกแบบงานและกิจกรรมในการจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ และ (๒) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อประมวลบทเรียนเป็นชุดความรู้ที่ขยายผลในเครือข่ายและข้ามเครือข่าย รวมถึงบูรณาการเข้าสู่กระบวนการและขั้นตอนในการจัดทำแผนพัฒนาของภาคร่วมพัฒนาในพื้นที่ โดยกลุ่ม ประชากรเฉพาะซึ่งเป้าหมายหลัก คือ ผู้สูงอายุ และเป้าหมายรอง เช่น เด็กปฐมวัย วัยรุ่น วัยทำงาน ผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น

(๓) สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ร่วมกับผู้บริหารองค์กรในพื้นที่ใช้ข้อมูลจากการวิจัยชุมชน และระบบข้อมูลตำบลประกอบการพิจารณาหรือเพื่อกำหนดแนวทางและออกแบบกิจกรรมที่จะทำให้เกิดนวัตกรรมองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีสถาบันวิชาการ^{๑๒๔} ร่วมจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประมวลบทเรียนเป็นชุดความรู้ เพื่อใช้ในการขยายผลภายในเครือข่ายและข้ามเครือข่าย รวมถึงบูรณาการเข้าสู่กระบวนการและขั้นตอนในการจัดทำแผนพัฒนาพื้นที่ของภาคีร่วมพัฒนาในพื้นที่ สำหรับองค์กรในพื้นที่ที่เป็นเป้าหมาย ได้แก่ โรงเรียน ศาสนสถาน (วัด มัสยิด โบสถ์) รวมถึงศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทั้งที่อยู่ในการดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรอื่นๆ

(๔) ประสานความร่วมมือกับแผนอื่นของ สสส. ภาควิทยาศาสตร์และสถาบันวิชาการ ในการสนับสนุน และส่งเสริมให้มีกลไกการจัดการความรู้ และสร้างเครื่องมือสำหรับการจัดการเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนา นวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชนที่มีรูปธรรมของการปฏิบัติ รวมถึงการพัฒนาเป็นเครื่องมือทางวิชาการและคู่มือการบูรณาการ โดยองค์กรและหน่วยงานสามารถนำไปปรับใช้ในการส่งเสริมการทำงานบูรณาการ และสร้างวัฒนธรรมการทำงานขององค์กรที่คำนึงถึงสุขภาพในทุกกิจกรรม

เป้าหมายและตัวชี้วัด

(๑) พัฒนานวัตกรรมจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ จำนวน ๔ ประเด็น โดยแต่ละประเด็นมีรูปแบบการดำเนินงานที่วัดการเปลี่ยนแปลงได้ และมืองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกการขับเคลื่อนต่อเนื่อง ประเด็นละไม่น้อยกว่า ๔๐ แห่ง

(๒) เกิดนวัตกรรมการดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรเฉพาะ จำนวน ๔ กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มมีรูปแบบการดำเนินงานที่วัดการเปลี่ยนแปลงได้ และมืองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกการขับเคลื่อน กลุ่มประชากรละไม่น้อยกว่า ๔๐ แห่ง

(๓) พัฒนานวัตกรรมองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ โดยแต่ละประเภทขององค์กรมีรูปแบบการดำเนินงานที่วัดการเปลี่ยนแปลงได้ และมืองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกการขับเคลื่อนต่อเนื่อง แต่ละประเภทไม่น้อยกว่า ๒๐๐ แห่ง

(๔) ทบทวนชุดความรู้^{๑๒๕} การจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและปัจจัยส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา และนำไปประยุกต์ใช้ขยายผลได้ จำนวน ๕ เรื่อง

(๕) มืองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ร่วมรณรงค์ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ พร้อมทั้งมีการประเมินความก้าวหน้าที่เกิดขึ้น จากการรณรงค์และการเข้าร่วมกิจกรรมของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

^{๑๒๔} ดำเนินการร่วมกับแผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และสร้างองค์ความรู้

^{๑๒๕} ดำเนินการร่วมกับแผนงานพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชนตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา และแผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และการสร้างองค์ความรู้

๓. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และสร้างองค์ความรู้

เป็นการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือกันของนักวิชาการจากสถาบันวิชาการกับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะ และกลไกการจัดการจังหวัดนำอยู่ ด้วยการถอดบทเรียนปฏิบัติการจริง การวิจัยและพัฒนากระบวนการทำงานของพื้นที่และเครือข่ายในการเพิ่มศักยภาพระบบการจัดการสุขภาวะชุมชนของพื้นที่ การตอบสนองปัญหาและความจำเป็นของพื้นที่ ผลลัพธ์การจัดการตนเองของพื้นที่สู่การเพิ่มขีดความสามารถการพัฒนาสุขภาวะของชุมชนท้องถิ่น เพื่อใช้ในการถ่ายทอดให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาพื้นที่และเครือข่ายใน ๔ ลักษณะ คือ

(๑) การอธิบายสถานะการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น เพื่อจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในระดับตำบล และระดับจังหวัด ที่แสดงการเปลี่ยนแปลง และผลลัพธ์ของการจัดการตนเองโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานและองค์กรเป็นกลไกการจัดการ กระบวนการและวิธีการจัดการตนเองขององค์กรชุมชน ภาคประชาชน หน่วยงานรัฐในพื้นที่ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการสุขภาวะของชุมชนท้องถิ่น

(๒) การพัฒนาเครื่องมือในการเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการตนเองให้กับชุมชนท้องถิ่น และสถาบันวิชาการ ในรูปแบบของ คู่มือ แนวทาง รูปแบบและวิธีการทำงาน หลักสูตรการเพิ่มทักษะสำหรับผู้นำข้อเสนอ นโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างงานใหม่ ตลอดจนเครื่องมือการวิจัยที่ได้รับการตรวจสอบตามหลักวิชาการแล้ว ได้แก่ แบบสำรวจ แบบวัด วิธีการ และขั้นตอนการวิจัยชุมชน วิธีการสังเคราะห์ข้อมูลจากปฏิบัติการจริงในพื้นที่ ให้เป็นข้อความรู้ที่สามารถเทียบเคียงกับสากลได้ และระบบข้อมูล เป็นต้น

(๓) การสรุปรูปธรรมของระบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นจากนวัตกรรมในเรื่องต่างๆ องค์กรต่างๆ และระดับต่างๆ ครอบคลุมการจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในโครงการจัดการพื้นที่ระดับตำบลและระดับจังหวัด

(๔) การพัฒนาแนวทางที่เป็นไปได้ในการสนับสนุนการทำงานร่วมกันและความร่วมมือ (partnership building) ของผู้นำการเปลี่ยนแปลงจากชุมชนท้องถิ่น สถาบันวิชาการ และองค์กรภาคียุทธศาสตร์

โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

(๑) สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างสถาบันวิชาการกับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะ และกลไกการจัดการจังหวัดนำอยู่ในการกำหนดโจทย์และทำการวิจัย และพัฒนาระบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น เพื่อการจัดการสุขภาวะชุมชนในมิติต่างๆ โดยพื้นที่เป็นฐาน

(๒) สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างสถาบันวิชาการกับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะ และกลไกการจัดการจังหวัดนำอยู่ในการกำหนดตัวชี้วัดสถานะการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น การเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์ของการจัดการตนเอง จนสามารถสังเคราะห์เป็นนิยามอันเกิดจากปฏิบัติการจริงของวาทกรรม “ตำบลนำอยู่ จังหวัดนำอยู่” และ “ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น”

(๓) สนับสนุนและส่งเสริมสถาบันวิชาการให้พัฒนาวิธีการและขั้นตอนการทำงานวิชาการและการจัดการความรู้ อันเกิดขึ้นในระบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น จนสามารถสรุปเป็นแนวทาง คู่มือ หลักสูตรและบทเรียน และใช้ในการเพิ่มสมรรถนะนักวิชาการชุมชนท้องถิ่นได้

(๔) สนับสนุนและส่งเสริมนักวิชาการชุมชนท้องถิ่นให้จับคู่ทำงานวิจัยและพัฒนา ร่วมกับนักวิชาการจากสถาบันวิชาการ ในการวิจัยเพื่อใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนในการขับเคลื่อนการยกระดับงานในประเด็นเฉพาะที่เชี่ยวชาญ

(๕) สนับสนุนและส่งเสริมสถาบันวิชาการให้ทำงานร่วมกับผู้นำการเปลี่ยนแปลงในชุมชนท้องถิ่น เพื่อสังเคราะห์ผลของการใช้คู่มือ แนวทาง รูปแบบ วิธีการ ขั้นตอนการทำงาน ในการจัดการปัจจัยทางสังคมที่ส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในกลุ่มประชากรเฉพาะ ในองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ และคัดสรรส่วนที่ได้ผลดีจริงมาพัฒนาเป็นแนวทางการทำงานและหลักสูตรสำหรับเพิ่มสมรรถนะผู้นำกลุ่มต่างๆ

(๖) สนับสนุนและส่งเสริมสถาบันวิชาการในกำหนดแนวทางการจัดการเรียนรู้และการฝึกอบรมร่วมกับชุมชนท้องถิ่น โดยเป็นหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นจากปฏิบัติการจริงของระบบการจัดการสุขภาพชุมชน และมีการวิเคราะห์ผลการใช้หลักสูตรดังกล่าวเพื่อปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

(๗) สนับสนุนและส่งเสริมสถาบันวิชาการ ให้มีการสังเคราะห์รูปธรรม และนวัตกรรมในเรื่องต่างๆ และระดับต่างๆ องค์กรสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ ในพื้นที่ ครอบคลุมการจัดการตนเอง เพื่อการจัดการปัจจัยทางสังคมที่ส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ให้เป็นความรู้ทั่วไปที่ใช้ในการขยายจำนวนผู้รับประโยชน์ ทั้งเชิงพื้นที่และขยายผลวงกว้าง โดยการพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย รวมถึงบูรณาการการทำงานกับภาคยุทธศาสตร์หรือภาครัฐที่ผูกเข้าเป็นภารกิจประจำของหน่วยงานและการรณรงค์

(๘) จัดให้มีการติดตาม กำกับ และประเมินผล ตามหลักเกณฑ์ที่ สสส. กำหนด และสนับสนุนให้มีการสังเคราะห์ผลจากการประเมินระดับโครงการ พัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานของแผนสุขภาพชุมชนในช่วงต่อไป รวมถึงการใช้ระบบข้อมูลตำบลในการพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาพชุมชนและตัวชี้วัดชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง

เป้าหมายและตัวชี้วัด

สถาบันวิชาการจำนวนไม่น้อยกว่า ๕ แห่ง มีการดำเนินการวิจัยร่วมกับชุมชนท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาเฉพาะพื้นที่และค้นหาแนวทางใหม่ในการจัดการปัญหาและสังเคราะห์ความรู้ที่เกิดขึ้นให้เป็นทางเลือกในการไปใช้ในพื้นที่อื่นได้

(๑) เกิดชุดความรู้เพื่อพัฒนานวัตกรรมอันเป็นผลจากกระบวนการวิจัยและพัฒนาโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกการขับเคลื่อน ที่แสดงโอกาสและแนวทางการยกระดับการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ และมีรูปแบบการดำเนินงานที่วัดการเปลี่ยนแปลงได้ ครอบคลุมการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรเฉพาะ และองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ

(๒) เกิดชุดความรู้การพัฒนาระบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น เพื่อลดปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ที่เกิดจากการสังเคราะห์จากปฏิบัติการจริงและการสอบถามในพื้นที่

เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ จนสามารถใช้เป็นความรู้ทั่วไปที่ผ่านการพัฒนาเป็นนิยามและตัวชี้วัด เครื่องมือเพิ่มขีดความสามารถบูรณาการของระบบการจัดการตนเอง และแนวทางการพัฒนาความร่วมมือขององค์กรในพื้นที่และองค์กรภาคยุทธศาสตร์

(๓) เกิดนักวิชาการชุมชนท้องถิ่นที่ได้รับการเพิ่มขีดความสามารถด้านการวิจัยและพัฒนา โดยใช้พื้นที่เป็นฐานในการขับเคลื่อนและการยกระดับงานในประเด็นเฉพาะที่เชี่ยวชาญ

(๔) เกิดแนวทางใหม่ของการจัดการหลักสูตรที่มีกระบวนการเรียนรู้โดยเอาพื้นที่เป็นตัวตั้งและมีชุมชนท้องถิ่นเป็นหน่วยหลักในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนร่วมกับสถาบันวิชาการ

(๕) เกิดคู่ความร่วมมือ (cooperating partners) ระหว่างสถาบันวิชาการ กับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะในการวิจัยและพัฒนา เพื่อใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชน ในการขับเคลื่อนการยกระดับงานในประเด็นเฉพาะที่เชี่ยวชาญ จนขยายผลสู่การพัฒนาเป็นข้อเสนอนโยบายสาธารณะ

(๖) เกิดเครือข่ายนักวิชาการชุมชนท้องถิ่นที่มีความสามารถในการทำวิจัยและพัฒนานวัตกรรม ตลอดจนการสังเคราะห์ข้อมูลและจัดการความรู้เพื่อการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น

(๗) เกิดเครือข่ายสถาบันวิชาการและภาคยุทธศาสตร์ที่หนุนเสริมการทำงานวิชาการและจัดการความรู้ของเครือข่ายนักวิชาการชุมชนท้องถิ่น

๔. กลุ่มแผนงานพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการเปลี่ยนแปลง

เป็นการพัฒนารัพยากรบุคคลที่เป็นทุนทางสังคมสำคัญในการสร้างการเปลี่ยนแปลงไปสู่ “ชุมชนสุขภาวะ ตำบลน่าอยู่ จังหวัดน่าอยู่” โดยมีกระบวนการดำเนินการที่เน้นการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะสำหรับผู้นำการเปลี่ยนแปลงในเรื่องและระดับต่างๆ ที่ได้รับการคัดสรรเข้ามาเรียนรู้เพื่อการพัฒนาตนเอง พัฒนางานในพื้นที่หรือองค์กรตนเอง การสร้างระบบการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายเพื่อสานพลังและเรียนรู้ร่วมกัน และมีบทบาทในการผลักดันนโยบายที่เอื้อต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นและการจัดการสุขภาวะชุมชน โดยมีกิจกรรมสำคัญ ๓ ประการ ดังนี้

(๑) การจัดทำหลักสูตรเฉพาะสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะโดยกิจกรรมในหลักสูตรประกอบด้วย การฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนท้องถิ่นควบคู่กับการเรียนรู้ทฤษฎีและหลักวิชาการที่เกี่ยวข้อง

(๒) การจัดกิจกรรมจัดการความรู้สำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เพื่อพัฒนาทักษะในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ โดยเชื่อมโยงกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะร่วมของแต่ละเครือข่ายและปัญญาของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

(๓) การพัฒนาชุดความรู้ในรูปแบบของคู่มือและแนวทางที่เข้าใจง่าย สำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ โดยเน้นชุดความรู้เพื่อการจัดการสุขภาวะชุมชน การพัฒนานวัตกรรมการจัดการสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานการพัฒนาและแนวทางทุกนโยบายเพื่อสุขภาวะ รวมถึงชุดความรู้การจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น

โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

(๑) ส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานและองค์กรในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ มีกระบวนการในการคัดสรรและเตรียมความพร้อมของบุคลากรและผู้นำที่เป็นทุนทางสังคมในชุมชน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพและเพิ่มขีดความสามารถให้สอดคล้องกับความต้องการ ในการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาวะชุมชนและการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น

(๒) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน ศูนย์สนับสนุนวิชาการเพื่อการจัดการเครือข่าย^{๑๖๖} และสถาบันวิชาการ พัฒนาหลักสูตรและเครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาและสร้างผู้นำชุมชนท้องถิ่นให้มีศักยภาพและความเชี่ยวชาญในกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการตนเอง และมีขีดความสามารถในการสร้างการเรียนรู้ภายในพื้นที่ สร้างการเรียนรู้ร่วมกับเครือข่าย และสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในมิติต่างๆ

(๓) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ศูนย์สนับสนุนวิชาการการขับเคลื่อนเฉพาะประเด็น^{๑๖๗} และสถาบันวิชาการ พัฒนาหลักสูตรและเครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาและสร้างผู้นำชุมชนท้องถิ่นให้มีศักยภาพและความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ในการจัดการสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา และแนวทางคำนึงถึงสุขภาพในทุกนโยบายของชุมชนท้องถิ่น

(๔) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ศูนย์ฝึกอบรมการใช้เครื่องมือการวิจัยชุมชน และพัฒนาระบบข้อมูลตำบล ได้พัฒนาบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนท้องถิ่น ให้มีศักยภาพและความเชี่ยวชาญในการจัดทำและใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชน

(๕) ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรและผู้นำชุมชนให้มีศักยภาพและทักษะในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในทุกๆระดับ ที่เชื่อมโยงกับสถานการณ์และภาวะคุกคามในพื้นที่และระดับชาติ

(๖) ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรท้องถิ่นและผู้บริหารท้องถิ่น ทั้งฝ่ายการเมืองและฝ่ายข้าราชการประจำ ให้มีทักษะและสมรรถนะในการบูรณาการงานและกิจกรรมของแผนสุขภาวะชุมชนเข้าสู่งานตามภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(๗) สนับสนุนสถาบันวิชาการพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรและผู้นำของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ด้วยกระบวนการสรุปบทเรียน การจัดการความรู้ และการวิจัยชุมชน อันนำไปสู่การขยายผลระบบจัดการสุขภาวะชุมชนที่ใช้พื้นที่เป็นฐานการพัฒนาไปยังพื้นที่อื่นตามข้อตกลงร่วมของแผนสุขภาวะชุมชนกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย

(๘) ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระดับต่างๆ และเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ในการจัดการสุขภาวะชุมชน

^{๑๖๖} ศูนย์สนับสนุนวิชาการเพื่อการจัดการเครือข่าย ทำหน้าที่ในการสนับสนุนวิชาการและอำนวยความสะดวกให้การบริหารจัดการเครือข่ายภายในกลุ่มจังหวัด บรรลุตามเป้าหมาย รวมถึงการร่วมกับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน (ศจค.) และสำนัก ๓ ในการเสริมสร้างศักยภาพผู้นำและนักวิชาการให้มีขีดความสามารถในการขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ตามข้อตกลงร่วม

^{๑๖๗} ศูนย์สนับสนุนวิชาการการขับเคลื่อนเฉพาะประเด็น ทำหน้าที่ออกแบบและขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะเรื่อง (ประเด็นเฉพาะ) โดยบูรณาการกับงานประจำโดยใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนาและการจัดการเครือข่ายเฉพาะประเด็นที่เป็นข้อตกลงร่วมกันของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

(๙) สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายนักวิชาการในสถาบันวิชาการที่มีขีดความสามารถในการทำวิจัย และพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานการพัฒนา โดยร่วมกับ ๕ นักสร้างเสริม สุขภาวะชุมชน ตลอดจนการสังเคราะห์ข้อมูลและจัดการความรู้ เพื่อการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น

(๑๐) ดำเนินการให้เกิดเครือข่ายสถาบันวิชาการและภาคียุทธศาสตร์ ที่หนุนเสริมการทำงานวิชาการและการจัดการความรู้ของเครือข่ายนักวิชาการชุมชนท้องถิ่น โดยเครือข่ายสถาบันวิชาการมีบทบาทในการสนับสนุน การปฏิรูปประเทศไทย

เป้าหมายและตัวชี้วัด^{๑๒๘}

(๑) เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีทักษะในการถ่ายทอดแนวคิดและองค์ความรู้ จากการปฏิบัติการของ ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน รวมถึงสนับสนุนการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ตนเองและเครือข่าย ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ คน

(๒) เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพด้านต่างๆ ไม่น้อยกว่า ๔๐๐ คน

(๓) เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือการวิจัยชุมชนและพัฒนาระบบข้อมูล ตำบล เพื่อพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชน ไม่น้อยกว่า ๔๐๐ คน

(๔) เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีความเชี่ยวชาญในการขับเคลื่อนนโยบายท้องถิ่นและนโยบายสาธารณะ ไม่น้อยกว่า ๓๐ คน

(๕) เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่เป็นนักบริหารยุทธศาสตร์ เพื่อการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น ไม่น้อยกว่า ๒๐ คน

(๖) ทบทวนหลักสูตรการพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลง และหลักสูตรการพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลง ให้มีความชำนาญเฉพาะในการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพด้านต่างๆ ไม่น้อยกว่า ๕ หลักสูตร

(๗) เกิดเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการจัดการระบบสุขภาวะของพื้นที่ เครือข่ายผู้นำการ เปลี่ยนแปลงในการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ และเครือข่ายนักบริหารยุทธศาสตร์ที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกัน และสานพลังสร้างการเปลี่ยนแปลงสู่ชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ และร่วมสร้างสังคมสุขภาวะต่อเนื่อง อย่างน้อย ๓ เครือข่าย

^{๑๒๘} เป็นการบูรณาการภายในแผนสุขภาวะชุมชน

ภาคีหลัก

ประกอบด้วย ๒ กลุ่ม คือ ภาคีระดับพื้นที่และภาคีสถักสนับสนุน

ภาคีระดับพื้นที่

- (๑) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
- (๒) องค์การชุมชน (รวมศาสนสถาน) และภาคประชาสังคม
- (๓) ท้องที่ (คณะกรรมการหมู่บ้าน)
- (๔) สถานบริการสุขภาพ
- (๕) สถานศึกษา
- (๖) หน่วยงานส่วนภูมิภาค
- (๗) องค์การพัฒนาเอกชน

ภาคีสถักสนับสนุน

- (๑) กระทรวงมหาดไทย เช่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการปกครอง กรมการพัฒนาชุมชน
- (๒) สถาบันวิชาการ
- (๓) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (๔) กระทรวงสาธารณสุข
- (๕) สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)
- (๖) กระทรวงศึกษาธิการ
- (๗) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน	๓๐๐
๒. กลุ่มแผนงานพัฒนานวัตกรรมพัฒนาสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา	๑๐๐
๓. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และสร้างองค์ความรู้	๑๐๐
๔. กลุ่มแผนงานพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการเปลี่ยนแปลง	๕๐
รวม	๕๕๐
กลุ่มแผนงานบูรณาการ	๑๕
รวม	๕๖๕

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว

สถานการณ์และแนวโน้ม

สถานการณ์และแนวโน้มสำคัญในอนาคต ที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัวมี ดังนี้

การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้มีประชากรวัยพึ่งพิงจำนวนมากขึ้น ในขณะเดียวกัน มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีรูปแบบหลากหลาย และมีความเปราะบางมากขึ้น **การก้าวสู่สังคมเมือง** เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ส่งผลกระทบต่อระดับความสัมพันธ์ในครอบครัว ทำให้เด็กอยู่กับครอบครัวลดลง การใช้เวลาและกิจกรรมร่วมกันลดลง เพราะโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป เด็กอยู่กับสื่อและเทคโนโลยีมากขึ้น ในขณะที่ชุมชนก็ต่างคนต่างอยู่ สังคมเมืองขาดการปฏิสัมพันธ์กัน **ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ** การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยที่ผ่านมาส่งผลให้ความยากจนในประเทศลดลงไปมาก แต่ขณะเดียวกันผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจมิได้กระจายตัวอย่างทั่วถึง ชี้อ้างรายได้หรือความเหลื่อมล้ำในประเทศไทยจึงยังค่อนข้างกว้าง และเกิดความเหลื่อมล้ำทางด้านอื่นๆ ตามมา อาทิ ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ **การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน** ทำให้เกิดเป็นชุมชนระหว่างประเทศที่มีการเชื่อมโยง (community of connectivity) ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม

จากการทบทวนสถานการณ์และแนวโน้มสำคัญในอนาคตดังกล่าวข้างต้น พบว่า มีผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายเด็ก เยาวชน และครอบครัว ดังนี้

ครอบครัว การเปลี่ยนแปลงของสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ครอบครัวมีรูปแบบหลากหลาย และซับซ้อนขึ้น และกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีความเปราะบาง เช่น ครอบครัวที่มีเฉพาะพ่อหรือแม่เลี้ยงลูกตามลำพัง ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเลี้ยงดูเด็กตามลำพัง ครอบครัวที่มีเฉพาะเด็กอยู่ตามลำพัง ครอบครัวผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ครอบครัวเพศเดียวกัน ครอบครัวที่ต้องดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย พิการ ต้องขัง เป็นต้น รวมทั้งยังมีปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ได้แก่

(๑) **ความยากจนและหนี้สิน** ที่เกิดจากการขาดความรู้ - ทักษะในการประกอบอาชีพ การขาดโอกาสเข้าถึงทรัพยากรและข้อมูลข่าวสาร รวมถึงระบบการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ข้อมูลจากธนาคารแห่งประเทศไทย ปี ๒๕๕๕ บ่งชี้ว่า หนี้สินของครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาหนี้เสีย (ยอดสินเชื่อคงค้างเพื่อการอุปโภคในปี ๒๕๕๕ คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๔ คิดเป็นมูลค่า ๒,๗๔๘,๔๓๐ ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๔ ถึงร้อยละ ๑๖.๐)

(๒) บทบาทหน้าที่ในการดูแลสมาชิกครอบครัวไม่เหมาะสม ครอบครัวเป็นสถาบันแรกเริ่ม ในการทำหน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากการที่เด็กจะเติบโตเป็นพลเมืองดีนั้นต้องอาศัยการอบรมเลี้ยงดูที่ถูกต้องเหมาะสม แต่ปัจจุบันครอบครัวหรือพ่อแม่ส่วนใหญ่ขาดความรู้และทักษะในการอบรมเลี้ยงดูบุตร ทำให้เด็กมีการพัฒนาบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสม และนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเมื่อโตขึ้น ดังเห็นได้จากผลการสำรวจสถานการณ์ความเข้มแข็งของครอบครัวไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปี ๒๕๕๗ พบว่า ร้อยละของครอบครัวที่มีความเข้มแข็ง ในด้านบทบาทหน้าที่ของครอบครัว มีเพียงร้อยละ ๕๗.๓๐ ซึ่งอยู่ในระดับไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

(๓) สัมพันธภาพและการสื่อสารในครอบครัวลดลง การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว ทั้งการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและการปรับตัวในสังคม รวมถึงเทคโนโลยีและการสื่อสารสมัยใหม่ ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการสื่อสารกันน้อยลง สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง และเกิดช่องว่างมากขึ้น จากผลการสำรวจสถานการณ์ความเข้มแข็งของครอบครัวไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปี ๒๕๕๗ พบว่า ร้อยละของครอบครัวที่มีความเข้มแข็ง ในด้านสัมพันธภาพ มีเพียงร้อยละ ๖๓.๐๔ ซึ่งอยู่ในระดับไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

เด็กและเยาวชน หมายถึง เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) เด็ก (๖ - ๑๔ ปี) และเยาวชน (๑๕ - ๒๔ ปี) จากการศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มสำคัญข้างต้น ร่วมกับปัญหาครอบครัว ก่อให้เกิดปัญหาสำคัญกับเด็กและเยาวชน ดังนี้

เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) พบว่ามีแนวโน้มของขนาดและความรุนแรงของปัญหาด้านพัฒนาการและการเรียนรู้เพิ่มขึ้น ปัญหาด้านการดูแลและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย และปัญหาด้านระบบและกลไกการทำงานของภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพของเด็กปฐมวัย ดังนี้

(๑) พัฒนาการไม่สมวัย พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการที่ไม่สมวัย (กาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม) ซึ่งสาเหตุเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น ซึ่งในช่วง ๑๔ ปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นถึง ๑.๔ เท่า คือ ปี ๒๕๔๑ สัดส่วน ๓๔.๑ คน ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน เป็น ๕๕.๔ คน ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน ปี ๒๕๕๕ และมีแม่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ๑๓๓,๑๗๖ คน หรือร้อยละ ๑๖.๖ ของแม่อายุทุกกลุ่มอายุ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ร้อยละ ๑๐

(๒) ความพิการแต่กำเนิด (birth defects) เป็นภาวะที่พบได้บ่อย โดยมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ ๓ - ๕ ของทารกเกิดมีชีพ เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ กลุ่มอาการดาวน์ เป็นต้น ประเทศไทยมีทารกแรกเกิดประมาณ ปีละ ๘๐๐,๐๐๐ ราย จึงประมาณการว่าจะพบทารกแรกเกิดที่มีความพิการประมาณ ๒๔,๐๐๐ - ๔๐,๐๐๐ รายต่อปี และทั่วโลกยังพบว่าร้อยละ ๒๐ - ๓๐ ของสาเหตุการเสียชีวิตในวัยทารกมีสาเหตุจากความพิการแต่กำเนิด ซึ่งความพิการแต่กำเนิดนี้ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และเป็นปัญหาระดับประเทศ โดยเฉพาะด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทางการแพทย์

(๓) **โภชนาการไม่เหมาะสม** ทั้งของมารดาและเด็ก ได้แก่ การขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลให้สมองของทารกในครรภ์เจริญเติบโตไม่เต็มที่ ทำให้เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย รวมถึงปัญหาโภชนาการในเด็กปฐมวัย ทั้งภาวะโภชนาการเกินที่เพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๕.๘ ในปี ๒๕๔๐ เป็นร้อยละ ๘.๕ ในปี ๒๕๕๔ และภาวะพร่องโภชนาการหรือภาวะทุพโภชนาการพบว่าปี ๒๕๕๕ เด็กปฐมวัย มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ ๙.๒ ข้อมูลกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ ๘๐ ในปี ๒๕๓๕ เป็นร้อยละ ๗๐ ในปี ๒๕๕๕ รวมถึงความฉลาดทางอารมณ์ พบว่า เด็กวัย ๓ - ๕ ปี ที่สำรวจเมื่อปี ๒๕๕๐ อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่มีแนวโน้มลดลงเหลือ ๑๒๕ - ๑๔๘ คะแนน

(๔) **ปัญหาด้านการดูแลและการเลี้ยงดู** จากสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้พ่อแม่มักส่งเด็กให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นผู้ดูแลแทน จากข้อมูลของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (๒๕๕๕) แสดงว่าเด็กปฐมวัยไทย (แรกเกิด - ๕ ปี) มีจำนวน ๔,๖๑๒,๑๘๒ คน อยู่ในความดูแลของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๔๑๑,๑๔๓ คน และอยู่ในโรงเรียนอนุบาล ๑,๗๙๙,๑๒๕ คน นอกนั้นอยู่ในความดูแลของพ่อแม่ - ผู้ปกครอง สถานรับเลี้ยงเด็ก และอื่นๆ รวม ๑,๔๐๑,๙๑๔ คน ซึ่งพบว่า การจัดการดูแลและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีความแตกต่างด้านคุณภาพและมาตรฐาน ทั้งการบริหารจัดการ ด้านวิชาการ ด้านบุคลากร และด้านนโยบายสนับสนุนจากผู้บริหาร

(๕) **ปัญหาด้านระบบและกลไกของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กปฐมวัย** พบว่า เด็กปฐมวัยตั้งแต่ปฏิสนธิ (ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา) จนถึงก่อนเข้าเรียนประถมศึกษา อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานอย่างน้อย ๓ กระทรวงหลัก อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งในการดำเนินงานที่ผ่านมา ระบบและกลไกยังขาดการทำงานกันแบบบูรณาการและขาดความต่อเนื่อง รวมถึง ยังไม่มีการตั้งเป้าหมายร่วมในการพัฒนาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้งานด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

เด็ก (๖ - ๑๔ ปี) ส่วนใหญ่อยู่ในระบบการศึกษา ซึ่งปัญหาสำคัญของกลุ่มเด็กวัยนี้ คือ

(๑) **การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม** พบว่า เด็กไทยที่ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันมีเด็กผอมจำนวนไม่น้อยที่ยังขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย โดยเฉพาะเด็กยากจนที่ไม่พอกินหรือกินไม่ครบมื้อมักมีภาวะขาดไอโอดีนและธาตุเหล็ก ผลการสำรวจภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กในภูมิภาคอาเซียนพบว่าเด็กไทยอายุ ๖ เดือน ถึง ๑๒ ปี ร้อยละ ๒๐ มีน้ำหนักเกินมาตรฐานเข้าข่ายโรคอ้วน และร้อยละ ๖๐ - ๗๐ บริโภคอาหารที่ให้สารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายต่ำกว่าเกณฑ์โดยเฉพาะธาตุเหล็ก แคลเซียม วิตามินเอ วิตามินซี และวิตามินดี สอดคล้องกับข้อมูลการเฝ้าระวังและติดตามการเจริญเติบโตในเด็กนักเรียนอายุ ๖ - ๑๒ ปี ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่า ในปี ๒๕๕๕ นักเรียนร้อยละ ๑๒.๕ มีภาวะอ้วน ร้อยละ ๑๗.๑ เตี้ยกว่าเกณฑ์ และร้อยละ ๖.๖ มีภาวะผอม

(๒) **พฤติกรรมติดเกม สื่อโทรทัศน์/ภาพยนตร์ และการเล่นอินเทอร์เน็ต** จากการสำรวจของสถาบันรามจิตติ ปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๔ พบว่า กว่าครึ่งหนึ่งของเวลาของเด็กหมดไปกับสื่อ ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์/ภาพยนตร์ การเล่นเกมเล่นอินเทอร์เน็ตและการใช้โทรศัพท์ และเด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี ร้อยละ ๔๗ ใช้คอมพิวเตอร์/อินเทอร์เน็ตอย่างน้อย ๑ - ๔ วันต่อสัปดาห์ และร้อยละ ๒๑ ใช้คอมพิวเตอร์/อินเทอร์เน็ต ๕ - ๗ วันต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ ผลการสำรวจ

ของกรมสุขภาพจิต พบว่า สถานการณ์เด็กติดเกมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยระหว่างปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๕ มีเด็กติดเกมเพิ่มขึ้นกว่า ๓ เท่าจากร้อยละ ๔ เป็นร้อยละ ๑๔ หรือในเด็กทุกๆ ๘ คน จะติดเกม ๑ คน ส่งผลให้เด็กขาดพัฒนาการทางสังคม ขาดทักษะในการอยู่ร่วมกัน และการปรับตัวในสังคม อีกทั้ง อิทธิพลของสื่อทำให้เกิดการใช้จ่ายแบบบริโภคนิยม พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการเลียนแบบสื่อ เด็กอ่านหนังสือน้อยลง ส่งผลให้เด็กขาดการพัฒนาในเรื่องภาษาและจินตนาการ

(๓) **ความปลอดภัยในเด็ก** จากข้อมูลของศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า ในปี ๒๕๕๖ การจมน้ำเป็นสาเหตุหลักการตายของเด็ก คิดเป็นร้อยละ ๓๙ และสาเหตุการตายอันดับสองคือ อุบัติเหตุจากรถจักรยาน คิดเป็นร้อยละ ๒๗ ซึ่งสาเหตุหลักยังคงเป็นรถมอเตอร์ไซด์ ทั้งการขับชกก่อนวัย เมาแล้วขับ ขับเร็ว และไม่ใส่หมวกนิรภัย

(๔) **พัฒนาการและเชาวน์ปัญญาต่ำกว่ามาตรฐานสากล** จากการสำรวจระดับสติปัญญาของกรมสุขภาพจิต กับกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยวัยประถมศึกษาปีที่ ๑ ปี ๒๕๕๗ ทั่วประเทศ พบว่า IQ เฉลี่ย ๙๓.๑ จุด ต่ำลงจากปี ๒๕๕๔ ที่พบว่า เด็กไทยมี IQ เฉลี่ยที่ ๙๘.๕๙ จุด และต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากลยุคปัจจุบัน (IQ=๑๐๐) และจากผลการสำรวจของปี ๒๕๕๔ ในภาพรวมของประเทศ มีเด็กเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๔๘.๕) ที่มีปัญหาระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (IQ<๑๐๐) โดยยังมีเด็กกลุ่มที่มีปัญหาระดับสติปัญญามากพร่อง (IQ<๗๐) อยู่ถึงร้อยละ ๖.๕ เมื่อเทียบกับมาตรฐานสากลคือ ไม่ควรเกินร้อยละ ๒ **ความฉลาดทางอารมณ์** จากผลการสำรวจของกรมสุขภาพจิต ปี ๒๕๕๔ พบว่า เด็กไทยอายุ ๖ - ๑๑ ปี มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เฉลี่ยระดับประเทศ จัดอยู่ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ ๔๕.๑๒) **ผลสัมฤทธิ์และคุณภาพทางการเรียนต่ำ** จากรายงานของ OECD ระบุว่า ประเทศไทยมีเวลาเรียนมากที่สุด แต่กลับมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ โดยเฉพาะวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสอบ O-Net ซึ่งคะแนนเฉลี่ยตกต่ำมาอย่างต่อเนื่อง และผลการสอบของ PISA (Programme for International Student Assessment) พบว่า ผลการเรียนในวิชาคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ต่ำลง โดยทั้งนี้ไม่รวมถึงเด็กที่มีปัญหาบกพร่องทางการเรียนรู้ ได้แก่ โรคสมาธิสั้น ภาวะบกพร่องการเรียนรู้ และออทิสติก

เยาวชน (๑๕ - ๒๔ ปี) เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อย่างมาก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เทคโนโลยีและการสื่อสารที่ทันสมัย ส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีปัญหาด้านสุขภาพ และด้านเรียนรู้ เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับกลไกในการดูแลแก้ปัญหาแต่ละประเด็นของหน่วยงานที่รับผิดชอบ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่เชื่อมโยงกัน ทำให้ปัญหาสุขภาพของเยาวชนยังมีขนาดความรุนแรงของปัญหา ดังนี้

(๑) **การสูบบุหรี่** การสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน อายุ ๑๕ - ๒๔ ปี พบว่า ตั้งแต่ปี ๒๕๓๔ - ๒๕๔๗ มีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงจนถึงร้อยละ ๑๕.๑๑ ในปี ๒๕๔๗ - ๒๕๕๔ มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจนถึง ร้อยละ ๑๖.๖ แต่ในปี ๒๕๕๖ มีอัตราสูบบุหรี่ลดลงเป็นร้อยละ ๑๕.๐๗^{๑๒๔} โดยอายุที่เริ่มสูบของประชากรไทยลดลงจากอายุ ๑๘ ปี เป็น ๑๗ ปี

^{๑๒๔} สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานพฤติกรรมและการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากรไทย

(๒) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ในภาพรวมของประเทศ ความชุกของนักดื่มมีทิศทางลดลงเล็กน้อย โดยนักดื่มที่เป็นประชากรวัยทำงานลดลงร้อยละ ๒ ในช่วงปี ๒๕๔๔ - ๒๕๕๔ อย่างไรก็ตาม การดื่มของเยาวชนอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี กลับเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๑.๖ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๒๓.๗ ในปี ๒๕๕๔ หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ ๙.๕ ซึ่งเยาวชนอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี ที่เป็นผู้ดื่มเกือบ ๒.๕ ล้านคน มีประมาณร้อยละ ๑๕ ของนักดื่มทั้งหมด^{๓๐}

(๓) การใช้สารเสพติด สถานการณ์การเสพยาในประเทศไทยมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จากระบบรายงานระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหาเสพยาเสพติด (บสต.) ในปี ๒๕๕๖ พบว่าผู้เสพยาและผู้ติดส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ ๒๐ - ๒๔ ปี มากที่สุดจำนวน ๗๐,๒๔๗ ราย รองลงมาคือ ช่วงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ๖๖,๖๒๔ ราย และ ช่วงอายุ ๒๕ - ๒๙ ปี ๕๒,๔๕๔ ราย

(๔) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ พบว่า สถิติการคลอดบุตรของเยาวชนหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ในปี ๒๕๕๕ อยู่ที่ร้อยละ ๕๓.๘ ต่อประชากรวัยเดียวกัน ๑,๐๐๐ คน หรือปีละประมาณ ๑๓๐,๐๐๐ คน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คาดประมาณว่าในแต่ละปีมีเยาวชนหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ที่ตั้งครรภ์ประมาณ ๒.๕ แสนราย ในจำนวนนี้ประมาณครึ่งหนึ่งมีการยุติการตั้งครรภ์ ข้อมูลจากกรมอนามัยปี ๒๕๕๖ พบว่า สถานการณ์การตั้งครรภ์ในเยาวชนกำลังเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในเยาวชนอายุน้อย ประเทศไทยมีผู้หญิงอายุต่ำกว่า ๒๐ ปีที่คลอดบุตรเฉลี่ยวันละ ๒๕๕ ราย โดยมีเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีมากถึง ๑๐ รายต่อวัน นอกจากนี้พบว่า สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคพบว่า กลุ่มเยาวชนอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี มีอัตราป่วย ๖๒.๗๙ ราย ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๕๑ เพิ่มขึ้นเป็น ๙๐.๐๖ ราย ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๕๔ โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน และยังพบว่า กลุ่มเยาวชนที่ติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้นจาก ๘๒๑ ราย ในปี ๒๕๕๓ เป็น ๙๐๒ ราย ในปี ๒๕๕๔

เด็กและเยาวชนกลุ่มเฉพาะ ได้แก่

(๑) เด็กและเยาวชนที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรง พบว่า ความรุนแรงต่อเด็กและสตรีในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจน โดยข้อมูลจากศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๔๙ ให้การช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงรวม ๑๕,๘๘๒ ราย เฉลี่ยวันละ ๔๓ ราย และในปี ๒๕๕๓ สถิติเพิ่มขึ้นเป็น ๒๕,๗๔๔ ราย เฉลี่ยวันละ ๗๐ ราย หรือชั่วโมงละ ๓ ราย ในจำนวนนี้เป็นเด็กร้อยละ ๕๑ เป็นสตรีร้อยละ ๔๙ โดยเกือบ ๙ ใน ๑๐ ของเด็กที่ถูกกระทำเป็นเด็กหญิง สำหรับความรุนแรงที่เกิดขึ้นในโรงเรียนจะมาจากการทำโทษอย่างรุนแรงของครู ปัญหาแก๊งอันธพาล และการล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น สถาบันรามจิตติ ระบุว่า นักเรียนกว่า ๗๐๐,๐๐๐ คน ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงระหว่างเพื่อนร่วมชั้น โดยการข่มขู่ตบตี รมทำร้าย และด่าว่า

(๒) เยาวชนในกระบวนการยุติธรรม ประเทศไทยมีเยาวชนที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี ๒๕๕๕ ทั่วประเทศ ๓๔,๒๗๖ คดี ส่วนใหญ่ผู้กระทำความผิดมีอายุ ๑๕ - ๑๘ ปี และเป็นคดีเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษมากที่สุด ร้อยละ ๔๓.๑๐ ของคดีทั้งหมด ในปี ๒๕๕๕ มีเยาวชนที่กระทำผิดซ้ำเมื่อเปรียบเทียบกับคดีที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจทั่วประเทศมากที่สุดในรอบ ๔ ปีที่ผ่านมา (๒๕๕๑ - ๒๕๕๔) จำนวน ๖,๘๔๔ คดี ซึ่งตัวเลขนี้สะท้อนสภาพปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

^{๓๐} ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทยปี ๒๕๕๖

(๓) **เด็กเร่ร่อน** เด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ประสบปัญหาครอบครัวแตกแยก ถูกทารุณกรรม ซึ่งแหล่งชุมชนแออัดที่มีจำนวนเด็กเร่ร่อนมากที่สุดในเขตเมืองขนาดใหญ่ และเผชิญความเสี่ยงสูงต่อปัญหายาเสพติด การขายบริการทางเพศ และอาชญากรรม ปี ๒๕๕๓ พบว่ามีจำนวนเด็กเร่ร่อนมากขึ้นทั่วประเทศ หรือประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๔๔ - ๒๕๕๑ ที่ประเมินว่า มีเด็กเร่ร่อน ๑๕,๐๐๐ - ๒๐,๐๐๐ คน ซึ่งขณะนี้ มีองค์กรของภาครัฐและองค์กรเอกชนเข้าช่วยเหลือได้เพียง ๕,๐๐๐ คน

(๔) **เด็กชายขอบ** มิติของสังคมไทยได้มีการให้ความหมายที่หลากหลาย “กลุ่มชายขอบ” (marginal group) หมายถึง กลุ่มที่ละทิ้งวัฒนธรรมเดิมของตนไปบางส่วน และยังไม่ได้เป็นที่ยอมรับอย่างสมบูรณ์ ในวัฒนธรรมใหม่ที่กลายเป็นวิถีชีวิตของตน ตั้งแต่เด็กต่างชาติ แรงงานต่างชาติ เด็กย้ายถิ่น หรือมีบางคน เป็นเด็กข้ามชาติที่เดินทางเข้าประเทศโดยลำพังหรือแยกจากผู้ปกครอง ซึ่งเป็นกลุ่มเด็กที่ยังเข้าไม่ถึงบริการของรัฐ หรือเป็นเด็กต่างด้าวที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทย

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาด้านระบบและกลไกของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องคุ้มครองและพัฒนาเด็ก (๖ - ๑๔ ปี) และ เยาวชน (๑๕ - ๒๔ ปี) ประเทศไทยมีกฎหมาย นโยบาย และยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการปกป้อง คุ้มครอง และพัฒนาเด็กและเยาวชนหลายฉบับ อาทิ พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ และที่แก้ไข พ.ศ. ๒๕๕๕ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านการพัฒนาเด็กตามแนวทาง “โลกที่เหมาะสมสำหรับเด็ก” ปี ๒๕๕๐ - ๒๕๕๙ รวมถึงกฎหมาย และนโยบายเชิงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อาทิ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ ยาเสพติด ความรุนแรง เพศสัมพันธ์ อื่นๆ อีกหลายฉบับ แต่หน่วยงานรับผิดชอบหลักในการดำเนินงานตามกฎหมาย และนโยบายเหล่านี้ยังไม่มี การดำเนินงานที่บูรณาการและเชื่อมโยงกันอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้การแก้ปัญหาด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ยังไม่บรรลุผลสำเร็จตามเจตนารมณ์ของกฎหมายและนโยบายที่กำหนด

จุดเน้นของแผน

จากการทบทวนเป้าหมายและตัวชี้วัดของแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว และเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. ปี ๒๕๕๙ แผนจึงปรับปรุงจุดเน้นของแผนให้มีความสอดคล้องและต่อเนื่องกับแผนที่ดำเนินการแล้ว และเพื่อเป็นฐานการดำเนินงานระยะต่อไป ดังนี้

๑. เน้นผลลัพธ์เชิงสุขภาพของเด็กและเยาวชนตามช่วงวัย และสุขภาพของครอบครัว ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ และแนวโน้มที่ชี้ประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไข และความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยใช้ทิศทางเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี เป็นแนวทางในการดำเนินงานตามบทบาทของ สสส. และแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว

๒. ให้ความสำคัญกับกระบวนการติดตามและประเมินผล โดยมีระบบการติดตาม กำกับ ตรวจสอบ ดูแลอย่างต่อเนื่องในระหว่างการทำงาน เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

๓. เน้นยุทธศาสตร์การดำเนินงานเชิงรุกที่เป็นจุดคานงัด สร้างความยั่งยืนในระบบปกติ โดยทำงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์และเครือข่าย เพื่อบรรลุผลลัพธ์เชิงสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว รวมถึงการใช้ยุทธศาสตร์การสื่อสารที่รวดเร็วและมีพลังเพื่อสร้างความตระหนักต่อสังคมสำหรับประเด็นเร่งด่วน/ประเด็นร้อน

๔. สร้างนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จากผลผลิตของแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว และแผนอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยนำต้นทุนทางครอบครัว ศาสนา และวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง ซึ่งสังคมไทยมีอยู่ มาปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ และเพิ่มมูลค่าของผลผลิตเชิงวิชาการ ด้วยการวิเคราะห์การนำใช้รูปแบบ ต้นแบบ คู่มือ และเครื่องมือ รวมถึงการพัฒนาและปรับปรุงชุดความรู้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย อันจะเป็นประโยชน์ต่อการขยายฐานผู้รับประโยชน์ในพื้นที่ และองค์กรที่กว้างขึ้น

๕. สนับสนุนให้สถาบันอุดมศึกษาทำหน้าที่พัฒนางานวิจัย งานวิชาการ และเป็นองค์กรกลาง ในการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเพื่อการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว

๖. สร้างกลไกวิชาการ/ศูนย์วิชาการ เพื่อการวิจัยและพัฒนางานวิชาการเชิงระบบ เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย ด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ที่สอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูปประเทศ

๗. เน้นการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาสุขภาวะครอบครัว ในฐานะที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ และเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพประชากรทุกช่วงวัย ร่วมกับแผนอื่น โดยเฉพาะการตั้งเป้าหมายร่วม และการเชื่อมโยงงานในระดับพื้นที่ เพื่อบรรลุเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี สสส.

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาสุขภาวะของครอบครัว ให้ครอบครัวมีความสามารถในการเรียนรู้ มีทักษะ มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวที่ดี มีศักยภาพ สามารถพึ่งพาตนเองได้ มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่และมีความรับผิดชอบในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ในสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลง

๒. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาสุขภาวะเด็กและเยาวชน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ ๒๔ ปี ให้มีสุขภาวะที่เหมาะสมตามช่วงวัย และบริบทของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งด้านกาย จิต ปัญญา และสังคม

๓. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากร และหน่วยงานที่รับผิดชอบ การพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว ทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัด ระดับชุมชนท้องถิ่น และระดับองค์กร ให้มีความเข้มแข็ง สามารถดำเนินงานเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

๔. เพื่อพัฒนาระบบ กลไกการสร้างเสริมสุขภาพ และนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยคำนึงถึงความเป็นธรรมทางสุขภาพ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดข้อเสนอนโยบาย มาตรการ หรือกลไกที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพ และ/หรือ ประสิทธิภาพ ในการคุ้มครอง ป้องกัน ส่งเสริม พัฒนา แก่ไขและฟื้นฟูเด็ก เยาวชน และครอบครัว เสนอต่อคณะกรรมการระดับ ชาติ/หน่วยงานหลัก ที่มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย อาทิ คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชน แห่งชาติ (กดยช.) คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ครอบครัวแห่งชาติ (กยค.) จำนวนไม่น้อยกว่า ๓ เรื่อง ได้แก่นโยบายเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย มาตรการเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กลไกการสนับสนุน/ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเยาวชน และ กลไกการสนับสนุนกิจกรรมสร้างสรรค์สำหรับเด็กและครอบครัว

๒. เกิดนวัตกรรมของกลไกการจัดการระดับจังหวัด เพื่อการพัฒนาคุ้มครอง ป้องกัน ส่งเสริม พัฒนา แก่ไข และฟื้นฟูเด็ก เยาวชน และ/หรือครอบครัว แบบบูรณาการ โดยเชื่อมโยงกับภาคยุทธศาสตร์ หน่วยงาน ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษา และภาคประชาสังคม ไม่น้อยกว่า ๕ จังหวัด

๓. ร่วมกับภาคีเพื่อพัฒนาตัวชี้วัด ครอบครัวอบอุ่น^{๑๑๑} /กำหนดเป้าหมายการพัฒนาครอบครัวระดับ ชาติ และสนับสนุนให้เกิดพื้นที่ที่มีการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อเสริมสร้างความอบอุ่นเพิ่มขึ้นของครอบครัว ตามดัชนีที่แสดงถึงครอบครัวอบอุ่นในชุมชนท้องถิ่นไม่น้อยกว่า ๑๐๐ พื้นที่ และในสถานศึกษา/โรงเรียนสุภาพะ ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ โรงเรียน

๔. เกิดพื้นที่ฐานการทำงานเพิ่มขึ้น

๔.๑ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขยายผล สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่น้อยกว่า ๓๐๐ ศูนย์ เป็นพื้นที่ฐานการทำงานตอบสนองนโยบายการพัฒนาเด็กและเยาวชนที่เหมาะสมตามวัย

๔.๒ โรงเรียน/สถานศึกษาสุภาพะ^{๑๑๒} จำนวน ๑,๔๐๐ โรงเรียน เป็นพื้นที่ฐานการทำงานตอบสนองประเด็น ที่เป็นเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ของ สสส.

๔.๓ องค์กรเยาวชนสุภาพะ^{๑๑๓} จำนวน ๑๕๐ องค์กร เป็นพื้นที่ฐานการทำงานตอบสนองประเด็น ที่เป็นเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ของ สสส.

๕. ชุดความรู้ งานวิจัย และศูนย์วิชาการเพื่อการวิจัยและพัฒนางานวิชาการเชิงระบบ ด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน รวมถึงการพัฒนาและปรับปรุงชุดความรู้ให้เหมาะสมกับ กลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง

^{๑๑๑} ครอบครัวอบอุ่น มีองค์ประกอบ คือ (๑) ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี มีกิจกรรมร่วมกัน มีการใช้เวลาร่วมกันมากขึ้น (๒) พึ่งพาตนเองได้ มีรายได้/ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ มีภาระหนี้สินลดลง (๓) บทบาทหน้าที่ดูแลสมาชิกครอบครัว

^{๑๑๒} โรงเรียน/สถานศึกษาสุภาพะ หมายถึง โรงเรียน/สถานศึกษา ที่มีแนวคิดการสร้างเสริมสุภาพะ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มพฤติกรรมสุภาพะ โดยมี ๕ องค์ประกอบ คือ (๑) ผู้เรียนเป็นสุข (๒) องค์กรเป็นสุข (๓) สภาพแวดล้อมเป็นสุข (๔) ครอบครัวเป็นสุข และ (๕) ชุมชนเป็นสุข

^{๑๑๓} องค์กรเยาวชน หมายถึง กลุ่ม/ชมรม/สภาเด็กและเยาวชนที่รวมตัวกันอย่างอิสระและหลากหลาย ทำกิจกรรมสร้างสรรค์ เพื่อเสริมสร้างสุภาพะ ด้านกาย จิต ปัญญา และสังคม ที่มีอย่างน้อย ๓ องค์ประกอบ คือ (๑) มีการรวมกลุ่มเด็กและเยาวชน และมีแกนนำในการขับเคลื่อนงาน (๒) มีการ จัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง การเพิ่มพฤติกรรมสุภาพะ และการเฝ้าระวังสถานการณ์ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่อง (๓) การมีระบบการพัฒนาและส่งต่อความรู้ของเด็กและเยาวชน

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ร่วมกับแผนสุขภาพชุมชน แผนอาหารเพื่อสุขภาพ แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาโรงเรียน/สถานศึกษาเครือข่ายเป็นโรงเรียน/สถานศึกษาสุขภาพ เพื่อเป็นพื้นที่ฐานการทำงานที่ตอบสนองประเด็นที่เป็นเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ของ สสส. รวม ๑,๔๐๐ แห่ง
๒. เสริมสร้างความอบอุ่นเพิ่มขึ้นของครอบครัว ตามดัชนีที่แสดงถึงครอบครัวอบอุ่น โดยสนับสนุนให้เกิดพื้นที่ที่มีการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับแผนสุขภาพชุมชน ในชุมชนท้องถิ่น ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ พื้นที่ และแผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร ในองค์กรรัฐ/เอกชน ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ องค์กร
๓. นำเครื่องมือ/คู่มือ/แนวทางแก้ไขปัญหา ปัจจัยเสี่ยงของเด็ก และเยาวชน ที่สอดคล้องกับเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ของแผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และแผนอาหาร เพื่อสุขภาพ มาใช้ในโรงเรียน/สถานศึกษา โดยคำนึงถึงบริบทของโรงเรียน/สถานศึกษา กลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ๗๐๐ แห่ง และในองค์กรเยาวชน กลุ่มเป้าหมายไม่น้อยกว่า ๓๐ องค์กร
๔. ร่วมกับแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในการจัดเก็บและการใช้ประโยชน์ข้อมูลเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการทำงานระดับพื้นที่และระดับจังหวัด

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ผลักดัน สนับสนุน และส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนทุกช่วงวัย ตั้งแต่เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) เด็ก (๖ - ๑๔ ปี) เยาวชน (๑๕ - ๒๔ ปี) และครอบครัว ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีสุขภาพที่ดีทั้งด้านกาย จิต ปัญญา และสังคม ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๔๕ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล และหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อบรรลุเป้าหมาย ดังนี้

๑.๑ ครอบครัว เน้นการเสริมสร้างความอบอุ่นของครอบครัว ตามดัชนีที่แสดงถึงครอบครัวอบอุ่น โดยสนับสนุนให้เกิดพื้นที่ที่มีการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม อาทิ คนในครอบครัวหรือชุมชนมีกิจกรรมร่วมกัน มีความรักความสามัคคี ความรุนแรงและปัญหาในครอบครัวหรือชุมชนลดลง มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน รวมถึงครอบครัวสามารถดูแลสมาชิกได้อย่างเหมาะสม

๑.๒ เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) เน้นให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย โดยให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องของระบบการดูแลเด็กปฐมวัย ตั้งแต่แม่ตั้งครรภ์ การคลอดที่มีคุณภาพ ด้านการบริการสุขภาพ ด้านการเลี้ยงดูโดยครอบครัว/ผู้ดูแลเด็ก ด้านการเรียนรู้ และการสนับสนุนของหน่วยงาน/องค์กรหลัก ทั้งในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด

๑.๓ เด็ก (๖ - ๑๔ ปี) และเยาวชน (๑๕ - ๒๔ ปี) เน้นการพัฒนาระบบการเรียนการสอน ปรับกระบวนการเรียนรู้ สนับสนุนกิจกรรมสร้างสรรค์ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิต สร้างจิตสำนึกความเป็นพลเมือง และสร้างค่านิยมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้อง โดยการทำงานผ่านโรงเรียน/สถาบันการศึกษา และชุมชนท้องถิ่น

๒. เสริมสร้างขีดความสามารถของหน่วยงาน/องค์กร ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันศาสนา และแหล่งเรียนรู้ต่างๆ ให้เอื้อต่อการพัฒนา และการแก้ไขปัญหา เด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยเน้นการมีส่วนร่วมกันทำงานเป็นเครือข่าย เพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกัน

๓. สร้างปัจจัยสนับสนุนให้เด็ก เยาวชน และครอบครัวเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยสนับสนุนให้มีการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ที่เหมาะสม เช่น ห้องสมุด พิพิธภัณฑ์ ศูนย์กีฬา สวนสัตว์ รวมถึงการเปิดพื้นที่เรียนรู้ร่วมกัน ทั้งทางกายภาพและทางปัญญาให้เด็ก เยาวชน และครอบครัวได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงการผลักดัน กฎ ระเบียบ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ตลอดชีวิต

๔. มุ่งสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว รวมถึงการสนับสนุนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

กลุ่มแผนงาน

เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์และยุทธศาสตร์ แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ได้แบ่งการสนับสนุน เป็น ๓ กลุ่มแผนงาน ได้แก่

๑. กลุ่มแผนสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ซึ่งกำหนดแนวทางการสนับสนุนแผนงาน/โครงการ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การดำเนินงาน ดังนี้

๑.๑ สนับสนุนแผนงาน/โครงการ ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย ทั้งด้านการพัฒนาองค์ความรู้ การใช้ความรู้และพัฒนากระบวนการเรียนรู้ เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล แผนงาน/โครงการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพสำหรับเด็กปฐมวัย แผนงาน/โครงการของ องค์กร ที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กปฐมวัยที่ต้องการจะพัฒนาขีดความสามารถและยกระดับเป็นศูนย์เรียนรู้ หรือ พร้อมพัฒนาให้เป็นพื้นที่ฐานการทำงานของการแก้ปัญหาและพัฒนาประเด็นเฉพาะ และแผนงาน/โครงการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑.๒ สนับสนุนแผนงาน/โครงการ ที่ให้ความสำคัญกับสนับสนุนการพัฒนากระบวนการเรียนการสอน ปรับกระบวนการเรียนรู้ สนับสนุนกิจกรรมสร้างสรรค์ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิต สร้างจิตสำนึกความเป็นพลเมือง และสร้างค่านิยมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้องให้แก่เด็กและเยาวชน ในระบบโรงเรียน เพื่อพร้อมยกระดับเป็นพื้นที่ฐานการทำงานตามเป้าหมายเฉพาะของ สสส.

๑.๓ สนับสนุนแผนงาน/โครงการ ที่ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างและพัฒนาแกนนำและเครือข่ายเด็ก และเยาวชนในชุมชน ระดับตำบล ผ่านกิจกรรมสร้างสรรค์ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิต สร้างจิตสำนึกความเป็นพลเมือง และสร้างค่านิยมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้องให้แก่เด็กและเยาวชน เพื่อพร้อมยกระดับให้กลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นพื้นที่ฐานการทำงานตามเป้าหมายเฉพาะของ สสส.

๑.๔ สนับสนุนแผนงาน/โครงการ ที่ให้ความสำคัญกับการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาวะให้แก่เด็กและเยาวชนด้อยโอกาส ทั้งในระดับชาติ ระดับชุมชนท้องถิ่น และระดับองค์กร

๑.๕ สนับสนุนแผนงาน/โครงการ ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบและกลไกการดูแลครอบครัว ทั้งในระดับจังหวัด และพื้นที่ รวมถึงแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมของการสร้างสัมพันธ์ภาพสมาชิกเพื่อเพิ่มความอบอุ่นของครอบครัวในบริบทต่างๆ โดยเฉพาะครอบครัวลักษณะเฉพาะ เช่น ครอบครัวพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวที่มีลูกพิการ ครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวที่มีความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น

๒. กลุ่มแผนสนับสนุนการพัฒนา ระบบ กลไก นวัตกรรมและนโยบายสาธารณะ ซึ่งกำหนดแนวทางการสนับสนุนแผนงาน/โครงการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การดำเนินงาน ดังนี้

๒.๑ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่เน้นการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลด้านเด็กและเยาวชนให้มีประสิทธิภาพ ข้อมูลมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการติดตามสภาวะการณ์เด็ก เยาวชนอย่างใกล้ชิดรวมถึงการขับเคลื่อนและผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ข้อมูลดังกล่าวให้เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง

๒.๒ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่เน้นการจัดตั้งศูนย์/สถาบันทางวิชาการด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อใช้เป็นฐานวิชาการที่สนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นเชิงนโยบายที่สำคัญรวมถึงเป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว

๒.๓ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่ร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ ภาคีเครือข่ายทั้งองค์กรภาครัฐ เอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชนในการขับเคลื่อนและผลักดันกฎหมาย/นโยบายสำคัญที่ส่งผลให้เด็ก เยาวชน และครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทั้งด้านบริการสุขภาพและการเรียนรู้ รวมถึงได้รับการปกป้องคุ้มครองสิทธิสามารถเข้าถึงบริการและสวัสดิการขั้นพื้นฐานของรัฐ

๓. กลุ่มแผนสนับสนุนงานวิชาการ ติดตามและประเมินผล และการพัฒนาศักยภาพภาคี ซึ่งกำหนดแนวทางการสนับสนุนแผนงาน/โครงการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การดำเนินงาน ดังนี้

๓.๑ สนับสนุนแผนงาน/โครงการการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สัมนาและถอดบทเรียน/องค์ความรู้ และนำผลการดำเนินงานจากแผนงาน/โครงการมาจัดการความรู้และขยายผลสู่สาธารณะ รวมถึงเปิดโอกาสให้ภาคีได้เชื่อมโยง ส่งต่อองค์ความรู้ เครื่องมือ/คู่มือ และนวัตกรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานในรูปแบบของเครือข่ายทั้งเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่

๓.๒ สนับสนุนแผนงาน/โครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำเยาวชน บุคลากรที่ทำงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงสื่อมวลชนให้มีความรู้ความสามารถที่จะทำงานตอบสนองความต้องการของสังคม พร้อมพัฒนาเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสังคม และด้านการศึกษาในระดับองค์กร/ชุมชนท้องถิ่น

๓.๓ สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพภาคีทั้งในระดับบุคคล องค์กร และเครือข่ายด้านการติดตามประเมินผล เพื่อเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพการดำเนินโครงการ

ภาคีหลัก

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมสุขภาพจิต กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กรมกิจการเด็กและเยาวชน กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว สถาบันรามจิตติ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรเอกชน สถาบันศาสนา สถาบันการศึกษา สื่อมวลชน องค์กรและเครือข่ายครอบครัว องค์กรและเครือข่ายเด็กและเยาวชน

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๑๙๐
๒. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการพัฒนา ระบบ กลไก นวัตกรรม และนโยบายสาธารณะ	๗๐
๓. กลุ่มแผนงานสนับสนุนงานวิชาการ ติดตามและประเมินผล และการพัฒนาศักยภาพภาคี	๕๐
รวม	๓๑๐

แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร

สถานการณ์และแนวโน้ม

เพื่อขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ สส. ๑๐ ปี องค์กรเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งองค์กรที่จัดตั้งเพื่อประโยชน์สาธารณะและองค์กรภาคเอกชน ที่ดำเนินงานเพื่อแสวงหาผลกำไร ล้วนมีโครงสร้างและระบบการบริหารจัดการ มีหน่วยงานในความรับผิดชอบ และมีบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในองค์กรซึ่งเป็นกำลังคนวัยแรงงานของประเทศเกือบ ๑๕ ล้านคน ดังนั้น องค์กรจึงเป็นทั้งเป้าหมายและกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนไปสู่สุขภาพที่ดีขึ้นของบุคลากรภายในองค์กร ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องกับองค์กร รวมทั้งการใช้ศักยภาพขององค์กรในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ อันเป็นพื้นที่หรือฐานรองรับการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพให้สามารถขยายผลในวงกว้าง

๑. องค์กรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ องค์กรภาคสาธารณะ และองค์กรภาคเอกชน

- ๑.๑ องค์กรภาคสาธารณะหมายถึงหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินการอันมุ่งประโยชน์สาธารณะได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ ทั้งราชการบริหารส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค รวมถึงสถาบันทางทหารและตำรวจ สถานศึกษา สถานพยาบาล รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานรัฐอื่นๆ ตลอดจนองค์กรทางพระพุทธศาสนา
- ๑.๒ องค์กรภาคเอกชนหมายถึง องค์กรภาคธุรกิจที่ดำเนินงานโดยภาคเอกชน ที่มีการสร้างผลกำไรจากการลงทุน ครอบคลุมสถานประกอบการภาค อุตสาหกรรม การค้าและบริการ รวมทั้งภาคการเงินการธนาคาร ทั้งที่เป็นสถานประกอบการขนาดใหญ่ และวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม

จากการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๕๗) ที่ผ่านมา พบว่า ในช่วงครึ่งแผนฯ ได้ดำเนินการพัฒนาและขยายเครือข่ายได้ค่อนข้างมากทั้งภาคสาธารณะและภาคเอกชน โดยมีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ดังนี้ มีองค์กรที่มีการนำนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพไปสู่การปฏิบัติในองค์กรกว่า ๑,๐๐๐ องค์กร องค์กรที่มีการดำเนินงานเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตอย่างจริงจังและต่อเนื่องกว่า ๑,๑๐๐ องค์กร องค์กรที่มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพกว่า ๑,๔๐๐ องค์กร และมีประชาชนมีส่วนร่วมและมีขีดความสามารถด้านการสร้างเสริมสุขภาพกว่า ๒.๘ ล้านคน รวมทั้ง มีแกนนำในองค์กรที่ได้รับการพัฒนาขีดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตกว่า ๑๔,๐๐๐ คน อย่างไรก็ตาม แผนยัง

ไม่สามารถพัฒนาเครือข่ายองค์กรที่มีความหลากหลายเพื่อเป็นต้นแบบและขยายเครือข่ายในวงกว้าง ขาดนักสร้างสุขในองค์กรที่จะเป็นแกนนำขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร และพบข้อจำกัดด้านการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ รวมทั้ง ขาดการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทหรือเงื่อนไขขององค์กรกลุ่มเป้าหมาย

๒. กำลังแรงงานและคุณภาพชีวิตของบุคลากรในองค์กร

๒.๑ องค์กรภาคเอกชน

ปัจจุบัน ในปี ๒๕๕๘ พบว่า ประเทศไทยมีสถานประกอบการประมาณ ๔๒๔,๗๑๒ แห่ง โดยมีจำนวนผู้ใช้แรงงานซึ่งเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม (ตามมาตรา ๓๓ มาตรา ๓๔ และมาตรา ๔๐) รวมจำนวน ๑๓,๗๖๗,๓๕๑ คน (ข้อมูลจากสำนักงานประกันสังคม เดือนพฤษภาคม ๒๕๕๘)

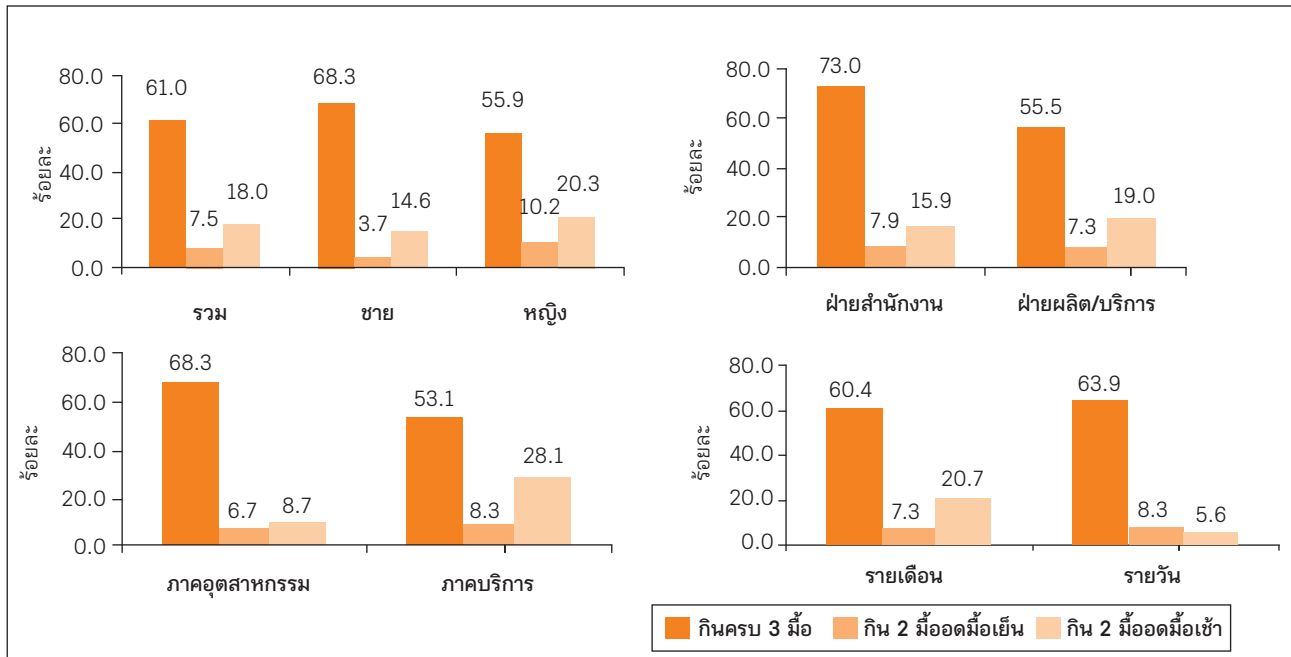
เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตแรงงานในภาพรวม พบว่า ประชากรวัยแรงงานไทย (ช่วงอายุ ๑๕ - ๕๙ ปี) ยังประสบปัญหาทางสุขภาพทางกายและทางจิตใจ เนื่องจากการดำรงชีวิตของกำลังแรงงานส่วนใหญ่ไม่ได้เติบโตหรือปรับตัวได้ทันตามการพัฒนา และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยวัยแรงงานมีรายได้ปกติไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ ในขณะที่มีแรงกดดันในการทำงานหนักจากวันละ ๘ ชั่วโมงเป็น ๑๐ - ๑๒ ชั่วโมง ซึ่งนอกจากจะเป็นการบั่นทอนสุขภาพแล้ว ยังส่งผลให้ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว สะท้อนได้จากวัยแรงงานเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพหรือโรค NCDs เพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การออกกำลังกายไม่เพียงพอ การกินอาหารและโภชนาการที่ไม่เหมาะสม ฯลฯ

สำหรับ ๖ โรคในกลุ่มโรค NCDs ที่มีอัตราผู้เสียชีวิตสูงสุด คือ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วนลงพุง ซึ่งเกิดจาก ๖ ปัจจัยเสี่ยง คือ สูบบุหรี่ อาหาร (หวาน-มัน-เค็มจัด) การออกกำลังกายไม่เพียงพอ ความเครียด ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่ากลุ่มโรค NCDs นอกจากจะส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสังคมด้วย เพราะทำให้ประชากรเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เกิดการสูญเสียศักยภาพในการประกอบอาชีพ และประเทศต้องแบกรับค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในแต่ละปีที่มีมูลค่ามหาศาล

นอกจากนี้ยังพบว่า ประชากรวัยแรงงานมีพฤติกรรมละเลยและพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายหลายประการ ได้แก่

- (๑) การละเลยการรับประทานอาหารมื้อหลัก ทั้งๆ ที่เป็นช่วงวัยที่ต้องใช้พลังงานทางกายและสมองมากที่สุด แต่กลับได้รับสารอาหารไม่ครบและไม่เพียงพอในแต่ละวัน

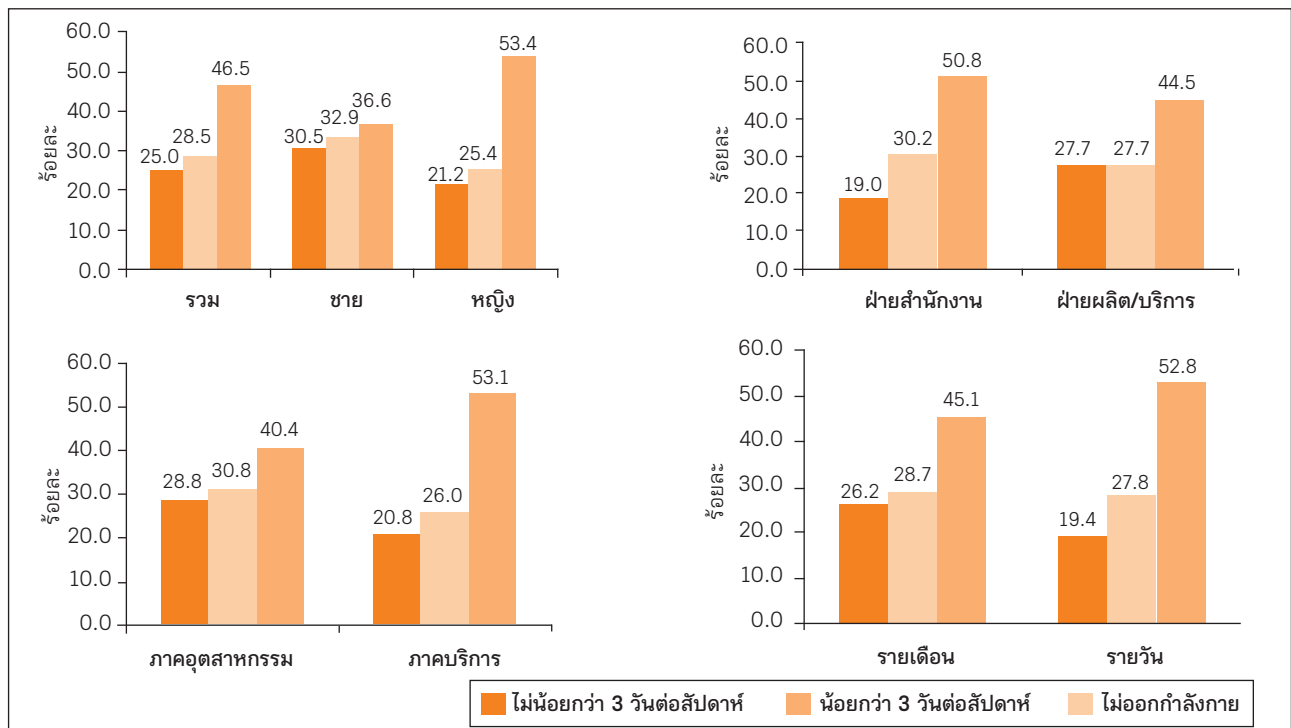
ภาพแสดงร้อยละของแรงงานที่รับประทานอาหารมื้อหลัก



ที่มา : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๑ : ๔๘.

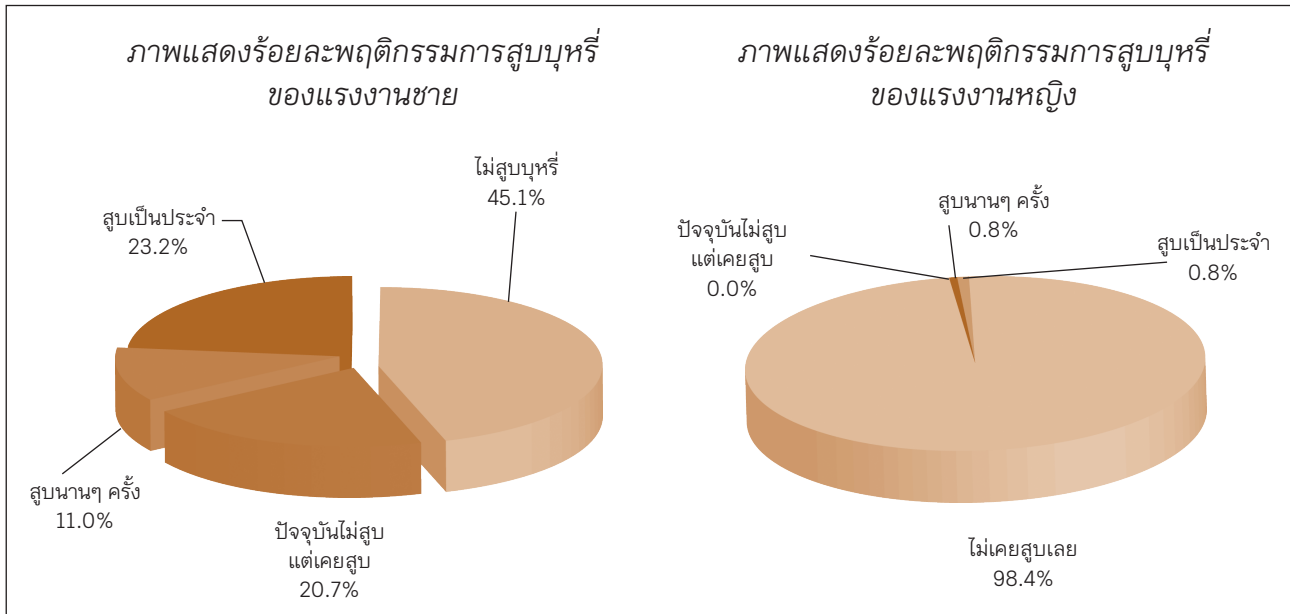
- (๒) การละเลยการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นเหตุสำคัญประการหนึ่งของความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases : NCDs) เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือด เป็นต้น

ภาพแสดงร้อยละของการออกกำลังกายของคนทำงาน



ที่มา : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๑ : ๑๐๐.

- (๓) พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพทางกาย ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มชูกำลัง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิดและเป็นสาเหตุการตายของประชากรไทยในอันดับต้นๆ



ที่มา : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๑ : ๑๐๑.

สำหรับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มชูกำลังนั้น ทั้งแรงงานชายและแรงงานหญิงมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกินกว่าครึ่งหนึ่งของแรงงานทั้งหมด ขณะที่แรงงานหญิงกว่าร้อยละ ๘๕ ไม่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง

จากพฤติกรรมละเลยและพฤติกรรมเสี่ยงที่ได้กล่าวมาข้างต้นของวัยแรงงานในภาคอุตสาหกรรม ส่งผลต่อการเผชิญภัยเจ็บจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกลุ่มโรค NCDs โดยข้อมูลองค์การอนามัยโลกระบุว่า ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรค NCDs ประมาณร้อยละ ๖๓ และที่สำคัญเป็นประชากรในประเทศกำลังพัฒนาถึง ร้อยละ ๘๐ ขณะที่คนไทยเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรคนี้สูงกว่าอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยของประชากรทั่วโลกถึงร้อยละ ๑๐ สูงกว่าทุกประเทศในโลก และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยมากกว่าครึ่งเสียชีวิตก่อนอายุ ๖๐ ปี คิดเป็นมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง ๒ แสนล้านบาท/ปี (<http://www.thaihealth.or.th>)

และจากรายงานสถานการณ์ความสุขคนทำงานในประเทศไทย ในช่วงครึ่งปีแรกของปี ๒๕๕๗ พบว่าความสุขคนทำงานระดับประเทศโดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ย ๖๑.๑ อยู่ในระดับ “HAPPY” หรือ “ระดับความสุขตามเป้าหมาย” แต่มีมิติที่มีค่าคะแนนต่ำที่สุด คือ ผ่อนคลายดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๕๒.๔ จัดอยู่ในระดับ “UNHAPPY” หรือ “ระดับความสุข ต่ำกว่าเป้าหมาย” ทั้งนี้ ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างคนทำงานหญิงและชายมีคะแนนความสุขใกล้เคียงกันอยู่ที่ ๕๗.๗ และ ๕๖.๕ ตามลำดับ แต่เมื่อเปรียบเทียบความสุขระหว่างคนทำงานในภาครัฐและภาคเอกชน พบว่าคนทำงานในภาครัฐมีค่าคะแนนสูงกว่าคนทำงานภาคเอกชน อาจเนื่องมาจาก

องค์กรภาคเอกชนต้องเผชิญกับสภาพการแข่งขันสูง ในขณะที่คนทำงานในลักษณะงานที่แตกต่างกันก็ส่งผลต่อความสุขของคนทำงาน กล่าวคือ คะแนนเฉลี่ยความสุขของกลุ่มคนทำงานในสำนักงานมีค่าคะแนนสูงกว่าภาคการผลิตและภาคบริการ และคนทำงานในภาคบริการมีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงกว่าภาคการผลิต

ค่าคะแนนความสุขเฉลี่ยของคนทำงานในประเทศไทยในรายมิติและภาพรวมปี 2556 - 2557										
ช่วงเวลา	 สุขภาพดี	 ผ่อนคลายดี	 น้ำใจดี	 จิตวิญญาณดี	 ครอบครัวดี	 สังคมดี	 ใฝ่รู้ดี	 สุขภาพเงินดี	 ทำงานดี	 ความสุขภาพรวม
ครั้งแรก ม.ค. - มิ.ย. 55	61.6 HAPPY	51.3 HAPPY	67.3 HAPPY	68.6 HAPPY	62.5 HAPPY	56.2 HAPPY	62.2 HAPPY	55.7 HAPPY	60.5 HAPPY	😊 61.1 HAPPY
ครั้งหลัง ก.ค. - ธ.ค. 55	61.5 HAPPY	52.0 HAPPY	67.9 HAPPY	68.8 HAPPY	59.4 HAPPY	57.4 HAPPY	61.8 HAPPY	55.3 HAPPY	59.9 HAPPY	😊 60.9 HAPPY
ครั้งแรก ม.ค. - มิ.ย. 56	57.4 HAPPY	48.5 HAPPY	65.4 HAPPY	66.7 HAPPY	56.0 HAPPY	53.6 HAPPY	59.6 HAPPY	50.2 HAPPY	54.6 HAPPY	😊 57.1 HAPPY
ครั้งหลัง ก.ค. - ธ.ค. 56	60.6 HAPPY	50.9 HAPPY	67.3 HAPPY	68.2 HAPPY	58.7 HAPPY	56.1 HAPPY	62.6 HAPPY	53.9 HAPPY	59.3 HAPPY	😊 60.2 HAPPY
ครั้งแรก ม.ค. - มิ.ย. 57	61.7 HAPPY	52.4 HAPPY	67.4 HAPPY	68.8 HAPPY	62.8 HAPPY	57.2 HAPPY	63.0 HAPPY	54.0 HAPPY	60.0 HAPPY	😊 61.1 HAPPY

ที่มา : โครงการจับตาสถานการณ์ความสุขของคนทำงานในประเทศไทยในช่วงปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๗; Happiness Watch in Thailand 2011 - 2014

นอกจากนี้แรงงานในภาคเอกชนยังประสบปัญหาทางการเงินโดยเฉพาะมีภาระหนี้สูงมาก จากผลสำรวจของศูนย์พยากรณ์เศรษฐกิจและธุรกิจ มหาวิทยาลัยหอการค้า ณ เดือนเมษายน ๒๕๕๗ พบว่า แรงงานส่วนใหญ่มีปัญหาหนี้สินและค่าครองชีพที่สูงขึ้น และไม่มีเงินออม โดยแรงงานร้อยละ ๙๓.๗ มีภาระหนี้สินที่เกิดจากค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน มีภาระหนี้สินเฉลี่ย ๑๐๖,๒๑๖ บาทต่อครัวเรือน ทั้งนี้ เป็นหนี้ในระบบถึงร้อยละ ๕๖.๑ และกว่าร้อยละ ๘๐ มีปัญหาในการชำระหนี้สิน ซึ่งถือเป็นสถิติสูงที่สุดในรอบการสำรวจในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา และสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาด้านการเงินเป็นประเด็นสำคัญลำดับแรกที่จะต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาครอบครัว และกลายเป็นภาระของสังคมในท้ายที่สุด

๒.๒ องค์กรภาคสาธารณะ

ภาครัฐของไทยมีคนทำงานที่เป็นข้าราชการและตำแหน่งอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบราชการ ทั้งระบบรวมครอบครัวประมาณ ๕ ล้านคน ในช่วงปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๐ ได้เกิดบริบท การเปลี่ยนแปลงในองค์กรมากมาย ตั้งแต่มีการปรับเปลี่ยนระบบราชการครั้งใหญ่ ส่งผลต่อบทบาทภารกิจและการบริหารจัดการในหลายหน่วยงาน เช่น การปรับลดอัตรากำลังข้าราชการ เน้นการทำงานด้วยความประหยัดและคุ้มค่า บางหน่วยงานมีปริมาณภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่งานราชการต้องมีประสิทธิภาพสนองตอบความพึงพอใจการให้บริการ และจะต้องผ่านการประเมินผลตามระบบตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ในการทำงาน ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของรัฐ โดยจากผลการสำรวจคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรภาครัฐบางประการ

ที่สำคัญ โดยสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗ พบว่า บุคลากรภาครัฐมีสถานการณ์สุขภาพส่วนบุคคลที่น่าเป็นห่วง มีปัญหาจากโรคเรื้อรัง อาทิ ความดันโลหิตสูง ไช้มนในเลือดสูง ร้อยละ ๖๔ และมีพฤติกรรมที่ไม่สร้างเสริมสุขภาพ เช่น นิยมการบริโภคไขมันสูงร้อยละ ๖๘ ไม่ออกกำลังกายร้อยละ ๔๑ บุคลากรภาครัฐมีความเครียดจาก การทำงานร้อยละ ๑๙ นอกจากนี้ ยังพบว่ามีบุคลากรภาครัฐจำนวนหนึ่งในสามที่มีภาระหนี้สิน และร้อยละ ๒๖ ที่ไม่มีการออมเงินและกว่าครึ่งที่ไม่มีการทำบัญชีครัวเรือน การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่นี้ ทำให้องค์กรภาครัฐไทยต้องตกอยู่ท่ามกลางกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่ต้องมีการเตรียม “คน” ให้พร้อม เพื่อสามารถขับเคลื่อนองค์กรภาครัฐให้ได้ทันการเปลี่ยนแปลงของสภาพงาน ทั้งยังต้องเหมาะสมกับบริบทขององค์กรในระบบราชการ ที่ประกอบด้วยบุคลากรอันหลากหลายและกระจายอยู่ทั่วทั้งส่วนกลางและภูมิภาคของประเทศ

ในกลุ่มองค์กรกองทัพ จากผลการตรวจสุขภาพประจำปีกำลังพลกองทัพบกทั่วประเทศ จำนวน ๑๑๑,๗๗๗ ราย ในปี ๒๕๕๗ ที่ผ่านมา พบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพคือ กำลังพลมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๐ มีความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๗ กำลังพลที่มีอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป มีระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๕ มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๘ และเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๓ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ามีกำลังพลที่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๒ และดื่มสุราเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๓

ในส่วนขององค์กรทางพระพุทธศาสนา จากข้อมูลในรายงานวิจัยการเสริมสร้างสุขภาวะและการเรียนรู้ของสังคมตามแนวพระพุทธศาสนา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ในปี ๒๕๕๗ ได้สรุปให้เห็นบทบาทการดำเนินงานของพระสงฆ์ว่า พระสงฆ์เป็น “ทุนทางสังคม” ที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพองค์รวมของคนในสังคมได้ สามารถส่งเสริมให้เกิดการนำหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาสู่การประยุกต์เพื่อการพัฒนาสังคม อีกทั้งยังเกิดการส่งเสริมและสนับสนุนเครือข่ายพระสงฆ์ ในการตระหนักรู้ถึงประเด็นสุขภาวะองค์รวมและการพัฒนาอย่างยั่งยืน และพัฒนาวัดในประเทศไทยซึ่งมีอยู่ทั้งสิ้นประมาณ ๓๙,๐๐๐ วัด ไปสู่การเป็นพื้นที่ศูนย์กลางการเรียนรู้สุขภาวะ

๓. สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากร

จากการวิเคราะห์การทบทวนสภาพแวดล้อมการดำเนินงานเพื่อวางแผนหลัก สสส. (๒๕๕๕ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย เพื่อประเมินถึงโอกาสและความท้าทายที่คาดว่าจะส่งผลต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรในช่วง ๓ ปีข้างหน้า พบว่าสถานการณ์และแนวโน้มที่สำคัญที่คาดว่าจะส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (๕ mega trends) ได้แก่ สังคมผู้สูงอายุ ความเป็นเมือง ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ กระแสความตื่นตัวเรื่องสุขภาพ และการรวมตัวประชาคมอาเซียน ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวส่งผลต่อประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีสุขภาวะ ส่งผลให้วัยแรงงานมีภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น ประชากรวัยทำงานมีแนวโน้มที่ลดลงจึงจำเป็นต้องขยายอายุการทำงาน แนวโน้มการขยายตัวของสังคมเมืองและการเคลื่อนย้ายประชากรจากชนบทเข้าสู่เขตเมือง ส่งผลต่อวิถีชีวิตและการทำงาน ความตระหนักถึงความสำคัญด้านความปลอดภัยของอาหาร และสุขภาพเพิ่มขึ้น บทบาทสตรีที่เพิ่มขึ้น ความต้องการการดูแลสุขภาพแรงงานที่เหมาะสม และการรักษาความได้เปรียบในการแข่งขันทางเศรษฐกิจด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน

จากผลงานวิจัย ภาพอนาคตของสถานที่ทำงานในประเทศไทย ในปี ๒๕๗๕ (Thailand's Future Workplace in 2032) พบว่า จากผลของการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม จะส่งผลให้โครงสร้างสถานที่ทำงานในอีก ๒๐ ปีข้างหน้า คือ สถานประกอบการจะกำหนดโครงสร้างที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ มีการปรับปรุงระบบบริหาร กฎระเบียบและการแบ่งงานให้ยืดหยุ่นมากขึ้น เนื่องจากในอนาคตแรงงานในองค์กรจะมีความหลากหลายมากขึ้นทั้งทางด้านเชื้อชาติและวัฒนธรรม ส่งผลให้ส่วนงานพัฒนาบุคลากรในองค์กร จะต้องปรับรูปแบบการดำเนินงานที่รองรับความหลากหลายทางเชื้อชาติและวัฒนธรรมของแรงงาน ซึ่งทำให้การจัดสวัสดิการและการดูแลคุณภาพชีวิตแรงงานในองค์กรมีแนวโน้มที่จะต้องมีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น พนักงานที่ต้องทำงานในพื้นที่ที่สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ก็อาจจะต้องการสวัสดิการด้านการช่วยเหลือพยาบาลจากผู้เชี่ยวชาญในด้านสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะ เป็นต้น

๔. โดยสรุป

จากการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา สถานการณ์และแนวโน้มดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งแนวนโยบายของแผนหลัก สสส. ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐ ทำให้ได้ประเด็นที่สำคัญหรือโจทย์ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรที่สำคัญในระยะต่อไปดังนี้

- ๔.๑ **คนทำงาน** ส่งเสริมในประเด็นการเพิ่มทักษะการใช้ชีวิตควบคู่กับทักษะการทำงาน การสร้างเสริมสุขภาพ และความรับผิดชอบทางการเงินเพื่อสร้างความภาคภูมิใจในการทำงาน ซื่อสัตย์และรักในองค์กร สุขภาวะที่เหมาะสมตามเพศ (มีผู้หญิงและผู้ชาย) การรองรับสังคมผู้สูงอายุ และการสร้างเสริมครอบครัวอบอุ่น
- ๔.๒ **องค์กร** ผลักดันการกำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต การปรับระบบจัดการและโครงสร้างองค์กร เพื่อเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต และการพัฒนากลไกการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพภายในองค์กรที่คำนึงถึงการมีส่วนร่วม การบริหารความหลากหลายทางวัฒนธรรม และการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
- ๔.๓ **สังคมและสิ่งแวดล้อม** สนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมขององค์กรให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การยอมรับความหลากหลายของแรงงานต่างเชื้อชาติและต่างวัฒนธรรม ความรับผิดชอบต่อสังคม และการสร้างเสริมสุขภาวะของคนทำงานในเมือง
- ๔.๔ **ระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร** ทั้งด้านนโยบาย องค์กรความรู้และนวัตกรรม ภาควิชาเครือข่าย และระบบข้อมูลและระบบติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

จุดเน้นของแผน

เพื่อให้เกิดองค์กรสุขภาวะหรือ Platform ที่สามารถรองรับงานสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด Happy Workplace ในปี ๒๕๕๙ แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร มีจุดเน้นการดำเนินงานใน ๓ ประเด็น ดังนี้

๑. พัฒนาระบบฐานข้อมูลเครือข่ายสุขภาวะองค์กรให้มีความสมบูรณ์ และพร้อมใช้งาน รวมทั้งการจัดการความรู้ในการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะ โดยเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพและเป็นระบบฐานข้อมูลที่รู้สถานภาพ และสามารถเทียบเคียงกับหน่วยงานอื่นได้ รวมทั้งองค์ความรู้ที่ใช้ในการเตรียมการประชากรวัยแรงงานสู่สังคมผู้สูงอายุ
๒. งานบูรณาการในประเด็นครอบครัวอบอุ่น และการสร้างเสริมสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงหลัก เช่น อาหาร ออกกำลังกาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ spiritual health ในองค์กร และความรู้การสร้างเสริมสุขภาพของวัยแรงงานเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยผลักดันเข้าไปสู่การเป็นวิถีขององค์กร และเชื่อมโยงไปสู่ความยั่งยืนขององค์กร รวมทั้งพัฒนาไปสู่การเพิ่มผลผลิตขององค์กร
๓. พัฒนาแกนนำสุขภาวะ (Happy Workplace Promoter) ให้มีทักษะ บทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน เพื่อเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร ทั้งภายในและระหว่างองค์กรได้อย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจเพื่อเตรียมความพร้อมและพัฒนาคนในทุกช่วงวัยรองรับสังคมผู้สูงอายุ
๔. พัฒนาระบบการติดตามกำกับดูแลประเมินผลโครงการอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการติดตามประเมินผลระหว่างการทำงานเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน

วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนการพัฒนานโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร และผลักดันสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
๒. สนับสนุนให้องค์กรได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดการความรู้เพื่อสร้างการรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กร และเพื่อให้มีการสื่อสารและขยายผลแนวคิดการสร้างเสริมองค์กรสุขภาวะในวงกว้าง
๓. สนับสนุนการพัฒนาระบบและกลไกการทำงานและบริหารจัดการภายในองค์กรที่ส่งผลต่อสุขภาวะของบุคลากร ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในองค์กร
๔. ส่งเสริมการพัฒนาและขยายเครือข่ายองค์กรภาคสาธารณะ และองค์กรภาคเอกชนสร้างเสริมสุขภาพเพื่อเป็นพื้นที่ รองรับงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส.

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. มีกลไกเชื่อมโยงกับระบบและกลไกหลัก อาทิ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงสาธารณสุข
๒. ขยายจำนวนองค์กรสุขภาวะ^{๑๓๔} ให้ได้สะสมอย่างน้อย ๔,๐๐๐ องค์กร
๓. เกิดเครือข่ายองค์กรสุขภาวะที่มีความครอบคลุม ทั้งในกลุ่มองค์กรภาคสาธารณะและองค์กรภาคเอกชนที่เป็นเครือข่ายใหม่อย่างน้อย ๒ เครือข่าย
๔. เกิดองค์กรสุขภาวะต้นแบบ^{๑๓๕} ที่พร้อมขยายผลให้เกิดเครือข่ายองค์กรสุขภาวะอื่นๆ สะสม อย่างน้อย ๕๐ องค์กร
๕. มีแกนนำขับเคลื่อนองค์กรสุขภาวะที่มีความรู้ความเข้าใจแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร และสามารถขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรได้อย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า ๕๐๐ คน
๖. บุคลากรในองค์กรสุขภาวะอย่างน้อยร้อยละ ๒๐ มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองและมีความสุขในการทำงาน^{๑๓๖}
๗. มีนวัตกรรมทางสังคม^{๑๓๗} อาทิ งานวิจัย การถอดบทเรียนและองค์ความรู้ เครื่องมือ หลักสูตรการเรียนการสอนและการฝึกอบรม รวมทั้งกลไกการทำงานใหม่ๆ ที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรที่ได้รับการเผยแพร่และนำไปใช้ประโยชน์ ไม่น้อยกว่า ๕ เรื่อง
๘. เครือข่ายองค์กรสุขภาวะ มีฐานข้อมูลที่สามารถใช้ในการกำกับติดตามและประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

ตัวชี้วัดร่วม

๑. เกิดเครือข่ายองค์กรสุขภาวะที่มีรูปแบบการบูรณาการ^{๑๓๘} ทำงานเชิงประเด็นสุขภาพของ สสส. โดยเฉพาะประเด็นเรื่องบุหรี่ แอลกอฮอล์ อาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย และครอบครัวอบอุ่น จำนวน ๕๐๐ องค์กร

^{๑๓๔} องค์กรสุขภาวะ หมายถึง องค์กรที่มีการสนับสนุนการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร อาทิ การผลักดันให้มียุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต และการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

^{๑๓๕} องค์กรสุขภาวะต้นแบบ หมายถึง องค์กรที่มีนโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรและผลักดันสู่การปฏิบัติภายในองค์กรอย่างเป็นรูปธรรม และเนื่องจากแต่ละองค์กรมีขนาดและมีการจัดการที่แตกต่างกันไป ดังนั้นหน่วยนับสำหรับหน่วยที่มีการจัดการด้วยตัวเองได้ โดยกำหนดให้สัดส่วนองค์กรภาคสาธารณะต่อภาคเอกชน = ๑:๔ และสัดส่วนสถานประกอบการขนาดใหญ่ต่อสถานประกอบการขนาดกลางและเล็ก = ๑:๗

^{๑๓๖} สุ่มตัวอย่างสำรวจและวัดโดยเครื่องมือประเมินการรับรู้และความสุขในระดับบุคคล เช่น Happinometer, CU-QWL, และ Emo-meter เป็นต้น และวัดข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

^{๑๓๗} นวัตกรรมทางสังคม หมายถึง แนวคิด กระบวนการ หรือรูปแบบใหม่ๆ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาหรือพัฒนาสังคม (สวจิ กู๊ด และกฤษณ์ พงศ์พรหม, ๒๕๔๖ อ้างถึงใน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๖: ๗๒)

^{๑๓๘} รูปแบบการบูรณาการนั้น เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างแผนต่างๆ ในสสส. ตั้งแต่การจัดประชุมวางแผน กำหนดเป้าหมาย และสนับสนุนให้เครือข่ายได้ใช้องค์ความรู้สร้างเสริมสุขภาวะของแผนอื่นๆ ของ สสส. ในการดำเนินงาน ตลอดจนจนถึงการกำกับติดตามประเมินผล

แนวทางการดำเนินงาน

๑. กระตุ้น สนับสนุน และจุดประกายให้เกิดนโยบาย ทั้งในระดับประเทศและระดับองค์กร ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างสุขภาวะในองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในองค์กร
๒. สนับสนุนให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดกลไกการทำงานไปในทิศทางร่วมกัน เพื่อให้เกิดองค์กรสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในองค์กร
๓. กระตุ้นและสนับสนุนองค์กรให้เกิดกระบวนการสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรม เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้างเสริมองค์กรสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในองค์กร

โดยแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร จะได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ๕ ด้าน ดังนี้

- (๑) สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็นฐานที่สามารถรองรับแนวคิด และนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาวะของบุคลากรในองค์กร
- (๒) สร้างเสริมศักยภาพและสนับสนุนการปรับปรุงพื้นฐานเชิงโครงสร้าง และนโยบายด้านสร้างเสริมคุณภาพชีวิตขององค์กรที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรสุขภาวะ
- (๓) ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้บริหารและบุคลากร ให้ตระหนักถึงความสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของบุคลากรในองค์กร เพื่อสนับสนุนให้เกิดนโยบายและมีการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
- (๔) สร้างนวัตกรรมทางสังคมเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
- (๕) เน้นการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบผลักดันแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรในระบบปกติของการดำเนินงานขององค์กร

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วยกลุ่มแผนงาน ๓ กลุ่ม ดังนี้ (๑) กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคสาธารณะ (๒) กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคเอกชน และ (๓) กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

๑. กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคสาธารณะ

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์ในการพัฒนาขีดความสามารถในการวางระบบการบริหารจัดการและพัฒนา กลไกการดำเนินงาน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพภายในองค์กรภาคสาธารณะ โดยองค์กรภาคสาธารณะ หมายถึง องค์กรภาคพลเรือน องค์กรทหาร องค์กรตำรวจ องค์กรโรงพยาบาล และองค์กรทางศาสนา ให้มุ่งไปสู่ การที่บุคลากร ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แนวทางการดำเนินงาน

- (๑) พัฒนากลไกการทำงานและขยายผลร่วมกันกับหน่วยงานหลัก เช่น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
- (๒) พัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพและต้นแบบศูนย์เรียนรู้ในพื้นที่องค์กรกองทัพ
- (๓) พัฒนาเครื่องมือเกณฑ์ประเมินความสำเร็จ และถอดบทเรียนนำไปสู่การขยายผลในกลุ่มองค์กรตำรวจ
- (๔) พัฒนาต้นแบบโรงพยาบาลสร้างสุข โดยใช้แนวทาง Spiritual health
- (๕) พัฒนาต้นแบบและองค์ความรู้มหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ
- (๖) พัฒนารูปแบบการนำปัจจัยเสี่ยงบูรณาการเข้าไปในการเทศนาสั่งสอนประชาชนของพระสงฆ์

๒. กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคเอกชน

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์การพัฒนาและขยายองค์กรสุขภาวะต้นแบบในภาคเอกชนในเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นฐานรองรับงานประเด็นสุขภาวะของ สสส. และสร้างความยั่งยืนในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ด้วยการสนับสนุนระบบและกลไกร่วมกับภาคยุทธศาสตร์หลัก เพื่อผลักดันนโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนทำงานในทุกมิติ นำไปสู่การปฏิบัติและเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม พัฒนานวัตกรรมทางสังคมและองค์กรเกิดความรู้เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร รวมทั้ง กลไกการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

แนวทางการดำเนินงาน

- (๑) ขับเคลื่อนและพัฒนาแนวคิดสุขภาวะองค์กรเข้าสู่ระบบปกติและกลไกหลักของประเทศ (กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอุตสาหกรรม)
- (๒) สร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่เหมาะสมตามเพศ (มิติผู้หญิงและผู้ชาย) ร่วมกับกระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มอุตสาหกรรม
- (๓) พัฒนากลไกการทำงานงานบูรณาการในประเด็น ครอบครัวอบอุ่นในสถานประกอบการ (กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน)
- (๔) งานบูรณาการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาวะใน ๕ ประเด็น
- (๕) พัฒนาพื้นที่และขยายเครือข่ายองค์กรสุขภาวะ ร่วมกับกลุ่มอุตสาหกรรม

๓. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์เพื่อพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ประกอบด้วย ระบบฐานข้อมูลและระบบติดตามประเมินผล การจัดการองค์ความรู้และนวัตกรรม การสร้างเสริมศักยภาพภาคีเครือข่าย รวมทั้ง การพัฒนากลไกกลางเชื่อมโยงการทำงานระหว่างสำนัก ๘ และภาคีเครือข่าย เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

แนวทางการดำเนินงาน

- (๑) สนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ภาพรวม
- (๒) สนับสนุนการบริหารจัดการงานภายในสำนัก
- (๓) พัฒนาระบบฐานข้อมูลและการประเมินติดตามผลการดำเนินงานโครงการ

ภาคีหลัก

กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน กระทรวงกลาโหม กองทัพอากาศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล สถานีตำรวจ สถาบันการศึกษา เครือข่ายองค์กรพุทธศาสนา สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สมาคมการจัดการงานบุคคลแห่งประเทศไทย สมาคมบริษัทจดทะเบียนไทย ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย และสถานประกอบการภาคธุรกิจ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคสาธารณะ	๔๕
๒. กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคเอกชน	๑๐๐
๓. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๕
รวม	๒๐๐

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

สถานการณ์และแนวโน้ม

๑. การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ เป็น ๑ ใน ๔ ปัจจัยสำคัญของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อเรื้อรัง

การมีกิจกรรมทางกาย (Physical Inactivity) ไม่เพียงพอ เป็น ๑ ใน ๔ พฤติกรรมเสี่ยงหลักที่ส่งผลต่อการเกิดกลุ่มโรค NCDs ร่วมกับการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ องค์การอนามัยโลกประเมินว่า การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกถึงร้อยละ ๕.๕ หรือประมาณ ๓.๒ ล้านรายต่อปี หรือคิดเป็นภาระโรคในหน่วยของปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (Disability-Adjusted Life Years : DALYs) เป็นโรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ ๓๐ โรคเบาหวาน ร้อยละ ๒๗ โรคมะเร็งลำไส้ร้อยละ ๒๕ และโรคมะเร็งเต้านมร้อยละ ๒๑ นอกจากนี้ วารสารวิชาการ The Lancet ฉบับปี ๒๕๕๕ ได้แสดงข้อมูลที่บ่งชี้ว่า การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่มีอัตราความชุกสูง และนำไปสู่การเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรค NCDs มากกว่าการสูบบุหรี่

๒. อัตราการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทยแยกตามกลุ่มวัย พฤติกรรมเนือยนิ่ง และแนวโน้ม

สำหรับประเทศไทยการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึง ๑๑,๑๒๙ ราย ในปี ๒๕๕๒ โดยแยกเป็นเพศชาย ๔,๓๕๗ ราย (ร้อยละ ๑.๖ ของการเสียชีวิตทั้งหมด) และเพศหญิง ๖,๗๗๒ ราย (ร้อยละ ๓.๖ ของการเสียชีวิตทั้งหมด) หรือคิดเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอันดับ ๘ ของประชากรหญิง และอันดับ ๙ ของประชากรชาย

ทั้งนี้ ผลสำรวจการมีกิจกรรมทางกายระดับประเทศ โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. และกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี ๒๕๕๕ คนไทยมีกิจกรรมทางกายเพียงพอร้อยละ ๖๖.๓ ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี ๒๕๕๖ เป็น ร้อยละ ๖๘.๑ และปี ๒๕๕๗ เป็นร้อยละ ๖๘.๓ โดยพบว่า กลุ่มวัยเด็กเป็นกลุ่มเดียวที่มีกิจกรรมทางกายลดลงคือ จากร้อยละ ๖๗.๖ ในปี ๒๕๕๕ เหลือร้อยละ ๖๓.๒ ในปี ๒๕๕๗ ในขณะที่กลุ่มวัยอื่นมีอัตราเพิ่มขึ้น ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่น เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๖๒.๙ เป็นร้อยละ ๖๖.๔ กลุ่มวัยทำงาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๖๖ เป็นร้อยละ ๗๐.๔ และกลุ่มผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๕๘.๖ เป็นร้อยละ ๖๗.๗ ในช่วงเวลาเปรียบเทียบเดียวกัน นอกจากนี้ เมื่อสำรวจเฉพาะกลุ่มที่เป็นภาคี สสส. พบว่ามีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี ๒๕๕๗ อยู่ที่ร้อยละ ๗๗

สำหรับการลดลงของการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยนั้น สาเหตุหนึ่งเป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary behavior) ที่เพิ่มขึ้น โดยข้อมูลจากการสำรวจในปี ๒๕๕๕ พบว่า คนไทยมีพฤติกรรมเนือยนิ่งต่อวันถึง ๑๓:๒๕ ชั่วโมง และเพิ่มขึ้นเป็น ๑๓:๔๒ ชั่วโมง ในปี ๒๕๕๗ โดยพฤติกรรมเนือยนิ่ง ๔ อันดับแรก

ของคนไทยคือ นั้ง/นอนดูโทรทัศน์ (ร้อยละ ๓๘) นั้งคุย/นั้งประชุม (ร้อยละ ๒๖) นั้งทำงาน/นั้งเรียน (ร้อยละ ๒๕) และนั้งเล่นเกมโทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ (ร้อยละ ๒๒) เมื่อศึกษาในรายละเอียด พบว่า กลุ่มเด็กและกลุ่มวัยรุ่นมีพฤติกรรมอยู่หน้าจอ (screen time) มากกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยเฉลี่ยใช้เวลาอยู่หน้าจอ นานกว่า ๑ ชั่วโมงต่อวัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของสัดส่วน ผู้ที่มีภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงคือ จากร้อยละ ๒๘.๗ ในปี ๒๕๔๗ เป็นร้อยละ ๓๔.๗ ในปี ๒๕๕๗

การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ จึงนับว่าสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในมิติของการป้องกันโรคและการสร้างเสริม สุขภาพ โดยเฉพาะการมีพัฒนาการที่ดีตลอดช่วงชีวิตของมนุษย์ การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและเหมาะสม ตั้งแต่วัยเด็กนั้น จะสร้างความแข็งแรงของหัวใจ กล้ามเนื้อและกระดูก พัฒนาการเคลื่อนไหว สร้างความเชื่อมั่น ในตัวเอง เสริมทักษะการเข้าสังคม พัฒนาสมอง การคิดวิเคราะห์ และพัฒนาภาวะทางอารมณ์ องค์การอนามัย โลกเน้นย้ำว่าการมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉง เป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและใจที่ดี โดยแนะนำว่า ผู้ใหญ่ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย ๓๐ นาที อย่างน้อย ๕ วันต่อสัปดาห์ และเด็กๆ ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย ๖๐ นาทีต่อวัน

๓. ความสำคัญของสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย

องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันนั้น ต้องดำเนินการควบคู่กับ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและพื้นที่เพื่อกิจกรรมดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน ที่โรงเรียน ที่ทำงาน หรือในขณะเดินทาง เพราะสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้นให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายที่ผสมผสานเข้ากับวิถีชีวิต การดำเนินงานเพื่อ เพิ่มปัจจัยแวดล้อม จึงเป็นเรื่องเชิงนโยบายที่เมืองต้องลงทุน ทั้งด้านการจัดการพื้นที่ที่สุขภาวะ ด้านการขนส่ง ที่เกื้อหนุนการเคลื่อนไหวร่างกาย อาทิ การเดิน การใช้จักรยาน ระบบขนส่งสาธารณะ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะทำให้เกิดการประหยัดงบประมาณด้านบริการสุขภาพและด้านการขนส่งโดยรวม ทั้งยังส่งผลให้เกิดกำลังแรงงาน ที่มีสุขภาพและประสิทธิภาพ พื้นที่อยู่อาศัยที่น้อยอยู่และดึงดูดมากขึ้น เพิ่มพื้นที่สีเขียว และเกิดความเป็นชุมชน เข้มแข็ง ดังนั้น ในระดับนานาชาติจึงให้คำแนะนำว่า กิจกรรมทางกาย นโยบายด้านการขนส่ง และการออกแบบ เมือง เป็นนโยบายสำคัญในลำดับต้นๆ ของการส่งเสริมการมีวิถีชีวิตกระฉับกระเฉง

๔. บทบาทของ สสส. ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมกิจกรรมทางกายในระดับชาติ และระดับสากล

ในฐานะที่ สสส. ได้ร่วมลงนามในกฎบัตรโทรอนโตในปี ๒๕๕๓ และมีพันธกิจในการสนับสนุนการมี สุขภาวะดี ด้วยการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับทุกคน โดยเน้นให้เกิด การบูรณาการความร่วมมือขององค์กร ด้านสุขภาพ ด้านขนส่งและคมนาคม สิ่งแวดล้อม กีฬาและนันทนาการ การศึกษา การพัฒนาผังเมือง วัฒนธรรม และ การปกครองท้องถิ่น เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนในสังคมไทย แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย จึงได้ร่วม ดำเนินการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กิจกรรมทางกายแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ (๒๕๕๔ - ๒๕๖๓) เพื่อให้เกิดยุทธศาสตร์ที่ จะเป็นกรอบแนวทางการผนวกมิติการสร้างเสริมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมทางกาย สู่การปฏิบัติในหน่วยงานที่

เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกันภาคสาธารณสุขโดยตรง รวมถึงการร่วมมือกับสำนักงานสถิติแห่งชาติในการพัฒนาเครื่องมือสำรวจกิจกรรมทางกายเพื่อให้เกิดการสำรวจระดับชาติ (รอบการสำรวจ ปี ๒๕๖๒) และฐานข้อมูลระดับประเทศโดยหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก

นอกจากนี้ในวาระที่ สสส. ได้รับเลือกจาก ISPAH (International Society for Physical Activity and Public Health) ให้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมนานาชาติด้านการมีกิจกรรมทางกาย ในปี ๒๕๕๙ (ISPAH 2016) นั้น จะเป็นโอกาสของการระดมความร่วมมือจากภาคียุทธศาสตร์ทุกภาคส่วน เพื่อใช้วาระดังกล่าวนี้ผลักดันให้เกิดความตื่นตัวเรื่องการมีกิจกรรมทางกายของคนไทยและของภาคนโยบาย รวมถึงใช้โอกาสดังกล่าวในการขับเคลื่อนนโยบายด้านกิจกรรมทางกายในระดับภูมิภาคและระดับโลก ด้วยการพัฒนาเนื้อหาผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพระดับโลก (world health assembly) สู่การประกาศเป็น Bangkok Declaration on Physical Activity และผลักดันร่างวาระดังกล่าว เพื่อยกระดับความสำคัญของกิจกรรมทางกายในระดับองค์การอนามัยโลกต่อไป

จุดเน้นของแผน

คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ ร่วมกับภาคีของแผน ได้ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เป้าหมายตามแผน ๓ ปี (๒๕๕๘ – ๒๕๖๐) และเป้าหมายตามทิศทาง ๑๐ ปี สสส. จึงให้พัฒนาแผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๕๙ ที่สอดคล้องกับทิศทางดังกล่าว โดยมีจุดเน้น ดังนี้

๑. ดำเนินงานต่อเนื่องในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายตลอดช่วงวัย (Life - Course Approach) ครอบคลุมกลุ่มเด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยทำงาน และวัยสูงอายุ ทั้งในด้านพัฒนางานวิจัย นวัตกรรม เครื่องมือวัดผล ทรัพยากรสื่อสาร และผลักดันนโยบาย โดยในปี ๒๕๕๙ นี้ จะเน้นกิจกรรมทางกายสำหรับกลุ่มเด็กในโครงการรณรงค์ “Active Play” และเพิ่มการดำเนินงานให้มากขึ้นที่กลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งนี้โดยคำนึงถึงบริบทความเป็นเมืองและชนบทร่วมด้วย
๒. บูรณาการกับแผนเชิง setting เพื่อให้สามารถติดตามผลการเปลี่ยนแปลงด้านกิจกรรมทางกายและปัจจัยแวดล้อม ซึ่งจะนำไปสู่การขยายผลที่ต่อเนื่อง ได้แก่ โรงเรียนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โรงเรียนไร้พุง ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็กและเยาวชน องค์กรไร้พุง และ Active Workplace ร่วมกับแผนส่งเสริมสุขภาวะองค์กร
๓. ผลักดันให้งานต้นแบบพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งได้เริ่มพัฒนากระบวนการไว้ในปีที่ผ่านมามีการขยายผลโดยหน่วยงานยุทธศาสตร์หลัก อาทิ พื้นที่สุขภาวะริมน้ำ พื้นที่ส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชุมชนเมือง
๔. ขับเคลื่อนให้เป้าหมายด้านกิจกรรมทางกาย เป็นเป้าหมายร่วมและเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติ โดยมีหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นเจ้าภาพขับเคลื่อนในลักษณะของ multi-sectors

๕. ขับเคลื่อนให้เป้าหมายด้านกิจกรรมทางกาย เป็นระเบียบวาระสากลในเวทีประชุมนานาชาติด้านการมีกิจกรรมทางกายปี ๒๕๕๙ (International Congress on Physical Activity 2016) และเวทีสมัชชาสุขภาพโลก ปี ๒๕๖๐ โดยระดมความร่วมมือในระดับชาติและเครือข่ายสากล เพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุด จากการเตรียมตัวเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม ISPAH
๖. ส่งเสริมกระแสการใช้จักรยานเพื่อสุขภาพ โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ต่างๆ ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น

นิยามศัพท์เชิงยุทธศาสตร์

กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก หมายถึงการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยกล้ามเนื้อโครงร่าง (skeletal muscles) ที่ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานที่ส่งผลต่อสุขภาพ แบ่งเป็น ๓ ระดับตามการใช้แรงกาย ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับหนัก (mild - moderate - vigorous) โดยระดับปานกลาง - หนัก (moderate-to-vigorous physical activity : MVPA) เป็นระดับที่พอเพียง และจำแนกตามประเภทของกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (work related PA) กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง (transportation) กิจกรรมทางกายเพื่อการนันทนาการและกีฬา (recreation) แผนใช้เกณฑ์ที่วัดตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกคือ The Global Physical Activity Questionnaire – GPAQ เป็นเกณฑ์ติดตามผลและวัดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะเป็นการวัดทั้ง ๓ ประเภทกิจกรรม รวมถึงใช้อุปกรณ์การวัดที่เป็นวิทยาศาสตร์ได้แก่ อุปกรณ์วัดระดับกิจกรรมทางกาย และ Application ในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary behavior) หมายถึงกลุ่มของพฤติกรรมในขณะที่เกิดขึ้นระหว่างการนั่งหรือเอนนอน ที่มีความต้องการใช้พลังงานต่ำในระดับ ≤ 1.5 METs (Metabolic Equivalent Task) เช่น การนั่งหน้าจอทีวี หรือคอมพิวเตอร์นานเกินไป การนั่งทำงานนานเกินไป ในระดับสากลใช้เกณฑ์ การมีพฤติกรรมเนือยนิ่งติดต่อกันเกิน ๒ ชั่วโมง ถือว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพ และเมื่อสะสมทั้งวันแล้ว ไม่ควรเกินกว่า ๖ ชั่วโมงต่อวัน

ปัจจัยแวดล้อม/พื้นที่สุขภาพะ (built environment/healthy space) หมายถึงเงื่อนไขทางกายภาพที่เป็นสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ เช่น รูปแบบการจัดพื้นที่ทั้งเปิดโล่งและในอาคาร การใช้ที่ดินและผังเมือง ระบบการขนส่งสาธารณะ และรูปแบบเฉพาะต่างๆ เช่น สนามเด็กเล่นที่ได้รับการออกแบบให้สนับสนุนการสร้างโอกาสเพื่อการมีกิจกรรมทางกาย

เมืองที่เอื้อต่อการเดิน/ใช้จักรยาน (walkable & cyclable city) เมือง/ชุมชนที่มีนโยบายส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันของประชาชน ด้วยการออกแบบและจัดการทั้งด้านกายภาพ เช่น ระบบการคมนาคม ความปลอดภัย ความสะอาด ความสวยงาม และการจัดการด้านสังคม วัฒนธรรม เช่น ความรู้สึกมีส่วนร่วม อัตลักษณ์ของพื้นที่

กิจกรรมกีฬาที่ปลอดภัยปลอดบุหรี่ หมายถึงกิจกรรมการแข่งขันกีฬาทั้งระดับชาติและระดับจังหวัด ที่ประกาศใช้มาตรการปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ในและรอบสนามกีฬา โดยมีการสื่อสารณรงค์ไปถึง กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ชมกีฬา (ทั้งที่ชมในสนามและชมจากการถ่ายทอดทางสื่อ) ผู้เล่นกีฬา กรรมการตัดสิน ผู้สนับสนุน ผู้จัดและชุมชนรอบสนามกีฬา

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อขับเคลื่อนร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ให้เป้าหมายด้านกิจกรรมทางกาย เป็นเป้าหมายระดับชาติและระดับสากล
๒. เพื่อส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะและจิตสำนึกแห่งสุขภาพของประชาชน ด้วยการมีกิจกรรมทางกาย ที่เพียงพอ และลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง
๓. เพื่อส่งเสริมให้มีพื้นที่สุขภาวะและปัจจัยแวดล้อม ที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน
๔. เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ ให้เกิดการพัฒนาชุมชนหรือเมืองที่เอื้อต่อการเดิน และการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
๕. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสร้างนวัตกรรม และทุนความรู้ด้านการเพิ่มกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง
๖. เพื่อส่งเสริมกิจกรรมกีฬาให้เป็นโอกาสของการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

เป้าหมายระดับชาติ และทิศทาง ๑๐ ปี ของ สสส.

๑. เพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันเพียงพอ (อย่างน้อย ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์) ของประชากรวัย ๑๑ ปีขึ้นไป เป็นอย่างน้อยร้อยละ ๗๐ ของจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย (โดยมีเครื่องมือชี้วัดและฐานข้อมูลที่ได้มาตรฐานทางวิชาการขององค์การอนามัยโลก ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยแผน และร่วมใช้โดยกระทรวงสาธารณสุข สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานสถิติแห่งชาติ)
๒. ควบคุมอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน อายุ ๖ - ๑๔ ปี ให้ไม่เพิ่มขึ้นจากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีสัดส่วนร้อยละ ๑๑ (โดยมียุทธศาสตร์และวัดผลร่วมกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง)

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดกระบวนการผลักดันนโยบายสาธารณะระดับชาติด้านกิจกรรมทางกาย
๒. ฐานข้อมูลกิจกรรมทางกายเพื่อนโยบายสาธารณะ ที่มีภาคยุทธศาสตร์นำไปใช้ประโยชน์ จำนวนอย่างน้อย ๒ กรณี ในปี ๒๕๕๙
๓. จำนวนพื้นที่สุขภาวะต้นแบบในพื้นที่และองค์กรเป้าหมายต่างๆ เพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายของประชาชน อย่างน้อย ๘ พื้นที่ใหม่ ในปี ๒๕๕๙
๔. ร้อยละ ๕๐ ของกลุ่มเป้าหมาย เกิดความรู้ความเข้าใจด้านกิจกรรมทางกาย และจิตสำนึกแห่งสุขภาพผ่านสื่อรณรงค์ นวัตกรรม และชุดความรู้ที่ สสส. เผยแพร่
๕. ภาครัฐใหม่ที่เป็นองค์กรกีฬาปลอดเหล้าปลอดบุหรี่เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ ๑๐ ของจำนวนองค์กรกีฬา และหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกิจกรรมกีฬาทั้งหมดในปี ๒๕๕๙

ตัวชี้วัดร่วม

๑. จำนวนพื้นที่สุขภาวะต้นแบบในพื้นที่และองค์กรเป้าหมายต่างๆ เพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายของประชาชน อย่างน้อย ๓ พื้นที่ใหม่ (ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร/สถานประกอบการ)
๒. จำนวนนวัตกรรม ชุดความรู้เพื่อการสื่อสาร ที่ส่งเสริมการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรกลุ่มต่างๆ ไม่น้อยกว่า ๑๐ กรณี

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานด้านการรณรงค์ขับเคลื่อนสังคม การพัฒนาข้อเสนอนโยบาย การพัฒนางานวิชาการและนวัตกรรม ให้ร่วมกันสนับสนุนเป้าหมายระยะ ๑ ปีของแผนอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงเป้าหมายของแผน ระยะ ๓ ปี และเป้าหมายระยะ ๑๐ ปีของ สสส. โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของแผน ดังนี้

แนวทางขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ๓ กลุ่มวัย ๒ ตัวชี้วัดหลัก

แผนได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายหลัก ๓ กลุ่ม คือ วัยเด็ก วัยทำงาน และวัยสูงอายุ ซึ่งมีข้อมูลการสำรวจของปี ๒๕๕๘ ที่แสดงระดับการมีกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมเนือยนิ่งของแต่ละกลุ่มวัยเป็นฐานเปรียบเทียบ และเป็นแนวทางออกแบบยุทธศาสตร์ เพื่อขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายตามตัวชี้วัดหลัก ๒ ประเด็น คือ การเพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ (เพิ่ม PA) และการลดอัตราชุกของโรคอ้วน โดยทีมงานเด่นที่จะดำเนินงาน ได้แก่

เพิ่ม กิจกรรม ทางกาย	ปฐมวัย-วัยเรียน	วัยทำงาน	วัยสูงอายุ
	• สร้างต้นแบบโรงเรียน + ศพด. ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ครอบครัวกลุ่มเด็กพิเศษ • ส่งเสริมความรู้ Active Play ลด sedentary time แก่ ผู้ปกครอง ครู • บูรณาการ PA ในหลักสูตร • สร้างต้นแบบพื้นที่สุขภาวะ ในโรงเรียนและทางสัญจร	• สร้างต้นแบบ Active Workplace • ขยายเครือข่ายจัดกิจกรรม ทางกายทั่วประเทศ • ส่งเสริมการเดิน-ใช้จักรยาน • สร้างต้นแบบพื้นที่สุขภาวะ ในย่านเมืองและชุมชนแออัด • ส่งเสริมต้นแบบเมืองเดินได้ และชุมชนจักรยาน	• ร่วมมือกับ อปท. และชุมชน เสริมศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ • เผยแพร่ความรู้ นวัตกรรม ด้านกิจกรรมทางกาย ในผู้สูงอายุ

ลดอ้วน	ปฐมวัย-วัยเรียน	วัยทำงาน	วัยสูงอายุ
	• ส่งเสริมโรงเรียนต้นแบบ ไร้พุง • ขยายผลหลักสูตร และ คลินิกลดโรคอ้วนแม่และเด็ก • สื่อสารความรู้ และรณรงค์ Active Play และ Live Healthier	• สร้างต้นแบบ Active Workplace และองค์กร ไร้พุง • ส่งเสริมต้นแบบโรงพยาบาล ลดโรคอ้วน • สื่อสารความรู้ และรณรงค์ Live Healthier	• พัฒนาและเผยแพร่ความรู้ การดูน้ำหนัก สมรรถภาพ ทางกาย ของผู้สูงอายุ • ส่งเสริมศักยภาพของชมรม ผู้สูงอายุเรื่องการรักษาสมดุล ของน้ำหนักตัว กิจกรรม ทางกายและการบริโภค • สื่อสารความรู้ และรณรงค์ Live Healthier

แนวทางบูรณาการ

แผนให้ความสำคัญกับแนวทางบูรณาการตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลักของ สสส. และตาม ทิศทางที่กรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ ให้เน้นเรื่องการขับเคลื่อนงานภายใต้มิติของสุขภาวะแบบองค์รวม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต แผนจึงได้กำหนดแนวทางการบูรณาการ ดังนี้

๑. เน้นบูรณาการกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ และแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา โดยกำหนด ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่นำร่อง และแผนการสื่อสารสังคมร่วมกัน ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารและโภชนาการ และการรู้เท่าทันสื่อ โดยมีจุดร่วมอยู่ที่กลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยเรียนซึ่งมีอัตราการมีกิจกรรมทางกายต่ำสุด และมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ
๒. พัฒนาความรู้และต้นแบบของการขับเคลื่อนเพิ่มกิจกรรมทางกาย และลดโรคอ้วน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร โดยแผนจะขยายผลร่วมกับแผนสุขภาวะเด็กและเยาวชน แผนองค์กร สุขภาวะ แผนสุขภาวะชุมชน และแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม

๓. พัฒนางานสื่อสารรณรงค์ในประเด็น Active Play ที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเด็กและครอบครัว และประเด็น Live Healthier ร่วมกับแผนสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม และศูนย์เรียนรู้สุขภาพ เพื่อสื่อสารสร้างความเข้าใจเรื่องการมีกิจกรรมทางกาย ปรับเปลี่ยนทัศนคติของกลุ่มเป้าหมาย และขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น

แนวทางสร้างความยั่งยืน

๑. มุ่งเน้นการทำงานเพื่อสร้างระบบและกลไก โดยร่วมมือกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาแผนยุทธศาสตร์กิจกรรมทางกายระดับชาติ ฉบับที่ ๑ ภายในปี ๒๕๕๙ และแสวงหาความร่วมมือกับหน่วยงานยุทธศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง อาทิ หน่วยงานด้านผังเมือง ด้านคมนาคม ด้านการศึกษา ด้านการท่องเที่ยว ฯลฯ
๒. บูรณาการกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ชุมชน ท้องถิ่น และสถานประกอบการ ให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกิจกรรมทางกายของประชาชน เพื่อยกระดับเป็นเป้าหมายระดับชาติ และเกิดเจ้าภาพในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
๓. พัฒนาระบบการจัดทำฐานข้อมูลสำรวจกิจกรรมทางกายระดับชาติร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ
๔. ผลักดันระเบียบวาระกิจกรรมทางกายเข้าสู่การรับรองมติในเวทีสุขภาพโลกปี ๒๕๖๐ โดยร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก และเครือข่ายสากลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (International Society for Physical Activity and Public Health : ISPAH) และการเป็นเจ้าภาพจัดประชุมนานาชาติ ISPAH 2016 ซึ่งจะเป็โอกาสของการขยายเครือข่ายความร่วมมือในระดับสากล
๕. พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือวิชาการนานาชาติ ในโครงการจัดทำฐานข้อมูลกิจกรรมทางกาย ๒ ชุด ได้แก่ Report Card for Physical Activity of Children ร่วมกับอีก ๔๐ ประเทศ และ Country Card for Physical Activity of Adult ร่วมกับอีกประมาณ ๘๐ ประเทศ และร่วมเป็นกรรมการในเครือข่ายจักรยานสากล (World Cycling Alliance : WCA) ตลอดจนพัฒนาศักยภาพภาคี สสส. ให้เตรียมพร้อมเข้าร่วมเวทีวิชาการสากล
๖. พัฒนาความร่วมมือกับกองทุนพัฒนากีฬาแห่งชาติ เพื่อขยายโอกาสของการสนับสนุนกีฬาเพื่อสุขภาพ
๗. บูรณาการกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ทั้งระดับชาติและท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในยุทธศาสตร์ส่งเสริมการใช้จักรยานเพื่อสุขภาพ และเพื่อหนุนเสริมกระแส “ปั่นเพื่อแม่” ให้เกิดเป็นค่านิยมและวัฒนธรรมการใช้จักรยานในสังคมไทย

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วย ๓ กลุ่มแผนงาน และ ๑ ยุทธศาสตร์พิเศษ ที่คณะกรรมการกองทุน สสส. มีมติให้ดำเนินการ ได้แก่

๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายตามกลุ่มวัย
 ๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่และปัจจัยแวดล้อมสุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย
 ๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา
 ๔. ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการใช้จักรยานเพื่อสุขภาพ
- มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายตามกลุ่มวัย

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) รณรงค์สร้างความตระหนักในความสำคัญ และเผยแพร่ความเข้าใจ เรื่องการมีกิจกรรมทางกาย ในชีวิตประจำวันในกลุ่มเป้าหมาย ผ่านกิจกรรมและการสื่อสารรณรงค์อย่างกว้างขวาง โดยจะกำหนด ยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่จำแนกตามกลุ่มวัย ให้ความสำคัญกับกลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ
- (๒) สนับสนุนกลุ่ม หน่วยงาน องค์กร ชุมชนและท้องถิ่น ให้เป็นภาคีร่วมขับเคลื่อน การออกแบบและ ดำเนินงานกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสอดคล้องกับกลุ่มวัย ต่างๆ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน ที่บ้าน ที่ทำงานและสถานประกอบการ
- (๓) พัฒนานวัตกรรม ชุดความรู้ที่พร้อมเผยแพร่ และงานวิชาการ ด้านกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน และลดปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมเนือยนิ่ง ภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน
- (๔) พัฒนาเครื่องมือสำรวจและวัดผลด้านกิจกรรมทางกายและสุขภาพของประชาชนไทย และฐานข้อมูล ทางวิชาการ ที่นำมาใช้ประโยชน์ต่อการดำเนินยุทธศาสตร์ของแผน และเพื่อสร้างเป็นมาตรฐานร่วม ในหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
- (๕) เชื่อมโยงกับเครือข่ายวิชาการ และนโยบายในระดับสากล ในด้านของการแลกเปลี่ยนความรู้ งานวิจัย การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และการผลักดันนโยบายสาธารณะ
- (๖) บูรณาการการดำเนินงานในระดับพื้นที่และสถานประกอบการ ร่วมกับแผนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของ สสส.

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการส่งเสริมรูปแบบกิจกรรมทางกายในวัยเรียน โครงการโรงเรียนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โครงการโรงเรียนรักเดิน โครงการเครือข่ายคนไทยไร้พุง โครงการองค์กรสุขภาวะ ที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โครงการส่งเสริมศักยภาพชมรมผู้สูงอายุด้านกิจกรรมทางกาย โครงการส่งเสริม

กิจกรรมทางกายสำหรับประชากรกลุ่มพิเศษ โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายขนาดใหญ่และขนาดกลาง โครงการเปิดรับทั่วไปเพื่อสนับสนุนกิจกรรมออกกำลังกายขนาดเล็กของชุมชน โครงการวิจัยและวิชาการเพื่อพัฒนาความรู้ด้านกิจกรรมทางกายตามช่วงวัย โครงการสื่อสารณรงค์และผลิตชุดความรู้เพื่อการสื่อสาร ฯลฯ

๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) สนับสนุนองค์กรภาครัฐ เอกชน สถาบันการศึกษา องค์กรท้องถิ่น และองค์กรชุมชน ในพื้นที่เขตเมืองและชนบท ให้เป็นกลไกดำเนินงานเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน
- (๒) พัฒนาด้านแบบของพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน โดยพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการพื้นที่สุขภาวะ ร่วมกับสถาบันวิชาการและสมาคมวิชาชีพด้านผังเมือง สถาปัตยกรรม สิ่งแวดล้อม และมุ่งสู่การขยายผลผ่านความร่วมมือกับหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคราชการที่เกี่ยวข้อง
- (๓) ขับเคลื่อนกระแสสังคมและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานโดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการพื้นที่หรือโครงสร้างทางกายภาพที่เอื้อต่อการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
- (๔) ผลักดันหน่วยงานระดับท้องถิ่นให้มีการจัดการพื้นที่สุขภาวะ เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกาย สำหรับกลุ่มขาดโอกาสหรือกลุ่มที่เข้าถึงการบริการเพื่อลดช่องว่างของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการพื้นที่สุขภาวะย่านเมือง โครงการพื้นที่สุขภาวะริมน้ำ โครงการลานกีฬาพัฒนา โครงการส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะในชุมชนแออัด ความร่วมมือกับการเคหะแห่งชาติจัดปัจจัยแวดล้อมเพื่อกิจกรรมทางกายในชุมชนที่พักอาศัย โครงการเมืองเดินดี โครงการสนับสนุนงานวิจัยและวิชาการด้านพื้นที่สุขภาวะ ฯลฯ

๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) สนับสนุนกิจกรรมกีฬาให้เป็นกีฬาปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ย และสนับสนุนพื้นที่ในและรอบบริเวณสนามกีฬาให้ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ยตามกฎหมาย โดยใช้กลไกทุนอุปถัมภ์กีฬาและการสื่อสารณรงค์ เพื่อสร้างความตระหนักในกลุ่มเป้าหมาย
- (๒) สนับสนุนกิจกรรมกีฬาให้เป็นกลไกสำคัญในการสร้างกระแสสังคมและค่านิยมให้คนออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน

(๓) แสวงหาองค์กรพันธมิตรร่วมทุน (co-sponsorship) ในการขับเคลื่อนกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และกีฬาที่ปลอดภัยพร้อมแอลกอฮอล์และบุหรี่

(๔) ประสานความร่วมมือกับกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ เพื่อส่งเสริมแนวทางเรื่องกีฬาเพื่อสุขภาพ ในภารกิจของกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการทุนอุปถัมภ์กีฬาแห่งชาติ โครงการทุนอุปถัมภ์กีฬาระดับภูมิภาค และจังหวัด โครงการสนับสนุนความร่วมมือกับสมาคมกีฬา โครงการส่งเสริมค่ายเยาวชนกีฬาช่วงปิดเทอม โครงการสนับสนุนกิจกรรมกีฬาทาตามนโยบายของรัฐบาล โครงการผลิตสื่อรณรงค์ในกิจกรรมกีฬา ฯลฯ

๔. งานยุทธศาสตร์ส่งเสริมการใช้จักรยานเพื่อสุขภาพ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

(๑) พัฒนายุทธศาสตร์ ๓ ส. (๑ ส่วน ๑ สนาม ๑ เส้นทาง ต่อ ๑ จังหวัด) ที่ผ่านมติกรรมการกองทุน สสส. ในพื้นที่จังหวัดนำร่องต่อเนื่องจากปี ๒๕๕๘ (ที่ดำเนินการใน ๑๕ จังหวัด) โดยร่วมมือกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา และภาคีเครือข่ายจักรยานเพื่อสุขภาพ

(๒) สนับสนุนการขับเคลื่อนรณรงค์เพื่อสร้างกระแสความตื่นตัว เรื่องการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันของภาคีเครือข่ายจักรยานทั่วประเทศ และตามนโยบายของรัฐบาล

(๓) ขยายโอกาสให้แก่ชุมชนขนาดเล็กทั่วประเทศ ด้วยการส่งเสริมเป็นชุมชนจักรยาน ร่วมกับสำนักสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม

(๔) พัฒนางานวิชาการที่สำคัญต่อการขับเคลื่อนนโยบาย และงานวิจัยประเมินผล

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการยุทธศาสตร์ ๓ ส. โครงการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน โครงการจักรยานในสถานศึกษา โครงการชุมชนจักรยาน โครงการรณรงค์สร้างกระแสสังคมด้วยการจัดกิจกรรมปั่นจักรยานของเครือข่ายต่างๆ โครงการปั่นล่อเมือง โครงการสนับสนุนงานวิจัยและวิชาการ และโครงการตามวาระโอกาสต่างๆ เพื่อส่งเสริมการใช้จักรยาน ฯลฯ

ภาคีหลัก

หน่วยงานภาครัฐระดับชาติและท้องถิ่น ที่มีนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวัฒนธรรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร การกีฬาแห่งประเทศไทย คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ฯลฯ

องค์กรกีฬาภาครัฐ และเอกชนที่ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ อาทิ สมาคมกีฬาระดับชาติและระดับจังหวัด หน่วยงานกีฬาภาครัฐ สมาพันธ์และชมรมกีฬาเพื่อสุขภาพ สมาคมสื่อมวลชนกีฬา ฯลฯ

สถาบันวิชาการ หน่วยงานวิจัย และภาคประชาสังคมที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย อาทิ สถาบันการพลศึกษา สถาบันวิชาการด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา เครือข่ายการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สื่อมวลชนด้านสุขภาพและกีฬา กลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์ กลุ่มวิชาชีพด้านอาหารและโภชนาการ กลุ่มวิชาชีพด้านการออกแบบและพัฒนาผังเมือง เครือข่ายสิ่งแวดล้อม เครือข่าย NCDs ฯลฯ

เครือข่ายสากลด้านกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน เช่น International Society for Physical Activity (ISPAH), Global Advocacy for Physical Activity (GAPA), International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity (ISBNPA), Global Report Card for Physical Activity, World Cycling Alliance (WCA) ฯลฯ

แนวทางบริหารจัดการแผน

กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ โดยมีสำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก ๕) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการ โดยยึดหลักการบริหารที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ผลกระทบ ความคุ้มค่า ความยั่งยืน และความน่าเชื่อถือจากสังคม พร้อมไปกับการสร้างความเข้มแข็ง และศักยภาพของภาคีเครือข่าย

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายตามกลุ่มวัย	๔๓
๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย	๕๐
๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา	๔๕
๔. งานยุทธศาสตร์ส่งเสริมการใช้จักรยานเพื่อสุขภาพ	๕๐
๕. งานสื่อสารและผลิตชุดความรู้เพื่อการเผยแพร่	๒๐
๖. งานวิชาการและเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการเป็นเจ้าภาพจัดประชุม ISPAH 2016	๑๕
๗. งานบริหารจัดการประเมินผลแผนฯ	๒
รวม	๒๗๕

แผนระบบสื่อ และวิถีสุขภาวะทางปัญญา

๑๐

สถานการณ์และแนวโน้ม

๑. ความเปลี่ยนแปลงด้านภูมิทัศน์สื่อในปัจจุบัน ส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาวะทั้ง ๔ มิติ โดยเฉพาะสุขภาวะทางปัญญา

ภูมิทัศน์สื่อ (media landscape) ในสังคมไทยเปลี่ยนไปอย่างมาก เนื่องจากการเกิดขึ้นของสื่อใหม่ (new media) ได้แก่ อินเทอร์เน็ต หรือสื่อสังคมออนไลน์ (social media) ความนิยมในสื่อออนไลน์เห็นได้ชัดจากจำนวนผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตในประเทศที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นสัดส่วนกว่า ๑ ใน ๓ ของประชากรทั้งประเทศ และการเปลี่ยนผ่านจากการสื่อสารระบบแอนะล็อกเป็นดิจิทัล จะเกิดการแข่งขันของทีวีดิจิทัล วิทยุชุมชน และจะเกิดสถานีวิทยุชุมชนกว่า ๖,๐๐๐ สถานี ฯลฯ นับเป็นยุคสื่อหลอมรวม (media convergence) ระหว่างช่องทางสื่อ เนื้อหา และเทคโนโลยีของสื่อกับเทคโนโลยีอื่น

ถึงแม้สังคมจะเคลื่อนเข้าสู่ยุคสื่อหลอมรวม ซึ่งทำให้เกิดการสื่อสารไร้พรมแดนที่รวดเร็วฉับไว ผ่านหลากหลายช่องทาง เข้าถึงผู้คนทุกเพศทุกวัย แต่ในอีกด้านหนึ่งนั้นสื่อได้สร้างผลกระทบต่อสุขภาวะของคนในทุกมิติ ทั้งกายใจ ปัญญาและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับเด็กเยาวชน คนรุ่นใหม่ที่เกิดและใช้ชีวิตที่แวดล้อมด้วยภูมิทัศน์สื่อในปัจจุบัน โดยผลกระทบเกิดจากทั้งด้านของระบบสื่อเองและด้านทักษะเท่าทันสื่อของผู้ใช้สื่อ

จากการสังเคราะห์กรอบความคิดรวบยอดในการปฏิรูประบบสื่อสารมวลชนและเทคโนโลยีสารสนเทศ ของคณะกรรมการการปฏิรูปการสื่อสารมวลชนและเทคโนโลยีสารสนเทศ พบปัญหาของสื่อ ทั้งด้านจรรยาบรรณของสื่อที่ไม่มียุทธศาสตร์กำกับที่ชัดเจน มักส่งผลต่อการสร้างสังคมที่ “ไม่รู้” การนำเสนอทั้งข่าวสารและบันเทิงของสื่อที่ไม่ได้เสาะหาข้อมูลอย่างรอบด้านส่งผลให้ผู้รับสารรับรู้แต่เรื่องราวที่ผิวเผิน ฉาบฉวย และไม่ต่อเนื่อง การที่สื่อมีความรู้ไม่เพียงพอในการทำงานข่าวในสถานการณ์ความขัดแย้ง และการขาดทักษะในการสื่อสารเพื่อสันติภาพ ทำให้สื่อมีโอกาสกลายเป็นผู้สร้างความขัดแย้งเสียเอง

ในด้านของผู้ใช้สื่อ ระบบการสื่อสารก้าวสู่ยุค “User Generated Content” เทคโนโลยีทำให้ผู้ใช้สื่อกลายเป็นผู้ผลิตสื่อพร้อมกันไปด้วยที่เรียกว่า Prosumer (Producer+Consumer) โดยผลิตเนื้อหาสื่อ กำหนดคัดกรองเนื้อหาสารเป็นตัวกระจายเนื้อหาสาร และเป็นผู้สร้างประสบการณ์ผ่านสื่อเหล่านั้นเอง ภูมิทัศน์สื่อที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้ใช้สื่อเป็นผู้มีอำนาจหลักในระบบการสื่อสาร สื่อใหม่ได้สร้างชุมชน “ชาวเน็ต” (netizens) ซึ่งเป็นผู้กำหนดความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมของสังคม และกำหนดวาระข้อมูลข่าวสารของสังคม หลายครั้งก็สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผ่านการร่วมระดมสรรพกำลังในการแก้ไขปัญหา รณรงค์ ตรวจสอบ ไปจนถึงการกำหนดประชามติ

แต่ในขณะเดียวกันกลับพบว่า ผู้ใช้สื่อขาดทักษะการเท่าทันสื่อที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อการปรับตัวสู่สังคมในยุคศตวรรษที่ ๒๑ และยุคสื่อหลอมรวม รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ต ในประเทศไทยปี ๒๕๕๗ ของสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร พบว่าปัจจุบันคนใช้เวลาเกือบ ๑ ใน ๓ ของวัน เพื่อใช้งานอินเทอร์เน็ตในด้านพฤติกรรมการใช้งานอินเทอร์เน็ตที่เสี่ยง พบว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า ๑๕ - ๒๔ ปี จะแชร์รูปภาพส่วนตัวในสถานะสาธารณะ มากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในขณะที่กลุ่มผู้ที่อายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป มีสัดส่วนของการแชร์ภาพ/ส่งต่อภาพ โดยไม่ตรวจสอบสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป มีสัดส่วนดังกล่าวสูงที่สุด (ร้อยละ ๓๐.๑)

แนวโน้มที่สื่อสังคมออนไลน์จะส่งอิทธิพลต่อชีวิตผู้คน น่าจะมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจและอารมณ์ เช่น เกิดการคุกคามผ่านสื่อออนไลน์ (cyber Bullying) ปัญหาทางความสัมพันธ์ของคนในสังคม ทำให้คนห่างไกลกันมากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า สังคมยุคนี้ เป็น “สังคมก้มหน้า” และ “ความสัมพันธ์แบบเสมือน”

๒. แบบแผนการใช้สื่อของเด็กและเยาวชน สื่อกับสุขภาวะเด็กและการเรียนรู้ และแนวโน้มการรู้เท่าทันสื่อของเด็ก

ปัจจุบันเด็กใช้เวลาอยู่กับสื่อวันละ ๓ - ๕ ชั่วโมง ผลสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน ปี ๒๕๕๗ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในจำนวนประชากรอายุ ๖ ปีขึ้นไปประมาณ ๖๒.๓ ล้านคน กลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี มีสัดส่วนการใช้อินเทอร์เน็ตสูงที่สุดร้อยละ ๖๙.๗ รองลงมาคือ กลุ่มอายุ ๖ - ๑๔ ปี ร้อยละ ๕๘.๒

เพราะเด็กใช้เวลาอยู่กับ “สื่อ” มากกว่าอยู่ในห้องเรียนหรือครอบครัว สื่อจึงถือเป็นแหล่งการเรียนรู้ทางสังคมที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และพฤติกรรมของคนในสังคม โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน เนื่องจากพฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์เป็นการเรียนรู้จากการสังเกตจากผู้อื่นหรือตัวต้นแบบ แต่สิ่งที่เกิดขึ้นในสังคมไทยคือ สื่อมวลชนไทยผลิตซ้ำและนำเสนอเนื้อหาที่อาจไม่เหมาะสม ในเรื่องเพศ ภาษา ความรุนแรง การพนัน และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากงานศึกษาของมีเดียมอนิเตอร์ ในปี ๒๕๕๘ ในรายการโทรทัศน์ของสถานีโทรทัศน์ ๖ ช่อง ที่ได้รับความนิยมสูงสุดช่วงตุลาคม ๒๕๕๗ และมกราคม ๒๕๕๘ ในช่วงเวลาสำหรับเด็กและช่วงเวลาที่ต้องระมัดระวัง (๑๘.๐๐ - ๒๐.๐๐ น. ของทุกวัน) จาก ๗๒ รายการ พบรายการที่ปรากฏเนื้อหาความรุนแรง ๔๑ รายการ มีการใช้ภาษาส่อทางเพศและหยาบคาย ๒๔ รายการ มีเนื้อหาเกี่ยวกับเพศ ๑๔ รายการ และอคติ/การเลือกปฏิบัติผ่านภาพตัวแทน ๑๔ รายการ แม้ในช่องทีวีสำหรับเด็กเยาวชนและครอบครัว ก็พบเนื้อหาที่ไม่เหมาะสม ในเรื่องเพศ ภาษา ความรุนแรง การพนัน และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในขณะเดียวกัน เด็กและเยาวชนก็ยังขาดทักษะเท่าทันสื่อทั้งด้านการรับสื่อและการใช้สื่อ จากการสำรวจทัศนคติด้านการเข้าถึงและการใช้สื่อของเด็กเยาวชนโดยเครือข่ายเสียงประชาชน (We Voice) ในปี ๒๕๕๖ พบว่าทุกกลุ่มต่างเห็นตรงกันว่าปัจจุบันเด็กและเยาวชนมีโอกาสเข้าถึงสื่อไม่ดีมากกว่าสื่อดี อุปสรรคสำคัญที่สุด ๓ อันดับแรกที่ทำให้เด็กเยาวชนไม่ได้นำสื่อไปใช้ให้เกิดประโยชน์ คือ พ่อแม่ไม่ส่งเสริม รองลงมาคือตัวเด็กเองไม่สนใจ และขาดการส่งเสริมจากภาครัฐ/ท้องถิ่น ตามลำดับ

๓. โอกาสของการใช้สื่อสร้างสรรค์ และสื่อสร้างปัญญา เพื่อสร้างพลเมืองที่ตื่นรู้ และการส่งเสริมให้สื่อเป็นโรงเรียนของสังคม

ในปี ๒๕๕๘ สภาปฏิรูปแห่งชาติ โดยความร่วมมือในการขับเคลื่อนนโยบายของคณะกรรมการการ ๓ ชุด ประกอบด้วย คณะกรรมการปฏิรูปการสื่อสารมวลชนและเทคโนโลยีสารสนเทศ คณะกรรมการปฏิรูปการศึกษาและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ คณะกรรมการปฏิรูปค่านิยม ศิลปะ วัฒนธรรม จริยธรรมและการศาสนา มีเป้าหมายในการปฏิรูปสื่อและการศึกษา คือ การยกระดับการทำงานของสื่อทำให้สื่อเป็นโรงเรียนของสังคม ที่มีส่วนในการสร้างพลเมืองที่มีคุณภาพ โดยการเสริมบทบาทหน้าที่ของสื่อให้เป็นสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพสื่อให้สามารถทำหน้าที่ให้ความรู้นอกระบบแก่ประชาชนได้ในทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการบ่มเพาะเยาวชนให้เติบโตเป็นพลเมืองแห่งอนาคตในสังคมอุดมปัญญาได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเทคโนโลยีให้เข้าถึงประชาชนโดยทั่วถ้วน นอกจากนั้น สื่อยังต้องเป็นโรงเรียนทางวัฒนธรรมด้วย โดยนำเสนอเนื้อหาที่ส่งเสริมด้านศิลปวัฒนธรรมและศาสนาธรรม เพื่อบ่มเพาะจิตใจของคนในสังคมให้ละเอียดอ่อน หมายรวมถึงการนำสื่อมาใช้เพื่อลดความขัดแย้งและอยู่ร่วมกันได้ในความแตกต่าง โดยจะสนับสนุนการส่งเสริมทักษะด้านสื่อและเปิดพื้นที่สื่อให้แก่ประชาชนควบคู่ไปกับการส่งเสริมมาตรฐานการทำงานของสื่อมวลชนบนความรับผิดชอบต่อสังคม

นอกจากนี้ การประกาศพระราชบัญญัติกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ในปี ๒๕๕๘ จะทำให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงและมีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์สื่อดี ผู้ผลิตสื่อจะได้รับการพัฒนาศักยภาพและโอกาสในการสร้างสรรค์สื่อดี และจะเกิดกลไกเท่าทันสื่อที่ส่งผลต่อสุขภาวะ

เนื่องจากแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา เป็นอนุกรรมการชุดนโยบายสื่อเป็นห้องเรียนของสังคม และมีบทบาทสนับสนุนการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติกองทุนสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ ปี ๒๕๕๙ นี้ จึงนับเป็นโอกาสสำคัญที่จะผลักดันนโยบายและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านระบบสื่อและการเรียนรู้ ที่จะเอื้อให้ประชาชน โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน ให้มีขีดความสามารถในการเข้าถึงสื่อสุขภาวะและเกิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสุขภาวะทางปัญญา และพัฒนาไปสู่ความเป็นพลเมืองตื่นรู้ ตามเป้าหมายของแผน รวมทั้ง การสานต่อปฏิบัติการในพื้นที่เรื่องเมืองสื่อสร้างสรรค์ ๓ ดี (สื่อดี พื้นที่ดี ภูมิดี) ซึ่งได้แสดงให้เห็นผลลัพธ์รูปธรรมของการเปลี่ยนแปลงสุขภาวะเด็กเยาวชนและครอบครัวในพื้นที่นำร่องต่างๆ ในสองปีที่ผ่านมา โดยจะขยายผลอย่างต่อเนื่อง ผ่านเครือข่ายภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน และภาคประชาสังคมทั่วประเทศ ด้วยการทำงานเชื่อมประสานทั้ง บ้าน วัด ศาสนสถาน โรงเรียน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้วยสื่อสร้างสรรค์และสื่อสร้างปัญญา

จุดเน้นของแผน

คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ ร่วมกับภาคีของแผน ได้ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เป้าหมายตามแผน ๓ ปี (๕๕๘- ๕๖๐) และเป้าหมายตามทิศทาง ๑๐ ปี สสส. จึงให้พัฒนาแผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๕๙ ที่สอดคล้องกับทิศทางดังกล่าว และภูมิทัศน์การใช้สื่อในยุคสื่อหลอมรวม โดยมีจุดเน้น ดังนี้

๑. ส่งเสริมให้ทุกคนมีขีดความสามารถในการเข้าถึงระบบสื่อที่มีสุขภาวะ และมีโอกาสได้เรียนรู้ตามวิถีสุขภาวะทางปัญญา โดยแผนจะให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย ๓ ลำดับแรก คือ กลุ่มเป้าหมายเด็กเยาวชน ครอบครัว ผู้สูงอายุ และกลุ่มด้อยโอกาส และขับเคลื่อนงานสื่อสารสร้างสรรค์ที่เป็นรูปธรรมในพื้นที่ตามยุทธศาสตร์ “เมือง ๓ ดี” (เมืองที่มีสื่อดี พื้นที่ดี ภูมิปัญญาที่ดี) ทั้งในบริบทเมืองและชนบท
๒. ให้ความสำคัญกับมิติหรือหน่วยครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน วัด ศาสนสถาน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในฐานะเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ โดยเน้นทักษะเรื่องความฉลาดรู้ด้านสื่อ ด้านสุขภาพ และด้านปัญญา รวมไปถึงจนถึงจิตสำนึกแห่งสุขภาพ โดยจะขยายผลศูนย์เด็กเล็กต้นแบบด้านสื่อสารสร้างสรรค์ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็กและเยาวชน และแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม
๓. เพิ่มความสำคัญกับงานสุขภาวะผู้สูงอายุด้วยมิติของสุขภาวะทางปัญญา การส่งเสริมครุภูมิปัญญา ด้านการเรียนรู้และสื่อศิลปวัฒนธรรม จิตอาสาเพื่อผู้สูงอายุ พัฒนาสื่อสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ร่วมกับแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ
๔. พัฒนาแหล่งเรียนรู้ให้เป็นโรงเรียนของชุมชนตลอดชีวิตในพื้นที่นาร่อง และบูรณาการกับวาระปิดเทอมสร้างสรรค์
๕. ขับเคลื่อนกลไกสื่อสารสร้างสรรค์ ผ่านกองทุนสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ และขับเคลื่อนนโยบายให้สื่อเป็นโรงเรียนของสังคม ตามแผนบูรณาการของสภาพัฒนาการปฏิรูปด้านการปฏิรูปสื่อ เน้นปฏิรูปการศึกษาและปฏิรูปศิลปวัฒนธรรม
๖. ส่งเสริมการใช้มิติสุขภาวะทางปัญญา เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะของภาคีเครือข่าย สสส. ด้วยการพัฒนากาวะผู้นำความเข้มแข็ง และการเติบโตทางจิตวิญญาณของภาคีเครือข่ายที่เป็นนักสื่อสารสุขภาวะ
๗. บูรณาการงานสื่อสารวิถีชีวิตสุขภาวะในโครงการรณรงค์ Active Play และ Live Healthier โดยเน้นสร้างพื้นที่เล่นและเรียนรู้ผ่านสื่อ



นิยามศัพท์เชิงยุทธศาสตร์

ระบบสื่อที่มีสุขภาวะ (Healthy Media System) แผนนี้จะครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของระบบสื่อ ได้แก่ ผู้ผลิต/ผู้สร้างสื่อ (sender) เนื้อหาสื่อ/สาร (message) ช่องทางสื่อ/สื่อ/กิจกรรม/พื้นที่ (channel) ผู้รับสื่อ/ผู้ใช้สื่อ (receiver) โดยคำนึงถึงบริบทของสื่อยุคหลอมรวม ทั้งด้านเทคโนโลยีการสื่อสารและด้านผู้ผลิตกับผู้บริโภค โดยแผนจะส่งเสริมให้องค์ประกอบต่างๆ ในระบบสื่อ มีคุณภาพหรือมีขีดความสามารถที่จะร่วมขับเคลื่อนสังคมไปสู่สุขภาวะ

วิถีสุขภาวะทางปัญญา (spiritual health pathway) คือการสร้างโอกาสให้คนได้เข้าถึง มีประสบการณ์ตรง มีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาปัญญา และเกิดสติในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ “โอกาสหรือหนทาง - Pathway” ในที่นี้ ได้แก่ สื่อที่มีรูปแบบเนื้อหาสร้างแรงบันดาลใจ พื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา กิจกรรมพัฒนาจิตวิญญาณ อาทิ สวดมนต์ ภาวนา ศิลปะ ศึกษาศรัทธา สุนัขพองค์รวม ตลอดจนขบวนการจิตอาสา และการพัฒนาภาวะผู้นำ

สุขภาวะทางปัญญา (Spiritual Health) คือ ความรู้ที่รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่การตื่นรู้ และเกิดปัญญาในการดำรงชีวิตที่สมดุลและเป็นสุข

ความฉลาดรู้ด้านสื่อ (Media Literacy) คือความสามารถในการเลือกใช้สื่อให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาวะ การคิดวิเคราะห์และวิพากษ์สื่อ ความรู้ในการสร้างสื่ออย่างมีคุณภาพ เป็นเสมือนภูมิคุ้มกันทางสุขภาวะแบบองค์รวม

ความฉลาดรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือการรับรู้ เข้าถึง เข้าใจ เท่าทัน ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และการดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง จนสามารถนำไปใช้ประโยชน์และเกิดเป็นขีดความสามารถที่จะจัดการสุขภาพของตนเองและสังคม

ความตื่นรู้ทางปัญญา (Spiritual Literacy) คือการรู้ตัวทั่วพร้อมอย่างมีสติ และความสามารถในการแสวงหา ศึกษา ปฏิบัติ เพื่อพัฒนาตนเองให้มีสุขภาวะทางปัญญา/จิตวิญญาณ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสร้างต้นแบบของพื้นที่หรือองค์กรที่มีพันธกิจส่งเสริมการใช้สื่อสร้างสรรค์ เพื่อการเรียนรู้และเสริมสร้างวิถีชีวิตสุขภาวะ
๒. เพื่อสร้างขีดความสามารถของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการเข้าถึง (accessibility) ระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา อันนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะและการเติบโตทางปัญญา ด้วยการส่งเสริมความพร้อม (availability) ของปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา
๓. เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและบูรณาการสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี ของ สสส. โดยการเชื่อมโยงประเด็นสุขภาวะมาร่วมขับเคลื่อนผ่านระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา และการเสริมศักยภาพด้านสุขภาวะทางปัญญาให้แก่ภาคีเครือข่าย

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. พื้นที่ องค์กร และ/หรือชุมชน ที่จัดให้มีพื้นที่สุขภาวะทางปัญญา หรือพื้นที่สร้างสรรค์ เฉลี่ยรวม ๒๐ พื้นที่หรือองค์กร
๒. งานสื่อสารและกิจกรรมของการสร้างเสริมระบบสื่อที่มีสุขภาวะ และวิถีสุขภาวะทางปัญญา ที่เอื้อให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงวิถีชีวิตสุขภาวะและเติบโตทางปัญญา ๕๐ กรณี
๓. เกิดการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรหรือกลไก เพื่อสร้างการเรียนรู้ผ่านกระบวนการสื่อสารสร้างสรรค์ และวิถีสุขภาวะทางปัญญา ในสถานศึกษาหรือชุมชน ๓๐๐ แห่ง
๔. มีงานที่ส่งเสริมการพัฒนาขีดความสามารถในการสื่อสารประเด็นสุขภาวะของนักสื่อสารสุขภาวะ ๕ กรณี
๕. เกิดการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติและท้องถิ่นที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ระดับชาติ ๑ นโยบาย ระดับท้องถิ่น อย่างน้อย ๑ นโยบาย

ตัวชี้วัดร่วม

๑. พื้นที่ องค์กร และ/หรือชุมชน ที่จัดให้มีพื้นที่สุขภาวะทางปัญญา หรือพื้นที่สร้างสรรค์ จำนวน ๕ พื้นที่หรือองค์กร (ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร/สถานประกอบการ)

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานด้านการรณรงค์ขับเคลื่อนสังคม การพัฒนาข้อเสนอนโยบาย การพัฒนางานวิชาการและนวัตกรรม ให้ร่วมกันสนับสนุนเป้าหมายระยะ ๑ ปีของแผนอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงเป้าหมายของแผนฯ ระยะ ๓ ปี และเป้าหมายระยะ ๑๐ ปีของ สสส. โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของแผน ดังนี้

แนวทางขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ๓ กลุ่มวัย ๑ ตัวชี้วัดหลัก

แผนได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายหลัก ๓ กลุ่ม คือ วัยเด็ก วัยทำงาน และวัยสูงอายุ และออกแบบยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายตามตัวชี้วัดหลัก ๑ เรื่อง คือ การมีพื้นที่สร้างสรรค์/พื้นที่สุขภาวะทางปัญญา โดยมีงานเด่นที่จะดำเนินงาน ได้แก่

	ปฐมวัย-วัยเรียน	วัยทำงาน	วัยสูงอายุ
พื้นที่สื่อสร้างสรรค์ (ทางปัญญา) 	• เพิ่มจำนวนพื้นที่สร้างสรรค์ 3 ดี และปักหมุดพื้นที่เดิมให้ยั่งยืน • ขยายจำนวนสถานศึกษาที่ใช้กระบวนการสื่อสร้างสุขภาวะ • ส่งเสริมศักยภาพเด็กขาดโอกาส เพื่อสร้างความฉลาดรู้ด้านสุขภาพ • ส่งเสริมกระบวนการเด็กทำสื่อเพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพ • ส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อ และกลไกกำกับดูแลรายการทีวีสำหรับเด็ก • ผลักดันสวัสดิการหนังสือสำหรับเด็กแรกเกิด • ส่งเสริมกิจกรรมจิตอาสา และสร้างเครือข่าย Active Citizen • ส่งเสริมชุมชนที่ใช้ศิลปวัฒนธรรม เพื่อการพัฒนาเด็ก	• ส่งเสริมพื้นที่สื่อสร้างสรรค์ เพื่อครอบครัว • พัฒนาการเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญาผ่านกิจกรรม เช่น จิตอาสา ภาวนา สวดมนต์ จิตปัญญา และภาวะผู้นำ • สื่อสารเพื่อสร้างค่านิยมใหม่ เรื่องความสุข • ร่วมมือกับเครือข่ายองค์กร สื่อต่างๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบสื่อ และบทบาทสร้าง Active Citizen • ส่งเสริมสื่อสุขภาพของกลุ่มด้วยโอกาส และกลุ่มแรงงานต่างชาติ	• ส่งเสริมผู้สูงอายุ ประชาชนชาวบ้าน ครูภูมิปัญญา ให้เป็นผู้สื่อสารเพื่อสร้างความเข้มแข็งชุมชน • ส่งเสริมกิจกรรมและพื้นที่ เพื่อพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาของผู้สูงอายุ • สร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการจิตอาสา • ส่งเสริมการพัฒนาสื่อที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ • เพิ่มการบริโภคผักผลไม้

แนวทางบูรณาการ

แผนให้ความสำคัญกับแนวทางบูรณาการตามกรอบนโยบาย การจัดทำแผนหลักของ สสส. และตามทิศทางที่กรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ ให้เน้นเรื่องการขับเคลื่อนงานภายใต้มิติของสุขภาวะแบบองค์รวม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต แผนจึงได้กำหนดแนวทางการบูรณาการ ดังนี้

๑. เน้นบูรณาการกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่นำร่อง และแผนการสื่อสารสังคมร่วมกัน ในด้านที่เกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อ การมีกิจกรรมทางกาย และการบริโภคอาหารและโภชนาการ โดยมีจุดร่วมอยู่ที่กลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กปฐมวัยและวัยเรียน
๒. ส่งเสริมวิถีสุขภาวะทางปัญญาสำหรับผู้สูงอายุ และการเตรียมพร้อมคุณภาพด้านจิตปัญญาของประชาชนเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัย โดยบูรณาการกับแผนประชากรกลุ่มเฉพาะ
๓. ขยายจำนวนและยกระดับงานเข้าสู่ระบบหลักของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนต้นแบบที่ใช้กระบวนการสื่อสร้างสรรค์เพื่อเสริมสร้างสุขภาพและการเรียนรู้ ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็กและเยาวชน แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม และศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ
๔. คัดสรรและจัดการพื้นที่สุขภาวะของเครือข่าย ให้เป็นแหล่งเรียนรู้ และส่งเสริมกิจกรรมในพื้นที่เพื่อรองรับยุทธศาสตร์ปิดเทอมสร้างสรรค์ ร่วมกับศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ และทุกแผนที่มีงานเรื่องแหล่งเรียนรู้

แนวทางสร้างความยั่งยืน

๑. มุ่งเน้นการทำงานเพื่อสร้างระบบและกลไก อาทิ ร่วมพัฒนาหลักการกำกับดูแลเนื้อหาสื่อสำหรับเด็กของ กสทช. ร่วมมือกับกระทรวงวัฒนธรรมเตรียมกระบวนการพัฒนากองทุนสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม พัฒนากลไกเฝ้าระวังสื่อภาคประชาชนตามแผนแม่บทปฏิรูปสื่อ ผลักดันพระราชบัญญัติศิลปวัฒนธรรมภาคประชาชนตามข้อเสนอของสภาปฏิรูป และขยายผลมาตรการเมืองสื่อสร้างสรรค์ในระดับจังหวัดและท้องถิ่น
๒. พัฒนาศักยภาพและทักษะของภาคี เชื่อมโยงสุขภาวะทางปัญญาในงานภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการสะท้อนบทเรียนจากการทำงาน

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วย ๒ กลุ่มแผนงาน ได้แก่

๑. กลุ่มแผนงานระบบสื่อสร้างสรรค์เพื่อสุขภาวะ

- ๑.๑ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเด็กเยาวชน ครอบครัว และผู้สูงอายุ
- ๑.๒ โครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายขาดโอกาสทางสังคม
- ๑.๓ โครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายผู้ผลิตสื่อ

๒. กลุ่มแผนงานวิถีสุขภาวะทางปัญญา

- ๒.๑ โครงการที่ส่งเสริมกระบวนการจิตอาสา
- ๒.๒ โครงการที่ส่งเสริมการพัฒนาจิตตปัญญา
- ๒.๓ โครงการที่ส่งเสริมการสื่อสารเพื่อสุขภาวะทางปัญญา

มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานระบบสื่อสร้างสรรค์เพื่อสุขภาวะ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) สนับสนุนกระบวนการและกลไกของระบบสื่อสร้างสรรค์เพื่อสุขภาวะ เชื่อมโยงและเสริมพลังเครือข่าย รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในท้องถิ่น สร้างสรรค์ให้เกิดเป้าหมายและพันธะสัญญาร่วม (engagement) ในการจัดความพร้อม (availability) ของปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อ ผ่านการพัฒนาสื่อสร้างสรรค์ต้นแบบ ช่องทางสื่อ กิจกรรม และพื้นที่สร้างสรรค์ ที่นำไปสู่การฉลาดรู้ด้านสื่อ (media literacy) และการฉลาดรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และจิตสำนึกแห่งสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มเด็กเยาวชน และกลุ่มขาดโอกาส

- (๒) สนับสนุนการเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุด้วยการส่งเสริม กิจกรรมและพื้นที่ศิลปวัฒนธรรม สืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่น สร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในพื้นที่เมือง ๓ ดี และส่งเสริมกิจกรรม และพื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา เช่น สวดมนต์สร้างปัญญา การเผชิญความตายอย่างสงบ อบรม ภาวนาเจริญสติ กิจกรรมจิตอาสา จิตอาสาของผู้สูงอายุ และสื่อที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
- (๓) สนับสนุนการผลักดันขับเคลื่อนกลไก และข้อเสนอเชิงนโยบายด้านระบบสื่อที่มีสุขภาวะ และนโยบาย ให้สื่อเป็นโรงเรียนของสังคม ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมสื่อเพื่อการเรียนรู้และสุขภาวะแบบองค์รวม ทั้งรูปแบบ ช่องทาง เนื้อหา การรู้เท่าทันและระวังสื่อ ที่นำไปสู่สังคมสุขภาวะที่มีพลเมืองตื่นรู้และ พลเมืองที่เป็นนักสื่อสารสร้างสรรค์
- (๔) สนับสนุนการพัฒนาภายใต้ยุทธศาสตร์เมือง ๓ ดี วิถีสุข ให้เกิดการนำเอาคุณค่าของสุนทรียะและ ภูมิปัญญาชุมชน มาส่งเสริมการเรียนรู้และการสร้างสุขภาวะทางปัญญาของกลุ่มเป้าหมายทั้งในระดับ บุคคล ครอบครัว และชุมชน
- (๕) บูรณาการกับแผนหลักต่างๆ ของ สสส. เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ร่วมจากระบบสื่อสร้างสรรค์และ วิถีสุขภาวะทางปัญญาที่กลุ่มแผนงานฯ ได้พัฒนาขึ้นตามยุทธศาสตร์ โดยจะหนุนเสริมงานของ แผนอื่นๆ ด้วยการร่วมขับเคลื่อนประเด็น สุขภาวะผ่านปัจจัยแวดล้อมในเชิงระบบสื่อและวิถีสุขภาวะ ทางปัญญา เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและบูรณาการสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี
- (๖) พัฒนาศักยภาพของนักสื่อสารสุขภาวะ (นักสื่อสารสุขภาวะชุมชนภาคีเครือข่ายสสส. สื่อมวลชนวิชาชีพ นักวิชาการด้านการสื่อสาร) เพื่อส่งเสริมแนวทางการสื่อสารสุขภาวะให้แพร่หลาย ผ่านการสัมมนา ฝึกอบรม หลักสูตรระยะสั้น และ การสนับสนุนกลไกที่ยั่งยืน เช่น ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านนโยบาย ศูนย์นโยบายและยุทธศาสตร์สื่อ ฯลฯ ตลอดจนสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายสื่อสุขภาวะเพื่อร่วมกัน ขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายการสร้างพลเมืองตื่นรู้สู่สังคมสุขภาวะ

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วยแผนงานและโครงการหลักที่จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายสำคัญทั้ง ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มเป้าหมาย เด็กเยาวชนและครอบครัว กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ และกลุ่มเป้าหมายด้อยโอกาส โดยมีตัวอย่างแผนงาน/โครงการ ได้แก่ แผนงานสื่อสร้างสุขภาวะเด็กเยาวชนและครอบครัว แผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน แผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ โครงการวิทยุเด็กและครอบครัว โครงการส่งเสริมการสื่อสารเพื่อ ความเป็นธรรมทางสังคม โครงการมหัศจรรย์สื่อสร้างสรรค์ในศูนย์เด็กเล็ก โครงการเท่าทันสื่อไอซีที โครงการ ส่งเสริมระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ โครงการพัฒนาศักยภาพนักสื่อสารสุขภาวะชุมชน โครงการกลไกสื่อมวลชนศึกษา เพื่อสุขภาวะ โครงการสื่อสารสุขภาวะเพื่อคนชายขอบ โครงการแหล่งเรียนรู้ปิดเทอมสร้างสรรค์ และโครงการ ตามวาระพิเศษต่างๆ ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกลุ่มแผนงาน

๒. กลุ่มแผนงานวิถีสู่ภาวะทางปัญญา

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) พัฒนาความพร้อมของปัจจัยแวดล้อมด้านวิถีสู่ภาวะทางปัญญา ด้วยรูปแบบและกลไกการเสริมพลังที่โอบอุ้มให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงวิถีสู่ภาวะทางปัญญา อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกใหม่ (transformation) ผ่านช่องทางการสื่อสารและกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมพัฒนาจิตวิญญาณ อาทิ สวดมนต์ ภาวนา ศิลปะ ศึกษาศรัทธา สุนัขพองค์รวม พื้นที่เรียนรู้สู่ภาวะทางปัญญา กลไกและกิจกรรมจิตอาสา กระบวนการพัฒนาภาวะผู้นำ สื่อสร้างสู่ภาวะทางปัญญา ที่มีรูปแบบเนื้อหาสร้างแรงบันดาลใจ เพื่อสร้างพลเมืองตื่นรู้ด้วยจิตสำนึกใหม่
- (๒) เชื่อมโยงเครือข่ายวิถีสู่ภาวะทางปัญญา ให้มีวิสัยทัศน์และพันธสัญญาร่วม (engagement) เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านองค์ความรู้และกระบวนการทำงาน แบ่งปันทรัพยากร และหนุนเสริมงานระหว่างเครือข่าย เพื่อประสานพลังร่วมสร้างจิตสำนึกใหม่ของพลเมืองในสังคม
- (๓) ผลักดันกลไกและนโยบายด้านวิถีสู่ภาวะทางปัญญาในระดับองค์กรและท้องถิ่น และเตรียมความพร้อมในการผลักดันกลไกระดับชาติ เพื่อสร้างฐานแห่งวิถีสู่ภาวะทางปัญญา เช่น กลไกศูนย์อาสาสมัคร การติดตั้งกลไกพื้นที่เรียนรู้สู่ภาวะทางปัญญาในชุมชนท้องถิ่น
- (๔) บูรณาการสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี กับแผนหลักต่างๆ ของ สสส. เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ร่วมจากวิถีสู่ภาวะทางปัญญา และพัฒนาศักยภาพของภาคี สสส. ให้มีการเติบโตทางปัญญา นำไปสู่การเชื่อมโยงงานสุขภาวะองค์รวม

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วยแผนงาน/โครงการที่จำแนกตามวิธีดำเนินงานหลัก ๓ ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการจิตอาสา ด้านการพัฒนาจิตปัญญา และด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาวะทาง อาทิ โครงการธนาคารจิตอาสา โครงการร่วมสร้างสังคมจิตอาสา โครงการสวดมนต์ทั้งปี โครงการเครือข่ายพัฒนาภาวะผู้นำแห่งอนาคต โครงการศูนย์สื่อศิลปะมหรสพทางปัญญา โครงการเรียนรู้และสื่อสารสุขภาวะทางปัญญา โครงการฉลาดทำบุญด้วยจิตอาสา โครงการสื่อสารความสุขด้วยปัญญา โครงการสร้างเสริมพลเมืองตื่นรู้ ฯลฯ



ภาคีหลัก

ภาคีด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสื่อสร้างสรรค์ อาทิ กสทช. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์แห่งชาติ หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่มีนโยบายส่งเสริมสื่อสร้างสรรค์ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักนายกรัฐมนตรี คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงหน่วยงานภาครัฐที่อาจจะเกิดขึ้นใหม่ คือ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ฯลฯ

ภาคีพันธมิตรด้านสื่อ อาทิ องค์กรกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะ สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย สมาคมนักข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย สมาคมวิทยุและสื่อเพื่อเด็กและเยาวชน สมาคมการหนังสือพิมพ์แห่งชาติ สภาวิชาชีพข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย สถาบันอิศรา-มูลนิธิพัฒนาสื่อมวลชนแห่งประเทศไทย สมาพันธ์สมาคมผู้ประกอบการวิชาชีพวิทยุและโทรทัศน์แห่งประเทศไทย สมาคมผู้ประกอบการเคเบิลทีวีแห่งประเทศไทย สมาคมผู้ดูแลเว็บไทย เครือข่ายผู้ผลิตแอนิเมชัน เครือข่ายและชมรมด้านวิชาชีพสื่อต่างๆ ฯลฯ

ภาคีด้านวิชาการ อาทิ สถาบันวิชาการด้านนิเทศศาสตร์และสื่อสารมวลชนทั่วประเทศ สถาบันวิจัยด้านระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยด้านสังคม ด้านวัฒนธรรม ด้านเด็กเยาวชนและครอบครัว ด้านสุขภาวะทางปัญญา ฯลฯ

ภาคีด้านสื่อภาคประชาชน อาทิ สถาบันพัฒนาสื่อภาคประชาชน สมาพันธ์วิทยุชุมชน เครือข่ายนักข่าวพลเมือง เครือข่ายสื่อเพื่อการปฏิรูป เครือข่ายสื่อภาคประชาชนในภูมิภาคต่างๆ ฯลฯ

ภาคีด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญา อาทิ คณะวิทยาการจัดการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล หอจดหมายเหตุพุทธทาสฯ ธนาคารจิตอาสา มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม เครือข่ายจิตอาสา เครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างสรรค์สังคม เครือข่ายสื่อเพื่อสร้างจิตสำนึกใหม่ และภาคีด้านศาสนธรรมและจิตตปัญญา ฯลฯ

แนวทางการบริหารจัดการแผน

กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ โดยมีสำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก ๕) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการโดยยึดหลักการบริหารที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ผลกระทบ ความคุ้มค่า ความยั่งยืน และความน่าเชื่อถือจากสังคม พร้อมไปกับการสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพของภาคีเครือข่าย

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสื่อสร้างสรรค์เพื่อสุขภาวะ	๑๙๑
๑.๑ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเด็กเยาวชน ครอบครัว และผู้สูงอายุ	๑๔๗
๑.๒ โครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายขาดโอกาสทางสังคม	๒๐
๑.๓ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายผู้ผลิตสื่อ	๒๔
๒. กลุ่มแผนงานวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๘๘
๒.๑ โครงการส่งเสริมกระบวนการจิตอาสา	๒๕
๒.๒ โครงการส่งเสริมการพัฒนาจิตตปัญญา	๕๓
๒.๓ โครงการส่งเสริมการสื่อสารเพื่อสุขภาวะทางปัญญา	๑๐
๓. งานสื่อสารและผลิตชุดความรู้เพื่อการเผยแพร่	๑๐
๔. งานบริหารจัดการประเมินผลแผนฯ	๑
รวม	๒๙๐

แผนสร้างสรรค์โอกาส และนวัตกรรมสุขภาวะ



สถานการณ์และแนวโน้ม

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ มีเป้าประสงค์หลักในการขยายโอกาสและพัฒนาศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มบุคคล ชุมชน และองค์กรทั่วไปสามารถเข้าถึงการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของชุมชน/พื้นที่ โดยมีกรอบการสนับสนุนการดำเนินงานตามทิศทางเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. ประกอบกับนำแนวคิด “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”^{๑๓๙} และ “กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter)”^{๑๔๐} มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนโครงการ

แนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของแผนฯ

๑. สร้างสรรค์โอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสู่ภาคีรายย่อยให้กว้างขวางให้กลุ่มบุคคล ชุมชน องค์กรทุกภาคส่วน มีโอกาสได้รับการสนับสนุนให้ทำงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มประชากรหรือพื้นที่ที่ขาดโอกาส โดยเพิ่มความหลากหลายของช่องทางและรูปแบบการสนับสนุนให้ทุกกลุ่มเป้าหมายเข้าถึง ซึ่งช่องทางและรูปแบบการสนับสนุน มี ๔ ช่องทางหลัก ได้แก่
 - (๑) โครงการสร้างเสริมสุขภาพทั่วไป เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สนใจทั่วไปเสนอโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาวะของกลุ่มบุคคล ชุมชน องค์กร และพื้นที่ โดยเปิดรับตลอดทั้งปี
 - (๒) โครงการสร้างเสริมสุขภาพประเด็นเฉพาะ ซึ่งเป็นประเด็นที่กำหนดจากนโยบาย เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. ประเด็นเร่งด่วน รวมถึงประเด็นหนุนเสริมแผนเชิงรุกในการนำชุดความรู้หรือรูปแบบการทำงานที่ประสบผลสำเร็จของแผนเชิงรุก มาขยายผล เน้นทั้งการสนับสนุนผ่านพื้นที่ กลุ่มเป้าหมาย และประเด็นสุขภาพ ซึ่งเป็นการเปิดรับโดยร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ที่กำหนดให้เป็นองค์กรตัวกลางในการช่วยขยายแนวร่วมสนับสนุนภาคีรายย่อยให้เข้าถึงทุนของ สสส.

^{๑๓๙} ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง คือ ทางสายกลางในการดำรงชีวิต อันจะนำไปสู่สุขภาวะ (อยู่เย็นเป็นสุข) ทั้งด้านการผลิตและบริโภค อย่างพอประมาณ มีเหตุผล มีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี และมีคุณธรรม คำนึงถึงผลกระทบต่อผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม

^{๑๔๐} กฎบัตรออตตาวา ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ทั้ง ๕ ประการ คือ (๑) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพโดยเฉพาะในระดับท้องถิ่น (๒) การสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (๓) การเสริมสร้างชุมชนสุขภาพดี (๔) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพดี (๕) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ที่เน้นการร่วมคิดร่วมทำของชุมชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพในระดับชุมชน

(๓) โครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็ก เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ที่ไม่เคยได้รับทุนจาก สสส. หรือผู้ที่มีความตั้งใจในการสร้างเสริมสุขภาพแต่ขาดทักษะการเขียนโครงการ ได้ทดลองดำเนินโครงการขนาดเล็กด้วยกระบวนการที่ง่ายและวัดผลได้

(๔) กิจกรรมอย่างง่าย เป็นการเปิดโอกาสให้เกิดการรวมกลุ่มดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สร้างสรรค์ ทำให้เกิดการตื่นตัว ตื่นรู้ และเป็นพลังทางบวกที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคลและชุมชน โดยเน้นในกลุ่มเยาวชน

๒. สร้างนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ บนหลักคิดที่เน้นกระบวนการทำงาน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของแต่ละชุมชน/พื้นที่ที่นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ที่เหมาะสมตามความพร้อม หรือบริบทของพื้นที่ แล้วถูกนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินโครงการ หรือใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่แล้วได้ผลดีกว่าเดิม

๓. พัฒนาขีดความสามารถภาคีเครือข่ายให้มีศักยภาพในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างเข้มแข็ง และมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการบริหารจัดการโครงการและด้านวิชาการ รวมถึงการยกระดับ “พื้นที่ต้นแบบ” และ “แกนนำ” ให้มีศักยภาพและความพร้อมในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง

การดำเนินงานของแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพะ ปี ๒๕๕๘ มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

๑. สร้างสรรค์โอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสู่ภาคีรายย่อย เพื่อขยายแนวร่วมการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

ภาพรวมสนับสนุนโครงการรายย่อย จำนวน ๑,๘๙๐ โครงการ เป็นภาคีรายใหม่มากกว่าร้อยละ ๘๐ โดยการสนับสนุนโครงการที่มุ่งผลลัพธ์ตามเป้าหมายเฉพาะในทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปีของ สสส. ร้อยละ ๖๕ ใน ๕ ประเด็น ได้แก่ (๑) ลดอัตราการสูบบุหรี่ (๒) เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้อย่างเพียงพอ (๓) เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำของคนไทย (๔) ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง และ (๕) ครอบครัวอบอุ่น (การใช้เวลาร่วมกันของครอบครัวเพื่อป้องกันปัญหายาเสพติด) นอกจากนั้นแล้ว ยังมีการสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มประชากรที่ขาดโอกาส ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้พิการ จำนวน ๒๓๕ โครงการ คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๔ ของจำนวนโครงการที่สนับสนุน

การสนับสนุนโครงการ จำแนกตามรูปแบบการสนับสนุน ๔ รูปแบบหลัก สรุปได้ดังนี้

๑.๑ **โครงการสร้างเสริมสุขภาพทั่วไป** สนับสนุนรวม ๗๑ โครงการ ซึ่งโครงการส่วนใหญ่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพะของบุคคลและชุมชน เช่น การลดละเลิกสุรา การจัดการขยะ การลดใช้สารเคมี การทำเกษตรอินทรีย์ การดูแลสุขภาพอนามัย ลดพฤติกรรมเสี่ยงและการจัดการตนเอง ครอบครัว ชุมชน การบริโภคอาหารปลอดภัย เป็นต้น

๑.๒ **โครงการสร้างเสริมสุขภาพประเด็นเฉพาะ** สนับสนุนโครงการรายย่อยรวม ๑,๕๗๖ โครงการ ดังนี้

๑.๒.๑ โครงการร่วมสร้างชุมชนให้น่าอยู่ สนับสนุนชุมชน ๕๓๙ ชุมชนทั่วประเทศ สร้างการมีส่วนร่วมของแกนนำและสมาชิกในชุมชนในการพัฒนาชุมชนของตนเองให้น่าอยู่ มุ่งแก้ไขปัญหา

ที่ตรงกับความต้องการของชุมชน โดยติดตามผลลัพธ์ ๒ ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์เชิงประเด็น (การเปลี่ยนแปลงในประเด็นที่ชุมชนเลือกดำเนินการ ทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะของคนในชุมชน) และผลลัพธ์เรื่องความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่งจะติดตามประเมินผลความเข้มแข็งของชุมชนใน ๔ มิติ ได้แก่ โครงสร้างชุมชน ผู้นำชุมชน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของสมาชิกชุมชน การประเมินปัญหา การระดมทรัพยากร การเชื่อมโยงกับองค์กรภายนอก การรู้จักถามว่าทำไม บทบาทตัวแทนองค์กรภายนอก และการบริหารจัดการ

๑.๒.๒ การลดละเลิกบุหรี่ และป้องกันนักสูบหน้าใหม่

- (๑) โครงการชุมชนต้นแบบลด ละ เลิกบุหรี่ สนับสนุนการดำเนินงานควบคุมบุหรี่ใน ๔๓ ตำบลของจังหวัดนครราชสีมา พัฒนาศักยภาพแกนนำในการดำเนินงานควบคุมการสูบบุหรี่ในชุมชน จัดสถานที่สาธารณะในชุมชนให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ ตลอดจนการกำหนดมาตรการชุมชนในการดำเนินงานควบคุมการสูบบุหรี่ทั้งในระดับตำบลและหมู่บ้าน
- (๒) โครงการพัฒนานวัตกรรมลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง เพื่อเสริมพลังให้กลุ่มองค์กรเยาวชนในท้องถิ่น จำนวน ๑๘๗ แห่ง มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อลด ละ เลิกบุหรี่ และมุ่งเน้นที่การป้องกันนักสูบหน้าใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน รวมถึงการขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่ในเขตรับผิดชอบของ อปท.
- (๓) โครงการควบคุมยาสูบโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล ในการพัฒนาแผนดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับตำบล โดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการชุมชนในการควบคุมการบริโภคยาสูบในพื้นที่ ลดอัตราการสูบบุหรี่และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ ดำเนินงานครอบคลุม ๘๐ ตำบล ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน นครศรีธรรมราช บุรีรัมย์ และเชียงราย

๑.๒.๓ ส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้

- (๑) โครงการเทikinผัก นำรักกินผลไม้ สนับสนุนโรงเรียน ๘๕ แห่ง ใน ๗ จังหวัดภาคตะวันออก เฉียงเหนือ ส่งเสริมให้นักเรียนมีความรู้เรื่องการบริโภคผักและผลไม้ที่ปลอดภัยและถูกหลักโภชนาการผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่ให้นักเรียนได้ฝึกคิด ค้นคว้า และลงมือดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง สามารถกระตุ้นให้นักเรียนมีพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้เป็นประจำ (๕ - ๗ วัน/สัปดาห์) เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ ๓๗.๘ เป็นร้อยละ ๗๓ โรงเรียนสามารถจัดอาหารกลางวันให้นักเรียนรับประทานผักผลไม้ได้วันละ ๑๕๐ กรัม ต่อมือต่อคน เกิดแกนนำสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนจำนวน ๒,๑๒๕ คน และขยายผลการปลูกผัก เพื่อการบริโภคไปสู่ครอบครัวจำนวน ๑,๒๔๘ ครอบครัว ซึ่งจะขยายผลแนวทางดำเนินงานไปยังโรงเรียนในพื้นที่ใหม่เพิ่มขึ้นอีก ๑๕๐ โรงเรียน

- (๒) โครงการสวนผักคนเมือง สนับสนุนการสร้างพื้นที่ต้นแบบการปลูกผักในเมือง จำนวน ๓๑ แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และหัวเมืองต่างๆ ขยายกลุ่มคนปลูกผักในเมืองให้เพิ่มขึ้นผ่านการอบรมของศูนย์ฝึกอบรม ๖ ศูนย์ หน่วยอบรมเคลื่อนที่ ๑ หน่วย และช่องทางออนไลน์ www.thaicityfarm.com และเฟซบุ๊ก www.facebook.com/cityfarm ซึ่งมีผู้เข้าชมเฉลี่ย ๔๐,๐๐๐ - ๔๒,๐๐๐ รายต่อเดือน นอกจากนี้ได้สร้างความร่วมมือด้านการพัฒนาโมเดลต้นแบบที่เชื่อมโยงเรื่องเกษตรในเมือง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเมืองหรือแก้ไขปัญหาเมือง เช่น สวนผัก Root garden at Thong Lor เครือข่ายขับเคลื่อนพื้นที่ต้นแบบการใช้ประโยชน์พื้นที่รกร้างในเมือง และตะลักเกียก Organic Market “ตลาดนัด” ที่เป็นพื้นที่ให้คนเมืองได้เรียนรู้การผลิตอาหารที่สะอาดปลอดภัยได้ด้วยตนเอง
- (๓) โครงการชุมชนจักรยานเพื่อสุขภาวะ สนับสนุนให้กลุ่ม/ชุมชน/องค์กรในพื้นที่ ๗๘ แห่ง ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการใช้จักรยานสำหรับเดินทางในชีวิตประจำวัน พบว่า จำนวนผู้ใช้จักรยานเพิ่มขึ้นจาก ๑๑,๐๐๙ คน เพิ่มเป็น ๑๘,๔๓๗ คน (เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ ๖๗.๔ ของจำนวนผู้ใช้จักรยานเดิม) เกิดการเปลี่ยนแปลงภูมิทัศน์ทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้จักรยาน รวม ๑๘๗ แห่ง/จุด/ที่ เช่น การปรับปรุงเส้นทางจักรยาน จัดทำป้ายสัญลักษณ์/ป้ายเตือน ทำที่จอดจักรยาน ปลูกต้นไม้ ฯลฯ เกิดชุมชนต้นแบบการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน จำนวน ๑๘ แห่ง

๑.๒.๔ การพัฒนาสุขภาวะเด็กและเยาวชน

- (๑) โครงการมหัศจรรย์สื่อสร้างสรรค์ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สนับสนุนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั่วประเทศ จำนวน ๑๓๘ ศูนย์ จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และส่งเสริมพัฒนาการของเด็กเล็ก ตลอดจนสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนร่วมพัฒนา ศูนย์เด็กเล็กให้เป็นพื้นที่การเรียนรู้ร่วมกันของเด็กและชุมชน มีครูจำนวน ๔๔๗ คน ที่มีทักษะในการจัดกระบวนการเรียนรู้และพื้นที่สร้างสรรค์แก่เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และจำนวนเด็กเล็กที่ได้รับประโยชน์จากการมีพื้นที่การเล่นที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการ จำนวน ๗,๕๗๔ คน เกิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่พร้อมเป็นต้นแบบจำนวน ๒๑ ศูนย์ ซึ่งจะขยายผลแนวทางการดำเนินงานไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพื้นที่ใหม่อีก ๒๐๐ แห่ง
- (๒) โครงการค่ายอาสาพัฒนาสร้างเสริมสุขภาวะทางปัญญา “ชุมชนคนอาสาเพื่อการเรียนรู้สังคม” สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพแกนนำนิสิตนักศึกษาและยกระดับการเรียนรู้ การพัฒนาตนเองและชุมชนผ่านกระบวนการค่ายอาสา จำนวน ๖๐ ค่าย รวมถึงการสร้างเครือข่ายนักกิจกรรมรุ่นใหม่ ๔ ภาค ให้เป็นนักปฏิบัติการทางสังคมที่มีศักยภาพในการเป็นกลไกหนุนเสริมการทำงานค่ายอาสาในพื้นที่ รวมถึงกิจกรรมนักศึกษาอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง

๑.๒.๕ โครงการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ขาดโอกาส

- (๑) โครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุจำนวน ๒๒๖ ชมรมใน

๔๔ จังหวัด เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุระดับชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การสร้างเสริมสุขภาพจิต และระบบ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงในชุมชน

(๒) โครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้พิการ สนับสนุนกลุ่ม/องค์กรที่ทำงานด้านคนพิการ จำนวน ๔ กลุ่ม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลุ่มในการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ เสริมสร้างทักษะผู้ประกอบการและครอบครัวในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการได้ด้วยตนเอง

(๓) โครงการ “ป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเยาวชน” สนับสนุนกลุ่ม องค์กรในชุมชนจำนวน ๑๐๖ แห่ง (ชุมชน) สร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหาเสพติดในเด็กเยาวชน สร้างเสริมภูมิคุ้มกันและสร้างแกนนำ/เครือข่ายในการป้องกันยาเสพติดในชุมชน มีพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับกลุ่มเด็กเยาวชนในการทำกิจกรรมสร้างสรรค์อย่างสม่ำเสมอ เช่น งานศิลปะ ดนตรี กีฬา

๑.๓ **โครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็ก** สนับสนุน ๒๐๕ โครงการ ช่วยเปิดโอกาสให้ภาคีรายย่อยที่ไม่เคยได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส. ได้ดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็กที่สามารถทำได้ง่ายและวัดผลลัพธ์ได้เป็นรูปธรรม โดยสนับสนุนใน ๕ ประเด็น ได้แก่ การลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ในชุมชน การลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์การจัดการขยะการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้เพื่อสุขภาพ ในโรงเรียน และการผลิตและบริโภคผักผลไม้ปลอดภัยในครัวเรือน

๑.๔ **กิจกรรมอย่างง่าย** (เน้นในกลุ่มเยาวชน) สนับสนุนโครงการ Gen A พลังพลเมือง อ่านเปลี่ยนเมือง สร้างอาสาสมัครส่งเสริมการอ่านใน ๓๘ มหาวิทยาลัย จำนวน ไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ คน ที่สามารถสร้างสรรค์กิจกรรมส่งเสริมการอ่านให้กับกลุ่มเด็กเยาวชนในพื้นที่เป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ๔๐,๐๐๐ คน เป็นการทำงานร่วมกับแผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน ภายใต้สำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก ๕) และสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

๒. สร้างนวัตกรรมการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ และตัวอย่างปฏิบัติการที่ดี

๒.๑ เกิด “นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ” ในระดับพื้นที่^{๑๑๑} จำนวน ๕๔ กรณี ที่นำมาใช้ประโยชน์ ในการดำเนินงานโครงการ หรือใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่แล้วได้ผลดีกว่าเดิม เช่น ลูกโป่งป้องกันแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยที่นอนติดเตียง เตียงนอนไม้ไผ่สำหรับผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อุปกรณ์ออกกำลังกายภูมิปัญญาชาวบ้านสำหรับผู้สูงอายุ เช่น รอกออกกำลังกาย กะลานวดท้อง การจัดการกับวัสดุเหลือใช้ในชุมชน เช่น การทำถ่านซังข้าวโพด เห็ดเปลือกข้าวโพด สมุนไพรไล่แมลง ปุ๋ยหมักจากกากกาแฟ นวัตกรรมการถนอมผลไม้ เล็กบุหรื/เหล้า เช่น สมุนไพรลดบุหรื ปั่นสูล์เหล้า นมเดลิเวอรี่ ตูกลดเหล้า เป็นต้น

^{๑๑๑} นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ หมายถึง การจัดการความคิด กลไก หรือกระบวนการ และ/หรือเทคโนโลยีที่เหมาะสม นำมาใช้ประโยชน์ ในการดำเนินงานโครงการหรือใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่แล้วได้ผลดีกว่าเดิม

๒.๒ เกิด “นวัตกรรมเชิงกระบวนการ” ที่นำมาใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการทำงาน สร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ เป็นการปรับเปลี่ยนวิธีคิดหรือวิธีการจัดการใหม่ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผล และมีพื้นที่อื่นสนใจนำไปใช้ต่อ มีลักษณะเป็นนวัตกรรมที่มีแนวโน้มจะขยายผลในวงกว้างได้ เช่น

- (๑) เครื่องมือติดตามประเมินผลโครงการร่วมสร้างชุมชนให้น่าอยู่พื้นที่ภาคใต้ “เว็บไซต์คนได้สร้างสุข” ถูกนำมาใช้เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับการติดตามประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการโครงการ สร้างความเป็นธรรมาภิบาล (ลดความเสี่ยง) ได้ ทั้งในส่วนของผู้ทำโครงการ ซึ่งทุกโครงการมีการบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโครงการ และการใช้จ่ายเงินผ่านระบบออนไลน์ ทีมสนับสนุนวิชาการในพื้นที่สามารถทราบปฏิทินกิจกรรมของโครงการเพื่อลงพื้นที่สนับสนุน รวมถึง การตรวจสอบข้อมูลรายงานความก้าวหน้าโครงการได้ทันเวลา และสำนัก ๖ สามารถติดตามผลลัพธ์ของโครงการได้ ซึ่งช่วยลดขั้นตอนในเรื่องการจัดทำรายงานความก้าวหน้าของผู้รับทุน สามารถติดตามและรวบรวมผลลัพธ์จากการดำเนินโครงการได้ทันเวลา เครื่องมือนี้นอกจากทางศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอบต.) สนใจที่จะนำไปใช้ในการบริหารจัดการการให้ทุนของ ศอบต. และสำนัก ๖ จะนำโมเดลนี้ออกแบบเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับการรายงานความก้าวหน้าและติดตามประเมินผลโครงการในพื้นที่ภาคอื่นๆ ด้วย
- (๒) “เครื่องมือ Action Research Evaluation (ARE) สำหรับการติดตามประเมินผลและบริหารโครงการเชิงผลลัพธ์” เป็นการติดตามประเมินผลที่โครงการเป็นผู้ดำเนินการเอง โดยมีทีมสนับสนุนวิชาการ เป็นผู้ช่วยเหลือทางเทคนิค (facilitator) และเป็นการติดตามประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเป้าหมายและผู้นำชุมชน ซึ่งหลักคิดสำคัญของ ARE จะต้องคำนึงถึงผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ โดยมีข้อมูลหลักฐานสนับสนุน มีการติดตามผลเป็นระยะ นำไปสู่การปรับปรุงการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการติดตามของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จากการทดลองดำเนินการโดยใช้ ARE กับชุดโครงการ ๕ ชุด ได้แก่ โครงการของภาคีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โครงการพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ โครงการร่วมสร้างชุมชนและท้องถิ่นให้น่าอยู่ภาคกลาง โครงการร่วมสร้างชุมชนและท้องถิ่นให้น่าอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และโครงการเปิดรับทั่วไปภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าเป็นเครื่องมือที่ช่วยเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีการประเมินผลจากการให้ผู้อื่นติดตามเป็นการติดตามผลการดำเนินงานด้วยตนเอง ผู้ดำเนินโครงการสามารถติดตามผลลัพธ์ได้ด้วยตนเอง ช่วยลดความเสี่ยงในการบริหารจัดการ ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวสามารถนำไปขยายผลสำหรับการออกแบบและบริหารจัดการโครงการที่มุ่งผลลัพธ์ เช่น โครงการร่วมสร้างชุมชนให้น่าอยู่ในภาคอื่นๆ
- (๓) “การจัดการโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้วยครัวกลาง” ของเทศบาลตำบลเมืองแก อ.ท่าตูม จ.สุรินทร์ ซึ่งผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบายการจัดการอาหารสำหรับเด็กเล็ก โดยการจัดตั้ง “ครัวกลาง” ให้เป็นแหล่งผลิตอาหารที่อยู่ภายใต้การควบคุมของเทศบาลโดยตรง แล้วจัดส่งไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้ง ๔ แห่งให้มีมาตรฐานตามหลักสุขภาพ และได้รายการอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ เหมาะสมกับเด็กปฐมวัย ขณะเดียวกัน

เมื่อเกิดนโยบายแล้วก็ยังใช้ความรู้-ข้อมูล เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยมุ่งสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการอาหารให้ถูกต้อง บูรณาการกับแหล่งผลิตอาหารในชุมชน ตลอดจนนำข้อมูลมาใช้วางแผนการทำงาน กำกับติดตาม และประเมินผล ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ เด็กได้รับประทานอาหารที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการมากขึ้น ครูมีเวลาทุ่มเทในการเรียนการสอนและการทำกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ปกครองเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญในการจัดโภชนาการที่ถูกต้องให้กับบุตรหลานที่บ้าน นอกจากนี้ ชุมชนมีทำเนียบแหล่งผลิตวัตถุดิบในชุมชน เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการจัดหาวัตถุดิบในชุมชน เป็นการเพิ่มรายได้ให้กับคนในชุมชน และยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดการรวมตัวเพื่อผลิตอาหารที่ปลอดภัยบริโภคเองภายในชุมชน ไปอีกทาง ซึ่งโมเดล “ครัวกลาง” เป็นเครื่องมือการเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีการบริหารจัดการของท้องถิ่น ที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการโภชนาการสำหรับเด็กเล็กที่สามารถขยายผลไปยังท้องถิ่นอื่นๆ ได้

๒.๓ เกิด “โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดี” จำนวน ๑๖๒ โครงการ ที่เป็นตัวอย่างของโครงการที่ดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้เผยแพร่เพื่อขยายการรับรู้สู่ผู้รับประโยชน์ในพื้นที่ องค์การที่กว้างขึ้น เช่น โครงการด้านการจัดการขยะ โครงการลดละเลิกเหล้า โครงการลดสารเคมีทางการเกษตร โครงการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ในกลุ่มเด็กและเยาวชน เป็นต้น

๒.๔ เกิดกระบวนการจัดการสภาพแวดล้อมและปัจจัยทางสังคม ในชุมชนพื้นที่โครงการไม่น้อยกว่า ๑,๒๐๙ แห่ง ที่มีลักษณะเป็นกฎ กติกา หรือมาตรการชุมชน เช่น ข้อตกลงการจัดการขยะ ข้อตกลงห้ามดื่ม/ห้ามสูบบุหรี่ในงานประเพณี การจัดพื้นที่เขตปลอดบุหรี่ในชุมชน กติกาลดใช้สารเคมีในนาข้าวหรือแปลงผัก เกิดกลไกหรือโครงสร้างชุมชนที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ ที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือควบคุมการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือเฝ้าระวังสถานการณ์ปัญหาที่กระทบต่อสุขภาพ เช่น กลไกสภาผู้นำชุมชน เกิดการรวมกลุ่มในชุมชน เกิดต้นแบบที่เป็นตัวอย่างของการมีพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งมี “รูปธรรมของแนวโน้มความต่อเนื่องยั่งยืน” ในลักษณะต่างๆ เช่น มีโครงสร้างชุมชนที่จะรักษาพฤติกรรมและ/หรือมีกลไกรับผิดชอบดำเนินการต่อเนื่อง อาทิ การประกาศมาตรการ/นโยบายชุมชน ข้อตกลง การมีหน่วยเฝ้าระวัง ฯลฯ การได้รับการยกระดับเป็นพื้นที่ต้นแบบ พื้นที่เรียนรู้ หรือการมีเจ้าภาพ หรือเครือข่ายร่วมมือและสนับสนุนการทำงานในประเด็นที่สนใจร่วมกันต่อไป

๓. พัฒนาและเสริมสร้างขีดความสามารถภาคีเครือข่าย ให้สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๑ สนับสนุนกระบวนการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย เพื่อเพิ่มขีดความสามารถทั้งในด้านการบริหารจัดการโครงการและด้านวิชาการผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การฝึกอบรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การศึกษาดูงาน เป็นต้น

- (๑) ภาคิผู้สนใจเสนอโครงการ ๓,๐๒๑ คน ได้รับการเสริมแนวคิดเรื่องจิตอาสา กลไกสภาผู้นำ ที่สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชนจากพื้นที่ต้นแบบ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา และทักษะการเขียนโครงการให้มีคุณภาพ
- (๒) ภาคิผู้ได้รับทุน (แกนนำสร้างเสริมสุขภาพ) ๓,๘๐๘ คน ได้รับการเสริมทักษะเรื่องการบริหารจัดการโครงการ สามารถติดตามประเมินผลโครงการได้ด้วยตนเอง
- (๓) ภาคิสสนับสนุนวิชาการระดับโซนภาค ๔๔ คน ได้รับการเสริมทักษะเรื่องการบริหารจัดการโครงการเชิงผลลัพธ์ เพื่อไปช่วยสนับสนุนให้ชุมชนสามารถพัฒนาข้อเสนอโครงการในชุดโครงการ “ร่วมสร้างชุมชนให้น่าอยู่” ให้มีคุณภาพ สามารถวัดผลลัพธ์เชิงประเด็นและประเมินความเข้มแข็งของกลไกชุมชนได้

๓.๒ พัฒนาหลักสูตร “การบริหารจัดการโครงการเชิงผลลัพธ์” สำหรับเป็นหลักสูตรพื้นฐานที่จะเสริมทักษะให้กับทีมสนับสนุนวิชาการระดับโซนภาคและองค์กรตัวกลางเชิงประเด็น

๓.๓ สนับสนุนโครงการพัฒนาการยกระดับพื้นที่และยกระดับแกนนำในชุดโครงการร่วมสร้างชุมชนให้น่าอยู่ (โครงการนำร่อง) เพื่อเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้สำหรับการพัฒนาแกนนำและสร้างแบบจำลองการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ โดยพัฒนาหลักสูตรสำหรับการพัฒนาแกนนำใน ๒ เรื่อง ได้แก่ การบริหารจัดการโครงการเชิงผลลัพธ์ และการสังเคราะห์พื้นที่ต้นแบบ สำหรับนำไปพัฒนาทีมสนับสนุนวิชาการ จำนวน ๑๒ คน ให้เป็น change agent ที่จะทำงานร่วมกับทีมนักวิชาการของสำนัก ๖ ในการสังเคราะห์และถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบ จำนวน ๒๐ พื้นที่

๓.๔ แสวงหาความร่วมมือกับภาคิใหม่ๆ เพื่อเพิ่มความหลากหลายของภาคิที่ร่วมดำเนินงานและสนับสนุนโครงการในรูปแบบ “องค์กรตัวกลาง” โดยเริ่มทดลองในพื้นที่ภาคตะวันออก ขับเคลื่อนงานในกลุ่มเด็กและเยาวชน ครอบคลุม ๘ จังหวัดภาคตะวันออกซึ่งเป็นพื้นที่ที่ได้รับทุนน้อย ขณะนี้อยู่ระหว่างการวางแผนและออกแบบการดำเนินงานร่วมกัน

โดยสรุปในภาพรวม การสนับสนุนทุนของแผนในปี ๒๕๕๘ เป็นไปตามเป้าหมาย สามารถสนับสนุนทุนให้กับภาคิรายย่อยเพื่อดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพได้เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๗ ประมาณร้อยละ ๑๔.๘ เกิดผลลัพธ์ทั้งในด้านการมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยง และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพเป็นจำนวนมาก เกิดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ที่นำมาใช้ดำเนินงานโครงการแล้วเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่าเดิม นอกจากนี้ การสนับสนุนทุนในกลุ่มที่ขาดโอกาส เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ รวมถึงชุมชนในพื้นที่ห่างไกลหรือพื้นที่ที่ไม่เคยได้รับทุนจาก สสส. มีสัดส่วนการสนับสนุนทุนที่เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนทุนรายย่อยในสัดส่วนที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาระงานด้านการจัดการที่สูงมาก คณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๖ จึงมีข้อเสนอแนะการปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานในปี ๒๕๕๙ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลและลดภาระงานด้านการจัดการโดยเน้นการสร้างความร่วมมือกับภาคิหุ้นส่วนใหม่ๆ เพื่อเพิ่มความหลากหลายของภาคิที่จะร่วมดำเนินงานและสนับสนุนโครงการในรูปแบบ “องค์กรตัวกลาง” ทั้งในเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่ เพื่อช่วยขยายและกระจายโอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้กว้างขวาง รวมถึงการพัฒนาระบบบริหารจัดการของแผนให้ตอบสนองต่อการทำงานเชิงรุกมากยิ่งขึ้น

จุดเน้นของแผน

๑. ค้นหา “องค์กรตัวกลาง” ที่มีศักยภาพ เพื่อสร้างความร่วมมือในการขยายและกระจายโอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสู่ประชากรกลุ่มที่ขาดโอกาสและพื้นที่ที่ขาดโอกาสให้มากขึ้น โดยมีประเด็นที่ให้ความสำคัญเพิ่มเติม ได้แก่ การสร้างความเข้มแข็งชมรมผู้สูงอายุระดับหมู่บ้าน/ชุมชน การพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชน และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพวิถีคนเมือง (urban innovation) และประเด็น สุขภาวะทางปัญญา^{๑๔๒}
๒. พัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจากนวัตกรรมที่ทำแล้วได้ผล เพื่อเป็นกลไกการขยายผลแนวคิดและเครื่องมือการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นระบบ
๓. พัฒนาและเสริมศักยภาพภาคีเครือข่ายให้มีทักษะและขีดความสามารถในการบริหารจัดการโครงการเชิงผลลัพธ์ และการจัดการที่มีประสิทธิภาพ
๔. เพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการของแผน โดยเฉพาะการลดงานเชิงธุรการ และพัฒนาระบบการจัดการโครงการแบบออนไลน์

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อขยายโอกาสให้กลุ่มบุคคล องค์กร และชุมชน ได้ดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของพื้นที่
๒. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
๓. เพื่อพัฒนาขีดความสามารถภาคีเครือข่าย ให้สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. ขยายภาคีเครือข่ายการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

- ๑.๑ โครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในกลุ่มบุคคล องค์กร และชุมชน กระจายทั่วทุกจังหวัด ไม่น้อยกว่า ๑,๘๐๐ โครงการ
- ๑.๒ โครงการที่เสนอโดยภาครายใหม่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของโครงการที่ได้รับการสนับสนุน
- ๑.๓ ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากการดำเนินโครงการทั้งโดยตรงและทางอ้อม ไม่น้อยกว่า ๔๐๐,๐๐๐ คน

^{๑๔๒} สุขภาวะทางปัญญา คือ ความรู้ที่รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่การตื่นรู้ และเกิดปัญญาในการดำรงชีวิตที่สมดุลและเป็นสุข (เป็นนิยามเดียวกับที่ระบุในแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา)

๒. สิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะ เกิดสภาพแวดล้อมหรือปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะของคน องค์กร และชุมชนในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า ๑,๒๐๐ แห่ง

๓. พัฒนาศักยภาพภาคี

๓.๑ แกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนผลักดัน ชักชวนกลุ่มเป้าหมายหรือเป็นผู้มีบทบาทการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า ๔,๐๐๐ คน

๓.๒ แกนนำที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตรการพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ด้านการบริหารจัดการโครงการเชิงผลลัพธ์ ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ คน

๔. โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดีและนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

๔.๑ โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดี ไม่น้อยกว่า ๒๐๐ โครงการ

๔.๒ นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ กรณี

๔.๓ นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถขยายผลได้ ไม่น้อยกว่า ๑ เรื่อง

ตัวชี้วัดร่วม

๑. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายเฉพาะในทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. และเป็นโครงการที่สามารถติดตามผลลัพธ์ได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของโครงการที่สนับสนุน โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส. ได้แก่

๑.๑ ร่วมกับแผนควบคุมยาสูบ ขยายผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่/ชุมชน สร้างมาตรการหรือสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่ที่ส่งผลต่อการลดอัตราการสูบบุหรี่ และธรรมาภิบาลป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในกลุ่มเยาวชน

๑.๒ ร่วมกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ ขยายผลการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ในกลุ่มเด็กนักเรียน

๑.๓ ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเพิ่มกิจกรรมทางกาย ที่รวมถึงการเดินและการใช้จักรยาน

๒. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๕ ของโครงการที่สนับสนุน

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ ตามตัวชี้วัดแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ

๑. กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์โดยตรง หมายถึง ผู้ที่มีส่วนร่วมในโครงการ/ผู้ปฏิบัติ/ผู้ลงมือทำ/กลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการ
๒. กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์ทางอ้อม หมายถึง ผู้ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ลงมือทำแต่ได้รับผลประโยชน์จากที่มีโครงการดังกล่าว
๓. สิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะ หมายถึง สิ่งที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หรือไม่เอื้อ/จำกัดต่อการแสดงพฤติกรรมที่ไม่สร้างเสริมสุขภาพ และนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีของคนในชุมชน/พื้นที่ดำเนินงาน ซึ่งมีทั้งที่เป็นสิ่งของ อุปกรณ์ กลไก ระบบ หรือโครงสร้างชุมชน เช่น การกำหนดนโยบาย การสร้างกฎ กติกา มาตรการชุมชน ประเพณี เทศกาล การรวมกลุ่ม ต้นแบบ เป็นต้น
๔. แกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง บุคคลที่มีบทบาทในการชี้แนะ/โน้มน้าว/ผลักดัน พฤติกรรมให้กับกลุ่มเป้าหมาย เป็นแบบอย่างจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองและ/หรือเป็นผู้ที่มีบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่แล้วมาเป็นแกนนำในการดำเนินโครงการแล้วเกิดประสิทธิผลและ/หรือประสิทธิภาพ
๕. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง หมายถึง แกนนำที่มีศักยภาพหรือได้รับการพัฒนาในการนำความรู้หรือกระบวนการไปขยายผลสู่กลุ่มเป้าหมายหรือพื้นที่เป้าหมายได้
๖. โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดี หมายถึง โครงการที่ดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ มีรูปแบบผลงาน กิจกรรม กระบวนการ หรือแนวทางปฏิบัติที่น่าสนใจสามารถนำไปเผยแพร่ได้
๗. นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การจัดการความคิด กลไกหรือกระบวนการและ/หรือเทคโนโลยีที่เหมาะสม นำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานโครงการหรือใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่แล้วได้ผลดีกว่าเดิม ตัวอย่างเช่น
 - (๑) การพัฒนาความรู้ใหม่จากการวิจัยและพัฒนา
 - (๒) การนำสิ่งที่มีอยู่ในชุมชนอื่นมาปรับใช้ในชุมชนตนเอง
 - (๓) การนำสิ่งที่มีอยู่มาปรับกระบวนการทัศน์ใหม่หรือทำด้วยวิธีใหม่
 - (๔) การรื้อฟื้นสิ่งดีๆ ที่เคยมีในชุมชนมาปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน
๘. นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ขยายผลได้ หมายถึง นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถนำไปขยายผลสู่กลุ่มเป้าหมายหรือพื้นที่อื่นๆ ได้
๙. ประชากรกลุ่มเฉพาะ คือ ประชากรกลุ่มที่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพชีวิต ถูกเลือกปฏิบัติ ไม่ได้รับโอกาสที่เท่าเทียมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดหลักประกันพื้นฐานทางสังคมที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ หรือหมายถึงกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางต่อการสูญเสียสุขภาวะ

(เป็นนิยามเดียวกับที่ระบุในแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ ซึ่งปัจจุบันมีกลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้แก่ คนพิการ ผู้สูงอายุ แรงงาน ผู้หญิง มุสลิมไทย ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล คนไร้บ้านและผู้ป่วยข้างถนน)

แนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนการค้นหา “องค์กรตัวกลาง” ที่มีศักยภาพ เพื่อช่วยขยายและกระจายโอกาสการทำงาน สร้างเสริมสุขภาพสู่ประชากรกลุ่มที่ขาดโอกาสและพื้นที่ที่ขาดโอกาสให้มากขึ้น
๒. ปรับปรุงรูปแบบและช่องทางการเข้าถึงทุนที่หลากหลาย เข้าถึงได้ง่าย ทบทุนเงื่อนไขและหลักเกณฑ์ การพิจารณา ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเป้าหมายการสนับสนุนแต่ละรูปแบบ
๓. บูรณาการการทำงานกับแผนเชิงรุก เพื่อหนุนเสริมเป้าหมายเฉพาะของ สสส. ภายใต้กลไกการติดตาม ที่มุ่งผลลัพธ์
๔. สนับสนุนการจัดการความรู้จากโครงการตัวอย่างที่ดี หรือนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในรูปแบบ เอกสารที่ง่ายต่อการนำไปใช้เผยแพร่ เพื่อขยายการรับรู้ในกลุ่มเป้าหมายที่กว้างขึ้น
๕. กระตุ้นให้เกิดการสร้างนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เพิ่มมากขึ้น และสนับสนุนกระบวนการพัฒนา นวัตกรรมที่นำไปขยายผลได้
๖. พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่าย เพื่อเพิ่มขีดความสามารถการบริหารจัดการโครงการ เชิงผลลัพธ์ และให้ความสำคัญกับการยกระดับโครงการที่มุ่งผลลัพธ์
๗. สนับสนุนและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานด้านสื่อสารสาธารณะระดับโซนภาค และเชื่อมโยงกับ ช่องทางการสื่อสารขององค์กร เพื่อขยายการรับรู้ในกลุ่มเป้าหมายและ/หรือพื้นที่ที่กว้างขวางขึ้น
๘. พัฒนาระบบการจัดการโครงการแบบออนไลน์ และการพัฒนารูปแบบกระบวนการทำงานด้านการ สนับสนุนทุนรายย่อย เพื่อให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้น



กลุ่มแผนงาน

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ ประกอบด้วย ๓ กลุ่มแผนงาน ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานขยายภาคีเครือข่าย
 ๒. กลุ่มแผนงานนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
 ๓. กลุ่มแผนงานสังเคราะห์ความรู้และสื่อสารสาธารณะ
- รายละเอียดกลุ่มแผนงานมี ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานขยายภาคีเครือข่าย

๑.๑ การสนับสนุนโครงการ

- ๑.๑.๑ ปรับปรุงรูปแบบและช่องทางการเข้าถึงทุนที่หลากหลาย เข้าถึงได้ง่าย มีรูปแบบของการสนับสนุนโครงการอย่างน้อย ๕ รูปแบบ ได้แก่ (๑) โครงการสร้างเสริมสุขภาพทั่วไป (๒) โครงการสร้างเสริมสุขภาพประเภทชุดโครงการ/ประเด็นเฉพาะ (๓) โครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็ก (๔) โครงการหรือกิจกรรมอย่างง่าย และ (๕) รูปแบบอื่นๆ โดยให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการในรูปแบบที่มีองค์กรตัวกลางช่วยจัดการให้มีสัดส่วนที่มากขึ้น ทั้งองค์กรตัวกลางเชิงพื้นที่และองค์กรตัวกลางเชิงประเด็น
- ๑.๑.๒ สนับสนุนการยกระดับโครงการที่มุ่งผลลัพธ์ ซึ่งเป็นโครงการที่มีรูปแบบการดำเนินงานที่สามารถนำไปขยายผลได้
- ๑.๑.๓ พัฒนาระบบการจัดการโครงการแบบออนไลน์ในขั้นตอนการเสนอโครงการ และการรายงานความก้าวหน้าโครงการ รวมถึงการพัฒนารูปแบบกระบวนการทำงานด้านการสนับสนุนทุนรายย่อย

๑.๒ การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย

- ๑.๒.๑ พัฒนาหลักสูตรสำหรับการพัฒนาแกนนำที่จะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ใน ๒ เรื่อง ได้แก่ การบริหารจัดการโครงการเชิงผลลัพธ์ และการสังเคราะห์พื้นที่ต้นแบบ
- ๑.๒.๒ สนับสนุนกระบวนการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการบริหารจัดการโครงการและด้านวิชาการผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การฝึกอบรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การศึกษาดูงาน ฯลฯ

(๑) องค์กรตัวกลางเชิงพื้นที่หรือเชิงประเด็น

สนับสนุนการเพิ่มขีดความสามารถด้านการบริหารจัดการโครงการเชิงผลลัพธ์ การบูรณาการการทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายเพื่อยกระดับและขยายผลโครงการ รวมทั้งเก็บเกี่ยวความรู้ที่เกิดขึ้นจัดทำในรูปแบบเอกสารที่ง่ายต่อการนำไปใช้เผยแพร่

(๒) ภาคีผู้รับทุนโครงการรายย่อย

- ใช้กระบวนการติดตามเชิงผลลัพธ์สนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีเพื่อจุดประกายความคิดและการดำเนินงานที่สามารถต่อยอดและยกระดับคุณภาพผลงาน
- สนับสนุนแกนนำในระดับพื้นที่ ให้มีความรู้ความสามารถและพร้อมพัฒนาศักยภาพเพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
- ปรับปรุงเครื่องมือการดำเนินงานโครงการเชิงผลลัพธ์ ได้แก่ คู่มือดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพทั่วไปและโครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็ก

- ภาครัฐผู้สนใจเสนอโครงการ โดยการเสริมทักษะแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาทักษะเรื่องการเขียนโครงการให้มีคุณภาพ

๑.๓ การติดตามสนับสนุน

- ๑.๓.๑ พัฒนาระบบและกลไกการติดตามเชิงผลลัพธ์ให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับลักษณะโครงการและบริบทของพื้นที่
- ๑.๓.๒ ปรับปรุงเครื่องมือการติดตามสนับสนุนโครงการเชิงผลลัพธ์ให้เกิดประสิทธิภาพ เช่น ระบบการรายงานความก้าวหน้าโครงการออนไลน์ คู่มือ/เครื่องมือการติดตามสนับสนุนโครงการสำหรับองค์กรตัวกลางเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น

๒. กลุ่มแผนงานนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

- ๒.๑ สนับสนุนการค้นหานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยค้นหาทั้งในระยะเริ่มโครงการ ระหว่างดำเนินโครงการ และสิ้นสุดโครงการ
- ๒.๒ สนับสนุนกระบวนการถอดบทเรียนนวัตกรรมที่ทำแล้วได้ผลนำมาขยายผล โดยให้ความสำคัญกับนวัตกรรมเชิงกระบวนการที่จะช่วยขยายผลแนวคิดและเป็นเครื่องมือสำหรับการทำงานสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นระบบ
- ๒.๓ สนับสนุนกระบวนการสร้างและพัฒนานวัตกรรม โดยสรรหา “องค์กรตัวกลาง” ที่มีความสนใจมาร่วมออกแบบ เริ่มตั้งแต่การช่วยสร้าง บ่มเพาะ และขยายผล

๓. กลุ่มแผนงานสังเคราะห์ความรู้และสื่อสารสาธารณะ

- ๓.๑ สนับสนุนให้มีการประเมินผลกลไกการบริหารจัดการขององค์กรตัวกลางเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น เพื่อเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพการดำเนินงานโครงการ
- ๓.๒ การสังเคราะห์ความรู้
 - ๓.๒.๑ สนับสนุนการจัดการความรู้จากโครงการตัวอย่างที่ดี หรือนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบเอกสารที่ง่ายต่อการนำไปใช้เผยแพร่
 - ๓.๒.๒ สนับสนุนการสังเคราะห์พื้นที่ต้นแบบ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความสำเร็จในการดำเนินงานเชิงประเด็น สามารถนำมาแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ด้วยการสื่อสารและกระบวนการที่ไม่ซับซ้อน เป็นพื้นที่เรียนรู้ให้แก่พื้นที่อื่น ที่จะมาเป็นภาคีหน้าใหม่ของสำนัก และยกระดับเพื่อขยายผลการพัฒนาในอนาคต
- ๓.๓ การสื่อสารสาธารณะ
 - ๓.๓.๑ พัฒนาเครื่องมือและช่องทางการสื่อสาร เพื่อสื่อสารประชาสัมพันธ์แนวทางการสนับสนุนโครงการให้เข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย

- ๓.๓.๒ สื่อสารสาธารณะ โดยนำตัวอย่างโครงการปฏิบัติการที่ดี และนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อสร้างการรับรู้และสร้างความเข้าใจเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ
- ๓.๓.๓ รวบรวมและจัดการข้อมูล ผลการดำเนินงานโครงการ และสื่อประเภทต่างๆ ให้เป็นระบบ เพื่อความสะดวกต่อการใช้ประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพในวงกว้าง

ภาคีหลัก

นักปฏิบัติการทั่วประเทศ ชุมชน เครือข่ายองค์กรชุมชน สถาบันการศึกษา สำนักและเครือข่ายศาสนา องค์กรสาธารณประโยชน์ เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชน และกลุ่มประชากรเฉพาะ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานขยายภาคีเครือข่าย	๒๕๕
๒. กลุ่มแผนงานนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	๓๐
๓. กลุ่มแผนงานสังเคราะห์ความรู้และสื่อสารสาธารณะ	๒๕
รวม	๓๑๐

แผนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านระบบบริการสุขภาพ

๑๒

สถานการณ์และแนวโน้ม

“ระบบสุขภาพ” หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ทั้งมวลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งระบบสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม วิถีชีวิต และอื่นๆ เพราะทุกระบบต่างมีความสัมพันธ์ต่อการดำรงชีวิตของประชาชน ซึ่งสถานการณ์ของระบบสุขภาพยังคงจำกัดในระบบสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการรักษาความเจ็บป่วย ในขณะที่ มิติของความเจ็บป่วยมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น เช่น แนวโน้มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอีก ๑๒ ปีข้างหน้า เพิ่มขึ้น ๓.๖ เท่าหรือมีมูลค่า ๕๖๕.๑ ล้านบาท และมีแนวโน้มเกิดความพิการร่วมด้วย ทำให้ต้องเพิ่มการดูแลระยะยาว (long term care) ทั้งนี้ อัตราความเจ็บป่วย จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยจนกลายเป็นผู้พิการ ภาวะความเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อระบบบริการสุขภาพ ทั้งปัญหาการเข้าถึงบริการ ความแออัด ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มูลค่าทางเศรษฐกิจ โดยคาดการณ์ว่า ในปี ๒๕๕๘ ประเทศไทยจะเสียรายได้จากโรคไม่ติดต่อถึง ๑๕๐ ล้านบาท ทั้งที่สามารถลดความสูญเสียได้ถึงร้อยละ ๑๐ - ๒๐ หากปรับพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล และสนับสนุนให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ระยะที่ผ่านมา ระบบบริการสุขภาพได้ปฏิรูปโครงสร้างการบริหารจัดการเป็นเขตบริการสุขภาพ (regional health) โดยมีหลักการเพื่อกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางสู่ภูมิภาค ลดความเหลื่อมล้ำในการจัดสรรทรัพยากร เพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ) และสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ซึ่งแบ่งออกเป็น ๑๒ เขตบริการสุขภาพ ดูแลพื้นที่ ๔ - ๘ จังหวัด มีประชากรโดยประมาณ ๔ - ๖ ล้านคน ต่อเขตบริการสุขภาพ โดยแบ่งบทบาทการบริหารจัดการระหว่างผู้ซื้อบริการ ผู้จัดบริการ และผู้กำกับตรวจสอบ เพื่อสร้างความเป็นธรรมในระบบบริหาร และเพิ่มประสิทธิภาพการบริการด้วยแผนบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่มุ่งพัฒนาประสิทธิผลและประสิทธิภาพการให้บริการแก่ประชาชน

การพัฒนาระบบสุขภาพมียุทธศาสตร์สำคัญ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น (essential care) ของประชาชน คือ การมีระบบบริการปฐมภูมิที่มีสมรรถนะในการตอบสนองความต้องการของพื้นที่เป็นฐาน โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางการให้บริการ ด้วยค่าใช้จ่ายไม่สูงเกินไป หากแต่ระบบสุขภาพในปัจจุบันมีมิติที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ ควรต้องคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ และดูแลให้ครอบคลุมถึงการสร้างเสริมสุขภาพ จึงมีนโยบายสนับสนุนกลไกการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิในลักษณะเครือข่ายที่เรียกว่า “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” (District Health System : DHS) ซึ่งเป็นกลไกในการประสานเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น สถาบันการศึกษาและภาคส่วนต่างๆ ภายในอำเภอ เพื่อร่วมกันประสานยุทธศาสตร์และร่วมดำเนินการ แก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในอำเภอ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน และมีภาคส่วนอื่นๆ เสริมหนุนการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเป็นองค์รวม และครอบคลุมมิติสุขภาพ สังคม วัฒนธรรมด้วยบริบทของพื้นที่เป็นสำคัญ โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ ทำให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอที่มีสมรรถนะในการบริหารจัดการร่วมกัน และได้รับความไว้วางใจจากประชาชน

องค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพ คือ บุคลากรสุขภาพซึ่งถือว่าเป็น ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน มีศักยภาพที่หลากหลาย และจากการมีนโยบายทีมหมอครอบครัว^{๑๔๓} ที่ส่งเสริมให้สหวิชาชีพและภาคส่วนต่างๆ มีส่วนร่วมเป็นทีมในการดูแลประชาชน โดยเน้นกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงเป็นโอกาสในการยกระดับสมรรถนะและบทบาท ด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ทีมหมอครอบครัว รวมถึงการสร้างองค์ความรู้ใหม่และแสวงหาแนวทางใหม่ๆ ผ่านการปฏิบัติงานสุขภาพเชิงรุก ในขณะเดียวกันการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และสถานการณ์สุขภาพบ่งชี้ว่าการมีสุขภาพดีไม่ได้เกิดจากการรับบริการสุขภาพเพียงด้านเดียว แต่ต้องมุ่งสู่การสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดจากความร่วมกันของทุกภาคส่วน ครอบคลุมมิติด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนทุกเพศทุกวัยมีสมรรถนะในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ดังนั้น บุคลากรสุขภาพ จึงมีบทบาทสำคัญ ในการถ่ายทอดองค์ความรู้ และทักษะการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งเสริมคุณลักษณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพในวิชาชีพ เพื่อร่วมสนับสนุนการสร้างสุขภาพของประชาชน

ทั้งนี้ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ มีหลักการดำเนินงานที่สอดคล้อง กับทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ สสส. ระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ – ๒๕๖๔) และการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) โดยมีบทบาท “เสริมหนุนและสร้าง” สมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพชุมชน รวมถึงการที่บุคลากรสุขภาพสามารถให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนได้ โดยมีเป้าหมายหลัก คือ ระบบบริการสุขภาพมีกลไกการบริการสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และสามารถจัดการปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ทั้งเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่ รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สามารถเกื้อหนุนต่อระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จุดเน้นของแผน

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ ในปี ๒๕๕๙ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ มีจุดเน้นการดำเนินงาน ดังนี้

๑. สนับสนุนกลไกระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ให้สามารถขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีระบบฐานข้อมูลสุขภาพระดับอำเภอเป็นเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน ภายใต้แนวทางการขับเคลื่อนอำเภอสุขภาพะ ที่สอดคล้องกับการทำงานของ “เขตบริการสุขภาพ”

^{๑๔๓} ‘ทีมหมอครอบครัว’ หรือ Family care team เป็นนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศาสตราจารย์นายแพทย์ รัชตะ รัชตะนาวิน) เป็นการต่อยอดเพิ่มเติมจากฐานการทำงานเดิมของระบบบริการสุขภาพของไทย โดยมีสุขภาพของคนในครอบครัวเป็นเป้าหมายและจุดศูนย์กลางในการทำงานร่วมกัน อันจะนำมาสู่การทำให้ประชาชนและครอบครัวได้รับการดูแลด้านสุขภาพ มีความมั่นใจ เชื่อใจ ไว้วางใจ โดยมีทีมหมอครอบครัวจะเสมือนเป็นหนึ่งในเพื่อนสนิทหรือญาติของครอบครัวเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของคนไทยทุกคน ทุกครอบครัว

๒. พัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรสาธารณสุข ในการร่วมทำงานเป็นทีมหมอครอบครัว ในการสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพการดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ (คนพิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย)
๓. ส่งเสริมงานด้านสร้างเสริมสุขภาพทั้งเชิงประเด็น และเชิงพื้นที่ เพื่อพัฒนาความรู้และสร้างการรับรู้ ความเข้าใจงานด้านสร้างเสริมสุขภาพผ่านการสื่อสารสำหรับขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนทุกกลุ่มวัย

วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนรูปแบบ กลไก เพื่อผลักดันหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไปสู่แนว การสร้างเสริมสุขภาพ
๒. พัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรสาธารณสุข ให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ
๓. ส่งเสริมการพัฒนางานด้านการสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ เพื่อเป็นความรู้ที่สามารถขยายผลในหน่วยบริการสุขภาพ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดการดำเนินการร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการสนับสนุนระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อเป็นพื้นที่รองรับงานสร้างเสริมสุขภาพไม่น้อยกว่า ๓๐ แห่ง
๒. เกิดระบบข้อมูลสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน และเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่น้อยกว่า ๓๐ แห่ง
๓. บุคลากรในระบบบริการสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตบุคลากร เป็นต้น มีความตระหนัก ต่อปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ และพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ คน^{๑๔๔}
๔. เกิดมาตรการ หรือแนวทาง หรือหลักปฏิบัติ เพื่อผลักดันวิชาชีพสาธารณสุขมุ่งสู่งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและมีการนำไปใช้จริงในระบบงาน หรือในหน่วยงาน หรือในเขตบริการสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๓ มาตรการ^{๑๔๕}
๕. เกิดองค์ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ที่กระตุ้น เรียนรู้ และนำไปใช้ประโยชน์ ในระบบบริการสุขภาพให้สามารถสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่าง เป็นรูปธรรม ไม่น้อยกว่า ๗๐ เรื่อง

^{๑๔๔} ปัจจุบันมีบุคลากรในระบบบริการสุขภาพที่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับ สสส. ประมาณ ๑,๕๐๐ คน

^{๑๔๕} มาตรฐานเพื่อการผลักดันวิชาชีพสาธารณสุข เช่น ๑)การปรับปรุงคุณลักษณะที่พึงประสงค์และความรู้ความสามารถทางวิชาชีพที่มุ่งสู่การสร้างเสริมสุขภาพ ๒)กำหนดเพิ่มเกณฑ์ความรู้ความสามารถด้านการสร้างเสริมสุขภาพในการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพการให้บริการผู้ประกอบการวิชาชีพสาธารณสุข ๓)กำหนดกระบวนการพัฒนาสมรรถนะและเจตคติด้านการสร้างเสริมสุขภาพในการพัฒนาทักษะของวิชาชีพสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ๔)ระบุความต้องการและความจำเป็นในการประกอบวิชาชีพที่มุ่งสู่งานการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัดบูรณาการ

๑. ร่วมกับแผนควบคุมยาสูบและแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติด สนับสนุนให้เกิดโรงพยาบาลในเครือข่ายส่งเสริมการเลิกบุหรี่หรือการเลิกเหล้าไม่น้อยกว่า ๓๐ แห่ง
๒. ร่วมกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ สนับสนุนโรงพยาบาลในเครือข่ายสนับสนุนให้มียุทธศาสตร์หรือมาตรการส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะ เช่น จัดให้มีตลาดนัดสีเขียว หรือทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนในการส่งเสริมค่านิยมการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพไม่น้อยกว่า ๒๐ แห่ง

แนวทางการดำเนินงาน

๑. การเสริมหนุนระบบบริการสุขภาพสู่การสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิให้เน้นการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่สามารถดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ (ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย) โดยสอดคล้องกับบริบทความเปลี่ยนแปลงของเมือง สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม
๒. การพัฒนาขีดความสามารถระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพชุมชน (strengthen primary and community health care) ให้มีศักยภาพกระตุ้น สนับสนุนประชาชนในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง (self-care) สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (community involvement)
๓. การเพิ่มศักยภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพผ่านบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ (คนพิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย) ในระบบงาน
๔. ส่งเสริมการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเชิงประเด็น (issue-based) และเชิงพื้นที่ (area-based) เพื่อพัฒนาความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ส่งเสริมการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ

กลุ่มแผนงาน

๑. กลุ่มแผนงานสนับสนุนกลไกระบบบริการปฐมภูมิเพื่อระบบสุขภาพระดับอำเภอ

เพื่อเสริมหนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยเฉพาะกลไกระบบบริการปฐมภูมิให้มีสมรรถนะในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ชุมชน และสังคม นำไปสู่การจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพต่อไป โดยประกอบด้วยงานหลัก ๓ ด้าน ดังนี้

- ๑.๑ การค้นหาและสนับสนุนการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในบริบทต่างๆ ทั้งพื้นที่เขตเมือง กึ่งเมือง และชนบท ที่สามารถพัฒนากลไกการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมถึงการจัดการปัจจัยเสี่ยง

ทางสุขภาพ เช่น การสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ พัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นแหล่งเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การสนับสนุน เครือข่ายการเรียนรู้ของกลุ่มเวชศาสตร์ครอบครัวในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ดูแลประชาชน ทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ (คนพิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย) เพื่อการขยายผลแหล่งเรียนรู้การสนับสนุนกลไกการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ เพื่อเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการ เป็นต้น

- ๑.๒ การสร้างความรู้และพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพ สำหรับเพิ่มขีดความสามารถด้านต่างๆ ที่สนับสนุนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ และระบบสุขภาพชุมชนผ่านกลไกระบบบริการ ปฐมภูมิ เช่น การสังเคราะห์ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการของแหล่งเรียนรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย การพัฒนา สถาบันการจัดการระบบสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นต้น
- ๑.๓ การรับรู้เข้าใจการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย ผ่านการสื่อสารสนเทศ เพื่อถ่ายทอดแนวคิดและรูปแบบการดำเนินงาน สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป ให้มีความตระหนักและทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพในเชิงประจักษ์ เช่น การพัฒนาเอกสารและ สื่อบทเรียนการดำเนินงานของแหล่งเรียนรู้ระดับอำเภอเพื่อการเผยแพร่ การสนับสนุนกระบวนการ ถอดบทเรียน การพัฒนาสื่อสารสนเทศสำหรับถ่ายทอดรูปแบบการดำเนินงานที่มหัศจรรย์ ระดับอำเภอ เป็นต้น

๒. กลุ่มแผนงานเสริมสมรรถนะนักสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ

เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข ให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีองค์ความรู้ ทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพร่วมเป็นทีมหมอครอบครัว ในการดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ (คนพิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย) สามารถวางแผน ขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ได้ ตลอดจนมีบทบาทในการสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยประกอบด้วยงานหลัก ๓ ด้าน ดังนี้

- ๒.๑ พัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ สมรรถนะที่เหมาะสมในการเป็นนักสร้างเสริมสุขภาพในการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข และเป็นผู้ให้การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบ บริการสุขภาพ เช่น การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านวิชาชีพพยาบาล สนับสนุนการพัฒนา สมรรถนะงานสร้างเสริมสุขภาพแก่กลุ่มวิชาชีพเภสัชกร ทันตแพทย์ ในการร่วมทำงานเป็นทีมหมอ ครอบครัว เป็นต้น
- ๒.๒ สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ และแนวทางการปฏิบัติงานที่เอื้อต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับผลักดันกลไก มาตรการการสร้างแรงจูงใจ และการธำรงรักษาแก่นักสาธารณสุข เช่น สนับสนุนให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพโดยผู้บริหารการพยาบาลเขตสุขภาพ เป็นต้น

- ๒.๓ เสริมสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งหวังให้บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการและระบบสุขภาพชุมชน เช่น การสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติงานสอดคล้องกับนโยบายที่มหัศจรรย์ การสนับสนุนการถอดบทเรียน องค์ความรู้ การทำงานของสหสาขาวิชาชีพที่มีความโดดเด่นในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ

๓. กลุ่มแผนงานพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ

เพื่อสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรมทางด้านสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มต่างๆ ในเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการสร้างสุขภาพที่ดีในมิติต่างๆ ผ่านระบบบริการสุขภาพ โดยประกอบด้วยงานหลัก ๓ ด้าน ดังนี้

- ๓.๑ สนับสนุนการใช้ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรมทางสุขภาพ ที่จำเป็นต่อการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพชุมชน เช่น สนับสนุนโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ในการเป็นเครื่องมือพัฒนาคนพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพด้วยจิตวิญญาณความเป็นมนุษย์ เพื่อให้บุคลากรมีความเข้าใจ ตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตน ในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์
- ๓.๒ สนับสนุนการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพของระบบสุขภาพและระบบสุขภาพชุมชน เช่น สร้างความตระหนักแก่ประชาชนในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพระยะท้ายของชีวิต การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทีมสหวิชาชีพ การสนับสนุนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาพที่ดีในทุกมิติ
- ๓.๓ บูรณาการงานด้านสร้างเสริมสุขภาพทั้งเชิงประเด็น และเชิงพื้นที่ร่วมกับสำนักต่างๆ ใน สสส. รวมถึงองค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนทุกกลุ่มวัย

ภาคีหลัก

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรเอกชน องค์กรภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสนับสนุนกลไกสุขภาพระดับอำเภอเพื่ออำเภอสุขภาพจะ	๕๐
๒. กลุ่มแผนงานเสริมสมรรถนะนักสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๔๐
๓. กลุ่มแผนงานพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๒๐
รวม	๑๑๐

แผนพัฒนาระบบ และกลไกสนับสนุน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

๑๓

สถานการณ์และแนวโน้ม

ในปัจจุบัน ประชากรไทยมีสุขภาพดีขึ้น โดยเปรียบเทียบจากอายุคาดเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น จาก ๖๙ ปี ในปี ๒๕๓๓ เป็น ๗๕ ปี ในปี ๒๕๕๕ โดยอายุคาดเฉลี่ยที่ ๗๕ ปีนั้น เป็นการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดี ๖๖ ปี และสุขภาพไม่ดี ๙ ปี ซึ่งสาเหตุที่ทำให้มีสุขภาพไม่ดีส่วนใหญ่เกิดจากโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน และความดัน ที่มีสาเหตุหลักมาจากปัญหาพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังมีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ เช่น การมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนซึ่งมีอัตราค่อนข้างสูง^{๑๔๖}

การใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดี เกิดจากคนไทยมีภาวะโภชนาการดีขึ้น การสุขภาพดีขึ้น เข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น การบริการมีคุณภาพดีขึ้น รวมทั้งคนไทยมีความเป็นอยู่ที่ถูกสุขลักษณะมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การเพิ่มของประชากรไทยเป็นการเพิ่มในอัตราที่ช้าลง ในทางตรงกันข้าม ผู้สูงวัยกลับมีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงวัย” ซึ่งผู้สูงวัยมีแนวโน้มเจ็บป่วยและทุพพลภาพ ต้องใช้บริการจากสถานพยาบาลสูงขึ้น จึงทำให้ประชากรในวัยแรงงานมีภาระในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อเงินออมและการพัฒนาคุณภาพแรงงาน ดังนั้นจึงต้องมีการวางแผนการพัฒนาระบบและกลไกต่างๆ ที่จะรองรับสถานการณ์ดังกล่าว เช่น การทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การสร้างประกันด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล การส่งเสริมการทำงานผู้สูงอายุและการกำหนดการเกษียณอายุ เป็นต้น การพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการเตรียมความพร้อมสำหรับการรองรับสังคมผู้สูงวัยต่อไป

เทคโนโลยีกับสุขภาพ

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารได้ประกาศนโยบายดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (digital economy) ซึ่งเป็นนโยบายที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับเศรษฐกิจและสังคม โดยมุ่งเน้นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) โดยในปี ๒๕๕๘ มีการเร่งดำเนินการเพื่อสร้างสรรค์สังคม ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และพัฒนาเศรษฐกิจไทยอย่างยั่งยืนโดยเป้าหมายหลักคือ การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัล โดยเน้นการพัฒนา digital content การพัฒนาแพลตฟอร์มด้าน Application Programming Interface (API) การพัฒนาบุคลากรทุกภาคส่วนให้ได้รับการพัฒนาทักษะและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในงานด้านสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบันเทคโนโลยีได้เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อวิถีชีวิตของประชาชนมากขึ้น สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

^{๑๔๖} รายงานสุขภาพคนไทย. ๒๕๕๘

เกี่ยวกับแนวโน้มการใช้คอมพิวเตอร์อินเทอร์เน็ต และโทรศัพท์มือถือของประชากรอายุ ๖ ปีขึ้นไประหว่างปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗ พบว่าผู้ใช้คอมพิวเตอร์มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๓๐.๙ (จำนวน ๑๙.๑ ล้านคน) เป็นร้อยละ ๓๘.๒ (จำนวน ๒๓.๙ ล้านคน) ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๒.๔ (จำนวน ๑๓.๘ ล้านคน) เป็นร้อยละ ๓๔.๙ (จำนวน ๒๑.๗ ล้านคน) ผู้ใช้โทรศัพท์มือถือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๖๑.๘ (จำนวน ๓๒.๘ ล้านคน) เป็นร้อยละ ๗๗.๒ (จำนวน ๔๘.๑ ล้านคน) โดยมีการใช้เครือข่ายสังคม ถึงร้อยละ ๗๓.๙^{๑๔๗} ทำให้การเข้าถึง ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ มีความสะดวกรวดเร็วมากขึ้น และปัจจุบันมีแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ มากขึ้น เช่น เทคโนโลยีที่สามารถบริหารจัดการข้อมูลจำนวนมหาศาล ซึ่งรองรับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา อย่างข้อมูลด้านสุขภาพ เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตที่เชื่อมอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ (Internet of Things : IoT) เช่น โทรศัพท์มือถือ รถยนต์ ตู้เย็น โทรทัศน์ และอื่นๆ เข้าไว้ด้วยกัน หรือการใช้ wearable devices เช่น นาฬิกาอัจฉริยะ สายรัดข้อมืออัจฉริยะ เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงและสื่อสารกัน ได้โดยผ่านระบบอินเทอร์เน็ต เมื่อมีการนำกระแสหลักเรื่องการดูแลสุขภาพและเทคโนโลยีมาผนวกกัน ทำให้เห็น แนวโน้มรูปแบบการใช้ชีวิตแบบใหม่ ที่มีความทันสมัยและสะดวกสบายขึ้น โดยการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยี สารสนเทศ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี และในอนาคตคาดว่าจะ มีแนวโน้มการใช้อินเทอร์เน็ตและสมาร์ทโฟนจำนวนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะประชาชนในพื้นที่เขตเมืองซึ่งมีการใช้ คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต และโทรศัพท์มือถือ มากที่สุด

การขยายตัวของเมือง

ปัจจุบัน ปรากฏการณ์การขยายตัวของเมือง เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วต่อเนื่อง จากความเจริญทางด้าน สาธารณูปโภคและการย้ายถิ่นฐาน ทำให้ประชาชนในเขตเมืองมีจำนวนเพิ่มขึ้น สถาบันวิจัยประชากรและ สังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้คาดประมาณจำนวนประชากรภายในประเทศ พบว่า ในปี ๒๕๕๔ มีประชากรอาศัย อยู่ในเขตเมืองร้อยละ ๔๗.๖๐ ซึ่งแตกต่างจาก ประชากรเขตเมืองปี ๒๕๕๔ ที่มีอัตราส่วนเพียงร้อยละ ๓๖.๑๒ ของประชากรทั้งประเทศ^{๑๔๘} ซึ่งการขยายตัวของชุมชนเมืองในต่างจังหวัดก่อให้เกิดปัญหาตามมา เช่น ปัญหา สุขอนามัยในชุมชนแออัด ความปลอดภัย และอาชญากรรมต่างๆ

ด้วยความเป็นเมืองที่ขยายตัวนี้จึงต้องมีการวางแผนการพัฒนาเมือง โดยคำนึงถึงการให้บริการสุขภาพ ที่มีความครอบคลุมและทั่วถึงประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อที่ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จึงควรมีการเตรียมพร้อม ทั้งด้านการกำหนดนโยบายในการใช้ประโยชน์จากความเป็น เมืองที่มากขึ้น และนโยบายในการรับมือกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากความเป็นเมืองที่เพิ่มสูงขึ้น และต้องมีการ คำนึงว่าจะจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดอย่างไร เพื่อให้ประชาชนสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

กระแสนักสุขภาพ

ในอีกด้านหนึ่ง คนไทยจำนวนมากหันมาให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้นเรื่อยๆ เห็นได้จาก แนวโน้มการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพที่มีการผลิตเพิ่มขึ้น เพื่อ

^{๑๔๗} สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ๒๕๕๗

^{๑๔๘} สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล. ๒๕๕๔

ตอบสนองผู้บริโภคที่ห่วงใยสุขภาพ มีการออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆ เช่น การเข้าฟิตเนส การขี่จักรยาน การวิ่งเพื่อสุขภาพ การเล่นโยคะ เป็นต้น ซึ่งกระแสรักสุขภาพมิได้จำกัดเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุหรือคนวัยทำงานเท่านั้น คนรุ่นใหม่เองก็หันมาให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพที่ดีเช่นกัน

จุดนี้เป็นโอกาสอันดีในการขับเคลื่อนสังคม เพื่อให้คนไทยถึงพร้อมทางสุขภาพ กาย ใจ สมอง และอารมณ์ มีพฤติกรรมและวัฒนธรรมในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ มีความสามารถในการจัดการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพ^{๑๔๔} น่าจะเป็นทางเลือกต้นๆ ที่จะเอื้ออำนวยให้บุคคลมีสุขภาพดีทั้ง ๔ มิติ ซึ่งโจทย์สำคัญที่จะต้องเร่งดำเนินการ คือ การให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และสร้างความตระหนักว่า เรื่องการดูแลสุขภาพจะเป็นเรื่องที่บุคคล ครอบครัว องค์กร และชุมชนต้องรับผิดชอบตนเองเป็นพื้นฐาน นอกจากนั้น การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเรื่องที่ทุกคน/ทุกภาคส่วนในสังคมควรใส่ใจ โดยเฉพาะการกำหนดนโยบายสาธารณะจะต้องคำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพเป็นสำคัญ

สสส.กับภาคีเครือข่ายสุขภาพ

จากสถานการณ์ และผลการวิจัยการทำความเข้าใจภาคีเครือข่าย^{๑๔๐ ๑๔๑} ที่ผ่านมา พบว่า ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจในการสนับสนุนของ สสส. เพิ่มขึ้นมากขึ้นถึงร้อยละ ๘๙ จากการที่มีการหนุนเสริมผ่านกลไกการทำงานร่วมกัน ระบบสนับสนุนและกิจกรรมต่างๆ อาทิ การมีพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้เชื่อมโยงต่อยอดงาน และการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ ซึ่งปัจจัยที่สำคัญส่งผลต่อความพึงพอใจ และการขยายผลการขับเคลื่อนงานสุขภาพะ ยังคงพบว่าความต้องการในเรื่องของการขยายเครือข่ายและความรู้จากเครือข่ายต่างๆ ภาพลักษณ์ของ สสส. ที่ส่งเสริมภาพลักษณ์และสร้างโอกาสให้ภาคีในการขยายงาน การหนุนเสริมพัฒนาระบบกลไกสนับสนุน เพื่อสร้างความสำเร็จที่ยั่งยืน เหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จำเป็นต่อการขยายงานเสริมสร้างความรู้และทักษะในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับกรอบนโยบายที่สำคัญในการขยายฐานผู้รับประโยชน์จากทุนความรู้ และเครือข่ายไปยังพื้นที่ และองค์กรที่กว้างขึ้น สร้างความยั่งยืนโดยมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบกับกลไกหลัก

สสส. เป็นกลไกหนึ่งในระบบสุขภาพ มีภารกิจในการสนับสนุนให้ “กลไก” สำคัญๆในระบบสุขภาพดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปฏิบัติงานเสริมหนุนซึ่งกันและกันเป็นเครือข่าย เพื่อสร้างประโยชน์ไปสู่ประชาชนได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งการดำเนินงานของ สสส. นั้น “ภาคีเครือข่าย” ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และชุมชนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการเป็นส่วนร่วม (หุ้นส่วน) และใช้ศักยภาพในการขับเคลื่อนการสร้างสังคมสุขภาวะอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน โดยผลจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้เกิดการพัฒนาทุนทางสังคม ทุนทางปัญญา และเกิดภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาวะมากมายทั้งในและนอกประเทศ ภาคีในภาคส่วนต่างๆ เข้าใจและเห็นความสำคัญ

^{๑๔๔} ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ให้คำจำกัดความ การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพทางกาย จิต ปัญญา และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมบุคคลและการจัดการสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

^{๑๔๐} รายงานผลการวิจัยเพื่อทำความเข้าใจภาคี ปี ๒๕๕๗

^{๑๔๑} รายงานผลการสำรวจการรับรู้ การยอมรับ และความคาดหวังที่มีต่อภาพลักษณ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ของประชาชนทั่วไป ภาคีเครือข่าย และสื่อมวลชน ปี ๒๕๕๗

ในบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. มากขึ้น ขณะเดียวกันภาคีเครือข่าย สสส. ที่มีศักยภาพที่หลากหลาย จำเป็นต้องบูรณาการและสร้างการทำงานร่วมกัน เพื่อเชื่อมโยง เรียนรู้ ยกระดับการทำงาน และก้าวผ่านความท้าทายด้านสุขภาวะที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

โดยสรุปการทำงานสร้างสุขภาวะควรมีการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาวะ และจำเป็นต้องมีระบบและกลไกสนับสนุน เช่น ระบบข้อมูล กลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบาย ตลอดจนใช้เครื่องมือเทคโนโลยีสมัยใหม่ในการสนับสนุนการทำงาน เพื่อให้การดำเนินงานสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ทางสุขภาพและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ในปี ๒๕๕๙ นี้ แผนจะให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนการทำงานและกำหนดนโยบายด้านสุขภาพสำหรับ สสส. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารข้อมูลหรือองค์ความรู้สุขภาพสู่ประชาชน โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นเครื่องมือในการสื่อสารสุขภาพให้เข้ากับรูปแบบการใช้ชีวิตของคนในปัจจุบัน การพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพในเขตเมืองเพื่อรองรับกระแสการขยายตัวของเมือง ตลอดจนการพัฒนาขีดความสามารถของบุคคลและองค์กรภาคีเครือข่ายให้เท่าทันพลวัตของปัจจัยต่างๆ ที่กระทบต่อสุขภาพ และการบูรณาการเชื่อมโยงข้ามภาคส่วน ข้ามประเด็น ข้ามพรมแดนในการสร้างเสริมสุขภาพ

จุดเน้นของแผน

๑. บริหารจัดการข้อมูลองค์ความรู้สุขภาพ โดยบูรณาการข้อมูลทั้งภายใน และภายนอก สสส. เพื่อให้ทุกแผนสามารถใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และสามารถติดตาม (monitor) เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.
๒. สนับสนุนการพัฒนาและใช้สื่อดิจิทัล เพื่อการสื่อสารข้อมูลองค์ความรู้สุขภาพสู่ประชาชน และพัฒนานวัตกรรมเพื่อสุขภาวะ
๓. สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้สุขภาพเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เพื่อการพัฒนาเมืองสุขภาพ หรือสร้างเสริมสุขภาพในเขตเมือง และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี
๔. สานพลังเครือข่ายของ สสส. ผ่านการขยายกลไกการสื่อสาร การเชื่อมโยงเครือข่าย และการพัฒนาระบบกลไกหนุนเสริม เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเชื่อมโยงและสนับสนุน เพื่อนำไปสู่การขยายผลการขับเคลื่อนงานสุขภาพ
๕. พัฒนาขีดความสามารถภาคีเครือข่าย สนับสนุนและสร้างโอกาสการพัฒนาความรู้และทักษะตามฐานสมรรถนะ (competency-based development) ที่เป็นระบบกระตุ้น จุดประกาย เพื่อสร้างคนเข้ามาทำงานทางสังคม ส่งเสริม และพัฒนาความก้าวหน้าและความยั่งยืน ให้แก่ภาคีเครือข่าย
๖. ขยายการทำงานของ สสส. และ ภาคีเครือข่ายสู่นานาชาติ ผ่านการยกระดับองค์ความรู้สู่ระดับสากล การขยายเครือข่าย และการผลักดันการก่อตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รูปแบบคล้าย สสส. ในประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคอาเซียน

วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนให้เกิดระบบและกลไกการบริหารจัดการข้อมูล องค์ความรู้ เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ
๒. สนับสนุนให้เกิดกลไกการพัฒนาและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะ และใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารความรู้ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะสำหรับประชาชน
๓. สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการพัฒนาเมืองสุขภาวะ โดยบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน
๔. สนับสนุนให้เกิดกลไกการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี
๕. สนับสนุนการมีส่วนร่วม ขยายผลระบบและกลไก ที่นำไปสู่การเชื่อมโยงต่อยอด พัฒนาความสัมพันธ์ และขยายผลการขับเคลื่อนงานตามกลุ่มภาคีอย่างเข้มแข็งต่อเนื่อง
๖. พัฒนาขีดความสามารถภาคีเครือข่ายผ่านกลไกกลางด้านการพัฒนาศักยภาพ ขยายผลให้สอดคล้องตามกลุ่มภาคีเป้าหมาย มุ่งให้ภาคีเครือข่ายดำเนินงานได้อย่างเข้มแข็ง ต่อเนื่อง
๗. ขยายเครือข่ายและกลไกระดับนานาชาติ และสร้างความแข็งแกร่งของ สสส. ในเวทีโลก นำไปสู่การยกระดับการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของภาคีเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เป้าหมาย ๑ ปี และตัวชี้วัด

๑. หน่วยวิชาการ/ศูนย์สนับสนุนข้อมูลวิชาการ/สถาบัน ที่ทำหน้าที่รวบรวม จัดการ เผยแพร่ ข้อมูลความรู้ เพื่อสนับสนุนการทำงานสร้างสุขภาวะ เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๑ แห่ง
๒. องค์ความรู้ที่สนับสนุนกลไกการขับเคลื่อนนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาวะ ได้แก่ หนังสือ คู่มือ ชุดความรู้ เอกสารวิชาการ รายงานผลการศึกษาวิจัย บทความไม่น้อยกว่า ๓๕ เรื่อง และมีการนำองค์ความรู้อย่างน้อย ๑๐ เรื่อง ไปใช้เผยแพร่ ขยายผลหรือต่อยอดการศึกษา/วิจัย หรือสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างสุขภาวะ และตอบสนองต่อเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.
๓. สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น e-learning แอปพลิเคชัน (application) รูปแบบการสื่อสารผ่านสื่อใหม่ (new media) ไม่น้อยกว่า ๑๕ ชิ้น ที่สื่อสารข้อมูลความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเผยแพร่ผ่านช่องทางต่างๆ จนเกิดการนำไปใช้ประโยชน์จริง ซึ่งนำไปสู่การสร้างตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะและมีส่วนสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.
๔. มีการนำนโยบายสาธารณะที่แสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๑๐ ประเด็น ไปขับเคลื่อนในระดับองค์กร พื้นที่ หรือระดับชาติ ร่วมกับองค์กรยุทธศาสตร์หรือกลไกที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ

๕. รูปแบบ (model) นำร่อง แนวทางการดำเนินงาน แนวปฏิบัติที่ดี หรือนวัตกรรมที่เอื้อต่อการสร้างสิ่งแวดล้อมสุขภาวะ ไม่น้อยกว่า ๗ รูปแบบ/แนวทาง และสามารถพัฒนาให้เป็นต้นแบบที่สนับสนุนการจัดการและสื่อสารข้อมูลความรู้สุขภาวะหรือเชื่อมโยง/ขยายผลไปสู่การขับเคลื่อนงานของ สสส.
๖. กลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างสุขภาวะในรูปแบบคณะกรรมการ เครือข่ายการทำงาน หรือความร่วมมือระหว่างองค์กรทั้งในและต่างประเทศ และนำไปสู่การขับเคลื่อนประเด็นการทำงานสร้างสุขภาวะ ที่สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. ไม่น้อยกว่า ๗ กลไก/เครือข่าย/ความร่วมมือ
๗. ภาคิเครือข่ายมีความพึงพอใจการสนับสนุนของ สสส. และการพัฒนาศักยภาพอย่างน้อยร้อยละ ๙๐
๘. เกิดกระบวนการพัฒนาศักยภาพภาคีอย่างเป็นระบบ โดยมีกิจกรรม/เวที ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เชื่อมสัมพันธ์และ/หรือหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ ทั้งที่จัดในส่วนกลาง ระดับภาค หรือระดับพื้นที่ ตามกลุ่มภาคี อย่างน้อย ๑๐ ครั้ง/๑๐ หลักสูตรต่อปี ส่งผลให้ภาคิเครือข่ายสามารถใช้ศักยภาพ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะได้อย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง เอื้อต่อการบรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส.
๙. เกิดองค์ความรู้ทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านต่างประเทศของ สสส. และได้รับการเผยแพร่สู่นานาชาติ อย่างน้อย ๒ เรื่อง

ตัวชี้วัดบูรณาการ

๑. มีระบบข้อมูลที่ช่วยในการติดตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. ที่สอดคล้องกับความต้องการของแผนต่างๆ จำนวน ๑ ระบบ
๒. มีการทำงานร่วมมือกันระหว่าง แผน ๑๓ และแผนต่างๆ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสถิติแห่งชาติ หรือหน่วยงานเจ้าของข้อมูลอื่นในการพัฒนาข้อมูลเชิงประเด็นในระดับจังหวัด อย่างน้อย ๑ ประเด็น

แนวทางการดำเนินงาน

๑. บูรณาการทำงานร่วมกับแผนต่างๆ ของ สสส. ในเชิงพื้นที่ เชิงประเด็น และเชิงระบบ เพื่อตอบสนองทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.
๒. ขยายแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพโดยเชื่อมประสานภาคียุทธศาสตร์ (strategic partners) และภาคีร่วมพัฒนา (boundary partners) เพื่อร่วมขับเคลื่อนการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะในภาพใหญ่
๓. สนับสนุนการต่อยอดและขยายผลองค์ความรู้ และต้นแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะ

๔. ขยายผลระบบ และกลไก สานและเสริมพลังภาคีเครือข่าย พัฒนาขีดความสามารถ สอดคล้องกับ
กลุ่มภาคี และยกระดับการทำงาน สู่ระดับนานาชาติ

กลุ่มแผนงาน

๑. กลุ่มงานส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลและองค์ความรู้ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย งานหลัก ๔ ด้าน ดังต่อไปนี้

- ๑.๑ จัดการระบบคลังข้อมูลสุขภาพ โดยการรวบรวมข้อมูลสถิติและผลการสำรวจทางสุขภาพทั้งภายใน
และภายนอก สสส. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ข้อมูลสำหรับวางแผนการทำงาน และสามารถติดตาม
เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.
- ๑.๒ สำรวจความต้องการใช้ข้อมูลของแผนต่างๆ และร่วมกับแผนต่างๆ ใน สสส. และภาคีพัฒนาโจทย์
วิจัย เพื่อนำองค์ความรู้ไปใช้ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น สถานการณ์แนวโน้มสุขภาพ
ในบริบทต่างๆ สำหรับใช้ในการวางแผนและกำหนดทิศทางนโยบายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
- ๑.๓ พัฒนาเครือข่ายผู้ทำงานด้านระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Thai Health Information Network :
THINK) โดยการเชื่อมโยงผู้ทำงานด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพจากทุกภาคส่วน เพื่อพัฒนาระบบ
ข้อมูลข่าวสารสุขภาพของประเทศให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ๑.๔ สนับสนุนการพัฒนาหน่วยวิชาการ/ศูนย์ข้อมูล/สถาบันวิจัยและพัฒนา ในระดับองค์กรและ/หรือ
ระดับภูมิภาค ให้มีความสามารถในการบริหารจัดการและสนับสนุนข้อมูลองค์ความรู้ในการทำงาน
สร้างเสริมสุขภาพ

๒. กลุ่มงานสร้างความตระหนักเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วยงานหลัก ๓ ด้าน ดังต่อไปนี้

- ๒.๑ สนับสนุนให้เกิดกลไกการพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสื่อสารความรู้ เพื่อการสร้างเสริม
สุขภาพ ได้แก่
 - ๒.๑.๑ การจัดการความรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อนำมาใช้สนับสนุนการ
ดำเนินงาน โดยแบ่งเป็นความรู้วิชาการสำหรับคนทำงานด้านสุขภาพ และความรู้สุขภาพ
สำหรับประชาชนทั่วไป
 - ๒.๑.๒ การสนับสนุนการพัฒนาสื่อใหม่ เพื่อเป็นเครื่องมือในการสื่อสารข้อมูลและองค์ความรู้
สุขภาพ หรือต่อยอดเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีอยู่ และประยุกต์ให้เข้ากับความต้องการใช้งาน
 - ๒.๑.๓ สนับสนุนการพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อรองรับความต้องการในด้านการสื่อสาร
ข้อมูลองค์ความรู้เกี่ยวกับประเด็นการทำงานต่างๆ ของ สสส. โดยใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ

๒.๒ สนับสนุนกลไกการพัฒนาศักยภาพกลุ่มนักพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ (software developer) เพื่อขยายแนวคิดการสื่อสารองค์ความรู้สุขภาพโดยใช้สื่อใหม่

๒.๒.๑ สร้างและเชื่อมโยงเครือข่ายนักพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อขยายแนวคิดการสื่อสารองค์ความรู้สุขภาพโดยใช้สื่อใหม่ และร่วมพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

๒.๒.๒ สนับสนุนการบ่มเพาะ/พัฒนาศักยภาพนักพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ (incubation) ในด้านองค์ความรู้ด้านสุขภาพ การออกแบบ เทคนิคการพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ และการตลาด เพื่อให้สามารถพัฒนาผลงานไปสู่การใช้งานได้จริง

๒.๓ พัฒนานักสื่อสารข้อมูลและองค์ความรู้สุขภาพ

๒.๓.๑ สร้างและพัฒนานักสื่อสารข้อมูลและองค์ความรู้สุขภาพผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ ในกลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางสังคม บุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มประชาชนทั่วไป ให้มีแนวคิด องค์ความรู้ และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพ และสามารถเผยแพร่องค์ความรู้ผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศได้

๒.๓.๒ สร้างและเชื่อมโยงเครือข่ายนักสื่อสารข้อมูลและองค์ความรู้สุขภาพ ในกลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางสังคม บุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยสนับสนุนให้เกิดพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน

๓. กลุ่มงานพัฒนานโยบายสาธารณะและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยงานหลัก ๒ ด้าน ดังต่อไปนี้

๓.๑ สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการพัฒนาเมืองสุขภาพ

๓.๑.๑ สนับสนุนการสร้างและจัดการความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาเมืองสุขภาพ เพื่อขยายแนวคิดไปยังพื้นที่เขตเมืองอื่นๆ

๓.๑.๒ เชื่อมโยงเครือข่ายจากทุกภาคส่วน เพื่อร่วมผลักดันแนวคิดและขับเคลื่อน การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อการพัฒนาเมืองสุขภาพ และสนับสนุนการจัดเวทีนโยบายสาธารณะ

๓.๒ พัฒนารูปแบบและกลไกการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

๓.๒.๑ ศึกษาวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health) โดยการประยุกต์ใช้องค์ความรู้จากหลากหลายสาขาวิชาชีพ เช่น วิศวกรรมศาสตร์ สถาปัตยกรรมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ ครุศาสตร์ คหกรรมศาสตร์ เป็นต้น และนำองค์ความรู้ไปใช้สนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ

๓.๒.๒ พัฒนานวัตกรรมหรือต้นแบบนำร่องเกี่ยวกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งการต่อยอด ขยายนวัตกรรมไปยังพื้นที่อื่น

๓.๒.๓ สนับสนุนกลไกการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย สสส. ให้สามารถสร้างผลกระทบทางสังคม และพึ่งพาตนเองทางการเงินได้ ตามแนวคิดของวิสาหกิจเพื่อสังคม (social enterprise)

๔. กลุ่มงานพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ ประกอบด้วยงานหลัก ๓ ด้าน ดังต่อไปนี้

๔.๑ สร้างความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคี (partner segmentation & engagement) ต่อยอด ขยายผล และพัฒนาความร่วมมือภาคีเครือข่าย (networking and collaboration) โดยมีการดำเนินการหลัก ดังต่อไปนี้

๔.๑.๑ จัดภาคีตามกลุ่มเป้าหมาย (partner segmentation) สร้างความเข้าใจ สร้างกระบวนการในการมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน การรับฟังเสียงสะท้อน (feedback) จากภาคี ออกแบบ กลไก รูปแบบการทำงาน และเสริมศักยภาพกับภาคีที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย (segment)

๔.๑.๒ ขยายผล การสร้างและเปิดพื้นที่ในการสานสัมพันธ์ และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขยายทุนความรู้ต่อยอดทักษะ ความหลากหลาย สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และบริบทพื้นที่ สร้างโอกาสให้เชื่อมโยงการทำงาน หรือเกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ร่วมกัน

๔.๑.๓ เพิ่มการใช้ระบบ กลไก ช่องทางการสื่อสาร ฐานข้อมูล การจัดการความรู้ องค์ความรู้ภาคี และศักยภาพของภาคี เพื่อประโยชน์ในการสานและเสริมพลังภาคีเครือข่าย และเพิ่มประสิทธิภาพการขับเคลื่อนงานสุขภาวะ

๔.๒ พัฒนาขีดความสามารถภาคี โดยมีการดำเนินการหลัก ดังต่อไปนี้

๔.๒.๑ ขยายผล การรวบรวมและจัดระบบ พัฒนากลไกและหลักสูตรมาตรฐาน เพื่อพัฒนาศักยภาพ ตามฐานสมรรถนะ ตามกลุ่มภาคีเป้าหมาย

๔.๒.๒ พัฒนา แนวทางสร้างความร่วมมือ นำร่องการทำงาน กับหน่วยงาน สถาบันการศึกษา หน่วยงานด้านการพัฒนาศักยภาพ องค์การตัวกลางต่างๆ เพื่อ ขยายผล พัฒนาศักยภาพ และสร้างความยั่งยืน ให้แก่ภาคีเครือข่าย และคนทำงานทางสังคม

๔.๒.๓ นำองค์ความรู้ที่หลากหลาย ทั้งในและต่างประเทศ พัฒนาสื่อการเรียนรู้ สร้างช่องทาง และ กระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย เพื่อให้ภาคีเครือข่ายสามารถเข้าถึง และยกระดับงาน พัฒนาศักยภาพ

๔.๓ ขยายการทำงานของ สสส. และ ภาคีเครือข่ายสู่นานาชาติ (international relations) มีแนวทางการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

๔.๓.๑ ขยายเครือข่าย สร้างความสัมพันธ์ พัฒนาความร่วมมือ กับเครือข่ายนานาชาติยุทธศาสตร์ เช่น World Health Organization, South East Asian Regional Office (WHO-SEARO), Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA), International Society for Physical Activity and Health (ISPAH), Asian Venture Philanthropy Network (AVPN)

- ๔.๓.๒ รวบรวม แลกเปลี่ยน องค์ความรู้ ระดับนานาชาติ เผยแพร่บทบาทและการทำงานของ สสส. และพัฒนาศักยภาพภาคีสู่ระดับสากล
- ๔.๓.๓ เคลื่อนไหวผลักดันนโยบาย ผ่านการเตรียมความพร้อมการเป็นเจ้าภาพจัดประชุมนานาชาติ ได้แก่ The International Conference for Physical Activity and Health 2016 (ISPAH 2016) และความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก
- ๔.๓.๔ เผยแพร่รูปแบบองค์กรสร้างเสริมสุขภาพผลักดันการก่อตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รูปแบบคล้าย สสส. (health promotion model) ในประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคอาเซียน

ภาคีหลัก

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ มูลนิธิหมอชาวบ้าน มูลนิธิสถาบันพัฒนาการเรียนรู้ สถาบันการศึกษา สมาคมวิชาชีพ สำนักงานสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคีเครือข่ายผู้รับทุน สสส., ASHOKA, World Health Organization (WHO), International Network of Health Promotion Foundations (INHPF), Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA), International Society for Physical Activity and Health (ISPAH), Global Health Workforce Alliance (GHWA), Asian Venture Philanthropy Network (AVPN), International Union for Health Promotion and Education (IUHPE)

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลและองค์ความรู้ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๘๐
๒. กลุ่มแผนงานสร้างความตระหนักเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ	๓๐
๓. กลุ่มแผนงานพัฒนานโยบายสาธารณะและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๓๐
๔. กลุ่มแผนงานภาคีสัมพันธ์	๒๐
๕. กลุ่มแผนงานพัฒนาศักยภาพ	๕๐
๖. กลุ่มแผนงานวิเทศสัมพันธ์	๕๐
๗. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการพัฒนากลไกทางสังคม	๖๒
๘. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการติดตามและประเมินผล	๒๐
รวม	๓๔๒

แผนอาหารเพื่อสุขภาพ

สถานการณ์และแนวโน้ม

๑. อัตราของผู้มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนโดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยเรียน แนวโน้ม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในโรงเรียนของเด็ก และปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารในโรงเรียน

ปัจจุบันการใช้วิถีชีวิตแบบคนเมืองสมัยใหม่ ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีพลังงานและไขมันสูง โซเดียมสูง น้ำตาลสูง กรดไขมันอิ่มตัวสูง รวมถึง การทำกิจกรรมทางกายและการบริโภคผักผลไม้ที่น้อยเกินไป ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงทั้งสิ้น ซึ่งประเทศต่างๆ ทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน (obesity) และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และภาวะไตวายเรื้อรัง โรคดังกล่าวนี้กำลังเป็นภัยคุกคามในประชากรไทยเช่นกัน โดยสามารถวัดได้จากอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่า คนไทยที่ป่วยเป็นโรคอ้วนมีจำนวนสูงถึง ๔ ล้านคน (ร้อยละ ๑๖ ของประชากรทั้งหมด) สูงเป็นอันดับ ๕ ของภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ปัญหาของโรคไม่ติดต่อที่เกิดขึ้นไม่เพียงเป็นปัญหาที่ก่อความเดือดร้อนกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรงเท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อเนื่องไปยังภาวะเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่ภาครัฐต้องจ่ายเพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ที่ป่วยเป็นโรคต่างๆ ดังกล่าว ในปี ๒๕๕๒ สูงถึง ๕,๕๘๐.๘ ล้านบาท และยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากผลการสำรวจสถานการณ์อัตราของผู้มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ในปี ๒๕๕๗ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียน (เด็กที่มีอายุตั้งแต่ ๕ - ๑๔ ปี) ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กวัยเรียน ร้อยละ ๙.๕ มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ซึ่งภาวะดังกล่าวล้วนเป็นผลสืบเนื่องมาจากปัจจัยสำคัญทั้งในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการจัดการสภาพแวดล้อมด้านอาหารในโรงเรียน โดยโครงการสำรวจสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงเรียนประถมศึกษา ในปี ๒๕๕๗ พบว่า เด็กวัยเรียนดื่มน้ำหวาน ๑ แก้วต่อวัน ถึงร้อยละ ๔๘.๘ และซื้อขนมกรุบกรอบ/ขนมขบเคี้ยวนอกโรงเรียน อย่างน้อย ๑-๒ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๔๒.๗ นอกจากนี้ ยังพบว่า ร้อยละ ๕๗.๙ ของโรงเรียนที่สำรวจ มีร้านค้าขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลมที่จำหน่ายอยู่บริเวณรอบรั้วโรงเรียน จำนวน ๑ - ๒ ร้านค้า ซึ่งอาหารหน้าโรงเรียนที่เด็กวัยเรียนนิยมซื้อมาบริโภคส่วนใหญ่ มักจะเป็นอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ ลูกชิ้นปิ้ง/ทอด ไส้กรอก ขนมหวาน เนื้อสัตว์ทอด/ย่าง และไส้กรอก เป็นต้น อย่างไรก็ตาม มีเด็กวัยเรียนเพียง ร้อยละ ๒๒.๔ เท่านั้น ที่ไม่ซื้ออาหารชนิดใดเลย

๒. อัตราการบริโภคผักผลไม้ของคนไทย สาเหตุที่บริโภคน้อย และแนวโน้ม

ผักและผลไม้เป็นอาหารที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของมนุษย์เป็นอาหารที่ให้คุณค่าทางโภชนาการ ช่วยรักษาสมดุลของร่างกาย และมีส่วนประกอบของสารพฤกษเคมีที่มีศักยภาพที่ออกฤทธิ์ในเชิงสุขภาพ ด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อต่างๆ รายงานจาก The UN Food and Agriculture Organization and the World Health Organization (FAO/WHO) ในปี ๒๕๔๖ ได้ทำการรวบรวมรายงานการวิจัยโดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) และกำหนดข้อเสนอแนะในการบริโภคผักผลไม้ให้ได้วันละ ๔๐๐ - ๖๐๐ กรัม จะเป็นปริมาณการบริโภคที่สามารถช่วยลดภาระโรคต่างๆ ได้แก่ หัวใจขาดเลือด (ร้อยละ ๓๑) หลอดเลือดในสมองตีบ (ร้อยละ ๑๙) ลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตจากมะเร็งกระเพาะอาหาร (ร้อยละ ๑๙) มะเร็งปอด (ร้อยละ ๑๒) มะเร็งลำไส้ใหญ่ (ร้อยละ ๒) แต่จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนครั้งที่ ๔ ปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่า อัตราการบริโภคผักผลไม้ของคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่บริโภคได้อย่างเพียงพอตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกนั้น มีแนวโน้มลดลงเหลือเพียงร้อยละ ๑๗.๗ จากเดิมร้อยละ ๒๑.๖ เมื่อเทียบกับรายงานผลการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนในครั้งที่ ๓ ปี ๒๕๔๖ - ๒๕๔๗

สาเหตุที่มีการบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพออาจมีความเกี่ยวข้องกับการตรวจพบสารเคมีที่ใช้ในการเกษตร โดยในปี ๒๕๕๔ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในร่างกายของเกษตรกรที่อยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย สูงถึงร้อยละ ๓๐ นอกจากนี้ ผลการสำรวจของเครือข่ายเฝ้าระวังสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในปี ๒๕๕๗ ได้ตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ตกค้างในผักผลไม้เกินกว่าค่า minimum residue level (MRL) ถึงร้อยละ ๔๖.๖ หากจำแนกตามประเภทแหล่งจำหน่าย พบว่า ผักผลไม้ที่พบการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุดคือ ผักผลไม้ที่ได้ตรารับรองมาตรฐาน Q ซึ่งพบการตกค้างมากถึงร้อยละ ๘๗.๕ และเกินมาตรฐาน MRL ร้อยละ ๖๒.๕ รองลงมาคือ ผักผลไม้ที่จำหน่ายในห้างค้าปลีก ส่วนแหล่งที่พบผักผลไม้เกินมาตรฐาน MRL น้อยที่สุดกลับเป็นตลาดทั่วไป ส่งผลให้ประชาชนมีความกังวลใจต่อความปลอดภัยในการบริโภคผักผลไม้ นอกจากนี้สถานการณ์ด้านการผลิต ปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๕ ข้อมูลจากแผนงานขับเคลื่อนความมั่นคงทางอาหารเพื่อสุขภาวะ โดยมูลนิธิชีววิถี พบว่า มีแนวโน้มการลดลงของพื้นที่ปลูกผลไม้มากกว่า ๓.๔ แสนไร่ ส่งผลให้ผลไม้ (และผัก) มีราคาแพงขึ้น จนทำให้ผู้บริโภคต้องจ่ายในราคาสูงขึ้นกว่า ๓ เท่าในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา ซึ่งผู้บริโภคส่วนใหญ่ของประเทศก็ยังไม่สามารถเข้าถึงผักผลไม้ที่มีคุณภาพมาตรฐานด้านความปลอดภัยได้ เนื่องจากผักผลไม้ดังกล่าวมีราคาแพงกว่าผักผลไม้ที่ไม่ได้มาตรฐาน ประกอบกับรูปแบบการบริโภคของประชาชนในปัจจุบัน ที่มักจะนิยมบริโภคอาหารนอกบ้านมากกว่าการปรุงประกอบอาหารเพื่อบริโภคเองในครัวเรือน จึงทำให้มีโอกาสในการบริโภคผักผลไม้ที่เป็นส่วนประกอบของอาหารในปริมาณที่น้อยลง

๓. สถานการณ์ด้านความปลอดภัยของระบบอาหาร จากผู้ผลิตถึงผู้บริโภค และโอกาสของการพัฒนาระบบห่วงโซ่คุณค่าอาหารอินทรีย์และอาหารปลอดภัย

จากสถานการณ์ด้านความปลอดภัยของระบบอาหารที่ตรวจพบสารเคมีทางการเกษตรตกค้างตั้งแต่ต้นทางของกระบวนการผลิตไปจนถึงผู้บริโภคดังที่ได้กล่าวไว้ในข้างต้น ทำให้เกิดการตื่นตัวในการบริโภคพืชผัก

ปลอดสารเคมีหรือผักอินทรีย์ (organic vegetable) ซึ่งได้รับความสนใจและขยายตัวอย่างมากทั้งการบริโภคภายในประเทศและการส่งออก ส่งผลให้ปริมาณความต้องการผลผลิตผักอินทรีย์คุณภาพมีอัตราสูงขึ้นเป็นลำดับ หน่วยงานภาครัฐของไทยจึงจำเป็นต้องมีมาตรการที่ทำให้เกิดระบบประกันคุณภาพและความปลอดภัย รวมถึงการกำกับดูแลที่เข้มแข็ง ทั้งในส่วนของผักผลไม้ที่ผลิตได้ในประเทศและการนำเข้าจากต่างประเทศ พร้อมทั้งสนับสนุนให้สามารถหาซื้อได้ในราคาที่เหมาะสม เพื่อช่วยทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นด้านคุณภาพและความปลอดภัย ตลอดจนให้ความใส่ใจในการเลือกบริโภคอาหารที่มีความปลอดภัยต่อสุขภาพมากขึ้น สำหรับกลุ่มเกษตรกรในฐานะที่เป็นผู้ผลิตก็มีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้และทักษะในด้านต่างๆ เช่น ด้านวิทยาศาสตร์เกษตร ด้านเศรษฐศาสตร์ และด้านการบริหารจัดการธุรกิจ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ทั้งระบบการผลิต การตลาด และการจัดการ ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิธีการผลิตแบบเดิมที่ใช้สารเคมีทางการเกษตร ให้หันมาลด ละ เลิก เพื่อนำไปสู่การเป็นผู้ผลิตเกษตรอินทรีย์ ซึ่งทำให้เกิดห่วงโซ่ของความปลอดภัยตั้งแต่ผู้ผลิตไปจนถึงผู้บริโภค นอกจากนี้ เกษตรกรที่ได้รับการพัฒนานั้นยังมีความจำเป็นที่จะต้องรวมกลุ่มกันเป็นสมาชิกเครือข่ายเกษตรอินทรีย์ เพื่อให้มีความเข้มแข็งในการดำเนินงาน และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน พร้อมทั้งควรสร้างกลไกในการเชื่อมโยงไปยังกลุ่มผู้บริโภคโดยตรง เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและความเชื่อมั่นในผลผลิตแบบมีส่วนร่วม ซึ่งจะเป็นโอกาสทำให้เกิดระบบห่วงโซาอาหารอินทรีย์และอาหารปลอดภัยที่ประชาชนผู้บริโภคสามารถเข้าถึงได้มากขึ้น

๔. โอกาสของการผลักดันนโยบาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับโครงสร้างของระบบอาหาร

ในการดำเนินงานขับเคลื่อนงานด้านอาหารนั้น มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลด้านอาหารอยู่หลายฉบับ และอยู่ในอำนาจหน้าที่ของหลายหน่วยงานในกระทรวง ทบวง กรม ซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงานเกี่ยวกับอาหารในมิติที่แตกต่างกัน ขาดการบูรณาการ ขาดความเป็นเอกภาพ และประสิทธิภาพในการกำกับดูแลการดำเนินงานในห่วงโซาอาหาร ประกอบกับยังขาดนโยบายและยุทธศาสตร์เกี่ยวกับความมั่นคงด้านอาหาร ทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉิน ตลอดจนการป้องกันการใช้อาหารในการก่อการร้าย รวมทั้งการให้การศึกษาด้านอาหารให้ทันต่อสถานการณ์ของสังคมโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้น สถานิติบัญญัติแห่งชาติเล็งเห็นความสำคัญดังกล่าวจึงเห็นชอบในการออก พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ บังคับใช้เป็นกฎหมายเพื่อให้มี “คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ” เป็นองค์กรหลักในการดำเนินการหรือจัดการด้านความมั่นคงด้านอาหารให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ครอบคลุมมิติที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง สามารถประสานและบูรณาการ งบประมาณ หรือทรัพยากรในการจัดการอาหารทั้งภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังเพิ่มเติมมิติอาหารศึกษาเพื่อให้ความรู้หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ประชาชน ผู้ประกอบการและผู้ที่เกี่ยวข้องในวงกว้าง เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันด้านความรู้ที่เพียงพอในการจัดการปัญหาความไม่ปลอดภัยด้านอาหารจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

โดยในปี ๒๕๕๘ คณะรัฐมนตรีได้มีมติแต่งตั้งคณะกรรมการอาหารแห่งชาติชุดใหม่ จึงนับเป็นโอกาสสำคัญที่จะขับเคลื่อนและผลักดันนโยบายในด้านอาหาร เนื่องจากแผนอาหารเพื่อ สุขภาวะได้สนับสนุนการทำงานให้กับทีมเลขานุการของคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ ตลอดจนสนับสนุนและเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายทั้งในส่วนสถาบันการศึกษา และเครือข่ายรณรงค์ด้านอาหารปลอดภัยและความมั่นคงทางอาหาร ซึ่งการทำงานร่วมกัน

ของหลากหลายภาคส่วนนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับโครงสร้างของระบบอาหารของประเทศไทยต่อไป เช่น การผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนดเป้าหมายเพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้ของประชาชนร่วมกัน ผลักดันให้เกิดระบบกำกับดูแลความปลอดภัยผักและผลไม้ตลอดทั้งห่วงโซ่ ผลักดันให้มีการใช้สัญลักษณ์โภชนาการอย่างง่าย เพื่อเป็นข้อมูลการตัดสินใจเลือกผลิตภัณฑ์อาหารของผู้บริโภค เพื่อลดการบริโภคน้ำตาล โซเดียมและไขมัน รวมทั้ง ผลักดันให้เกิดการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะ เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงอาหารสุขภาวะได้อย่างเพียงพอ

จุดเน้นของแผน

คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ ร่วมกับภาคีของแผน ได้ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เป้าหมายตามแผน ๓ ปี (๒๕๕๘ – ๒๕๖๐) และเป้าหมายตามทิศทาง ๑๐ ปี สสส. จึงให้พัฒนาแผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๕๙ ที่สอดคล้องกับทิศทางดังกล่าว โดยมีจุดเน้น ดังนี้

๑. ส่งเสริมความรู้และทักษะของประชาชนตามกลุ่มวัยต่างๆ ให้มีขีดความสามารถในการจัดการตัวเองและมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ปลอดภัยและส่งผลดีต่อสุขภาพ รวมถึงมีจิตสำนึกแห่งสุขภาพ โดยจะเพิ่มสัดส่วนงานสำหรับกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ
๒. ส่งเสริมให้เกิดขึ้นแบบของระบบห่วงโซ่อาหารของผักผลไม้ที่ปลอดภัยและปลอดภัย เพื่อให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงแหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการผักผลไม้ปลอดภัย รวมทั้งส่งเสริมการปลูกเพื่อการบริโภคในครัวเรือนและองค์กร โดยจะเชื่อมโยงแหล่งผลิตและแหล่งบริโภคจากชนบทสู่เมือง
๓. ส่งเสริมการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะในพื้นที่ยุทธศาสตร์ โดยให้ความสำคัญกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน เป็นลำดับแรก ตลอดจนบูรณาการเรื่องการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และทักษะเรื่องความฉลาดรู้ด้านสื่อ ในกิจกรรมการเรียนการสอนของโรงเรียน
๔. รณรงค์เรื่องอาหารปลอดภัยในแหล่งให้บริการอาหาร ที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย เช่น อาหารริมทาง
๕. ร่วมมือกับหน่วยงานยุทธศาสตร์หลักขับเคลื่อนเรื่องคุณภาพอาหารในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียน โดยขยายผลจากต้นแบบของโครงการเด็กไทยแก้มใส ที่ดำเนินงานต่อเนื่องจากปี ๒๕๕๘
๖. ร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์เพื่อผลักดันนโยบายที่จะส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านระบบอาหารสุขภาวะ ที่มีการพัฒนาข้อเสนอทางวิชาการมาพร้อมแล้ว เช่น ฉลากโภชนาการอย่างง่าย และการลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม เป็นต้น

นิยามศัพท์เชิงยุทธศาสตร์

อาหารเพื่อสุขภาพ (healthy food & nutrition) อาหารที่มีคุณลักษณะทางกายภาพและส่วนประกอบที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ปลอดภัย ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และทุกคนสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีปริมาณที่ได้รับเพียงพอ และมีเสถียรภาพ

ปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาพ (food environment) คุณลักษณะทางด้านกายภาพ เศรษฐกิจ นโยบาย สังคมวัฒนธรรม การสร้างโอกาสและเงื่อนไข ที่มีผลต่อการเลือกบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และภาวะโภชนาการของประชาชน

การบริโภคผักผลไม้ที่เพียงพอ การบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยและเพียงพอตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (๔๐๐ กรัมต่อวันหรือ ๕ ส่วนมาตรฐาน)

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้บริโภคผักผลไม้อย่างเพียงพอ โดยส่งเสริมให้เกิดการผลิต การเข้าถึง แหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการผักผลไม้ที่ปลอดภัย ได้อย่างสะดวก รวมทั้งให้ประชาชนมีทักษะและค่านิยมในการปลูกเพื่อบริโภค
๒. เพื่อส่งเสริมให้พื้นที่หรือองค์กรยุทธศาสตร์ ได้มีการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาพ ที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสม โดยเน้นที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเด็กวัยเรียน
๓. เพื่อบรรณสร้างเสริมความเข้าใจและสร้างค่านิยมในการบริโภคอาหารสุขภาพ และการใช้วิถีชีวิตที่มีสุขภาพสำหรับประชาชนตลอดทุกกลุ่มวัย รวมถึงกลุ่มที่ขาดโอกาส
๔. เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายที่ส่งเสริมระบบอาหารสุขภาพ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

เป้าหมายระดับชาติ และทิศทาง ๑๐ ปี ของ สสส.

๑. เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้อย่างเพียงพอตามคำแนะนำองค์การอนามัยโลก (อย่างน้อย ๔๐๐ กรัมต่อวัน) เป็นร้อยละ ๑๘ - ๒๐ ในระยะ ๓ ปี (ข้อมูลปี ๒๕๕๒ คือร้อยละ ๑๗.๗ และเป้าหมายของยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ คือ ร้อยละ ๕๐)
๒. ลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียน (อายุ ๖ - ๑๔ ปี) ให้น้อยกว่าร้อยละ ๑๑ ภายในระยะเวลา ๓ ปี (เป้าหมายระยะ ๑๐ ปี อยู่ที่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐)

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดกระบวนการผลักดันเป้าหมายระดับชาติให้มีการบริโภคผักและผลไม้ปลอดภัยอย่างเพียงพอตามข้อเสนอองค์การอนามัยโลก และลดความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน
๒. มีมาตรการ/นโยบายระดับชาติ ๑ นโยบาย และ ระดับท้องถิ่นอย่างน้อย ๑๐ นโยบาย ที่ส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ หรือลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน
๓. จำนวนต้นแบบของแหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการผักผลไม้ เพื่อ การบริโภคที่ปลอดภัย พืช/ปลอดภัย รวมทั้ง ๓ ประเภท จำนวน ๕๐ แห่ง
๔. จำนวนต้นแบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร ที่มีการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุภาพะที่ภาคยุทธศาสตร์สามารถนำไปขยายผลต่อได้ จำนวนรวมกัน ๕๐๐ แห่ง
๕. ร้อยละ ๕๐ ของกลุ่มเป้าหมาย เกิดความรู้ความเข้าใจด้านการบริโภคอาหาร และสำนึกสุขภาพจากสื่อรณรงค์ นวัตกรรม และชุดความรู้ที่ สสส.เผยแพร่

ตัวชี้วัดร่วม

๑. จำนวนพื้นที่หรือองค์กรที่ส่งเสริมระบบการปลูกผักปลอดภัย เพื่อการบริโภคและจำหน่ายในชุมชนเมือง (เขตเทศบาลเมือง ชุมชนแออัดเมือง และ องค์กร/สถานประกอบการ) จำนวน ๑๐ แห่ง
๒. จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร ที่ส่งเสริมการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุภาพะ ตัวอย่างเช่น โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม องค์กรไร้พุง จำนวน ๑๕๐ แห่ง
๓. จำนวนนวัตกรรม ชุดความรู้เพื่อการสื่อสาร ที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารสุภาพะ จำนวน ไม่น้อยกว่า ๒ กรณี

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานด้านการรณรงค์ขับเคลื่อนสังคม การพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบาย การพัฒนางานวิชาการและนวัตกรรมให้ร่วมกันสนับสนุนเป้าหมายระยะ ๑ ปีของแผนฯ อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงเป้าหมายของแผนฯ ระยะ ๓ ปี และเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของแผน ดังนี้

แนวทางขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ๓ กลุ่มวัย ๒ ตัวชี้วัดหลัก

แผนได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายหลัก ๓ กลุ่ม คือ วัยเด็ก วัยทำงาน และวัยสูงอายุ และออกแบบยุทธศาสตร์ เพื่อขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายตามตัวชี้วัดหลัก ๒ เรื่อง คือ การเพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้ปลอดภัยอย่างเพียงพอ และการลดอัตราชุกของโรคอ้วน โดยมีงานเด่นที่จะดำเนินงาน ได้แก่

	ปฐมวัย-วัยเรียน	วัยทำงาน	วัยสูงอายุ
เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ 	- สร้างระบบห่วงโซ่ผักผลไม้ปลอดภัยเข้าโรงเรียน+ศพด. - ขยายโรงเรียนเด็กไทยแก้มใส (เกษตรในโรงเรียน +โภชนาการ) - รณรงค์สร้างทัศนคติและสื่อการเรียนรู้เรื่องการกินผักผลไม้	- พัฒนาต้นแบบแหล่งผลิตจำหน่ายและบริการผักผลไม้ปลอดภัยใกล้บ้าน - สนับสนุนการสร้างระบบรับรองความปลอดภัยผักผลไม้ - ส่งเสริมสวนผักคนเมือง - ผลักดันมาตรการควบคุมสารเคมีทางการเกษตร - สื่อความรู้ รณรงค์สร้างทัศนคติ	- ส่งเสริมบทบาทของผูสูงอายุในการถ่ายทอดภูมิปัญญาอาหารปลอดภัยในชุมชน - พัฒนาและเผยแพร่เมนูอาหารสุขภาพสำหรับผูสูงอายุ

	ปฐมวัย-วัยเรียน	วัยทำงาน	วัยสูงอายุ
ลดอ้วน 	- ส่งเสริมศพด.อ่อนหวานและโภชนาการสมวัย - ส่งเสริมโรงเรียนต้นแบบไร้พุง โภชนาการสมวัย และโรงเรียนปลอดน้ำตาล - ผลักดันมาตรการควบคุมการตลาดอาหารเด็ก - สื่อสารความรู้ และรณรงค์ Active Play และ Live Healthier	- พัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารสุขภาพ (ลดหวานมันเค็ม) - ส่งเสริมเมนูสุขภาพในแหล่งบริการอาหารขององค์กร - ผลักดันฉลากสัญลักษณ์โภชนาการ - สื่อสารความรู้ และรณรงค์ Live Healthier	- พัฒนาและเผยแพร่ความรู้การดูแลน้ำหนัก การบริโภคอาหารของผูสูงอายุ - ส่งเสริมศักยภาพของชมรมผูสูงอายุเรื่องการรักษาสสมดุลของน้ำหนักตัว กิจกรรมทางกายและการบริโภค - สื่อสารความรู้ และรณรงค์ Live Healthier

แนวทางบูรณาการ

แผนให้ความสำคัญกับแนวทางบูรณาการตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลักของ สสส. และตามทิศทางที่กรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ ให้นั้นเรื่องการขับเคลื่อนงานภายใต้มิติของสุขภาวะแบบองค์รวม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต แผนจึงได้กำหนดแนวทางการบูรณาการ ดังนี้

๑. เน้นบูรณาการกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา โดยกำหนดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่นำร่อง และแผนการสื่อสารสังคมร่วมกัน ในด้านที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย และความรู้เท่าทันสื่อ โดยมีจุดรวมอยู่ที่กลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยเรียนซึ่งมีแนวโน้มของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนสูงขึ้นเรื่อยๆ
๒. พัฒนาความรู้และต้นแบบของการขับเคลื่อนเพิ่มการบริโภคผักผลไม้และลดอาหารหวานมันเค็ม ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร โดยแผนจะขยายผลร่วมกับแผนสุขภาวะเด็กและเยาวชน แผนองค์กรสุขภาวะ แผนสุขภาวะชุมชน และแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรม

๓. ส่งเสริมระบบเกษตรกรรมชุมชนเพื่อการบริโภคอาหารปลอดภัย และสวนผักคนเมือง โดยเน้นที่ชุมชนเมือง และชุมชนแออัดเขตเมืองเป็นลำดับต้น ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ซึ่งมิงงานพื้นที่สุขภาวะในชุมชนเมือง แผนสร้างเสริมสุขภาวะองค์กร และแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม
๔. พัฒนาขีดความสามารถของผู้สูงอายุ และกลุ่มขาดโอกาสในการเข้าถึงอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม อาทิ การพัฒนาเมนูอาหารผู้สูงอายุ การฟื้นฟูแหล่งอาหารชุมชน ฯลฯ ร่วมกับแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ
๕. พัฒนางานสื่อสารรณรงค์ในประเด็น Live Healthier ร่วมกับแผนสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม และศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เพื่อสื่อสารสร้างความเข้าใจเรื่องการบริโภคอาหาร ปรับเปลี่ยนทัศนคติของกลุ่มเป้าหมาย และขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น

แนวทางสร้างความยั่งยืน

๑. มุ่งเน้นการทำงานเพื่อสร้างระบบและกลไก โดยร่วมมือกับคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข ขับเคลื่อนงานตามนโยบาย และผลักดันให้เกิดมาตรการ/นโยบายที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบอาหารเพื่อสุขภาพของประเทศ โดยมีแผนการขับเคลื่อนนโยบายตลอดทั้งปี ๒๕๕๘ อาทิ นโยบายลดการบริโภคหวาน นโยบายอาหารกลางวันในโรงเรียน ร่างพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก มาตรการกำกับดูแลเนื้อหาและโฆษณาในรายการโทรทัศน์สำหรับเด็ก และมาตรการฉลากสัญลักษณ์โภชนาการ ฯลฯ
๒. บูรณาการกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ชุมชน ท้องถิ่น และสถานประกอบการ ให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน และการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การบริโภคผักผลไม้ปลอดภัย ให้เป็นเป้าหมายระดับชาติ และเกิดเจ้าภาพในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
๓. พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายครู พี่เลี้ยงด้านการจัดการอาหารและโภชนาการ และเครื่องมือการติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพของเด็กด้วยตนเอง ในโครงการเด็กไทยแก้มใส
๔. แสวงหาความร่วมมือกับภาคส่วนใหม่ๆ เช่น ภาคธุรกิจเพื่อสังคม เพื่อขยายงานระบบห่วงโซ่อาหารปลอดภัยให้เข้าถึงประชาชนมากขึ้น และมุ่งพัฒนาศักยภาพขององค์กรภาคีให้สามารถขับเคลื่อนระบบอาหารปลอดภัยได้อย่างยั่งยืน

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วย ๒ กลุ่มแผนงาน และ ๑ โครงการพิเศษที่คณะกรรมการกองทุน สสส. มีมติให้ดำเนินการได้แก่

๑. กลุ่มแผนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาวะ
๒. กลุ่มแผนงานความมั่นคงและความปลอดภัยในระบบอาหาร

๓. โครงการเด็กไทยแกล้มใส่เพื่อส่งเสริมการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนอย่างครบวงจร (โครงการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีในวโรกาสฉลองพระชนมายุ ๕ รอบ ๒ เมษายน ๒๕๕๘)

มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาวะ

ครอบคลุมแผนงานและโครงการที่ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนค่านิยมและพฤติกรรมของผู้บริโภค อาหารสุขภาพ ที่ครอบคลุมกลุ่มวัย การเพิ่มสัดส่วนการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัย การจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียน และศูนย์เด็กเล็ก การสื่อสารรณรงค์ฯลฯ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) พัฒนายุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารสุขภาพและโภชนาการที่จำแนกตามกลุ่มวัย เพื่อให้เกิดการวางแผนสื่อสารสังคมและขับเคลื่อนรณรงค์ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยจะเน้นที่กลุ่มเด็กวัยเรียนเป็นสำคัญ รวมทั้งจะเพิ่มงานสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุให้มากขึ้น
- (๒) จัดกลไกแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายให้ครอบคลุมระบบการผลิต - การกระจาย (การจำหน่ายและบริการ) การบริโภคอาหารสุขภาพและโภชนาการ รวมถึงยุทธศาสตร์การส่งเสริมการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และอาหารสุขภาพที่ลดหวานมันเค็ม ในโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงพยาบาล สถานที่ราชการ สถานประกอบการ สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้เกิดต้นแบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลตามเป้าหมายในพื้นที่และองค์กรนำร่อง การเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเรื่องการบริโภคที่สอดคล้องกับพฤติกรรม การมีกิจกรรมทางกาย การขับเคลื่อนนโยบายที่เอื้อต่อการส่งเสริมอาหารและโภชนาการที่มีคุณภาพ และสนับสนุนให้มีการบริโภคอาหารตามวัตถุดิบและวัฒนธรรมของท้องถิ่น
- (๓) ร่วมกับแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา กลุ่มสนับสนุนงานการตลาดเพื่อสังคม และศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ วางแผนสื่อสารรณรงค์ให้เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ และสร้างค่านิยมพฤติกรรมบริโภคอาหารคุณภาพและโภชนาการ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ ลดอาหารหวานมันเค็ม ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตลอดจนการสร้างทักษะชีวิตให้แก่ครอบครัว และชุมชนในการเลือกบริโภคอาหารสุขภาพ การรู้เท่าทันการตลาดอาหาร รวมทั้งการสร้างช่องทางสื่อสารและช่องทางการตลาดเพื่อเชื่อมโยงระหว่างเกษตรกรผู้ผลิต ตลาด และผู้บริโภค
- (๔) สนับสนุนงานวิจัยและพัฒนา การจัดการความรู้ และการจัดแหล่งเรียนรู้ในพื้นที่และองค์กร เพื่อให้เกิดการนำงานวิชาการไปเป็นฐานพัฒนายุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนมาตรการและนโยบาย และการรณรงค์สร้างค่านิยมในสังคม
- (๕) ส่งเสริมความร่วมมือกับภาคผู้ผลิต ให้เกิดต้นแบบของอาหารสุขภาพและโภชนาการที่แพร่หลายและเข้าถึงผู้บริโภค

- (๖) สนับสนุนและผลักดันให้เกิดมาตรการหรือนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวกับการลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เช่น มาตรการจัดการอาหารในโรงเรียน ร่างพระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารสำหรับเด็กและเด็กเล็ก มาตรการฉลากสัญลักษณ์อย่างง่าย มาตรการลดการบริโภคหวาน ฯลฯ
- (๗) ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และระเบียบวาระเรื่องการจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียน และให้สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์อาหารแห่งชาติ

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วย โครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โครงการณรงค์เพื่อเด็กไทยไม่กินหวาน โครงการลดการบริโภคเค็ม (โซเดียม) โครงการโภชนาการสมวัย โครงการพัฒนาศูนย์เรียนรู้เด็กไทยดูดีมีพลานามัย โครงการสื่อสารณรงค์เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ โครงการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านอาหารและโภชนาการ ฯลฯ

๒. กลุ่มแผนงานความมั่นคงทางอาหารและความปลอดภัยในระบบอาหาร

ครอบคลุมแผนงานและโครงการที่ส่งเสริมการเชื่อมโยงของระบบอาหาร จากการผลิตถึงการกระจาย และสู่ผู้บริโภค โดยเน้นที่ความมั่นคงของชุมชนฐานเกษตร ความหลากหลายทางพันธุกรรม การพัฒนาระบบความสัมพันธ์ของผู้ผลิตกับผู้บริโภค การพัฒนาระบบรับรองมาตรฐานความปลอดภัยของผักผลไม้ ตลาดสีเขียว กิจกรรมเพื่อสังคม ที่ส่งเสริมระบบนิเวศอาหารที่ยั่งยืน ฯลฯ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) พัฒนายุทธศาสตร์และจัดกลไกแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย ให้ครอบคลุมระบบการผลิต - การกระจาย - การตลาด - การบริโภค ตั้งแต่การเสริมสร้าง พื้นฟู ขยายฐานทรัพยากรอาหารและความหลากหลายทางชีวภาพ ส่งเสริมระบบการผลิตที่ปลอดภัยและยั่งยืนของทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภค การสนับสนุนเครือข่ายความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลระหว่างผู้ผลิตและผู้บริโภค ตลาดสีเขียว การพัฒนาปัจจัยต่างๆ ที่จะนำไปสู่ความเข้มแข็งของระบบนิเวศอาหารที่ยั่งยืน การสร้างความตระหนักของสังคมในคุณค่าของวิถีการผลิตที่มั่นคงและยั่งยืน รวมถึงมาตรการที่ส่งผลต่อการควบคุมป้องกัน การเข้าถึงอาหารไม่ปลอดภัยของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก
- (๒) สนับสนุนให้เกิดต้นแบบและศูนย์เรียนรู้ของการจัดการพื้นที่และชุมชน ที่มีระบบการผลิตและการกระจายอาหารที่ยั่งยืน และต้นแบบด้านการจัดบริการอาหารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลตามเป้าหมายในพื้นที่และองค์กรนำร่องโดยจะให้ความสำคัญกับพื้นที่เกษตรยั่งยืนในชุมชนเมือง และชุมชนแออัดเมือง เป็นลำดับต้น
- (๓) สนับสนุนงานวิจัยและพัฒนา การจัดการความรู้ เพื่อให้เกิดการนำงานวิชาการไปเป็นฐานพัฒนายุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนมาตรการและนโยบาย และการรณรงค์สร้างค่านิยมในสังคม
- (๔) แสวงหาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายภาคธุรกิจเพื่อสังคม เพื่อขยายโอกาสของการพัฒนาระบบการกระจายและการตลาดอาหารปลอดภัย ให้เกิดเป็นระบบนิเวศอาหารที่ยั่งยืน

- (๕) ส่งเสริมการปลูกผักในครัวเรือน สวนผักคนเมือง สวนผักในองค์กร โดยทำให้ความรู้ และเครื่องมือมีความแพร่หลาย ผู้บริโภคเข้าถึงได้ง่าย และเกิดเป็นกระแสค่านิยมใหม่ในสังคม
- (๖) ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์อาหารแห่งชาติ และมติสมัชชาปฏิรูปว่าด้วยการจัดการทรัพยากรในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงของฐานทรัพยากรอาหาร และประเด็นการควบคุมสารเคมีที่ไม่ปลอดภัยทางการเกษตร

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วย แผนงานสนับสนุนความมั่นคงทางอาหาร (ครอบคลุมพื้นที่ระดับภูมิภาค) โครงการพัฒนาระบบเกษตรกรรมยั่งยืน โครงการพัฒนาต้นแบบระบบอาหารปลอดภัยในจังหวัดน่าน ร่อง เช่น อาหารปลอดภัย เชียงรายเป็นสุข สามพรานโมเดล สงขลาอาหารปลอดภัย จันทบุรีอาหารปลอดภัย โครงการการสร้างสังคมผู้บริโภคสีเขียว โครงการเพิ่มศักยภาพชุมชนเกษตรปลอดภัยด้วยกระบวนการเรียนรู้ผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ โครงการพัฒนาความมั่นคงทางอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาวะชุมชนชาติพันธุ์ โครงการการสร้างวิทยาเขตสีเขียวที่กินได้ โครงการฟาร์มสร้างสุขรามาธิบดี โครงการเครือข่ายสายสืบผักผลไม้ปลอดภัย โครงการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเรื่องการควบคุมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ฯลฯ

๓. โครงการเด็กไทยแก้มใสเพื่อส่งเสริมการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนอย่างครบวงจร

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) น้อมนำแนวพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเด็กในโรงเรียน ด้วยการจัดการอาหารและโภชนาการแบบครบวงจร ทั้งการเกษตรในโรงเรียน การทำอาหาร ระบบสหกรณ์ และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยโครงการเด็กไทยแก้มใสได้ประมวลความรู้จากโครงการพระราชดำริ มาขยายผลกับโรงเรียนขนาดกลางถึงขนาดเล็กที่มีปัญหาทุพโภชนาการของเด็กนักเรียน
- (๒) สร้างความร่วมมือและการเป็นเจ้าภาพร่วมกับภาคีหลัก ๗ องค์กร อาทิ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กรมอนามัย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สมาคมโภชนาการแห่งชาติฯ ฯลฯ
- (๓) สนับสนุนโรงเรียนนาร่อง จำนวน ๕๕๐ - ๖๐๐ แห่งในปี ๒๕๕๘ และจะคัดเลือกโรงเรียนที่มีศักยภาพเป็นศูนย์เรียนรู้ จำนวน ๑๐๐ แห่ง ให้ดำเนินงานแบบขยายผลในพื้นที่ ตลอดจนเตรียมขยายจำนวนโรงเรียนรุ่นที่สอง ด้วยการพัฒนาความร่วมมือกับคณะกรรมการกองทุนอาหารกลางวัน
- (๔) พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายพี่เลี้ยง ในการติดตามและให้คำปรึกษาแก่โรงเรียนที่ดำเนินงาน โดยคัดเลือกพี่เลี้ยงจากนักวิชาการสุขภาพของศูนย์อนามัยเขตทั่วประเทศ
- (๕) พัฒนาเครื่องมือติดตามและประเมินผลด้วยตนเองด้วยระบบออนไลน์ร่วมกับสวทช.
- (๖) จัดประชุมวิชาการเพื่อถอดบทเรียน และสื่อสารสาธารณะเพื่อให้เกิดผลกระทบทางสังคม

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วย โครงการสนับสนุนโรงเรียนเด็กไทยแถมใส่ สังกัด สพฐ. อปท. สช. และ กทม. โครงการประมวลความรู้และประชุมวิชาการระดับชาติ โครงการพัฒนาระบบติดตามผลด้านอาหารและโภชนาการออนไลน์ โครงการสื่อสารสาธารณะ ฯลฯ

ภาคีหลัก

ภาคีด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบอาหารเพื่อสุขภาพในทุกมิติ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงมหาดไทย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ ฯลฯ

ภาคีด้านวิชาการ อาทิ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สถาบันวิจัยและสถาบันการศึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการเกษตรและฐานทรัพยากรอาหาร ด้านการตลาดสุขภาพ ฯลฯ

ภาคีด้านการขับเคลื่อนสังคม อาทิ เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน เครือข่ายลดเค็ม เครือข่ายคนไทยไร้พุง เครือข่ายนมแม่ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพด้านอาหาร-โภชนาการและคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายสมัชชาปฎิรูปด้านการจัดการทรัพยากร เครือข่ายสื่อสารสุขภาพ ฯลฯ

ภาคีภาคธุรกิจเพื่อสังคม อาทิ เครือข่ายปลูกพลังเปลี่ยนไทย สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สำนักงานกิจการเพื่อสังคม ฯลฯ

แนวทางบริหารจัดการแผน

กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ โดยมีสำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก ๕) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการ โดยยึดหลักการบริหารที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ผลกระทบ ความคุ้มค่า ความยั่งยืน และความน่าเชื่อถือจากสังคม พร้อมไปกับการสร้างความเข้มแข็ง และศักยภาพของภาคีเครือข่าย

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาวะ	๘๕
๒. กลุ่มแผนงานความมั่นคงและความปลอดภัยในระบบอาหาร	๑๑๓
๓. โครงการพิเศษ “เด็กไทยแก้มใส”	๔๐
๔. งานสื่อสารและผลิตชุดความรู้เพื่อการเผยแพร่	๒๕
๕. งานบริหารจัดการประเมินผลแผนฯ	๒
รวม	๒๖๕

แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ

สถานการณ์และแนวโน้ม

๑. พฤติกรรมการดำเนินชีวิต ของคนในยุคปัจจุบัน มีเทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในชีวิตมากขึ้น ทั้งด้านการติดต่อสื่อสาร การเดินทางคมนาคม ด้านการศึกษา ด้านการทำงาน และ ด้านการใช้ชีวิต ส่งผลให้พฤติกรรมการดำเนินชีวิตของคนยุคใหม่ เต็มไปด้วยความเร่งรีบ เสพติดเทคโนโลยีและสื่อออนไลน์ ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาครอบครัว และปัญหาสังคมต่างๆตามา อาทิ ปัญหาเด็กติดเกมส์ ปัญหาสุรา สิ่งเสพติด และการพนัน ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ปัญหาอาชญากรรม รวมทั้งปัญหาสุขภาพจากการทำงานและการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสมจาก การรับประทานอาหารหวาน - มัน - เค็มมากเกินไป การขาดการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว ร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ความเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ รวมทั้งการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และเสพสิ่งเสพติด ล้วนแล้วแต่นำไปสู่การเกิดโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกลุ่มโรค NCDs (Non - Communicable Diseases) ที่มีสถิติผู้เจ็บป่วยและเสียชีวิตสูงเป็นอันดับหนึ่ง และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ^{๑๕๒}

๒. ยุคสังคมออนไลน์ในปัจจุบัน ทำให้ประชาชนรับข้อมูลข่าวสารได้หลายช่องทาง โดยเฉพาะทางสื่อออนไลน์ที่เพิ่มมากขึ้น อันเนื่องมาจากการพัฒนาระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่รวดเร็ว และการพัฒนาอุปกรณ์สื่อสารที่เอื้อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการสื่อสารออนไลน์ได้ง่ายในราคาถูก อีกทั้ง การเปลี่ยนผ่านระบบการรับ - ส่งสัญญาณโทรทัศน์จากระบบ “แอนะล็อก” เป็นระบบ “ดิจิทัล” ตามประกาศของคณะกรรมการกิจการกระจายเสียงกิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ทำให้จำนวนช่องฟรีทีวี เพิ่มขึ้นจาก ๕ ช่อง เป็น ๒๔ ช่อง อีกทั้ง การขยายตัวของเคเบิลทีวี และช่องรายการดาวเทียม ส่งผลให้ประชาชนมีทางเลือกในการรับชมรายการที่หลากหลาย สามารถเลือกรับชมเฉพาะช่องทางตามความสนใจ หรือวิถีชีวิตของตน ได้อย่างอิสระ

๓. วิถีชีวิตของสังคมยุคปัจจุบัน มีความเฉพาะและแตกต่างมากขึ้น จากการที่ประชาชนเปิดรับข้อมูลข่าวสารที่มีช่องทางหลากหลาย ทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการใช้ชีวิต หรือไลฟ์สไตล์ ตามความสนใจของตนที่แตกต่างจากคนอื่น ๆ และมีการรวมตัวของกลุ่มคนที่มีความสนใจเหมือนกันผ่านโลกออนไลน์ และออกมาทำกิจกรรมหรือแสดงอัตลักษณ์ตามไลฟ์สไตล์ของกลุ่ม ฉะนั้น การสื่อสารหรือการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับความสนใจและความต้องการของแต่ละกลุ่มจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาและออกแบบอย่างเฉพาะเจาะจงมากขึ้น

^{๑๕๒} ข้อมูลจากสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ปี ๒๕๕๒ (สำรวจ ๔ ปี/ครั้ง) ระบุว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยกลุ่มโรค NCDs ถึง ๑๔ ล้านคน เสียชีวิตมากกว่า ๓ แสนคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๗๓ ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมด และมากกว่าครึ่งเสียชีวิตก่อนอายุ ๖๐ ปี คิดเป็นมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง ๒ แสนล้านบาท

๔. การออกแบบการสื่อสารและกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างความเข้าใจสุขภาวะแก่สาธารณชน จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้เท่าทันกับพลวัตทางสังคมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในยุคปัจจุบัน โดยมุ่งเน้นที่ “กระบวนการเรียนรู้” มากกว่า “องค์ความรู้” เพราะหากผู้เรียนรู้มี “ทักษะในการเรียนรู้และวิธีเรียนรู้ที่ดี” ก็ย่อมสามารถขวนขวายหาความรู้จากสื่อการเรียนรู้ ต่างๆ ตามความสนใจได้ด้วยตนเอง ซึ่งถือเป็น “การเรียนรู้ด้วยความกระตือรือร้น (active learning)” เป็น “การเรียนรู้จากการลงมือทำ” เช่น การเรียนรู้ผ่านกิจกรรม นอกหลักสูตร/นอกห้องเรียนผ่านแหล่งเรียนรู้ต่างๆ ทำให้ได้สัมผัสประสบการณ์การเรียนรู้ ได้ทดลองทำ จะยิ่งทำให้ผู้เรียนจดจำและเกิดการเรียนรู้จากภายในอย่างแท้จริง เป็นการเสริมสร้าง/พัฒนาทักษะการใช้ชีวิตที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ให้สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันได้ มีทักษะชีวิตที่รู้เท่าทัน มีภูมิคุ้มกัน นำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

๕. ปัจจุบันอัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุของประเทศไทยเป็นไปอย่างรวดเร็ว และเริ่มเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ - ๒๕๔๙ เป็นต้นมา ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติล่าสุดในปี ๒๕๕๗ มีผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๐ ล้านกว่าคน หรือเกือบร้อยละ ๑๕ ของประชากร ทั้งประเทศ เพิ่มขึ้น ๒ เท่าตัวในรอบ ๒๐ ปี กว่าครึ่งอยู่ในชนบท และคาดว่าในปี ๒๕๖๔ จะเพิ่มเป็น ร้อยละ ๒๐ ทำให้อัตราของประชากรในวัยทำงานมีแนวโน้มที่จะลดลงอย่างต่อเนื่อง

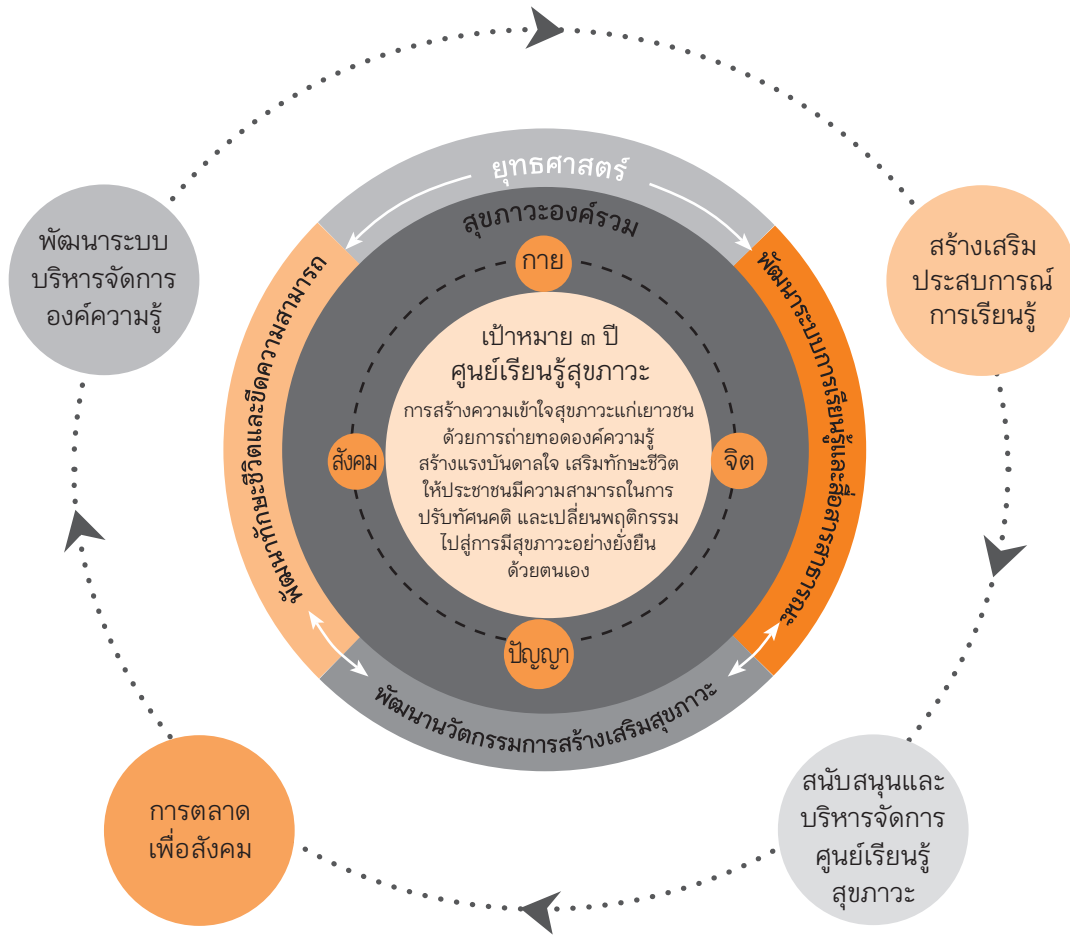
๖. ปัจจุบันผู้คนเริ่มหันมาให้ความสนใจในการดูแลรักษาสุขภาพร่างกายของตนเองให้แข็งแรง และให้ความสำคัญกับสมดุลของการทำงานและการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะมากขึ้น แนวคิดของการใช้ชีวิตอย่างพอเพียง การใช้ทรัพยากรอย่างรู้คุณค่า การกลับเข้าหาธรรมชาติ ความรับผิดชอบต่อสังคม และธรรมาภิบาล จึงเป็นสิ่งที่สังคมให้ความสำคัญมากยิ่งขึ้น ดังนั้น กิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพและการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ จึงเป็นที่สนใจของประชาชนทั่วไปในยุคปัจจุบัน

๗. ปี ๒๕๕๘ ที่ผ่านมา แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะได้สื่อสารณรงค์เพื่อสร้างความเข้าใจ และความตระหนักต่อสาธารณชนในวงกว้างในประเด็นสุขภาวะต่างๆ อาทิ การสร้างความเข้าใจต่อสังคมในเรื่อง “กลุ่มโรคไม่ติดต่อ หรือกลุ่มโรค NCDs” ที่เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม สื่อสารณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักเรื่องผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับรถ (เมาแล้วขับ) ภายใต้แนวคิด “ดื่มแล้วขับ นับเป็น มาตรการ” เป็นต้น รวมทั้งสร้างประสบการณ์การเรียนรู้แก่สาธารณชนผ่านการให้บริการต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะอย่างเต็มรูปแบบ อาทิ นิทรรศการเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะ นิทรรศการหมุนเวียนในประเด็นต่างๆ อาทิ นิทรรศการ “ลดพุง ลดโรค” เพื่อรณรงค์ส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้ และลดภาวะโรคอ้วนในเด็กและเยาวชน นิทรรศการ “SEX วัยรุ่น...เลือกได้” เพื่อส่งเสริม การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น เป็นต้น นิทรรศการสัญจรและคาราวานสุขภาวะ กิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะในประเด็นสุขภาวะทั้งสี่มิติ (กาย - ใจ - ปัญญา - สังคม) เพื่อพัฒนาทักษะการใช้ชีวิตที่รู้เท่าทัน รวมถึงการใช้ชีวิตอย่างสมดุลให้แก่กลุ่มเด็กและเยาวชน ตลอดจนประชาชนทั่วไปผ่านกิจกรรมเสารสร้างสุข ประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย (balanced exercise) อาทิ โยคะ โยคะเก้าอี้พิชิตออฟฟิศซินโดรม ซีกิ กิจกรรมสอนศิลปะและดนตรี Zumba Dance กิจกรรมสอนปลูกผักปลอดสารพิษ กิจกรรมสุขตะลอนทัวร์แหล่งเรียนรู้ต่างๆ ตลอดจนจัดค่ายปิดเทอมเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตให้แก่เด็กและเยาวชน การให้บริการห้องสมุดสร้างปัญญาและศูนย์บริการข้อมูลข่าวสาร การฝึกอบรมหลักสูตรต่างๆ เพื่อขยายผลองค์ความรู้และสร้างเสริมขีดความสามารถผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาวะ เป็นต้น

๘. ในปี ๒๕๕๙ แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ จึงมุ่งเน้นดำเนินงานเพื่อสร้างความเข้าใจสุขภาวะ แก่สาธารณชนผ่านการสื่อสารรณรงค์การตลาดเพื่อสังคม รวมทั้งเสริมสร้างการเรียนรู้ ผ่านกิจกรรมและ เครื่องมือส่งเสริมการเรียนรู้ต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้สอดคล้องกับประเด็นสุขภาวะดังกล่าว โดยการ ออกแบบกระบวนการสื่อสารและ/หรือออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับความสนใจ ความต้องการ ธรรมชาติ ในการเรียนรู้ และวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งเสริมทักษะชีวิตให้สาธารณชนสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะนำไปสู่ การมีทักษะชีวิตที่รู้เท่าทัน มีภูมิคุ้มกัน และนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น ผ่านการเผยแพร่ถ่ายทอดองค์ความรู้ ขยายแนวคิด สุขภาวะ กิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพ และการสื่อสาร สาธารณะในรูปแบบและช่องทางต่างๆ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและตอบสนองต่อความต้องการของ กลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย
๒. เพื่อพัฒนาศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้เป็นแหล่งเรียนรู้ต้นแบบที่มีชีวิต และมีบรรยากาศเอื้ออำนวยต่อ การเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมายรวมถึงการออกแบบการให้บริการ (service design) ที่คำนึงถึงมุมมอง ของผู้ใช้บริการเป็นหลัก เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะได้อย่าง สะดวก รวดเร็ว และเหมาะสมตามแนวคิดสังคมเพื่อคนทั้งมวล (inclusive society) รวมทั้งมีความ พึงพอใจจากการใช้บริการ
๓. เพื่อพัฒนากลยุทธ์และวางแผนการตลาดเพื่อสังคมที่มีประสิทธิภาพในการสร้าง การเปลี่ยนแปลง สังคมได้สอดคล้องกับเป้าหมายและยุทธศาสตร์หลักขององค์กรที่กำหนดไว้



๑. พัฒนาระบบการเรียนรู้และสื่อสารสาธารณะ โดยเน้นการพัฒนาระบบและกลไกบริหารจัดการองค์ความรู้ ข้อมูล เทคโนโลยีสารสนเทศทั้งในองค์กร สสส. และภาคีเครือข่าย รวมทั้งการวางแผนกลยุทธ์ทางการตลาดและการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม (social marketing) ให้เหมาะสมกับบริบทและความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น
๒. พัฒนาทักษะชีวิตและขีดความสามารถของกลุ่มเป้าหมายให้เท่าทันพลวัตการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเพิ่มโอกาสการเรียนรู้ สร้างประสบการณ์ ทักษะชีวิตให้ประชากรกลุ่มเป้าหมาย มีภูมิคุ้มกันและรู้เท่าทันกระแสการเปลี่ยนแปลงทางสังคมผ่านการเรียนรู้ด้วยรูปแบบที่หลากหลาย อาทิ นิทรรศการ สร้างแรงบันดาลใจ กิจกรรมสร้างสรรค์ การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นต้น ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง และวิเคราะห์เพื่อใช้ในการพัฒนา และวางแผนการดำเนินงาน รวมไปถึงออกแบบระบบประเมินผลการรับรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของสังคมต่อเป้าหมายงานสร้างเสริมสุขภาวะ

๓. พัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นกลไกการขยายผลแนวคิดและวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องวิถีชีวิตและตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย ทั้งนวัตกรรม เชิงประเด็นและเชิงพื้นที่ต้นแบบการเรียนรู้สุขภาวะ การขยายพื้นที่/ช่องทางสร้างเสริมสุขภาพ การขยาย โอกาสและความร่วมมือกับหน่วยงาน องค์กร และเครือข่ายการเรียนรู้ต่างๆ

จุดเน้นของแผน

แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ มีเป้าหมายในการสร้างความเข้าใจสุขภาวะแก่สาธารณชน ด้วยการถ่ายทอดองค์ความรู้ สร้างแรงบันดาลใจ เสริมทักษะชีวิตให้ประชาชนมีความสามารถในการปรับทัศนคติ และเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การมีสุขภาวะอย่างยั่งยืนด้วยตนเอง ผ่านการสื่อสารรณรงค์การตลาดเพื่อสังคม การเสริมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้จากกิจกรรมและเครื่องมือส่งเสริมการเรียนรู้ต่างๆ ในประเด็นสุขภาวะ โดยแผนปี ๒๕๕๙ มีจุดเน้นดังนี้

๑. ขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้ด้านสุขภาวะ ให้เข้าถึงโอกาสการเรียนรู้ผ่าน การสื่อสารรณรงค์ นิทรรศการ กิจกรรม และช่องทางการเรียนรู้ต่างๆ
 - ๑.๑ พัฒนานวัตกรรมการดำเนินงาน ทั้งในเชิงระบบและกลไกการดำเนินงานรูปแบบใหม่ๆ การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงาน/องค์กร ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม เครือข่าย แหล่งเรียนรู้ต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรงพยาบาล โรงเรียน องค์กรสร้างสุข เพื่อผนึกกำลังและเป็นช่องทางในการส่งเสริมให้ประชาชนมีทักษะและขีดความสามารถในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ
 - ๑.๒ พัฒนาพื้นที่ต้นแบบศูนย์เรียนรู้สุขภาวะระดับภูมิภาค ให้เป็นพื้นที่ต้นแบบและศูนย์กลางการเรียนรู้ด้านสุขภาวะในท้องถิ่นอย่างยั่งยืน โดยประสานเชื่อมโยงกับแหล่งเรียนรู้เดิมในพื้นที่ที่มีทุนศักยภาพ สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน
 - ๑.๓ พัฒนาแนวทางการสื่อสาร และกระบวนการเรียนรู้สุขภาวะให้สอดคล้องกับพฤติกรรม เชิงลึก (insight) ของกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น โดยการศึกษาวิจัยพฤติกรรมเชิงลึกและพฤติกรรม การรับสื่อของกลุ่มเป้าหมายอย่างเจาะจงและเป็นระบบ เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนด แนวทางการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสมทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ รวมทั้งออกแบบ พัฒนาผลิตภัณฑ์และการบริการ ตลอดจนกิจกรรมสนับสนุนการเรียนรู้ สุขภาวะให้สอดคล้องกับความสนใจ วิถีชีวิต และธรรมชาติการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย
 - ๑.๔ มุ่งเน้นความหลากหลายในการทำตลาด (multi - channel marketing) เพื่อให้ผู้รับประโยชน์สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ครอบคลุมมากขึ้น รวมไปถึงการขยายช่องทางเพิ่มเติมในการสื่อสาร เพื่อสร้างการรับรู้และจดจำแก่สาธารณชนอย่างเหมาะสม และเข้าถึงสู่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มต่างๆ ได้มากยิ่งขึ้น

๒. พัฒนาระบบการบริหารจัดการข้อมูล ข่าวสาร และองค์ความรู้สู่สาธารณะ เพื่อเป็นช่องทางให้ประชาชน และกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงองค์ความรู้สู่สาธารณะเชิงประเด็น ข้อมูลสุขภาพ และข่าวสารรณรงค์ ที่เป็นประโยชน์ได้อย่างสะดวกรวดเร็ว โดยจะพัฒนาเพื่อนำไปสู่ระบบดิจิทัล รวมทั้งพัฒนาชุดองค์ความรู้ ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ให้สามารถนำไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และนำไปสู่สุขภาพทางปัญญา (healthy consciousness) ต่อไปในระยะยาว

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. ขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สู่สาธารณะ

- ๑.๑ มีผู้รับข่าวสารของศูนย์เรียนรู้สู่สาธารณะทุกช่องทาง เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๒,๐๐๐,๐๐๐ คน
- ๑.๒ มีผู้มาใช้บริการทุกช่องทางเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ ๓๐ หรือคิดเป็น ๒,๐๔๗,๔๔๕ คน/ครั้ง (ฐานข้อมูลเดิมปี ๒๕๕๘ มีผู้มาใช้บริการทุกช่องทางรวมทั้งสิ้น ๑,๕๗๔,๙๕๘ คน/ครั้ง)
- ๑.๓ มีสมาชิกศูนย์เรียนรู้สู่สาธารณะทุกช่องทางเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ ๒๐ หรือ คิดเป็น ๑๓,๓๕๑ คน (ฐานข้อมูลเดิม ปี ๒๕๕๘ มีสมาชิกใหม่ทั้งสิ้น ๑๑,๑๒๖ คน)
- ๑.๔ เกิดพันธมิตรเครือข่ายแหล่งเรียนรู้จากความร่วมมือพัฒนา และเชื่อมโยงกิจกรรมของศูนย์เรียนรู้ สู่สาธารณะกับแหล่งเรียนรู้ หน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายต่างๆ เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑๐ แห่ง

๒. ศูนย์เรียนรู้สู่สาธารณะ เป็นแหล่งเรียนรู้ที่มีบรรยากาศการเรียนรู้ที่มีชีวิตชีวา ก่อให้เกิดแนวคิดในการปรับทัศนคติและเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

- ๒.๑ มีผู้มาใช้บริการทุกช่องทางที่ศูนย์เรียนรู้สู่สาธารณะ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๐ หรือคิดเป็น ๓๔๘,๘๑๓ คน (ฐานข้อมูลเดิม ปี ๒๕๕๘ มีผู้ใช้บริการ ๒๓๒,๕๔๒ คน)
- ๒.๒ ผู้มาใช้บริการเกิดความพึงพอใจในการใช้บริการทุกช่องทาง อย่างน้อยร้อยละ ๘๐
- ๒.๓ ผู้มาใช้บริการเกิดแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างน้อยร้อยละ ๘๐

๓. ประชาชนทั่วไปรับรู้สื่อรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพระดับ Big Campaign^{๑๕๓} ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ระดับ Campaign^{๑๕๔} ปกติ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ และเกิดการตระหนักและสนับสนุนชีวิตจากความชื่นชอบสื่อรณรงค์ (%Top 3 Box liking) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

^{๑๕๓} Big Campaign คือ โครงการสื่อสารที่ใช้งบประมาณช่องทางสื่อ มากกว่า ๒๐ ล้านบาท

^{๑๕๔} Campaign ปกติ คือ โครงการสื่อสารที่ใช้งบประมาณช่องทางสื่อ เท่ากับ ๑๕ - ๒๐ ล้านบาท

ตัวชี้วัดร่วม

๑. เกิด Campaign สื่อสารณรงค์ เพื่อหนุนเสริมการขับเคลื่อนการดำเนินงานของสำนักเชิงรุก เพื่อสร้างความเข้าใจสุขภาวะแก่สาธารณชน ตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๐) ของ สสส. จำนวนขั้นต่ำ ๕ Campaign คือ องค์การบริโภคแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชน องค์การสูบบุหรี่ “ความสูญเสีย” ลดอุบัติเหตุด้านความเร็ว เพิ่มกิจกรรมทางกายลดภาวะอ้วน “Active Play ในกลุ่มเด็ก” และส่งเสริมการอยู่อย่างมีสุขภาวะ Live Healthier
๒. เกิดการส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ การพัฒนาขีดความสามารถผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการสร้างเสริมทักษะชีวิตแก่สาธารณชนเพื่อนำไปสู่การปรับทัศนคติและเปลี่ยนพฤติกรรมของสาธารณชนไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี ผ่านกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ กิจกรรมฝึกอบรม และกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ต่างๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงหลัก ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และเพิ่มปัจจัยสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นต่างๆ เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ อาหาร กิจกรรมทางกาย อุบัติเหตุ สุขภาวะทางเพศ สุขภาวะองค์กร ผู้สูงอายุ เป็นต้น จำนวน ๒๐ กิจกรรม
๓. เกิดสื่อและ/หรือชุดความรู้เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะและพัฒนาทักษะชีวิตในรูปแบบต่างๆ อาทิ นิตยสาร หนังสือ ชุดนิทรรศการ ชุดนิทรรศการยืม - คืน หลักสูตรฝึกอบรม ชุดความรู้ พร้อมใช้ Mobile Application ฯลฯ ในประเด็น เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ อาหาร กิจกรรมทางกาย อุบัติเหตุ สุขภาวะทางเพศ สุขภาวะองค์กร ผู้สูงอายุ เป็นต้น จำนวน ๘ ชุดความรู้

กลุ่มแผนงาน

๑. แผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้
๒. แผนงานสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้
๓. แผนงานสนับสนุนและบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ
๔. แผนงานการตลาดเพื่อสังคม

มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้

แผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้ มุ่งเน้นการวางระบบบริหารจัดการข้อมูลและองค์ความรู้ด้านสุขภาวะ (knowledge management) จากภาคีเครือข่าย สสส. อย่างเป็นระบบ ตลอดจนการพัฒนาฐานข้อมูลและองค์ความรู้สุขภาวะทั้งจากหน่วยงานภายในและภายนอก สสส. ที่เท่าทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันโดยมุ่งหวังให้ภาคีเครือข่าย คนทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์องค์ความรู้ด้านสุขภาวะได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว

จุดเน้นในปี ๒๕๕๙

- (๑) การพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้ด้านสุขภาวะอย่างเป็นระบบ ด้วยการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูล สื่อ และองค์ความรู้จากศูนย์วิชาการ/ศูนย์ข้อมูลของภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ
- (๒) การพัฒนาชุดองค์ความรู้สุขภาวะที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยเน้นการเผยแพร่ทางสื่อสารออนไลน์ เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น
- (๓) การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมด้านสุขภาวะที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ
- (๔) การพัฒนาระบบการเรียนการสอนแบบออนไลน์ (e-learning) เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้ด้านสุขภาวะ

แนวทางการดำเนินงาน

- (๑) รวบรวมองค์ความรู้และสื่อด้านสุขภาวะจากองค์กร/หน่วยงานต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ อาทิ หนังสือ วารสาร ฐานข้อมูล สื่อวีดิทัศน์ ฯลฯ พร้อมให้บริการที่ห้องสมุดและศูนย์บริการข้อมูลข่าวสาร โดยจะเน้นการวางแผนเพื่อนำไปสู่ระบบดิจิทัล
- (๒) เชื่อมประสานศูนย์ข้อมูล/ศูนย์วิชาการของภาคีเครือข่ายสำนักต่างๆ ของ สสส. เพื่อร่วมพัฒนาฐานข้อมูลและองค์ความรู้กลางของ สสส.
- (๓) พัฒนาระบบคลังข้อมูลกลาง (Data Tank) ที่มีการจัดเก็บข้อมูลหมวดหมู่อย่างเป็นระบบ และสามารถสืบค้นข้อมูลผ่านทางศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารได้ รวมทั้งพัฒนาระบบกลาง “ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ” เพื่อเป็นศูนย์กลางข้อมูลทางสุขภาพที่มีความน่าเชื่อถือ
- (๔) สังเคราะห์องค์ความรู้ด้านสุขภาวะเชิงประเด็นที่สอดคล้องกับงานบูรณาการของ สสส. และจัดทำเป็นชุดความรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่น ชุดความรู้พร้อมใช้ (knowledge package) รูปแบบกลาง (template) ชุดนิทรรศการสำเร็จรูปที่มีการเผยแพร่ทางออนไลน์ เพื่อให้โรงเรียน แหล่งเรียนรู้ต่างๆ หรือประชาชนทั่วไป สามารถนำชุดความรู้และรูปแบบกลางไปใช้ขยายผลต่อยอดได้
- (๕) พัฒนาฐานข้อมูลเครือข่ายการเรียนรู้และ/หรือแหล่งเรียนรู้ด้านต่างๆ ทั้งภายในและภายนอก สสส. เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการเชื่อมโยงและต่อยอดการดำเนินงานร่วมกัน
- (๖) วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลและองค์ความรู้ด้านสุขภาวะ เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม และสื่อส่งเสริมการเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
- (๗) พัฒนาระบบการเรียนการสอนแบบออนไลน์ (e-learning) เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้ด้านสุขภาวะในประเด็นต่างๆ

๒. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้

แผนงานสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้มุ่งสร้างแรงบันดาลใจ เสริมทักษะชีวิต และสร้างประสบการณ์ตรงจากการเรียนรู้ด้านสุขภาวะแบบองค์รวมทั้ง ๔ มิติ (กาย ใจ ปัญญา และสังคม) ผ่านการสังเคราะห์และแปลงองค์ความรู้มานำเสนอในรูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย อาทิ นิทรรศการเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะ นิทรรศการหมุนเวียน ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสาร หลักสูตรฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ โครงการ/กิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ต่างๆ ตลอดจนพื้นที่สร้างประสบการณ์ ในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และสร้างประสบการณ์ด้านสุขภาวะแก่ประชาชน รวมถึงกลุ่มองค์กรที่พร้อมนำองค์ความรู้ไปต่อยอดขยายผล โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

จุดเน้นในปี ๒๕๕๙

- (๑) พัฒนานวัตกรรมของสินค้าและบริการต่างๆ (innovative product & service) ของ ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้สามารถตอบสนองความต้องการและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน ในยุคปัจจุบัน
- (๒) พัฒนาพื้นที่/แหล่งเรียนรู้สุขภาวะในภูมิภาคต่างๆ เพื่อเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ด้านสุขภาวะ
- (๓) สร้างพันธมิตรเครือข่ายแหล่งเรียนรู้ จากความร่วมมือและเชื่อมโยงกิจกรรมของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะกับแหล่งเรียนรู้ หน่วยงาน/องค์กร และภาคีเครือข่ายต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรงพยาบาล โรงเรียน องค์กร Happy Workplace
- (๔) พัฒนาชุดความรู้ (knowledge toolkit) ในประเด็นสุขภาวะต่างๆ เพื่อเป็นเครื่องมือให้ผู้ที่สนใจสามารถนำไปใช้ในประกอบการเรียนการสอน การอบรม รวมทั้งการปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง

แนวทางการดำเนินงาน

- (๑) ออกแบบ จัดทำ และบริหารจัดการกระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้และสร้างประสบการณ์ด้านสุขภาวะผ่านช่องทางต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ได้แก่
 - นิทรรศการเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะ (จัดแสดงที่อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ) โดยจะมีกิจกรรมสับเปลี่ยนหมุนเวียน เพื่อเสริมนิทรรศการให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้เข้าชมสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน
 - นิทรรศการหมุนเวียนจำนวน ๒ เรื่อง (จัดแสดงที่อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ) นำเสนอประเด็นการรู้เท่าทันต่อค่านิยมและกระแสสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ อาทิ เทคโนโลยี การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุ เป็นต้น
 - นิทรรศการสัญจรและคาราวานสุขภาวะ (จัดแสดงในพื้นที่ต่างๆ ภายนอกอาคาร ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะทั้งในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดต่างๆ) เน้นกลุ่มเด็ก เยาวชน วัยทำงาน และผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างกว้างขวาง เพิ่มขีดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาวะได้ด้วยตนเอง

- กิจกรรมสร้างสรรค์ เน้นกลุ่มประชาชนอายุ ๒๕ - ๕๕ ปี เพื่อพัฒนาทักษะการใช้ชีวิต ที่รู้เท่าทันต่อค่านิยมและกระแสสังคม รวมถึงการใช้ชีวิตอย่างสมดุล โดยส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านเวทีเสวนา/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ฯลฯ ที่สามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน
- หลักสูตรฝึกอบรมและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เน้นการขยายผลชุดความรู้จากการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาวะ เพื่อสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ในสถานศึกษา องค์กร/หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม
- พัฒนาช่องทางให้บริการของศูนย์บริการข้อมูลข่าวสาร (resource center) ได้แก่ ห้องสมุดสร้างปัญญา เว็บไซต์และแอปพลิเคชัน SOOK Library ให้เป็นจุดรวบรวมสื่อสุขภาวะที่มีความหลากหลายทันสมัย มีความน่าเชื่อถือ กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก
- พัฒนาชุดความรู้ในประเด็นสุขภาวะต่างๆ ทั้งในรูปแบบชุดความรู้ คู่มือการเรียนการสอน อุปกรณ์ และโมเดลต่างๆ เพื่อเป็นเครื่องมือให้ผู้ที่สนใจสามารถนำไปใช้ในประกอบการเรียนการสอน การอบรม รวมทั้งการปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยมีการเผยแพร่ผ่านช่องทางออนไลน์ เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น
- พัฒนาพื้นที่/แหล่งเรียนรู้สุขภาวะในภูมิภาคต่างๆ ฯลฯ

- (๒) พัฒนานวัตกรรมของสินค้าและบริการต่างๆ (innovative product & service) ของ ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เพื่อนำเสนอทางเลือกสู่การมีสุขภาพดี ผ่านสินค้าและบริการที่เชื่อมโยงสอดคล้องกับองค์ความรู้ของ สสส. เพื่อกระตุ้นสร้างความตระหนักในสังคมวงกว้าง ผ่านสินค้าและบริการที่เกิดจากความตั้งใจและผลิตด้วยกระบวนการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน มุ่งหวังให้ผู้บริโภคได้รับประโยชน์ และตอบสนองความต้องการของประชาชนในยุคปัจจุบัน
- (๓) เชื่อมประสาน สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการสร้างประสบการณ์ การเรียนรู้สุขภาวะในรูปแบบต่างๆ ให้กับกลุ่มเป้าหมาย
- (๔) ประมวลผลความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการต่างๆ จากศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการให้มีคุณภาพ ทันสมัย และสอดคล้องกับความสนใจและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย
- (๕) ถอดองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่ให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาเนื้อหาและรูปแบบในการนำเสนอ รวมทั้งส่งกลับไปยังแผนงาน/โครงการ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาและต่อยอดการดำเนินงานของแผนงาน/โครงการต่างๆ ต่อไป
- (๖) ประสานและพัฒนาความร่วมมือกับเครือข่ายการเรียนรู้ด้านต่างๆ อาทิ แหล่งเรียนรู้/พิพิธภัณฑ์ โรงพยาบาล โรงเรียน องค์กร Happy Workplace ทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุน และต่อยอดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมผ่านโครงการ/กิจกรรมต่างๆ อาทิ นิทรรศการและกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ เป็นต้น

- (๗) พัฒนาพื้นที่/แหล่งเรียนรู้สุขภาวะในภูมิภาคต่างๆ เพื่อเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ด้านสุขภาวะโดยการคัดเลือกและประสานเชื่อมโยงแหล่งเรียนรู้เดิมในพื้นที่ที่มีศักยภาพ เพื่อพัฒนาให้รองรับการบริหารจัดการและการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. กลุ่มแผนงานสนับสนุนและบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ

แผนงานสนับสนุนและบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ มุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อสนับสนุน พัฒนา ออกแบบแนวทางการให้บริการต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ และ การติดตามประเมินผล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารจัดการและการให้บริการต่างๆ ของ ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้สามารถตอบสนองความต้องการของ กลุ่มเป้าหมาย ได้อย่างสอดคล้องเหมาะสม เพื่อสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ใช้บริการ รวมถึงงานสื่อสารการตลาด ที่มุ่งเน้นกระตุ้นและส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ให้เกิดการการรับรู้ และเข้าร่วมกิจกรรม ส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะในทุกช่องทางอย่างต่อเนื่อง เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ จากองค์ความรู้ด้านสุขภาวะให้เข้าถึงโอกาสการเรียนรู้ ผ่านนิทรรศการ กิจกรรม และช่องทางการเรียนรู้ อันจะ นำไปสู่การปรับทัศนคติและเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของสาธารณชนไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน

จุดเน้นในปี ๒๕๕๙

- (๑) การออกแบบการให้บริการ ให้สอดคล้องกับความต้องการของ แต่ละกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งพัฒนา ศักยภาพและขีดความสามารถของ ผู้ให้บริการในส่วนงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้มีทักษะในการให้บริการ อย่างเป็นมิตร (service mind) เพื่อสร้างความประทับใจให้กับผู้ใช้บริการ
- (๒) เน้นความหลากหลายช่องทางการตลาด (multi-channel marketing) เพื่อให้ผู้รับประโยชน์ทั่วๆ ไปได้เข้าถึงข้อมูลได้ครอบคลุมมากขึ้น รวมไปถึงการขยายช่องทางเพิ่มเติมในการสื่อสาร เพื่อสร้าง การรับรู้ในวงกว้างของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้เป็นที่จดจำแก่สาธารณชนอย่างเหมาะสมและเข้าถึงสู่ กลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้ได้มากยิ่งขึ้น
- (๓) พัฒนาระบบการบริหารความสัมพันธ์กับสมาชิก (customer relationship management) เพื่อให้ สามารถแยกกลุ่มประเภทของสมาชิก ตลอดจนเข้าใจถึงความต้องการ และพฤติกรรมการเข้ามาใช้ บริการที่ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ รวมไปถึงการออกแบบสิทธิประโยชน์ต่างๆ เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับ สมาชิกแต่ละกลุ่มให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในระยะยาว

แนวทางการดำเนินงาน

- (๑) การติดตามประเมินผลการรับรู้/ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เพื่อพัฒนา การดำเนินงานของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

(๒) ขยายฐานผู้รับประโยชน์ผ่านช่องทางต่างๆ ดังนี้

- เพิ่มพื้นที่เรียนรู้เพิ่มโอกาสในการขยายฐานผู้รับประโยชน์ผ่านความร่วมมือกับพันธมิตร เครือข่ายแหล่งเรียนรู้ ทั้งการเชื่อมโยงกิจกรรม และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ด้านสุขภาวะ เช่น อพวช. ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาในระดับภูมิภาค รวมทั้งเผยแพร่องค์ความรู้ผ่านความร่วมมือกับสมาคมผู้จัดพิมพ์และจัดจำหน่ายหนังสือแห่งประเทศไทย รวมไปถึง ร้านหนังสือชั้นนำต่างๆ เช่น ร้าน ซีเอ็ดบุ๊คเซ็นเตอร์ ร้าน B2S ร้าน Book Smile
- ขยายช่องทางหน้าบ้านของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ พัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์แบบถาวรเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดแรงบันดาลใจในการใช้ชีวิตสู่สุขภาวะที่ดีผ่านผลิตภัณฑ์ เมนูอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ อาทิ SOOK shop@ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ SOOK shop@ขอนแก่นราวิวาส ๑๗
- ขยายช่องทางผ่านโลกออนไลน์ เน้นรูปแบบการใช้สื่อใหม่บนกลุ่มเป้าหมายใหม่ๆ ข้อความ ภาพ เสียง วิดีโอ กราฟฟิก รวมทั้งมีการพูดคุยเสนอข่าวสารกับลูกค้าได้ทั้ง ๒ ทาง และสามารถติดตามลูกค้าได้ทาง social media ต่างๆ เช่น website Facebook Blog YouTube Line e-mail SMS

(๓) ขยายช่องทางการสื่อสารผ่านสื่อต่างๆ โดยเน้นกลยุทธ์และรูปแบบการสื่อสารทางการตลาดแบบบูรณาการ (integrated marketing communication) ซึ่งจะช่วยให้การขยายฐานในแต่ละช่องทางได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น โดยเพิ่มช่องทางการสื่อสารทั้งแบบ above-the-line เช่น รายการโทรทัศน์ วิทยุ และนิตยสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เพื่อสร้างการรับรู้และขยายฐานผู้รับประโยชน์ในวงกว้าง ภายในระยะเวลาสั้นๆ และเน้นการสร้างความต่อเนื่องของ below-the-line อย่างครบวงจร โดยมุ่งเน้นการเสริมภาพลักษณ์ การรับรู้ผ่านประสบการณ์ตรง และการสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายผ่านการทำกิจกรรมเพื่อการสื่อสารการตลาด (event marketing) และโรดโชว์ (road show) ออกไปตามสถานที่ต่างๆ

(๔) พัฒนาระบบฐานข้อมูลสมาชิกกลาง ที่มีการจัดเก็บข้อมูลหมวดหมู่อย่างเป็นระบบ และสามารถสืบค้นข้อมูลสมาชิกจากศูนย์กลางได้ โดยมีการนำข้อมูล Database ที่แยกแยะกลุ่มสมาชิกแล้วมากำหนดสิทธิประโยชน์ต่อลูกค้าเหล่านั้น เพื่อสร้างความสัมพันธ์ เพื่อให้เข้าถึงการให้บริการลูกค้าแต่ละรายอย่างเหมาะสม รวมทั้งการจัดทำ Exclusive Program สำหรับ Frequency/Loyalty Customers อีกด้วย

(๕) บริหารงานศูนย์เรียนรู้สุขภาวะในส่วนงานอาคารและสถานที่และระบบสนับสนุนต่างๆ ให้มีความพร้อมให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดโดย

- จัดทำแผนบริหารจัดการและการให้บริการ ต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้ สุขภาวะให้ตอบสนองความต้องการและธรรมชาติในการเรียนรู้ของผู้ใช้บริการ
- ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการในส่วนงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้มีทักษะในการให้บริการอย่างเป็นมิตร อาทิ เจ้าหน้าที่ฝ่ายต้อนรับและลงทะเบียน เจ้าหน้าที่นำชมและจัดกิจกรรม

ส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ เจ้าหน้าที่ประจำร้านขายของที่ระลึก (souvenir shop) เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการภายในห้องอาหาร เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย (รปภ.) เจ้าหน้าที่รักษาความสะอาด แม่ครัว ตลอดจนบุคลากรและเจ้าหน้าที่ของ สสส. เป็นต้น รวมถึงการจัดทำคู่มือการให้บริการ อย่างเป็นมิตร เพื่อให้เป็นแนวทางการดำเนินงานกับบุคลากรต่างๆ

๔. แผนงานการตลาดเพื่อสังคม

งานการตลาดเพื่อสังคม ถือได้ว่าเป็นหนึ่งเครื่องมือสำคัญในงานสร้างเสริมสุขภาวะ และการสร้างแนวคิดของวิถีสุขภาวะให้เกิดขึ้นทั้งโดยตรงและโดยอ้อมไปยังกลุ่มเป้าหมายและประชาชนโดยรวม การกำหนดทิศทางและเป้าหมาย ในงานการตลาดเพื่อสังคม จำเป็นต้องสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายการวางยุทธศาสตร์งานหลักขององค์กร โดยงานการตลาดเพื่อสังคมมีหน้าที่วางแผน กลยุทธ์และออกแบบแผนงานการตลาด ที่มาพร้อมกลไกสนับสนุนสร้างการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย เป้าหมายของการทำงานการตลาดเพื่อสังคมของ สสส. ไม่เพียงมุ่งเน้นผลลัพธ์ความสำเร็จของการเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายและประชาชนเป็นสำคัญเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับการสร้างฐานบุคลากรและสร้างพันธมิตรเครือข่ายในวิชาชีพนี้ ให้เกิดขึ้นควบคู่ไปด้วย เนื่องจากในประเทศไทย มีผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญในงานด้านนี้อยู่น้อยมาก การขยายแนวคิดและการสร้างพลังเครือข่ายในวิชาชีพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินงานไปด้วยกัน

จุดเน้นของแผนงาน

- (๑) เชื่อมประสานการทำงานของหน่วยงานการสื่อสารและการตลาด ภายใน สสส. ให้ขับเคลื่อนในทิศทางเดียวกัน ให้การรณรงค์ทุกโครงการของ สสส. เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มเป้าหมายมีทัศนคติและพฤติกรรมด้านบวก และทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นค่านิยมปฏิบัติในการสร้างวิถีสุขภาวะที่ดีและเกิดผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงสังคมมากที่สุด โดยวางเป้าหมายให้มีแผนยุทธศาสตร์การสื่อสารของ สสส. ประจำปี ๒๕๕๙ และมีการประชุมแลกเปลี่ยนภายในหน่วยงานสื่อสารของ สสส. อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง
- (๒) การจัดระบบข้อมูลเชิงเนื้อหา (content) และพัฒนาระบบบริหารข้อมูลข่าวสารรณรงค์ เพื่อให้เกิดข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ในการสื่อสารให้ความรู้กับประชาชนจำนวนมาก เพื่อใช้สำหรับการสื่อสารรณรงค์ และการให้ความรู้กับประชาชน โดยกำหนดเป้าหมายคือ สามารถผลิตข้อมูลเชิงเนื้อหา เพื่อเผยแพร่ข้อมูลในทุกช่องทางทางการสื่อสารที่ สสส. มีความร่วมมือ อย่างน้อย ๑๕ - ๓๐ ชิ้นงานต่อเดือน
- (๓) ดำเนินการและพัฒนากิจการวิจัยพฤติกรรมเชิงลึก และพฤติกรรมการรับสื่อของกลุ่มเป้าหมาย และประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อสามารถนำผลการศึกษาในการกำหนดแนวทางการสื่อสาร การออกแบบ ผลิตสื่อ และการเลือกช่องทางการสื่อสาร ให้มีความเหมาะสมทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดสื่อรณรงค์ที่มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด โดยกำหนดจำนวนงานวิจัยขั้นต่ำเมื่อสิ้นปี ๒๕๕๙ คือ การวิจัยเชิงพฤติกรรมเชิงลึก พฤติกรรมการรับสื่อ และแนวทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จำนวน ๔ ชิ้นงาน การวิจัยติดตามและประเมินผลสื่อรณรงค์อย่างน้อย ๑ ชิ้นงาน

แนวทางการดำเนินงาน

(๑) คณะกรรมการยุทธศาสตร์การตลาด กำหนดแผนยุทธศาสตร์การสื่อสารของ สสส. และประสานการดำเนินงานกับทุกหน่วยงานการสื่อสารและการตลาด ให้บรรลุวัตถุประสงค์ทุกโครงการของ สสส. เป็นในทิศทางเดียวกัน และเกิดผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงสังคมมากที่สุด โดยกำหนดความก้าวหน้าของดำเนินงานเชื่อมประสานการทำงาน ดังนี้

- ไตรมาสที่ ๑ (ตุลาคม ถึง ธันวาคม ๒๕๕๘) เชื่อมประสาน และรายงานความก้าวหน้าการดำเนินโครงการรณรงค์ “เรื่องเพศคุยได้” “Live Healthier” และ “แอคทีฟเพลย์ (Active Play)” ของสำนักเชิงรุก ภาควิชาสัมพันธ์ ฝ่ายสื่อสารองค์กร ฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม และ ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะโดยกำหนดให้มีการประชุมแลกเปลี่ยน และประสานการทำงานในที่ประชุมคณะกรรมการยุทธศาสตร์การสื่อสาร และการตลาด อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง และผลักดันให้คณะกรรมการยุทธศาสตร์การสื่อสาร และการตลาด กำหนดแผนการสื่อสารและการตลาดประจำปี ๒๕๕๙ โดยเป็นมติร่วมกันทั้งองค์กร
- ไตรมาสที่ ๒ (มกราคม ถึง มีนาคม ๒๕๕๙) กำหนดให้มีการประชุมแลกเปลี่ยน และประสานการทำงาน และติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนการสื่อสารและการตลาดประจำปี ๒๕๕๙ ในระยะที่ ๑ ระหว่างหน่วยงานด้านการสื่อสาร และสำนัก อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง
- ไตรมาสที่ ๓ (เมษายน ถึง มิถุนายน ๒๕๕๙) กำหนดให้มีการประชุมแลกเปลี่ยน และประสานการทำงาน และติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนการสื่อสารและการตลาดประจำปี ๒๕๕๙ ในระยะที่ ๒ ระหว่างหน่วยงานด้านการสื่อสาร และสำนัก อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง
- ไตรมาสที่ ๔ (กรกฎาคม ถึง กันยายน ๒๕๕๙) ทบทวนการดำเนินงานของหน่วยงานด้านการสื่อสาร และการตลาดของ สสส. เพื่อนำไปปรับแผนการดำเนินงานในปี ๒๕๖๐

(๒) ประสานกับสำนักและภาคีเพื่อรวบรวมเนื้อหาข้อมูลที่ต้องการสื่อสารให้ความรู้ จัดหมวดหมู่ และพัฒนาระบบข้อมูลเชิงเนื้อหา (content) เพื่อใช้สำหรับการสื่อสารรณรงค์ และการให้ความรู้กับประชาชน (content management) โดยแบ่งความก้าวหน้าการดำเนินงานใน ๔ ระยะดังนี้

- ไตรมาสที่ ๑ (ตุลาคม ๒๕๕๘ ถึง ธันวาคม ๒๕๕๘) จัดระบบการทำงานของคณะทำงานข้อมูลเชิงเนื้อหา ของฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม และจัดหาเจ้าหน้าที่ประจำ และผู้รับจ้างพัฒนาเนื้อหาข้อมูลสำหรับเผยแพร่เนื้อหาให้ทุกช่องทางสื่อสาร เช่น ดิจิทัลมีเดีย สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อวิทยุโทรทัศน์ในลักษณะเนื้อหาการให้สัมภาษณ์ การนำเสนอข่าว และการนำเสนอแฝง (Tie in)
- ไตรมาสที่ ๒ (มกราคม ถึง มีนาคม ๒๕๕๙) เชื่อมโยงกับแหล่งข้อมูล ภาควิชาการ และระบบบริหารสื่อของ สสส. เพื่อให้คณะทำงานสามารถนำข้อมูลไปพัฒนาเป็นเนื้อหาที่เหมาะสมกับช่องทางและกลุ่มเป้าหมาย และเกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นเนื้อหาที่พัฒนาแล้วจะถูกกลับมาอยู่ในฐานข้อมูลระบบบริหารสื่อของ สสส. เพื่อเป็นประโยชน์ในการใช้งานต่อไป
- ไตรมาสที่ ๓ (เมษายน ถึง มิถุนายน ๒๕๕๙) สามารถผลิตข้อมูลเชิงเนื้อหา เพื่อป้อนข้อมูลให้กับทุกช่องทางการสื่อสาร ที่ สสส. มีความร่วมมือ อย่างน้อย ๑๕ - ๓๐ ชิ้นงานต่อเดือน

- ไตรมาสที่ ๔ (กรกฎาคม ถึง กันยายน ๒๕๕๙) ขยายความร่วมมือกับพันธมิตรทุกช่องทางสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเปิดความร่วมมือกับพันธมิตรที่มีนวัตกรรมการสื่อสารใหม่ ที่มีประสิทธิภาพ ในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้จำนวนมาก และมีคุณภาพเชิงผูกพัน (engagement level) กับกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น
- (๓) ออกแบบแนวทางตามหลักการกรอบการทำงานเหตุผลสัมพันธ์ (logical framework) เพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน จนนำผลการศึกษาสู่การพัฒนางานสื่อสารณรงค์ โดยแบ่งการวิจัยให้สอดคล้องการดำเนินงาน ๓ ระยะ คือ
- ช่วงการพัฒนาโครงการสื่อสารณรงค์ (campaign development) มีการศึกษาวิจัย เชิงคุณภาพ เพื่อหาปัจจัยเชิงลึก (insight) ของกลุ่มเป้าหมาย หรือทดสอบสมมุติฐานที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนาข้อความสื่อสาร (key messages) การแบ่งลักษณะกลุ่มเป้าหมาย (segmentation) และการทดสอบแนวคิดการสื่อสาร หรือสื่อรณรงค์ (pretest) รวมทั้งศึกษาความต้องการสื่อรณรงค์ของภาคีเครือข่าย
 - ช่วงการดำเนินโครงการสื่อสารณรงค์ มีการดำเนินการวัดผลผลิต เพื่อสรุปจำนวนสื่อรณรงค์ สื่อสนับสนุน และรวบรวมช่องทางการสื่อสารที่ถูกใช้ และการวัดผลเชิงผลลัพธ์ เพื่อติดตามและประเมินการรับรู้สื่อรณรงค์ แต่ละโครงการสื่อสารณรงค์
 - ช่วงสิ้นสุดการดำเนินโครงการสื่อสารณรงค์ มีการดำเนินการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของกลุ่มเป้าหมาย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สื่อรณรงค์ และทัศนคติ หรือพฤติกรรมรวมทั้งสรุปบทเรียนการดำเนินงานภายในทีม

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. แผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้	๓๘
๒. แผนงานสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาพ	๘๑
๓. แผนงานสนับสนุนและบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้สุขภาพ	๘๔
๔. กลุ่มแผนงานสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม	
๔.๑ กลุ่มแผนงานสื่อสารประเด็นปัจจัยเสี่ยงหลัก	๓๑๔
๔.๒ กลุ่มแผนงานสื่อสารประเด็นสุขภาพ	
รวม	๕๑๗

งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

ในการพัฒนางานใหม่ของ สสส. ในระยะหลัง จะมีความเกี่ยวข้องของหน่วยงานใหม่ ประเด็นใหม่ กับแผนงานต่างๆ ที่มีอยู่แล้วพอสมควร นอกเหนือจากการประสานงานในรูปแบบต่างๆ แล้ว สสส. ได้พัฒนารูปแบบการบูรณาการงานใหม่ ที่มีลักษณะประสานและต่อยอดจากฐานงานเก่าที่มีอยู่ โดยเพิ่มการจัดการและงบประมาณที่จำเป็น

กระบวนการพัฒนากลุ่มแผนงานกลางในเรื่องที่มีการพิจารณาร่วมกันว่าเป็นประเด็นใหม่ที่ สสส. ควรดำเนินงานเพิ่ม และมีความเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของหลายแผนงานที่มีอยู่ กระทำโดยการประมวลหลักการสถานการณ์ มาตรการ “งานใหม่” ที่ต้องการพัฒนา ร่วมกับการประมวล “งานเก่า” ที่มีอยู่ในแผนต่างๆ แล้วพัฒนา “ภาพรวมของกลุ่มงานใหม่” แล้วจัดกลไกประสาน จัดงบประมาณสนับสนุนตามจำเป็น ควบคุมกำกับ และเมื่อกลไกกลางนี้ประสานให้เกิดการดำเนินงานขึ้นแล้ว จึงค่อยปรับตัวเป็นการประสานภายใต้แผนปกติต่อไป

จุดเน้นของแผน

ในปิงบประมาณ ๒๕๕๙ งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลางจะยังคงดำเนินการตามทิศทางที่ได้กำหนดไว้ในแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) โดยมีสาระสำคัญของแผนที่ครอบคลุมทั้งการขยายการสื่อสารสร้างเสริมสุขภาวะ และงานขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะอื่นๆ พร้อมทั้งการเตรียมความพร้อมรองรับปัญหาสุขภาวะเร่งด่วนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาวะในเชิงประเด็นที่มีหน่วยงานกระจายในหลายแผน
๒. เพื่อรองรับประเด็นปัญหาสุขภาวะเร่งด่วนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างปี

เป้าหมายระยะ ๑ ปี และตัวชี้วัด

๑. มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะแบบบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ
๒. กลุ่มเป้าหมายรับรู้และตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาวะ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕

ยุทธศาสตร์

๑. เชื่อมโยงประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข องค์การสุขภาพต่างๆ และสำนักงานผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยในการพัฒนาเครือข่ายลดปัญหาจากโรคไม่ติดต่อ โดยเชื่อมโยงกับภาคีด้านปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การควบคุมยาสูบ การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และอาหารและโภชนาการเข้ากับองค์กรด้านการควบคุมป้องกันโรคหลักๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวานโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และภาวะความดันโลหิตสูง
๒. พัฒนางานขับเคลื่อนการสร้างพลเมืองเพื่อประเทศไทยที่น่าอยู่ (active citizen) ซึ่งเป็นการดำเนินงานขับเคลื่อนของภาคีพัฒนาประเทศไทย และเครือข่ายที่ต่อเนื่องจากสมัชชาปฏิรูป โดยจะดำเนินการเพื่อกระตุ้น/ปลูกให้สังคมเกิดความตื่นตัว เห็นโอกาส และเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการสร้างพลเมืองเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมไทยให้มีสุขภาวะที่ดีขึ้น ควบคู่กับส่งเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความเป็นพลเมืองสำหรับเยาวชนในระดับอุดมศึกษาและส่งเสริมให้เยาวชนได้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพและคุณลักษณะของพลเมืองที่สร้างสรรค์ ผ่านกระบวนการเรียนรู้และปฏิบัติจากสังคมจริง ตลอดจนสนับสนุนกลไกความร่วมมือของภาคีเครือข่ายให้เกิดการขับเคลื่อนขบวนการสร้างพลเมืองเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมไทยให้น่าอยู่ อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
๓. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสื่อสารสร้างสุขภาวะตั้งแต่ระดับ บุคคล องค์กร ภาคนโยบาย มุ่งสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของร่วม จนเกิดการร่วมผลักดันประเด็นการสร้างเสริมสุขภาวะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสังคม

การบริหารจัดการ

สำนักงานบริหารจัดการในลักษณะกลุ่มงานกลางภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงาน

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานจัดการกลุ่มงานกลาง	๒๐๕
๒. กลุ่มแผนงานขับเคลื่อนการสร้างพลเมืองเพื่อประเทศไทยที่น่าอยู่	๘๐
๓. กลุ่มแผนงานสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาวะ	๘๑
รวม	๓๖๖

งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกลไกหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ โดยเป็นองค์กรขนาดเล็กที่เน้นความยืดหยุ่นและใช้นวัตกรรมในการบริหารจัดการ มุ่งสร้างการมีส่วนร่วมหรือแสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในลักษณะเจ้าภาพร่วม

อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กร แม่ สสส. จะสั่งสมความรู้และประสบการณ์ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อีกทั้ง มีกรรมการและภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งและมีความรู้ความสามารถสูงและหลากหลาย ทว่า ด้วยปัญหาสังคมและสุขภาพมีความยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น จึงกลายเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อการทำงานเชิงรุกได้ทันต่อความคาดหวังเท่าที่ควร ดังนั้น สสส. จึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริหารจัดการรวมทั้งระบบติดตามประเมินผลเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและพลวัตในการสร้างเสริมสุขภาพ

ในแผนดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๙ สสส. มีวัตถุประสงค์และแนวทางการบริหารจัดการกองทุนและสำนักงานให้ตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร ดังนี้

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

๑. การมุ่งเน้นบุคลากร

- ๑.๑ พัฒนาความเป็นผู้นำ พัฒนาขีดความสามารถหลักที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังขององค์กรรวมทั้งการขยายขอบเขตการพัฒนาไปยังภาคี
- ๑.๒ สร้างวัฒนธรรมและคุณค่าหลักขององค์กรในตัวเจ้าหน้าที่
- ๑.๓ สร้างความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร
- ๑.๔ สร้างบรรยากาศของความคิดสร้างสรรค์และสภาพแวดล้อมที่ดีต่อการทำงาน

๒. การจัดการกระบวนการ

- ๒.๑ ให้ความสำคัญกับข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้ใช้บริการเพื่อพัฒนาและปรับปรุงระบบที่เน้นคุณภาพ (ความรวดเร็ว ความถูกต้องเชื่อถือได้) และนวัตกรรมการให้บริการ
- ๒.๒ กำหนดกระบวนการดำเนินงานที่สำคัญ (Critical Business Process) ขององค์กร การยึดมั่นกับการนำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๓. การจัดการความรู้

- ๓.๑ การมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศพื้นฐานที่เชื่อถือได้และสนับสนุนการจัดการความรู้
- ๓.๒ การสร้างวัฒนธรรมและแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการความรู้และเสริมสร้างนวัตกรรม เช่น การจัดเก็บ แบ่งปัน และสร้างความรู้ใหม่

๔. การมุ่งเน้นผู้ใช้บริการ

- ๔.๑ พัฒนากระบวนการและจิตใจที่พร้อมให้บริการ เรียนรู้และรับฟังผู้ใช้บริการ
- ๔.๒ สร้างความสัมพันธ์และความพึงพอใจให้เกิดแก่ผู้ใช้บริการ
- ๔.๓ การสื่อสารสองทางที่ชัดเจน สม่ำเสมอ

๕. การวางแผนและการทำงานเชิงกลยุทธ์

- ๕.๑ การวางแผนกลยุทธ์ที่เน้น การใช้ข้อมูล กระบวนการและผู้เกี่ยวข้อง สามารถบ่งชี้ปัญหา/จุดบอด ของการทำงาน การกำหนดความท้าทายในการดำเนินงาน กำหนดช่วงเวลาในการวางแผน ทั้งระยะสั้นและระยะยาว
- ๕.๒ การกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และกรอบเวลาในการบรรลุเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ สามารถจะตอบความท้าทาย/ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์/โอกาสในการพัฒนาทางด้านนวัตกรรม องค์การ สามารถสร้างสมดุลระหว่างโอกาสและความท้าทายทั้งระยะสั้นและระยะยาวของ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด
- ๕.๓ การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ มีการจัดสรรทรัพยากร การประเมิน ความเสี่ยง การจัดทำแผนหลักด้านทรัพยากรบุคคล มีตัววัดและการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนแผนได้ตามความจำเป็น
- ๕.๔ มีการคาดการณ์ผลการดำเนินงานทั้งในระยะสั้นและระยะยาว มีการเปรียบเทียบแผน-ผลอย่าง สม่ำเสมอ

๖. การเพิ่มประสิทธิภาพของการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน

- ๖.๑ ดำเนินการทบทวนและปรับปรุงระบบการควบคุมภายใน เช่น นโยบาย ผังโครงสร้างหน่วยรับตรวจ คู่มือปฏิบัติงาน รวมทั้งมาตรการที่จะนำไปสู่การควบคุมเชิงนามธรรม (soft control) เช่น จิตสำนึก ทักษะ ความสามารถ ความซื่อสัตย์ ความโปร่งใส ความมีคุณธรรมจริยธรรม ความรับผิดชอบของบุคลากรทุกระดับ
- ๖.๒ ดำเนินการทบทวนและปรับปรุงมาตรฐานการควบคุมภายในภายใต้ของ ๕ องค์ประกอบ คือ สภาพแวดล้อมของการควบคุม (control environment) การประเมินความเสี่ยง (risk assessment) กิจกรรมการควบคุม (control activities) สารสนเทศและการสื่อสาร (information and communication) และการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน (monitoring and evaluation)

ยุทธศาสตร์และแนวทางการดำเนินการ

ด้านการพัฒนาบุคลากรและองค์กร

การพัฒนาบุคลากรยังคงเป็นหัวใจในการขับเคลื่อนองค์กรในปี ๒๕๕๙ และได้เพิ่มงานทางด้านการพัฒนาองค์กรเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์อีกด้วย โดยยังคงยึดการพัฒนาบุคลากรและองค์กรตามแนวค่านิยมหลัก (core values) ที่จะนำไปสู่การสร้างพฤติกรรมการทำงานที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมขององค์กร ได้แก่ การมีวิสัยทัศน์คิดการใหม่อย่างสร้างสรรค์ (be innovative) หวังผลลัพธ์เพื่อส่วนรวม (collective impact) กระตือรือร้นทำงานเชิงรุก (be proactive) มุ่งหวังผลที่ยั่งยืน (sustainable) มีจิตสำนึกต่อสาธารณะ (public-minded) ห่วงใยใส่ใจสุขภาพ (health conscious) รวมทั้งมีสมดุลในการใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีคุณค่า สามารถขับเคลื่อนให้ สสส. เป็นองค์กรต้นแบบด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้ โดยยุทธศาสตร์และการดำเนินงานประกอบด้วย

๑. การพัฒนาระบบสายความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน (career development) ของบุคลากรใน สสส. ให้มีความชัดเจนในการเลื่อนระดับ การพัฒนาสมรรถนะหลัก และสมรรถนะประจำตำแหน่งที่สอดคล้องกับความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ระบบการประเมินผลที่เที่ยงธรรมโปร่งใส ทั้งนี้เพื่อให้สามารถดึงคนเก่งคนดีไว้กับองค์กร
๒. การพัฒนาระบบการจัดการทรัพยากรบุคคลสำหรับผู้บริหาร (HR for Non-HR) เน้นการเพิ่มสมรรถนะในการบริหารงานบุคลากรขององค์กรให้สูงขึ้นผ่านทางผู้บริหารตามสายงาน ทั้งนี้เพื่อเป็นไปตามหลักการขยายขอบเขตของการกระจายอำนาจของการบริหารงานทั้ง “งาน-เงิน-คน” ลงไปสู่ระดับปฏิบัติการอย่างสมบูรณ์ โดยการพัฒนาจะทำผ่านกลไกหลายๆ ด้าน เช่น การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การสอนและแนะนำงาน (coaching) การให้คำปรึกษา (mentoring) เป็นต้น
๓. การพัฒนาการสรรหาบุคลากรเชิงรุก โดยพัฒนาระบบการคัดเลือกบุคลากรเชิงรุกต่อเนื่องจากแผนหลักในช่วงที่ผ่านมา โดยเน้นการคัดเลือกบุคลากรในตำแหน่งต่างๆ ที่สอดคล้องกับสมรรถนะและวัฒนธรรมองค์กร ผ่านกลไกการพัฒนาที่สำคัญ เช่น โครงการเจ้าหน้าที่ฝึกหัด (trainees project) โครงการนักศึกษาฝึกงาน เป็นต้น โดยการสรรหาบุคลากรเชิงรุกนี้ เป้าหมายไม่เพียงแต่จะตอบสนองต่อความต้องการบุคลากรภายใน สสส. เท่านั้น แต่ยังจะตอบสนองต่อความต้องการบุคลากรด้านการพัฒนาสังคมและสร้างเสริมสุขภาพในภาคีเครือข่ายอีกด้วย
๔. การพัฒนาองค์กร (organization development) เน้นการพัฒนาใน ๓ ส่วนคือ การพัฒนาสมรรถนะหลักและสมรรถนะในกลุ่มงาน การพัฒนาโครงสร้างการบริหารงานให้มีความคล่องตัว มีการกระจายอำนาจและกระบวนการทำงานที่ชัดเจน และการพัฒนาให้บุคลากรมีพฤติกรรมคาดหวังที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมองค์กร
๕. การส่งเสริมภาพลักษณ์ขององค์กร ผ่านการเสริมสร้างวัฒนธรรมและการสื่อสารภายในองค์กรให้บุคลากรเกิดความผูกพันต่อองค์กร จัดทำกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้กับภายนอกองค์กร เพื่อให้เกิดการรับรู้และสร้างภาพลักษณ์ที่ดีในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและประชาชนทั่วไป รวมทั้งการจัดทำและทบทวนแผนสื่อสารขององค์กรเพื่อรับมือกับการสื่อสารประชาสัมพันธ์ในภาวะวิกฤติ

ด้านการเงิน การบัญชี พัสดุ และตรวจสอบแผนงานโครงการ

สสส. มีการจัดสรรทุนให้แก่ภาคีในการดำเนินงานโครงการเสริมสร้างสุขภาวะทั่วประเทศนับพันโครงการในแต่ละปี ซึ่งรวมทั้งโครงการใหม่และโครงการต่อเนื่อง ในการบริหารจัดการ มีการกำกับติดตาม ตรวจสอบโครงการ การเบิกจ่าย การบันทึกบัญชี การจัดการวัสดุ ครุภัณฑ์ รวมทั้งการจัดทำข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องในการวางแผนการดำเนินงาน ประกอบกับแผนงาน โครงการเหล่านั้น มีแนวทางในการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน ส่งผลให้แนวทางการบริหารจัดการในการสนับสนุนแผนงานโครงการต่างๆ จำเป็นต้องมีความคล่องตัว ยืดหยุ่น รวดเร็ว ถูกต้อง และเป็นที่พึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง

งานด้านการเงิน การบัญชี พัสดุ และตรวจสอบแผนงานโครงการเป็นส่วนสำคัญยิ่งในการขับเคลื่อนงานของ สสส. ที่มุ่งจะให้เกิดความยืดหยุ่น เพิ่มประสิทธิภาพ มีความรวดเร็ว น่าเชื่อถือ โดยให้เกิดความสมดุลกับระบบตรวจสอบและควบคุมภายในขององค์กร โดยในแผนดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๙ จะมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

มีการพัฒนาระบบบริหารพัสดุ จัดทำทะเบียนครุภัณฑ์ เพื่อรองรับการสนับสนุน ภาคี เครือข่าย อย่างเป็นระบบ รัดกุม ตรวจสอบได้ และสามารถดำเนินการปิดงบการเงินได้อย่างถูกต้องเป็นไปตามกฎหมายกำหนดตามแผนงาน หมวดเงิน และหมวดบัญชี ตลอดจนมีระบบการควบคุมครุภัณฑ์ที่สามารถตรวจนับได้ มีการจัดทำแผนความต้องการพัสดุของโครงการที่เหมาะสม มีการดูแลและการเก็บรักษาอย่างดี สามารถนำมาบริหารจัดการให้เกิดความคุ้มค่า เพื่อลดต้นทุนในการดำเนินงาน โดยวิธีการต่างๆ ได้แก่

๑. ปรับปรุงกระบวนการให้บริการทางการเงิน บัญชี และพัสดุอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนการทำงาน ผ่านการจัดทำขั้นตอนมาตรฐานการปฏิบัติงาน การปรับปรุงระเบียบและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง และมีการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการเงิน บัญชีและทรัพย์สินภายในองค์กร การบริหารพัสดุขององค์กรและภาคี การลงบัญชีออนไลน์สำหรับภาคี
๒. พัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการที่สามารถจัดการข้อมูลได้อย่างถูกต้องเป็นไปตามหลักการและนโยบายบัญชีภาครัฐ รวมทั้งมาตรฐานการบัญชีทั่วไป (กรณีนโยบายบัญชีภาครัฐไม่ได้กำหนดไว้) สามารถรายงานผลที่ถูกต้องและรวดเร็ว
๓. พัฒนาบุคลากรฝ่ายบัญชีและการเงิน ให้มีสมรรถนะในการเป็นผู้นำในด้านการพัฒนานวัตกรรมด้านการบริหารที่มีประสิทธิภาพ ทันสมัย และสามารถถ่ายทอดงานของฝ่ายได้เป็นอย่างดี รวมทั้งการให้บริการที่เป็นเลิศแก่ภาคี

ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

ความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วิธีการทำงานต้องมีการปรับเปลี่ยนให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและพฤติกรรมผู้ใช้งาน สสส. ตระหนักถึงปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงนี้ จึงให้ความสำคัญกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานทั้งของเจ้าหน้าที่ สสส. และภาคีที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ

ในแผนดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๙ งานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มุ่งที่จะตอบสนองต่อการสร้างองค์ความรู้ในการบริหารจัดการและวางแผนเพื่อตอบสนองต่อการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีวิสัยทัศน์คิดการใหม่อย่างสร้างสรรค์ (be proactive) ดังนี้

๑. พัฒนาประสิทธิภาพของระบบสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหาร และการบริหารโครงการ
๒. พัฒนาระบบการจัดการความรู้เพื่อตอบสนองต่อวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรเพื่อมุ่งสู่การจัดการความรู้โดยพัฒนาระบบและมาตรฐานการจัดเก็บข้อมูลอย่างถูกต้อง เหมาะสม ครบถ้วน การสืบค้นและแบ่งปันข้อมูลที่รวดเร็ว แม่นยำ การนำเอาข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลให้เป็นไปตามนโยบายและการบริหารงาน เช่น การกำกับติดตามแผนงานและโครงการ การประเมินผลแผนงานและโครงการ รวมทั้งการเผยแพร่ต่อสาธารณชนผ่านนโยบายการเปิดเผยข้อมูล (open data) ของ สสส.
๓. เพิ่มประสิทธิภาพ ความมั่นคงปลอดภัยของการให้บริการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศขององค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานขององค์กร การให้บริการที่เป็นพื้นฐาน รวมทั้งการจัดทำแผนรองรับความเสี่ยงและเหตุฉุกเฉิน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจได้ว่าระบบจะสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่องแม้จะมีเหตุฉุกเฉิน

ด้านอำนวยการบริหารจัดการสำนักงาน

งานด้านอำนวยการมีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการในกระบวนการหลักที่เป็นกระบวนการที่สำคัญขององค์กร เช่น การให้บริการงานบริหารงานทั่วไป การจัดการอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ การให้บริการด้านการจัดซื้อจัดจ้าง การให้บริการศูนย์สัญญา การให้บริการด้านกฎหมาย และการให้บริการด้านสารบรรณและเอกสาร เป็นต้น ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรับปรุงกระบวนการให้บริการอย่างต่อเนื่องให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ ดังนั้น การกิจหลักของงานด้านอำนวยการบริหารจัดการสำนักงาน จึงต้องปรับปรุงกระบวนการทำงาน จัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานมาตรฐาน การปรับปรุงระเบียบและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง การรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเพื่อนำมาสู่การปรับปรุงงาน เป็นต้น

ในแผนดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๙ งานด้านอำนวยการบริหารจัดการสำนักงาน จะดำเนินงานต่อเนื่องจากแผนในช่วงก่อน ดังนี้

๑. การขยายขอบเขตของการให้บริการจัดการอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ให้สอดคล้องกับนโยบายและแผนกลยุทธ์ของศูนย์เรียนรู้ ที่เน้นการขยายเวลา ขอบเขต และคุณภาพของการให้บริการ โดยเฉพาะการให้บริการในการใช้ประโยชน์จากพื้นที่แก่ เจ้าหน้าที่ ภาควิชาเครือข่าย และสาธารณชนทั่วไป
๒. ปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน ปรับกฎระเบียบให้ทันสมัย และการสื่อสารแก่ผู้ใช้บริการอย่างทั่วถึง ทั้งนี้เพื่อสร้างความเข้าใจในกระบวนการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกัน เพิ่มคุณภาพของการให้บริการ โดยลดความล่าช้าของกระบวนการและลดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานในทุกกระบวนการ
๓. การพัฒนาบุคลากรและการขับเคลื่อนให้เกิดนวัตกรรมขององค์กรจากงานประจำ

ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์

การพัฒนา นโยบายและยุทธศาสตร์ ครอบคลุมการดำเนินงานตลอดวงจรของการบริหารและพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์และศักยภาพขององค์กรสำหรับการวางแผนและกำหนดยุทธศาสตร์ดำเนินงาน การแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ การวิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญและเสนอทางเลือกในการดำเนินงานตามแผน การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและจัดทำทางเลือกเชิงนโยบายเพื่อการยกระดับการพัฒนาการทำงานของกองทุนอย่างต่อเนื่อง

งานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ในแผนดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๙ สสส. จะมีจุดเน้นดังนี้

๑. การจัดตั้งหน่วยยุทธศาสตร์ (strategic think tank) เพื่อสนับสนุนการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ สร้างความรู้ กลไก และวิธีการใหม่ๆ ในการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของสังคมที่หลากหลาย อันจะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมของการสร้างเสริมสุขภาพและนวัตกรรมทางสังคม
๒. การเพิ่มความเข้มข้นในการแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ โดยกระบวนการการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของ เช่น การติดตามผลและการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ เพื่อกำหนดและปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ที่เหมาะสม การพัฒนาและกำหนดตัวชี้วัดในระดับต่างๆ จากระดับประเทศ ไปสู่ระดับองค์กรและบุคคลที่วัดผลได้อย่างเหมาะสม เทียบตรง

ด้านการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน

การควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน ปี ๒๕๕๙ สสส. จะพัฒนาให้มีการบูรณาการให้มากขึ้น โดยยังคงเน้นที่จะให้การควบคุมภายในได้รวมเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการในการปฏิบัติงานตามปกติที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และถือว่าเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรทุกระดับที่จะต้องให้ความสำคัญและรับผิดชอบในระบบควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน

งานด้านการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในตามแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๙ จะมีจุดเน้นดังนี้

๑. สร้างสภาพแวดล้อมของการควบคุมที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลของการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (good governance) ด้วยการขับเคลื่อนผ่านนโยบายและคณะกรรมการกำกับดูแลกิจการที่ดีขององค์กรอย่างต่อเนื่อง
๒. ทบทวนและดำเนินการบริหารความเสี่ยง ภายใต้การดำเนินงานคณะทำงานบริหารความเสี่ยง รับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย กำกับดูแลและให้ข้อเสนอแนะ โดยยึดแนวทางการดำเนินงานตามหลักสากล และสอดคล้องกับวัฒนธรรมองค์กร แนวทางการดำเนินงานในปี ๒๕๕๙ จะมีการทบทวนปัจจัยเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงให้เหลืออยู่ในระดับที่ยอมรับได้ การทบทวนแผนการบริหารความเสี่ยงเป็นระยะเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเสี่ยงที่เกิดมาจากปัจจัยภายนอกด้านเศรษฐกิจและการเมือง รวมทั้งการซ่อม/ทบทวนแผนการบริหารงานอย่างต่อเนื่อง (business continuity plan)

๓. การทบทวนและจัดทำแผนกิจกรรมการควบคุม เพื่อยกระดับประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการควบคุม เพื่อป้องกันหรือลดความเสียหายและความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นได้ เช่น การสอบทานกระบวนการประเมินผลข้อมูล การทบทวนขอบเขตอำนาจในการอนุมัติ โดยเน้นที่กระบวนการหลักที่สำคัญขององค์กร คือ กระบวนการให้ทุน กระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง กระบวนการสรรหาบุคลากร กระบวนการเบิกจ่าย เป็นต้น
๔. การทบทวนกระบวนการติดตามประเมินผลของระบบควบคุมภายในเพื่อให้เกิดความมั่นใจได้ว่าระบบการควบคุมภายในมีการปฏิบัติตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การติดตามผลในระหว่างการปฏิบัติงาน การประเมินผลการควบคุมด้วยตนเอง และการประเมินการควบคุมอย่างอิสระ
๕. การตรวจสอบภายในในแผนดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๙ สสส. ให้ความสำคัญกับการตรวจสอบภายในอย่างเป็นอิสระในสามด้าน ได้แก่ ด้านการเงินบัญชี (financial audit) ด้านการปฏิบัติตามข้อกำหนด (compliance audit) และด้านการดำเนินงาน (operating/performance audit) การปฏิบัติตามผลการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบ และติดต่อประสานงานกับผู้รับตรวจทั้งภายในและภายนอก การให้คำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุงให้ถูกต้อง และพัฒนาเครื่องมือการปฏิบัติงานเพื่อการควบคุมภายในที่ดีและป้องกันความเสี่ยง นอกจากนี้ การตรวจสอบภายในด้านการเงินและบัญชี จะดำเนินการควบคู่ไปกับการตรวจสอบทางการเงินและบัญชีของโครงการรับทุนที่ฝ่ายบัญชีและการเงินจะต้องดำเนินการในแต่ละงวดของการดำเนินงาน

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. เงินเดือน ค่าจ้าง และการพัฒนาบุคลากร	๑๕๕.๐
๒. การประชุมคณะกรรมการชุดต่างๆ รวมทั้งคณะกรรมการประเมินผล	๑๔.๕
๓. การเงิน การบัญชี การพัสดุ และการตรวจสอบ	๒๗.๕
๔. การพัฒนายุทธศาสตร์ ควบคุมภายใน บริหารความเสี่ยง และติดตามประเมินผล	๗.๔
๕. การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ	๒๕.๐
๖. การอำนวยการและบริหารสำนักงาน	๒๔.๖
๗. การเผยแพร่ข้อมูลและประชาสัมพันธ์	๓๑.๐
รวม	๒๘๕.๐

๓

ส่วนที่

ภาคผนวก

- ๑ รายงานสรุปความก้าวหน้าการดำเนินงานตามนโยบาย
แผนหลัก ๓ ปี
(เดือนตุลาคม ๒๕๕๗ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๕๘)
- ๒ นโยบายการเงินและงบประมาณ
- ๓ กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ สสส. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐

รายงานสรุปความก้าวหน้า การดำเนินงานตามนโยบาย แผนหลัก ๓ ปี (เดือนตุลาคม ๒๕๕๗ ถึง เดือนมีนาคม ๒๕๕๘)



ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ซึ่งเป็นปีแรกของการดำเนินงานตามกรอบนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ – ๒๕๖๐) พบว่าการดำเนินงานมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ สรุปผลการดำเนินงานตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๗ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๕๘ พอสังเขปได้ดังนี้

กรอบนโยบาย	ผลการดำเนินงาน
ข้อที่ ๑ ใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี	ในภาพรวมทุกแผนของ สสส. มุ่งบูรณาการทำงานเพื่อตอบเป้า ๑๐ ปี และมุ่งเน้นการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยมีผลงานสำคัญ อาทิ (๑) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน ๑๑๐ แห่งที่มีการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบ และมีการขยายผลมัสยิดปลอดบุหรี่ไม่น้อยกว่า ๒๐ แห่ง ซึ่งการบูรณาการการดำเนินงานดังกล่าว เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่ในภาพรวม (๒) มีการลงนามในบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ “การส่งเสริม สนับสนุน ขับเคลื่อน และพัฒนาระบบการจัดการสุขภาวะจังหวัดกระบี่” ระหว่าง สสส. และจังหวัดกระบี่ โดยมีประเด็นความปลอดภัยทางถนน (อุบัติเหตุ) เป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญในการขับเคลื่อนจังหวัดกระบี่ให้เป็นกระบี่เมืองสุขภาวะ ตามการขับเคลื่อน ๑๒ ระเบียบวาระกระบี่ (๓) เกิดโรงเรียนที่ขยายผลจากโครงการเด็กไทยแก้มใสมีการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุภาพะที่ส่งผลให้เด็กมีทักษะการใช้ชีวิตและได้กินอาหารที่ดี (๔) เพิ่มจำนวนคนที่ใช้จักรยานอย่างน้อย ๑๐,๐๐๐ คน และเกิดการมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชนท้องถิ่นในการปรับสภาพแวดล้อมหรือพื้นที่ให้เอื้อต่อการใช้จักรยานในชุมชน (๕) ประชาชน ๑๕ ชชาติพันธุ์ในพื้นที่ดำเนินงานมีความรู้ในการรักษาความมั่นคงทางอาหารและร่วมกันพัฒนาให้เกิดพื้นที่ต้นแบบความมั่นคงทางอาหารชาติพันธุ์ ๑๕ แห่ง

กรอบนโยบาย	ผลการดำเนินงาน
ข้อที่ ๒ ขยายฐานผู้รับประโยชน์	ผู้ที่ได้รับประโยชน์และเข้าถึงข้อมูลของ สสส. เพิ่มขึ้นมากในทุกช่องทาง โดยเฉพาะช่องทางของศูนย์เรียนรู้ที่เพียงครึ่งปีก็มีผู้ใช้บริการเกือบ ๑ ล้านคน เช่นเดียวกับการเข้าถึงข้อมูลของ สสส. ผ่านช่องทางออนไลน์ ที่มีผู้เข้าถึงมากกว่า ๒.๒ ล้านราย (Unique Internet Protocol : UIP) และมีสมาชิกรวมเกือบ ๔ แสนราย นอกจากนี้ ในส่วนการขยายฐานผ่านการให้ทุนสู่รายย่อยยังสามารถสร้างฐานผู้รับประโยชน์ได้มากกว่า ๑.๖ แสนราย รวมแล้วมีผู้ได้รับประโยชน์แล้ว อย่างน้อย ๓.๗ ล้านราย
ข้อที่ ๓ สร้างความยั่งยืน	จากบทบาทของ สสส. ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมซึ่งต้องทำงานร่วมกับกลไกหลัก จึงทำให้เกิดการเชื่อมประสานกับหน่วยงานต่างๆ จำนวนมาก โดยมีผลงานสำคัญ อาทิ (๑) เชื่อมประสานการทำงานกับสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินงานควบคุมยาสูบตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ และเชื่อมประสานการทำงานกับผู้ว่าราชการจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการดำเนินงานจังหวัดปลอดบุหรี่ จำนวน ๓๒ จังหวัดเพื่อขับเคลื่อนรณรงค์ให้เกิดพื้นที่ต้นแบบจังหวัดปลอดบุหรี่ โดย ณ ขณะนี้ มีอย่างน้อย ๕ จังหวัด ที่มีกิจกรรมการดำเนินงานที่ครอบคลุมตามมาตรการหลักของยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบที่สำคัญ ได้แก่ การป้องกันเยาวชนจากการเป็นนักสูบหน้าใหม่ การเฝ้าระวังกำกับติดตามการบังคับใช้กฎหมาย การทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ และการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (๒) สนับสนุนสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีบทบาทหลักในฐานะเลขานุการคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จนนำไปสู่การเกิดกฎหมายอนุบัญญัติตามพรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ๑๑ ฉบับ อาทิ ห้ามขายบนทาง ห้ามขายในสถานี่ขนส่ง ห้ามขายในท่าเรือ ฯลฯ (๓) ร่วมกับศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) และสนับสนุนเครือข่ายวิชาการ เครือข่ายรณรงค์ในการร่วมขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาระบบ กลไกสำคัญของประเทศ รวมถึงมาตรการในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของประเทศ จนนำมาสู่การเสนอแก้ไขโดยสำนักงานตำรวจแห่งชาติเพื่อแก้ไขพระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ ๑๐) พ.ศ. ๒๕๕๗ มาตรา ๑๔๒ “เพิ่มโทษผู้ปฏิเสธการตรวจวัดแอลกอฮอล์ให้ถือว่า เมา”

กรอบนโยบาย	ผลการดำเนินงาน
	(๔) เกิดแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพภาคีอย่างเป็นระบบ โดยมีหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพที่ตอบสนองแผนในส่วนสำคัญ ๔ หลักสูตร ตลอดจนเกิดกิจกรรม/เวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชื่อมสัมพันธ์ และ/หรือระบบการเรียนรู้ที่เสริมขีดความสามารถภาคีเครือข่าย ทั้งที่จัดในส่วนกลาง ระดับภาค หรือระดับพื้นที่ ๑๔ ครั้ง มีภาคีเครือข่ายได้รับการพัฒนาศักยภาพ จำนวน ๓๒๒ คน มีเจ้าหน้าที่ สสส. ได้รับการพัฒนาศักยภาพ จำนวน ๑๖ คน (๕) ร่วมกับ World Lung Foundation (WLF) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการทำแคมเปญรณรงค์เรื่องบุหรี่ ในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “Tobacco Control Persuasion Campaign Strategies and Design” เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการทำงานด้านการทำแคมเปญ กลยุทธ์และการออกแบบด้านการสื่อสารรณรงค์ไปยังกลุ่มเป้าหมายต่างๆ (๖) สนับสนุนให้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศดำเนินงานสร้างเครือข่ายนักวิชาการโดยเชื่อมนักวิชาการในประเทศกับนักวิชาการในระดับนานาชาติผ่านการจัดทำโครงการพัฒนาระบบประเมินติดตามปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารและนโยบายที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันควบคุมปัญหาโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (INFORMAS)
ข้อที่ ๔ มุ่งสร้างนวัตกรรม การสร้างเสริม สุขภาพ	ทุกแผนของ สสส. มุ่งเน้นการทำงานเชิงรุก และการดำเนินงานแบบนวัตกรรม (Innovative) ที่มีกรอบแนวคิดและหลักการต่างๆ เพื่อสร้างนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพออกสู่สังคมผ่านการดำเนินงานของภาคีทั้งเล็กใหญ่ จนเกิดผลงานและผลลัพธ์ เช่น (๑) เกิดเกณฑ์การจัดลำดับสินค้าที่ไม่ปลอดภัย (Issue Prioritization) และนำเกณฑ์ไปทดลองใช้ ใน ๑๒ จังหวัด โดยที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้นำไปบรรจุในตัวชี้วัดตาม “ยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๘” ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เรื่องพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ (๒) เกิด application บนโทรศัพท์แบบสมาร์ตโฟน ชื่อ Tumdee Drug Alert ซึ่งช่วยให้ประชาชนสามารถตรวจสอบยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เครื่องสำอาง ที่มีเลขทะเบียน อย. ว่าเป็นสินค้าปลอมปน หรือมีสารอันตรายเจือปนหรือไม่ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเป็นเหยื่อของผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตราย (๓) เกิดรูปแบบการจัดการระบบผักผลไม้ปลอดภัยตลอดทั้งห่วงโซ่ได้แก่ สามพรานโมเดล และเชียงรายโมเดล (๔) เกิดรูปแบบและขยายผลการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุรา สารเสพติดและปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องด้วยตัวเอง เช่น รูปแบบ Family club รูปแบบ Internet - based Program

กรอบนโยบาย	ผลการดำเนินงาน
ข้อที่ ๕ ให้ความสำคัญ กับการเตรียม ความพร้อมของ ประชาชนและระบบ ผู้สังคมผู้สูงอายุ	จากแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ มีแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ ที่กำหนด การเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบให้เหมาะสมกับสังคมผู้สูงอายุ โดยมุ่งให้ เกิดระบบ/ กลไกการเตรียมความพร้อมและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้ชุมชน เป็นฐาน ควบคู่กับการสนับสนุนให้เกิดกลไกการส่งเสริมการสร้างความมั่นคงด้าน รายได้และอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีผลงานสำคัญ อาทิ (๑) เกิดศูนย์ฝึกอบรมตามความเชี่ยวชาญเฉพาะ (มหาวิทยาลัย) ของเครือข่าย ร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ในด้านการดูแลสุขภาพประชากรทั่วไปและผู้สูงอายุ (๒) เกิดระบบฐานข้อมูลด้านผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนเขตเมือง เพื่อใช้ในการวางแผน พัฒนาคุณภาพชีวิตสูงอายุ ทำให้ประชาชนในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เกิดความตระหนัก และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนเขตเมืองมากขึ้น (๓) เกิดระบบดูแลผู้สูงอายุโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง ทำให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม ในกิจกรรมนันทนาการต่างๆ เพื่อชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงได้เพิ่มขึ้น ส่วนผู้สูง อายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังโดดเดี่ยวได้รับการดูแลโดยชุมชน ท้องถิ่นร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (๔) เสริมสร้างความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุระดับชุมชน จำนวน ๑๕๐ แห่ง ทั่วประเทศในด้านต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การสร้างเสริม สุขภาพจิต และสร้างระบบ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตระหนักเห็นคุณค่าของตนเองและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ (๕) เกิดร่างข้อเสนอการปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทยใน ๔ ด้าน ได้แก่ ก) ด้านเศรษฐกิจ เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงด้านเศรษฐกิจและหลักประกัน ยามชราภาพ ข) ด้านการปรับสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกและบริการ สาธารณะที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ค) ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการ เตรียมพร้อมด้านระบบบริการสุขภาพเพื่อการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและ ต่อเนื่อง ง) ด้านสังคม เพื่อให้เกิดความอยู่ดีมีสุขของคนทุกวัย และการพัฒนา ประเทศอย่างมั่นคงและยั่งยืน ด้วยการเพิ่มศักยภาพและเร่งการเตรียม ความพร้อมของคนไทยและสังคมไทยให้สามารถรับมือกับสังคมสูงวัย

นโยบายการเงินและงบประมาณ

เมื่อวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๕๗ ที่ประชุมคณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินได้เห็นชอบกรอบวงเงินงบประมาณสนับสนุนโครงการของกองทุนประจำปีงบประมาณ ๓ ปี (๒๕๕๘ – ๒๕๖๐) แบบขาดดุล จำนวน ๕,๑๐๐ ล้านบาท ๕,๐๐๐ ล้านบาท และ ๔,๙๐๐ ล้านบาท ตามลำดับ และคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๗ ได้ให้ความเห็นชอบตามที่คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินเสนอ

ต่อมา เมื่อวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๕๘ ที่ประชุมคณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินได้มีการทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณสนับสนุนโครงการของกองทุนประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙ และเห็นชอบกรอบวงเงินงบประมาณคงไว้ตามกรอบวงเงิน ๓ ปี (๒๕๕๘ – ๒๕๖๐) เป็นวงเงิน ๕,๐๐๐ ล้านบาท และคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘ ได้ให้ความเห็นชอบตามที่คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินเสนอ

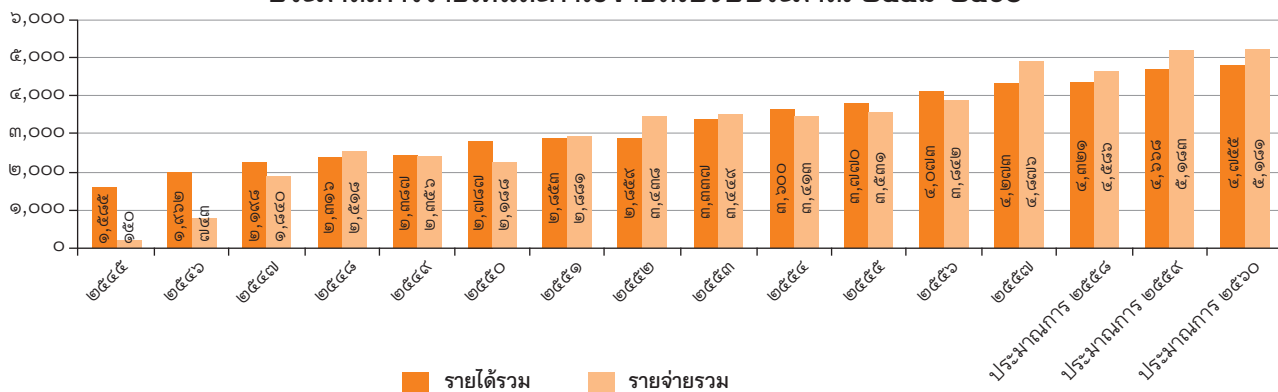
นโยบายทางการเงิน

๑. รักษาปริมาณเงินทุนให้มีสภาพคล่องและเพียงพอต่อภาระผูกพัน
๒. รักษาเงินทุนสำรองเพื่อรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต^{๑๔๕}
๓. รักษายอดเงินรวมผูกพันโครงการต่างๆ มิให้มีเงินคงเหลือสุทธิของกองทุนมากเกินไปโดยไร้เหตุผลอันสมควร
๔. การบริหารจัดการเงินทุนที่ยังไม่ถึงกำหนดเบิกจ่ายให้เกิดผลตอบแทนที่เหมาะสม

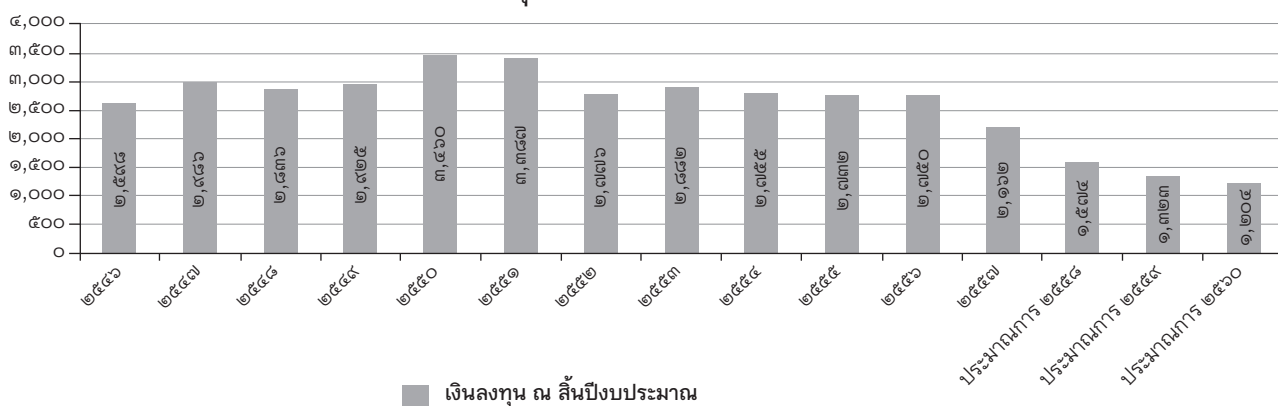
เพื่อสอดคล้องกับรายรับจากภาษีและสนับสนุนให้ สสส. บรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายการเงินข้างต้น คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินจึงได้เสนอให้จัดทำงบประมาณแบบขาดดุล เป็นระยะเวลา ๓ ปี (๒๕๕๘ – ๒๕๖๐) และคาดว่าจะสามารถปรับเข้าสู่ระบบงบประมาณแบบสมดุลได้ภายในปี ๒๕๖๑ และบรรลุเป้าหมายในการรักษาเงินทุนสำรองเพื่อรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคตได้ภายในปี ๒๕๕๙

^{๑๔๕} ในการประชุมคณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินเมื่อวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๕๗ ที่ประชุม ได้เห็นชอบให้ปรับระดับเงินทุนสำรองขั้นต่ำเพื่อรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคตให้อยู่ที่ ๑,๐๐๐ – ๑,๕๐๐ ล้านบาทด้วย และเมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๗ คณะกรรมการกองทุนได้ให้ความเห็นชอบตามที่คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินเสนอ

ประมาณการรายได้และค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ ๒๕๕๘-๒๕๖๐



ประมาณการลงทุน ณ สิ้นปีงบประมาณ ๒๕๕๘-๒๕๖๐



สรุปประมาณการสถานะทางการเงินประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐

	๒๕๕๕	๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
รายได้ภาษี	๓,๕๖๑	๓,๘๑๒	๔,๐๖๕	๔,๑๓๖	๔,๔๙๑	๔,๕๘๑
รายได้อื่น	๒๐๘	๒๖๑	๒๐๘	๑๘๕	๑๗๗	๑๗๔
รายได้รวม	๓,๗๗๐	๔,๐๗๓	๔,๒๗๓	๔,๓๒๑	๔,๖๖๘	๔,๗๕๕
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนโครงการ	๓,๒๒๔	๓,๔๘๕	๔,๔๖๑	๔,๒๒๓	๔,๗๘๑	๔,๗๘๑
ค่าใช้จ่ายบริหารโครงการ	๑๑๓	๑๔๔	๑๓๓	๑๑๒	๑๒๗	๑๒๗
ค่าใช้จ่ายอื่น	๑๙๔	๒๑๔	๒๘๒	๒๕๑	๒๗๕	๒๗๔
ค่าใช้จ่ายรวม	๓,๕๓๑	๓,๘๔๒	๔,๘๗๖	๔,๕๘๖	๕,๑๘๓	๕,๑๘๑
รายรับสูงกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	๒๓๘	๒๓๑	-๖๐๓	-๒๖๕	-๕๑๔	-๔๒๗
สถานะเงินลงทุนปลายงวด	๒,๗๓๒	๒,๙๖๒	๒,๓๖๐	๒,๐๙๕	๑,๕๘๑	๑,๑๕๔
วงเงินอนุมัติ	๓,๙๕๖	๔,๖๗๘	๔,๗๘๖	๕,๑๐๐	๕,๐๐๐	๔,๙๐๐
ภาระผูกพันที่จำเป็นต้องจ่าย			๑,๖๔๖	๑,๔๒๓	๑,๓๔๕	๑,๖๕๖

กำหนดสมมติฐานในการจัดทำประมาณการที่สำคัญ ประกอบด้วย

- อัตราเงินเฟ้อเฉลี่ยร้อยละ ๒.๐ ต่อปี
- สัดส่วนการลงทุนในตราสารทุนต่อตราสารหนี้และเงินฝาก เฉลี่ยร้อยละ ๑๐ ต่อ ๙๐
- อัตราผลตอบแทนเงินลงทุน (รวมทุกประเภท) เฉลี่ยร้อยละ ๓.๐ ต่อปี
- ค่าเสื่อมราคาเฉลี่ยร้อยละ ๕.๐ ต่อปี
- สัดส่วนการเบิกจ่ายโครงการใหม่ต่อวงเงินอนุมัติเฉลี่ยร้อยละ ๓๕.๐ ต่อปี
- สัดส่วนการเบิกจ่ายต่อเนื่องต่อยอดภาระผูกพันเฉลี่ยร้อยละ ๗๓.๐ ต่อปี
- สัดส่วนงบประมาณเพื่อสนับสนุนปัจจัยเสี่ยงหลักเฉลี่ยร้อยละ ๓๓.๐ ต่อปี

หมายเหตุ : พิจารณากำหนดสมมติฐานโดยการอ้างอิงจากผลการดำเนินงานจริงย้อนหลัง ๑๒ ปี (๒๕๔๕ - ๒๕๕๖)

กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ สสส. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐

๓

ผู้จัดการ	๑
รองผู้จัดการ	๒
ผู้ช่วยผู้จัดการ	๒
ที่ปรึกษา/ผู้อำนวยการ/ผู้เชี่ยวชาญ	๒
นักบริหารงานทั่วไป	๓
รวม	๑๐

หน่วยสนับสนุนวิชาการและบริการทั่วไป	
นักบริหารงานทั่วไป	๔
รวม	๔

สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๗
รวม	๙

สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๓
รวม	๕

สำนักสนับสนุนการควบคุมยาสูบ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๖
รวม	๘

สำนักสนับสนุนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๔
รวม	๖

สำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๗
รวม	๙

สำนักส่งเสริมสุขภาพและงานอนามัย	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๗
รวม	๙

สำนักสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพและบริการสุขภาพ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๔
รวม	๖

สำนักสนับสนุนสุขภาพองค์กร	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๓
รวม	๕

สำนักสนับสนุนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๔
รวม	๖

สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์	๕
รวม	๗

สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักวิเคราะห์นโยบายและยุทธศาสตร์	๕
รวม	๗

ศูนย์เรียนรู้สุขภาพ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานส่งเสริมการเรียนรู้	๕
รวม	๗

หน่วยติดตามและประเมินผล	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานติดตามและประเมินผล	๒
รวม	๔

ฝ่ายสื่อสารองค์กร	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานสื่อสารองค์กร	๔
รวม	๖

ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานสารสนเทศ	๓
รวม	๕

ฝ่ายบัญชีและการเงิน	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
เจ้าหน้าที่บัญชี	๒
เจ้าหน้าที่การเงิน	๔
เจ้าหน้าที่พัสดุ	๑
รวม	๙

ฝ่ายอำนาจการ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
หัวหน้างานกฎหมายและผู้ช่วย	๒
หัวหน้างานเลขานุการและผู้ช่วย	๓
เจ้าหน้าที่จัดซื้อ	๑
เจ้าหน้าที่ธุรการและบริการทั่วไป	๒
เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป/เจ้าหน้าที่สนับสนุนงานวิชาการ	๑๒
รวม	๒๒

ฝ่ายบริหารงานบุคคล	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานบุคคล	๒
รวม	๔

ฝ่ายตรวจสอบภายใน	
ผู้ตรวจสอบภายใน	๑
ผู้ช่วยผู้ตรวจสอบภายใน	๑
เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายใน	๓
รวม	๕

ฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานการตลาดเพื่อสังคม	๒
รวม	๔

ฝ่ายสนับสนุนงานนวัตกรรม	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานนวัตกรรม	๑
รวม	๓

รวม ๑๖๐ คน



สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)
๔๔/๘ อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ
เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๒๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๓๔๓ ๑๕๐๐
www.thaihealth.or.th