

ทุกคนบนแผ่นดินไทย มีขีดความสามารถ
สังคม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาวะ



แผนการดำเนินงาน

กองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑



คำนำ

พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ มาตรา ๒๑ (๒) กำหนดให้คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจหน้าที่ ควบคุม ดูแลกองทุน ให้ดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน รวมถึงการให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานประจำปี ซึ่งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีหน้าที่ในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี โดยมีการแสดงรายละเอียดของวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และตัวชี้วัด ตลอดจนยุทธศาสตร์ หรือแนวทางการดำเนินงานตามแผนกลุ่มแผนงาน และงบประมาณประจำปี ในระยะเวลา ๑ ปี ประกอบกับข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙ ข้อ ๕.๓ (๑) กำหนดว่า “ให้ผู้จัดการร่วมกับคณะกรรมการบริหารแผนจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีที่มีเป้าหมายและตัวชี้วัดหลักที่สอดคล้องกับเป้าหมายและตัวชี้วัดตามแผนหลักไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕ ภายใต้วงเงินงบประมาณตามกรอบการทบทวนงบประมาณรายปีโดยคณะกรรมการนโยบายทางการเงิน เพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนสิงหาคมของทุกปี”

สำนักงานได้จัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ และได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนแล้ว โดยแผนฉบับนี้ จัดทำขึ้นพร้อมกับแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ซึ่งประกอบด้วยแผน ๑๕ แผน พร้อมกับงานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง และงานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน โดยในการจัดทำแผน สำนักงานได้ให้ความสำคัญในการดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาล มีความโปร่งใสตรวจสอบได้ มีการจัดกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การมองทิศทางในอนาคต โดยใช้ข้อมูลที่ต้องการและเชื่อถือได้ พร้อมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ พร้อมทั้งมีรายละเอียดของค่าเฉลี่ยประกอบงบประมาณประจำปีที่สอดคล้องกับข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพด้วย

สำนักงานขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ภาควิชาเครือข่าย และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ เพื่อใช้เป็นกรอบการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกันตามวิสัยทัศน์และพันธกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาพจะเข้าถึงประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ส่วนที่ ๑ ภาพรวมแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

๑	กรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑	๙
๒	การบริหารจัดการ การกำกับ ติดตามและประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง	๑๑
๓	งานบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๕
๔	คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน ตามแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑	๑๙

ส่วนที่ ๒ รายละเอียดแผนหลัก

๑	แผนควบคุมยาสูบ	๒๙
๒	แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๔๑
๓	แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	๕๗
๔	แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๘๙
๕	แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๑๑๑
๖	แผนสุขภาวะชุมชน	๑๓๑
๗	แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๑๔๓
๘	แผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร	๑๕๓
๙	แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๑๖๕
๑๐	แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๑๘๑
๑๑	แผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	๑๙๙
๑๒	แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๒๑๙
๑๓	แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๒๒๙
๑๔	แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	๒๔๓
๑๕	แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	๒๖๑
	งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	๒๗๕
	งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน	๒๗๙

ส่วนที่ ๓ ภาคผนวก

๑	กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ สสส. ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑	๒๘๖
๒	ข้อบังคับกองทุน ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและ กิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙	๒๘๙
๓	การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑	๒๙๙

ส่วนที่



ภาพรวมแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

๑. กรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
๒. การบริหารจัดการ การกำกับติดตามและประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง
๓. งานบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ
๔. คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงินตามแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑



กรอบนโยบายและแนวทาง การจัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

ในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ สสส. ได้นำทั้งข้อเสนอแนะจากการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) ซึ่งดำเนินการโดยผู้ประเมินผลอิสระจากภายนอก ซึ่งมี ดร.อุทัย ดุลยเกษม อดีตกรรมการในคณะกรรมการประเมินผลทำหน้าที่เป็นประธานคณะทำงานกำกับมาใช้เป็นปัจจัยตั้งต้น ร่วมกับใช้ข้อมูลบ่งชี้จากรายงานการทบทวนสภาพแวดล้อมการดำเนินการสำคัญในช่วง ๓ ปีข้างหน้า (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และข้อมูลเชิงวิชาการภาคีเครือข่ายวิชาการจากแต่ละแผน รวมถึงมีการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในด้านต่างๆ เพื่อทำการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมในการดำเนินงานจนสามารถสรุปออกมาเป็น ๗ สถานการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพใน ๓ ปีข้างหน้าอย่างครอบคลุม ทั้งด้านนโยบายรัฐ ทิศทางเศรษฐกิจของประเทศ ความเป็นเมืองและพลวัตเชิงพื้นที่ ความเหลื่อมล้ำ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (The Sustainable Development Goals : SDGs) สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ รวมถึงเทคโนโลยี

อนึ่ง ในการประชุมคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ ๕/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ที่ประชุมมีมติให้ความเห็นชอบแนวนโยบายและจุดเน้นในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และแผน การดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ที่ผ่านการพิจารณาของทั้งผู้บริหารและการกลั่นกรองจากคณะกรรมการที่ปรึกษาแล้วจำนวน ๕ ข้อ โดยมีสาระสำคัญต่อไปนี้

๑. ใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี เพื่อการบูรณาการการทำงาน และมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ

เป็นการดำเนินการต่อเนื่อง โดยให้ทุกแผนนำทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. เป็นแนวทางการจัดทำแผน ๓ ปีระยะที่สามที่ต่อเนื่องจากสองระยะแรก และกระตุ้นให้มีการบูรณาการกับกลไกหลักเพื่อมุ่งสู่ทิศทางและเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี ซึ่งรวมถึงการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพในประชากรกลุ่มต่างๆ โดยมีกลไกการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

๒. ตอบสนองแนวนโยบายการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ

สนับสนุนการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของการพัฒนาประเทศที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ และแผนชาติ อาทิ แนวนโยบายแห่งรัฐตามรัฐธรรมนูญ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี กรอบการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติและการสร้างความสามัคคีปรองดอง รวมถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

๓. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs)

สร้างความยั่งยืนของการสร้างเสริมสุขภาพโดยมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาหลัก ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช สู่เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) ตามที่ประเทศไทยได้ร่วมปฏิญญากับสหประชาชาติและประชาคมโลก

๔. เน้นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร

ปรับกระบวนการทำงานให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทในแต่ละพื้นที่ อาทิ พื้นที่เขตสุขภาพ พื้นที่เขตเมืองที่ขยายตัว พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่ท่องเที่ยว และให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างๆ อาทิ กลุ่มเปราะบาง กลุ่มวัย รวมถึงเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบให้เหมาะสมกับประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุสมบูรณ์

๕. พัฒนานวัตกรรม และใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

มุ่งพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรองรับยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ และเทคโนโลยี โดยเฉพาะในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ให้แก่คนไทย

เมื่อคณะกรรมการกองทุนให้ความเห็นชอบแล้ว เลขาธิการคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะได้ร่วมกับคณะกรรมการบริหารแผนทำการยกร่างแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ของ สสส. ตามแนวนโยบายและจุดเน้นการดำเนินงานนี้

การบริหารจัดการ การกำกับ ติดตามและ ประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง

แผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ของ สสส. ดำเนินการตามบทบัญญัติของกฎหมาย กฎ และระเบียบที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ ข้อบังคับกองทุนว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยมีโครงสร้างการดำเนินงาน ประกอบด้วย (๑) ด้านนโยบาย และการกำกับดูแลกองทุน (๒) ด้านการบริหารจัดการกองทุนและการนำนโยบายไปปฏิบัติ และ (๓) ด้านการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

ด้านนโยบายและการกำกับดูแลกองทุน

สสส. มีกลไกในการกำกับนโยบายและกำกับดูแลกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีคณะกรรมการกองทุนทำหน้าที่ควบคุมดูแลการดำเนินกิจการกองทุนในระดับนโยบาย และกำหนดงบประมาณในภาพรวม ออกหลักเกณฑ์ กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ที่สำคัญในการดำเนินงาน ให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงาน กำกับดูแลฝ่ายบริหาร รวมทั้งควบคุมผลการปฏิบัติงานของผู้จัดการซึ่งเป็นหัวหน้าฝ่ายบริหารให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ รวมถึงระเบียบ ข้อบังคับของกองทุน นอกจากนั้น คณะกรรมการกองทุนยังได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผน และคณะอนุกรรมการเฉพาะด้าน เช่น คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงานกองทุน คณะอนุกรรมการพัฒนากฎระเบียบของ สสส. คณะอนุกรรมการกำกับดูแลการตรวจสอบภายใน คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน คณะอนุกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อทำหน้าที่ในการกำกับดูแลและให้คำปรึกษาสำนักงานในด้านต่างๆ

ด้านการกำกับติดตาม สสส. มีแนวทางในการกำกับดูแลแผนงาน/โครงการ ซึ่งแบ่งตามขนาดของวงเงินงบประมาณ โดยเฉพาะกรณีแผนงานและโครงการที่มีวงเงินงบประมาณสูงหรือมีความสำคัญ คณะกรรมการบริหารแผนจะแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศ เพื่อกำกับดูแล ชี้แนะ กำกับทิศทาง และกำหนดกรอบในการประเมินผลแผนงาน/โครงการ นอกจากนั้น สสส. ยังมีการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อช่วยสนับสนุนการ

กำกับติดตามแผนงาน/โครงการ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การกำหนดเงื่อนไขกำกับกับการเบิกจ่าย เงินงวด การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อติดตามผล กระบวนการติดตามงานระดับแผนและแผนงาน โดยคณะกรรมการบริหารแผน การตรวจเยี่ยมแผนงาน/โครงการ และการตรวจสอบและพัฒนา

ด้านการบริหารจัดการกองทุน และการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การบริหารจัดการกองทุนมีการบริหารจัดการภายในสำนักงานโดยผู้จัดการกองทุนเป็นผู้บริหาร สูงสุด ผู้อำนวยการสำนักต่างๆ และเจ้าหน้าที่ มีบทบาทและหน้าที่ในการดำเนินงาน “อย่างมืออาชีพ” ตาม นโยบายของกองทุน ภายใต้การกำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน หรือคณะกรรมการเฉพาะกิจ ซึ่งโครงสร้างของสำนักต่างๆ จะแบ่งตามลักษณะการดำเนินงาน โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกอบด้วย ๑๐ สำนัก ดังนี้

๑. สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก
๒. สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
๓. สำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน
๔. สำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว
๕. สำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาพ
๖. สำนักสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม
๗. สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ
๘. สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร
๙. สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ
๑๐. สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสังคม

แต่ละสำนักจะดำเนินการศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์ช่องว่างจากผลการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาระบบและวิธีปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะและขีดความสามารถ ของบุคลากรและภาคีเครือข่าย ส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้ รวบรวม จัดเก็บบทเรียนและผลงานวิชาการ เผยแพร่และส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากความรู้ดังกล่าวทั้งภายในองค์กร สสส. และแก่สาธารณชน ทั้งนี้ การบริหารจัดการแผนงาน/โครงการ นั้น สสส. เป็นเพียงน้ำมันหล่อลื่นที่สำคัญ โดยมีภาคีเครือข่าย ซึ่งมีได้อยู่ในโครงสร้างของสำนักงาน เป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งในส่วนของการโครงการและกิจกรรมต่างๆ เป็นกลไกพันธมิตรที่มีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมเรียนรู้ ร่วมพัฒนา ตลอดจนร่วมลงทุนด้วยในบางกรณี เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย อันมีประชาชนเป็นผู้รับประโยชน์สูงสุด

กลไกและแนวทางการนำแผนหลักสู่การปฏิบัติ กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน หรือ คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจ การปฏิบัติตามแผนหลักจะดำเนินงานโดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีหลัก และภาคียุทธศาสตร์ ผ่านกระบวนการพัฒนาชุดโครงการหรือโครงการร่วมกันกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง



การสนับสนุนของ สสส. ซึ่งเป็นการจุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลัง ให้แก่ภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ ในการดำเนินงานตามแนวปฏิบัตินั้นจะมีกระบวนการพิจารณาทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้อง ของข้อเสนอชุดโครงการหรือโครงการกับวัตถุประสงค์ตามมาตรา ๕ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ รวมทั้งความสอดคล้องกับแผนหลักและแผนการดำเนินงานประจำปี สำนักงานจึงจะทำการเสนอเพื่อพิจารณาขอรับการอนุมัติสนับสนุนชุดโครงการหรือโครงการในแต่ละระดับ ต่อจากนั้นต่อไป ขั้นตอนการดำเนินงานเหล่านี้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของกองทุน สสส. ซึ่งกำหนดให้เป็น ความรับผิดชอบร่วม (shared accountability) ระหว่างสำนักงาน คณะกรรมการบริหารแผน ผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งภาคีหลักกับภาคียุทธศาสตร์ ที่จะกลั่นกรองโครงการให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์กองทุน และแผนหลัก รวมทั้งยังสามารถปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดประสิทธิผลต่อไป

ด้านการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

การประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน แบ่งเป็น ๒ ส่วน ได้แก่ (๑) การกำกับติดตามและประเมิน ผลการดำเนินงานตามขนาดของวงเงินงบประมาณโดยคณะกรรมการกองทุน ผ่านระบบและกลไกของ คณะกรรมการกองทุน คณะกรรมการบริหารแผน หรือสำนักงาน และ (๒) การกำกับติดตามและ ประเมินผลการดำเนินงานที่เป็นอิสระจากคณะกรรมการกองทุน โดยคณะกรรมการประเมินผล ซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้ง โดยมีอำนาจหน้าที่ (๑) ประเมินผลด้านนโยบายและการกำหนดกิจกรรม ของกองทุน (๒) ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน (๓) รายงาน ผลการปฏิบัติงานพร้อมทั้งข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการกองทุนในทุกรอบปี โดยให้คณะกรรมการ ประเมินผลมีอำนาจเรียกเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับกองทุน จากบุคคลใด หรือเรียกบุคคลใด มาชี้แจงข้อเท็จจริงเพื่อประกอบการพิจารณาประเมินผลได้ สสส. ยังคงสนับสนุนให้งานติดตามและ ประเมินผลของคณะกรรมการประเมินผลเป็นไปตามแผนการดำเนินงานที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดกลไกที่มีความชัดเจนมีมาตรฐาน และให้บรรลุตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการประเมินผล ตามมาตรา ๓๘ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔

ด้านการบริหารความเสี่ยง

ใน ๓ ปีข้างหน้า สสส. จะทำการทบทวนรายการความเสี่ยงที่มีผลกระทบกับองค์กรให้สอดคล้องกับ สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยยังคงรักษาคุณภาพของกระบวนการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานสากล และให้ความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงทั้งจากปัจจัยภายนอกที่เกิดจากสถานการณ์ทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี และปัจจัยภายในองค์กรที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงาน โดยเน้นการมี ส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในองค์กรทั้งกระบวนการมีการระบุ วิเคราะห์ ประเมิน กำหนดมาตรการ ดูแล ตรวจสอบ และควบคุมความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับกิจกรรม หน้าที่ และกระบวนการทำงาน เพื่อให้ความเสี่ยง ขององค์กรอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน นอกจากนี้ สสส. จะเพิ่มความเข้มข้น ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจในทุกขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยง รวมถึงให้มี การบริหารความเสี่ยงในระดับแผนงาน/โครงการ ซึ่งจะมีส่วนช่วยรับประกันการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงาน ของ สสส. ภายใต้การใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม

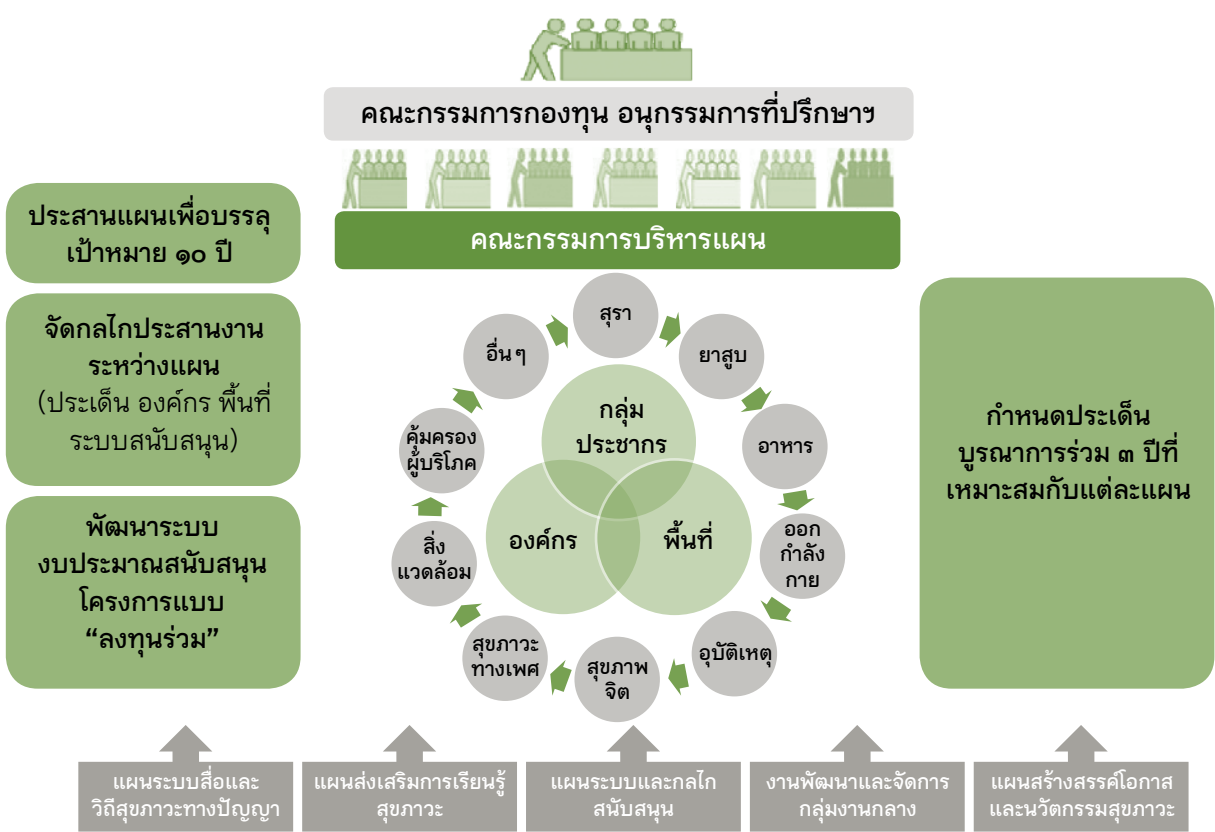
งานบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ

หลักการ

สสส. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามช่องทางการดำเนินงานต่างๆ ทั้งเชิงประเด็น หน่วยภารกิจ พื้นที่ และกลุ่มประชากรเป้าหมาย จำแนกได้ ๑๕ แผน โดยสนับสนุนการดำเนินโครงการต่างๆ เป็นจำนวนมาก ดังนั้น สสส. จึงให้ความสำคัญกับการบูรณาการการทำงานร่วมกัน โดยผสมผสานและบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้งทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรทางการเงิน ทุนทางสังคมขององค์กรและภาคี และเวลา ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างประสานสอดคล้อง รวดเร็ว ลดความซ้ำซ้อน และมีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จตามความมุ่งหวังในระดับครอบครัว ประชาชน ชุมชนของกลุ่ม/พื้นที่เป้าหมาย รวมถึงทำให้เกิดการพัฒนาในทิศทางที่ดีขึ้น

กลไกและกระบวนการในการบูรณาการ

๑. จัดทำแผนที่ทางเดิน (road map) ในแต่ละเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี โดยระบุเจ้าภาพหลักและเจ้าภาพร่วมทั้งภายในและภายนอก สสส. พร้อมประเด็นความร่วมมือ
๒. จัดกระบวนการเพื่อร่วมกันหารือระหว่างเจ้าภาพหลักและเจ้าภาพร่วม ก่อนที่แต่ละแผนจะพัฒนาแผนและนำรายละเอียดที่ได้บรรจุไว้ในแผน พร้อมกำหนดเป็นเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมของทุกแผนที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม
๓. จัดกลไกการประชุมภายใน สสส. ที่มีความสม่ำเสมอ เพื่อประสานการทำงานระหว่างแผนเชิงประเด็น แผนเชิงองค์กร แผนเชิงพื้นที่ และแผนเชิงระบบสนับสนุน
๔. มอบหมายให้คณะกรรมการบริหารแผนที่รับผิดชอบเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี เป็นผู้กำกับดูแลในการบูรณาการ



การจัดทำแผนอย่างบูรณาการ

ในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ สสส. ให้ความสำคัญกับการประสานแผนเพื่อบรรลุเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส. ที่ว่า “ทุกคนมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างมีสุขภาวะ” ซึ่งมีเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ควบคู่กับการประสานงานระหว่างแผนเชิงประเด็น แผนเชิงองค์กร แผนเชิงพื้นที่ และแผนเชิงระบบสนับสนุน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากลักษณะสำคัญของเป้าหมาย สสส. คือ เป็นเป้าหมายระดับชาติและต้องทำงานที่ได้ผลในระดับประชากร ซึ่งมีภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มาร่วมกันกำหนด รวมถึงมีการดำเนินงานเพื่อนำมาสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกัน โดยเจ้าภาพหลักในแต่ละเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ได้มีการวิเคราะห์แผนตาม “กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของ สสส.” ทั้ง ๕ ขั้นตอน ได้แก่ (๑) การใช้องค์ความรู้ในการทบทวนเป้าหมายร่วม หรือหากยังไม่มีเป้าหมายร่วมก็ต้องมีการวิเคราะห์ประโยชน์ร่วมและประโยชน์เฉพาะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อยู่ในเป้าหมาย ๑๐ ปีอย่างถ่องแท้ ทั้งในมิติของเศรษฐศาสตร์ การสัมพันธ์ หรือสังคม ก่อนนำมาสู่การกำหนดเป้าหมายร่วม (๒) ทบทวนยุทธศาสตร์ร่วมซึ่งมีผู้รับผิดชอบ เพื่อทำความเข้าใจบทบาทและพันธกิจของผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วน รวมถึงทรัพยากร ตลอดจนแผนปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบนั้น หากยังไม่มียุทธศาสตร์การดำเนินงานก็ควรวางยุทธศาสตร์ร่วมเสียก่อน โดยในการวางยุทธศาสตร์ร่วมนั้นจำเป็นต้องนำความรู้ทางกฎหมาย นโยบาย สถานการณ์ ข้อมูลวิชาการหรือการถอดองค์ความรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมประกอบการวางยุทธศาสตร์ (๓) ทำการวิเคราะห์จากยุทธศาสตร์ร่วมของประเทศและแผนปฏิบัติการของผู้เกี่ยวข้อง

เพื่อหาช่องว่างในการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบทบาทของ สสส. (๔) จัดทำเป็นแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ที่เชื่อมโยงเป้าหมายและยุทธศาสตร์ของประเทศในแต่ละช่วงเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือตอบสนองต่อทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (๕) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานเพื่อตอบสนองเป้าหมายเฉพาะใดๆ นั้น มักจะต้องการการบูรณาการการทำงานและการสนับสนุนจากหลายๆ แผนใน สสส. แผนที่เป็นเจ้าภาพหลักจึงต้องมีการวิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนที่ทางเดินร่วมกับแผนอื่นๆ ที่เป็นเจ้าภาพร่วม โดยคำนึงถึงขอบเขตการทำงานในแต่ละแผนตามตัวแบบการทำงานระดับองค์กรของ สสส.*

กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของ สสส.



ที่ผ่านมา สสส. ได้ให้ความสำคัญกับการทำงานแบบบูรณาการในรูปแบบต่างๆ มาโดยตลอด และตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ เป็นต้นมา ผู้บริหารของ สสส. ได้ตกลงร่วมกันเพื่อให้ทุกแผนกำหนด “เป้าหมายและตัวชี้วัดร่วม” เพื่อบูรณาการการดำเนินงานกับแผนอื่นๆ โดยกำหนดให้มีน้ำหนักสำหรับเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมดังกล่าวอย่างน้อยร้อยละ ๒๐

* เจ้าภาพหลักทุกแผนได้จัดส่งข้อมูลแผนยุทธศาสตร์ที่ผ่านการวิเคราะห์แล้วให้ สนย. เพื่อสังเคราะห์และส่งให้กับเจ้าภาพร่วม

เพื่อให้การบูรณาการการทำงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ภายในแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ จึงมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมจากทุกแผนโดยในแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ จะมีตัวชี้วัดร่วมรวมทั้งสิ้น ๒๗ ตัวชี้วัดร่วม จากทั้งหมด ๑๖๕ ตัวชี้วัด โดยส่วนใหญ่เน้นไปที่การตอบสนองแนวทางการจัดทำแผนที่คณะกรรมการกองทุนมอบให้รวมถึงเน้นการมุ่งสู่เป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ทั้งเรื่องการของลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยเสริมทางสุขภาพ รวมถึงการสร้างพื้นที่ต้นแบบในเรื่องการลด NCDs อย่างไรก็ตามไม่เพียงแต่เป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมเท่านั้นที่ส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการการทำงาน แต่จะสังเกตได้ว่าเป้าหมายและตัวชี้วัดหลักในหลายแผนก็เป็นการกำหนดในลักษณะผลลัพธ์ซึ่งต้องอาศัยการบูรณาการการทำงานด้วยเช่นกัน

คำแถลงประกอบงบประมาณ แสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน ตามแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

ตามข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔ กำหนดว่า ข้อ ๕.๒ (๓) “ให้คณะกรรมการนโยบายทางการเงินวิเคราะห์และเสนอกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีของกองทุน โดยจัดทำเป็นระยะเวลา ๓ ปี แล้วให้เสนอต่อคณะกรรมการกองทุนเพื่อพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนพฤษภาคมของทุกปี” และตามข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยการเงิน การบัญชี และทรัพย์สินของกองทุน พ.ศ. ๒๕๕๔ หมวดที่ ๔ ส่วนที่ ๑ ซึ่งกำหนดให้ สสส. ต้องจัดทำ “คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน” ดังนั้น ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นต้นมา สสส. จึงได้เพิ่มเติมเนื้อหาในส่วนนี้เพื่อให้สอดคล้องกับข้อบังคับดังกล่าว โดยในการจัดทำงบประมาณสำหรับแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ซึ่งจัดทำพร้อมกับงบประมาณตามแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) โดยมีรายละเอียดดังนี้

กรอบนโยบายทางการเงิน

การจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ที่ประชุมคณะกรรมการนโยบายทางการเงินในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๐ ได้เห็นชอบให้คงกรอบนโยบายทางการเงินจำนวน ๔ ข้อ ดังนี้

๑. รักษาปริมาณเงินทุนให้มีสภาพคล่องและเพียงพอต่อภาระผูกพัน
๒. รักษาเงินทุนสำรองเพื่อรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต (๑,๐๐๐ - ๑,๕๐๐ ล้านบาท)
๓. รักษายอดเงินรวมผูกพันโครงการต่างๆ มิให้มีเงินคงเหลือสุทธิของกองทุนมากเกินไปโดยไร้เหตุผลอันสมควร
๔. การบริหารจัดการเงินทุนที่ยังไม่ถึงกำหนดเบิกจ่ายให้เกิดผลตอบแทนที่เหมาะสม

กระบวนการในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณ

ในการประชุมวันเดียวกัน คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินยังได้เห็นชอบกระบวนการและหลักการในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ – ๒๕๖๓) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยให้ สสส. ร่วมกับศูนย์ความเป็นเลิศทางเศรษฐมิติ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทำการทบทวนประมาณการทางการเงินในช่วง ๓ ปีข้างหน้า พร้อมทั้งเห็นชอบวิธีการในการจัดทำงบประมาณ ดังนี้

๑. ประมาณการจากผลการดำเนินงานจริงที่ผ่านมาในอดีต (๑๕ ปี) และภาระผูกพันจริงในปัจจุบัน
๒. คงกรอบนโยบายทางการเงินเดิมไว้ทั้ง ๔ ข้อ
๓. ทบทวนเป้าหมายลดระดับเงินทุนสำรองในแต่ละปีลงอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงความมั่นคงทางการเงินขององค์กร
๔. คำนวณโดยการจัดทำเป็นงบกระแสเงินสด (Cash Flow)
๕. วิเคราะห์ผลที่จะเกิดขึ้นจากการลงทุนในแต่ละประเด็นว่าจะเกิดผลกับประชาชนและประเทศอย่างไร เพื่อใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นในการกำหนดวงเงินงบประมาณประจำปี

เพื่อความรอบคอบได้กำหนดให้มีคณะทำงานซึ่งมี คุณเบญจมาศ แก้วพรหมมาลัย รองประธาน คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน พร้อมทั้งอนุกรรมการนโยบายทางการเงินอีกสองท่านเป็นตัวแทน คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินร่วมกับฝ่ายสำนักงาน เพื่อทำหน้าที่เป็นคณะทำงานในการจัดทำร่างกรอบวงเงินงบประมาณอีกด้วย

สาระสำคัญของงบประมาณและความสัมพันธ์ระหว่างรายรับกับงบประมาณ สำหรับการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

คำอธิบายเกี่ยวกับประมาณการรายรับประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

จากการที่ศูนย์ความเป็นเลิศทางเศรษฐมิติ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ทำการประมาณการรายรับของ สสส. ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ โดยใช้ข้อมูลการจัดเก็บภาษีสุรา เบียร์ รวมถึงยาสูบในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ และทำการคำนวณอัตราการขยายตัวโดยวิธี Compound Method พร้อมทั้งเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักตามปริมาณภาษีสรรพสามิตรวมทุกประเภทที่รัฐจัดเก็บได้ (Weighted Total Growth) เพื่อใช้ในการคำนวณรายได้จากฐานภาษีสุรา-ยาสูบของ สสส. ในช่วง ๓ ปีข้างหน้า พบว่า รายได้จากฐานภาษีสุรา-ยาสูบของ สสส. ขยายตัวตามรายได้ภาษสรรพสามิตทั้งสามประเภทที่เติบโตประมาณร้อยละ ๒.๐๐ ซึ่งเป็นที่น่าสนใจว่าอัตราเติบโตของภาษสรรพสามิตทั้ง ๓ ประเภทรวมกันต่ำกว่าอัตราการขยายตัวของ GDP ของประเทศ



อย่างไรก็ตาม ในการกำหนดสมมติฐานนั้น สสส. ได้คำนึงถึงโอกาสที่จะมีการกำหนดเพดานรายรับจาก ฐานภาษีสุรา-ยาสูบของ สสส. ซึ่งอาจทำให้รายได้ของ สสส. ลดลงมาอยู่ที่ ๔,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี และเพื่อรักษา วินัยทางการเงินของ สสส. จึงกำหนดให้งบประมาณรายจ่ายรวมในแต่ละจะขยายตัวไม่เกินอัตราการขยายตัว ของเฉลี่ยรายได้^๒ โดยคงระดับเงินทุนให้อยู่ในระดับนโยบาย และเพื่อรองรับการกำหนดเพดานรายรับจาก ฐานภาษีสุรา-ยาสูบของ สสส. ซึ่งอาจส่งผลกระทบกับระดับเงินทุนสำรองจนทำให้ไม่อยู่ในระดับ นโยบาย สสส. จึงทำการปรับงบประมาณอุดหนุนโครงการให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยมีสมมติฐานในการจัดทำงบประมาณรายจ่าย ดังนี้

- งบประมาณรายจ่ายบริหารจัดการสำนักงาน ประกอบด้วย
 ๑. งบประมาณรายจ่ายด้านบุคลากร คำนวณโดยใช้ปี ๒๕๕๘ เป็นปีฐาน ซึ่งกำหนดให้ขยายตัว ในระดับเดียวกับตลาดที่ร้อยละ ๗.๐๐ ต่อปีเพื่อรักษาบุคลากร และเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ จาก ๑๗๐ คน เป็น ๑๙๐ คนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ (ต้นปี) เป็นต้นไป
 ๒. งบประมาณรายจ่ายด้านการบริหารจัดการสำนักงานอื่นๆ ขยายตัวเฉลี่ยประมาณ ๒.๐๐% คำนวณโดยใช้ SARIMA Model^๓
 ๓. Depreciation = Constraint
- งบประมาณรายจ่ายอุดหนุนโครงการใหม่ ประกอบด้วย
 ๔. คำนวณด้วยวิธีถ่วงน้ำหนักกับค่าใช้จ่ายอื่นๆ โดยกำหนดให้อัตราเติบโตไม่เกินกว่าอัตรา การขยายตัวของรายได้ (ร้อยละ ๒.๐๐)^๔
- งบประมาณรายจ่ายอุดหนุนโครงการต่อเนื่อง^๕
 ๕. คำนวณโดยใช้ยอดภาระผูกพันที่ต้องจ่ายในปีนั้นๆ คูณด้วยค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของอัตราส่วน การเบิกจ่ายโครงการต่อเนื่อง/ยอดภาระผูกพันคงเหลือ ๘ ปีย้อนหลัง

จากการทบทวนประมาณการทางการเงินในช่วง ๓ ปีข้างหน้า สสส. ได้จัดทำเป็น ๒ สถานการณ์ โดยสามารถสรุปประมาณการสถานะทางการเงินประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ เปรียบเทียบกับ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ มีรายละเอียดดังนี้

^๒ ยกเว้นเงินเบิกจ่ายโครงการต่อเนื่องซึ่งมีการผูกพันตามข้อตกลงฯ ไว้แล้ว และภาคีจะดำเนินการใช้จ่ายเงินในส่วนนี้อย่างประหยัด ตามข้อตกลงฯ หากมีเงินเหลือก็จะบันทึกเป็นเงินรับคืนโครงการต่อไป

^๓ ในแต่ละปีจะขยายตัวไม่เท่ากัน เพื่อรองรับนโยบายการพัฒนาสำนักงาน $B_0(1+r_0)(1+r_0)^n(1+r_1)^t = B_0(1+0.02)^t$

^๔ $A_0(1+0.05)^t + B_0(1+0.02)^t + C_0(1+x)^t = (A_0 + B_0 + C_0)(1+0.02)^t$

^๕ คำนวณโดย สสส.

	สถานการณ์ ๑				
	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
วงเงินอนุมัติโครงการใหม่ ในปีงบประมาณ	๔,๘๗๐.๐๐	๔,๑๖๕.๐๐	๔,๑๗๖.๐๐	๔,๑๘๑.๐๐	๔,๑๘๘.๐๐
รายได้จากฐานภาษี	๔,๒๘๕.๕๔	๔,๓๗๑.๒๕	๔,๔๕๘.๖๗	๔,๕๔๗.๘๕	๔,๖๓๘.๘๐
รายได้อื่น	๑๕๖.๐๖	๑๕๖.๐๖	๑๕๖.๐๖	๑๕๖.๐๖	๑๕๖.๐๖
รายได้รวม	๔,๔๔๑.๖๐	๔,๕๒๗.๓๑	๔,๖๑๔.๗๓	๔,๗๐๓.๙๑	๔,๗๙๔.๘๖
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนโครงการ	๓,๙๑๑.๓๘	๔,๔๒๖.๒๓	๔,๓๒๑.๑๙	๔,๓๒๖.๔๗	๔,๓๓๒.๘๑
เบิกจ่ายโครงการใหม่	๑,๓๑๓.๔๔	๑,๔๖๖.๐๘	๑,๔๖๙.๙๔	๑,๔๗๑.๖๗	๑,๔๗๔.๐๖
เบิกจ่ายโครงการต่อเนื่อง	๒,๕๙๗.๙๔	๒,๙๖๐.๑๕	๒,๘๕๑.๒๕	๒,๘๕๔.๗๙	๒,๘๕๘.๗๕
Personnel Cost	๑๓๗.๒๒	๑๕๖.๐๐	๑๘๖.๕๖	๑๙๙.๖๒	๒๑๓.๕๙
ค่าใช้จ่ายอื่น (Operating Cost)	๑๓๒.๓๗	๑๓๔.๗๘	๑๕๗.๖๕	๑๓๒.๙๗	๑๓๒.๓๗
ค่าเสื่อมราคา	๑๒๐.๖๓	๑๒๐.๖๓	๑๒๐.๖๓	๑๒๐.๖๓	๑๒๐.๖๓
ค่าใช้จ่ายรวม	๔,๓๐๑.๖๑	๔,๘๓๗.๖๕	๔,๗๘๖.๐๓	๔,๗๗๙.๖๙	๔,๗๙๙.๔๐
รายรับสูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	๑๓๙.๙๙	- ๓๑๐.๓๔	- ๑๗๑.๓๐	- ๗๕.๗๘	- ๔.๕๔
สถานะเงินลงทุนปลายงวดสุทธิ ณ สิ้นปี	๑,๗๘๔.๑๕	๑,๔๓๘.๓๘	๑,๒๓๑.๖๕	๑,๑๒๐.๔๔	๑,๐๘๐.๔๗
ค่าใช้จ่ายสำนักงาน	๒๖๙.๕๙	๒๙๐.๗๙	๓๔๔.๒๑	๓๓๒.๕๙	๓๔๕.๙๖
ค่าใช้จ่ายสำนักงาน ต่องบประมาณทั้งหมด	๕.๕%	๗.๐%	๘.๒%	๘.๐%	๘.๓%

	สถานการณ์ ๒		
	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
วงเงินอนุมัติโครงการใหม่ ในปีงบประมาณ	๓,๔๑๓.๐๐	๓,๔๕๐.๐๐	๓,๔๘๐.๐๐
รายได้จากฐานภาษี	๔,๐๐๐.๐๐	๔,๐๐๐.๐๐	๔,๐๐๐.๐๐
รายได้อื่น	๑๕๖.๐๖	๑๕๖.๐๖	๑๕๖.๐๖
รายได้รวม	๔,๑๕๖.๐๖	๔,๑๕๖.๐๖	๔,๑๕๖.๐๖
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนโครงการ	๔,๐๙๒.๐๕	๓,๖๖๗.๐๒	๓,๖๕๑.๐๑
เบิกจ่ายโครงการใหม่	๑,๓๗๗.๒๑	๑,๒๑๔.๔๕	๑,๒๒๔.๘๘
เบิกจ่ายโครงการต่อเนื่อง	๒,๗๑๔.๘๔	๒,๔๕๒.๕๗	๒,๔๒๖.๑๓
Personnel Cost	๑๘๖.๕๖	๑๙๙.๖๒	๒๑๓.๕๙
ค่าใช้จ่ายอื่น (Operating Cost)	๑๕๗.๖๕	๑๓๒.๙๗	๑๓๒.๓๗
ค่าเสื่อมราคา	๑๒๐.๖๓	๑๒๐.๖๓	๑๒๐.๖๓
ค่าใช้จ่ายรวม	๔,๕๕๖.๙๐	๔,๑๒๐.๒๔	๔,๑๑๗.๖๐
รายรับสูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	- ๔๐๐.๘๔	๓๕.๘๑	๓๘.๔๖
สถานะเงินลงทุนปลายงวดสุทธิ ณ สิ้นปี	๑,๐๐๒.๑๑	๑,๐๐๒.๕๐	๑,๐๐๕.๕๓
ค่าใช้จ่ายสำนักงาน	๓๔๔.๒๑	๓๓๒.๕๙	๓๔๕.๙๖
ค่าใช้จ่ายสำนักงาน ต่องบประมาณทั้งหมด	๘.๘%	๙.๖%	๙.๙%

คำชี้แจงเกี่ยวกับงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๐ คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินได้เห็นชอบให้เสนอกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ตามสถานการณ์ที่ ๑ โดยมีวงเงินอนุมัติโครงการใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ จำนวน ๔,๑๗๖ ล้านบาท เนื่องจากกรอบวงเงินงบประมาณดังกล่าวจะทำให้ สสส. สามารถรักษาวินัยทางการเงินไว้ได้ในอนาคต รวมถึงได้คำนึงถึงข้อสังเกตของหน่วยตรวจสอบรวมถึงรองรับความเสี่ยงด้านรายได้ไว้แล้ว แต่ก็ยังมีงบประมาณเพียงพอต่อการทำงานตามภารกิจขององค์กร และต่อมาในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๐ คณะกรรมการกองทุนได้เห็นชอบกรอบวงเงินงบประมาณสนับสนุนโครงการตามที่คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินเสนอ

จากวงเงินงบประมาณสำหรับอนุมัติโครงการใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็นจำนวน ๔,๑๗๖ ล้านบาท คาดว่าจะเกิดการเบิกจ่ายโครงการใหม่ในปีงบประมาณเดียวกันจำนวน ๑,๔๖๙.๙๔ ล้านบาท ซึ่งอยู่ในระดับใกล้เคียงกับปีก่อน นอกจากนี้ ยังมีการเบิกจ่ายโครงการต่อเนื่องซึ่งเป็นการอนุมัติจากปีก่อนหน้าจำนวน ๒,๘๕๑.๒๕ ล้านบาท ลดลงจากปีก่อนประมาณ ๑๕๐ ล้านบาท รวมในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ จะมีการเบิกจ่ายเงินอุดหนุนโครงการทั้งสิ้น ๔,๓๒๑.๑๙ ล้านบาท อย่างไรก็ตาม การอนุมัติตามกรอบงบประมาณและการเบิกจ่ายทั้งหมดจะไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อ สสส. เนื่องจากคาดการณ์ว่าสถานะเงินลงทุนปลายงวดสุทธิ ณ สิ้นปี ๒๕๖๑ ของ สสส. ยังเหลืออยู่อีก ๑,๒๓๑.๖๕ ล้านบาท

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การบริหารจัดการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินจึงมอบหมายให้ สสส. ทำงานกับศูนย์ความเป็นเลิศทางเศรษฐมิติ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่อย่างต่อเนื่อง และขอให้นำกรอบวงเงินงบประมาณนี้กลับมาให้คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินทบทวนใหม่อีกครั้ง หากระหว่างปีงบประมาณ ระดับเงินทุนสำรองของ สสส. มีมากเกินไปจนเป็นการไม่มีประสิทธิภาพ หรือน้อยเกินไปจนไม่เพียงพอรองรับความเสี่ยง ตลอดจนหากมีสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจนอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินงาน

แนวทางการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ จำแนกรายแผน

ทั้งนี้ ในการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในแต่ละแผนนั้น สสส. ได้คำนึงถึงความสอดคล้องกับแนวนโยบายในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ – ๒๕๖๓) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ จำนวน ๕ ข้อ รวมถึงความจำเป็นเร่งด่วนของประเด็นปัญหาสุขภาพตามลำดับของภาระโรค ตลอดจนคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการบริหารจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย โดยมีการจัดสรรงบประมาณรายแผนรวม ๑๕ แผน และยังได้จัดสรรงบประมาณในงานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลางเพื่อรองรับภารกิจใหม่และงานบูรณาการที่อาจเกิดขึ้น

การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
 จำแนกรายแผนรวม ๑๕ แผน และ ๑ งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง

หน่วย : ล้านบาท

		จำนวน
๑	แผนควบคุมยาสูบ	๓๕๐
๒	แผนควบคุมแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๓๕๐
๓	แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	๓๑๐
๔	แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๑๕๐
๕	แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๒๓๔
๖	แผนสุขภาวะชุมชน	๔๕๐
๗	แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๒๙๐
๘	แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๑๖๐
๙	แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๒๒๐
๑๐	แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๒๔๐
๑๑	แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	๓๒๐
๑๒	แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๑๒๐
๑๓	แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๖๔
๑๔	แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	๒๐๐
๑๕	แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	๔๓๘
รวม ๑๕ แผน		๓,๙๙๖
งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง		๑๘๐
รวมงบประมาณ		๔,๑๗๖



ส่วนที่ ๒

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

ปัจจุบันกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก และของประเทศไทยด้วย ทั้งในมิติของจำนวนผู้เสียชีวิต ภาระโรค และการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ในปี ๒๕๕๒ มีประชากรทั่วโลก เสียชีวิตด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อประมาณ ๓๘ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๖๘ ของการเสียชีวิตของ ประชากรทั่วโลกมากกว่าร้อยละ ๔๐ ของการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (๑๖ ล้านคน) เสียชีวิต ก่อนวัยอันควร (ต่ำกว่า ๗๐ ปี) ประมาณ ๓ ใน ๔ ของการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (๒๘ ล้านคน) และร้อยละ ๘๒ ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เกิดในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง^๖

ในประเทศไทย ปัญหากลุ่มโรคไม่ติดต่อทวีความรุนแรงมากขึ้นอย่างชัดเจน จำนวนผู้เสียชีวิต จากกลุ่มโรคไม่ติดต่อนั้นเพิ่มขึ้นจาก ๒๓๓,๗๙๗ คน ในปี ๒๕๔๒ หรือร้อยละ ๖๐ ของการเสียชีวิตทั้งหมด เป็น ๓๑๔,๓๔๐ คนในปี ๒๕๕๒ หรือร้อยละ ๗๓ เพิ่มขึ้นเฉลี่ย ๘,๐๕๔ คนต่อปี และในปี ๒๕๕๖ เพิ่มขึ้นเป็น ๓๔๙,๐๙๐ คน เฉลี่ยเพิ่มขึ้น ๘,๖๘๗.๕ คนต่อปี และการตายก่อนวัยอันควรจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นจาก ๓๔๓.๐๖ ต่อแสนคน ในปี ๒๕๕๒ เป็น ๓๕๕.๓๐ ต่อแสนคนในปี ๒๕๕๖^๗

หากประเมินความสูญเสียทั้งหมด ทั้งจากการเสียชีวิต การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และความบกพร่อง ทางสุขภาพให้เป็นหน่วยของภาระโรค (Disability-adjusted Life Years : DALYs) จะพบว่ากลุ่มโรค ไม่ติดต่อก่อความสูญเสียปีสุขภาวะคิดเป็นร้อยละ ๗๓.๔ ของภาระโรคของประเทศไทยในปี ๒๕๕๒^๘ ซึ่งสูงกว่าสัดส่วนของโลกซึ่งอยู่ที่ร้อยละ ๕๓ ของภาระโรคทั้งหมดของโลกในปี ๒๕๕๐^๙ นับว่าสถานการณ์ กลุ่มโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน



^๖ WHO, Global status report on noncommunicable diseases, 2014.

^๗ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ ๒.

^๘ Rifat Atun, Shabbar Jaffar, Sania Nishtar, Felicia M Knaul, Mauricio L Barreto, Moffat Nyirenda, Nicholas Banatvala, Peter Piot, Improving responsiveness of health systems to non-communicable diseases. The Lancet, ๒๐๑๓.๓๘๑ (๙๘๖๗): p. ๖๙๐ - ๖๙๗

กลุ่มโรคไม่ติดต่อประกอบด้วยโรคจำนวนมาก แต่พบว่าวิกฤติปัญหาในกลุ่มโรคไม่ติดต่อในระดับโลกนั้นเป็นผลจาก “สี่” กลุ่มโรคหลักเป็นสำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคเบาหวาน และกลุ่มโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญร่วมกัน ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และมีปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน^๙

กลุ่มโรคไม่ติดต่อก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ ทั้งในแง่ของภาระค่าใช้จ่าย การรักษาพยาบาล และผลิตภาพของประชากรที่สูญเสียไป ประเมินการว่าในระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๗๓ นั้น กลุ่มโรคไม่ติดต่อก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของโลกสูงถึง ๔๖.๗ ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือประมาณ ๑,๔๐๑ ล้านล้านบาท หรือเทียบเคียงได้ว่าต้นทุนที่ประชาชนในประเทศรายได้ปานกลางระดับบน เช่น ประเทศไทยแบกรับมีมูลค่าถึง ๕๐ เหยียดสหรัฐ หรือประมาณ ๑,๕๐๐ บาทต่อคนต่อปี^{๑๐} สำหรับประเทศไทยนั้นการประเมินความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากโรค NCDs ใน ๔ กลุ่มโรคหลัก ในปี ๒๕๕๒ พบว่า มีมูลค่าทั้งสิ้น ๑๔๘,๕๑๒ ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ ๒.๒ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ หรือคิดเป็นมูลค่าถึง ๓,๑๒๘ บาทต่อหัวประชากร ซึ่งต้นทุนส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๗๔) เป็นต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร^{๑๑} นอกจากนี้ จากการประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจตามพฤติกรรมเสี่ยง พบว่า การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจสูงถึงเท่ากับ ๗๔,๘๘๔ ล้านบาทในปี ๒๕๕๒ หรือร้อยละ ๐.๗๘ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP)^{๑๒} และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจมีมูลค่าสูงถึง ๑๕๖,๑๐๕ ล้านบาทในปี ๒๕๕๔ หรือประมาณร้อยละ ๑.๙๙ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ^{๑๓} การขาดกิจกรรมทางกายก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจในประเทศไทยถึง ๙,๘๒๑ ล้านบาทในปี ๒๕๕๗ หรือคิดเป็นร้อยละ ๐.๐๗ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ^{๑๔} โรคอ้วนของประชากรไทยในปี ๒๕๕๒ ก่อให้เกิดการสูญเสีย ๑๒,๑๔๒ ล้านบาท หรือร้อยละ ๐.๑๓ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ^{๑๕}

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความสูญเสียที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยนั้นมีความรุนแรง ทั้งในมิติของจำนวนผู้เสียชีวิต ภาระโรค และการสูญเสียทางเศรษฐกิจ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรเร่งแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยเพิ่มขึ้น หรือมีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ซึ่งการแก้ไขนั้นควรเริ่มตั้งแต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

^๙ Institute for Health Metrics and Evaluation. [12 July 2014]; Available from: Institute for Health Metrics and Evaluation.

^{๑๐} Bloom D.E., Cafiero E.T., Jané-Llopis E., Abrahams-Gessel S., Bloom L.R., Fathima S., Feigl A.B., Gaziano T., Mowafi M., Pandya A., Prettner K., Rosenberg L., Seligman B., Stein A.Z., Weinstein C., The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases, W.E. Forum, Editor. 2011: Geneva.

^{๑๑} โครงการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, รายงานฉบับย่อ เรื่อง การประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจจาก โรคเรื้อรัง (Economic burden of non-communicable diseases), สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

^{๑๒} Bundhamcharoen K, et al. Tob Control ๒๐๑๖; ๒๕:๕๓๒-๕๓๗.

^{๑๓} มนตรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ชนิดา เลิศพิทักษ์พงศ์, จอมขวัญ โยธาสุมาร, กรรณิการ์ ฐิตินุญสุวรรณ, ประพัทธ์ เนรมิตพิทักษ์กุล, การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๔. พ.ศ. ๒๕๕๑

^{๑๔} มนตรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์, ศิดาพร ยังกง, ฟาโส จันทจากรุณณ์, การศึกษาต้นทุนความเจ็บป่วยจากการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘.

^{๑๕} มนตรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์, เนติ สุขสมบูรณ์, ไพบุลย์ พิกายเจริญรัตน์, จอมขวัญ โยธาสุมาร, วิชัย เอกพลากร, ยศ ตีระวัฒนานนท์, การศึกษาผลกระทบในเชิงเศรษฐศาสตร์และคุณภาพชีวิตจากโรคอ้วนในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๒. พ.ศ. ๒๕๕๔.



สำหรับสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงของประชากรไทยในด้านการสูบบุหรี่นั้น พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ลดลงตั้งแต่ ๒๕ ปีก่อน (ตั้งแต่ปี ๒๕๓๔) แต่เริ่มคงที่ในช่วงระยะ ๑๐ ปีหลังนี้ (ตั้งแต่ปี ๒๕๕๐) โดยพบว่าในช่วงปี ๒๕๓๔ - ๒๕๕๐ อัตราการสูบบุหรี่ในภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงตามลำดับ จากร้อยละ ๓๒.๐๐ เป็นร้อยละ ๒๑.๒๒ และตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ - ๒๕๕๘ พบว่า อัตราการสูบบุหรี่อยู่ระหว่างร้อยละ ๒๑.๒๒ - ๑๙.๙๐ ในการสำรวจครั้งล่าสุด ปี ๒๕๕๘ ประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป บริโภคยาสูบมีจำนวน ๑๐.๙ ล้านคน (ร้อยละ ๑๙.๙) เป็นเพศชาย ๑๐.๔ ล้านคน (ร้อยละ ๓๙.๓ ของเพศชาย) เป็นเพศหญิงประมาณ ๕๐๑,๘๙๔ คน (ร้อยละ ๑.๘ ของเพศหญิง) ผู้บริโภคส่วนใหญ่เป็นผู้บริโภคประจำทุกวัน (ร้อยละ ๘๖) จำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในทุกปี ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนว่ามีผู้ทดลองสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละปี เมื่อพิจารณาแยกกลุ่มอายุ ความชุกของผู้บริโภคยาสูบในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี ๒๕ - ๔๐ ปี และ ๔๑ - ๕๙ ปี ค่อนข้างใกล้เคียงกันอยู่ที่ร้อยละ ๒๐.๒๐ - ๒๓.๒๓ ส่วนในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๑๘ ปี และกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป อยู่ที่ร้อยละ ๗.๙๒ และ ๑๓.๙๕ ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลจากการสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย อายุ ๑๓ - ๑๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ดำเนินการภายใต้โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชนระดับโลก (Global Youth Tobacco Survey : GYTS) พบว่า ความชุกของการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยอายุ ๑๓ - ๑๕ ปี อยู่ที่ร้อยละ ๑๑.๓ โดยแบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ ๑๑.๒ และเพศหญิงร้อยละ ๕.๒ และยังพบว่า เยาวชนไทยเคยทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ ๗ ปี หรือน้อยกว่า (ร้อยละ ๕.๒) โดยเยาวชนส่วนใหญ่เริ่มทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ ๑๒ ปี ถึง ๑๓ ปี (ร้อยละ ๓๙.๖) รองลงมาเป็นเยาวชนที่ทดลองสูบบุหรี่ในช่วงอายุระหว่าง ๑๔ ปี ถึง ๑๕ ปี (ร้อยละ ๒๔.๘) และเยาวชนที่ทดลองสูบบุหรี่ในช่วงอายุ ๑๐ ปี ถึง ๑๑ ปี (ร้อยละ ๒๑.๒) ตามลำดับ และความชุกของการบริโภคยาสูบของเยาวชนไทยอายุ ๑๓ ปี ถึง ๑๕ ปี สูงถึงร้อยละ ๑๕ โดยแบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ ๒๑.๘ และเพศหญิง ร้อยละ ๘.๑ ในด้านการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของเยาวชนที่สูบบุหรี่ซื้อบุหรี่ได้จากร้านค้าและร้านขายของชำร้อยละ ๘.๗ หาซื้อบุหรี่ได้จากร้านค้าเร่ แผงลอย และตลาดนัด ร้อยละ ๔.๓ ซื้อบุหรี่ได้จากร้านสะดวกซื้อ และร้อยละ ๑๒.๘ ได้บุหรืมาจากผู้อื่น นอกจากนี้เยาวชนผู้สูบบุหรี่เกือบครึ่งหนึ่ง หรือร้อยละ ๔๔ สามารถซื้อบุหรี่ได้โดยไม่ได้รับการตรวจสอบอายุของผู้ซื้อซึ่งเป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง^{๑๑}

เมื่อพิจารณาตามสภาพทางภูมิศาสตร์ พบว่า ผู้อยู่นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่สูงกว่าในเขตเทศบาลในทุกกรอบการสำรวจ และอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงของผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลก็สูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อยคือ ร้อยละ ๓๕.๘๖ และ ๓๔.๘๕ ตามลำดับ และยังพบว่าภาคใต้มีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ที่สูงที่สุด (ร้อยละ ๒๔.๘) และยังเป็นภาคที่มีอัตราการลดลงของผู้บริโภคยาสูบน้อยที่สุดในช่วง ๒๔ ปีที่ผ่านมา รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของผู้บริโภคยาสูบร้อยละ ๒๒.๒ ตามมาด้วยภาคเหนือ (ร้อยละ ๑๘.๖) ภาคกลาง (ร้อยละ ๑๘.๒) และกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ ๑๕.๖) จากการสำรวจในปี ๒๕๕๔ ระนองและนครศรีธรรมราชเป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่สูงสุดประมาณร้อยละ ๒๗

^{๑๑} ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. สถานการณ์การควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๙, ๒๕๕๙.

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าในช่วง ๑๐ ปี หลังความชุกของการบริโภคยาสูบนั้นคงที่ แนวโน้มการลดลงมีน้อยลง และการสูบบุหรี่ในกลุ่มเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อายุที่เริ่มสูบบุหรี่มีน้อยลงเรื่อยๆ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง นอกจากนี้ ความชุกของผู้บริโภคยาสูบในภาคใต้ที่สูงกว่าภาคอื่นๆ และในช่วง ๒๔ ปี ที่ผ่านมาอัตราการลดลงน้อยมากจำเป็นต้องหามาตรการที่เหมาะสมมาแก้ไขปัญหาดังกล่าว

จุดเน้นของแผน

๑. ด้านการพัฒนานโยบาย และการบังคับใช้กฎหมาย

- ๑.๑ สนับสนุนการออกกฎหมายลำดับรองจากราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐
- ๑.๒ สื่อสารพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ ให้ประชาชนรับรู้ โดยทั่ว เพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายฯ และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ เช่น ชุมชน ท้องถิ่น สื่อมวลชน เป็นต้นในการบังคับใช้กฎหมาย
- ๑.๓ สนับสนุนและผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนและการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒
- ๑.๔ สนับสนุนและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนนโยบายด้านการควบคุมยาสูบต่อผู้กำหนดนโยบายทางตรง เช่น การยื่นหนังสือ การเข้าหารือกับผู้กำหนดนโยบายอย่างไม่เป็นทางการ เป็นต้น และผลักดันนโยบาย/มาตรการ/กฎหมายที่สำคัญเพื่อการควบคุมยาสูบทั้งด้านอุปทาน (supply side) และอุปสงค์ (demand side) อาทิ
 - (๑) การผลักดันให้มีการเพิ่มการรักษาการเสพติดนิโคตินเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติให้มากขึ้น โดยเข้าไปมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้เกิดการต่อรองารักษาการเสพติดนิโคติน
 - (๒) การผลักดันให้มีการขึ้นภาษี/กำหนดอัตราภาษีบุหรี่ที่เหมาะสมภายใต้ประมวลกฎหมายสรรพสามิต พ.ศ. ๒๕๖๐
 - (๓) ผลักดันให้มีการขึ้นค่าธรรมเนียมใบอนุญาตร้านค้าปลีกบุหรี่เพื่อควบคุมจำนวนและความหนาแน่นของร้านจำหน่ายบุหรี่
 - (๔) การควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า
- ๑.๕ สนับสนุนการผลักดันนโยบายและการรณรงค์ผ่านการสื่อสารสาธารณะทั้งสื่อหลัก เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ และสื่อออนไลน์ รวมถึงการจัดเวทีเพื่อการขับเคลื่อนนโยบาย เช่น เวทีวิชาการระดับภูมิภาค/ระดับชาติ/นานาชาติ การจัดเวทีแลกเปลี่ยน การจัดเวทีเสวนา เป็นต้น

๒. ด้านวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

- ๒.๑ พัฒนาระบบฐานข้อมูลที่เป็น การศึกษา/พัฒนาความรู้ทางระบาดวิทยา การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ การพัฒนาฐานข้อมูลระดับจังหวัด และกรณีศึกษาของสถานการณ์ต่างๆ เพื่อการควบคุมยาสูบและพัฒนาความรู้เพื่อความเข้าใจระบบ สังเคราะห์นโยบาย งานวิจัย และงานวิชาการให้ง่ายต่อการนำไปใช้งาน/สื่อสาร
- ๒.๒ พัฒนางานวิจัย/วิชาการ และการจัดการความรู้ที่มีผลต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การรณรงค์ และนำความรู้ที่ได้ มาสื่อสารเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคม
- ๒.๓ พัฒนาความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ (action research) นำไปสู่การใช้ประโยชน์ เช่น การรณรงค์ระดับชุมชน การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ
- ๒.๔ พัฒนารูปแบบและวิธีการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการประเมินผลผลลัพธ์ในเชิง การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม

๓. ด้านเครือข่ายการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่

- ๓.๑ มุ่งเน้นการป้องกันนักสูบหน้าใหม่โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและผู้หญิง ลดการสูบบุหรี่ในผู้ชาย/ผู้ที่อยู่ในชนบท/กลุ่มอาชีวศึกษา
- ๓.๒ เน้นการป้องกันการได้รับควันบุหรี่มือสองและมือสามโดยการขยายพื้นที่รูปธรรมปลอดบุหรี่ ทั้งตามที่กฎหมายกำหนดและรณรงค์เพิ่มเติม เช่น การรณรงค์บ้านปลอดบุหรี่ เป็นต้น
- ๓.๓ เน้นการสื่อสารเพื่อปรับค่านิยมให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ อุตสาหกรรมยาสูบ และผู้สูบบุหรี่ เป็นสิ่งไม่ปกติธรรมดา (De-normalization)
- ๓.๔ สนับสนุนคณะกรรมการควบคุมยาสูบ - สุราระดับจังหวัด และกลไกการทำงานประเด็น ยาสูบ - สุราในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้มีการดำเนินงานในการควบคุมยาสูบ - สุรา ในระดับจังหวัดที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการผลักดันให้เกิดพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงาน ควบคุมยาสูบ - สุราในระดับจังหวัด หรือระดับเขต พร้อมแสดงให้เห็นถึงการวัดผลลัพธ์ จากการดำเนินงานอย่างจริงจัง และสื่อสารผลสำเร็จนั้นในวงกว้าง
- ๓.๕ สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมเชิงบวกในกลุ่มเด็กและเยาวชน เพื่อให้เด็กและเยาวชนภาคภูมิใจ ในตนเอง พร้อมฝึกฝนทักษะชีวิต อันจะส่งผลให้เด็กและเยาวชนห่างไกลพฤติกรรม การสูบบุหรี่ เช่น การจัดทำคลิปวิดีโอ การแสดงดนตรีการเป็นจิตอาสาเพื่อสังคม เป็นต้น รวมถึงการเพิ่มพื้นที่สร้างสรรค์เพื่อให้เยาวชนมีพื้นที่ในการแสดงศักยภาพ

๔. ด้านบริการเลิกบุหรี่

- ๔.๑ เพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยเลิกบุหรี่ โดยผลักดันให้มียาวิชาการเสพติดนิโคตินในบัญชียาหลักแห่งชาติให้มากขึ้นเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

๔.๒ สนับสนุนให้เกิดการเลิกบุหรี่โดยชุมชน

๔.๓ พัฒนาวัตถุกรรมและใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการเลิกบุหรี่

๕. สนับสนุนการป้องกันโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

๕.๑ สนับสนุนการศึกษาข้อมูลความรู้ทางวิชาการทั้งระดับประเทศและระดับพื้นที่ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา NCDs และสนับสนุนให้เกิดการนำความรู้มาใช้ในการสื่อสารสังคมและรณรงค์ในประเด็น “ลดบุหรี่/เหล้า เพิ่มอาหารสุขภาพ/ออกกำลังกาย เพื่อหลีกเลี่ยงโรค NCDs

๕.๒ สนับสนุนให้เกิดการดำเนินการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานในประเด็น รูปแบบ เนื้อหา และช่องทางการสื่อสาร เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs

๕.๓ สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมประสาน/สร้างกลไกการทำงานให้เกิดการศึกษาในประเด็นการลดการบริโภคหวาน (น้ำตาล) และเค็ม (เกลือ) เพื่อหลีกเลี่ยงโรค NCDs และนำองค์ความรู้ที่ได้ไปผลักดันต่อในระดับนโยบาย โดยเชื่อมประสานการทำงานกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมตามยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ

๕.๔ สนับสนุนให้เกิดเวทีทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร เครือข่าย ศูนย์วิชาการประเด็นพฤติกรรมเสี่ยงทั้ง ๔ องค์กรสนับสนุนงบประมาณต่างๆ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหา NCDs

วัตถุประสงค์

๑. ลดอัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนไทยและป้องกันนักสูบหน้าใหม่
๒. พัฒนารฐานข้อมูล พัฒนาความรู้และต้นแบบ รวมถึงการจัดการความรู้ที่จำเป็นต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ
๓. พัฒนาให้เกิดมาตรการ สิ่งแวดล้อม นโยบายและกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ และสนับสนุนให้เกิดการบังคับใช้นโยบายและกฎหมายที่มีอยู่
๔. พัฒนาการสื่อสารเพื่อให้เกิดรับรู้ สร้างความตระหนัก และปรับเปลี่ยนค่านิยมทางสังคมในประเด็นการไม่สูบบุหรี่ในประชาชนกลุ่มต่างๆ
๕. พัฒนากลไกพื้นฐานและการสร้างนวัตกรรมเพื่อการดำเนินงานควบคุมยาสูบ
๖. พัฒนารูปแบบและบริการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ
๗. พัฒนาให้เกิดเครือข่าย องค์ความรู้ ต้นแบบในการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดนโยบาย กฎหมาย มาตรการและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อแนวโน้มการลดลงของอัตราการสูบบุหรี่ ในประชากรไทย/ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ในระดับต่างๆ อย่างน้อย ๑ นโยบาย กฎหมาย หรือ มาตรการ โดยพัฒนา/ผลักดันนโยบาย กฎหมาย มาตรการ แนวปฏิบัติ เพื่อการควบคุมยาสูบ ให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ – ๒๕๖๒
๒. เกิดการวางแผนและเตรียมการให้เกิดขึ้นแบบจังหวัดควบคุมยาสูบ ด้านบังคับใช้กฎหมาย/บำบัด/รณรงค์ ภายใต้โครงการจังหวัดควบคุมยาสูบและสุราที่สามารถถอดบทเรียนเป็นแนวทางให้จังหวัดอื่นๆ สามารถเรียนรู้เพื่อพัฒนาการดำเนินงานได้
๓. เกิดองค์ความรู้จากการวิจัยที่จำเป็นสำหรับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง และมีเวทีวิชาการระดับชาติทุกปี
๔. เกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นการไม่สูบบุหรี่มากขึ้นในประชากรไทยอย่างน้อย ๑ ประเด็น
๕. เกิดการพัฒนามาตรฐานการบริการเลิกบุหรี่ในระดับบริการต่างๆ ทั้งจากเครือข่ายวิชาชีพต่างๆ ตลอดจนการบริการสายด่วนเลิกบุหรี่ และโครงการอื่นๆ อันเป็นผลให้มีจำนวนผู้ติดบุหรี่ มาใช้บริการรวมเฉลี่ยไม่น้อยกว่า ๔,๐๐๐ รายต่อเดือน และมีจำนวนผู้เลิกบุหรี่ได้เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๘๐๐ รายต่อเดือน
๖. เกิดการวางแผนและเตรียมการให้เกิดการพัฒนาเวทีทำงานข้ามภาคส่วน เพื่อสนับสนุน การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค NCDs

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายและแผนอาหารเพื่อสุขภาพ เตรียม Package ของ intervention ในเรื่อง (๑) ลดอัตราการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และ (๒) เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการมีกิจกรรมทางกาย ในการสนับสนุนแผนสุขภาพชุมชน แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ และแผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร ในการเตรียมพื้นที่ตำบล โรงเรียน องค์กรต่างๆ ของตนเองให้พร้อมรองรับงานเชิงประเด็น
๒. พร้อมด้วยแผนสุขภาพชุมชน แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ และแผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร ร่วมกับฝ่ายติดตามและประเมินผลในการวางแผนการประเมินและเริ่มเก็บข้อมูล baseline
๓. สนับสนุนชุดความรู้/ข้อมูลทางวิชาการให้แก่แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะในการดำเนินงาน เพื่อให้หน่วยบริการในชุมชนพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานหรือสถานประกอบการต้นแบบในพื้นที่ ดำเนินงานอย่างน้อยร้อยละ ๒๐ มีการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการลดการบริโภคบุหรี่

๔. สนับสนุนชุดความรู้/ข้อมูลทางวิชาการให้แก่แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ ในการขยายผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่โดยชุมชนเป็นฐาน สร้างมาตรการหรือ สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดอัตราการสูบบุหรี่ใน ๑๐๐ พื้นที่

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การเคลื่อนสังคม และการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและ สนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

๑. เชื่อมโยงภาคีหลักที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็นเพื่อสร้างเป้าหมายร่วมในด้านการควบคุมยาสูบ ตลอดจนการเชื่อมร้อยการทำงานเพื่อเสริมพลังซึ่งกันและกัน ได้แก่ พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม เพื่อสร้างการมีสุขภาวะที่ดีซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายหนึ่งที่สำคัญของ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน
๒. พัฒนาคู่มือเชิงวิชาการและจัดการความรู้ เพื่อใช้ประโยชน์ในการผลักดันงานควบคุมยาสูบ ตลอดจนเพื่อการสนับสนุนงานรณรงค์ การขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการติดตามประเมินผล
๓. พัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะ และสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายโดยการสร้าง การมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และประชาชน
๔. พัฒนาด้านแบบ นวัตกรรม หรือรูปแบบการดำเนินงานใหม่ๆ ที่ทำให้ลดอัตราการบริโภคยาสูบ รวมถึงรณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วม ของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาสูบ ผ่านช่องทางการสื่อสาร และการทำงาน ของภาคีเครือข่ายต่างๆ
๕. ขยายการเข้าถึงบริการช่วยเหลือทุพพิกาลทั้งในและนอกระบบบริการสาธารณสุข รวมถึงผลักดันให้ มีวิชาการเสพตติโคตินในบัญชียาหลักให้มากขึ้น เพื่อการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ
๖. พัฒนาชุดความรู้ ด้านการดำเนินงานเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs
๗. เชื่อมโยงการทำงานด้านการควบคุมยาสูบร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส.

กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมการบริโภคยาสูบ ประกอบด้วย ๘ กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงานมีภารกิจโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานด้านสนับสนุนการสร้างเสริมและพัฒนาความรู้และต้นแบบ

- ๑.๑ พัฒนาองค์ความรู้และระบบข้อมูลที่เป็นต่อการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบ เช่น ความรู้ทางระบาดวิทยาของสถานการณ์ต่างๆ ความรู้ เพื่อการสังเคราะห์นโยบาย ความรู้ สำหรับการพัฒนานโยบายใหม่ที่สำคัญ ความรู้เพื่อสนับสนุนการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนค่านิยม สังคม ความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ เป็นต้น
- ๑.๒ พัฒนาด้านแบบการดำเนินงานควบคุมยาสูบทั้งในเชิงโปรแกรม พื้นที่ และองค์กร
- ๑.๓ พัฒนางานวิจัย/งานวิชาการที่มีผลต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การรณรงค์ และนำความรู้ ที่ได้มาสื่อสารเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคม
- ๑.๔ พัฒนารูปแบบและวิธีการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

๒. กลุ่มแผนงานด้านสนับสนุนการผลักดันนโยบาย

- ๒.๑ สนับสนุนการผลักดันนโยบายด้านการควบคุมยาสูบต่อผู้กำหนดนโยบายโดยตรง
- ๒.๒ สนับสนุนการผลักดันนโยบายผ่านการสื่อสารสาธารณะ รวมถึงการจัดเวทีเพื่อการขับเคลื่อน นโยบาย เช่น เวทีวิชาการ การแถลงข่าว เป็นต้น

๓. กลุ่มแผนงานด้านสนับสนุนการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมสังคม

- ๓.๑ พัฒนาการสื่อสารโดยใช้ฐานความรู้ งานวิจัย และงานวิชาการ มาสังเคราะห์ให้เข้าใจง่าย
- ๓.๒ พัฒนาการสื่อสารในรูปแบบใหม่ๆ ที่น่าสนใจ ให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิด การปรับเปลี่ยนค่านิยม ทักษะคิด และพฤติกรรม
- ๓.๓ ขยายรูปแบบและภาคีในการทำงานกับเยาวชนเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ รวมทั้งขยาย การดำเนินงานในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ภูมิลำเนาในชนบท และกลุ่มอาชีวศึกษา

๔. กลุ่มแผนงานด้านสนับสนุนการพัฒนากลไกพื้นฐานและการสร้างนวัตกรรม

- ๔.๑ พัฒนาระบบการวิจัยและจัดการความรู้ด้านการควบคุมยาสูบ
- ๔.๒ การพัฒนาระบบข้อมูลที่เป็นในระบบเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ในผู้ใหญ่ เยาวชน รวมทั้งการ เฝ้าระวังการโฆษณา ส่งเสริมการขาย และการให้ทุนอุปถัมภ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ
- ๔.๓ พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อประเมินให้เห็นถึงผลลัพธ์จาก การดำเนินงานควบคุมยาสูบ
- ๔.๔ สนับสนุนให้เกิดการสร้างนวัตกรรม ทั้งด้านความรู้ และการสื่อสาร รวมถึงการขยายผล นวัตกรรมในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

๔.๕ พัฒนาระบบการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ

๔.๖ สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดเวทีเชื่อมโยงเครือข่ายข้ามภาคส่วน เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงยุติธรรม เป็นต้น และสร้างพันธมิตรเพิ่มเติมในการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบ

๕. กลุ่มแผนงานด้านสนับสนุนการขยายการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงระบบ

๕.๑ สนับสนุนภาคีระบบหลักในภาครัฐในการพัฒนากฎหมาย มาตรการ และนโยบายสาธารณะเพื่อการควบคุมยาสูบ

๕.๒ ผลักดันให้เกิดกลไกการบังคับใช้มาตรการ กฎหมายต่างๆ ที่มีอยู่เดิมให้มีประสิทธิภาพโดยมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะภาคประชาสังคม

๕.๓ ขยายเครือข่ายและสร้างแนวร่วมในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะกระทรวงต่างๆ และภาคนอกภาครัฐ เช่น ภาคีสื่อมวลชน ภาคีภาคธุรกิจ เป็นต้น

๖. กลุ่มแผนงานด้านสนับสนุนการป้องกันนักสูบหน้าใหม่

๖.๑ พัฒนา ขยายรูปแบบและภาคีในการทำงานกับเยาวชน กลุ่มผู้หญิง เพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ รวมทั้งขยายการดำเนินงานในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้ที่อยู่ในชนบท และกลุ่มอาชีวศึกษา

๖.๒ เน้นการขยายพื้นที่สร้างสรรค์เชิงบวก ลดพื้นที่เชิงลบ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่เด็กและเยาวชน รวมถึงสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมสร้างสรรค์ในกลุ่มเด็กและเยาวชน

๗. กลุ่มแผนงานด้านสนับสนุนการบำบัด/ชวน/ช่วยให้เลิกเสพ

๗.๑ พัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ให้มีความเข้มแข็ง และสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการชวน/ช่วยให้เลิกบุหรี่

๗.๒ ขยายการเข้าถึงบริการช่วยเลิกบุหรี่ให้มากขึ้นเพื่อการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

๘. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๘.๑ เชื่อมประสาน บูรณาการการทำงานกับสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นองค์กรหลักในระบบสุขภาพที่รับผิดชอบงานด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

๘.๒ พัฒนาชุดความรู้ที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรม (การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ) ต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ ๓ โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งลำไส้ และมะเร็งปอด

๘.๓ สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ผสมผสานไปกับการดำเนินงานปกติในระบบบริการสาธารณสุข และในกลุ่มสถานประกอบการ เพื่อส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมตามยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ

ภาคีหลัก

คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สมาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สมาคมหมออนามัย สมาเทคนิคการแพทย์ สมาคมแพทย์แผนไทย มูลนิธิส่งเสริมวิจัยทางการแพทย์ มูลนิธิใบไม้เขียว สมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม มูลนิธิเพื่อนหญิง เครือข่ายยุวทัศน์ เครือข่ายหมออนามัย เครือข่ายพระ มูลนิธิสร้างสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย สื่อมวลชน ภาคธุรกิจเอกชนต่างๆ หน่วยงานราชการทุกกระทรวง โดยเฉพาะกระทรวงยุติธรรม กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการสร้างเสริมและพัฒนาความรู้และต้นแบบ	๑๒๓
๒. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการผลักดันนโยบาย	๑๔
๓. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมสังคม	๗๙
๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการพัฒนากลไกพื้นฐานและการสร้างนวัตกรรม	๕๐
๕. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการขยายการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงระบบ	๒๑
๖. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการป้องกันนักสูบหน้าใหม่	๗
๗. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการบำบัด/ชวน/ช่วยให้เลิกเสพ	๓๖
๘. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการป้องกันโรค NCDs	๒๐
รวม	๓๕๐



แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด

สถานการณ์และแนวโน้ม

ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมา จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในช่วงปี ๒๕๔๔ - ๒๕๕๘ มีประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่เป็นนักดื่มค่อนข้างคงที่ โดยมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ ๓๒.๗ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๓๐ ในปี ๒๕๕๐ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๓๔ ในปี ๒๕๕๘ เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุ พบว่าในปี ๒๕๕๘ มีนักดื่มที่เป็นวัยรุ่น (อายุ ๑๕ - ๒๔ ปี) ร้อยละ ๒๙.๑ นักดื่มวัยทำงาน (อายุ ๒๕ - ๕๔ ปี) ร้อยละ ๔๐.๒ นักดื่มสูงวัย (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) ร้อยละ ๑๖.๔ โดยสถานการณ์แนวโน้มที่ชี้ปัญหาสำคัญ คือ สัดส่วนของนักดื่มหญิงที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๙.๘ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๑๓.๐ ในปี ๒๕๕๘^{๑๗,๑๘}

ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ ปี ๒๕๕๗ พบว่า ประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ ๓๘.๙ ซึ่งลดลงจากร้อยละ ๔๕.๓ ในปี ๒๕๕๒^{๑๙}

ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่า สัดส่วนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยมีแนวโน้มคงที่ ทั้งนี้สัดส่วนของการดื่ม ในเพศชายสูงเป็นสิ่งที่น่าห่วงของเพศหญิงโดยตลอด

๒. สัดส่วนของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายลดลง ข้อมูลจากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย พบว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายลดลงจากร้อยละ ๙.๑๐ ในปี ๒๕๔๗ เหลือร้อยละ ๓.๔๐ ในปี ๒๕๕๗ โดยลดลงทั้งในเพศชายและเพศหญิง ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมการดื่มที่เป็นอันตรายของประชากรไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้นคือดื่มลดลง^{๒๐}

^{๑๗} การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร, สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๗, ๒๕๕๐, ๒๕๕๔, ๒๕๕๗.

^{๑๘} การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๔, ๒๕๕๒, ๒๕๕๖, ๒๕๕๘.

^{๑๙} การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๓ (ปี ๒๕๔๖ - ๒๕๔๗) ครั้งที่ ๔ (ปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒) และ ครั้งที่ ๕ (ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗)

๓. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นไทยเพิ่มขึ้น ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สัดส่วนของนักดื่มเยาวชน (อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๑.๐ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๑๙.๑ ในปี ๒๕๕๘ ซึ่งอายุเฉลี่ยของผู้ดื่มครั้งแรกเฉลี่ยเริ่มต้นดื่มเมื่อ อายุ ๒๐.๘ ปี วัยรุ่นชายดื่มเร็วกว่าหญิง (๑๙.๔ ปี และ ๒๕ ปี ตามลำดับ) สาเหตุหลักของการดื่มในวัยรุ่นทั้งหญิงและชาย คือ เพื่อเข้าสังคม/สังสรรค์ (ร้อยละ ๔๑.๙) เลียนแบบเพื่อน/เพื่อนชวนดื่ม (ร้อยละ ๒๗.๓) และอยากลองดื่ม (ร้อยละ ๒๔.๔)^{๑๗,๑๘}

๔. นักดื่มที่อยู่นอกเขตเทศบาลสูงกว่านักดื่มที่อยู่ในเขตเทศบาลตลอดเวลา โดยในปี ๒๕๔๔ มีนักดื่มในเขตเทศบาลร้อยละ ๒๘.๙ และนอกเขตเทศบาลร้อยละ ๓๔.๕ และในปี ๒๕๕๘^{๑๗,๑๘} มีนักดื่มในเขตเทศบาลร้อยละ ๓๒.๘ และนอกเขตเทศบาลร้อยละ ๓๔.๖ โดยสถานการณ์การบริโภคแอลกอฮอล์ในภูมิภาค จากข้อมูลผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี ๒๕๕๘ พบว่า ภาคเหนือมีความชุกของนักดื่มสูงสุดคือ ร้อยละ ๔๑.๗ รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ ๓๙.๑ ภาคกลาง ร้อยละ ๓๑.๘ และภาคใต้ มีความชุกของนักดื่มน้อยที่สุด เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่า จังหวัดที่มีความชุกของนักดื่มสูงที่สุด ได้แก่ จังหวัดพะเยา รองลงมาคือ จังหวัดแพร่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดนครพนม และจังหวัดน่าน นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์ดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์^{๑๙} พบว่า จังหวัดพะเยา มีความเสี่ยงสูงที่สุด รองลงมา คือ จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดแพร่ จังหวัดพิษณุโลก และจังหวัดเชียงใหม่

๕. ด้านปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย พบว่า ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลงจาก ๘.๐๙ ลิตรต่อคนต่อปี ในปี ๒๕๔๐ เป็น ๖.๙๕ ลิตรต่อคนต่อปี ในปี ๒๕๕๘^{๒๐} โดยประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บริโภค ในปี ๒๕๕๗ (ตอบได้มากกว่า ๑ ประเภท) พบว่าส่วนใหญ่ดื่มเบียร์มากที่สุดคือ ร้อยละ ๖๕.๘ อันดับสองเป็นสุราสี/สุราแดงราคาถูกร้อยละ ๔๒.๑ อันดับสามสุราขาวและสุรากลั่น ชุมชนร้อยละ ๓๙.๓ อันดับสี่คือสุราสี/สุราแดงที่มีราคาแพงร้อยละ ๑๒.๖ และอันดับห้าคือ ไวน์คูลเลอร์/สุราผสมน้ำผลไม้/เหล้าปั่น ร้อยละ ๗.๓^{๒๑}

๖. ภาษีสรรพสามิตจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ที่เคยมีอัตราเพิ่มถึงร้อยละ ๓๘.๖ ในปี ๒๕๔๕ ได้ค่อยๆ ลดลงเป็นร้อยละ ๑๖.๑ ๑๑.๐ และ ๗.๕ ตามลำดับ ในปี ๒๕๔๖ - ๒๕๔๘ และในปี ๒๕๔๙ อัตราเพิ่มดังกล่าวเปลี่ยนเป็นอัตราลดร้อยละ ๒.๐ คิดเป็นมูลค่า ๑,๓๘๙ ล้านบาท สำหรับภาษี ในปี ๒๕๕๐ และ ๒๕๕๑ มีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๖.๔ และ ๖.๓ ตามลำดับ อันเนื่องมาจากการเพิ่มอัตรากาสิโนของรัฐบาลในวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๕๐ และเมื่อเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๒รัฐบาลได้ประกาศเพิ่มอัตรากาสิโนอีกครั้ง โดยภาษีในปี ๒๕๕๒ ยังคงมีอัตราลดเป็นร้อยละ ๓.๖ และมีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๖.๓ และ ๘.๘ ในปี ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๔ ตามลำดับ^{๒๒}

^{๑๗} การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร, สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๗, ๒๕๕๐, ๒๕๕๔, ๒๕๕๗.

^{๑๘} การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๙, ๒๕๕๒, ๒๕๕๖, ๒๕๕๘.

^{๑๙} ดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ เป็นตัวชี้วัดแบบดัชนีผสมผสาน ซึ่งประกอบด้วย ๕ ประเด็นหลัก ได้แก่ ความชุกของนักดื่มในประชากร ผู้ใหญ่สัดส่วนของการดื่มประจำของนักดื่มผู้ใหญ่ทั้งหมด สัดส่วนการนักดื่มหนักของนักดื่มผู้ใหญ่ทั้งหมด สัดส่วนของการดื่มแล้วขับ ยานพาหนะ และความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น

^{๒๐} ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย (คำนวณจากข้อมูลปริมาณจำหน่าย ปริมาณผลิตสุราพื้นเมือง และปริมาณนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากกรมสรรพสามิต และข้อมูลจำนวนประชากรกลางปี (อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป) จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข).ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.๒๕๕๘.

^{๒๑} การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. ๒๕๕๗, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

^{๒๒} ข้อมูลจากเว็บไซต์กรมสรรพสามิต <https://edweb.excise.go.th/stastw/CompareOverAllTaxStatisticByProdYearAction.do> เข้าถึง กรกฎาคม ๒๕๕๕



๗. ผลกระทบจากตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย จากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗ ชี้สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการบกพร่องทางสุขภาพ โดยเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุอันดับ ๑ ในเพศชาย และอันดับ ๑๒ ในเพศหญิง

๘. ปัญหาความรุนแรงทางเพศมีเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยกระตุ้นถึงร้อยละ ๓๐ จากการรวบรวมสถิติข่าวความรุนแรงทางเพศจากหนังสือพิมพ์ ๑๔ สำนักพิมพ์ ในรอบปี ๒๕๕๘ โดยมูลนิธิหญิงชายก้าวไกล พบว่ามีข่าวความรุนแรงทางเพศทั้งหมด ๓๐๖ ข่าว มากที่สุดคือข่าวข่มขืนรุมโทรม ๒๒๔ ข่าว คิดเป็นร้อยละ ๗๓.๒ และมีผู้ที่เสียชีวิตถึง ๒๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๐ อาชีพของผู้ถูกกระทำส่วนใหญ่เป็นนักเรียน/นักศึกษาร้อยละ ๕๓.๕ สำหรับปัจจัยกระตุ้นจากเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ร้อยละ ๓๐ นอกจากนี้ยังพบว่า การตี๋มสุราส่งผลกระทบต่อสมาชิกที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน และส่งผลกระทบต่อคนภายนอกครัวเรือน ซึ่งพบว่าปัญหาทางการเงินส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครัวเรือนมากกว่าปัญหาอื่นๆ ร้อยละ ๕.๗ รองลงมาคืออาการที่มีปากเสียง ทะเลาะโต้เถียงกันในครัวเรือน และก่อให้เกิดความรำคาญ รบกวนการทำงานและคุณภาพชีวิต (ร้อยละ ๕.๕ และ ๔.๓ ตามลำดับ) และปัญหาการลงมือทำร้ายร่างกาย และการกระทำการรุนแรง (ร้อยละ ๐.๙ และ ๑.๒ ตามลำดับ)^{๒๒}

๙. จากข้อมูลภาวะสังคมไทย โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ จาก ๑๕๑,๖๐๗ ล้านบาท ในปี ๒๕๔๘ เพิ่มขึ้นเป็น ๑๗๘,๘๑๐ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๑ แล้วลดลงเหลือ ๑๔๕,๑๗๖ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๗ และเพิ่มขึ้นเป็น ๑๔๗,๘๘๓ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๘^{๒๓}

๑๐. ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากแอลกอฮอล์ ผลจากการวิจัยการศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ได้ประมาณการความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการตี๋มแอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้นตลอดปี ๒๕๕๔ พบว่า แอลกอฮอล์ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งหมดคิดเป็นมูลค่า ๗๖,๐๐๐ ล้านบาทความสูญเสียจากการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ต่อสังคมและเศรษฐกิจกว่าร้อยละ ๔๐ เป็นความสูญเสียทางอ้อม^{๒๔}

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ประชากรไทยอายุ ๑๒ - ๖๕ ปี มีแนวโน้มการใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจครัวเรือนระดับชาติเพื่อประมาณการจำนวนผู้ใช้สารเสพติดทั่วประเทศ พบว่า ในปี ๒๕๕๔ ประชากรไทยจำนวน ๔๙,๙๙๒,๔๖๖ คน มีผู้ที่เคยใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดในชีวิต จำนวน ๕,๖๕๔,๗๕๒ คน โดยมีผู้ที่รายงานว่าใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน ๑ ปี จำนวน ๑,๒๕๑,๓๔๒ คน และมีผู้ที่รายงานว่าใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน ๓๐ วัน จำนวน ๗๙๔,๕๔๒ คน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๔๔ ที่มีผู้เคยใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดในชีวิต จำนวน ๓,๔๘๐,๐๐๐ ล้านคน โดยมีผู้ที่รายงานว่าใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน ๑ ปี จำนวน ๕๘๐,๐๐๐ คน และมีผู้ที่รายงานว่าใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน ๓๐ วัน จำนวน ๓๔๐,๐๐๐ คน^{๒๕}

^{๒๒} การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการตี๋มสุราของประชากร พ.ศ. ๒๕๕๗, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

^{๒๓} รายงานภาวะสังคมไทย พ.ศ. ๒๕๕๘, สำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

^{๒๔} รัชพันธ์ โกมลไพศาล (๒๕๕๘). การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

^{๒๕} เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) การสำรวจครัวเรือนเพื่อประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๔, ๒๕๕๕.

ประเภทสารเสพติดที่เคยใช้มากที่สุด ๓ อันดับแรก คือ กัญชา พืชกระท่อม ยาบ้า โดยประชากรไทย อายุ ๑๒ - ๖๕ ปี ที่เคยใช้พืชกระท่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี ๒๕๕๙ จำนวน ๒,๙๒๕,๖๓๘ คน จากที่ในปี ๒๕๕๔ มีอยู่ที่ ๑,๒๒๘,๑๑๘ คน และในปี ๒๕๕๙ ผู้ที่เคยใช้ยาบ้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน จาก ๙๐๒,๒๔๔ คน ในปี ๒๕๕๔ เป็น ๑,๖๘๗,๖๓๑ คน ในปี ๒๕๕๙ ในขณะที่ผู้ที่เคยใช้กัญชามีแนวโน้มลดลง จากจำนวน ๒,๔๘๓,๐๓๓ คน ในปี ๒๕๕๔ ลดลงเป็น ๒,๓๖๔,๐๓๘ คน ในปี ๒๕๕๙^{๒๖}

พืชกระท่อมเป็นสารที่มีความชุกของการใช้ในปัจจุบันมากที่สุด ประเภทสารเสพติดที่ใช้ใน ๑ ปี มากที่สุด ๓ อันดับแรก คือ พืชกระท่อม ยาบ้า กัญชา โดย ประชากรไทยอายุ ๑๒ - ๖๕ ปี ที่ใช้พืชกระท่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี ๒๕๕๙ จำนวน ๗๘๒,๖๘๒ คน จากที่ในปี ๒๕๕๔ มีอยู่ที่ ๔๐๔,๕๔๘ คน และในปี ๒๕๕๙ ผู้ที่เคยใช้ยาบ้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน จาก ๙๒,๕๑๐ คน ในปี ๒๕๕๔ เป็น ๒๘๙,๔๑๓ คน ในปี ๒๕๕๙ โดยผู้ที่ใช้กัญชาก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากจำนวน ๙๘,๐๕๐ คน ในปี ๒๕๕๔ เป็น ๒๐๙,๗๑๒ คน ในปี ๒๕๕๙^{๒๗}

จำนวนผู้ใช้สารเสพติดแบบฉีดในปัจจุบันเพิ่มมากขึ้น จากการประมาณการจำนวนผู้ฉีดสารเสพติด โดยใช้วิธี network scale up พบว่า ในปี ๒๕๕๗ จำนวนผู้ฉีดสารเสพติดประมาณ ๗๕,๐๐๐ คน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๔ ที่มีจำนวนผู้ฉีดสารเสพติดอยู่ที่ประมาณ ๔๐,๓๐๐ คน^{๒๘}

เด็กและเยาวชนอายุ ๑๒ - ๑๙ ปี และ ๒๐ - ๒๔ ปี มีแนวโน้มการใช้สารเสพติดในช่วงชีวิตสูงขึ้น จากในปี ๒๕๕๔ อยู่ที่ร้อยละ ๔.๒ และ ๖.๑ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๖.๖ และ ๙.๗ ในปี ๒๕๕๙^{๒๙}

ภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากการมีปัญหการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายในปี ๒๕๕๖ พบจำนวนปีสูญเสียสุขภาพอยู่ที่ ๕,๒๘๐ ปี ของประชากรไทย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการสูญเสียที่พบในประชากรชาย เช่นเดียวกับการสูญเสียปีสุขภาพที่เกิดจากปัญหาการใช้แอลกอฮอล์^{๓๐}

การเสพยาเสพติดผ่านเข็มฉีดยา (IDU) ได้กลายเป็นความเสี่ยงสูงสุดต่อการกระจายตัวของการติดเชื้อเอชไอวีในหมู่ผู้เสพยาเสพติดผ่านทางเข็มฉีดยา และแพร่ไปสู่คู่นอนจนถึงประชากรโดยทั่วไป ในปี ๒๕๕๕ พบว่า มีผู้เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดติดเชื้อร้อยละ ๒๕.๒ ของประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวี

การใช้สารเสพติดส่งผลกระทบต่อความผิดปกติ (Substance Use Disorder) จากการสำรวจระดับชาติด้านสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี ๒๕๕๖ พบว่า ความชุกของความผิดปกติ (การใช้สารเสพติด ผิดแผน : Substance Abuse และการติดยาเสพติด : Substance Dependence) ของผู้ใช้สารเสพติด ในช่วง ๑ ปีที่ผ่านมา เป็นเพศชาย ๒๓๓,๙๖๗ คน และเป็นเพศหญิง ๖๗,๒๕๓ คน^{๓๑}

ยาบ้า กัญชา และไอซ์ เป็นสารเสพติดที่มีผู้เข้ารับการบำบัดหรือถูกส่งมารับการบำบัดมากที่สุด ข้อมูลจากรายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๙ พบว่า สารเสพติดที่มีผู้เข้ารับการบำบัดมากที่สุด ๓ ลำดับแรก คือ ยาบ้า กัญชา และไอซ์ในปี ๒๕๕๔ จำนวน ๑๖๓,๖๔๐ คน ๗,๕๒๕ คน

^{๒๖} เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) การสำรวจครัวเรือนเพื่อประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๔, ๒๕๕๙.

^{๒๗} คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. รายงานโครงการประมาณการจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดและแพร่เชื้อเอชไอวีทั่วประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๑.กรุงเทพฯ: เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด กระทรวงยุติธรรม; ๒๕๕๒.

^{๒๘} สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๖.กรุงเทพฯ: แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระดับประเทศและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; ๒๕๕๖.

^{๒๙} กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจระดับชาติด้านสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๕๖.กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๖.



และ ๖,๐๐๔ คน ตามลำดับ โดยในปี ๒๕๕๙ สารเสพติดที่มีผู้เข้ารับการบำบัด ๓ ลำดับแรก ยังคงเป็น ยาบ้า จำนวน ๗๓,๔๕๖ คน กัญชา ๖,๙๕๖ คน และไอซ์ ๕,๐๔๒ คน^{๓๐}

กลุ่มอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี และอายุ ๒๐ - ๒๔ ปี เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดมากที่สุด ข้อมูลจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดปี ๒๕๕๙ พบว่า กลุ่มอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี และอายุ ๒๐ - ๒๔ ปี มีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติด ร้อยละ ๑๙.๕ และร้อยละ ๒๒.๐ ตามลำดับ^{๓๑}

ผู้เสพผู้ติดสารเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทุกระบบลดลง จากระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาสารเสพติดพบว่ากลุ่มผู้เสพและผู้ติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพจากหน่วยงานต่างๆ ทั่วประเทศ พบว่า เมื่อมีคำสั่ง คสช.ที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ ยอดรวมผู้เข้ารับการบำบัดโดยเฉพาะยอดผู้เข้ารับการบังคับบำบัดมีแนวโน้มลดลงมาเรื่อยๆ (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ = ๓๑๐,๑๒๘ คน, ๒๕๕๘ = ๒๒๑,๑๗๙ คน, ๒๕๕๙ = ๑๕๐,๙๒๖ คน) โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ สัดส่วนของผู้ได้รับการบำบัดรักษาในระบบบำบัดรักษาโดยสมัครใจ เท่ากับร้อยละ ๔๐.๘ ระบบบังคับบำบัดร้อยละ ๔๓.๒ และระบบต้องโทษร้อยละ ๑๖.๑^{๓๒}

จำนวนคดีและผู้ต้องหาที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดมีแนวโน้มลดลงระหว่างช่วงปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘ โดยที่จำนวนผู้ต้องหาในปี ๒๕๕๘ ลดลงจากปี ๒๕๕๔ ถึงร้อยละ ๓๗ (จาก ๒๖๔,๔๑๗ คน เหลือเพียง ๑๖๒,๔๖๒ คน) คดีที่เกี่ยวข้องกับยาบ้ามีจำนวนมากที่สุดทุกปี คดีที่เกี่ยวข้องกับยาไอซ์อยู่อันดับ ๒ ในช่วงปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖ และมีจำนวนคดีลดลงในช่วง ๒ ปีหลัง จนตกลงมาอยู่อันดับ ๕ ในปี ๒๕๕๘ ที่น่าสนใจคือ คดีเกี่ยวกับพืชกระท่อมและน้ำกระท่อมเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างชัดเจนในปีหลังๆ โดยในปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ จำนวนคดีที่เกี่ยวข้องกับพืชกระท่อมพุ่งสูงขึ้นจนมาอยู่อันดับ ๒ รองจากยาบ้า สำหรับสัดส่วนคดีที่เกี่ยวกับกัญชาแห่งค่อนข้างคงที่อยู่ที่ร้อยละ ๕.๔ - ๖.๘ ในช่วงปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘^{๓๓}

การค้าระหว่างประเทศ การลักลอบนำเข้าสารเสพติดมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงอยู่ในระดับที่รุนแรงอยู่ พื้นที่ชายแดนโดยเฉพาะภาคเหนือตอนบนยังคงเป็นพื้นที่ลักลอบนำเข้าสำคัญของยาบ้าและไอซ์ ส่วนกัญชาจะมาจากชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขณะที่ตัวยาอื่นๆ มีการลักลอบจากประเทศในภูมิภาคอื่นทางเครื่องบิน แต่จะมีการนำลงในสนามบินภูมิภาคแทนในส่วนกลาง หรือส่งผ่านบริษัทรับส่งพัสดุสินค้าระหว่างประเทศ^{๓๔} และกลุ่มชนเผ่าเข้ามาเกี่ยวข้องกับขบวนการค้าสารเสพติด ทั้งการจัดหา และการลักลอบลำเลียง

การค้าภายในประเทศมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น นักค้ารายย่อยเพิ่มมากขึ้น โดยนักค้ารายใหญ่ยังคงมีบทบาทในการดำเนินการ การลำเลียงในปริมาณมากในระดับล้านเม็ดถูกแบ่งการลำเลียงเป็นระดับแสนเม็ดเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมามากกว่า ๑ เท่าตัว (๔๐ คดี ในปี ๒๕๕๘ เป็น ๘๖ คดี ในปี ๒๕๕๙) เพื่อลดการสูญเสีย

^{๓๐} มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์, ศิดาพร ยิ่งคง, พ้าใส จันทราภรณ์, การศึกษาต้นทุนความเจ็บป่วยจากการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘.

^{๓๑} สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.). รายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด ปีงบประมาณ ๒๕๕๔ - ๒๕๕๙.

^{๓๒} สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.). รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดทั่วประเทศ ปี ๒๕๕๙. ประมวลผล ณ วันที่ ๓ กันยายน ๒๕๕๙

^{๓๓} สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.). รายงานการจับกุมคดียาเสพติดทั่วประเทศ ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม

^{๓๔} สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.). รายงานสถานการณ์ยาเสพติด ๒๕๕๙. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม.

มีการโฆษณาเชิญชวนและจำหน่ายยาเสพติดทางอินเทอร์เน็ต จากการจับกุมคดีผลิตไอซ์ ในช่วงปี ๒๕๕๒ – ๒๕๕๓ มีผู้ต้องหาทราบว่าได้เรียนรู้การผลิตและสั่งซื้อสารตั้งต้นจากอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้ ยังปรากฏว่ามีหลายเว็บไซต์ที่มีการโฆษณาเชิญชวนและจำหน่ายยาเสพติด

จุดเน้นของแผน

๑. พัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑.๑ สนับสนุนการออกกฎหมายมาตรการและนโยบายสาธารณะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความจำเป็นทั้งเร่งด่วนและระยะยาว รวมทั้งกฎหมายที่อยู่ในกระบวนการแล้ว โดยสนับสนุนภาคีระบบหลัก ภาครัฐ ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ในการพัฒนามาตรฐานกฎหมาย มาตรการ และนโยบายสาธารณะ ทั้งมาตรการด้านอุปสงค์ (demand side) และด้านอุปทาน (supply side) รวมถึงผลักดันให้เกิดกลไกการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ทุกภาคส่วนและทุกระดับ ทั้งระดับพื้นที่และระดับชาติ เช่น

- ๑) มาตรการ หลักเกณฑ์ การห้ามโฆษณาผ่านโซเชี่ยลมีเดีย สื่อออนไลน์รูปแบบต่างๆ และกิจกรรมส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ
- ๒) มาตรการจำกัดจำนวนใบอนุญาต/เพิ่มค่าธรรมเนียม กำหนดหลักเกณฑ์ในการขอ/ต่อใบอนุญาต และอัตราโทษ การขึ้นภาษี และปกป้องการแทรกแซงนโยบายแอลกอฮอล์จากการค้าเสรี
- ๓) เสนอมาตรการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (demand side) ของประชาชนและเยาวชน เช่น มาตรการห้ามขาย ห้ามดื่มในเด็กที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี

๑.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อเร่งอัตราการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาทิ การศึกษาทบทวนและพัฒนามาตรฐานเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย และการตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย/เรื่องร้องเรียนรวมทั้งการประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและปราบปรามการกระทำผิด พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑

๑.๓ สนับสนุนให้เกิดการจัดทำแผนงานควบคุมยาสูบ-เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัดเป็นงานประจำของกระทรวงสาธารณสุข

๑.๔ สนับสนุน ส่งเสริม ผลักดันให้ภาคีนอกภาครัฐ เช่น ภาคีสื่อมวลชน ภาคีภาคธุรกิจร่วมดำเนินด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดอย่างเป็นระบบ

- ๑.๕ สนับสนุนการออกนโยบายระดับชุมชน พื้นที่/จังหวัด และท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องกับงานเทศกาล งานบุญประเพณีเป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนให้เกิดผลเชิงระบบ

๒. การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ๒.๑ การพัฒนาความรู้เชิงระบาดวิทยาและกรณีศึกษาของสถานการณ์ต่างๆ
- ๒.๒ การพัฒนาความรู้เพื่อความเข้าใจระบบที่มีประสิทธิผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ/ การสังเคราะห์นโยบาย
- ๒.๓ สนับสนุนให้มีการมีพัฒนาต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพเชิงโปรแกรม พื้นที่/องค์กร และสนับสนุนให้เกิดการถอดบทเรียน รวบรวมต้นแบบและสังเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์จาก จัดงานเทศกาล งานบุญประเพณีปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ต่อยอด และขยายผล
- ๒.๔ การพัฒนางานวิจัย/งานวิชาการที่มีผลต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย (evidence-based policy) และการขับเคลื่อนของเครือข่ายรณรงค์ และนำความรู้ที่ได้สื่อสารเพื่อให้เกิด การปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคม
- ๒.๕ การพัฒนาความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ (action research) นำไปสู่การใช้ประโยชน์ เช่น การรณรงค์ระดับชุมชน การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ
- ๒.๖ พัฒนารูปแบบและวิธีการประเมินผลต่างๆ (นโยบาย/กฎหมาย/แผน) ที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการประเมินผลลัพธ์ในเชิงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม
- ๒.๗ พัฒนาศักยภาพนักวิจัย นักวิชาการ นักประเมินผล ให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็น ในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
- ๒.๘ สนับสนุนการสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างประเทศ
- ๒.๙ สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการศึกษาวิจัย และการจัดการความรู้ด้านเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ยาสูบ สิ่งเสพติด อาหาร ออกกำลังกาย และพัฒนาระบบฐานข้อมูล/จัดการ ความรู้ด้านสุขภาวะ
- ๒.๑๐ สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการข้อมูล ด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ สิ่งเสพติด อาหาร ออกกำลังกาย และพัฒนากลไกการเฝ้าระวังโดยการมีส่วนร่วมของทั้งภาครัฐและภาค ประชาสังคม

๓. การพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์

- ๓.๑ สนับสนุนคณะกรรมการควบคุมยาสูบ-สุราระดับจังหวัด และกลไกการทำงานประเด็น ยาสูบ-สุราในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้มีการดำเนินงานในการควบคุมยาสูบ-สุรา

ในระดับจังหวัดที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการผลักดันให้เกิดพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงาน ควบคุมยาสูบ-สุราในระดับจังหวัด หรือระดับเขต พร้อมแสดงให้เห็นถึงการวัดผลลัพธ์ จากการดำเนินงานอย่างจริงจัง และสื่อสารผลสำเร็จนั้นในวงกว้าง

- ๓.๒ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการณรงค์และมาตรการใหม่ๆ ที่เข้าถึงและ สอดคล้องเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน กลุ่มอาชีวศึกษา ผู้หญิง ผู้ชาย/ ผู้ที่อยู่ในชนบท
- ๓.๓ สนับสนุนให้เกิดการสร้างเครือข่ายคนหัวใจหิน (คนงดเหล้าครบพรรษา) และคนเลิกเหล้า ตลอดชีวิต (คนหัวใจเพชร) เพื่อให้มีบทบาทเป็นคนเลิกเหล้าที่รณรงค์ ชวนคนเลิกเหล้า ในองค์กรต่างๆ เช่น โรงเรียน โรงงาน หน่วยงานราชการ สถานประกอบการต่างๆ ต่อเนื่อง และเป็นกลไกสำคัญในการรณรงค์ลดเหล้าตามเทศกาล งานบุญประเพณีต่างๆ
- ๓.๔ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนากิจกรรม “ความสุขทางเลือก” (สุขได้ไร้แอลกอฮอล์) ในรูปแบบต่างๆ กิจกรรมความสุขทางเลือกในงานเทศกาลหรือบุญประเพณีต่างๆ ที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยน ค่านิยมชุมชนสังคม
- ๓.๕ สนับสนุนและขยายผลรณรงค์ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเทศกาลและงานประเพณี เช่น เทศกาลเข้าพรรษา งานประเพณีงานศพ เทศกาลประจำท้องถิ่น และผลักดันให้หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องเป็นเจ้าของปัญหา
- ๓.๖ สนับสนุนให้เด็กและเยาวชนได้มีโอกาสแสดงศักยภาพผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การแสดง ดนตรี การทำคลิปวิดีโอ การทำหนังสือ จิตอาสาเพื่อสังคม
- ๓.๗ สนับสนุนให้เกิดการสื่อสารโดยใช้ฐานองค์ความรู้/งานวิจัย/งานวิชาการ มาสังเคราะห์ ให้เข้าใจง่าย (evidence-based communication) พัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริม สุขภาพรองรับยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ และเทคโนโลยี โดยเฉพาะในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่สังคมไทย โดยนำเสนอในรูปแบบที่น่าสนใจ (creative communication) เช่น คลิปวิดีโอ อินโฟกราฟิก เสียงตามสาย การจัดเสวนาวิชาการ โดยให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เด็กและ เยาวชน ประชาชนทั่วไป คนทำงานในพื้นที่ ผู้กำหนดนโยบาย เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน ค่านิยมสังคม ทักษะคิด พฤติกรรม
- ๓.๘ สนับสนุนให้เกิดการสื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างบรรทัดฐานสังคมให้เห็นว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสินค้าไม่ธรรมดา (de-normalization) อย่างต่อเนื่อง และการตอบโต้ธุรกิจแอลกอฮอล์ เรื่องการทำตลาดที่ขาดความรับผิดชอบ โดยเฉพาะในงานกิจกรรมดนตรี กีฬาและกิจกรรม ที่เกี่ยวกับเยาวชน เช่น การติดตามข่าวผลกระทบที่เกิดกับเด็กและเยาวชน ปัญหา ความรุนแรงอันมีสาเหตุจากการดื่ม เพื่อสื่อสารให้สังคมรับรู้อย่างต่อเนื่อง
- ๓.๙ สนับสนุนการขยายและเชื่อมเครือข่ายทั้งการสร้างผู้นำรุ่นใหม่และขยายเครือข่ายนักวิชาการ ในระดับพื้นที่รวมทั้งขยายภาคยุทธศาสตร์ เช่น กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ

กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

- ๓.๑๐ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายคนทำงานด้านธรรมาภิบาล ให้มีขีดความสามารถในการชักจูง เชื่อมร้อยและขยายเครือข่าย พัฒนาความรู้ความเข้าใจในกฎหมาย นโยบาย และมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะในการสื่อสารสาธารณะเพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคมต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๓.๑๑ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบติดตาม/ประเมินผล เพื่อประเมินผลลัพธ์ เช่น ระดับการรับรู้ ระดับความตระหนัก การลด ละ เลิก และการบอกต่อของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละโครงการรณรงค์ รวมถึงการประเมินผลเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และประเมินผลเพื่อปรับปรุงให้ต่อเนื่อง เพื่อหาแนวทางการรณรงค์ที่มีประสิทธิภาพ
- ๓.๑๒ สนับสนุนและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนนโยบายการป้องกันและควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต่อผู้กำหนดนโยบายทางตรง เช่น การยื่นหนังสือ การเข้าหารือกับผู้กำหนดนโยบายอย่างไม่เป็นทางการ
- ๓.๑๓ สนับสนุนการผลักดันนโยบายผ่านการสื่อสารสาธารณะ ทั้งสื่อหลัก ได้แก่ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ และสื่อออนไลน์ รวมถึงการจัดเวทีเพื่อการขับเคลื่อนนโยบาย เช่น เวทีวิชาการระดับภูมิภาค/ระดับชาติ/นานาชาติ การจัดเวทีแลกเปลี่ยน การจัดเวทีเสวนา

๔. การสนับสนุนทุนอุปถัมภ์ทดแทนธุรกิจแอลกอฮอล์

- ๔.๑ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนากลยุทธ์ในการให้ทุนอุปถัมภ์กิจกรรมต่างๆ ให้ครอบคลุมทั้งกิจกรรมด้านประเพณีวัฒนธรรมและกิจกรรมด้านอื่นๆ เช่น การกำหนดยุทธศาสตร์การช่วงชิงพื้นที่เทศกาลอาหาร ดนตรี กีฬา เป็นต้น
- ๔.๒ สนับสนุนให้เกิดการสื่อสารสาธารณะเพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคมในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานเทศกาล บุญประเพณีต่างๆ
- ๔.๓ สนับสนุนให้หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับงานเทศกาล งานบุญประเพณี เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนให้เกิดผลเชิงระบบ
- ๔.๔ สนับสนุนให้เกิดการสรุปบทเรียน รวบรวมต้นแบบและสังเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์จากจัดงานเทศกาล งานบุญประเพณีปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ ต่อยอดและขยายผล

๕. การพัฒนารูปแบบและระบบบริการเลิกสุรา

- ๕.๑ พัฒนารูปแบบระบบการบำบัดและส่งต่อให้ชัดเจน มีประสิทธิภาพ และเพิ่มการเข้าถึงบริการ ช่วยเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

๕.๒ สนับสนุนให้เกิดการเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน

๕.๓ สนับสนุนองค์ความรู้และพัฒนาเครื่องมือการให้คำปรึกษา การคัดกรอง การรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

๖. สนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

๖.๑ พัฒนาศูนย์วิชาการการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเพื่อให้มีความคล่องตัวในการพัฒนางานวิชาการอย่างต่อเนื่องทันต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด

๖.๒ พัฒนางานวิชาการและงานวิจัย พัฒนาระบบข้อมูล ต่อยอดองค์ความรู้ เพื่อการผลักดันนโยบายการป้องกัน ดูแลและแก้ไขปัญหายาเสพติด (Policy-Driven Research) รวมไปถึงการจัดการข้อมูลให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายอย่างเท่าเทียมกัน ในจุดคานงัดที่สำคัญ ๓ ด้าน ได้แก่ “ยา” “คน” “สิ่งแวดล้อม”

๖.๓ พัฒนางานเชิงระบบ สร้างนวัตกรรมในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการแก้ไขและจัดการปัญหายาเสพติด เพื่อสามารถรองรับสถานการณ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

๖.๔ เสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาเสพติดและมาตรการในการจัดการและป้องกันปัญหายาเสพติด รวมไปถึงการสนับสนุนการทำงานของภาคประชาชนและประชาสังคมในการจัดการปัญหายาเสพติด

๖.๕ พัฒนาและเชื่อมประสานกับหน่วยงานภาครัฐ และเครือข่ายภาคประชาชนในการป้องกัน ดูแลและแก้ไขปัญหายาเสพติด

วัตถุประสงค์

๑. ลดอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนไทย และป้องกันนักเสพหน้าใหม่

๒. พัฒนารฐานข้อมูล องค์ความรู้และการจัดการความรู้ที่จำเป็น เพื่อการควบคุมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๓. พัฒนาให้เกิดมาตรการ สิ่งแวดล้อม นโยบายและกฎหมาย เพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสนับสนุนให้เกิดการบังคับใช้นโยบายและกฎหมายที่มีอยู่

๔. พัฒนาเครือข่ายการมีส่วนร่วมจากประชาชนและองค์กรต่างๆ ในการสื่อสารและสร้างการรับรู้ความตระหนักในสังคมและในประชาชนกลุ่มต่างๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนค่านิยมในสังคม และการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๕. พัฒนากลไกพื้นฐานและระบบที่สำคัญ เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๖. พัฒนารูปแบบและบริการเลิกสุราที่มีประสิทธิภาพ
๗. พัฒนาให้เกิดเครือข่าย องค์ความรู้ ฐานข้อมูล และการจัดการความรู้ที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. ลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรผู้ใหญ่ไทยในปี ๒๕๖๓ ให้น้อยกว่า ๖.๖๑ ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี (ข้อมูลปี ๒๕๕๘ ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรผู้ใหญ่ไทย เท่ากับ ๖.๙๕ ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี)
๒. เกิดนโยบาย กฎหมาย มาตรการและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อแนวโน้มการลดลงของอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือนโยบายด้านการบริการสนับสนุนการเลิกดื่มสุราในประชากรไทย/ประชากรกลุ่มเป้าหมายในระดับต่างๆ อย่างน้อย ๑ นโยบาย กฎหมาย หรือมาตรการ โดยพัฒนา/ผลักดันนโยบาย กฎหมาย มาตรการ แนวปฏิบัติเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์การควบคุมแอลกอฮอล์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔ – ๒๕๖๓
๓. เกิดการวางแผนและเตรียมการ เพื่อผลักดันให้เกิดต้นแบบจังหวัดควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านบังคับใช้กฎหมาย/บำบัด/รณรงค์ ภายใต้โครงการจังหวัดควบคุมยาสูบและสุราที่สามารถถอดบทเรียนเป็นแนวทางให้จังหวัดอื่นๆ สามารถเรียนรู้เพื่อพัฒนาการดำเนินงานให้ได้อย่างน้อย ๕ จังหวัด ในปี ๒๕๖๓
๔. เกิดองค์ความรู้จากการวิจัยที่จำเป็นสำหรับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง และมีเวทีวิชาการระดับชาติทุกปี
๕. เกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นการลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นในประชากรไทย อย่างน้อย ๑ ประเด็น
๖. เกิดกิจกรรมเพื่อทดแทนทุนอุปถัมภ์ของธุรกิจแอลกอฮอล์ โดยในส่วนของประเพณีวัฒนธรรมในงานประเพณีและในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ อย่างน้อยปีละ ๑๕๐ งาน ซึ่งส่งผลต่อการส่งเสริมนโยบายสาธารณะด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๗. เกิดการพัฒนามาตรฐานการบริการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับบริการต่างๆ ทั้งจากเครือข่ายแผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ตลอดจนการบริการสายด่วนเลิกเหล้า และโครงการอื่นๆ อันเป็นผลให้มีจำนวนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาใช้บริการรวมไม่น้อยกว่า ๔,๐๐๐ รายต่อเดือน และมีจำนวนผู้เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ไม่ต่ำกว่า ๔๐๐ รายต่อเดือน

๘. เกิดการวางแผนและเตรียมการเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ งานวิชาการ ระบบข้อมูล และฐานข้อมูล วิชาการในด้านการป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพสารเสพติด (อาจเกี่ยวพันประเด็น การเสพยาและบุหรี่ยั่ว) ที่สอดคล้องต่อการดำเนินงานของภาคส่วนต่างๆ หรือเกิดนวัตกรรม ในการจัดการกับปัญหาเสพติดได้อย่างน้อย ๕ เรื่อง ในปี ๒๕๖๓

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และแผนอาหารเพื่อสุขภาพ เตรียม Package ของ intervention ในเรื่อง (๑) ลดอัตราการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และ (๒) เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการมีกิจกรรมทางกาย ในการสนับสนุนแผนสุขภาพชุมชน แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ และแผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร ในการเตรียมพื้นที่ตำบล โรงเรียน องค์กรต่างๆ ของตนเองให้พร้อมรองรับงานเชิงประเด็น
๒. พร้อมด้วยแผนสุขภาพชุมชน แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ และแผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร ร่วมกับฝ่ายติดตามและประเมินผล ในการวางแผนการประเมิน และเริ่มเก็บข้อมูล Baseline
๓. สนับสนุนชุดความรู้/ข้อมูลทางวิชาการให้แก่แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะในการดำเนินงาน เพื่อให้หน่วยบริการในชุมชนพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานหรือสถานประกอบการต้นแบบในพื้นที่ ดำเนินงานอย่างน้อยร้อยละ ๒๐ มีการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการลดการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๔. สนับสนุนชุดความรู้/ข้อมูลทางวิชาการให้แก่แผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาพในการ ขยายผลการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่โดยชุมชนเป็นฐานสร้าง มาตรการหรือสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน ๑๐๐ พื้นที่

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุน กันอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

๑. เชื่อมโยงภาคีหลักที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็นเพื่อสร้างเป้าหมายร่วมในด้านการควบคุมยาสูบ ตลอดจนการเชื่อมร้อยการทำงานเพื่อเสริมพลังซึ่งกันและกัน ได้แก่ พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคมเพื่อสร้างการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายหนึ่งที่สำคัญของเป้าหมาย การพัฒนาที่ยั่งยืน
๒. พัฒนาระบบข้อมูลเชิงวิชาการและจัดการความรู้เพื่อใช้ประโยชน์ในการผลักดันงานควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด ตลอดจนเพื่อการสนับสนุนงานรณรงค์ การขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการติดตามประเมินผล

๓. พัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และประชาชน
๔. พัฒนาด้านแบบ นวัตกรรม หรือรูปแบบการดำเนินงานใหม่ๆ ที่ทำให้ลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัญหาจากการใช้ยาเสพติด รวมถึงรณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมของสังคม ในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติด ผ่านช่องทางการสื่อสารและการทำงานของภาคีเครือข่ายต่างๆ
๕. ขยายการเข้าถึงบริการช่วยเหลือการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในและนอกระบบบริการสาธารณสุข
๖. เชื่อมโยงการทำงานด้านการควบคุมยาสูบร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส.

กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ประกอบด้วย ๘ กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงานมีภารกิจโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานด้านสนับสนุนการสร้างเสริมและพัฒนาความรู้และต้นแบบ

- ๑.๕ พัฒนาศักยภาพและระบบข้อมูลที่เป็นต่อการดำเนินงานด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ความรู้ทางระบาดวิทยาของสถานการณ์ต่างๆ ความรู้เพื่อการสังเคราะห์นโยบาย ความรู้สำหรับการพัฒนานโยบายใหม่ที่สำคัญ ความรู้เพื่อสนับสนุนการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนค่านิยมสังคม ความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ เป็นต้น
- ๑.๖ พัฒนาด้านแบบการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งในเชิงโปรแกรม พื้นที่ และองค์กร
- ๑.๗ พัฒนางานวิจัย/งานวิชาการที่มีผลต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การรณรงค์ และนำความรู้ที่ได้มาสื่อสารเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคม
- ๑.๘ พัฒนารูปแบบและวิธีการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

๒. กลุ่มแผนงานด้านสนับสนุนการผลักดันนโยบาย

- ๒.๓ สนับสนุนการผลักดันนโยบายด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต่อผู้กำหนดนโยบายโดยตรง
- ๒.๔ สนับสนุนการผลักดันนโยบายผ่านการสื่อสารสาธารณะ รวมถึงการจัดเวทีเพื่อการขับเคลื่อนนโยบาย เช่น เวทีวิชาการ การแถลงข่าว เป็นต้น

๓. กลุ่มแผนงานด้านสนับสนุนการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมสังคม

- ๓.๔ พัฒนาการสื่อสารโดยใช้ฐานความรู้ งานวิจัย และงานวิชาการ มาสังเคราะห์ให้เข้าใจง่าย
- ๓.๕ พัฒนาการสื่อสารในรูปแบบใหม่ๆ ที่น่าสนใจ ให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยม ทักษะคติ และพฤติกรรม
- ๓.๖ ขยายรูปแบบและภาคีในการทำงานกับเยาวชนเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ รวมทั้งขยายการดำเนินงานในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ภูมิสำเนาในชนบท และกลุ่มอาชีวศึกษา

๔. กลุ่มแผนงานด้านสนับสนุนการพัฒนากลไกพื้นฐานและการสร้างนวัตกรรม

- ๔.๗ พัฒนาระบบการวิจัยและจัดการความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๔.๘ พัฒนาระบบข้อมูลที่เป็นระบบเฝ้าระวังเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ใหญ่ เยาวชน รวมทั้งการเฝ้าระวังการโฆษณา ส่งเสริมการขาย และการให้ทุนอุปถัมภ์ของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๔.๙ พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อประเมินให้เห็นถึงผลลัพธ์จากการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๔.๑๐ สนับสนุนให้เกิดการสร้างนวัตกรรม ทั้งด้านความรู้ และการสื่อสาร รวมถึงการขยายผลนวัตกรรมในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๔.๑๑ สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดเวทีเชื่อมร้อยเครือข่ายข้ามภาคส่วน และสร้างพันธมิตรเพิ่มเติมในการดำเนินงานด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๔.๑๒ สนับสนุนการสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างประเทศ

๕. กลุ่มแผนงานด้านสนับสนุนการขยายการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงระบบ

- ๕.๔ สนับสนุนภาคีระบบหลักในภาครัฐในการพัฒนากฎหมาย มาตรการ และนโยบายสาธารณะ เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๕.๕ ผลักดันให้มีกลไกการบังคับใช้มาตรการ กฎหมายต่างๆ ที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพโดยมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะภาคประชาสังคม
- ๕.๖ ขยายเครือข่ายและสร้างแนวร่วมในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะกระทรวงต่างๆ และภาคนอกภาครัฐ เช่น ภาคีสื่อมวลชน ภาคีภาคธุรกิจ เป็นต้น

๖. กลุ่มแผนงานด้านสนับสนุนการป้องกันนักเสพติดหน้าใหม่

- ๖.๓ พัฒนา ขยายรูปแบบและภาคีในการทำงานกับเยาวชน กลุ่มผู้หญิงเพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ รวมทั้งขยายการดำเนินงานในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้ที่อยู่ในชนบท และกลุ่มอาชีวศึกษา
- ๖.๔ เน้นการขยายพื้นที่สร้างสรรค์เชิงบวก ลดพื้นที่เชิงลบ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันด้านทานให้แก่เด็กและเยาวชน รวมถึงสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมสร้างสรรค์ในกลุ่มเด็กและเยาวชน

๗. กลุ่มแผนงานด้านสนับสนุนการบำบัด/ชวน/ช่วยให้เลิกเสพ

- ๗.๓ พัฒนาระบบบริการเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้มีความเข้มแข็ง และสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการชวน/ช่วยให้เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๗.๔ ขยายการเข้าถึงบริการช่วยเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มากขึ้น

๘. กลุ่มแผนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

- ๘.๑ สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการ/วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ เชื่อมโยงประสานภาคนักวิจัย/วิชาการ ผู้บริหาร/กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานขององค์กรทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพสารเสพติดในระบบสาธารณสุข ระบบยุติธรรม และชุมชน เพื่อร่วมกำหนดโจทย์วิจัย พัฒนางานวิจัยสร้างองค์ความรู้ใหม่ และจัดการความรู้ที่มีอยู่แล้วให้พร้อมใช้งานได้ ซึ่งเป็นองค์ความรู้และงานวิจัยที่จำเป็นและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ ที่หน่วยงานสามารถนำความรู้ไปต่อยอดได้
- ๘.๒ พัฒนาระบบข้อมูล ระบบการจัดการองค์ความรู้ที่มีความทันสมัยอยู่ตลอดเวลา รวมถึงพัฒนาระบบบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาครัฐและเอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน
- ๘.๔ สนับสนุนให้มีกลไกภาคประชาสังคมในการรณรงค์ และสื่อสารสู่สาธารณะสร้างกระแสสังคม เพื่อสร้างความตระหนักรู้ทันต่อปัญหายาเสพติด และสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมุ่งเน้นการทำงานในกลุ่มเยาวชนเพื่อป้องกันนักเสพติดหน้าใหม่
- ๘.๕ บูรณาการงานร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น เหล้า บุหรี่ โดยเชื่อมประสานกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชนรวมถึงการเชื่อมประสานการทำงานภายใน สสส. ร่วมกับสำนักต่างๆ ที่มีต้นทุนในการดำเนินงานในการป้องกัน ดูแล แก้ไขปัญหายาเสพติด

ภาคีหลัก

ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. เครือข่ายหมออนามัย สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า เครือข่ายพระ มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล มูลนิธิเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา มูลนิธิสื่อเพื่อเยาวชน ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา เครือข่ายมหาวิทยาลัย อาชีวศึกษา มูลนิธิเพื่อพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ภาคธุรกิจเอกชนต่างๆ ฯลฯ

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ภาคีวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) กระทรวงยุติธรรม (กรมราชทัณฑ์ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กรมคุมประพฤติ) กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) กระทรวงการต่างประเทศ กรมศุลกากร กรุงเทพมหานคร สถาบันการศึกษา เครือข่ายพระ เครือข่ายภาคีงดเหล้า เครือข่ายภาคีรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เครือข่ายภาคีภาคประชาชนของ ป.ป.ส.

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการสร้างเสริมและพัฒนาความรู้และต้นแบบ	๑๒๘.๕
๒. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการผลักดันนโยบาย	๑๐.๐
๓. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมสังคม	๑๐๖.๒
๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการพัฒนากลไกพื้นฐาน และการสร้างนวัตกรรม	๑๐.๖
๕. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการขยายการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงระบบ	๓.๐
๖. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการป้องกันนักเสพหน้าใหม่	๓๔.๔
๗. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการบำบัด/ชวน/ช่วยให้เลิกเสพ	๒๓.๕
๘. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการป้องกัน/แก้ไขปัญหายาเสพติด	๓๓.๘
รวม	๓๕๐.๐

แผนการจัดการความปลอดภัยและ ปัจจัยเสี่ยงทางสังคม

สถานการณ์และแนวโน้ม

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

๑. การลดอัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เป้าหมายที่ ๓ สร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย ตัวชี้วัดที่ ๓.๖.๑ อัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

๒. จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๔๖ จนถึงปัจจุบัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับฐานข้อมูลสำคัญ เช่น

๒.๑ ข้อมูลคดีอุบัติเหตุจราจรของสำนักงานตำรวจแห่งชาติระบุว่า สถิติผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเริ่มลดลงตามลำดับ จาก 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 ๖,๙๘๕ คน ในปี ๒๕๕๗ และ ๖,๒๗๓ คน ในปี ๒๕๕๘ ตามลำดับ โดยอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรลดลงจาก ๒๒.๒๑ คนต่อแสนของประชากรในปี ๒๕๔๖ เป็น ๑๖.๘๒ ๑๕.๔๗ ๑๓.๕๗ ๑๑.๓๓ และ ๑๐.๗๓ คนต่อแสนของประชากรในปี ๒๕๕๓ ๒๕๕๔ ๒๕๕๕ ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗ ตามลำดับ และลดลงเป็น ๙.๕๔ คนต่อแสนประชากรในปี ๒๕๕๘ ซึ่งลดลงร้อยละ ๕๕.๒๓ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๔๖ กับ ปี ๒๕๕๗

๒.๒ ข้อมูลรายงาน Global Status Report on Road Safety 2013 (ซึ่งเป็นการรายงานข้อมูลการเสียชีวิต ณ ปี ๒๕๕๓) และ 2015 (ซึ่งเป็นการรายงานข้อมูลการเสียชีวิต ณ ปี ๒๕๕๕) ขององค์การอนามัยโลก ได้คาดการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศต่างๆ รวมถึงประเทศไทยด้วย โดยคำนวณจากสมการซึ่งประกอบไปด้วยตัวแปรหลายตัว ผลจากการคำนวณแล้วพบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตลดลง จาก ๒๖,๓๑๒ คน ในปี ๒๕๕๓ เหลือ ๒๔,๒๓๗ คนในปี ๒๕๕๕ หรือสามารถลดผู้เสียชีวิตลงได้ ๒,๐๗๕ คน

๒.๓ การบูรณาการข้อมูลการตายจากข้อมูล ๓ ฐาน ได้แก่ ข้อมูลจากมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย เป็นระบบลงทะเบียนการตายของผู้เสียชีวิตทุกรายที่มีการแจ้งตาย ข้อมูลจากระบบ POLIS เป็นระบบบันทึกข้อมูลคดี และข้อมูลจากระบบ E-Claim เป็นระบบบันทึกข้อมูลสำหรับเบิกจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนส่วนใหญ่เป็นรถจักรยานยนต์ ซึ่งคณะกรรมการด้านการบริหารจัดการข้อมูล ติดตาม ประเมินผล ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน รับผิดชอบโดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการบูรณาการข้อมูล พบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตลดลง จาก ๒๒,๘๘๖ คน (หรือ ๓๕.๖๖ ต่อแสนประชากร) ในปี ๒๕๕๔ เป็น ๒๒,๔๕๑ คน (หรือ ๓๔.๙๓ ต่อแสนประชากร) ในปี ๒๕๕๕ เป็น ๒๒,๐๒๙ คน (หรือ ๓๔.๐๙ ต่อแสนประชากร) ในปี ๒๕๕๖ และ ๒๑,๔๓๒ คน (หรือ ๓๒.๙๙ ต่อแสนประชากร) ในปี ๒๕๕๗ ตามลำดับ

๓. การจราจรทางถนนเป็นเงื่อนไขสำคัญของการใช้ชีวิตประจำวัน นโยบายด้านการคมนาคมขนส่งของประเทศไทยมุ่งเน้นไปที่การลงทุนโครงสร้างพื้นฐานทางการคมนาคม โดยเฉพาะการสร้าง ซ่อมบำรุงถนนเป็นหลัก แต่นโยบายด้านการบริการขนส่งมวลชนสาธารณะ โดยเฉพาะรถโดยสารสาธารณะกลับได้รับการพัฒนาไม่มากนัก มากไปกว่านั้น โครงสร้างพื้นฐานและระบบขนส่งอื่นๆ ก็ได้ถูกจัดลำดับความสำคัญในการมุ่งพัฒนา^{๓๔} ส่งผลให้ทางเลือกในการเดินทาง และทางเลือกในการใช้ยานพาหนะมีอยู่อย่างจำกัด จึงส่งผลให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้ใช้รถใช้ถนนที่อยู่ในกลุ่มเปราะบาง (vulnerable road users) ค่อนข้างมาก ซึ่งกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ในประเทศไทยถือเป็นกลุ่มเปราะบางที่สำคัญ

รถจักรยานยนต์ ถือเป็นยานพาหนะที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก ทั้งจากกลุ่มนักเรียน วัยรุ่น ตลอดจนวัยทำงาน รายงานการศึกษาที่ผ่านมา^{๓๕} บ่งชี้ว่า เงื่อนไขสำคัญของการเลือกใช้รถจักรยานยนต์ในประเทศไทย ๕ สาเหตุหลัก ประกอบด้วย ความสะดวกรวดเร็ว การประหยัดค่าใช้จ่าย การไม่สามารถเข้าถึงบริการขนส่งมวลชนสาธารณะ การเข้าถึงบริการขนส่งมวลชนสาธารณะได้ยาก และการใช้จักรยานยนต์เพื่อการพักผ่อน จึงเป็นเหตุให้ประเทศไทยมีจำนวนรถจักรยานยนต์จดทะเบียนสะสมสูงถึง ๒๐,๒๗๖,๘๐๖ คัน ซึ่งยังไม่ับรวมรถจักรยานยนต์สาธารณะอีกกว่า ๑๔๘,๔๖๓ คัน^{๓๖} ข้อมูลจำนวนรถจักรยานยนต์จดทะเบียนสะสมตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๙ เพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละ ๔๒๘,๑๕๐ คัน โดยล่าสุดปี ๒๕๕๙ มีจำนวนรถจักรยานยนต์จดทะเบียนสะสมทั้งสิ้น ๒๐,๒๗๖,๘๐๖ คัน คิดเป็นร้อยละ ๕๔ ของรถจดทะเบียนทั้งหมดซึ่งลดจำนวนลงจากปี ๒๕๕๘ (ข้อมูลจากกรมการขนส่งทางบก ในปี ๒๕๕๘ มีรถจักรยานยนต์จำนวนสะสม ๒๐,๓๐๘,๒๐๑ คัน) และมีจำนวนรถที่จดทะเบียนสะสม ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๕, ๒๕๕๖, ๒๕๕๗, ๒๕๕๘ และ ๒๕๕๙ เท่ากับ ๓๒,๔๗๖,๔๗๗ คัน ๓๔,๖๒๔,๔๐๖ คัน ๓๕,๘๓๕,๑๘๐ คัน ๓๖,๗๓๑,๐๒๓ คัน และ ๓๗,๓๓๘,๑๓๙ คัน ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่ารถจักรยานยนต์ รถจดทะเบียนทั้งหมด เพิ่มจำนวนขึ้น

^{๓๔} คักดีสิทธิ์ เกลิมพงศ์. ๒๕๕๔. ความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานและบริการสาธารณะด้านคมนาคมและขนส่งในประเทศไทย. ในปาฐกถาเสาสถาหลักของแผ่นดิน ชุดความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงทรัพยากรและบริการพื้นฐานของประเทศไทย, ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๕๔. สืบค้นเมื่อ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๐ จาก <http://www.cuurp.org/thaiequity/resources/dth/dth%๒๐Agenda.pdf>

^{๓๕} มูลนิธิไทยโรดส์และเครือข่าย ร่วมกับ Road Safety Watch ได้สำรวจสาเหตุในการเลือกใช้รถจักรยานยนต์เมื่อปี ๒๕๕๓ จากกลุ่มตัวอย่าง ๗๐,๐๐๐ ราย

^{๓๖} ข้อมูลล่าสุด ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙ กรมการขนส่งทางบก



ทุกปี และจากสถิติการเสียชีวิตของผู้ใช้รถประเภทต่างๆ พบว่า ผู้ใช้รถจักรยานยนต์มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่ารถประเภทอื่นถึง ๓.๔ เท่า (ข้อมูลจากมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย)

นอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้รถจักรยานยนต์ขนาดใหญ่ (big bike) ด้วย ข้อมูลจากกรมการขนส่งทางบกปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ ระบุว่า มีรถจักรยานยนต์ขนาดใหญ่สูงกว่า ๑๕๐ ซีซี จดทะเบียนสะสมรวมกว่า ๑๐๓,๑๙๑ คัน เฉพาะเดือนมกราคม ๒๕๖๐ ขณะที่ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ขนาดใหญ่รวมแล้วกว่า ๒,๓๗๔ ราย บาดเจ็บ ๕๑,๙๙๕ ราย^{๓๗} และในขณะที่ระบบการคมนาคมในเขตเมือง โดยเฉพาะในเขตเมืองใหญ่ จะมีการก่อสร้างทางข้าม ทางยกระดับ อุโมงค์ลอดทางแยก สะพานกลับรถเป็นจำนวนมาก แต่กลับไม่ได้คำนึงถึงผู้ใช้รถจักรยานยนต์ จึงไม่มีถนนที่มีอุโมงค์ หรือทางข้ามสำหรับจักรยานยนต์เป็นการเฉพาะ เป็นผลให้ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ต้องใช้ทางร่วมกับพาหนะอื่นๆ นอกจากนี้การเข้าถึงรถจักรยานยนต์ได้ง่ายก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ความนิยมใช้รถจักรยานยนต์สูงขึ้นเรื่อยๆ หากแต่การผลิตรถจักรยานยนต์ในประเทศไทยยังขาดการคำนึงถึงมาตรฐานด้านความปลอดภัย รถจักรยานยนต์ที่ได้รับความนิยมในท้องตลาดจึงเป็นรถจักรยานยนต์ที่ทำความเร็วได้ สูงตรงกันข้ามกับรถจักรยานยนต์ในต่างประเทศ ทั้งในยุโรป สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น ที่รถจักรยานยนต์ยี่ห้อชื่อรุ่นเดียวกัน แต่โครงสร้างกายภาพของรถแตกต่างกันอย่างชัดเจน เป็นต้นว่า ความกว้างของวงล้อ และขนาดหน้ายาง ที่มีผลโดยตรงกับความเร็วและระยะเบรกที่ปลอดภัย

๔. สถิติการสวมหมวกนิรภัยในภาพรวมของประเทศยังอยู่ในอัตราคงที่ แม้ว่ารัฐบาลจะประกาศปีรณรงค์การสวมหมวกนิรภัย ๑๐๐% มาตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ จนถึงปี ๒๕๖๓ แต่ข้อมูลการสำรวจจากมูลนิธิไทยโรดส์ ๖ ปี ติดต่อกัน ชี้ให้เห็นว่าระหว่างปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๘ อัตราการสวมหมวกนิรภัยยังอยู่ในอัตราคงที่ อยู่ที่ร้อยละ ๔๔ ๔๖ ๔๓ ๔๓ ๔๒ และ ๔๓ ตามลำดับ โดยมีผู้สวมหมวกนิรภัยที่เป็นผู้ขับขี่ร้อยละ ๕๑ ผู้โดยสารร้อยละ ๑๙ ในเขตเมืองมีสัดส่วนผู้สวมหมวกนิรภัยที่ค่อนข้างสูง (ร้อยละ ๗๒) แต่กลับมีสัดส่วนค่อนข้างต่ำในเขตชนบท (ร้อยละ ๒๙) ชี้ให้เห็นว่าต้องเน้นทำงานเพิ่มขึ้นในพื้นที่เขตชนบท และยังพบว่าการสวมหมวกนิรภัยในกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้รถจักรยานยนต์เริ่มมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ ๓๔ ในปี ๒๕๕๔ เหลือเพียงร้อยละ ๒๓ ในปี ๒๕๕๖ ในขณะเดียวกันการสวมหมวกนิรภัยในกลุ่มเด็กยังคงอยู่ที่ร้อยละ ๗ และจากการสำรวจเฉพาะในพื้นที่เขตนิคมอุตสาหกรรม เขตประกอบการอุตสาหกรรม ๕๓ แห่งทั่วประเทศ ในปี ๒๕๕๗ พบว่า ในเขตนิคมอุตสาหกรรม มีผู้ขับขี่และผู้โดยสารที่สวมหมวกนิรภัยอยู่ในอัตราค่อนข้างสูง ร้อยละ ๖๖ เฉพาะผู้ขับขี่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ ๗๕ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าผู้โดยสารอยู่ที่ ร้อยละ ๒๙ และผลจากการสำรวจการสวมหมวกนิรภัยของกลุ่มวัยรุ่นในสถาบันอุดมศึกษา ปี ๒๕๕๘ พบว่า ผู้ขับขี่และผู้โดยสารสวมหมวกนิรภัยอยู่ที่ ร้อยละ ๔๘ โดยผู้ขับขี่สวมหมวกร้อยละ ๕๙ ขณะที่ผู้โดยสารสวมหมวก ร้อยละ ๓๔ โดยเหตุผลสำคัญของการไม่สวมหมวกนิรภัย คือ เดินทางระยะใกล้ แต่หากผู้ใช้รถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง แม้จะเดินทางระยะใกล้จะช่วยลดโอกาสการเสียชีวิตเนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ถึงร้อยละ ๕๘ สะท้อน

^{๓๗} ข้อมูลจากบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ แบ่งเป็นจักรยานยนต์ขนาด ๑๕๐ - ๒๕๐ ซีซี เสียชีวิต ๑,๗๔๗ ราย บาดเจ็บ ๓๙,๘๖๐ ราย จักรยานยนต์ขนาด ๒๕๐ ซีซีขึ้นไป เสียชีวิต ๖๒๗ ราย บาดเจ็บ ๑๒,๑๓๕ ราย

ให้เห็นว่า คนไทยจำนวนมากยังมีความประมาทและขาดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการใช้รถจักรยานยนต์

๕. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน ที่มีสาเหตุจากการ “ดื่มแล้วขับ” ของคนไทยลดลง ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย ปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ พบว่า จำนวนและสัดส่วนของคดีอุบัติเหตุจราจรที่มีสาเหตุจากเมาแล้วขับ ปี ๒๕๕๒ - ๒๕๕๘ มีแนวโน้มลดลง (ที่มา : สำนักงานตำรวจแห่งชาติ) และสอดคล้องกับสัดส่วนการดื่มแล้วขับในผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจร ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๘ ก็มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน (ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค) และสำนักงานสถิติแห่งชาติยังได้รายงานว่าการเกิดอุบัติเหตุจากคดีขับรถขณะเมาสุรา มีแนวโน้มลดลง จากเดิมเกิด ๗,๗๕๙ ครั้ง ในปี ๒๕๕๐ เพิ่มขึ้นเป็น ๙,๔๘๑ ครั้งในปี ๒๕๕๒ และลดลงเป็น ๕,๔๖๐ ครั้ง ๒,๖๔๕ ครั้ง และ ๑,๓๖๘ ครั้ง ในปี ๒๕๕๕ ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๘ ตามลำดับ^{๓๔} ขณะที่สำนักงานสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ๕ ปีล่าสุด ที่พบว่า ผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนมีการใช้แอลกอฮอล์มีจำนวนลดลงจากเดิมร้อยละ ๓๓.๖๘ ในปี ๒๕๕๕ เป็นร้อยละ ๓๕.๒๔ ร้อยละ ๓๔.๒๙ ร้อยละ ๒๙.๘๓ และร้อยละ ๒๐.๗๖ ในปี ๒๕๕๖ ๒๕๕๗ ๒๕๕๘ และ ๒๕๕๙ ตามลำดับ^{๓๕}

เมื่อพิจารณาถึงการคุมประพฤติ ที่เป็นกระบวนการสืบเนื่องมาจากการคดีขับรถขณะเมาสุรา พบว่าจำนวนผู้กระทำความผิดที่ศาลสั่งให้คุมประพฤติและบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทุกๆ ปี โดยในปี ๒๕๕๙ ผู้ถูกคุมประพฤติจากคดีดังกล่าวมีจำนวนทั้งสิ้น ๒๗,๘๕๙ ราย เพิ่มขึ้นเป็น ๓๗,๔๘๒ ราย ๔๘,๗๗๒ ราย ๔๗,๙๕๐ ราย และ ๔๐,๓๖๔ ราย ในปี ๒๕๕๒ ๒๕๕๕ ๒๕๕๘ และ ๒๕๕๙ ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบว่า เป็นผู้กระทำความผิดซ้ำ บางรายมากถึง ๓ ครั้งในห้วง ๔ - ๕ ปี หากแต่ข้อมูลการกระทำความผิดซ้ำยังมิได้ถูกนำขึ้นพิจารณาในชั้นศาลยุติธรรม ยังผลให้เมื่อคดีขึ้นสู่ศาล ผู้กระทำความผิดรับสารภาพ บทลงโทษจะนับเป็นผู้กระทำความผิดครั้งแรกเสมอ ซึ่งข้อมูลนี้ ยังมิได้นำรวมการตัดสินคดีของศาลในบางพื้นที่ที่ไม่มีสำนักงานคุมประพฤติ หรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกล

๖. ปัจจุบันผู้ใช้รถใช้ถนนยังคงขับขี่ด้วยความเร็วที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งหากเกิดการชนจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง ซึ่งความเร็วรถที่ปลอดภัย คือ ในเขตเมืองและชุมชนไม่เกิน ๕๐ กิโลเมตร/ชั่วโมง นอกเมืองไม่เกิน ๙๐ กิโลเมตร/ชั่วโมง จะสามารถช่วยลดอุบัติเหตุทางถนนที่จะเกิดขึ้นจากการใช้ความเร็วได้มากกว่าครึ่ง โดยจากรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย ปี ๒๕๕๘ ของศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน และมูลนิธิไทยโรดส์ พบว่า ๒ ใน ๓ ของอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนทางหลวงมีมูลเหตุสันนิษฐานจากการใช้ความเร็ว โดยพบว่าประเภทของยานพาหนะที่เกี่ยวกับอุบัติเหตุการใช้ความเร็วมากที่สุด คือ รถยนต์นั่งและรถกระบะปีคอัพประมาณร้อยละ ๕๐ และจากจำนวนการจับกุมที่เพิ่มขึ้นของเจ้าหน้าที่ตำรวจยังไม่ส่งผลให้อุบัติเหตุจากการใช้ความเร็วลดลง สอดคล้องกับผลการสำรวจทัศนคติและความเห็นของผู้ใช้รถใช้ถนนในปี ๒๕๕๘ ซึ่งหากเมื่อพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการขับขี่เมื่อถูกจับความเร็ว พบว่า ร้อยละ ๖๒ ประชาชนจะไม่เปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ ๒๐ เปลี่ยนพฤติกรรมเพียงช่วงหนึ่ง และร้อยละ ๑๗ คิดว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมถาวร และยังพบว่าสาเหตุที่ขับรถเร็ว ร้อยละ ๔๒

^{๓๔} สถิติคดีอุบัติเหตุการจราจรทางบก จำแนกตามสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากบุคคล สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม และสาเหตุจากอุปกรณ์ที่ใช้ขับขี่ ทัวราชอาณาจักร พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๕๘

^{๓๕} ข้อมูลจากระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ

เกิดจากความเร่งรีบ และร้อยละ ๓๖ เกิดจากถนนโล่ง และมีผลการสำรวจเพิ่มเติมว่าผู้ขับขี่ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับมาตรการต่างๆ หากนำมาใช้จัดการความเร็ว เช่น ความเร็วจำกัดที่แตกต่างกันตามประเภทถนน การใช้ภาพถ่ายเป็นหลักฐานการกระทำผิด การเพิ่มโทษปรับเป็นขั้นบันได การเพิ่มเบี้ยประกันหากถูกจับเมื่อขับรถเร็ว จากข้อมูลยังคงสะท้อนว่าความเร็วยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไข

๗. สถานการณ์กลุ่มรถทัวร์ขนาดใหญ่ ได้แก่ รถเมล์ประจำทาง รถทัวร์ประจำทาง รถรับจ้างเพื่อการท่องเที่ยว เฉพาะปี ๒๕๕๙ เกิดอุบัติเหตุ ๒๓๙ ครั้ง เป็นรถประจำทาง มากถึง ๑๘๗ ครั้ง และรถเพื่อการท่องเที่ยว ๕๒ ครั้ง เฉพาะช่วงเดือน กันยายน - ตุลาคม เกิดมากถึง ๒๒ ครั้ง หรือเฉลี่ยวันละ ๑ ครั้ง หากพิจารณาที่ลักษณะโครงสร้างรถ รถโดยสาร ๑ ชั้นหรือชั้นครึ่ง เกิด ๑๗๓ ครั้งและรถสองชั้น ๖๖ ครั้ง จากจำนวนอุบัติเหตุของรถทัวร์ขนาดใหญ่แปรผันตรงกับจำนวนผู้บาดเจ็บ ซึ่งมีมากถึง ๒,๐๐๔ ราย เสียชีวิตกว่า ๑๓๓ ราย ซึ่งสูงกว่า ปี ๒๕๕๘ เกือบเท่าตัว ส่วนรถตู้โดยสารสาธารณะ จำนวนการเกิดอุบัติเหตุในปี ๒๕๕๙ อยู่ที่ ๒๒๓ ครั้ง เพิ่มขึ้นสูงกว่า ปี ๒๕๕๘ เกือบ ๒ เท่า โดยเกิดในรถตู้ รถรับจ้างหรือรถท่องเที่ยวมากถึง ๑๒๙ ครั้ง ในหมวดรถตู้ประจำทางเกิด ๙๔ ครั้ง หรือเท่ากับใน ๑ เดือนจะเกิดอุบัติเหตุมากถึง ๗ ครั้ง ด้านความรุนแรงของการเสียชีวิตและได้รับบาดเจ็บ ปี ๒๕๕๙ มีผู้โดยสารบาดเจ็บทั้งสิ้น ๑,๒๐๐ ราย เสียชีวิต ๑๓๐ ราย และ เมื่อคำนวณความรุนแรงของอุบัติเหตุ ต่อครั้งจะมีผู้บาดเจ็บ ๕ ราย เสียชีวิต ๑ ราย หรือเมื่อเกิดอุบัติเหตุ ๑ ครั้ง ครั้งหนึ่งของผู้โดยสารจะต้องลงเอยด้วยบาดเจ็บหรือเสียชีวิต (ข้อมูลจาก ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน และมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙)

สถานการณ์อุบัติเหตุรถรับส่งนักเรียน และรถทัศนศึกษาเปรียบเทียบกับปี ๒๕๕๘ และ ๒๕๕๙ มีจำนวนอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น โดยในปี ๒๕๕๘ เกิดทั้งสิ้น ๒๓ ครั้ง แต่ในปี ๒๕๕๙ เกิด ๓๘ ครั้ง หรือเฉลี่ยในปี ๒๕๕๙ เกิดเดือนละ ๓ ครั้ง กลุ่มที่มีความเสี่ยงหลักคือ กลุ่มรถตู้รับส่งนักเรียน มีจำนวน ๑๔ ครั้ง หรือ เดือนละ ๑ ครั้ง มากกว่าปี ๒๕๕๘ ถึง ๒ เท่า สำหรับจำนวนนักเรียนที่บาดเจ็บและเสียชีวิต ในปี ๒๕๕๙ มีนักเรียนเสียชีวิต ๑๐ ราย บาดเจ็บกว่า ๔๔๙ ราย ในกลุ่มรถสองแถวหรือรถกระบะดัดแปลง มีความรุนแรงที่ส่งผลให้เด็กนักเรียนเสียชีวิตมากที่สุด ซึ่งในปี ๒๕๕๙ ก็มีเด็กนักเรียนเสียชีวิต ไปที่ ๔ ราย แต่ถ้าส่งผลถึงการบาดเจ็บ กลุ่มรถทัศนศึกษามีความเสี่ยงมากที่สุด ในปี ๒๕๕๙ มีเด็กนักเรียนบาดเจ็บมากถึง ๒๑๘ ราย และกลุ่มรถรับส่งพนักงาน เริ่มมีการติดตามสถานการณ์อุบัติเหตุตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ โดยมีจำนวนการเกิดอุบัติเหตุ ทั้งสิ้น ๑๓ ครั้ง หรือเฉลี่ย เกิดเดือนละ ๑ ครั้ง มีผู้เสียชีวิต ๕ ราย บาดเจ็บ ๗๘ ราย โดย ๗ ใน ๑๓ ครั้ง เกิดอุบัติเหตุกับกลุ่มรถทัวร์ มีจำนวนผู้บาดเจ็บ ๓๔ ราย เสียชีวิต ๓ ราย (ข้อมูลจากศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน และมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙)

๘. ข้อมูลยานพาหนะที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางถนน ปี ๒๕๕๐ - ๒๕๕๘ พบว่า รถกระบะ หรือปิคอัพ เป็น ๑ ใน ๓ ของยานพาหนะที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี และข้อมูลจากสำนักอำนวยการความปลอดภัย กรมทางหลวง ปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๘ พบว่า จากการเปรียบเทียบอุบัติเหตุบนถนนทางหลวงระหว่างรถกระบะกับรถยนต์นั่ง รถกระบะจะเกิดอุบัติเหตุบนทางโค้งมากกว่ารถยนต์นั่ง โดยรถกระบะเกิดร้อยละ ๒๒ และรถยนต์นั่งเกิดร้อยละ ๑๖ ส่วนการเกิดอุบัติเหตุเสียหลักตกข้างทาง/

ชนวิัตถุอันตรายข้างทาง พบว่า รถกระบะเกิดอุบัติเหตุสูงสุด ร้อยละ ๗๐ ส่วนรถยนต์นั่งเกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ ๓๒

๙. ผลการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิผลของการใช้เข็มขัดนิรภัยในประเทศไทย พบว่า สามารถช่วยลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ได้ถึง ร้อยละ ๓๔ และผู้ที่ไม่ใช้เข็มขัดนิรภัยมีอัตราความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ใช้เข็มขัดนิรภัยถึง ๒ เท่า แต่จากผลการสำรวจพฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัยในปี ๒๕๕๔ ผู้ขับขี่และผู้โดยสารที่นั่งตอนหน้ามีอัตราการใช้ร้อยละ ๕๘ และร้อยละ ๔๐ ตามลำดับ โดยผู้โดยสารผู้ขายคาดเข็มขัดมากกว่าผู้หญิงเล็กน้อย (ร้อยละ ๕๕ และร้อยละ ๕๐ ตามลำดับ) และผู้ใช้รถเก๋งคาดเข็มขัดมากกว่าผู้ใช้รถกระบะ (ร้อยละ ๖๐ และ ๔๘ ตามลำดับ) จากการสำรวจพบ ๕ เหตุผลหลัก ที่ผู้ใช้รถยนต์ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยคือ เดินทางระยะใกล้ (ร้อยละ ๕๑) ไม่ได้ขับขี้ออกถนนใหญ่ (ร้อยละ ๒๙) เร่งรีบหรือต้องขึ้นลงรถบ่อย (ร้อยละ ๒๘) ลืม (ร้อยละ ๒๒) และรู้สึกอึดอัดไม่สบาย (ร้อยละ ๒๐) (ที่มา : รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖)

๑๐. ปัจจุบันหน่วยงานภาครัฐ ได้ให้ความสำคัญสูงกับการดำเนินการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน เช่น รัฐบาลสนับสนุนในด้านนโยบาย เช่น กำหนดให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี โดยใช้กลไกศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ทั้งในส่วนกลางและระดับพื้นที่ (ศปถ. จังหวัด อำเภอ และท้องถิ่น) รวมทั้งรัฐบาลเร่งผลักดันกฎหมายผ่านช่องทาง ม.๔๔ และสภานิติบัญญัติ มีนโยบายให้ปรับปรุงการจัดการข้อมูลและรายงานให้สามารถระบุสาเหตุการเกิดเหตุและสาเหตุการเสียชีวิต มีนโยบาย “ประชารัฐเพื่อสังคม” ในเรื่องความปลอดภัยทางถนน และนโยบาย “Safety Thailand” ที่จะหนุนเสริมการทำงานด้านความปลอดภัยทางถนนกับสถานประกอบการในระดับต่างๆ ทั่วประเทศ รวมทั้งการตื่นตัวของหน่วยงานและสถานประกอบการในการสร้าง “มาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน” ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการกำกับพฤติกรรมพนักงานขององค์กรได้ในระดับหนึ่ง หน่วยงานหลักต่างๆ ได้แก่ กระทรวงคมนาคม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และกระทรวงมหาดไทย กำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ ในเรื่องความปลอดภัยทางถนน แต่การดำเนินการของภาคนโยบายยังคงมีจุดอ่อนในเรื่องแนวทางการปฏิบัติของระดับพื้นที่ ซึ่งยังขาดทั้งความรู้ ต้นแบบ แนวทางการทำงาน บางแห่งไม่สามารถดำเนินการตามคำสั่งที่ภาคนโยบายสั่งการลงมาได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องขับเคลื่อนให้เกิดการทำงานและการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

สถิติของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) และการรายงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ตัวเลขการเสียชีวิตและการบาดเจ็บ ในช่วง ๗ วันอันตรายของเทศกาลปีใหม่ และสงกรานต์ จนถึงปัจจุบันมีแนวโน้มลดลง แต่อัตราการลดลงนั้นเริ่มที่จะชะลอตัว ซึ่งหากพิจารณาสถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลสำคัญนี้ เป็นแค่เพียงจำนวนการเสียชีวิตแค่ ร้อยละ ๕ เท่านั้นของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งปี ฉะนั้นหากต้องการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุและลดจำนวนผู้เสียชีวิตลงให้ได้ ประเทศไทยต้องการการดำเนินการในเรื่องนี้ตลอดทั้งปี มิใช่แค่ช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง

และต้องมีการจัดการที่ใกล้ชิดกับปัญหาและพื้นที่ มีกลไกการจัดการในระดับพื้นที่ที่มีความเข้มแข็ง ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยลดการเสียชีวิตลงได้จริงตามเป้าหมาย

๑๑. ข้อมูลการเฝ้าระวังรถรับส่งพนักงาน โดย มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค พบว่า ปี ๒๕๕๙ มีจำนวนการเกิดอุบัติเหตุ ทั้งสิ้น ๑๓ ครั้ง หรือเฉลี่ยเดือนละ ๑ ครั้ง มีผู้เสียชีวิต ๕ ราย บาดเจ็บ ๗๘ ราย โดย ๗ ใน ๑๓ ครั้ง เกิดอุบัติเหตุกับกลุ่มรถทัวร์ มีจำนวนผู้บาดเจ็บ ๓๔ ราย เสียชีวิต ๓ ราย อันเกิดจาก (๑) พนักงานขับรถอ่อนล้า ขับเร็ว ใช้สารเสพติด (๒) ยานพาหนะ สภาพเก่า ขาดการบำรุงรักษา ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย (๓) ถนนมีการซ่อมบำรุงไม่มีไฟฟ้าส่องสว่าง ทำให้เกิดอุบัติเหตุโดยเฉพาะบริเวณแหล่งโรงงานและนิคมอุตสาหกรรม นับเป็นความสูญเสียที่น่าตกใจและสร้างผลกระทบต่อครอบครัวและภาพรวมของสังคม

ข้อมูลการสำรวจความปลอดภัยในการเดินทางทางถนน ปี ๒๕๕๓ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า เพศชายเกิดอุบัติเหตุค่อนข้างมากกว่าเพศหญิงเกือบ ๓ เท่าตัว เพศชายมีจำนวนผู้ประสบอุบัติเหตุจากการเดินทางทางถนน ๑.๑ ล้านคน หรือร้อยละ ๖๙.๗ ส่วนเพศหญิงมีผู้ประสบอุบัติเหตุ ๕ แสนคน หรือร้อยละ ๓๐.๓ สำหรับกลุ่มอาชีพของผู้ประสบอุบัติเหตุจากการเดินทางทางถนน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติการโรงงานและเครื่องจักรและผู้ปฏิบัติงานด้านการประกอบ เป็นกลุ่มอาชีพที่มีผู้ประสบอุบัติเหตุมากที่สุด คือ ร้อยละ ๖.๓ รองลงมาเป็นอาชีพขั้นพื้นฐานต่างๆ ในด้านการขายและการให้บริการ ร้อยละ ๔.๑ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านเทคนิคสาขาต่างๆ และที่เกี่ยวข้อง และผู้ปฏิบัติงานด้านความสามารถทางฝีมือและธุรกิจการค้าเท่ากัน คือร้อยละ ๓.๘ ส่วนอาชีพที่ประสบอุบัติเหตุจากการเดินทางทางถนนน้อยที่สุด คืออาชีพผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือในด้านการเกษตรและการประมง ร้อยละ ๒.๔ สำหรับพาหนะที่ประสบอุบัติเหตุจากการเดินทางทางถนน ส่วนใหญ่เป็นรถจักรยานยนต์มากที่สุด ร้อยละ ๗๔.๒ รองลงมาเป็นรถยนต์ส่วนบุคคลร้อยละ ๑๘.๓ รถบรรทุก ร้อยละ ๒.๕ รถโดยสารสาธารณะ ร้อยละ ๑.๘ และพาหนะอื่นๆ อีกร้อยละ ๓.๒ ตามลำดับ

๑๒. จุดเสี่ยงและจุดอันตรายบนทางหลวง คือ ช่วงถนนหรือตำแหน่งบนถนนที่มีอุบัติเหตุมากกว่า ๓ ครั้งต่อปี ซึ่งข้อมูลของสำนักอำนวยการความปลอดภัย กรมทางหลวง พบว่า ในปี ๒๕๕๗ จุดอันตรายบนทางหลวงในภาพรวมมีจำนวนเพิ่มขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา อันเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของจุดอันตรายบนทางหลวงสายหลัก (สายประธาน และสายรองประธาน) รวมถึงจุดอันตรายที่เพิ่มมากขึ้นใน ทางหลวงสายย่อยที่เชื่อมระหว่างจังหวัดกับอำเภอด้วย แต่สัดส่วนงบประมาณอำนวยการความปลอดภัยกลับมีแนวโน้มเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการเพิ่มความปลอดภัยบนท้องถนนของหน่วยงานภาครัฐ ส่วนอุบัติเหตุอันตรายข้างทางเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนทางหลวง และมักเกิดขึ้นกับ รถกระบะ ร้อยละ ๓๔ เกิดในถนนทางตรง ร้อยละ ๗๖ เกิดในถนนมากกว่า ๒ ช่องจราจร ร้อยละ ๗๖ และเกิดกับการขับรถเร็ว ร้อยละ ๘๓ และยังพบว่าอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากรถเสียหลักตกข้างทางมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และอุบัติเหตุบริเวณจุดกลับรถบนทางหลวง มากกว่าร้อยละ ๔๐ เกิดจากการใช้ความเร็วและการตัดหน้าระยะกระชั้นชิด โดยมากกว่าร้อยละ ๔๐ มักเกิดขึ้นบริเวณทางตรง และรถจักรยานยนต์มักเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ ณ จุดกลับรถที่มีสาเหตุจากการตัดหน้าระยะกระชั้นชิด (ที่มา: รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘)

๑๓. เมื่อพิจารณาจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุและประเภทยานพาหนะ พบว่า ทุกกลุ่มอายุ มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการใช้รถจักรยานยนต์โดยกลุ่มอายุที่มี

จำนวนผู้เสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์มากที่สุด คือ กลุ่มอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง และเมื่อพิจารณาที่ช่วงเวลาที่มียานยนต์เสียชีวิตมากที่สุด คือ ช่วงเดือนมกราคม มีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงถึง ๑,๕๙๗ คน รองลงมา คือ เดือนมีนาคม กุมภาพันธ์ และเมษายน ตามลำดับ ซึ่งมีข้อสังเกตว่า ช่วงเดือนมกราคมและเมษายน ตัวเลขจำนวนผู้เสียชีวิตสูงขึ้น น่าจะมาจากเป็นช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ที่มีการเดินทางสูง ทำให้ผู้เสียชีวิตสะสมรายเดือนสูงกว่าเดือนอื่นๆ และเมื่อพิจารณาข้อมูลรายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนสูงที่สุด ๑๐ อันดับแรก ในปี ๒๕๕๗ ได้แก่ ระยอง ปราจีนบุรี ชลบุรี จันทบุรี ประจวบคีรีขันธ์ พิษณุโลก ฉะเชิงเทรา ชุมพร นครนายก และลำพูน (ที่มา : ข้อมูลมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

๑. จำนวนประชากรที่เสียชีวิต สูญหาย และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เป้าหมายที่ ๑ ขจัดความยากจนในทุกรูปแบบ ทุกที่ ตัวชี้วัดที่ ๑.๕.๑ จำนวนประชากรที่เสียชีวิต สูญหาย และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน

๒. หลายปีที่ผ่านมา ไทยประสบเหตุการณ์ภัยพิบัติทางธรรมชาติที่รุนแรงในหลายพื้นที่สร้างความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคมและสภาพแวดล้อมซึ่งไม่สามารถประเมินค่าได้ ดังจะเห็นได้จากตาราง

ตารางแสดงสถิติภัยพิบัติในประเทศไทยระหว่างปี ๒๕๓๑ - ๒๕๕๕^{๔๐}

ประเภทภัยพิบัติ (ช่วงเวลา)	จำนวนครั้ง	ความเสียหาย		
		บาดเจ็บ (คน)	เสียชีวิต (คน)	มูลค่า (ล้านบาท)
อุทกภัย (๒๕๓๑ - ๒๕๕๕)	มากกว่า ๔๐,๐๐๐	มากกว่า ๒,๐๐๐	มากกว่า ๒,๐๐๐	๑๒,๕๙๑,๘๑๐
สึนามิ (๒๕๔๗)	๑	๑๑,๗๗๕	๕,๔๐๑	๔๔,๔๙๑
ดินโคลนถล่ม (๒๕๓๑ - ๒๕๕๕)	๓๕	มากกว่า ๕๐๐	๕๔๑	มากกว่า ๒,๐๕๓
वादภัย (๒๕๓๑ - ๒๕๕๒)	๓๖,๐๒๔	๑,๓๖๗	๘๔๒	๕๐๕,๑๕๕
อัคคีภัย (๒๕๓๑ - ๒๕๕๒)	๔๖,๔๘๙	๓,๗๗๕	๑,๖๓๕	๒,๔๔๑,๘๖๑
ภัยแล้ง (๒๕๓๑ - ๒๕๕๒)	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	๑,๓๓๑,๔๗๔
ภัยจากการคมนาคมและขนส่ง (๒๕๓๑ - ๒๕๕๒)	๑,๗๗๑,๐๘๑	๑,๑๓๕,๙๒๓	๒๔๘,๓๕๗	๓๙,๗๖๒
ภัยจากไฟฟ้า (๒๕๔๑ - ๒๕๕๒)	๖๐,๓๐๗	กินพื้นที่ประมาณ ๖๐ จังหวัด มีพื้นที่เสียหาย รวม ๑,๐๒๗,๒๘๘ ไร่		

^{๔๐} ที่มา <https://www.thairath.co.th/content/905956> “เลือกทางไหน!? หนูน-ด้าน นิ่งกระเบแค็บ ขนตายเฉลี่ย 4 ศพ หรือ ก.ม. รังแกคนจน” ไทยรัฐออนไลน์ ลงวันที่ ๖ เม.ย. ๒๕๖๐

๓. เหตุการณ์แผ่นดินไหวและคลื่นสึนามิ เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๔๗ ซึ่งเกิดจากการยุบตัวของเปลือกโลกใต้มหาสมุทรอินเดีย กระตุ้นให้เกิดคลื่นสึนามิสูงประมาณ ๓๐ เมตร ถือเป็นธรณีพิบัติภัยครั้งรุนแรงมากที่สุด คร่าชีวิตผู้คนใน ๑๔ ประเทศ รวมทั้งประเทศไทยโดยตัวเลขจากสำนักวิจัยและความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยระบุว่า ในประเทศไทยมีผู้เสียชีวิต ๕,๔๐๑ คน บาดเจ็บ ๑๑,๗๗๕ คน สูญหาย ๒,๔๒๑ คน มูลค่าความเสียหายรวม ๔๔,๔๙๑ ล้านบาท ความสูญเสียต่อระบบเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวมากกว่า ๓๐,๐๐๐ ล้านบาท

๔. อุทกภัยเป็นภัยที่สร้างความเสียหายมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเหตุการณ์อุทกภัยปี ๒๕๕๔ มีพื้นที่ได้รับผลกระทบรวมทั้งสิ้น ๖๕ จังหวัด ประชาชนได้รับความเดือดร้อน ๔,๐๖๘,๓๖๑ ครัวเรือน มีผู้เสียชีวิต ๖๘๐ ราย บ้านเรือน พื้นที่การเกษตร นิคมอุตสาหกรรม โรงงาน ร้านค้า สนามบินดอนเมือง และภาคธุรกิจต่างๆ ได้รับความเสียหาย จากการประเมินความเสียหายในเชิงมูลค่าทางเศรษฐกิจของศูนย์วิจัยกสิกรไทย พบว่า ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เป็นมูลค่าสุทธิประมาณ ๒๔๒,๒๐๐ ล้านบาท และล่าสุดต้นปี ๒๕๖๐ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยสรุปสถานการณ์อุทกภัยในพื้นที่ภาคใต้ว่าฝนที่ตกหนักตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๐ ส่งผลให้เกิดอุทกภัย วาตภัย น้ำป่าไหลหลากในพื้นที่ภาคใต้และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยมีจังหวัดได้รับผลกระทบ ๑๒ จังหวัด รวม ๑๑๙ อำเภอ ๗๒๑ ตำบล ๕,๔๗๖ หมู่บ้าน ประชาชนได้รับผลกระทบ ๕๒๑,๕๗๔ ครัวเรือน ๑,๖๐๓,๕๔๑ คน ผู้เสียชีวิต ๓๖ ราย สูญหาย ๑ ราย ซึ่งยังถือว่าเป็นภัยที่ยังคงมีโอกาสเกิดขึ้นบ่อยครั้งกับประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง

๕. สภาวะภัยแล้งที่ไทยประสบต่อเนื่องมาราว ๓ ปีติดต่อกัน โดยในปี ๒๕๕๙ นับเป็นวิกฤติภัยแล้งครั้งรุนแรงและหนักที่สุดในรอบ ๒๐ ปี จะเห็นได้ว่า ปริมาณน้ำต้นทุนที่ใช้การได้ใน ๔ เขื่อนหลักของไทยในช่วงฤดูแล้งในปี ๒๕๕๙ (พฤศจิกายน ๒๕๕๘ - เมษายน ๒๕๕๙) อยู่ที่ ๔,๒๔๗ ล้านลูกบาศก์เมตร ซึ่งเป็นระดับน้ำที่ไม่เพียงพอต่อการทำการเกษตร ส่งผลต่อพื้นที่ปลูกข้าวนาปรังลดลงกว่า ๒.๔ ล้านไร่เมื่อเทียบกับปีก่อน มูลค่าความเสียหายต่อภาคเกษตรที่มีแนวโน้มลดลง ในปี ๒๕๖๐ โดยศูนย์วิจัยกสิกรไทยประเมินว่า ผลจากภัยแล้งทำให้มูลค่าความเสียหายต่อภาคเกษตรวัดจากรายได้เกษตรกรในปี ๒๕๕๙ หายไปราว ๖๔,๑๖๑ ล้านบาทเมื่อเทียบกับปี ๒๕๕๘ จากผลของภัยแล้งในปี ๒๕๕๙ ที่มีความรุนแรงมากกว่าปี ๒๕๕๘ โดยเป็นความเสียหายต่อพืชเศรษฐกิจหลัก ๓ รายการคือ ข้าวนาปรัง มันสำปะหลัง และอ้อย^{๔๐}

๖. ปัญหาไฟป่าและหมอกควันซึ่งเกิดขึ้นในช่วงฤดูแล้งเป็นประจำทุกปี และเริ่มทวีความรุนแรงมากขึ้นตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยศูนย์ทะเบียนมะเร็งเชียงใหม่ปี ๒๕๕๐ พบว่า คนเชียงใหม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดมากกว่าคนไทยทั่วไปถึงเกือบ ๗ เท่า^{๔๑} และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

๗. ปัญหาอัคคีภัยนับเป็นภัยที่มีความรุนแรงและเกิดขึ้นบ่อยครั้งแทบทุกวัน ในแต่ละปีจะมีสถิติการเกิดอัคคีภัยทั่วประเทศมากกว่าหนึ่งพันครั้ง ก่อให้เกิดความสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สินจำนวนมาก โดยเฉพาะกับพื้นที่ชุมชนในเขตเมือง ทั้งกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองใหญ่ที่มีประชากรกว่า ๕,๗๐๐,๐๐๐ คน และอาคารบ้านเรือนที่มีอยู่หนาแน่นถึงกว่า ๒,๘๐๐,๐๐๐ หลัง^{๔๒} รวมทั้งเขตที่อยู่อาศัยชุมชนหนาแน่นที่กระจายไปทั่วในหลายๆ เขต ทำให้กรุงเทพมหานครมีความเสี่ยงสูงกว่าพื้นที่อื่นๆ ซึ่งสามารถแบ่งลักษณะชุมชนตามความเสี่ยง ได้เป็น ๓ ประเภท คือ (๑) ชุมชนที่มี

^{๔๐} ที่มา <http://www.thansettakij.com/content/๖๕๗๓๔>. ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. บทวิเคราะห์เรื่อง “วิกฤติภัยแล้งหนักสุดปี ๒๕๕๙ ผ่านพ้น: เริ่มมีสัญญาณบวกให้เห็น จับตาน้ำแล้งหน้า”, ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๙.

^{๔๑} ที่มา: “หมอก-ควัน ๕๓ แรงแซง ๒ ปีก่อน”. คมชัดลึก, ๑ ธันวาคม ๒๕๕๓.

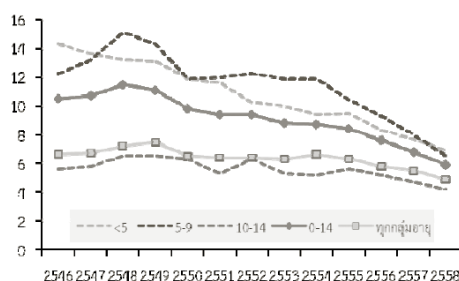
^{๔๒} ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลกรุงเทพมหานคร สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร ปี 2558

ความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยสูง ได้แก่ ชุมชนแออัด (๒) ชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยปานกลาง ได้แก่ ชุมชนที่มีที่อยู่อาศัยเป็นตึกแถว อาคาร และอาคารสูง และ (๓) ชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยน้อย ได้แก่ ชุมชนที่ปลูกสร้างบ้านในเนื้อที่ส่วนตัวเป็นหลัก

๘. สถานการณ์ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นและการศึกษากระบวนการรับมือภัยพิบัติของประเทศที่ผ่านมา พบว่า ข้อมูล สถิติ และองค์ความรู้ที่เกิดจากการถอดบทเรียนการรับมือภัยพิบัติทั้งในระดับชาติและชุมชน ยังขาดแคลนข้อมูลอยู่มาก จำเป็นที่จะต้องมีการรวบรวมข้อมูล สถิติ และกรณีศึกษาการรับมือภัยพิบัติ เพื่อสังเคราะห์ออกมาเป็นองค์ความรู้และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อผลักดันให้เกิดระบบการบริหารจัดการภัยพิบัติของประเทศที่มีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุที่ว่า การเกิดภัยพิบัติในแต่ละครั้งเป็นเรื่องที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงทั้งในชีวิตและทรัพย์สิน และกระจายเป็นวงกว้างในหลายพื้นที่ ความเสียหายที่เกิดต่อระบบการคมนาคมขนส่ง ทำให้ความช่วยเหลือจากภาครัฐ องค์กรเอกชนและอาสาสมัครไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ในทันที ชุมชนที่มีความเข้มแข็ง มีการประสานงานภายในชุมชน รวมถึงมีการแบ่งบทบาทและหน้าที่ของแต่ละคนที่ชัดเจนในการรับมือภัยพิบัติที่เกิดขึ้น จะสามารถบรรเทาภัยที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าชุมชนหรือพื้นที่ที่ขาดการเตรียมความพร้อมในการรับมือภัยพิบัติ

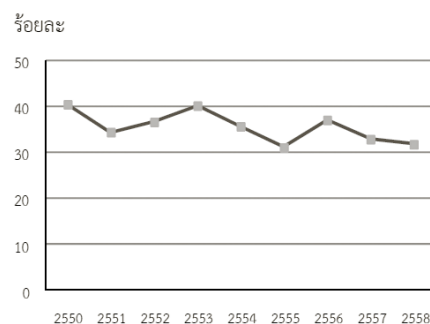
๙. แนวโน้มการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ค่อยๆ ลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปลายปี ๒๕๔๙ แต่ข้อมูลปี ๒๕๕๘ การจมน้ำยังคงเป็นภัยคุกคามอันดับ ๑ ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีเมื่อเทียบกับทุกสาเหตุทั้งโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อ โดยมีอัตราเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสนคนสูงที่สุด เท่ากับ ๕.๙ ซึ่งเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงประมาณ ๒ เท่าตัว สถานที่ที่เด็กจมน้ำอยู่ที่บ้านและบริเวณบ้านสูงที่สุด (ร้อยละ ๓๖.๖) แหล่งน้ำที่มีเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำสูงที่สุดคือแหล่งน้ำธรรมชาติ (ร้อยละ ๓๙.๒) รองลงมาคืออ่างอาบน้ำ (ร้อยละ ๖.๘) และสระว่ายน้ำ (ร้อยละ ๒.๗) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุด รองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) และภาคเหนือ โดยมีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน เท่ากับ ๗.๑ ๖.๐ ๕.๙ และ ๕.๒ ตามลำดับ สำหรับการเข้าถึงการรักษาพยาบาลพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ที่บาดเจ็บรุนแรงจากการจมน้ำ ถูกนำส่งโดยญาติหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์มากที่สุด (ร้อยละ ๔๙.๕) รองลงมาคือหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ ๔๗.๓)^{๔๔}

รูปที่ 1 อัตราการเสียชีวิตต่อประชากร 100,000 คน ของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จากการตกน้ำ จมน้ำ ประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2546 – 2558



แหล่งข้อมูล: ข้อมูลกรมบัตร. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิเคราะห์: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

รูปที่ 2 อัตราป่วยตายจากการตกน้ำ จมน้ำ ของเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550-2558



แหล่งข้อมูล: โรงพยาบาลเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บ 28 แห่ง
ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติ
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

^{๔๔} สุชาดา เกิดมงคลการ สัม เอกเฉลิมเกียรติ และกาญจน์ย์ ตำนาคแก้ว. “การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการตกน้ำ จมน้ำ ทั้ง ๕ มิติของการดำเนินงาน”. ๒๕๕๘.



การกำหนดมาตรการป้องกันให้มีประสิทธิภาพยังควรต้องใช้หลายมาตรการควบคู่กันไป สำหรับประเทศไทยที่ส่วนใหญ่จะเกิดการจมน้ำในแหล่งน้ำธรรมชาติซึ่งมีบริเวณค่อนข้างกว้าง ดังนั้น การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงขนาดใหญ่จำเป็นต้องใช้ต้นทุนภายในชุมชน เช่น การกำหนดให้เด็กอายุตั้งแต่ ๕ ปีขึ้นไปได้เรียนว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด การออกกฎระเบียบข้อบังคับสำหรับท้องถิ่นในการดูแลแหล่งน้ำ และควรจัดให้มีทีมเครือข่ายเพื่อดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในชุมชน เพื่อทำหน้าที่บูรณาการการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำของหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ อย่างต่อเนื่อง^{๔๕}

๑๐. แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นการนำแนวคิดการพัฒนาระบบการป้องกัน การเตรียมความพร้อม และการสร้างภูมิคุ้มกันโดยพัฒนาภูมิความรู้และเสริมสร้างความเข้มแข็งระดับชุมชน ในการเฝ้าระวังและรับมือกับสาธารณภัย การอยู่ร่วมกับธรรมชาติและสร้างภูมิทัศน์ทางให้แก่ชุมชนตามแนวทาง “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” รวมทั้งการนำแนวคิดการลดความเสี่ยงจากสาธารณภัย เพื่อป้องกันภัยตามหลักสากลคือ “รู้รับ-ปรับตัว-ฟื้นเร็วทั่ว-อย่างยั่งยืน” (Resilience) โดยเสริมสร้างความตระหนักในการลดความเสี่ยงตั้งแต่ก่อนเกิดภัย ขณะเกิดภัย และหลังเกิดภัย และกำกับการดำเนินการขับเคลื่อนให้เป็นไปตามกรอบพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. ๒๕๕๐ และสอดคล้องกับกรอบการดำเนินงานเซนไดเพื่อการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๗๓ (Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015 - 2030)

ยุทธศาสตร์การดำเนินงานตามแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ ประกอบด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การมุ่งเน้นการลดความเสี่ยงจากสาธารณภัย (Disaster Risk Reduction : DRR)

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การบูรณาการการจัดการในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Management)

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน (Build Back Better and Safer)

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศในการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย

คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘ เพื่อให้ทุกหน่วยงานใช้แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นแผนแม่บท (master plan) ในการจัดการสาธารณภัยของประเทศ โดยเป็นกรอบและทิศทางในการปฏิบัติการด้านสาธารณภัยให้แก่ประเทศไทย^{๔๖}

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

๑. การดำเนินงานด้านการลดปัญหาจากการพนัน มีความสอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนและด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ด้านการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตและการสร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัย ด้วยการพนันเป็นธุรกิจระดับนานาชาติ เกี่ยวข้องกับเงิน

^{๔๕} สุชาดา เกิดมงคลการ สัม เอกเฉลิมเกียรติ และกาญจน์ย์ ตำนาคแก้ว. “การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการตกน้ำ จมน้ำ ทั้ง ๕ มิติของการดำเนินงาน”. ๒๕๕๘.

^{๔๖} คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ. “แผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. ๒๕๕๘”, ๒๕๕๘.

จำนวนมหาศาล การพนันผ่านช่องทางออนไลน์สามารถเข้าถึงทุกคน ทุกที่ ทุกเวลา ทำให้เด็กและเยาวชน เข้าถึงการเล่นพนันได้ง่าย การขยายตัวของการพนันออนไลน์ต่อเนื่องได้กลายเป็นปัญหาต่อการติดตาม จับกุม อีกทั้งอาจเกี่ยวพันกับปัญหาอาชญากรรม การฟอกเงิน และการเล่นพนันอาจมีผลต่อการพัฒนา ของสมอง การติดพนันเป็นโรคทางจิตเวชกลุ่มการเสพติด นอกจากนั้น การขยายตัวของธุรกิจการพนันสู่กลุ่ม ผู้สูงอายุ ซึ่งมีเวลารว่าง อาจกลายเป็นช่องทางที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียเงินออมและเงินเกษียณ และล่าสุด วงการแพทย์พบว่า การเล่นพนันอาจมีผลต่อการพัฒนาของสมองระดับโครงสร้าง การเล่นพนันตั้งแต่อายุน้อย ส่งผลให้การพัฒนากิจกรรมชีวิตของเด็กและเยาวชนต่ำ และการติดพนันเป็นโรคทางจิตเวชกลุ่มความผิดปกติ เกี่ยวกับการเสพติด เช่นเดียวกับการติดเกม ติดอินเทอร์เน็ต

๒. การพนัน (gambling) แบ่งออกเป็น ๓ กลุ่มใหญ่ ได้แก่ (๑) เกมพนัน (gaming) การเล่นพนัน ที่ใช้อุปกรณ์ ส่วนใหญ่เป็นการเล่นพนันในบ่อนหรือกาสิโน และการเล่นพนันด้วยเครื่องเล่นหรือสล็อตแมชีน (๒) การเดิมพัน (betting) การเล่นพนันทายผล มีทั้งการทายผลการแข่งขันกีฬาและการทายผลเหตุการณ์ (๓) สลาก/ลอตเตอรี่ (lottery) การเล่นพนันเสี่ยงโชค ส่วนใหญ่เป็นการเสี่ยงโชคโดยออกผลรางวัลเป็น ตัวเลข ซึ่งสมาคมสลากกินแบ่งโลก (world lottery association : wla) ได้จัดแบ่งการพนันสลาก/ ลอตเตอรี่ (lottery) ออกเป็น ๕ ประเภท ได้แก่ (๑) สลากแบบดั้งเดิม (สลากใบที่ออกในลักษณะเดียวกับ สลากกินแบ่งรัฐบาล) (๒) สลากลอตโต้ (๓) สลากรู้ผลทันที (๔) สลากตัวเลข และ (๕) สลากกีฬา (Toto) สำหรับการพนันออนไลน์ เป็นการเล่นพนันผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต ทั้งเกมพนัน การเดิมพัน และสลาก/ ลอตเตอรี่

๓. การศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมและผลกระทบการพนันในประเทศไทย ปี ๒๕๕๘^{๔๗} สํารวจ ประชากรที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ใน ๒๙ จังหวัด จำนวน ๗,๐๑๘ ตัวอย่าง ระหว่าง ๑ - ๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๘ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือร้อยละ ๗๓.๘ ระบุว่าเคยมีประสบการณ์เล่นพนัน (อย่างน้อยอย่างหนึ่ง) โดยกว่าร้อยละ ๖๐ เริ่มเล่นพนันครั้งแรกตอนอายุไม่เกิน ๒๐ ปี และผู้เริ่มเล่นการพนันครั้งแรกอายุน้อยที่สุดคือ ๗ ปี สำหรับเหตุผลของกลุ่มที่เล่นพนัน ๕ อันดับแรก ได้แก่ ต้องการเสี่ยงโชค/อยากลอง (ร้อยละ ๗๐.๑) อยากได้เงิน (ร้อยละ ๓๘.๙) ตื่นเต้น/เพลิดเพลิน (ร้อยละ ๓๒.๓) เล่นตามคนใกล้ชิด (ร้อยละ ๒๔) และ มีคนชวนให้เล่น (ร้อยละ ๑๙.๔) ส่วนเหตุผลของกลุ่มที่ไม่เล่นพนัน ๕ อันดับแรกคือ ไม่ชอบ (ร้อยละ ๗๔.๘) เล่นไม่เป็น (ร้อยละ ๓๘.๔) เป็นสิ่งผิดกฎหมาย (ร้อยละ ๒๓.๗) กลัวเสียเงิน (ร้อยละ ๑๘.๙) และเป็นอบายมุข (ร้อยละ ๑๖.๑)

ในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา มีผู้เล่นการพนันร้อยละ ๕๒.๔ หรือประมาณการเท่ากับประชากรจำนวน ๒๗,๓๔๓,๖๗๘ คน มีสัดส่วนของเพศชายมากกว่าเพศหญิง (๑๔.๐๙ และ ๑๓.๓๐ ล้านคน) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม อายุ ๔๐ - ๔๙ ปี แต่มีเยาวชนอายุระหว่าง ๑๕ - ๒๕ ปี เป็นผู้เล่นการพนันมากถึงร้อยละ ๑๑.๒ หรือประมาณ ๓,๑๑๖,๖๓๔ คน สำหรับประเภทการพนันที่เล่นมากที่สุด ๕ อันดับแรก ได้แก่ สลากกินแบ่งรัฐบาล หวยใต้ดิน พนันทายผลฟุตบอล ไฮโล/ใบปิ่น/กำถั่ว/ถั่วแยก/น้ำเต้าปูปลา และบิงโก

^{๔๗} การสำรวจโดย คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับ ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ (SAB), ๒๕๕๘

ตารางแสดงประมาณการจำนวนประชากรที่เล่นการพนันและวงเงินพนัน ปี ๒๕๕๘
จำแนกตามประเภทการพนัน

ลำดับที่	ประเภทการพนันที่เล่น	ประมาณการ ผู้เล่น (คน)	ประมาณการ วงเงิน (ล้านบาท)
๑	สลากกินแบ่งรัฐบาล	๑๙,๐๗๗,๗๙๖	๗๗,๑๔๓
๒	หวยใต้ดิน	๑๖,๔๙๒,๖๘๖	๑๓๐,๘๗๙
๓	พนันทายผลฟุตบอล	๑,๙๙๑,๙๘๖	๑๓๖,๑๒๕
๔	ไฮโล/โปป้อน/กำถั่ว/น้ำเต้าปูปลา	๘๕๕,๗๕๔	๘,๗๗๘
๕	บิงโก	๕๓๙,๓๖๗	-
๖	วัวชน/ตีไก่/กัดปลา	๕๑๒,๒๕๓	-
๗	มวยหรือมวยตู้	๔๖๓,๗๗๑	๑๔,๔๒๐
๘	ไพ่ (เฉพาะที่เล่นในบ่อนพนัน)	๔๒๙,๕๕๔	-
๙	หวยหุ้น	๓๓๔,๙๒๙	๑,๔๐๗
๑๐	ตู้ม้า	๙๕,๑๐๑	-

เมื่อให้ผู้เล่นการพนันประเมินว่าตนเองติดพนันหรือไม่ พบว่า ร้อยละ ๗.๙ หรือประมาณการเท่ากับประชากรจำนวน ๒,๑๗๒,๑๔๘ คน ระบุว่าตนเอง “ติดการพนัน” และอีกร้อยละ ๑๙ หรือ ๕,๑๘๒,๐๗๓ คน ระบุว่า “ไม่แน่ใจ” โดยเพศหญิงมีกลุ่มที่ระบุว่า “ติดการพนัน” มากกว่าเพศชาย (๑.๑๑๓ และ ๑.๐๕๙ ล้านคน) และระบุว่า “ไม่แน่ใจ” มากกว่าเพศชาย (๒.๗๓๓ และ ๒.๔๔๑ ล้านคน) ส่วนกลุ่มอายุที่ระบุว่าตนเอง “ติดการพนัน” มากที่สุดคือ ๓๐ - ๓๙ ปี และกลุ่มอายุที่ระบุว่า “ไม่แน่ใจ” มากที่สุดคือ ๕๐ - ๕๙ ปี ทั้งนี้ มีเยาวชนอายุระหว่าง ๑๕ - ๒๕ ปี ระบุว่าตนเอง “ติดการพนัน” มากถึง ๒๐๗,๐๐๐ คน

๔. พฤติกรรมการรับชมและการเล่นพนันทายผลฟุตบอลยูโร ๒๐๑๖^{๔๔} พบว่า ร้อยละ ๓๖.๙ ตั้งใจจะดูการถ่ายทอดสดฟุตบอลยูโร ๒๐๑๖ โดยร้อยละ ๔๒.๗ มีทัศนคติว่าการเล่นพนันบอลไม่ใช่การเสี่ยงดวง เพราะต้องใช้ความสามารถในการวิเคราะห์ และร้อยละ ๔๕.๗ มองว่า การวางเดิมพันข้างทีมที่เชียร์เป็นการแสดงออกถึงการเป็นแฟนบอลของทีมนั้น ที่น่าสนใจเกือบ ร้อยละ ๖๐ ไม่เคยได้ยินได้ฟังการรณรงค์หรือถูกห้ามปรามไม่ให้เล่นพนันบอลโดยนักพนันมัธยมปลายและอาชีวศึกษา ร้อยละ ๒๖ เล่นทุกสัปดาห์ และ ๒ ใน ๓ ไม่กังวลว่าจะถูกจับหรือถูกลงโทษ ที่สำคัญการแข่งขันฟุตบอลยูโรรอบนี้มีกลุ่มตัวอย่างตั้งใจจะเล่นพนันถึงร้อยละ ๑๖.๕ ด้านวงเงินที่จะใช้ในการเล่นพนันมีหลายระดับ ตั้งแต่ไม่เกิน ๕๐๐ บาท จนถึงสูงกว่า ๕,๐๐๐ บาท อันดับแรกคือ เว็บไซต์ รองลงมา ได้แก่ หนังสือพิมพ์กีฬา อินเทอร์เน็ต และทีวี

^{๔๔} การสำรวจพฤติกรรมการรับชมและการเล่นพนันทายผลฟุตบอลยูโร ๒๐๑๖ กลุ่มนักพนันมัธยมปลายและอาชีวศึกษา โดย ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ (SAB), ๒๕๕๙



๕. สถานการณ์การขยายตัวของการเล่นหลากหลายรูปแบบ ทั้งการเพิ่มปริมาณต่อเนื่องของการพนันถูกกฎหมาย คือ ลอตเตอรี่ (ประกอบด้วย สลากกินแบ่งรัฐบาลและสลากการกุศล) จากยอดรวม ๖๘ ล้านฉบับในปี ๒๕๕๓ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ จำนวน ๗๒ ล้านฉบับ ปี ๒๕๕๗ จำนวน ๗๔ ล้านฉบับ และล่าสุด ปี ๒๕๕๙ จำนวน ๑๒๐ ล้านฉบับต่องวด และความพยายามแก้ไขกฎหมายเพื่อให้สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลสามารถจำหน่ายสลาก ๓ ตัว ๒ ตัว ด้วยเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติ การกระจายตัวของการเล่นฟุตบอลและการพนันออนไลน์ทั้งในหมู่เยาวชนและคนทำงาน การใช้วิธีการเสี่ยงโชคเป็นเครื่องมือทางการตลาดโดยใช้รางวัลมูลค่าสูงเหมือนกับสลากเป็นแรงจูงใจ การรุกคืบของธุรกิจพนันและค่ายพนันผ่านระบบ SMS การขยายพื้นที่และความถี่ของการพนันที่เกี่ยวข้องกับวิถีวัฒนธรรมและชุมชน การทำตลาดเชิงรุกของบ่อนกาสิโนชายแดน คู่ขนานกับการเติบโตของธุรกิจการพนันในประเทศ บริเวณชายแดนล้อมรอบไทยมีการเปิดกาสิโนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นขนาดใหญ่ประมาณ ๑๐ แห่ง และมีขนาดเล็กอีกเป็นจำนวนมาก โดยมีนักพนันชาวไทยเป็นลูกค้าส่วนใหญ่ (มากกว่า ร้อยละ ๙๐ ของลูกค้าทั้งหมด) ทั้งกลุ่มที่เดินทางไปเล่นพนันแบบส่วนบุคคลและแบบโปรแกรมท่องเที่ยวที่มีการเล่นพนันเป็นหนึ่งในโปรแกรม โดยสรุปผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเล่นการพนัน ส่วนใหญ่เกิดจากการเล่นการพนันเกินขนาดและเสพติดการเล่นพนัน ก่อให้เกิดปัญหาหนี้สิน และตามมาด้วยปัญหาในการดำเนินชีวิต ปัญหาครอบครัว และผลกระทบต่อสังคม ขณะเดียวกันธุรกิจการพนันก็มีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดผลประโยชน์มหาศาลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มต่างๆ ทำให้การพนันกลายเป็นธุรกิจเชิงพาณิชย์ที่สำคัญ และทำให้ปัญหาการพนันมีความสลับซับซ้อนยิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เกิดกลไกการผลักดันนโยบายและมาตรการทางกฎหมาย และเน้นให้ความสำคัญกับการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับภาคสังคม

๖. นอกจากนี้ การพนันผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต ที่เรียกว่า **การพนันออนไลน์** มีทิศทางเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราการเติบโตเฉลี่ยในช่วงปี ค.ศ. ๒๐๑๐ - ๒๐๑๔ อยู่ที่ร้อยละ ๘ ต่อปี และมีการคาดการณ์ว่าจะขยายตัวเฉลี่ยที่ร้อยละ ๑๐.๗ ในช่วงปี ค.ศ. ๒๐๑๕ - ๒๐๒๐ โดยยุโรปมีส่วนแบ่งตลาดมากที่สุดที่ร้อยละ ๔๘ ตามด้วยเอเชียและตะวันออกกลาง ประมาณร้อยละ ๓๐ และอเมริกาเหนือ ร้อยละ ๑๓ เมื่อจำแนกการพนันออนไลน์ตามประเภทผลิตภัณฑ์ พบว่า การพนันทายผลการแข่งขันมีสัดส่วนสูงที่สุดคือร้อยละ ๔๗ ตามด้วยกาสิโน (ร้อยละ ๒๑) และโป๊กเกอร์ (ร้อยละ ๑๐) ทั้งนี้ Global Gambling Report 11th edition ชี้ว่าการพนันทายผลการแข่งขันผ่านอินเทอร์เน็ตมีสัดส่วนประมาณร้อยละ ๓๖ ของมูลค่าการพนันทายผลการแข่งขันทั้งหมดในปี ค.ศ. ๒๐๑๕

๗. กฎหมายไทยกำหนดว่า “การพนันทุกประเภทถือเป็นสิ่งผิดกฎหมาย เว้นแต่จะได้รับใบอนุญาตจากพนักงานเจ้าหน้าที่” และมีกฎหมายกำกับดูแลเรื่องการพนันโดยเฉพาะ ๒ ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติการพนัน พ.ศ. ๒๔๗๘ และพระราชบัญญัติสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ. ๒๕๑๗

๗.๑ พระราชบัญญัติการพนัน พ.ศ. ๒๔๗๘ กระทรวงมหาดไทย ในฐานะผู้รักษาการตามกฎหมาย ได้จัดทำร่างกฎหมาย ๒ ฉบับ ซึ่งล่าสุดได้ผ่านการตรวจพิจารณาโดยสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเรียบร้อยแล้ว ได้แก่ ร่างพระราชบัญญัติการให้รางวัลด้วยการเสี่ยงโชค พ.ศ. (สกค. ตรวจแล้ว เรื่องเสร็จที่ ๑๖๘/ ๒๕๕๙) และร่าง พระราชบัญญัติการพนัน พ.ศ. (สกค. ตรวจแล้ว เรื่องเสร็จที่ ๑๖๙/ ๒๕๕๙)

๗.๒ พระราชบัญญัติสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ. ๒๕๑๗ เนื่องจากมีคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ ๑๑/๒๕๕๘ เรื่องมาตรการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล ลงวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ โดยในข้อ ๑๓ ระบุว่า “เมื่อคณะรักษาความสงบแห่งชาติสิ้นสุดลงตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแล้ว ให้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการสลากกินแบ่งรัฐบาลตามกฎหมายว่าด้วยสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล และเมื่อได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วให้คำสั่งนี้เป็นอันยกเลิก” ดังนั้น วาระของการแก้ไขพระราชบัญญัติสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ. ๒๕๑๗ ให้สอดคล้องกับสภาพการจำหน่ายสลากในปัจจุบัน โดยเฉพะการปรับสัดส่วนการจัดสรรรายได้ จึงเป็นเรื่องสำคัญหนึ่งที่สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลต้องเร่งดำเนินการ

๘. การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล ตามคำสั่ง หน.คสช. ที่ ๑๑/๒๕๕๘ ได้กำหนดให้มีการจัดตั้ง “กองทุนสลากกินแบ่งรัฐบาลเพื่อพัฒนาสังคม” มีวัตถุประสงค์ ๓ ใน ๔ ข้อ มุ่งเน้นลดผลกระทบจากการพนัน ได้แก่ (๑) เพื่อส่งเสริมการศึกษาและการวิจัยปัญหาเกี่ยวกับการพนัน สาเหตุและผลกระทบจากการพนัน รวมทั้งมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาลักษณะการพนัน (๒) เพื่อส่งเสริมการเผยแพร่ความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการพนัน สร้างการรู้เท่าทัน เพื่อป้องกันการติดการพนัน รวมทั้งสนับสนุนกิจกรรมป้องกันและลดผลกระทบจากการพนัน และ (๓) เพื่อเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน

๙. กฎหมาย นโยบายและมาตรการสำคัญที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการพนัน ที่น่าสนใจ ได้แก่

๙.๑ คำสั่ง หน. คสช. ที่ ๒๔/๒๕๕๗ เรื่อง ห้ามให้มีการเล่นการพนันที่ผิดกฎหมาย (ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๕๗) กำหนดให้ “กองกำลังรักษาความสงบเรียบร้อย กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เพิ่มมาตรการและความเข้มข้นในการกำกับดูแลมิให้มีการเล่นการพนันที่ผิดกฎหมายทุกประเภท ในพื้นที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะบ่อนการพนัน ตู้ม้า สลากกินรวบ ฯลฯ โดยดำเนินการให้เป็นไปตาม พระราชบัญญัติการพนัน พุทธศักราช ๒๔๗๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม”

๙.๒ คำสั่ง หน.คสช. ที่ ๒๗/๒๕๕๙ เรื่อง มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาสิโนจากการจุดและปล่อยบั้งไฟ พลุ ตะไล โคมลอย โคมไฟ โคมควัน หรือวัตถุอื่นใดที่คล้ายคลึงกัน (ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๙) กำหนดให้ “หลักเกณฑ์ในการพิจารณาอนุญาตฯ ให้เป็นไปตามประกาศจังหวัด” โดยอย่างน้อยต้องมีรายละเอียด ข้อ ๓ (๔) “มาตรการในการป้องกันมิให้มีการเล่นพนัน”

๙.๓ คำสั่ง หน.คสช. ที่ ๔๖/๒๕๕๙ เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมคำสั่ง หน.คสช. ที่ ๒๒/๒๕๕๘ เรื่อง มาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาคารแข่งรถยนต์และรถจักรยานยนต์ในทาง และการควบคุมสถานบริการหรือสถานประกอบการที่เปิดให้บริการในลักษณะที่คล้ายกับสถานบริการ (ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๕๙) ให้เพิ่ม (๗) ของข้อ ๔ ของคำสั่ง หน.คสช. ที่ ๒๒/๒๕๕๘ “ยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการเล่นการพนันอันเป็นความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการพนันในสถานที่ของตน”

๙.๔ รัฐบาลได้มีการปรับแก้ไข พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๕๘ ได้กำหนดให้ผู้ประกอบการพนันออนไลน์ เป็นกิจกรรมที่เข้าข่ายความผิดมูลฐาน การฟอกเงินโดยไม่มีวงเงินขั้นต่ำ และปรับลดเกณฑ์การพิจารณาเงินการกระทำผิดมูลฐาน การพนัน ลดลง จาก ๑๐ ล้านบาท เป็น ๕ ล้านบาท (ประกาศเมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘)

๙.๕ คณะรัฐมนตรีมีมติผ่าน “ยุทธศาสตร์ส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔” ซึ่งปัญหาการพนันเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยเสี่ยง ตามยุทธศาสตร์นี้ (มติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๐)

๙.๖ ประกาศสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา เรื่อง การป้องกันและแก้ไขปัญหาการพนัน ในสถาบันอุดมศึกษา (ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๕๙)

๙.๗ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จัดตั้ง “ศูนย์ป้องกันปราบปรามการลักลอบเล่นการพนันทนาย ผลการแข่งขันฟุตบอลยูโร ๒๐๑๖” (เริ่มดำเนินงานตั้งแต่วันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๕๙)

๙.๘ ประกาศสำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน (ปปง.) เรื่อง แนวทางในการกำหนด ปัจจัยเพื่อพิจารณาความเสี่ยงของลูกค้าเกี่ยวกับอาชีวะ (ประกาศ ณ วันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๐) “ผู้ประกอบการอาชีวะตามมาตรา ๑๖ วรรคหนึ่ง (๕) อาชีวะประกอบธุรกิจกาสิโนหรือบ่อน การพนัน ... เป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงด้านการฟอกเงิน” ทั้งนี้ สำนักงานป้องกันและ ปราบปรามการฟอกเงิน (ปปง.) ส่งหนังสือแจ้งสถาบันการเงิน เพื่อเร่งรัดการติดตามธุรกรรม ของลูกค้าที่เข้าข่ายการฟอกเงิน โดยเฉพาะการเปิดบัญชีสำหรับเล่นการพนันออนไลน์ (ต้นเดือนเมษายน ๒๕๖๐) ประกอบด้วย ธนาคารพาณิชย์ ๓๖ แห่ง ผู้ให้บริการบัตร อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่ใช่สถาบันการเงิน ๘ แห่ง ผู้ให้บริการบัตรเครดิตที่ไม่ใช่สถาบันการเงิน ๑๐ แห่ง และผู้ประกอบการรับชำระเงินอิเล็กทรอนิกส์ ๕๐ แห่ง

นอกจากนี้แล้ว ยังมีพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ มีเนื้อหาในการคุ้มครองเด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปีไม่ให้เล่นการพนันและเข้าถึงพื้นที่ที่จัดให้มีการพนัน

จุดเน้นของแผน

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

๑. ด้านการพัฒนาระบบ และสร้างเป้าหมายร่วม

๑.๑ ผลักดันนโยบายและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายในประเด็นสำคัญ เช่น ลดความเร็ว ของการขับขี่ในเขตเมือง เพิ่มโทษผู้ดื่มแล้วขับและเป็นเหตุให้ผู้อื่นเสียชีวิต (เมา + ขับ = จับ + ชัง) สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมฐานข้อมูลการทำความผิดซ้ำ เป็นต้น

๑.๒ สนับสนุนการขับเคลื่อนงานของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) และแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน ในประเด็นสำคัญ เช่น การขับเคลื่อนการปรับแก้กฎหมายในประเด็นสำคัญ ๕ ประเด็น (ดื่มแล้วขับ ขับรถเร็วเกินกำหนด ใบอนุญาตขับขี่รถโดยสารสาธารณะ เข็มขัดนิรภัย) สนับสนุนโครงสร้างการจัดการที่เข้มแข็งในทุกกระดับ โดยเฉพาะในระดับอำเภอและพื้นที่ เป็นต้น

๑.๓ ขยายความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรระหว่างประเทศ ให้มีการร่วมลงทุนและดำเนินงานเรื่องความปลอดภัยทางถนน เพื่อให้เกิดเจ้าภาพขับเคลื่อนงานมากขึ้น พร้อมส่งเสริมให้เกิดการสร้าง “มาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน” ในองค์กรทุกระดับเพื่อดูแลความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนของบุคลากร ตลอดจนการขยายบทบาทเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป.) ผ่านกระทรวงแรงงานให้ครอบคลุมการทำงานความปลอดภัยทางถนน

๒. ด้านเครือข่ายภาคีภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

๒.๑ ขยายความร่วมมือเพื่อเสริมความเข้มแข็งด้านความปลอดภัยทางถนนกับหน่วยงานองค์กรภาครัฐกิจ สถาบันการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิ ภาคประชาสังคม และองค์กรต่างประเทศ

๒.๒ มุ่งสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย เจาะจงประเด็นเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การเลือกใช้อย่างปลอดภัย (รถจักรยานยนต์ รถโดยสารสาธารณะ รถโรงเรียน) พฤติกรรมการขับขี่ยปลอดภัย (ความเร็ว ดื่มไม่ขับ หมวกนิรภัย เข็มขัดนิรภัย การจอดรถข้างทาง) เพื่อสร้างจิตสำนึกความปลอดภัย โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็กและเยาวชน กลุ่มแรงงาน ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ เป็นต้น

๒.๓ สร้างความเข้มแข็งและขยายให้เกิดเครือข่ายรณรงค์ที่หลากหลายเพิ่มขึ้น เช่น เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุทางถนน เครือข่ายผู้ใช้จักรยาน เครือข่ายผู้ใช้รถจักรยานยนต์ เป็นต้น

๒.๔ สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีเสริมการสื่อสารสาธารณะ เช่น เครื่องตรวจจับความเร็ว ป้ายดิจิทัล แสดงความเร็ว กล้องติดหน้ารถ การสื่อสารผ่าน social media เป็นต้น

๓. ด้านโครงสร้างและการบูรณาการระดับพื้นที่

๓.๑ เพิ่มจำนวนจังหวัดต้นแบบ ขยายให้มียุทธศาสตร์จังหวัดที่ดำเนินการอย่างเข้มข้น สร้างความตระหนักกับผู้ว่าราชการจังหวัดให้มีความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยทางถนน

๓.๒ สนับสนุนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับต่างๆ ให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะระดับอำเภอ/พื้นที่ พร้อมขยายต้นแบบกลไกการจัดการระดับอำเภอ/พื้นที่ เช่น ศปถ. อำเภอ ศปถ. อปท. กลไกอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง (สธ.) เป็นต้น ตลอดจนการบรรจุในกลไกการทำงานของระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)

๓.๓ สนับสนุนและผลักดันให้เกิดการใช้ข้อมูล “สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัด (Ranking)” เพื่อกำกับติดตามการทำงานในระดับจังหวัดให้มากขึ้น เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย

การลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัด ตลอดจนการติดตามประเมินแผน (PDCA) โดยให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback loop) ผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด

๓.๔ ผลักดันให้เกิดการสานพลังเชื่อมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน ท้องถิ่น ในระดับอำเภอ และพื้นที่มากขึ้น เพื่อสร้างมาตรการทางสังคม/มาตรการองค์กร/มาตรการ ชุมชน เพื่อลดอุบัติเหตุทางถนน

๓.๕ ขยายและเสริมภาคีทำงานในพื้นที่เพิ่มขึ้นเพื่อร่วมสนับสนุนให้เกิดการบูรณาการงานใน ระดับพื้นที่ให้มากขึ้นอย่างกว้างขวาง ทั้งภาคีด้านการสื่อสาร ภาคีขับเคลื่อนภาคประชาชน เสริมงาน สอจร.

๔. ด้านการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้อุบัติเหตุจราจร

๔.๑ พัฒนางานวิชาการ/วิจัย ที่มุ่งสู่การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ที่ทันสถานการณ์และ เหมาะกับบริบทและวัฒนธรรม และเจาะจง (Focus) สู่รากฐานของการสืบสวนสาเหตุ อุบัติเหตุจราจร ศึกษาเชิงลึกเพื่อเตรียมพร้อมสู่สังคมสูงวัย ตลอดจนการศึกษาลักษณะ จากความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์

๔.๒ สนับสนุนให้เกิดระบบข้อมูลและกลไกติดตามกำกับกับการดำเนินงานใน ๕ เสาหลัก พร้อมทั้ง สนับสนุนและร่วมกับ คณะทำงานด้านข้อมูล สปธ. และหน่วยงานหลักให้สามารถจัดการข้อมูล ด้านความปลอดภัยทางถนน ตลอดจนการสนับสนุนการตรวจสอบความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Audit) โดยหน่วยงานที่เป็นกลาง

๔.๓ จัดทำสถานการณ์ราย“จังหวัด”ตาม ๕ เสาหลักเพื่อกำกับติดตาม(Monitoring)สถานการณ์ ได้ชัดเจนขึ้น และผลักดันงานวิชาการเข้าสู่กลไกจัดการในระดับพื้นที่ นำสู่การปฏิบัติจริง เพื่อแก้ปัญหา โดยเฉพาะจุดจัดการในระดับอำเภอ ท้องถิ่น และกลไกในระดับหน่วยงาน องค์กร

๔.๔ ศึกษาค้นหามาตรการสำคัญ (Key Success) และต้นแบบที่มีผลต่อการลดปัญหาอุบัติเหตุ จราจร เพื่อนำไปสู่การขยายผลดำเนินการในจังหวัด/พื้นที่

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

๕. ด้านการจัดการภัยพิบัติ

๕.๑ พัฒนากลไกการป้องกันและแก้ไขปัญหาตามประเภทภัยหลัก เช่น อุทกภัย ภัยแล้ง และ อัคคีภัย ผ่านพื้นที่ต้นแบบ รวมถึงการสรุป/ถอดบทเรียนจากความรู้เชิงปฏิบัติการ

๕.๒ ส่งเสริมการให้ความรู้ที่เหมาะสมด้านภัยพิบัติกับสาธารณะ ความรู้การเตรียมพร้อมและ การป้องกันภัยภาคปฏิบัติกับประชาชน ตลอดจนการสื่อสารนโยบายสาธารณะ

๕.๓ สนับสนุนการป้องกันแก้ไขปัญหาการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ในการดำเนินงาน เชิงป้องกันทั้งส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม สร้างบทเรียนภาคปฏิบัติระดับชุมชน ศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก และสถานศึกษา เพื่อให้เกิดต้นแบบในกลุ่มต่างๆ เพื่อให้สามารถนำไปขยายผล สู่พื้นที่อื่นๆ ได้

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

จ. ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

- จ.๑ ติดตาม จัดทำข้อเสนอแนะ และผลักดันให้มีการปรับปรุงนโยบายและกฎหมายการพนันที่ทันสมัย เท้าทันสถานการณ์การพนันที่ซับซ้อนและมีพลวัต ตลอดจนประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลักดันนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ (กลไกการป้องกันชุมชน) อันจะนำไปสู่การบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิภาพ
- จ.๒ ศึกษาแนวทางการพัฒนาโครงสร้างการทำงานและยุทธศาสตร์เพื่อลดปัญหาการพนันของประเทศ
- จ.๓ พัฒนานองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานวิจัยสู่สาธารณะโดยมุ่งประเด็นสำคัญ เช่น การติดตามสถานการณ์การพนันและผลกระทบที่เกิดขึ้น การพนันที่ก่อผลกระทบสูง (พนันฟุตบอล พนันในบุญประเพณี) ทั้งในเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น
- จ.๔ สร้างและพัฒนาศักยภาพแกนนำ นักรณรงค์ รวมถึงแกนนำคนเล็กพ่น ตลอดจนผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาการพนัน เพื่อเป็นเครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารให้สังคมตระหนักสร้างความรู้เท่าทันการพนัน (gambling literacy) ถึงผลกระทบด้านสุขภาวะจากปัญหาการพนัน

วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนเป้าหมายการลดแนวโน้มการเกิดและการสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจรของประชาชนไทยของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน
๒. สนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างเป็นระบบและยั่งยืน
๓. สนับสนุนการพัฒนากลไกการจัดการความปลอดภัยในระดับต่างๆ ให้เข้มแข็ง
๔. สนับสนุนการวิจัยและการจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุทางถนนที่จำเป็น
๕. รณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนน
๖. สร้างความเข้มแข็งของท้องถิ่น ภาคประชาสังคม ในการเชื่อมประสานภาครัฐจัดการป้องกันและเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ
๗. พัฒนาเครือข่ายการทำงานเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาจากการพนัน การสร้างภูมิคุ้มกันและสภาพแวดล้อมปกป้องเด็กและเยาวชน และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่มีทิศทางไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

๑. เกิดนโยบายสาธารณะใหม่ มาตรการ แนวปฏิบัติที่ส่งผลต่อการลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ผ่านกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับต่างๆ (ได้แก่ ศปถ. ศปถ.จังหวัด ศปถ.อำเภอ และ ศปถ.อปถ.) อย่างน้อย ๑ เรื่อง
๒. เกิดกระแสสังคมและความตื่นตัวของประชาชนในด้านความปลอดภัยจากอุบัติเหตุจราจรอย่างน้อย ๒ ประเด็น
๓. เกิดจังหวัดที่มีกลไกการจัดการอุบัติเหตุทางถนนในระดับจังหวัด (ศปถ.จังหวัด) ลงสู่ระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) อย่างน้อย ๕ จังหวัด
๔. เกิดการพัฒนาระบบข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุจราจรที่ถูกต้อง การรายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด (Ranking) ที่มีความน่าเชื่อถือ^{๔๔} สามารถเผยแพร่สู่สาธารณะได้
๕. เกิดองค์ความรู้และการจัดการความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนที่จำเป็น ชุดความรู้ การสรุปบทเรียน (Key Success) รายงานผลการประเมินนโยบายข้อสั่งการสำคัญ อย่างน้อย ๕ เรื่อง และมีการประชุมวิชาการระดับชาติอย่างต่อเนื่องทุกสองปี

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

๖. เกิดตัวอย่างกลไกการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านประเภทภัยหลักๆ อย่างเป็นรูปธรรม ที่เน้นการจัดการเชิงระบบในระดับจังหวัด/กลุ่มจังหวัดที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างภาคประชาสังคม และท้องถิ่นกับหน่วยงานภาครัฐ อย่างน้อย ๑ กรณีตัวอย่าง
๗. เกิดการสื่อสารสาธารณะสร้างความตระหนักต่อการป้องกันและเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ อย่างน้อย ๑ ประเด็น

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

๘. เกิดนโยบายสาธารณะ มาตรการ การปรับปรุงกฎหมายหรือกลไกที่เกี่ยวข้องกับการลดผลกระทบจากการพนันในระดับชาติหรือท้องถิ่น อย่างน้อย ๒ เรื่อง
๙. สังคมเกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นปัญหาที่เกิดจากการพนันที่ส่งผลกระทบสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กและเยาวชน อย่างน้อย ๑ ประเด็น
๑๐. เกิดองค์ความรู้เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์และการพัฒนานโยบายและมาตรการที่จำเป็น สำหรับการควบคุมปัญหาจากการพนันและเผยแพร่ผลงานสู่สาธารณะ อย่างน้อย ๒ เรื่อง

^{๔๔} ความน่าเชื่อถือ หมายถึง รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด ที่มีการอ้างอิงหรือระบุแหล่งที่มาของข้อมูล มีกระบวนการศึกษาวิเคราะห์และจัดทำถูกต้องตามหลักวิชาการ มีหน่วยงาน/องค์กร นำรายงานสถานการณ์ไปใช้ในการกำกับติดตามการดำเนินงาน หรือใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน ในเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาคriminal อุบัติเหตุทางถนนของหน่วยงาน/องค์กร รวมถึงการนำไปใช้อ้างอิงต่างๆ

ตัวชี้วัดร่วม

๑. การบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนอื่นๆ โดยสนับสนุนให้เกิดการถอดบทเรียนจากกรณีความสำเร็จ เพื่อพัฒนาต้นแบบหรือรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน (model) และเชื่อมประสานกับแผนงานอื่นๆ เพื่อขยายผลทั้งในเชิงของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ อย่างน้อย ๑ เรื่อง เช่น
 - (๑) ขยายการเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มศูนย์เด็กเล็ก เพิ่มจำนวนสถาบันการศึกษาที่ดำเนินมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน ผ่านแผนสุขภาวะเด็กเยาวชน และครอบครัว และแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ
 - (๒) ขยายการดำเนินมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนนตามนโยบายประชารัฐ ในพื้นที่ ๔ ภูมิภาคของประเทศ และ ๕ ชุมชนของกรุงเทพมหานคร ผ่านแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
 - (๓) ร่วมสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะในประเด็นความปลอดภัยทางถนนและอัคคีภัยให้กับหน่วยบริการชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน ผ่านแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

แนวทางการดำเนินงาน

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

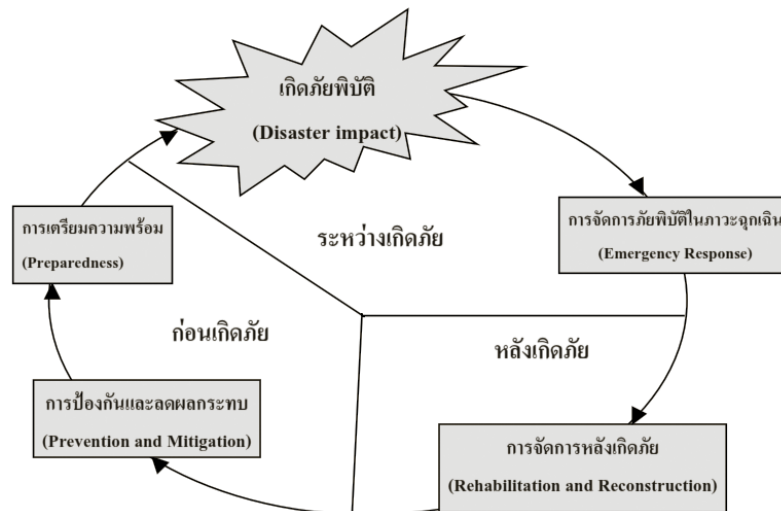
ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบาย ให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยในด้านความปลอดภัยทางถนน มีการพัฒนาสมรรถนะขององค์กรและบุคลากรที่จำเป็น และการบูรณาการยุทธศาสตร์ทั้งด้านการบังคับใช้กฎหมาย (enforcement) การให้ข้อมูลความรู้ (education) วิศวกรรมจราจร (engineering) การจัดระบบบริการฉุกเฉิน (EMS) และการประเมินผล (evaluation) ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ทั้งในนโยบายระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ โดยนำไปสู่การสนับสนุนกรอบยุทธศาสตร์ตามแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ ทั้ง ๕ ประการ ได้แก่

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

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

เชื่อมโยงการทำงานระหว่างภาคประชาสังคม ท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ เพื่อสร้างกลไกความร่วมมือที่มุ่งเน้นสู่การลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น โดยให้ความสำคัญสูงต่อการดำเนินงานในช่วงก่อนเกิดภัย ทั้งด้านการป้องกันและลดผลกระทบ (prevention and mitigation) ด้านการเตรียมความพร้อม (preparedness) และรองรับการทำงานในช่วงระหว่างเกิดภัยและหลังเกิดภัย

ภาพแสดงวงจรการเกิดภัยพิบัติ (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, ๒๕๕๓)



ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

ขับเคลื่อนดำเนินงานตามยุทธศาสตร์หลัก “สามสามพลัง” ประกอบด้วยพลังปัญญา พลังนโยบาย และพลังสังคม เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น พัฒนาให้เกิดระบบฐานข้อมูลสถิติด้านการควบคุมปัญหาการพนันระดับชาติมุ่งเน้นสร้างความตระหนักรู้ต่อสังคมด้านผลกระทบจากการพนัน เพื่อสร้าง “ภูมิคุ้มกันให้กับภาคสังคม” เป็นเจ้าภาพหลักร่วมกันในการจัดระเบียบ นโยบาย มาตรการ และกลไกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อมุ่งสู่การลดปัญหาจากการพนันหลักที่ก่อผลกระทบสูงก่อน โดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชนเป็นสำคัญ

กลุ่มแผนงาน

แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ประกอบด้วย ๖ กลุ่มแผนงาน ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานการพัฒนา นโยบาย และสร้างเป้าหมายร่วม

- ๑.๑ สนับสนุนศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ดำเนินงานตามแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ ซึ่งดำเนินการด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายตามกรอบปฏิญญามอสโก คือลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงเหลือต่ำกว่า ๑๐ คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปี ๒๕๖๓ ภายใต้แนวทางการดำเนินงาน ๕ เสาหลัก ของแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน

ได้แก่ โครงสร้างการจัดการความปลอดภัยทางถนนที่เข้มแข็ง และการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ถนนและการสัญจรอย่างปลอดภัย ยานพาหนะปลอดภัย ผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย การตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยมีกรอบแนวทางการทำงาน ๘ ประการ ได้แก่ (๑) การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย (๒) การลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการดื่มแล้วขับ ยานพาหนะ (๓) การแก้ไขปัญหาจุดเสี่ยงและจุดอันตราย (๔) การปรับปรุงพฤติกรรมใช้ความเร็ว (๕) การยกระดับมาตรฐานยานพาหนะให้ปลอดภัย (๖) การพัฒนาสมรรถนะผู้ใช้รถใช้ถนนให้ปลอดภัย (๗) การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินการรักษาและฟื้นฟูผู้บาดเจ็บ และ (๘) การพัฒนาระบบการบริหารจัดการของประเทศ รวมถึงสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ของรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับการลดอัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

๑.๒ ผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๓ และแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน รวมถึงการสนับสนุนหน่วยปฏิบัติงาน ระดับกรม/กอง/สำนัก ให้ทำงานประจำต่อเนื่องให้มากยิ่งขึ้น และประสานความร่วมมือในการสนับสนุนการทำงานของตำรวจทั้งส่วนกลางและส่วนพื้นที่

๑.๓ ผลักดันและสนับสนุนให้การดำเนินงานตามทิศทาง “ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน” ของสหประชาชาติและกรอบแผนทศวรรษความปลอดภัยทางถนนของ ศปถ. เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ (๑) สนับสนุนกลไกการจัดการของ ศปถ. ทั้งในระดับชาติ จังหวัด และอำเภอ/ท้องถิ่น และคณะกรรมการ ศปถ. ๖ ชุด ที่มีอยู่ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควบคู่ไปกับการเชื่อมโยงบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (๒) สนับสนุนกลไกด้านข้อมูล MIS และการติดตามกำกับ ประเมินผล (monitoring and evaluation : M&E) ให้มีประสิทธิภาพ (๓) สนับสนุนและผลักดัน ให้เกิด “โครงสร้างการจัดการด้านวิชาการ” และกลไกด้านงบประมาณที่เหมาะสมกับการขับเคลื่อนการแก้ปัญหา ตลอดจนการนำผลการประเมินครึ่งทศวรรษของแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนมาพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานตาม ๕ เสาหลัก

๑.๔ ร่วมผลักดันจุดคานงัดสำคัญทางนโยบายให้เกิดกระบวนการนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันแก้ไขปัญหามติเหตุจราจร รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย และกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนร่วมกัน และสร้างมาตรการเสริมการบังคับใช้กฎหมาย เช่น การกำหนดให้หน่วยงานต่างๆ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน มี “มาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน” เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ ดื่มไม่ขับ การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย ไม่ขับรถเร็วเกินกฎหมายกำหนด เป็นต้น

๑.๕ สนับสนุนศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) ในการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อฐานวิชาการเสนอในการประชุมสำคัญเพื่อให้ข้อเสนอได้รับการแก้ไข และการจัดเวทีวิชาการสาธารณะในเรื่องที่เป็นประเด็นตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงสนับสนุนภาคีเครือข่าย ภาคประชาสังคม ให้สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายร่วมกับหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑.๖ ผลักดันนโยบายเจาะประเด็นเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เพื่อควบคุมความปลอดภัยทางถนนทั้งระบบ เช่น รถจักรยานยนต์ รถจักรยานยนต์ไฟฟ้า กำหนดรถที่ผลิตขายต้องมีความเร็วไม่เกินกำหนด การควบคุมการปรับแต่งความเร็วรถ ควบคู่กับการลดพฤติกรรมเสี่ยง (ดื่มไม่ขับ สวมหมวกนิรภัย ขับขี่ความเร็วไม่เกินอัตราที่กฎหมายกำหนด) รถโดยสารสาธารณะ ควบคุมทั้งมาตรฐานและคุณภาพรถและผลักดันให้เกิดการคาดเข็มขัดนิรภัยในผู้โดยสารทุกที่นั่ง รวมถึงคุณภาพพนักงานขับรถ เป็นต้น โดยมุ่งเน้นสนับสนุนหน่วยงานที่มีส่วนสำคัญให้ดำเนินการด้านการบังคับใช้กฎหมายในระดับปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ตำรวจวิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนนเพื่อนำไปกำหนดเป็นแนวทางและมาตรการในการบังคับใช้กฎหมาย และในด้านการเพิ่มมาตรฐานความปลอดภัยในรถสาธารณะ รถรับส่งนักเรียน และรถทัศนอาทิ สภาพรถ การคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้โดยสารสาธารณะ การติดตั้งกล้องติดรถยนต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อจำกัดความเร็วของรถโดยสาร ความชำนาญเส้นทางของคนขับ ด้านการปรับปรุงโครงสร้างถนนให้ปลอดภัย อาทิ การจัดการจุดเสี่ยง ให้มีเลนทางเท้าและทางรถจักรยาน

๑.๗ ประสานความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก องค์การระดับนานาชาติ และหน่วยงานภาคนโยบายในประเทศไทยที่หลากหลาย ได้แก่ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงคมนาคม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และหน่วยงานอื่นๆ ในการเชื่อมประสานและพัฒนายุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยทางถนนตามนโยบายทศวรรษความปลอดภัยทางถนนของสหประชาชาติ (ค.ศ. ๒๐๑๐ - ๒๐๒๐) และทำหน้าที่หลากหลายให้เกิดการขับเคลื่อนงาน

๑.๘ ขยายความร่วมมือให้มีการร่วมลงทุนเรื่องความปลอดภัยทางถนนจากภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดเจ้าภาพขับเคลื่อนงานที่หลากหลายขึ้น พร้อมร่วมสนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนนตามนโยบายประชารัฐ กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น สถานศึกษา สถานประกอบการ การนิคมอุตสาหกรรม หน่วยงานของรัฐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น บริษัทประกันภัย เป็นต้น

๑.๙ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาโครงสร้างการทำงานเรื่องความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทยให้เป็นโครงสร้างทางนโยบายที่ยั่งยืน (institutionalization) เพื่อให้มีหน่วยงานหลักที่มีการกิจและบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องการจัดการให้เกิดความปลอดภัยทางถนนของประเทศทั้งระบบ

๒. กลุ่มแผนงานการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

สนับสนุนสำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ มูลนิธิเมาไม่ขับ ชมรมคนห่วงหัว เครือข่ายหมอนามัย เครือข่ายรถโดยสารปลอดภัย มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เครือข่ายอาชีวศึกษา เครือข่ายสื่อมวลชน และเครือข่ายภาคประชาชน ในการประสานงาน ขยายเครือข่าย และรณรงค์ประชาสัมพันธ์

๒.๑ รณรงค์สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย สื่อสารประชาสัมพันธ์ให้เกิดการรับรู้ สร้างจิตสำนึก ความปลอดภัย และการสร้างค่านิยมความปลอดภัยในการลดอุบัติเหตุ และปรับเปลี่ยนการเลือกใช้รถโดยสารปลอดภัย ทั้ง รถจักรยานยนต์ รถโดยสารสาธารณะ รถตู้ รถรับส่งนักเรียน รถทัศนอาจร หลีกเลี่ยงการนั่งท้ายกระบะ ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนให้มีความปลอดภัย โดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย การขับรถในความเร็วตามที่กฎหมายกำหนด การดื่มไม่ขับ การคาดเข็มขัดนิรภัยทุกที่นั่ง เป็นต้น รวมทั้งการสื่อสารข้อมูลและกรณีอุบัติเหตุทางถนนที่ส่งผลกระทบต่อความสนใจของสังคมและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะ ตลอดจนการรณรงค์เพื่อลดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเป้าหมายหลักที่เป็นเด็กและเยาวชน โดยให้ครอบครัวและสังคมมีบทบาทในการดูแลปกป้องลูกหลานให้ลดพฤติกรรมเสี่ยง และสนับสนุนการเสริมสร้างวินัยจราจรควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาเสริมการสื่อสารสาธารณะ เช่น การสื่อสารผ่าน social media การติดตั้งกล้องติดรถยนต์ เป็นต้น

๒.๒ ส่งเสริมให้เกิดผู้นำความปลอดภัย และสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง (เด็กและเยาวชน) และมี “มาตรการทางสังคม” “มาตรการองค์กร” และ “มาตรการชุมชน” ที่เอื้อต่อการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน เช่น มาตรการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยของบุคลากร นักเรียน นักศึกษาในองค์กร มาตรการในการขับซึ่รถของบุคลากรหน่วยงาน มาตรการชุมชนลดอุบัติเหตุ เป็นต้น

๒.๓ ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ และมีการจัดการการสื่อสารสาธารณะในเชิงยุทธศาสตร์ ทั้งด้านเนื้อหา รูปแบบ ช่องทางสื่อสาร สื่อสารมวลชนต่างๆ อาทิ การมีแผนยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสารความปลอดภัยทางถนน มีการพัฒนาความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนให้กับสื่อมวลชน ส่งเสริมให้เกิด “แกนนำและสื่อต้นแบบ” และ “เครือข่ายสื่อ” ที่ทำงานด้านอุบัติเหตุทางถนน เพิ่มการแปลงสารในเรื่องความปลอดภัยให้หลากหลาย สะดวกในการเข้าถึงและเข้าใจง่าย ผ่านช่องทางต่างๆ รวมทั้งสื่อออนไลน์ มีการนำเสนอและการเกาะติดตามกรณีเหตุการณ์สำคัญส่งผลกระทบต่อความสนใจของสังคม และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านความปลอดภัยที่เหมาะสม และมีการนำเสนอข่าวสารด้านความปลอดภัยทางถนนในเชิงการสืบสวนสาเหตุอุบัติเหตุ นำไปสู่การแก้ไขปัญหาของภาคนโยบายและหน่วยงานที่รับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ

๒.๔ สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ หนุนเสริมท้องถิ่นชุมชนเข้ามาจัดระบบเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างยั่งยืน ขยายจำนวนภาคีเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

และพัฒนาศักยภาพภาคีภาคประชาสังคมในการดำเนินงาน ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานองค์กร ภาคธุรกิจ มูลนิธิ ภาคประชาสังคม และสื่อมวลชนทุกแขนง ให้เข้ามามีบทบาท และมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนเพิ่มมากขึ้น

๒.๕ ขยายความร่วมมือกับภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น ชุมชน เช่น สมาคมผู้ประกอบการรถจักรยานยนต์ หอการค้าจังหวัด บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ บริษัทประกันภัยบริษัทเครือซิเมนต์ไทย เป็นต้น ให้ร่วมลงทุนในการจัดระบบเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุทางถนนมากยิ่งขึ้น โดยใช้โอกาสการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม และกลไกประชารัฐผ่านคณะทำงานประชารัฐเพื่อสังคมด้านความปลอดภัยทางถนน ในการขยายการทำงานร่วมกับภาคเอกชน

๒.๖ พัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังระดับพื้นที่ (Road Safety Watch) เพื่อให้เป็นผู้นำในการให้ความรู้และสื่อสารกับประชาชนในพื้นที่ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก เพื่อทำให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนที่ปลอดภัย และร่วมกันทำให้คนไทยมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน โดยการเชื่อมประสานระหว่างเครือข่ายวิชาการในระดับภูมิภาคหรือจังหวัด (เครือข่าย สจร. เครือข่ายมหาวิทยาลัยในภูมิภาค) กับ เครือข่ายสื่อภูมิภาค และเครือข่ายภาคประชาชนต่างๆ

๒.๗ เชื่อมประสานการขยายผลต่อยอดการทำงานผ่านแผนที่เกี่ยวข้องของ สสส. อาทิจ ขยายจำนวนสถาบันการศึกษาที่ดำเนินมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน ผ่านแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว และแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะร่วมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ/อปท. ผ่านแผนสุขภาวะชุมชน ขยายการดำเนินมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนนตามนโยบายประชารัฐ ผ่านแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

๓. กลุ่มแผนงานการพัฒนาโครงสร้างและการบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่

๓.๑ สนับสนุนการวางแผนงานอย่างมีส่วนร่วม และการบูรณาการการดำเนินงานทุกภาคส่วน ทั้งราชการ ท้องถิ่น เอกชน และชุมชน ในการป้องกันและลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในระดับจังหวัด และขยายออกไปทั้งระดับอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเน้นการสนับสนุนจังหวัดที่มีการยกระดับการพัฒนาการลดอุบัติเหตุทางถนนทั้งจังหวัด และสร้างนวัตกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนและสนับสนุนสัมฤทธิ์ผลของการทำงานเพื่อลดปัญหาในพื้นที่ กำกับติดตามผลระดับจังหวัด และสะท้อนผลการติดตามเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๓.๒ ส่งเสริมผลักดันให้เกิดการสร้างและพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายและข้อปฏิบัติ ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่ เสนอให้หน่วยงานที่รับผิดชอบแก้ไขปัญห และรวบรวมเป็นข้อเสนอแนะยังส่วนกลางเพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ และกระตุ้นให้

หน่วยงานที่มีหน้าที่หลักเกิดการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ เช่น ผลักดันให้วาระเรื่องความปลอดภัยทางถนนถูกบรรจุเป็นวาระการประชุมประจำของจังหวัด เป็นต้น

๓.๓ ส่งเสริมให้มีผู้เชื่อมประสาน (change agent) ด้านความปลอดภัยในระดับต่างๆ ที่มีศักยภาพที่เหมาะสมกับการขับเคลื่อนงาน เพื่อกระตุ้น จัดการความรู้ และเชื่อมโยงการทำงาน ของเครือข่ายให้มาเสริมพลัง และขยายผลการดำเนินงาน รวมทั้งยกระดับการขับเคลื่อน ไปสู่แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่

๓.๔ สนับสนุนคณะกรรมการ ที่ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา กำกับดูแลทางด้านวิชาการแก่จังหวัด และพื้นที่ รวมทั้งการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาอุบัติเหตุ เพื่อขยายผลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จสู่พื้นที่อื่น รวมทั้งประมวลผล ขุดความรู้ที่สำคัญจัดทำเป็นข้อเสนอ เผยแพร่ผ่านช่องทางสื่อต่างๆ และเพื่อให้เกิดพลัง ในการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ ตลอดจนระดับจังหวัดและพื้นที่

๓.๕ เชื่อมประสานเครือข่ายเฝ้าระวัง (Road Safety Watch) ในระดับพื้นที่ระหว่างนักวิชาการ ในระดับภูมิภาคหรือจังหวัดของ สอจร. กับ เครือข่ายสื่อภูมิภาค ให้เป็นผู้นำความรู้และสื่อสาร กับประชาชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมสร้างความปลอดภัยทางถนน

๓.๖ ผลักดันให้เกิดต้นแบบความปลอดภัยทางถนนในระดับจังหวัด/พื้นที่ โดยสานพลังเชื่อมกับ ภาวศึเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน ท้องถิ่น เพื่อสร้างมาตรการทางสังคม มาตรการองค์กร และมาตรการชุมชน ด้านความปลอดภัยทางถนนในองค์กร หน่วยงาน ท้องถิ่นต่างๆ ทั่วประเทศ

๓.๗ สนับสนุนการป้องกันและลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนน โดยเน้นการพัฒนาให้เกิดกลไก การจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ระดับองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและชุมชน (ศปถ.อปท.) โดยผลักดันให้อำเภอและท้องถิ่นเห็นความสำคัญ กับเรื่องความปลอดภัยทางถนน และสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง พร้อมกัมีมาตรการของท้องถิ่นและชุมชน

๓.๘ ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการใช้ข้อมูล “สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัด (Ranking)” เพื่อกำกับติดตามการทำงานในระดับจังหวัดและพื้นที่ เพื่อเป้าหมายการลด การเกิดอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดและพื้นที่ ตลอดจนการติดตามประเมินโดยให้ข้อมูล ย้อนกลับ (feedback loop) ผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด และผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในจังหวัด เพื่อทำให้เกิดการสั่งการแก้ไขปัญหาต่อไป

๔. กลุ่มแผนงานการพัฒนากระบวนการข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร

๔.๑ สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่เป็นต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับเรื่อง ของความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย และสร้างงานวิจัยที่สำคัญตามความจำเป็น ของสถานการณ์ การวิจัยเพื่อประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อความปลอดภัยทางถนน การวิเคราะห์ ต้นทุนและความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนแยกตามประเภท เป็นต้น

- ๔.๒ พัฒนาระบบข้อมูลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงหลักของผู้ใช้รถใช้ถนนระดับจังหวัดที่มีความต่อเนื่องและครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศอย่างเป็นระบบ รวมถึงการจัดทำรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยเป็นประจำทุกปี ตลอดจนการยกระดับการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนให้ครอบคลุมถึงปัจจัยสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ๔.๓ ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากข้อมูลและองค์ความรู้ในการวางแผนพัฒนายุทธศาสตร์และดำเนินการมาตรการแก้ไขปัญหาคอขวดอุบัติเหตุจราจรทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม รวมถึงพัฒนากระบวนการนำเสนอข้อมูลความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะให้มีประสิทธิภาพ เช่น ข้อเสนอเชิงนโยบาย จัดทำเอกสารประกอบการประชุมวิชาการ พัฒนาเว็บไซต์ และการจัดเวทีร่วมกับสื่อมวลชน เป็นต้น
- ๔.๔ สนับสนุนและผลักดันให้เกิดกลไกการจัดการติดตามกำกับ ประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาระบบข้อมูลติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการลดทอนความเสี่ยงทางความปลอดภัยทางถนนโดยเฉพาะในประเด็นหลัก การติดตามประสิทธิภาพของมาตรการหลักต่างๆ พร้อมกับสนับสนุนให้มีกลไกติดตามภาควิชาการและภาคประชาชนในการเกาะติดและสะท้อนปัญหาให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แกนนำนักวิชาการด้านความปลอดภัยทางถนนเชิงประเด็น ได้แก่ เครือข่าย Road Safety Watch เครือข่ายเฝ้าระวังรถโดยสารสาธารณะปลอดภัย เป็นต้น
- ๔.๕ สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้และพัฒนาชุดความรู้ แปลงองค์ความรู้ให้เป็นคู่มือที่พร้อมนำไปปฏิบัติตาม เพื่อการสื่อสารสาธารณะ โดยมุ่งเน้นการสร้างและรวบรวมองค์ความรู้และข้อมูลจากที่ต่างๆ จัดทำเป็นฐานข้อมูลด้านอุบัติเหตุทางถนน แปลงเป็นข่าวสาร และสื่อสารไปในช่องทางที่เหมาะสมโดยเพิ่มโอกาสและช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ให้สอดคล้องกับการใช้ประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติ และภาคประชาสังคม
- ๔.๖ พัฒนานักวิชาการเชิงประเด็น ประสานเครือข่ายวิชาการ พัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนทั้งในระดับประเทศ ระดับภาค และพื้นที่ ในการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อขับเคลื่อนการแก้ปัญหาในประเด็นสำคัญ
- ๔.๗ สนับสนุนให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนงานวิชาการในระดับพื้นที่ ที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของพื้นที่ เพื่อให้การแก้ปัญหานั้นบนฐานวิชาการ ผสานด้วยการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยมุ่งเน้นจุดจัดการในระดับอำเภอ ท้องถิ่น และกลไกในระดับหน่วยงานองค์กร
- ๔.๘ จัดประชุมวิชาการเรื่องความปลอดภัยทางถนนระดับชาติ เป็นประจำทุกสองปี โดยสร้างความร่วมมือ และความเป็นเจ้าของร่วมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

๕. กลุ่มแผนงานการจัดการภัยพิบัติ

- ๕.๑ สร้างองค์ความรู้ทางวิชาการด้านการบริหารจัดการภัยพิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ การพัฒนางานวิจัยเพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อตอบสนองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และการนำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในมิติต่างๆ ตั้งแต่ การป้องกันหรือลดผลกระทบ การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ การตอบสนองเมื่อเกิดภัยและการฟื้นฟูหลังประสบภัยพิบัติ และการสกัดความรู้ทางวิชาการด้านการบริหารจัดการภัยพิบัติ รวมถึงประเด็นภัยจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ทั้งจากเครือข่ายและการทำงานในพื้นที่และจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นด้านการนำไปใช้ประโยชน์ เช่น การจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์เผยแพร่ความรู้เรื่องภัยพิบัติสู่เครือข่าย/ชุมชน มาตรการของชุมชน ท้องถิ่นในการป้องกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว
- ๕.๒ สร้างเครือข่ายความร่วมมือทางด้านวิชาการกับผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการภัยพิบัติ ในหน่วยงานต่างๆ ทั้งจากภาคสังคม ภาควิชาการ และภาคนโยบาย ทั้งในและต่างประเทศ เช่น กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย มหาวิทยาลัยต่างๆ ตลอดจน Asian Disaster Preparedness Center (ADPC) และองค์การอนามัยโลก (WHO)
- ๕.๓ สนับสนุนการสร้างเครือข่ายพื้นที่นำร่อง/ต้นแบบที่มีการจัดการเชิงระบบในระดับจังหวัด โดยเสริมสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับภาคประชาสังคมและท้องถิ่น ในการรับมือภัยพิบัติอย่างเป็นรูปธรรมโดยมีชุมชนและเครือข่ายเป็นแกนหลัก ซึ่งมีแผน ป้องกันการเกิดภัย แผนเตรียมความพร้อมรับมือภัย และแผนการฟื้นฟูหลังประสบภัย และเกิดบทเรียนภาคปฏิบัติระดับชุมชนสำหรับการประยุกต์ใช้ในการรับมือภัยพิบัติครั้งต่อไป และสามารถนำไปเผยแพร่ให้ชุมชนอื่นปฏิบัติต่อไปได้ รวมถึงการขยายประเด็นการทำงาน ให้ครอบคลุมการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว
- ๕.๔ เชื่อมโยงเครือข่ายนักวิชาการเพื่อสนับสนุนการทำงานเชิงวิชาการให้กับกลไกภาคีเครือข่ายความร่วมมือเพื่อทำหน้าที่ลดทอนความเสี่ยงภัย/จัดการภัยในระดับพื้นที่ตามความต้องการ และความจำเป็น อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนสนับสนุนให้เกิดการสรุปบทเรียนจากความรู้ เชิงปฏิบัติการในการลดทอนความเสี่ยงภัยและการจัดการภัยในสถานการณ์จริง
- ๕.๕ สนับสนุนการสร้างเครือข่ายองค์กรสาธารณประโยชน์ นักวิชาการ ภาคประชาชน และ เครือข่ายอาสาสมัคร/จิตอาสา ให้มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างกระบวนการจัดการภัยพิบัติ ของประเทศให้มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการรับมือกับภัยพิบัติ การช่วยเหลือ ฟื้นฟูพื้นที่ประสบภัย และการเชื่อมโยงการทำงานกับภาครัฐ
- ๕.๖ พัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายภาคีในการทำงานป้องกันการจมน้ำของเด็ก โดย (๑) เฝ้าระวัง และติดตาม สถานการณ์ การจมน้ำ ตลอดจนการประเมินผลประสิทธิภาพมาตรการ ต่างๆ หรือการดำเนินงานต่างๆ (๒) พัฒนามาตรการด้านตัวบุคคล เช่น การพัฒนาหลักสูตร Survival swimming การจัดโปรแกรม Survival swimming การให้คำแนะนำแก่

ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก/เด็กในชุมชน การปฐมพยาบาล (๓) มาตรการด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงในบ้าน ละครบ้าน ในชุมชน การดำเนินงานในศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก และสถานศึกษา (๔) มาตรการด้านกฎหมายและการบังคับใช้ เช่น การใช้เสื้อชูชีพ ความปลอดภัยในสระว่ายน้ำ (ริ้ว Lifeguard อุปกรณ์ในการช่วยเหลือ ฯลฯ)

๕.๗ สร้างความตระหนักรู้เรื่องการเฝ้าระวังภัยพิบัติ การช่วยเหลือตนเองและบุคคลใกล้ชิด เบื้องต้นอย่างมีสติในการรับมือสถานการณ์ภัยพิบัติรูปแบบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในประเทศไทย รวมถึงการสร้างความตระหนักต่อปัญหาเด็กจมน้ำ และแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการจมน้ำในเด็ก

๖. กลุ่มแผนงานด้านการลดปัญหาจากการพนัน

การพัฒนาเครือข่ายการทำงานเพื่อสนับสนุนการสร้างความตระหนักต่อปัญหาผลกระทบจากการพนัน การปกป้องเด็กและเยาวชน และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่มีทิศทางไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน โดย

๖.๑ การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้แบบเท่าทันและตระหนักถึงปัญหาการพนัน โดยเสริมความเข้มแข็งให้กลไกการจัดการในการประสานการดำเนินงานด้านวิชาการ เพื่อมุ่งเน้นการดำเนินการดังนี้

(๑) สร้างความรู้ โดยการสนับสนุนทุนวิจัย ๔ มิติ ได้แก่ อุปสงค์ อุปทาน ผลกระทบ และมาตรการทางกฎหมาย โดยเน้นองค์ความรู้ที่ยังมีข้อมูลน้อย อาทิ การศึกษาสถานการณ์การพนันและตัวชี้วัดระดับจังหวัด การศึกษาพลวัตการพนันบริเวณพื้นที่ชายแดน การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอุตสาหกรรมกีฬากับการพนัน การศึกษาวิจัยเชิงลึกเฉพาะกลุ่มเป้าหมายสำคัญ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแรงงาน กลุ่มเด็กและเยาวชน ตลอดจนการศึกษาเชิงลึกเฉพาะประเภทการพนัน ได้แก่ การพนันในบุญประเพณี การพนันออนไลน์ การพนันกับกีฬา

(๒) การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายนักวิจัย/นักวิชาการ ภาควิชาที่ทำงานด้านการลดผลกระทบจากพนัน โดยพยายามสร้างความเชื่อมโยงกับสถาบันการศึกษา/องค์กรภาคต่างๆ ตั้งแต่ นักวิชาการสาขาวิชาต่างๆ ในมหาวิทยาลัย จนถึงการศึกษาในระดับชุมชน และการมีปฏิบัติการต่างๆ เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสานสัมพันธ์ระหว่างนักวิจัย/นักวิชาการและภาควิชาเครือข่าย รวมถึงการนำเสนอผลงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้งานทั้งในประเทศและต่างประเทศ

(๓) การเผยแพร่องค์ความรู้ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของภาควิชาเครือข่ายด้านการลดผลกระทบจากพนัน ได้แก่ การจัดทำเว็บไซต์ “www.gamblingstudy-th.org” การสื่อสารผ่าน social network ที่เฟซบุ๊ก “ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน” การจัดทำจุลสาร “ทันเกม” และเอกสารเผยแพร่หลากหลายรูปแบบการจัดประชุมวิชาการ/สัมมนา เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยต่อสาธารณะและการเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อสารมวลชน

๖.๒ การพัฒนาเครือข่ายเพื่อการรณรงค์และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่มีทิศทางไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน มีหน่วยงานทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพร่วมในการจัดระเบียบนโยบาย มาตรการ และกลไกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อมุ่งสู่การลดผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและเยาวชน โดยเสริมความเข้มแข็งให้กับกลไกการจัดการในการประสานการดำเนินงานด้านการเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบาย เพื่อมุ่งเน้นการดำเนินการดังนี้

- (๑) รณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อกระตุ้นให้เกิดการตระหนักของสังคมถึงปัญหาจากการพนัน ผลกระทบที่เกิดขึ้น การเห็นความสำคัญของการร่วมลดปัญหาการพนันในสังคมไทย และการรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมที่ส่งเสริมการพนัน การพลิกมุมมองใหม่ในการแก้ปัญหาการเล่นพนันจนเกิดผลเสีย (harmful use) รวมถึงการเชื่อมประสานการทำงานกับกองทุนสลากเพื่อพัฒนาสังคมในการร่วมสนับสนุนทุนดำเนินการ
- (๒) ขยายและเสริมศักยภาพภาคีเครือข่ายในการทำงาน รวมถึงการขยายแนวร่วมและพัฒนาศักยภาพหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเครือข่ายสื่อสาธารณะ เพื่อสนับสนุนนโยบาย มาตรการต่างๆ เพื่อให้เกิดการควบคุมทางด้านอุปทาน การลดอุปสงค์ และการลดผลกระทบของการพนัน ตลอดจนการสนับสนุนให้เกิดกลไกการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาจากการพนันในระดับชาติ
- (๓) พัฒนาให้เกิดกลไกการเฝ้าระวังทั้งด้านนโยบายสาธารณะที่อาจส่งผลกระทบต่อการเพิ่มพื้นที่การพนัน การเล่นพนันที่ก่อให้เกิดหนี้สิน และด้านการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการสร้างกลไกป้องกันแก้ไขปัญหารวมถึงการสนับสนุน ติดตาม ผลักดันการปรับปรุงร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาการพนัน โดยครอบคลุมหลักการที่จะไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน อาทิ ร่างพระราชบัญญัติสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ. ร่างพระราชบัญญัติการพนันฉบับ พ.ศ. (ฉบับประชาชน)
- (๔) เชื่อมประสานการทำงานร่วมกับกรมสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาแนวทางและระบบจัดบริการเพื่อให้คำปรึกษา/บำบัดให้กับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาการพนัน

ภาคีหลัก

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร กระทรวงคมนาคม สมาคมวิทยาการจราจรและขนส่งแห่งประเทศไทย กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักโรคไม่ติดต่อ สถาบันป้องกัน

ควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค สำนักสาธารณสุขสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข สำนักการจราจรและขนส่ง กรุงเทพมหานคร มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย มูลนิธิเมาไม่ขับ ชมรมคนห่วงหัว มูลนิธิเพื่อความปลอดภัยทางถนน คณะทำงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรระดับจังหวัด โรงพยาบาลขอนแก่น มูลนิธิไทยโรดส์ สถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค สำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ สมาคมหมออนามัย มูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย สถาบันอิศรา สันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย สถาบันพัฒนาองค์กรเอกชน บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ บริษัทประกันภัย สื่อมวลชน ภาคธุรกิจเอกชนต่างๆ

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก โรงพยาบาลรามาธิบดี สมาคมปลอดภัยไว้ก่อน สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยแห่งประเทศไทย มูลนิธิเพื่อการบริหารจัดการน้ำแบบบูรณาการ มูลนิธิชุมชนไท มูลนิธิกสิกรรมธรรมชาติ ศูนย์กสิกรรมธรรมชาติ สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาฯลฯ

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เครือข่ายรณรงค์หยุดพนัน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ กรมสุขภาพจิต ธนาคารอาคารสงเคราะห์ เครือข่ายนักวิชาการสาขาต่างๆ เครือข่ายสื่อมวลชน เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายที่ทำงานกับเด็กและเยาวชน เครือข่ายสื่อออนไลน์ กองทุนพัฒนาสื่อสร้างสรรค์ กองทุนสลากเพื่อพัฒนาสังคมฯลฯ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานการพัฒนานโยบายและสร้างเป้าหมายร่วม	๓๒
๒. กลุ่มแผนงานการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์	๕๕
๓. กลุ่มแผนงานการพัฒนาโครงสร้างและการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่	๙๕
๔. กลุ่มแผนงานการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร	๒๘
๕. กลุ่มแผนงานการจัดการภัยพิบัติ	๔๕
๖. กลุ่มแผนงานการลดปัญหาจากการพนัน	๕๕
รวม	๓๑๐

๖

แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

สถานการณ์และแนวโน้ม

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในแผนนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ นอกเหนือไปจากปัจจัยเสี่ยงหลักที่ สสส. กำหนดไว้ในแผนเฉพาะแล้ว ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุทางถนนและอุบัติเหตุ การขาดการออกกำลังกาย และปัจจัยเสี่ยงด้านอาหาร นอกจากนั้น การเลือกประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเพื่อดำเนินการในแผนนี้ จะเน้นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนจำนวนมาก และมีแนวทางที่สามารถขับเคลื่อนได้ตามวัตถุประสงค์และยุทธศาสตร์ของ สสส. โดยใช้ทรัพยากรอย่างจำกัด มุ่งขับเคลื่อนในประเด็นการดำเนินงานที่เป็นจุดคานงัด เพื่อควบคุมหรือลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในระยะแผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ ยังคงกรอบการดำเนินงานใน ๔ แผนงาน คือ (๑) แผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ (๒) แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต (๓) แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา (๔) แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

ทั้งนี้ การดำเนินงานของทั้ง ๔ แผนงาน ในระยะที่ผ่านมา สามารถขับเคลื่อนในทิศทางที่สอดคล้องต่อการบรรลุเป้าหมายเฉพาะในระยะ ๑๐ ปีของ สสส. ที่กำหนดไว้ โดยมี ๒ แผนงานที่ตอบเป้าหมายเฉพาะโดยตรง ๒ ข้อ คือ (ข้อ ๓) การลดอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีใหม่ และ (ข้อ ๘) การเพิ่มสัดส่วนของคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีความสุขในการดำรงชีวิต (วัดด้วยอัตราร้อยละของคนไทยที่มีคะแนนสุขภาพจิตในระดับปกติขึ้นไป) โดยผลการรวบรวมและวิเคราะห์ สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับทั้ง ๔ แผนงานดังกล่าว มีสาระสำคัญ สรุปได้ดังนี้

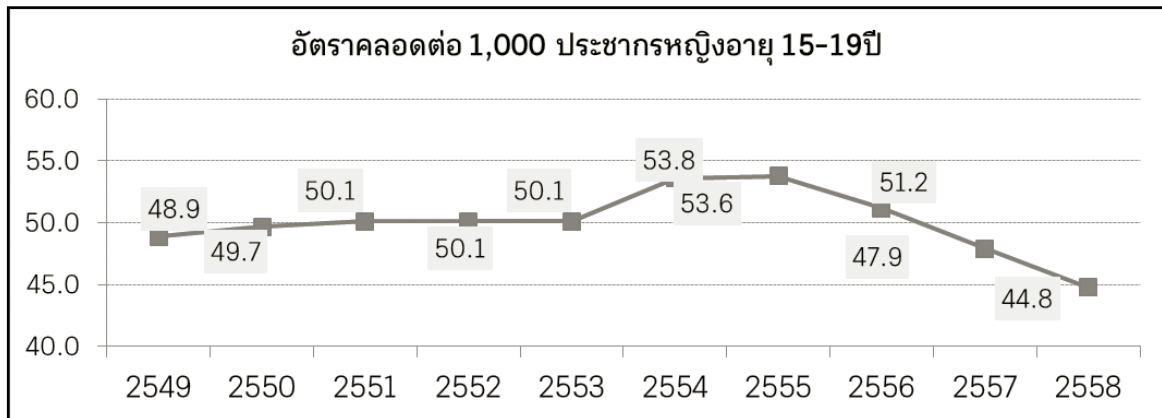
๑. สถานการณ์ และแนวโน้ม ที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

๑.๑ สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : อัตราการคลอดในวัยรุ่นเริ่มลดลงอย่างช้าๆ

อัตราการคลอดในวัยรุ่นกลุ่ม ๑๕ - ๑๙ ปี เพิ่มขึ้นสูงสุดในปี ๒๕๕๕ ที่ ๕๓.๘ คนต่อประชากรหญิงช่วงอายุเดียวกัน ๑,๐๐๐ คน และเริ่มมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง เป็น ๔๔.๘ คนต่อประชากรหญิงช่วงอายุเดียวกัน ๑,๐๐๐ คน ในปี ๒๕๕๘ (มีแม่วัย ๑๕ - ๑๙ ปี ๑๐๑,๓๐๑ คนในปี ๒๕๕๘)^{๔๐} แต่ยังคงอยู่ในอัตราที่สูงเมื่อเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ

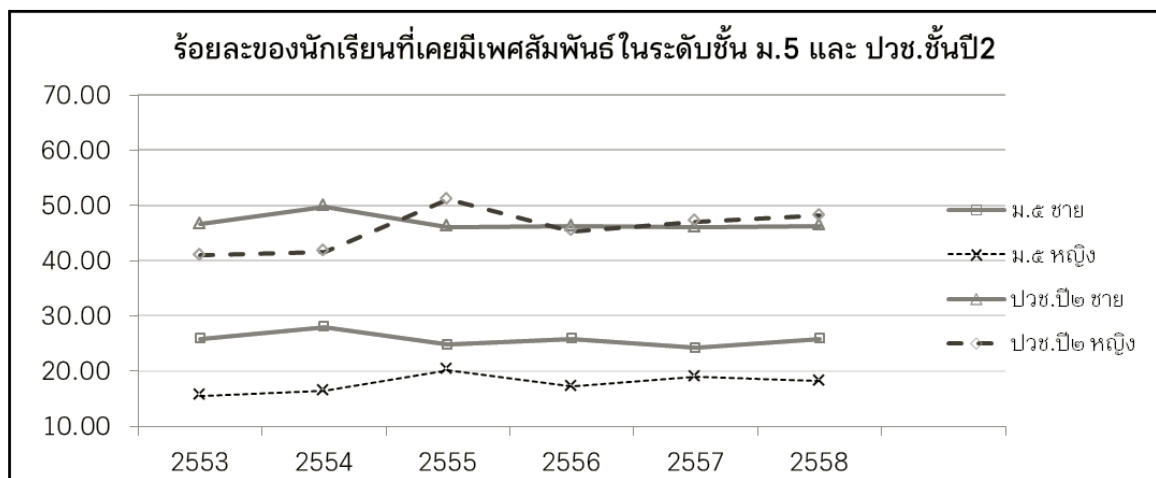
^{๔๐} สำนักอนามัยอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

ภาพที่ ๑ แสดงอัตราตลอดต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี (ข้อมูลจากกรมอนามัย)



๑.๒ อัตราการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มคงที่ ขณะที่อัตราการใช้ถุงยางอนามัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่สามารถลดโรคได้

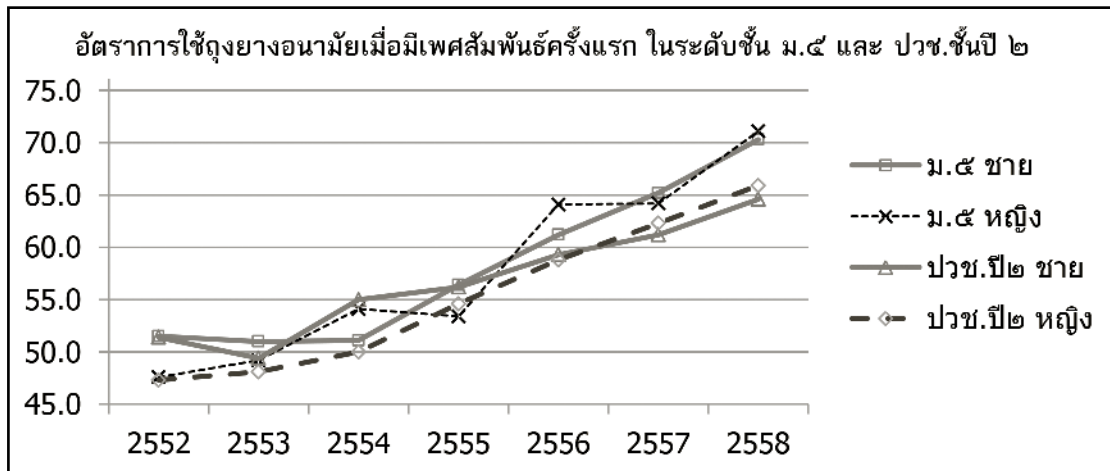
ภาพที่ ๒ แสดงอัตราการเคยมีเพศสัมพันธ์ ในระดับชั้น ม.๕ และ ปวช.ชั้นปี ๒ (ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค)



อัตราการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มคงที่ในอัตราค่อนข้างสูง โดยผลสำรวจในปี ๒๕๕๘ พบว่าระดับ ปวช.ปี ๒ ทั้งชายและหญิง มีอัตราใกล้เคียงกันที่ร้อยละ ๔๗ ส่วนในนักเรียนชั้น ม.๕ ชายและหญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วคิดเป็นร้อยละ ๒๕.๔ และ ๑๘.๒ ตามลำดับ

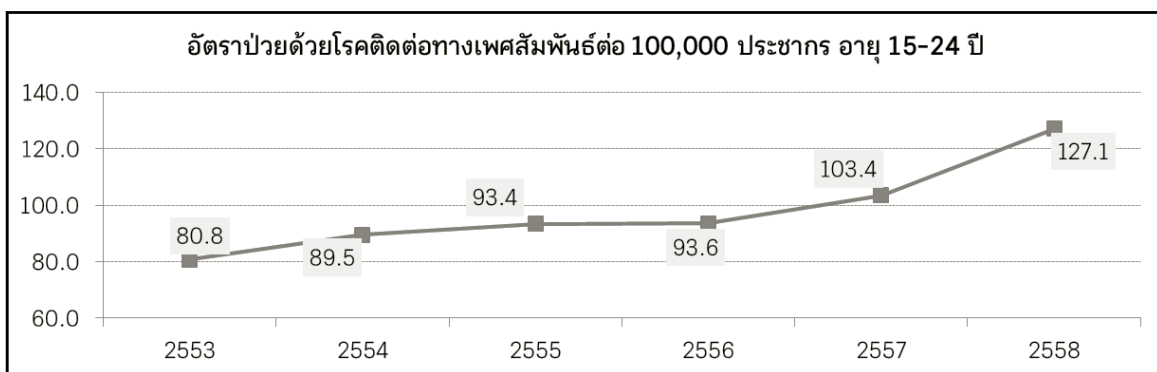
อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ๒๕๕๘ นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ ๕ ที่มีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ ๗๐ มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ส่วนในนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นปวช.ปี ๒ มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ ๖๕

ภาพที่ ๓ แสดงอัตราการใช้อย่างอนามัยในระดับชั้น ม.๕ และ ปวช.ชั้นปี ๒ (ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค)



แม้อัตราการใช้อย่างอนามัยจะเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง แต่อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี กลับยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง บ่งชี้ว่า มีความจำเป็นต้องหาแนวทางเพิ่มอัตราการเข้าถึงและเพิ่มอัตราการใช้อย่างอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นให้มากยิ่งขึ้น เพื่อลดผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยลงให้ได้โดยเร็ว

ภาพที่ ๔ แสดงอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี (กรมควบคุมโรค)



๑.๓ ความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในภาพรวมของประเทศ

- (๑) สปสช. เพิ่มสิทธิประโยชน์ การใชยาฝังคุมกำเนิดในวัยรุ่นหญิง ซึ่งเป็นการคุมกำเนิดถาวรที่มีประสิทธิภาพสูง และอัตราการใช้มีเพิ่มขึ้นมากในปี ๒๕๕๙
- (๒) อย. อนุญาตให้มีการขึ้นทะเบียนยาคุมกำเนิด (รค. ๒๕๕๗) และกรมอนามัยได้จัดระบบการขึ้นทะเบียนและจัดอบรมการใชยาให้กับบุคลากรของหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเพื่อใชยานี้ รวมถึงในปี ๒๕๕๙ สปสช. ได้ให้การสนับสนุนตัวยาดังกล่าวให้กับกรมอนามัย

- (๓) นับแต่ปี ๒๕๕๗ สสส. สนับสนุนให้มีการพัฒนาบริการ “สายด่วน ๑๖๖๓” ให้คำปรึกษาและประสานการส่งต่อวัยรุ่นและสตรีที่ประสบปัญหาจากการตั้งครรภ์ และในปี ๒๕๕๙ ได้เชื่อมต่อกับเครือข่ายหน่วยบริการ (ทั้งการฝากครรภ์ต่อและการยุติการตั้งครรภ์) ส่งผลให้ผู้ประสบปัญหาการตั้งครรภ์มีโอกาสมากขึ้นในการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและถูกกฎหมาย โดยมีผู้รับคำปรึกษาเดือนละกว่า ๘๐๐ ราย
- (๔) นับแต่ปี ๒๕๕๘ สสส. ได้สนับสนุนการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด ตามกรอบ “ภารกิจ ๙ ด้าน” ใน ๒๐ จังหวัด (รวมกรุงเทพมหานคร) ซึ่งผลการประเมิน พบว่า หัวใจสำคัญของความสำเร็จอยู่ที่การ “บูรณาการ” การทำงานระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรูปแบบที่ได้ผลดีที่สุด ต้องทำแบบ “ร่วมคิด ร่วมงาน รวมคน รวมเงิน” เน้นประสานการทำงานในแนวราบมากกว่าแนวดิ่ง โดยมีเป้าหมายคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง

บทเรียน ประสบการณ์ และชุดความรู้ ที่สังเคราะห์จากการดำเนินงานนี้ สสส. ภาคี และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้นำมาใช้สนับสนุนข้อมูลในการพัฒนา ร่างพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมถึงใช้เพื่อสื่อสารสร้างแรงสนับสนุนการผลักดันพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว และใช้พัฒนาร่างยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว

- (๕) สนช.ได้ผ่าน พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ และ ครม. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการระดับชาติ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าว ได้จัดให้มีกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์ชาติในเรื่องนี้ สสส. และภาคีได้ร่วมสนับสนุนการพัฒนาร่างยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙ โดยมีเป้าหมายลดอัตราการคลอดของวัยรุ่นลงครึ่งหนึ่ง (ไม่เกิน ๒๕ ต่อพันประชากรวัยรุ่นหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี เมื่อสิ้นแผน) ซึ่ง ครม. ได้พิจารณาให้ความเห็นชอบแล้ว (๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐)
- (๖) ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ สสส. ประสานให้ภาคีแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ ทำงานร่วมกับฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม พัฒนาการณรงค์สื่อสารประเด็น “โอกาสทองคุยเรื่องเพศกับลูก” เพื่อสร้างทัศนคติและเสริมทักษะการสื่อสารเชิงบวกรวมถึงทักษะการพูดคุยเรื่องสุขภาวะทางเพศในครอบครัว ซึ่งมีส่วนช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว (ชุดการสื่อสารประกอบด้วย (๑) แบบประเมินความพร้อมคุยเรื่องเพศกับลูก (๒) คอร์สอบรมหลักสูตร “พลิกมุมมองเรื่องเพศ คุยกับลูกเชิงบวก” (๓) คู่มือ “โอกาสทองคุยเรื่องเพศกับลูก” (๔) เว็บไซต์ คุยเรื่องเพศ.com (๕) รายการทีวี “Sexpert Family” ออกอากาศในช่วง มิถุนายน - สิงหาคม ๒๕๕๙)

๑.๔ สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี : ในภาพรวมผู้ติดเชื้อรายใหม่ และผู้เสียชีวิตจากเอดส์ลดจำนวนลงทุกปี แต่มีแนวโน้มการติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นในกลุ่มเยาวชน

สถานการณ์เมื่อถึงสิ้นปี ๒๕๕๘ โดยใช้แบบจำลอง AIDS Epidemic Model และ Spectrum (เมื่อเมษายน ๒๕๕๙) คาดประมาณว่า ในปี ๒๕๕๘ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ ๖,๙๐๐ คน (เฉลี่ยวันละ



ประมาณ ๑๔ คน) จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี ๒๕๕๘ ลดลงร้อยละ ๗๗ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๔๓ ที่มีประมาณ เกือบ ๓๐,๐๐๐ คน และลดลงมากกว่าร้อยละ ๙๕ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๓๓ ที่มีผู้ติดเชื้อใหม่ถึงกว่า ๑๕๐,๐๐๐ คน ในส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตในปี ๒๕๕๘ ประมาณว่ามี ๑๖,๑๐๐ คน จำนวนผู้เสียชีวิตลดลงร้อยละ ๗๑ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๔๓ ที่เคยเสียชีวิตกว่า ๕๕,๕๐๐ คน อันเป็นผลจากการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งได้จากงบประมาณที่รัฐจัดสรรให้ทุกปี

เมื่อสิ้นปี ๒๕๕๘ ประมาณว่า ประเทศไทยยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตทั้งหมด ๔๓๗,๗๐๐ คน แยกเป็น เพศหญิง ๑๘๑,๖๐๐ คน เพศชาย ๒๕๖,๑๐๐ คน คิดเป็นความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใหญ่เพศชายร้อยละ ๑.๑ ผู้ใหญ่เพศหญิงร้อยละ ๐.๗ รายละเอียดแสดงตามตารางที่ ๑^{๕๑}

จากข้อมูลดังกล่าว บ่งชี้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่โดยรวมในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่การ ติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ที่มีอายุน้อย และกลุ่มทหารคัดเลือก ใหม่เข้ากองประจำการ อายุ ๒๐ - ๒๔ ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจพฤติกรรมในกลุ่มเยาวชน ที่พบการ มีคู่เพศสัมพันธ์หลายคนและการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มที่วัยรุ่นอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี มีอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากอัตราป่วย ๘๐.๘ เป็น ๑๒๗.๑ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๕๓ ถึงปี ๒๕๕๘

ตารางแสดงการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิต จำแนกรายปี (โดยใช้แบบจำลอง AIDS Epidemic Model)

	๒๕๔๘	๒๕๕๓	๒๕๕๘	๒๕๖๓	๒๕๖๘	๒๕๗๓
ผู้ใหญ่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป						
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	๕๒๔,๑๓๕	๔๗๗,๗๕๓	๔๓๓,๖๓๕	๓๘๕,๑๑๕	๓๓๔,๓๒๙	๒๘๙,๑๔๙
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่	๑๗,๒๔๔	๑๑,๐๘๕	๖,๗๕๙	๕,๐๑๔	๔,๒๖๔	๓,๗๓๖
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต	๓๓,๖๒๗	๑๙,๖๑๐	๑๖,๐๕๔	๑๔,๗๕๘	๑๔,๒๘๐	๑๒,๑๕๗

๒. สถานการณ์ และแนวโน้ม ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพจิต

๒.๑ เด็กปฐมวัย : ๑ ใน ๔ ของเด็กวัย ๑ - ๕ ปี มีพัฒนาการล่าช้า^{๕๒}

จากการสำรวจพัฒนาการเด็กอายุ ๑-๕ ปี ของศูนย์อนามัยที่ ๓ กรมอนามัย ในปี ๒๕๕๗ โดยเครื่องมือ Denver II พบว่า เป็นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ากว่าวัย ร้อยละ ๒๗.๕ หรือคาดประมาณ ๑ ล้านคน ทั่วประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๗) จากพัฒนาการทั้ง ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านส่วนตัวและสังคม ด้าน การใช้กล้ามเนื้อเล็ก ด้านการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ และด้านภาษา พัฒนาการที่มีความล่าช้ามากที่สุด คือ พัฒนาการทางด้านภาษา ร้อยละ ๒๓.๗ (ศูนย์อนามัยที่ ๓, ๒๕๕๗) ซึ่งพัฒนาการดังกล่าวมีความสัมพันธ์ กับความสามารถทางสติปัญญา

^{๕๑} ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๓

^{๕๒} เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐ (๑๓ มกราคม ๒๕๖๐) รายงาน การทบทวนสถานการณ์และแนวโน้มการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตประกอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงของแผนฯ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) โดย สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต ได้สำรวจระดับสติปัญญา (IQ)^{๕๓} ของเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ ๑ จำนวน ๒๔,๔๘๓ คน จากทั้งประเทศพบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๙๘.๒๓ (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๕๙) ซึ่งถือเป็นค่าสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ค่อนข้างต่ำ โดยมีเด็กที่สติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ (IQ ๙๐ - ๑๐๙) จำนวนร้อยละ ๔๐.๕ ซึ่งไม่ถึงครึ่งหนึ่งของทั้งประเทศ นอกจากนี้ มีเด็กสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (IQ < ๙๐) จำนวนร้อยละ ๓๑.๘ รวมทั้งพบว่า ยังมีเด็กกลุ่มที่มีปัญหาระดับสติปัญญาบกพร่อง (IQ < ๗๐) อยู่ถึงร้อยละ ๑๖ เมื่อเทียบกับมาตรฐานสากลคือไม่ควรเกินร้อยละ ๒

ในส่วนของความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ ๑ จำนวน ๒๓,๒๗๔ คน พบว่า เด็กร้อยละ ๖๔.๑ มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ และมีเด็กร้อยละ ๑๓.๐ ที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าปกติ

๒.๒ โรคซึมเศร้ายังเป็นภาระโรคที่สำคัญ โดยเฉพาะในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น

องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์แนวโน้มสถานการณ์โรคซึมเศร้าว่าจะเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์สูงสุด อันดับที่ ๒ รองจากโรคหัวใจ ในปี ๒๕๖๓ และคาดว่าในปี ๒๕๗๓ โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุอันดับที่ ๑ ของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรโลก ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของเด็กและเยาวชนวัย ๑๐ - ๒๔ ปีทั่วโลกที่สูงถึง ๒.๖ ล้านคนต่อปี พบว่า ๑ ใน ๓ มีสาเหตุจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งพบความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า^{๕๔} ส่วนประเทศไทยพบข้อมูลจากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๖^{๕๕} พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) อันดับที่ ๑ ในเพศหญิง และ อันดับที่ ๓ ในเพศชาย ซึ่งเป็นอันดับที่สูงขึ้นจากผลสำรวจปี ๒๕๕๒ ที่โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ อันดับที่ ๓ ในเพศหญิง และ อันดับที่ ๘ ในเพศชาย

๒.๓ ร้อยละของผู้ที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีความสุขมีแนวโน้มลดลง

จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-economic Survey : SES)^{๕๖} ในปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗ และการสำรวจภาวะทำงานของประชากรในปี ๒๕๕๘ โดยผนวกแบบประเมินสุขภาพจิตคนไทย^{๕๗} ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยทีมวิชาการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และจัดทำเป็นรายงานผลสำรวจความสุขคนไทย (สุขภาพจิต) พบว่า ร้อยละของคนไทยที่มีคะแนนความสุขต่ำกว่าเกณฑ์ทั่วไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๑.๒ และ ๑๕.๖ ในปี ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗ เป็นร้อยละ ๑๖.๔ ในปี ๒๕๕๘ แสดงให้เห็นว่าอัตราส่วนคนไทยที่มีความสุขมีแนวโน้มลดลง

๒.๔ แรงงานนอกระบบ เป็นกลุ่มที่มีระดับความสุขต่ำกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ

ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี ๒๕๕๙ จากจำนวนผู้มีงานทำ ๓๘.๓ ล้านคนเป็นแรงงานนอกระบบ ๒๑.๓ ล้านคน (ร้อยละ ๕๕.๖) และในระบบ ๑๗ ล้านคน (ร้อยละ ๔๔.๔) แรงงานในระบบส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอายุ ๒๐ - ๓๙ ปี แต่เมื่ออายุมากขึ้น (มากกว่า ๔๕ ปี) จะมีแนวโน้มเป็นแรงงานนอกระบบมากกว่า

^{๕๓} เอกสารประกอบการประชุมนำเสนอผลการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ประจำปี ๒๕๕๙ ของกรมสุขภาพจิต ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ วันที่ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๙

^{๕๔} WHO, ๒๐๐๔

^{๕๕} รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๖.สำนักงานพัฒนานโยบายและสุขภาพระหว่างประเทศ. ๒๕๕๘.

^{๕๖} การสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

^{๕๗} อภิชัย มงคล และคณะ. ๒๕๔๗. การพัฒนาและทดสอบดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ซึ่งแรงงานนอกระบบที่มีสถานภาพการทำงานเป็นลูกจ้าง (outsource) จะได้รับค่าจ้างเฉลี่ยต่ำกว่าแรงงานในระบบถึง ๒.๒ เท่า และยังพบว่ามีปัญหาจากการทำงานที่แรงงานนอกระบบต้องการให้ภาครัฐช่วยเหลือมากที่สุด คือ ปัญหาเกี่ยวกับค่าตอบแทนร้อยละ ๕๒.๘ รองลงมาเป็นการทำงานหนัก ร้อยละ ๑๗.๑ และงานที่ไม่ได้รับการจ้างอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ ๑๖.๖ และอื่นๆ เช่น ไม่มีสวัสดิการ ไม่มีวันหยุด ทำงานไม่ตรงเวลาปกติ ชั่วโมงทำงานมากเกินไป และลาพักผ่อนไม่ได้ เป็นต้น^{๕๔}

๒.๕ รายงานความสุขสากลประจำปี ๒๕๖๐ : ประเทศไทยมีระดับความสุขดีขึ้น ๒ อันดับ

รายงานความสุขสากลประจำปี ๒๕๖๐ (World Happiness Report 2017) ที่เผยแพร่เมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๐ โดยเครือข่ายทางออกเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDSN) ภายใต้องค์การสหประชาชาติ (United Nations) รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นเตือนให้ประเทศต่างๆ ไม่ว่าจะร่ำรวยหรือยากจน ให้เร่งแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำและปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ด้วยการปรับเปลี่ยนนโยบายของรัฐ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชากรโลก ผลวิจัยนี้ใช้ข้อมูลการจัดอันดับของ Gallop World Poll โดยนำตัวแปรด้านต่างๆ มาวิเคราะห์ ได้แก่ (๑) จิตพิต่อหัวประชากร (๒) ความช่วยเหลือทางสังคม (๓) สุขภาวะและอายุเฉลี่ยประชากร (๔) การมีโอกาสและทางเลือกในชีวิต (๕) ความเอื้ออาทรทางสังคม (๖) ดัชนีคอร์รัปชัน โดยผลการวิเคราะห์ได้จัดให้ประเทศไทยอยู่อันดับที่ ๓๒ มีความสุขเพิ่มขึ้น ๒ อันดับจากปี ๒๕๕๙ (คะแนน ๖.๔๒๔) และเมื่อพิจารณาในกลุ่มประเทศอาเซียนด้วยกันพบว่า ประเทศสิงคโปร์อยู่ลำดับสูงที่สุด (อันดับที่ ๒๖) รองลงมาคือ ประเทศไทย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย เวียดนาม พม่า และกัมพูชา ตามลำดับ^{๕๕}

ในรายงานฉบับนี้ได้ระบุความสำคัญของการมีสุขภาพจิตที่ดี โดยรายงานพบว่า ในประเทศร่ำรวย ความแตกต่างของระดับความสุขในประเทศนั้นๆ ไม่ได้ขึ้นกับรายได้เป็นหลัก แต่ขึ้นอยู่กับสุขภาพจิต สุขภาพกาย และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยที่ความเจ็บป่วยทางจิตเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขมากที่สุด (ทำให้ทุกข์มาก) ขณะที่ในประเทศยากจน ความแตกต่างของรายได้ส่งผลต่อระดับความสุขมากกว่า แต่แม้กระนั้น ความเจ็บป่วยทางจิตก็ยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขมากที่สุด (In richer countries the within-country differences are not mainly explained by income inequality, but by differences in mental health, physical health and personal relationships: the biggest single source of misery is mental illness. Income differences matter more in poorer countries, but even there mental illness is a major source of misery.) บ่งชี้ว่า การส่งเสริมและสนับสนุนให้คนส่วนใหญ่ของประเทศ มีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตได้ จะส่งผลอย่างมากต่อการมีความสุขของคนในประเทศ

^{๕๔} การสำรวจแรงงานนอกระบบ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ๒๕๕๙

^{๕๕} World Happiness Report 2017. The Sustainable Development Solutions Network (SDSN) is commissioned by United Nations.



๒.๖ การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพจิต

ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ระบุว่า พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ฉบับปรับปรุงแก้ไข อยู่ระหว่างกระบวนการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา โดยมีการเพิ่มเติมข้อกฎหมายที่เอื้อต่อการดำเนินงานและเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันมากขึ้น ให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองตามสิทธิที่พึงมี ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงได้ระบุบทบาทคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ในการสร้างเสริมศักยภาพประชาชนให้มีสุขภาพจิตดี ส่งเสริมบทบาทของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพจิตให้มีความเข้มแข็ง พัฒนาการบริการและวิชาการสุขภาพจิตให้มีคุณภาพและเข้าถึงง่าย รวมถึงสร้างกลไกในการพัฒนางานสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ หากพระราชบัญญัติสุขภาพจิตได้รับการแก้ไขสอดคล้องตามหลักการดังกล่าวจะเป็นโอกาสในการสนับสนุนให้งานสร้างเสริมสุขภาพจิตมีโอกาสขับเคลื่อนได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ผ่านบทบาทความร่วมมือของภาคส่วนอื่นๆ นอกเหนือจากโครงสร้างต่างๆ ที่มีในระบบสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันยังเน้นหนักในด้านการบำบัดรักษา โดยในปี ๒๕๕๘ มีผู้ป่วยโรคจิตที่เข้าถึงบริการรายน้อยละ ๕๗ ส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ ๔๓^{๙๐} หากสามารถสนับสนุนให้ประชากรส่วนใหญ่รักษาการมีสุขภาพจิตที่ดีไว้ได้ จะมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยด้านจิตเวช มีโอกาสเข้าถึงบริการได้มากยิ่งขึ้นในอนาคต

ทั้งนี้ ในปี ๒๕๖๐ คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ได้กำหนดให้มีการจัดทำยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ ๒๐ปี (๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ซึ่งคาดว่าจะการจัดทำร่างยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ จะแล้วเสร็จและเสนอให้ ครม. พิจารณาได้ ภายในปี ๒๕๖๐

๓. สถานการณ์ และแนวโน้ม ของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

๓.๑ สถิติการรับเรื่องร้องเรียน

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ มีเรื่องร้องเรียนมาที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) รวมทั้งสิ้น ๑,๓๑๕ เรื่อง เป็นเรื่องเกี่ยวกับอาหารสูงถึงร้อยละ ๓๙ (ประเด็นการโฆษณาเกินจริง และฉลากอาหารไม่ระบุวันหมดอายุ) รองลงมาคือเรื่องยา ร้อยละ ๒๙.๖ (ขายยาโดยไม่ได้รับอนุญาต ยาชุด ยาหมดอายุ โฆษณาเกินจริง) และเรื่องเครื่องสำอาง ร้อยละ ๑๖.๓ (เกี่ยวกับฉลากเครื่องสำอาง และการใช้เครื่องสำอางแล้วแพ้)^{๙๑}

^{๙๐} รายงานผลการดำเนินงานกรมสุขภาพจิตประจำปี ๒๕๕๘

^{๙๑} http://newsser.fda.moph.go.th/hpsc/frontend/theme/view_info_operation.php?Submit=Clear&ID_Info_Operation=00000026 (สืบค้นเมื่อ ๘ เม.ย. ๒๕๖๐)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ – ๒๕๕๗ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ได้รับเรื่องร้องเรียนรวม ๔๖,๔๑๙ ราย (เฉลี่ยปีละ ๘,๐๐๐ ราย) แบ่งประเภทการร้องเรียนเป็น ๓ ประเภทตามลำดับที่มีการร้องเรียนมากที่สุด ได้แก่ (๑) ประเภทบริการร้อยละ ๓๗ (๒) ประเภทอสังหาริมทรัพย์และที่อยู่อาศัยร้อยละ ๓๒ และ (๓) ประเภทสินค้าอุปโภคและบริโภคร้อยละ ๓๑^{๖๒}

ประเด็นการร้องเรียนของผู้บริโภคนอกเหนือจาก สคบ. และ อย. ยังมีหน่วยงานอื่นๆ ซึ่งทำหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนจากผู้บริโภคในเรื่องที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานนั้น เช่น เรื่องเกี่ยวกับคุณภาพและมาตรฐานสินค้า มีสำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (สมอ.) เป็นหน่วยรับผิดชอบ ปัญหาราคาสินค้าอุปโภคบริโภค มีกรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์ เป็นหน่วยรับผิดชอบ ปัญหาด้านโทรคมนาคม มีสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) เป็นหน่วยรับผิดชอบ เป็นต้น ซึ่งในแต่ละหน่วยงานก็ยังพบการร้องเรียนจากผู้บริโภคจำนวนมาก เกี่ยวกับปัญหาความเดือดร้อนในด้านต่างๆ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นได้ชัดเจนว่า แม้จะมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคในด้านต่างๆ อยู่แล้ว แต่ยังไม่สามารถคุ้มครองผู้บริโภคไม่ให้ถูกละเมิดสิทธิได้เท่าที่ควร สถิติการร้องเรียน จึงยังคงมีในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง

นอกเหนือจากหน่วยงานรัฐดังกล่าว มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (มพบ.) ซึ่งเป็นองค์กรภาคเอกชน ไม่แสวงหากำไรได้ให้ข้อมูลว่า ในปี ๒๕๕๔ มีเรื่องร้องเรียนของผู้บริโภคมาที่ มพบ. (รวมถึงเครือข่ายใน ๔๔ จังหวัด) รวมทั้งสิ้น ๓,๖๒๒ เรื่อง เป็นปัญหาด้านบริการสุขภาพและสาธารณสุข ๖๘๐ เรื่อง ปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๔๕๐ เรื่อง^{๖๓} โดยในส่วนของกรรณียาหรือแก้ปัญหให้กับผู้มาร้องเรียนนั้น ในปี ๒๕๕๔ มพบ. และเครือข่ายได้รับเรื่องร้องเรียนรวม ๒,๔๘๕ เรื่อง ซึ่งสามารถช่วยเหลือกระทั่งสิ้นสุดการดำเนินการแล้ว ๑,๓๙๒ เรื่อง หรือเกินกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๕๖)^{๖๔} แสดงให้เห็นความสำคัญและศักยภาพขององค์กรผู้บริโภคภาคประชาชน ในการช่วยเหลือดูแลผู้บริโภคได้เป็นอย่างดี หากได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม

๓.๒ บทบัญญัติด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งผ่านการลงประชามติในปี ๒๕๕๙ และได้รับพระราชทานประกาศใช้เมื่อวันที่ ๖ เมษายน ๒๕๖๐ มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคโดยตรงใน ๒ มาตรา คือ

มาตรา ๔๖ บัญญัติว่า “สิทธิของผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครอง บุคคลย่อมมีสิทธิร่วมกันจัดตั้งองค์กรของผู้บริโภคเพื่อคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภค องค์กรของผู้บริโภคตามวรรคสองมีสิทธิร่วมกันจัดตั้งเป็นองค์กรที่มีความเป็นอิสระ เพื่อให้เกิดพลังในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภค โดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐ ทั้งนี้ หลักเกณฑ์และวิธีการจัดตั้ง อำนาจในการเป็นตัวแทนของผู้บริโภค และการสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐ ให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ”

^{๖๒} ระบบคุ้มครองผู้บริโภคแบบเบ็ดเสร็จ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค

^{๖๓} <http://www.posttoday.com/social/general/475031> (สืบค้นเมื่อ ๘ เม.ย. ๒๕๖๐)

^{๖๔} รายงานผลการดำเนินงานโครงการสร้างความเข้มแข็งกลไกการคุ้มครองผู้บริโภค ปีที่ ๑ (๒๕๕๙)

มาตรา ๖๑ บัญญัติว่า “รัฐต้องจัดให้มีมาตรการหรือกลไกที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการรู้ข้อมูลที่เป็นจริง ด้านความปลอดภัย ด้านความเป็นธรรมในการทำสัญญา หรือด้านอื่นใดอันเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภค”

บทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญดังกล่าว จะเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาสิทธิของผู้บริโภค และสนับสนุนการพัฒนาบทบาทของผู้บริโภคในระบบคุ้มครองผู้บริโภคของประเทศไทยต่อไป

๓.๓ สภาพปัญหาและผลกระทบจากการดื้อยาต้านจุลชีพ

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การดื้อยาต้านจุลชีพ (antimicrobial resistance) ของเชื้อแบคทีเรีย ได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ยาต้านจุลชีพที่ในอดีตเคยใช้ได้ผล กลับใช้ไม่ได้ผลแล้วในปัจจุบัน ขณะเดียวกัน อุตสาหกรรมยาทั่วโลกไม่มีการวิจัยและพัฒนาหรือค้นคิดยาต้านจุลชีพชนิดใหม่เพื่อต่อสู้กับเชื้อแบคทีเรียดื้อยา สถานการณ์เช่นนี้ทำให้ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเข้าสู่ ‘ยุคหลังยาปฏิชีวนะ (post-antibiotic era)’ ที่การเจ็บป่วยจากการติดเชื้อแบคทีเรียเพียงเล็กน้อยอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

ผลกระทบจากการดื้อยาต้านจุลชีพพบว่า ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาราวปีละ ๗๐๐,๐๐๐ คน และหากไม่เร่งแก้ไขปัญหา ในปี ๒๕๕๓ (อีก ๓๔ ปีข้างหน้า) คาดว่าการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาจะสูงถึง ๑๐ ล้านคน ประเทศในแถบเอเชียจะมีคนเสียชีวิตมากที่สุด คือ ๔.๗ ล้านคน คิดเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึง ๓.๕ พันล้านล้านบาท (100 trillion USD) สำหรับประเทศไทยการศึกษาเบื้องต้นพบว่ามี การติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาประมาณปีละ ๘๘,๐๐๐ ราย โดยเสียชีวิตประมาณปีละ ๓๘,๐๐๐ ราย คิดเป็น การสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึงปีละ ๔.๒ หมื่นล้านบาท^{๖๕}

ทั้งนี้ นอกเหนือจากการใช้ยาต้านจุลชีพในการรักษาผู้ป่วยแล้ว ยังมีการใช้ยาต้านจุลชีพในวงกว้าง และการกำจัดยาต้านจุลชีพอย่างไม่ถูกวิธีอาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมได้ด้วยเช่นกัน ผลการสำรวจ แหล่งน้ำนิ่งของฟาร์มหมู พบเชื้อดื้อยาสูงกว่าตัวอย่างน้ำจากลำคลองและน้ำจากบ่อเลี้ยงกุ้งและบ่อเลี้ยง ปลา นอกจากนี้ พบว่ามีการนำยาต้านจุลชีพไปใช้ในการรักษาโรคพืช เช่น โรคกรีนนิ่งในพืชตระกูลส้ม (Citrus greening disease) ทั้งนี้ในปัจจุบัน ประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลและยังไม่มี การประเมินความเสี่ยงหรือผลกระทบของการใช้ยาต้านจุลชีพในวงกว้าง รวมทั้งยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการกำจัดยาต้านจุลชีพก่อนออกสู่สิ่งแวดล้อม ที่อาจส่งผลกระทบย้อนกลับมายังสุขภาพคนและสัตว์

๓.๔ แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔^{๖๖}

จากสถานการณ์ปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยาที่ทวีความรุนแรงขึ้นในปัจจุบัน คณะกรรมการประสาน และบูรณาการการดื้อยาต้านจุลชีพ ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ และได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๕๙ มีเป้าประสงค์ ที่ต้องการบรรลุภายในปี ๒๕๖๔ คือ (๑) การป่วยจากเชื้อดื้อยาลดลงร้อยละ ๕๐ (๒) การใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับ มนุษย์และสัตว์ลดลงร้อยละ ๒๐ และ ๓๐ ตามลำดับ (๓) ประชาชนมีความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและตระหนักในการ

^{๖๕} ภาณุมาศ ภูมาศ, ดวงรัตน์ โพธิ์, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, อาภากร ไร่ไพบุลย์, ภูษิต ประคองสาย, สุกุล ลิ้มวัฒนานนท์.ผลกระทบด้านสุขภาพและ เศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย: การศึกษาเบื้องต้น.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2555;6(3):352 - 360. (อ้างอิงใน แผนยุทธศาสตร์การจัดการ การดื้อยาต้านจุลชีพแห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

^{๖๖} แผนยุทธศาสตร์การจัดการ การดื้อยาต้านจุลชีพแห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔



ใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ และ (๔) ประเทศไทยมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพที่มีสมรรถนะตามเกณฑ์สากล

ทั้งนี้ แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ โดยในส่วนที่ สสส. ได้รับการประสานเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นี้จะอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ ๕ คือการส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยาและความตระหนักรู้ด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมแก่ประชาชน

๔. สถานการณ์ และแนวโน้ม ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

โดยที่แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพะ ภายใต้แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของ สสส. ได้มีการพัฒนายุทธศาสตร์ในช่วงปี ๒๕๕๘ โดยกำหนดจุดเน้นการขับเคลื่อนใน ๒ ประเด็นหลักที่ส่งผลกระทบสูงต่อสุขภาพของประชาชน คือ มลพิษอุตสาหกรรม และสิ่งแวดล้อมในเขตเมือง ดังนั้น การทบทวนสถานการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้อง จึงเน้นใน ๒ ประเด็นหลักดังกล่าว

๔.๑ ของเสียอันตราย^{๖๗}

ของเสียอันตรายได้แก่ ของเสียอันตรายจากชุมชน ของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรม และมูลฝอยติดเชื้อ โดยในปี ๒๕๕๘ ประมาณการของเสียอันตรายที่เกิดขึ้นทั่วประเทศมีจำนวน ๓.๔๕๕ ล้านตัน เพิ่มขึ้น ๐.๗๕๒ ล้านตัน หรือร้อยละ ๒๘ จากปี ๒๕๕๗ ของเสียอันตรายที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรม ๒.๗ ล้านตัน หรือร้อยละ ๘๑ และเป็นของเสียอันตรายจากชุมชน (รวมซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์) ประมาณ ๐.๕๙๑ ล้านตัน หรือร้อยละ ๑๗ และมูลฝอยติดเชื้อ ประมาณ ๐.๐๕๔ ล้านตัน หรือร้อยละ ๒

ในส่วน ของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรม ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั่วประเทศในปี ๒๕๕๘ ทั้งพื้นที่ภายในเขตนิคมอุตสาหกรรมและนอกเขตนิคมอุตสาหกรรม เป็นกากอุตสาหกรรมที่เป็นอันตราย ๒.๘ ล้านตัน จากรายงานการแจ้งขนส่งของเสียออกนอกบริเวณโรงงานไปจัดการ พบว่ากากอุตสาหกรรมอันตรายที่สามารถจัดการได้มีเพียง ๐.๙๗ ล้านตัน (ร้อยละ ๓๔.๖)

สำหรับมูลฝอยติดเชื้อ ในปี ๒๕๕๘ คาดการณ์ปริมาณการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ ประมาณ ๕๓,๘๖๘ ตัน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๗ จำนวน ๑,๗๒๑ ตัน (ร้อยละ ๓.๓) เป็นมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากโรงพยาบาลรัฐ ๓๐,๕๙๑ ตัน (ร้อยละ ๕๗) โรงพยาบาลเอกชน ๙,๑๘๓ ตัน (ร้อยละ ๑๗) คลินิก ๑๐,๓๙๔ ตัน (ร้อยละ ๑๙) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานีนามัย (รพ.สต.) ๓,๔๓๑ ตัน (ร้อยละ ๖) สถานพยาบาลสัตว์ ๓๑๑ ตัน (ร้อยละ ๐.๖) และห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย ๓.๑ ตันต่อปี (ร้อยละ ๐.๐๐๖) จะเห็นได้ว่า แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่มาจากโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งหมดถูกส่งเข้าเตาเผา รวมทั้งสิ้น ๓๕,๐๑๔ ตัน (ร้อยละ ๖๕) ประกอบด้วยเตาเผาของโรงพยาบาล ประมาณ ๒,๔๙๓ ตัน เตาเผาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๑๐ แห่ง ประมาณ ๑๔,๙๒๖ ตัน และเตาเผาของเอกชน จำนวน ๗ แห่ง ประมาณ ๑๗,๕๙๕ ตัน ทั้งนี้ เตาเผามูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่ยังไม่มีระบบตรวจวัดคุณภาพอากาศให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และมีมูลฝอยติดเชื้อที่หายไปจากระบบ ประมาณ ๑๘,๘๕๔ ตัน (ร้อยละ ๓๕)

^{๖๗} รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี๒๕๕๘, กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (หน้า ๘๐ - ๘๒)

๔.๒ สถานการณ์ด้านขยะมูลฝอย^{๖๘}

ในช่วงปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๘ ปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนทั่วประเทศมีเพิ่มขึ้นทุกปีคือ ๒๔.๗๓ ๒๖.๗๗ ๒๖.๑๙ และ ๒๖.๘๕ ล้านตัน ตามลำดับ โดยปี ๒๕๕๘ มีอัตราการเกิดขยะมูลฝอยเฉลี่ย ๑.๑๓ กิโลกรัม/คน/วัน ซึ่งขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั้งหมด ได้รับการเก็บขนเพื่อนำไปกำจัดรวม ๑๕.๔๙ ล้านตัน (ร้อยละ ๕๘) โดยกำจัดได้อย่างถูกต้องเพียง ๘.๓๔ ล้านตัน (ร้อยละ ๓๑) มีการนำไปใช้ประโยชน์ ๔.๗๔ ล้านตัน (ร้อยละ ๑๘) ใน ๓ ลักษณะ ได้แก่ (๑) การใช้ประโยชน์โดยการรีไซเคิล (๒) การใช้ประโยชน์จากขยะอินทรีย์ และ (๓) การแปรรูปมูลฝอยให้เป็นพลังงาน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ๔,๕๕๕ แห่ง หรือร้อยละ ๕๙ ของ อปท. ทั้งหมด ที่ให้บริการเก็บขนและรวบรวมขยะมูลฝอยเพื่อนำไปกำจัดและสามารถกำจัดได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ร้อยละ ๕๔ ของปริมาณขยะที่เก็บขนได้ ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ ๔๖ ถูกนำไปกำจัดโดยไม่ถูกต้อง เช่น การเผากลางแจ้ง และลักลอบทิ้งในพื้นที่สาธารณะ ฯลฯ

๔.๓ การปนเปื้อนของมลพิษจากอุตสาหกรรม : กรณีศึกษาการปนเปื้อนสารปรอทในเขตอุตสาหกรรม^{๖๙}

ในปี ๒๕๕๘ รายงานของกรมโรงงานอุตสาหกรรม ระบุว่า มีจำนวนสะสมของโรงงานอุตสาหกรรมทุกประเภทที่ได้รับอนุญาตประกอบกิจการตามพระราชบัญญัติโรงงานอุตสาหกรรม พ.ศ. ๒๕๓๕ รวม ๑๓๙,๘๒๑ แห่ง และข้อมูลจากการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทยระบุว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีนิคมอุตสาหกรรม ๔๗ นิคม ใน ๑๕ จังหวัด กระจายอยู่ในทุกภาค

เนื่องจากประเทศไทย ยังไม่มีการรายงานเกี่ยวกับสถานการณ์มลพิษจากอุตสาหกรรมอย่างเป็นระบบในขณะนี้ จึงได้นำกรณีศึกษาเกี่ยวกับการปนเปื้อนของสารปรอทในพื้นที่อุตสาหกรรมแห่งหนึ่งมานำเสนอ เพื่อแสดงให้เห็นสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้เช่นกันในพื้นที่อุตสาหกรรมอื่นๆ

จากผลการศึกษาประเมินสถานการณ์สารปรอทระดับโลกเมื่อปี ๒๕๕๕ โดยโครงการสิ่งแวดล้อมแห่งสหประชาชาติ ระบุว่า ปลาทั่วโลกมีสารปรอทปนเปื้อนในปริมาณที่ก่อผลเสียต่อมนุษย์และสิ่งมีชีวิต (UNEP 2002) ประกอบกับการตรวจวิเคราะห์เส้นผมเพื่อประมาณระดับสารปรอทอินทรีย์ (เมทิลเมอร์คิวรี) ที่สะสมในร่างกายมนุษย์ถือเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับว่าเชื่อถือได้ และการได้รับสารปรอทอินทรีย์ (เมทิลเมอร์คิวรี) ส่วนใหญ่มาจากการบริโภคปลา (Grandjean, Weihe et al. 1998); (Harada, Nakachi et al. 1999); (Knobeloch, Gliori et al. 2007); (Myers, Davidson et al. 2000) ผลเสียของการมีสารปรอทอินทรีย์สะสมในร่างกายมากเกินไปอาจก่อให้เกิดอาการและโรคมึนมาตามะ

มูลนิธิบูรณะนิเวศ ซึ่งได้รับการร้องขอจากประชาชนใน อำเภอท่าตูม จังหวัดปราจีนบุรี ให้ศึกษาเกี่ยวกับมลพิษในพื้นที่ เนื่องจากตลอดระยะเวลากว่า ๑๐ ปีที่ผ่านมา ประชาชนในพื้นที่ได้ร้องเรียนเรื่องมลพิษทางอากาศ น้ำ และเสียง รวมทั้งฝุ่นถ่านหินจากกองเก็บถ่านหินแบบเปิดของโรงไฟฟ้า นอกจากนั้น ยังมี

^{๖๘} แผนจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

^{๖๙} รายงานการศึกษา “พื้นที่ปนเปื้อนสารปรอทของประเทศไทยแหล่งโรงไฟฟ้าถ่านหินและโรงผลิตเยื่อกระดาษ ตำบลท่าตูม อำเภอศรีมหาโพธิ์ จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการศึกษาในโครงการรณรงค์เพื่ออนาคตอันปลอดสารปรอท เครือข่ายระหว่างประเทศว่าด้วยการกำจัดสารพิษตกค้างยาวนานในสิ่งแวดล้อม (International POPs Elimination Network : IPEN) โดย มูลนิธิบูรณะนิเวศ (ประเทศไทย) สมาคมอารินกา (สาธารณรัฐชีก) และคณะทำงานด้านโลหะหนัก เครือข่ายระหว่างประเทศว่าด้วยการกำจัดสารพิษตกค้างยาวนานในสิ่งแวดล้อม, มกราคม ๒๕๕๖.

กลิ่นเหม็นอย่างต่อเนื่องจากโรงงานผลิตเยื่อกระดาษ และปลาที่ตายเป็นจำนวนมากในแหล่งน้ำสาธารณะ ซึ่งเกิดขึ้นแทบทุกปี

สวนอุตสาหกรรม ๓๐๔ ในอำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วยโรงงาน ๗๕ แห่ง บนพื้นที่ ๑๒ ตารางกิโลเมตร มีโรงไฟฟ้าที่ใช้ถ่านหินขนาด ๔๐๐ เมกะวัตต์ ซึ่งใช้ถ่านหินในกระบวนการผลิต ๔๐๐,๐๐๐ ตัน/ปี และโรงงานผลิตกระดาษและเยื่อกระดาษ ซึ่งมีกำลังผลิตกระดาษ ๕๐๐,๐๐๐ ตัน/ปี การใช้เชื้อเพลิงถ่านหิน จะมีการปลดปล่อยสารปรอท ซึ่งจะมีปริมาณเล็กน้อยเพียงได้ขึ้นกับปริมาณสารปรอทในเชื้อเพลิง (UNEP 2005) และกระบวนการควบคุมมลพิษทางอากาศ ส่วนโรงงานผลิตกระดาษและเยื่อกระดาษสามารถเป็นแหล่งกำเนิดการแพร่กระจายของสารปรอทที่สำคัญ โดยเฉพาะในน้ำเสีย (Beim and Grosheva 1992); (Kim, Park et al. 2010)

การศึกษาปริมาณปรอทในปลา และในเส้นผมของผู้อาศัยอยู่ในพื้นที่รอบสวนอุตสาหกรรม พบว่า ตัวอย่างปลาร้อยละ ๘๕ มีสารปรอทเกิน ๐.๒๒ ppm ซึ่งเป็นค่าอ้างอิงของสำนักงานคุ้มครองสิ่งแวดล้อมแห่งสหรัฐอเมริกา (US EPA) และตัวอย่างปลาทั้งหมดมีปรอทเกินค่ามาตรฐานความปลอดภัยของอาหารที่ประเทศไทยกำหนด^{๓๐} ช่องทางที่สารปรอทอาจเข้าสู่คลองชลองเวง ใน อำเภอท่าตูม ได้แก่ ถ้ำลอยจากโรงไฟฟ้าถ่านหิน และฝุ่นถ่านหินจากกองเก็บถ่านหินแบบเปิด นอกจากนี้ยังมีความเป็นไปได้ที่น้ำเสียปนเปื้อนสารปรอทจากโรงผลิตเยื่อกระดาษอาจรั่วซึมลงคลองชลองเวง กรณีศึกษานี้ บ่งชี้ว่า อุตสาหกรรมบางอย่างที่มีการใช้ถ่านหิน หรือสารปรอท ในกระบวนการผลิต หากขาดการควบคุมที่ดีพออาจส่งผลให้มีการปนเปื้อนของสารปรอทในสิ่งแวดล้อม ในกรณีอุตสาหกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับมลพิษจากโลหะหนัก ซึ่งแม้จะมีมาตรการป้องกันควบคุมตามกฎหมาย แต่ก็ยังมีโอกาสก่อมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมได้เช่นกัน หากมาตรการเหล่านั้นขาดการกำกับดูแลที่เข้มงวดเพียงพอ

๔.๔ สถานการณ์ด้านกฎหมาย นโยบาย และทิศทางการพัฒนาประเทศ

๑) บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. ๒๕๖๐ ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

ในรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. ๒๕๖๐ มี ๒ มาตรา ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสิ่งแวดล้อมโดยตรง คือ

มาตรา ๕๘ บัญญัติว่า “การดำเนินการใดของรัฐหรือที่รัฐจะอนุญาตให้ผู้ใดดำเนินการ ถ้าการนั้นอาจมีผลกระทบต่อการพยากรณ์ธรรมชาติ คุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพ อนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้เสียสำคัญอื่นใดของประชาชน หรือชุมชน หรือสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง รัฐต้องดำเนินการ ให้มีการศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนหรือชุมชน และจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสียและประชาชนและชุมชนที่เกี่ยวข้องก่อน เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาดำเนินการหรืออนุญาตตามที่กฎหมายบัญญัติ ...”

บทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังกล่าว เป็นเงื่อนไขสำคัญ ที่หน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม จะได้ร่วมมือกันปรับปรุงหรือพัฒนากฎหมาย และ/หรือกลไกต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเอื้อให้มีการดำเนินงานเพื่อลดผลกระทบของการพัฒนาในรูปแบบต่างๆ ต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน ได้ตามเจตนารมณ์ของบทบัญญัติดังกล่าว

^{๓๐} เกณฑ์ระดับสารปรอทในปลาน้ำจืดในประเทศไทย กำหนดในมาตรฐานอาหารปนเปื้อน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๔๘ พ.ศ. ๒๕๒๙ อนุญาตให้อาหารมีปรอทปนเปื้อนได้ไม่เกิน ๐.๐๒ มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม

๒) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs)

ความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ในระยะที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดความเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบและความเสียหายต่อทรัพยากรโลกเป็นอย่างมาก ประเทศไทยและอีก ๑๘๙ ประเทศทั่วโลก ได้เห็นพ้องในการตั้งเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) ในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติเมื่อปี ๒๕๔๓ โดยมีระยะเวลา ๑๕ ปี ของการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ซึ่งได้สิ้นสุดลงเมื่อปี ๒๕๕๘ โดยเกิดความสำเร็จเป็นอย่างดีในหลายประเทศ^{๑๑}

เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการพัฒนาที่ยั่งยืน สหประชาชาติจึงได้กำหนดเป้าหมายขึ้นใหม่ เรียกว่า เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ซึ่งสหประชาชาติได้ผลักดันให้เป็นระเบียบวาระการขับเคลื่อนงานพัฒนาที่สำคัญของโลก โดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนาใน ๕ มิติ (People/Prosperity/Planet/Peace และ Partnership) ครอบคลุม ๑๗ เป้าหมาย ๑๖๙ เป้าประสงค์ และกว่า ๒๓๐ ตัวชี้วัด ซึ่งพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้ร่วมแถลงเพื่อย้ำเจตนารมณ์ของไทยในความร่วมมือกับสหประชาชาติต่อเรื่องนี้ในการประชุมสหประชาชาติระดับผู้นำ เพื่อรับรองระเบียบวาระการพัฒนาตามกรอบ SDGs เมื่อเดือนกันยายน ๒๕๕๘ ณ นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา ซึ่งถือเป็นพันธะทางการเมืองที่สำคัญในการกำหนดทิศทางการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลกในอีก ๑๕ ปีข้างหน้า

ทั้งนี้ จาก ๑๗ เป้าหมายใน SDGs มี ๓ เป้าหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ คือ เป้าหมายที่ ๙ “อุตสาหกรรม และนวัตกรรม” เป้าหมายที่ ๑๑ “เมืองและการตั้งถิ่นฐาน” และเป้าหมายที่ ๑๒ “การผลิตและบริโภคที่ยั่งยืน” ซึ่งในการขับเคลื่อนทั้ง ๑๗ เป้าหมายดังกล่าว รัฐบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อจัดทำแนวทางขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืนอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ไปสู่เป้าหมายที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศ การจัดลำดับความสำคัญของเป้าประสงค์และการพัฒนาตัวชี้วัดที่เหมาะสมของประเทศ การขับเคลื่อนเส้นทางการพัฒนาและปฏิรูปประเทศ พร้อมทั้งมีกลไกการติดตามที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ทั้ง ๓ ประเด็น ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ ดังกล่าว รวมถึงแนวทางขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืนอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนตามที่รัฐบาลมีนโยบายให้ดำเนินการ จะเป็นกรอบแนวทางขับเคลื่อนแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพของ สสส. ในระยะต่อไป

จุดเน้นของแผน

จุดเน้นการขับเคลื่อนทั้ง ๔ แผนงาน ภายใต้แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ที่ได้จากกระบวนการพัฒนาแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ในแผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ โดยความร่วมมือร่วมจากผู้แทนหน่วยงานและภาคที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

^{๑๑} <http://sustainabledevelopment.un.org>, <http://www.manpattanalibrary.com/newsdetail.php?id=48>

๑. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ

การขับเคลื่อนแผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศในแผนหลัก สสส. ระยะ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ ยังคงเน้นใน ๒ ประเด็นหลักที่มีผลกระทบสูงต่อสุขภาพประชากรไทย สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ และตอบสนองการบรรลุเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. (ลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวี) คือ (๑) การป้องกัน และแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ (๒) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีจุดเน้นที่สำคัญของแผนงาน ดังนี้

๑.๑ ยกระดับการขับเคลื่อน “ภารกิจ ๙ ด้าน” ในบางจังหวัดที่มีความพร้อมพัฒนาเป็นจังหวัด **ต้นแบบบูรณาการ**การทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนภารกิจตาม ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕ เพื่อนำไปสู่การถอดบทเรียน และสังเคราะห์แนวทางหรือเครื่องมือ ที่สามารถนำไปใช้สนับสนุนการ **ขับเคลื่อน**การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในจังหวัดหรือพื้นที่อื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นย่อย ที่ภาคส่วนต่างๆ เสนอให้ริเริ่มดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้เกิดมาตรการ ที่จะช่วยป้องกันปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระยะยาว ได้แก่

- (๑) การเสริมพลัง (empower) ในกลุ่มเด็กหญิงตั้งแต่ช่วงวัย ๑๐ - ๑๔ ปี ให้เท่าทันและมีพลังอำนาจ ในการต่อรอง เพื่อปกป้องสุขภาพทางเพศของตนเอง
- (๒) การพัฒนากลไกและเครื่องมือที่ช่วยเสริมพลังและสนับสนุนให้วัยรุ่น ได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ในการร่วมขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินงานของภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้วัยรุ่นได้เข้าถึงสิทธิของตน (ตามมาตรา ๕) ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙
- (๓) การสนับสนุนให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับวัยรุ่นและสตรีที่ประสบปัญหาจาก การตั้งครรภ์ (สายด่วน ๑๖๖๓) ได้รับการยกระดับเป็นบริการสุขภาพที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นทางการจากระบบของรัฐ

๑.๒ การขับเคลื่อนงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ผ่านมา เพิ่งเริ่มต้นขับเคลื่อนได้อย่าง มีทิศทางที่ชัดเจน จึงยังคงดำเนินงานต่อเนื่องพร้อมทั้งเตรียมการให้มีการประเมินผล ที่ชัดเจน โดยทำงานร่วมกับหน่วยงานหลัก คือกรมควบคุมโรค โดยสำนักเอดส์ วัณโรค และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) ติดตามสนับสนุนการพัฒนาารูปแบบ (model) เพื่อ การยุติปัญหาเอดส์ในระดับจังหวัด ตามแนวทาง “๑๐ มาตรการ”^{๑๒} ที่เน้นการบูรณาการการ ทำงานร่วมกัน ระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อถอดบทเรียนเป็นแนวทางสำหรับการขยายผล ไปยังพื้นที่อื่นๆ และสังเคราะห์ชุดความรู้จากการดำเนินงาน เพื่อนำไปพัฒนาและผลักดัน ข้อเสนอเชิงนโยบายระดับชาติ

^{๑๒} “๑๐ มาตรการ” สังเคราะห์ขึ้นจากการวิเคราะห์ช่องว่างในยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๓ ร่วมกับการระดมสมองจากนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย (๑) กลไกการประสานงานการยุติปัญหาเอดส์ (๒) การลดการกีดกัน/เลือกปฏิบัติ และแรงจูงใจ (๓) การส่งเสริมการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ (๔) การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย (๕) การดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยา (๖) การจัดการยุติ ปัญหาเอดส์ในหน่วยบริการสุขภาพ (๗) การป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (๘) การบูรณาการงานยุติปัญหาเอดส์/ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับงานด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (๙) การกำกับ ติดตาม ประเมินผลและพัฒนาวัตรกรรม และ (๑๐) การพัฒนา บุคลากร

๑.๓ โดยที่ทัศนคติและความเชื่อของคนในสังคมไทยในด้านลบต่อเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศรวมถึงการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยังเป็นช่องว่างและอุปสรรคสำคัญต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมถึงการขับเคลื่อนงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้น การรณรงค์สื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติด้านลบดังกล่าวจึงเป็นอีกจุดเน้นสำคัญของการขับเคลื่อนแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศในระยะ ๓ ปีข้างหน้า

๒. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

๒.๑ ทำงานร่วมกับกรมสุขภาพจิตและภาคีที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนารูปแบบ (model) การสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มวัยต่างๆ เพื่อให้ได้มาตรการ (intervention) ที่มีหลักฐานยืนยันประสิทธิภาพในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมายนั้นๆ รวมถึงมีการทดลองขยายผลได้จริงในพื้นที่อื่นๆ เพื่อพัฒนาเป็นมาตรการที่จะช่วยสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิต ในยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพจิต

๒.๒ ค้นหาภาคีที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิต ทั้งในและนอกภาคสุขภาพ เพื่อสนับสนุนและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีดังกล่าว ในการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพจิต

๓. แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ ภายใต้แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของ สสส. ได้มีการพัฒนายุทธศาสตร์ในช่วงปี ๒๕๕๘ โดยกำหนดจุดเน้นการขับเคลื่อนใน ๒ ประเด็นหลักที่ส่งผลกระทบสูงต่อสุขภาพของประชาชน และมีแนวทางการขับเคลื่อนที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของแผนฯ คือ ปัญหามลพิษอุตสาหกรรมและปัญหาล้างแฉะในเขตเมือง ซึ่งการขับเคลื่อนในทั้ง ๒ ประเด็นดังกล่าวในช่วงที่ผ่านมา เริ่มมีทิศทางที่ชัดเจนในการนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ จุดเน้นการขับเคลื่อนใน ๒ ประเด็นดังกล่าวมีดังนี้

๓.๑ พัฒนาและผลักดัน ข้อเสนอนโยบาย กฎหมาย และมาตรการ ที่จะส่งผลดีต่อการป้องกันและแก้ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมทั้งด้านมลพิษอุตสาหกรรม และสิ่งแวดล้อมในเขตเมือง โดยเฉพาะประเด็นที่สอดคล้องกับบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (ได้แก่ การปรับปรุงกฎหมายในการทำ EIA การพัฒนาแนวทางการใช้ SEA (Strategic Environmental Assessment) กำหนดทิศทางการพัฒนาพื้นที่ในระยะยาว)

๓.๒ สนับสนุนการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการด้านสิ่งแวดล้อม ให้กับภาคประชาชนและชุมชน - ท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมตามสิทธิที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐

๔. แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

- ๔.๑ สนับสนุนการพัฒนากลไกการทำงาน ในกลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยาให้เป็นสถาบันวิชาการที่ทำหน้าที่เฝ้าระวัง สร้างและจัดการความรู้ รวมถึงผลักดันนโยบายหรือกฎหมาย ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและระบบยา เพื่อเสริมสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภคทั้งในภาครัฐและภาคประชาชนให้มีความเข้มแข็ง
- ๔.๒ สนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้บริโภคภาคประชาชนให้เป็นองค์กรที่มีคุณภาพ เพื่อรองรับให้เกิดความพร้อมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ตามบทบาทหน้าที่ขององค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ ๒๕๖๐ มาตรา ๔๖
- ๔.๓ สนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ โดยเน้นบทบาทที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

วัตถุประสงค์

๑. สร้างความร่วมมือระหว่าง ภาคีหลัก (Boundary Partners) และภาคยุทธศาสตร์ (Strategic Partners) ซึ่งรวมถึงหน่วยงานเจ้าของเรื่อง เพื่อตั้งเป้าหมายการทำงานร่วมกันในแต่ละประเด็นปัจจัยเสี่ยง และร่วมกันกำหนดจุดคานงัด ในการดำเนินงานที่จะสามารถเปลี่ยนหรือพลิกสถานการณ์ของปัญหา และนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยเสริมสร้างสุขภาพที่ยั่งยืนได้
๒. กระตุ้นและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับหน่วยงานที่เป็นเจ้าของเรื่อง พร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันกับภาคีอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนานโยบาย หรือสร้างนวัตกรรมในรูปแบบต่างๆ ที่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. พัฒนาและสร้างความเข้มแข็ง ให้กับกลไกการติดตามและประเมินผลภายใน รวมถึงสนับสนุนการถอดบทเรียนการทำงานของภาคีให้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์และขยายผลของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. มีข้อเสนอแนะนโยบายระดับประเทศเพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ที่ได้รับการตอบรับและนำเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของหน่วยงานหรือองค์กร ที่มีอำนาจออกนโยบายหรือกฎหมายนั้น อย่างน้อย ๒ เรื่อง

๒. มีจังหวัดนำร่อง ที่ดำเนินมาตรการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเป็นระบบ ๒ จังหวัด
๓. มีจังหวัดที่เคยได้รับการสนับสนุนจากแผนฯ ให้ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามแนวทาง “๙ ภารกิจ” ที่ยกระดับการดำเนินงานบูรณาการ เพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ได้อย่างเป็นระบบ ๓ จังหวัด
๔. มีการพัฒนารูปแบบ (model) การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย ที่มีหลักฐานยืนยันผลสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ปฏิบัติการ ๒ รูปแบบ
๕. มีพื้นที่ต้นแบบที่ได้ถอดบทเรียนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และเป็นแหล่งเรียนรู้ที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ได้ ๑ แห่ง
๖. มีชุดความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาและผลักดันนโยบาย หรือใช้เพื่อพัฒนาแนวทางการสื่อสารสร้างความตระหนักให้กับสังคม ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จำนวน ๒ เรื่อง

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ร่วมกับแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ นำแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานนอกระบบที่เคยดำเนินการในพื้นที่กรุงเทพฯ ไปทดสอบในพื้นที่อื่น และมีการพัฒนาร่างเครื่องมือหรือร่างแนวทางในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานนอกระบบ
๒. ร่วมกับแผนสร้างเสริมสุขภาพองค์กร พัฒนา “ระบบพัฒนาทักษะผู้ประกอบการ ให้สามารถสื่อสารเชิงบวกและคุยกับบุตรหลานเรื่องเพศได้” สำหรับผู้ประกอบการที่ทำงานในสถานประกอบการ โดยมีการกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนที่ชัดเจนร่วมกันระหว่างภาคีของทั้ง ๒ แผนที่เกี่ยวข้อง และเริ่มมีการปฏิบัติการจริงในสถานประกอบการ ๓ แห่ง
๓. ร่วมกับแผนสื่อสารสุขภาพและสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม ดำเนินการสื่อสารรณรงค์ในระดับประเทศ อย่างน้อย ๑ ประเด็น

แนวทางการดำเนินงาน

๑. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ (รวมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น)
 - (๑) คัดเลือกจังหวัดที่ได้รับทุนสนับสนุนการบูรณาการการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด ตามแนวทาง “๙ ภารกิจ” ที่มีความพร้อม เพื่อสนับสนุนให้พัฒนาระดับเป็นจังหวัดต้นแบบขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔
 - (๒) ทำงานร่วมกับหน่วยงานและภาคีหลัก พัฒนากลไก กระบวนการหรือเครื่องมือ ที่จะช่วยสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในทุกจังหวัด ที่สอดคล้องกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔

- (๓) จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการประสานยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทุก ๒ - ๓ เดือน เพื่อช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการทำงาน หนุนเสริมกันและกัน ระหว่างตัวแทนจากหน่วยงานและภาคส่วนหลักที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมถึงสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการระดับชาติ ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อหนุนเสริมการขับเคลื่อน มาตรการต่างๆ ที่สอดคล้องกับบทบาทของ สสส. ในเรื่องนี้ให้มีประสิทธิภาพ
- (๔) ติดตามและให้การสนับสนุนทางวิชาการในการขับเคลื่อนงานใน ๒ จังหวัดนำร่อง ที่นำ “คู่มือการดำเนินงาน ๑๐ มาตรการ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่มีประสิทธิภาพในระดับจังหวัด” ตามยุทธศาสตร์การมุ่งสู่การยุติเอดส์ไปขับเคลื่อนให้เกิดผลได้จริง โดยเฉพาะในประเด็นการป้องกันและจัดการติตราและเลือกปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การขยายผล
- (๕) ร่วมกับแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ และภาคีที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์แนวทางการขับเคลื่อนงานสื่อสารณรงค์ เพื่อปรับฐานคิดของสังคมไทยที่เกี่ยวกับเรื่องเพศและการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญในการป้องกันปัญหาที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การติดเชื้อเอชไอวี และความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ) ในระยะยาว

๒. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

- (๑) ทำงานร่วมกับกรมสุขภาพจิต รวมถึงนักวิชาการและตัวแทนจากหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะจากภาคส่วนอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุขในการสังเคราะห์ความรู้และพัฒนารูปแบบ (model) ในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ที่สอดคล้องกับมาตรการสร้างเสริมสุขภาพจิตตามยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพจิต (ที่อยู่ระหว่างการพัฒนาในปี ๒๕๖๐) เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพจิต
- (๒) ค้นหาภาคีที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิต ทั้งในและนอกภาคสุขภาพ เพื่อสนับสนุนและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีดังกล่าวในการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพจิต
- (๓) นำชุดความรู้ เครื่องมือ และทุนต่างๆ ที่พัฒนาขึ้นโดยแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ไปบูรณาการและพัฒนาการทำงานร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส. เพื่อสนับสนุนการเพิ่มมิติด้านสุขภาพจิตให้กับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

๓. กลุ่มแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

- (๑) สนับสนุนภาคีภาควิชาการและเครือข่ายภาคประชาสังคม ทำงานร่วมกับตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาและผลักดัน ข้อเสนอนโยบาย กฎหมาย หรือมาตรการ ที่จะส่งผลดีต่อการป้องกันและแก้ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมทั้งด้านมลพิษอุตสาหกรรม และสิ่งแวดล้อมในเขตเมือง โดยเฉพาะประเด็นที่สอดคล้องกับบทบาทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

- (๒) ทำงานร่วมกับภาคีและสถาบันวิชาการด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาแนวทางการใช้เครื่องมือประเมินสิ่งแวดล้อมเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Environmental Assessment : SEA) ในการกำหนดทิศทางการพัฒนาระยะยาวของพื้นที่ระดับภาค เพื่อสนับสนุนมาตรการที่กำหนดเรื่องนี้ไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒
- (๓) สนับสนุนการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการด้านสิ่งแวดล้อมให้กับภาคประชาชนและชุมชน - ท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม ตามสิทธิของชุมชนที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐
- (๔) สนับสนุนภาคีแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ เพื่อเชิญชวนคนรุ่นใหม่ที่น่าสนใจด้านสิ่งแวดล้อมเข้าร่วม (recruit) และพัฒนาศักยภาพคนทำงานรุ่นใหม่ด้วยการสร้างโอกาสร่วมขับเคลื่อนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

๔. กลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

- (๑) สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรทำงาน ในกลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา ให้เป็นสถาบันวิชาการที่ทำหน้าที่เฝ้าระวัง สร้างและจัดการความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและระบบยา รวมถึงการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการให้กับบุคลากรภาครัฐและผู้ปฏิบัติงานภาคประชาชน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการให้กับกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ทั้งในภาครัฐ และภาคประชาชน
- (๒) พัฒนาศักยภาพองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชนให้เป็นองค์กรผู้บริโภคคุณภาพ และสนับสนุนให้มีบทบาทการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพพร้อมกับ อปท. และหน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภคที่เกี่ยวข้อง เพื่อรองรับให้เกิดความพร้อมในการรวมพลังองค์กรผู้บริโภคตามบทบาทหน้าที่ขององค์กรที่มีความเป็นอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่จะเกิดขึ้น ตามที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๔๖
- (๓) ทำงานร่วมกับหน่วยงานเจ้าภาพและภาคีหลัก เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การจัดการการติดยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ โดยเน้นบทบาทที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
- (๔) สนับสนุนให้มีการทำงานร่วมกันของภาคีภายใต้แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา และหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลักดันกฎหมาย และหนุนเสริมการบังคับใช้กฎหมายและมาตรการต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ ในการป้องกันสินค้าที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมถึงการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย

ภาคีหลัก

๑. ภาคีของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ

หน่วยงานรัฐ : กรมอนามัย (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์) กรมควบคุมโรค (สอวพ.) กรมสุขภาพจิต กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม สปสช. สช. จังหวัด (โดยมี สสจ./พมจ. รับผิดชอบ) อปท. ในพื้นที่ปฏิบัติการ

นักวิชาการ : นักวิชาการ/บุคลากรทางการแพทย์ จากมหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยขอนแก่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

องค์กรระหว่างประเทศ : UNFPA Unicef

องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาวะทางเพศ ได้แก่ มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง มูลนิธิแพธทูเฮลท์ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี มูลนิธิริักซ์ไทย

๒. ภาคีของแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

หน่วยงานรัฐ : กรมสุขภาพจิต (ศูนย์สุขภาพจิตเขต และจิตแพทย์จากโรงพยาบาลในสังกัด) โรงพยาบาลชุมชนและระบบ DHS ใน ๒๐ อำเภอ สำนักงานศาลยุติธรรม ศาลอาญานบุรี ศาลจังหวัดเชียงใหม่ ศาลจังหวัดนนทบุรี ปปส. กรมคุมประพฤติ กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว โรงเรียน และเขตพื้นที่การศึกษา ในสังกัด สพฐ.

นักวิชาการ : นักวิชาการด้านแรงงาน จาก ม.หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

องค์กรพัฒนาเอกชน : สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (SADA)

๓. ภาคีของแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

หน่วยงานรัฐ : (ส่วนกลาง) ออย. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมอนามัย สคบ. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สปสช. สช.

หน่วยงานรัฐ : (ในพื้นที่ปฏิบัติการ) ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ สสจ. รพช. และ รพสต. อปท.

องค์กรวิชาชีพ : สมาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา

สถาบันวิชาการ : คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยต่างๆ

องค์กรพัฒนาเอกชน : มูลนิธิสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ องค์กรผู้บริโภคในจังหวัดต่างๆ

๔. ภาคิของแผนงานด้านสิ่งแวดลอมกับสุขภาพ

หน่วยงานรัฐ : (ส่วนกลาง) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ
สิ่งแวดล้อม

หน่วยงานรัฐ : (ในพื้นที่ปฏิบัติการ) โรงพยาบาลมหาสารคาม อปท. นักวิชาการด้าน
สิ่งแวดล้อม จาก มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และ
สถาบันต่างๆ และนักวิชาการอิสระ

องค์กรพัฒนาเอกชน : มูลนิธิธรรมรัฐเพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม (GSEI)

องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ปฏิบัติการ

เครือข่ายภาคประชาสังคม : สภายักแพง จังหวัดมหาสารคาม

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ	๗๐
๒. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต	๓๐
๓. กลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา	๒๐
๔. กลุ่มแผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ	๒๐
๕. กลุ่มกิจกรรมการพัฒนาโครงการ การจัดการความรู้และการสื่อสารสังคม	๑๐
รวม	๑๕๐

แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ

สถานการณ์และแนวโน้ม

ความเป็นธรรมเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาในทุกสังคม ประเด็นด้านความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญหนึ่งที่สะท้อนถึงความไม่เป็นธรรม การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเป็นสิ่งที่นานาประเทศต่างให้ความสำคัญในลำดับต้นๆ ของนโยบายสาธารณะของประเทศ นโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพนั้นมีความหมายกว้างเกินกว่านโยบายด้านสุขภาพ โดยหลักการสำคัญคือ นโยบายสาธารณะนั้นๆ จะนำไปสู่การตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมด้วย

งานวิจัยหลายเรื่องในต่างประเทศได้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมมีส่วนอย่างมากต่อความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ เช่น ในประเทศอินเดียที่ยังไม่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้พบความไม่เป็นธรรมในการใช้บริการสุขภาพระหว่างคนรวยคนจนและระหว่างพื้นที่ กล่าวคือ คนรวยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าคนจน ทั้งที่คนจนมักมีความจำเป็นต่อบริการสุขภาพสูงกว่า และรัฐที่จนและอยู่ห่างไกลก็มีค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพที่ต่ำกว่ารัฐอื่นๆ^{๗๓} ในประเทศโปแลนด์พบความไม่เป็นธรรมระหว่างหญิงกับชายต่อระบบบริการสุขภาพซึ่งในที่สุดทำให้แนวโน้มพัฒนาการลดการตายที่แตกต่างกันระหว่างเพศ ทั้งนี้ การศึกษาพบว่าเพศชายมักได้รับการเบิกจ่ายการรักษาพยาบาลด้านจิตเวชและการเลิกสารเสพติด ด้านการฟื้นฟูสุขภาพและด้านบริการทางการแพทย์สูงกว่าเพศหญิง และเพศชายมีปัญหาในการได้รับการบริการด้านสุขภาพน้อยกว่าหญิง โดยเฉพาะบริการเกี่ยวกับการรักษาระดับปฐมภูมิและการดูแลสุขภาพช่องปาก^{๗๔}

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมก็มีผลต่อสุขภาพของประชากรหลากหลายกลุ่มในประเทศไทยเช่นเดียวกัน เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังหรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสที่มีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการดูแลสุขภาพ ผู้พิการที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือจบเพียงระดับประถมศึกษาและประชากรที่มีปัญหาสถานะบุคคล มีปัญหาในการเข้าถึงสิทธิด้านการรักษาพยาบาลต่างๆ ที่ไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามานานแล้ว ผู้หญิงในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างมีอัตราส่วนการตายของมารดาสูงที่สุดในประเทศ

^{๗๓} Dwivedi, R., & Pradhan, J. (๒๐๑๗). Does equity in healthcare spending exist among Indian states? Explaining regional variations from national sample survey data. *International Journal for Equity in Health*, ๑๖(๑๕), ๑ - ๑๒.

^{๗๔} Łyszczarz, B. (๒๐๑๗). Gender bias and sex-based differences in health care efficiency in Polish regions. *International Journal for Equity in Health*, ๑๖(๔), ๑ - ๑๓

ผู้ต้องขังหญิงยังเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรหญิงทั่วไป แรงงานที่ทำงานนอกระบบ ประสบปัญหาด้านอาชีวอนามัยโดยหลักๆ มาจากสาเหตุที่เกี่ยวกับการทำงาน ประชากรมุสลิมมีอัตราการสูบบุหรี่และสัดส่วนการได้รับควันบุหรี่มือสองสูง คนไร้บ้านเป็นโรคเรื้อรังในอัตราที่สูง เป็นต้น ความแตกต่างทางปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมเหล่านี้ได้ทำให้ช่องว่างของสุขภาพของประชากรไทย มีความเหลื่อมล้ำ

การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านประชากรกลุ่มต่างๆ ที่มีปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นเหตุที่นำไปสู่ภาวะทางสุขภาพที่เหลื่อมล้ำกันจะช่วยสร้างความเป็นธรรมให้แก่สังคม การศึกษาโดย Diem Tran et al. (2017)^{๓๕} เสนอว่า การนำงบประมาณด้านรักษาพยาบาลประมาณ ๕ พันล้านดอลลาร์ใน ประเทศสหรัฐอเมริกา มาจัดสรรใหม่โดยเน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้นทดแทนการรักษา จะสามารถป้องกันการตายได้ประมาณ ๑๐,๕๐๐ คนต่อปี ซึ่งงบประมาณที่ใช้ไปเพื่อการรักษานี้ไม่ได้มีผลด้านบวกต่อสุขภาพของ ประชากรเลย Diem Tran et al. (2017) พบว่าประมาณร้อยละ ๓๐ ของค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลไม่ได้ช่วย ทำให้ประชากรมีสุขภาพดีขึ้น

ด้วยเหตุนี้ การทำงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้างหรือปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจึงไม่ใช่ เป็นเพียงการบรรเทาทุกข์ให้กลุ่มประชากรชายขอบหรือคนบางกลุ่มเท่านั้น หากเป็นการลดความเหลื่อมล้ำ ทางโครงสร้างของสังคมโดยรวม เพราะโครงสร้างความเหลื่อมล้ำนั้นไม่ได้กระทำต่อกลุ่มประชากรชายขอบ เพียงกลุ่มเดียว หากครอบคลุมถึงกลุ่มประชากรทุกกลุ่มในสังคม (Social Gradient)

นอกจากนี้ แม้ว่ากลุ่มคนชายขอบจะมีความหลากหลาย แต่ก็ประสบสถานการณ์ปัญหาที่ท้าทายร่วมกัน ดังนี้ (๑) ไร้ตัวตน ถูกมองข้าม (๒) ถูกผลักรังเกียจ (๓) มีความเสี่ยงสูง (๔) ถูกกีดกันออกจากรายการ และ (๕) มีจิตสำนึกจำยอม หรือยอมจำนน

ความท้าทายของการทำงานเพื่อบรรลุความเป็นธรรมทางสุขภาพ ก็คือการทำงานลดความเหลื่อมล้ำ ผ่านปัจจัยทางสังคม ซึ่งจะสร้างการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับวิถีคิดและเชิงโครงสร้างได้ ต้องอาศัยยุทธศาสตร์ การสร้างแนวร่วมสนับสนุนจากกลุ่มอื่น นอกเหนือจากการเสริมพลังอำนาจกลุ่มประชากรชายขอบแต่เพียง อย่างเดียว เพราะ (๑) ประชากรทุกกลุ่มในสังคมได้รับประโยชน์จากการลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้าง และ (๒) ผู้คนกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มชายขอบมีอิทธิพลและต้นทุนทางสังคมมากพอที่จะมาหนุนเสริมอำนาจต่อรอง ของกลุ่มประชากรชายขอบ และสร้างระบบนิเวศของการขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่เกื้อหนุนการตัดสินใจ ร่วมกันได้

แม้ว่า สสส. จะกำหนดให้ทุกแผนหลักดำเนินงานโดยคำนึงถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำ แต่ก็มี ความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับ “ประชากรกลุ่มเฉพาะ” ซึ่งได้แก่ประชากรบางกลุ่มที่มี ทั้งความเปราะบาง (vulnerability) มีความเสี่ยง (risk) หรือต้องการกระบวนการพิเศษในการเข้าถึงการ สร้างเสริมสุขภาพ สุขภาวะ อันถือเป็นปัจจัยส่งผ่านสังคมกำหนดสุขภาพ (intermediary determinants) ที่ทำให้สูญเสียสุขภาพะ เข้าไม่ถึงบริการ และไม่ได้รับประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายในภาพรวม การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ จึงต้องมีการทำงานผ่านปัจจัยสังคมกำหนด

^{๓๕} Diem Tran, L., Zimmerman, F. J., & Fielding, J. E. (๒๐๑๗). Public health and the economy could be served by real-locating medical expenditures to social programs. Population Health, ๑๘๕-๑๙๑.



สุขภาพในระดับต่างๆ ตั้งแต่การค้นหาสิทธิและพิสูจน์สิทธิ ที่จะนำมาซึ่งการพัฒนาชุดบริการและการเข้าถึงตามความเหมาะสมของกลุ่มประชากร และทำให้ประชากรกลุ่มเฉพาะสามารถเข้าถึงสิทธิและการบริการได้อย่างเป็นธรรม และมีการสื่อสารสังคมให้มีความเข้าใจที่ เหมาะสมสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ

สถานการณ์ปัญหาประชากรกลุ่มเฉพาะที่แผนสุขภาพจะประชากรกลุ่มเฉพาะดำเนินการในปัจจุบัน สรุปได้ดังนี้

สถานการณ์ผู้สูงอายุ

ข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุในปี ๒๕๕๙^{๙๙} มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๐,๗๗๔,๗๐๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๖ ซึ่งคาดว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ในปี ๒๕๖๔ หรือ อีก ๔ ปีข้างหน้า ประชากรสูงอายุจะมีถึง ๑ ใน ๕ และเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ในปี ๒๕๐๐ ซึ่งโครงสร้างอายุของประชากรที่เปลี่ยนไปนี้ เท่ากับเป็นการเปลี่ยนโครงสร้างของสังคมไทยโดยรวมด้วย ทั้งนี้เมื่อจำแนกประเภทผู้สูงอายุ^{๙๙} พบว่า มีผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น ร้อยละ ๘๗.๔ โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ ๖๐ - ๖๙ ปี มีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งผู้อื่นในบางกิจกรรมของกิจวัตรประจำวันร้อยละ ๑๑.๔ โดยส่วนใหญ่อยู่ในวัยมากกว่า ๘๐ ปี และมีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดร้อยละ ๑.๓ โดยส่วนใหญ่อยู่ในวัยมากกว่า ๘๐ ปี^{๙๙} ซึ่งผู้สูงอายุในช่วงวัยปลายหรืออายุตั้งแต่ ๘๐ ปีขึ้นไปนั้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงน่าจะสะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ^{๙๙} รวมทั้งการที่อายุที่ยืนยาวขึ้นกลับตามมาด้วยการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยาวนานขึ้น และโอกาสที่จะอยู่ในภาวะพึ่งพาอันเนื่องมาจากการทุพพลภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นขึ้นเช่นกัน โดยในปี ๒๕๕๗ มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวลำพังร้อยละ ๘.๗ และร้อยละ ๑๘.๘ อยู่ลำพังกับคู่สมรส ซึ่งทั้ง ๒ กลุ่มจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความเปราะบางต่อปัญหาต่างๆ นอกจากนี้อีกไม่เกิน ๑๕ ปี ประเทศไทยจะเริ่มเข้าสู่รูปแบบที่วัยแรงงานต้องรับภาระการเลี้ยงดูกลุ่มประชากรผู้สูงอายุและเด็กมากขึ้นเรื่อยๆ 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^{๙๐} นับได้ว่าจากนี้ไปสังคมไทยกำลังอยู่ในสภาวะการณ์ที่มีผู้สูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจะส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

^{๙๙} United Nations. ๒๐๑๕. World Population Prospects, the ๒๐๑๕ Revision.

^{๙๙} มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. ๒๕๕๘, สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๗. บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)

^{๙๙} สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๗

^{๙๙} วิพรธน์ ประจวบเหมาะและชลธิชา อัศวินรัตน์. ๒๕๕๓. “ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ: ศึกษาจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓” ในสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓., ๘๗ - ๙๘.

^{๙๐} คณะกรรมการปฏิรูประบบบำนาญสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย. ๒๕๕๘. รายงานข้อเสนอปฏิรูประบบบำนาญสำหรับผู้สูงอายุ. สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ ประเด็นด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ ซึ่งในด้านสุขภาพ^{๑๑} จากผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี๒๕๕๖^{๑๒} พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ ๔๕ มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคมได้ หากแต่การมีโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีภาวะลูกกลมแทรกซ้อนอาจทำให้สมรรถนะในการปฏิบัติการกิจชีวิตประจำวันลดลง หรืออาจจะไม่สามารถปฏิบัติการกิจต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และแนวโน้มมีความรุนแรงสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายปี ๒๕๕๗ พบว่า โรคเรื้อรังที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบ ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต นอกจากนี้ยังมีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วย ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีความชุกร้อยละ ๘.๑ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมนี้ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความคิด ความจำ และความสามารถในการตัดสินใจต่างๆ แล้ว ยังนำมาสู่ผลกระทบต่อการครอบครัวที่ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลและสภาพจิตใจอีกด้วย ทั้งนี้ข้อมูลบ่งชี้ว่า ในด้านงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในประชากรก่อนที่จะมีปัญหาโรคเรื้อรังดังกล่าวจนเป็นเหตุให้เกิดภาวะพึ่งพิงนั้น มีการเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคอยู่ในระดับไม่สูงนัก

ในด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ ๑๐ เคยมีประสบการณ์ในการหกล้ม โดยการเกิดการหกล้มมีทั้งเกิดภายในบ้าน บริเวณบ้าน และนอกบริเวณบ้าน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน เช่น ราวจับ และการปรับสภาพพื้นที่ในบ้านและนอกบ้านให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุอย่างปลอดภัย ป้องกันการหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บอันจะนำไปสู่ภาวะติดบ้าน และติดเตียงตามมาได้

ในด้านเศรษฐกิจ พบว่า ในปี ๒๕๕๗ มีผู้สูงอายุร้อยละ ๓๔.๓ ยังคงเป็นผู้สูงอายุที่ยากจนซึ่งมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน โดยผู้สูงอายุร้อยละ ๓๓.๔ ยังคงทำงาน โดยพบว่าผู้สูงอายุในวัยต้นช่วงอายุ ๖๐ - ๖๔ ปี ร้อยละ ๕๔.๒ ยังคงทำงานอยู่ และมีแนวโน้มรายได้จากการทำงานของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังคงต้องการการทำงานเพื่อมีรายได้ ส่วนหลักประกันทางรายได้สำหรับผู้สูงอายุ ในประเด็นเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในปี ๒๕๕๘ มีผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพจำนวน ๘.๐ ล้านคน คิดเป็นงบประมาณที่รัฐต้องจ่ายเบี้ยยังชีพ ๖๔,๗๗๐ ล้านบาท^{๑๓} ส่วนอัตราความครอบคลุมของการมีหลักประกันรายได้ของคนไทย^{๑๔} วัย ๓๐ - ๕๙ ปี ในปัจจุบันอยู่ที่เพียงร้อยละ ๒๖.๓ ส่วนใหญ่ของแรงงานนอกระบบกว่า ๒๔ ล้านคนไม่มีหลักประกันรายได้กรณีชราภาพ ซึ่งมีประมาณ ๒.๒๘ ล้านคนที่เข้าร่วมประกันสังคมตามมาตรา ๔๐ (ประกันโดยสมัครใจ) (ข้อมูล ณ เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๐)^{๑๕} ในขณะที่กองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.) ซึ่งเป็นกลไกการออมเพื่อสร้างหลักประกันทางรายได้ยามสูงวัยสำหรับแรงงานนอกระบบอีกช่องทางหนึ่ง ปัจจุบันมีผู้เป็น

^{๑๑} วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, (๒๕๕๖), รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๕, สถานที่พิมพ์: โรงพิมพ์ บริษัท เอสเอสพลัส มีเดีย จำกัด, นนทบุรี.

^{๑๒} โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAPP). ๒๕๕๖ การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๕๖.

^{๑๓} สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. จำนวนและเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์ ปี ๒๕๓๖ - ๒๕๖๐ รายปี. [ออนไลน์], สืบค้นจาก: http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=๑๗๕&template=๑R๒C&yeartype=M&subcatid=๔๗. (วันที่ค้นข้อมูล : ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๐).

^{๑๔} วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. รายงานการประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ (๒๕๔๕ - ๒๕๕๖) ระยะที่ ๒, [ออนไลน์], สืบค้นจาก: http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_๓๐๔.pdf. (วันที่ค้นข้อมูล : ๑๗ เมษายน ๒๕๕๗).

^{๑๕} สำนักงานประกันสังคม. กองทุนประกันสังคม จำนวนผู้ประกันตนภาคสมัครใจ (มาตรา ๔๐) ปี ๒๕๕๑ - ๒๕๖๐, [ออนไลน์], สืบค้นจาก: <http://www.sso.go.th/sites/default/files/R&D๑๒๒๐๐๔/statisticsmid๔๐.html>. (วันที่ค้นข้อมูล : ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐).

สมาชิก กอช. แล้วกว่า ๕๓๒,๔๑๒ ราย^{๖๖} จะช่วยให้แรงงานนอกระบบมีการออมเพื่อความมั่นคงทางรายได้ ยามสูงวัยเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ภาพรวมการออมของประชากรวัยแรงงานมีเพียง ๑๕ ล้านคนที่อยู่ในระบบ การออมเพื่อการเกษียณ แต่เงินออมเฉลี่ยที่มีก็อาจจะไม่เพียงพอกับเงินหลังเกษียณขั้นต่ำที่จะสามารถ ดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ในช่วงที่ผ่านมารัฐบาลชุดปัจจุบันได้ให้ความสำคัญกับการรับมือสถานการณ์สังคมสูงวัยที่ประเทศไทย กำลังเผชิญ โดยมีการออกนโยบายและมาตรการรองรับที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติฉบับที่ ๑๒ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี เพื่อให้เกิดการพัฒนาและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งการสนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุของหน่วยงานต่างๆ การออกมาตรการรองรับสังคมสูงวัยของกระทรวงการคลัง ได้แก่ (๑) ส่งเสริม การจ้างงานผู้สูงอายุ (๒) การสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (๓) สินเชื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ และ (๔) การบูรณาการระบบบำนาญบำนาญแห่งชาติ รวมถึงการจัดตั้งคณะทำงานประชารัฐเพื่อสังคม (E6) ที่มีการดำเนินงานในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานเพื่อเตรียมความพร้อมระบบและประชากรเพื่อรองรับสังคมสูงวัย และ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในปัจจุบัน ยังคงมีปัญหาและอุปสรรค ที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไขและพัฒนา อย่างต่อเนื่อง เช่น การพัฒนากฎระเบียบที่เอื้อต่อการดำเนินงานและใช้งบประมาณขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น การพัฒนาศักยภาพกำลังคนในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การพัฒนากลไก การเชื่อมโยงและบูรณาการการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของหน่วยงานต่างๆ การพัฒนา กลไกในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเมืองที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

สถานการณ์คนพิการ

ปี ๒๕๕๙ คนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ มีจำนวน ๑,๗๒๕,๖๐๑ คน คิดเป็น ร้อยละ ๒.๖๒ ของประชากรทั้งประเทศ^{๖๗} ส่วนใหญ่เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย รองลงมาเป็นคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเห็น ทางจิตหรือพฤติกรรม ทางสติ ปัญญา ทางออทิสติก และทางการเรียนรู้ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุและประเภทความพิการ พบว่า มีคนพิการในวัยสูงอายุ (อายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป) มากที่สุดจำนวน ๘๖๖,๔๖๖ คน ซึ่งส่วนใหญ่จะพิการ ทางทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (ร้อยละ ๕๔.๑๗ ของคนพิการสูงอายุ) ในส่วนวัยเด็กและวัยกำลังศึกษา (แรกเกิด - ๒๑ ปี) พบว่ามีอัตราส่วนของคนพิการทางสติปัญญามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๘๓ ด้านการศึกษา มีคนพิการที่ไม่ได้รับการศึกษา จำนวน ๕๙๓,๒๔๐ คน ในจำนวนนี้พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นคนพิการที่อายุถึงเกณฑ์แต่ไม่ได้รับการศึกษา และเป็นคนพิการอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๕๑ และ ๔๘.๒๖ ของคนพิการที่ไม่ได้รับการศึกษา สำหรับคนพิการที่ได้รับการศึกษาจำนวน ๑,๐๙๒,๓๕๕ คน ส่วนใหญ่ยังมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ขณะที่คนพิการที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี

^{๖๖} กองทุนการออมแห่งชาติ. ข้อมูลกองทุน ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๐. , [ออนไลน์], สืบค้นจาก: http://www.nsf.or.th/images/nsf/investment/FundStatus/๒๕๖๐/FUND_PROFILE_๒๓-MAY-๒๐๑๗/FUND_PROFILE_๒๓-MAY-๒๐๑๗_๒.jpg. (วันที่ค้นข้อมูล : ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๐).

^{๖๗} ศูนย์ข้อมูลคนพิการและเทคโนโลยีสารสนเทศ, รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทยประจำเดือนธันวาคม ๒๕๕๙ ข้อมูลสิ้นสุด ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙, <http://dep.go.th/th/news/รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทยประจำเดือนธันวาคม ๒๕๕๙>, (สืบค้นเมื่อ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๐)

ขึ้นไป มีเพียง ๑๗,๓๐๖ คน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑ เท่านั้น แต่มีแนวโน้มที่คนพิการจะได้รับโอกาสทางการศึกษาเพิ่มขึ้น ปัจจุบันมีโรงเรียนเฉพาะความพิการจำนวน ๔๖ โรงเรียน มีนักเรียนพิการจำนวน ๑๒,๙๗๕ คน การจัดการศึกษาแบบเรียนร่วม มีนักเรียนพิการจำนวน ๓๘๖,๘๒๓ คน ใน ๒๑,๙๗๒ โรงเรียนทั่วประเทศ และอยู่ระหว่างพัฒนาศูนย์การเรียนเฉพาะความพิการ ๑ อำเภอ ๑ ศูนย์การเรียน ด้านสุขภาพ เนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพที่ถูกต้องและถูกวิธี มีภาวะโภชนาการที่ส่งผลให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ขาดสารอาหาร ไม่สามารถออกกำลังกายหรือไม่ได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกายที่ถูกวิธี เป็นผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนหรือเกิดการเสื่อมสภาพของอวัยวะ^{๔๔} ด้านการส่งเสริมอาชีพและการมีงานทำ คนพิการวัยทำงาน (อายุ ๑๕ - ๖๐ ปี) มีจำนวน ๗๙๙,๓๔๒ คน เพิ่มขึ้นจากเดือนมีนาคม ๒๕๕๙ ประมาณ ๕๐,๔๐๑ คน แบ่งเป็นคนพิการที่ประกอบอาชีพ คนพิการที่สามารถทำงานได้แต่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และคนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (เนื่องจากพิการมาก/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้) คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๐๗ ๖๑.๖๐ และ ๑๔.๓๓ อาชีพของคนพิการส่วนใหญ่ คือ เกษตรกรรม ด้านการเข้าถึงสิทธิ^{๔๕} มีคนพิการเพียง ๑ ใน ๒ ที่สามารถร้องเรียนเรื่องสิทธิที่ถูกละเมิดได้ ส่วนคนพิการที่ไม่สามารถร้องเรียนนั้นเกิดจากไม่มีผู้ให้คำปรึกษา และไม่ทราบว่าควรร้องเรียนหน่วยงานใด เรื่องสิ่งอำนวยความสะดวกและการปรับสภาพแวดล้อม คนพิการเพียงร้อยละ ๒๘.๖ ได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือ อีกร้อยละ ๗๑.๔ ไม่ได้รับ และมีคนพิการถึงร้อยละ ๗๐ ไม่ได้รับการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตเพราะเชื่อว่าดูแลตัวเองหรือฝึกเองได้ การรวมกลุ่ม ปัจจุบันสมาคมคนพิการประเภทต่างๆ มีความเข้มแข็งแตกต่างกัน สามารถเข้าถึงทรัพยากรและการสนับสนุนจากรัฐไม่เท่ากัน เป็นที่มาของปัญหาความไม่เป็นธรรมอีกประเภทหนึ่ง

จากการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตพิการในระดับโลก และระดับภูมิภาคสู่การปฏิบัติ ทั้งอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (CRPD) ยุทธศาสตร์อินซอนเพื่อทำสิทธิให้เป็นจริง รวมทั้งเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) แนวทางสำคัญคือ ไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง (No one left behind) รวมทั้งคนพิการด้วย ตลอดจนพันธกรณีระหว่างประเทศต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ส่งผลให้ประเทศไทยมีการดำเนินการปรับปรุงกฎหมาย นโยบาย ให้สอดคล้องกับกระแสการพัฒนาดังกล่าว มีแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปีและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และในช่วงที่ผ่านมา มีการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการระดับจังหวัดทุกจังหวัดและกรุงเทพมหานครรวม ๗๗ แห่ง และจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ขององค์กรด้านคนพิการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานรัฐ ตลอดจนหน่วยงานต่างๆ รวมจำนวน ๑,๐๙๖ ศูนย์ ขับเคลื่อนงานด้านคนพิการในระดับพื้นที่ ซึ่งจะทำให้คนพิการในพื้นที่เข้าถึงบริการมากขึ้น^{๔๖}

ด้านสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และมีการแก้ไขเพิ่มเติมในปี ๒๕๕๖ ส่งผลให้เรื่องสุขภาพคนพิการมีขอบเขตกว้างไปกว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การเกิดมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๓ ซึ่งขับเคลื่อนต่อเนื่องมาจนถึง พ.ศ. ๒๕๕๙ และการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีนโยบายกองทุนสุขภาพท้องถิ่นครบทุกตำบลในปี ๒๕๕๒ การเริ่มนโยบายกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัด ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ รวมทั้งกองทุนทันตกรรมใน พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๗

^{๔๔} สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สู่ความเป็นธรรมระบบบริการสุขภาพคนพิการ. HSRI Forum ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๗ เดือนธันวาคม ๒๕๕๕

^{๔๕} พรธิดา วิเศษศิลปานนท์และคณะ. รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์โครงการการติดตามการเข้าถึงสิทธิของคนพิการและการพัฒนารูปแบบระบบสวัสดิการที่ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิของคนพิการ. ๒๕๕๖. <http://nep.go.th/th/publishdocument>, สืบค้นเมื่อ ๕ เมษายน ๒๕๕๗.

^{๔๖} กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. ๒๕๖๐. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔



ล้วนมีส่วนในการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพของคนพิการในชุมชนมากน้อยต่างกันไป แต่ยังพบความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ ทั้งในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล และการรอรับการรักษาที่ต้องใช้เวลานาน ตลอดจนอาคาร สถานที่ อุปกรณ์ หรือสื่อที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ของคนพิการ ประกอบกับความยากจนของคนพิการและครอบครัว ทำให้คนพิการถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสม ไม่สามารถเข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ และมักถูกละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐาน

ในส่วนการจ้างงานคนพิการ และการส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ปี ๒๕๕๙^{๙๐} มีจำนวนสถานประกอบการทั้งสิ้น ๑๓,๒๐๑ แห่ง ต้องจ้างคนพิการจำนวน ๖๑,๖๑๒ คน มีการปฏิบัติตามกฎหมายจ้างงานคนพิการตามมาตรา ๓๓ จำนวน ๓๒,๔๒๘ คน ปฏิบัติตามมาตรา ๓๕ จำนวน ๗,๒๗๓ คน และมีการส่งเงินเข้ากองทุนตามมาตรา ๓๔ จำนวน ๒๐,๓๔๓ อัตรา คิดเป็นเงินมากกว่า ๒ พันล้านบาท ในปี ๒๕๖๐ เกิดการขับเคลื่อนงานประชาธิรัฐเพื่อสังคมเรื่องการจ้างงานคนพิการในภาคธุรกิจ โดยมุ่งเป้าขับเคลื่อนให้สถานประกอบการจ้างงานคนพิการแทนการส่งเงินเข้ากองทุนฯ จำนวน ๑๕,๐๐๐ อัตรา (ณ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ จ้างเพิ่มได้แล้ว ๗,๑๕๕ อัตรา)^{๙๑} ทั้งนี้ คนพิการได้รับสิทธิในการประกอบอาชีพในระบบตามมาตรา ๒๐ และมาตรา ๓๓ - ๓๕ ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ แต่ด้วยข้อจำกัดด้านสุขภาพ ทักษะชีวิตของครอบครัวและคนพิการ สิ่งอำนวยความสะดวกในการเดินทางที่ไม่เอื้ออำนวย ทำให้ ๓ ใน ๔ ของคนพิการที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่มีอาชีพและรายได้อื่น นอกจากได้รับเบี้ยความพิการเดือนละ ๘๐๐ บาท ส่วนคนพิการที่มีงานทำจะมีรายได้โดยเฉลี่ยเพียง ๒ ใน ๓ ของคนธรรมดาเท่านั้น ซึ่งค่าตอบแทนที่ได้เฉลี่ยเดือนละประมาณ ๗,๐๐๐ - ๙,๐๐๐ บาท ซึ่งไม่เพียงพอสำหรับรายจ่ายกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น และการออมเพื่ออนาคต

แม้ว่าการทำงานพัฒนาคนพิการ จะมีหลายองค์กรดำเนินงานทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรภาคสังคม องค์กรเพื่อคนพิการที่สนับสนุนการพัฒนากระบวนการสุขภาพ การศึกษา การมีงานทำ และการมีส่วนร่วม มีการเคลื่อนงานเครือข่ายคนพิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดช่องว่างและอุปสรรคของคนพิการทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม แต่ยังมีจุดอ่อนต่างๆ อาทิ ขาดฐานข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางการแปลงแนวนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ขาดระบบบริการที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ ขาดการเชื่อมประสานและบูรณาการการเคลื่อนงานอย่างเป็นระบบ เป็นต้น ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจ ลดความยากจน ตลอดจนเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพแบบองค์รวม จะทำให้คนพิการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การศึกษา อาชีพ และบริการต่างๆ อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

สถานการณ์ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติ

ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล เป็นกลุ่มบุคคลที่ไม่สามารถเข้าถึงและใช้สิทธิขั้นพื้นฐาน บริการของรัฐ รวมถึงสิทธิด้านอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเพราะมีปัญหาสถานะบุคคลภายใต้กฎหมายสัญชาติ กฎหมายการทะเบียนราษฎร และกฎหมายคนเข้าเมือง ที่ถูกเข้าใจหรือตีความให้เป็นเงื่อนไขในการเข้าถึงสิทธิด้านต่างๆ^{๙๒} ทั้งนี้หากพิจารณาจากจุดเกาะเกี่ยวกับประเทศไทยจะสามารถจำแนกกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคล

^{๙๐} กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, ณ วันที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

^{๙๑} คณะทำงานประชาธิรัฐเพื่อสังคม (E6). เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานประชาธิรัฐเพื่อสังคม (E6) ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐.

^{๙๒} ดร.ณิ ไพศาลพาณิชย์กุล. ยุทธศาสตร์การพัฒนาสิทธิในสุขภาพของผู้มีปัญหาละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐาน. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ๒๕๕๗.

ได้เป็น ๕ กลุ่มหลัก ประกอบด้วย (๑) ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่มีจุดเกาะเกี่ยวที่จะนำไปสู่การมีสัญชาติไทย (๒) ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่มีจุดเกาะเกี่ยวที่จะนำไปสู่การพัฒนาเป็นคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมาย และมีสิทธิอาศัยถาวร (๓) ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่มีจุดเกาะเกี่ยวเกี่ยวกับประเทศไทยและประเทศอื่นในเวลาเดียวกัน (๔) ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่ไม่มีจุดเกาะเกี่ยวที่จะนำไปสู่การมีสัญชาติไทย และ (๕) บุคคลไร้เอกสารพิสูจน์ทราบตัวบุคคล

สหประชาชาติได้กำหนดความหมายของแรงงานข้ามชาติ ไว้ในอนุสัญญาว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของแรงงานข้ามชาติและสมาชิกในครอบครัว ว่าหมายถึง บุคคลซึ่งจะถูกว่าจ้างให้ทำงาน กำลังถูกว่าจ้าง หรือเคยถูกว่าจ้างทำงาน โดยได้รับค่าตอบแทนในรัฐที่ตนไม่ได้เป็นคนของชาตินั้น^{๔๔} ทั้งนี้สถิติแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ณ เดือนพฤษภาคม ๒๕๕๙ มีจำนวนทั้งสิ้น ๑,๔๙๓,๔๑๘ คน เมื่อจำแนกตามลักษณะการเข้าเมืองจะสามารถจำแนกได้ ดังนี้ แรงงานข้ามชาติตลอดชีพจำนวน ๔๙๕ คน ประเภททั่วไปจำนวน ๑๐๑,๑๒๖ คน พิสูจน์สัญชาติจำนวน ๑,๐๓๙,๕๑๓ คน นำเข้าตามบันทึกข้อตกลง (MOU) จำนวน ๓๒๓,๒๗๐ คน และชนกลุ่มน้อย/กลุ่มชาติพันธุ์จำนวน ๒๙,๐๑๔ คน^{๔๕}

แม้ว่าจะมีกฎหมาย นโยบาย และกลไกที่รับรองและเอื้อต่อการเข้าถึงและใช้สิทธิด้านต่างๆ อาทิ การบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาลจากกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ตามมติ ครม. ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ ซึ่งผู้มีปัญหาสถานะบุคคลมีความพึงพอใจต่อสิทธิและการบริการที่ได้รับ ในส่วนแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาอย่างถูกกฎหมายนั้นได้รับการดูแลจากระบบประกันสังคม หรือการซื้อบัตรประกันสุขภาพ แต่ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติหลายกลุ่มยังเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงสิทธิและบริการ ทั้งจากตัวผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติเองที่ยังไม่รับรู้สิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องหรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกลไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ และตัวผู้ให้บริการที่ต้องเผชิญกับภาระงานและงบประมาณที่เพิ่มมากขึ้น อุปสรรคของการสื่อสาร รวมทั้งรูปแบบและกระบวนการเฉพาะที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย อุปสรรคเหล่านี้ทำให้ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในพื้นที่ประเทศไทยยังเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการมีสุขภาวะที่ดีได้

สถานการณ์แรงงาน

วัยแรงงานถือเป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศ มีส่วนร่วมสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและขับเคลื่อนสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ปี ๒๕๖๐ พบว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไปมีจำนวน ๕๕.๘๓ ล้านคน เป็นผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานจำนวน ๓๘.๓ ล้านคน^{๔๖} ในจำนวนนี้มีแรงงานในระบบ ๑๗.๐ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๔๔.๔ แรงงานนอกระบบ ๒๑.๓ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๕๕.๖ ส่วนมากทำงานอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ ๓๕.๕ รองลงมาคือภาคกลางร้อยละ ๒๒.๖ โดยแรงงานนอกระบบมากกว่าครึ่งทำงานในภาคเกษตรกรรมร้อยละ ๕๔.๘ รองลงมาทำงานภาคการค้าและบริการ ร้อยละ ๓๔.๐ ด้านการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าคิดเป็นร้อยละ ๖๑.๙ นอกจากนั้นแล้ว พบว่าปัญหาที่เกิดจาก

^{๔๔} กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์คนต่างด้าวที่ทำงานในประเทศไทย. แหล่งที่มา: https://www.m-society.go.th/article_attach/๔๘๗๘/๑๔๒๘๖.pdf. ค้นเมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๙.

^{๔๕} กระทรวงแรงงาน. สถานการณ์ตลาดแรงงานในประเทศ: สถิติแรงงานต่างด้าว เดือนพฤษภาคม ๒๕๕๙. แหล่งที่มา: http://www.mol.go.th/academician/situation_labor%๒๐market. ค้นเมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๙.

^{๔๖} สำนักงานสถิติแห่งชาติ (๒๕๖๐). การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร (เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐)



การทำงานส่วนมากเป็นปัญหาจากความไม่ปลอดภัย เช่น ได้รับสารเคมีเป็นพิษ ใช้เครื่องจักร หรือเครื่องมือที่เป็นอันตราย ได้รับอันตรายต่อระบบหู ระบบตา เป็นต้น รองลงมาเป็นปัญหาที่มาจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน และปัญหาจากการทำงาน^{๙๗}

เนื่องจากแรงงานนอกระบบ คือ ผู้ที่ทำงานโดยไม่มีสัญญาการจ้างงาน หรือไม่มีนายจ้างตามกฎหมายแรงงาน หรือเป็นผู้ประกอบอาชีพอิสระ ไม่ได้ทำงานอยู่ในสถานประกอบการ ส่วนใหญ่ต้องใช้อำนาจหรือที่สาธารณะเป็นสถานที่ทำงาน แต่ระบบการดูแลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานยังไม่ชัดเจน ในขณะที่ลูกจ้างในสถานประกอบการจะมีกฎหมายควบคุมในเรื่องสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของสถานประกอบการ ดังนั้นแรงงานนอกระบบจึงมีความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยจากการทำงานอย่างมาก จึงทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างแรงงานนอกระบบและในระบบที่เห็นได้ชัด คือ การไม่ได้รับความคุ้มครอง ความไม่เป็นธรรม หรือไม่มีหลักประกันจากการทำงาน ทำให้เกิดปัญหาหรือภาระต่อการดำรงชีวิต เช่น ได้รับค่าตอบแทนน้อยหรือค่าตอบแทนไม่แน่นอน ทำงานหนัก ไม่มีวันหยุดเพราะทำให้อาจเสียโอกาสในการทำงาน ไม่มีระบบสวัสดิการสังคมรองรับ หากได้รับความเจ็บป่วยจากการทำงานจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วยตนเอง เป็นต้น^{๙๘}

เมื่อพิจารณาสถิติการประสบอันตรายจากการทำงานของแรงงานในระบบ ในปี ๒๕๕๗ พบว่าการประสบอันตรายที่เกิดขึ้นและผู้ประสบเหตุสามารถเข้าถึงการใช้สวัสดิการจากกองทุนเงินทดแทน มีจำนวนทั้งสิ้น ๑๐๐,๓๔๒ ราย โดยมี ๖๒๕ รายเสียชีวิต และส่วนใหญ่เกิดขึ้นในสถานประกอบการขนาดเล็กที่มีลูกจ้าง ๑ - ๑๐ คน ส่วนกรณีที่ประสบอันตรายจนทำให้ทุพพลภาพ พบ ๑๔ ราย และ สูญเสียอวัยวะบางส่วนมีจำนวน ๑,๔๘๕ ราย ซึ่งแรงงานที่ประสบอันตรายส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มช่วงอายุ ๒๐ - ๓๔ ปี เช่นเดียวกับช่วงหลายปีที่ผ่านมา ทั้งนี้มีการจ่ายเงินทดแทนไปทั้งสิ้น ๑,๒๘๔.๑๐ ล้านบาท^{๙๙} ในด้านการเกิดโรคจากการทำงานที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว พบว่า ส่วนมากเป็นโรคทางกล้ามเนื้อและกระดูก รองลงมาคือ โรคผิวหนัง โรคจากสารเคมี และโรคจากสาเหตุทางกายภาพตามลำดับ ทั้งนี้งานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ๓ หน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอุตสาหกรรม โดยมีกระทรวงแรงงานเป็นองค์กรหลักที่มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ ครอบคลุมการดูแล ป้องกัน ควบคุมการกระทำหรือสภาพการทำงานให้ปลอดภัยจากการทำให้เกิดการประสบอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย จิตใจ และสุขภาพอนามัยเนื่องจากการทำงาน

สถานการณ์มุสลิมไทย

การสำรวจสถานะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่า ประชากรไทยอายุ ๑๓ ปีขึ้นไปที่นับถือศาสนาอิสลามมีจำนวน ๒.๓๔ ล้านคน (ร้อยละ ๔.๒)^{๑๐๐} โดยส่วนใหญ่กว่าร้อยละ ๗๐ อาศัยอยู่ในภาคใต้ โดยเฉพาะภาคใต้ตอนล่าง และในจังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส โดยมุสลิมไทยในแต่ละพื้นที่มีภูมิหลังทางด้านชาติพันธุ์และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ในช่วงที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพ

^{๙๗} กลุ่มงานสถิติแรงงาน สำนักงานสถิติเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ (๒๕๕๔). การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. ๒๕๕๔

^{๙๘} แผนงานติดตามสถานการณ์ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (๒๕๕๖). ทิศทางแรงงานนอกระบบ : การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจแรงงานนอกระบบ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๔

^{๙๙} สำนักความปลอดภัย กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน (๒๕๕๘). สถานการณ์การดำเนินงานด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัยของประเทศไทย ปี ๒๕๕๘

^{๑๐๐} สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสถานะทางสังคมและสุขภาพจิต (ความสุข) ความสุขคนไทย พ.ศ. ๒๕๕๗. [ออนไลน์], สืบค้นจาก: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/soc-culFullReport๕๗.pdf>. (วันที่สืบค้น : ๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๙).

ชีวิตของมุสลิมไทยหลายด้านนี้ดีกว่าประชากรไทยโดยเฉลี่ยในประเด็นหลัก คือ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ สังคมและการศึกษา รวมถึงปัญหาสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ด้านสุขภาพ ตัวบ่งชี้ภาพรวมของสถานการณ์สุขภาพของมุสลิมไทยคือ อายุมัธยฐานซึ่งเท่ากับ ๒๗.๐ ปี ซึ่งน้อยกว่าอายุมัธยฐานของคนไทยทั่วไปคือ ๓๕.๗ ปี (สำมะโนประชากรและเคหะ ๒๕๕๓) ทั้งนี้อายุมัธยฐานของมุสลิมไทยใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้น้อยกว่า (๒๕.๐ ปี)^{๑๐๐} โดยดัชนีการพัฒนามนุษย์ ปี ๒๕๕๘^{๑๐๑} ระบุว่า จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส อยู่ในห้าจังหวัดที่มีความก้าวหน้าด้านสุขภาพน้อยที่สุดหรือล้าหลังมากที่สุด ส่วนงานวิจัยของแผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย^{๑๐๒} ในปี ๒๕๕๘ พบว่า มุสลิมออกกำลังกาย และบริโภคผักและผลไม้มากกว่า และได้รับการตรวจยืนยันว่าเป็นโรคเบาหวานร้อยละ ๓.๓ ซึ่งถือว่าน้อย เมื่อเทียบกับร้อยละ ๕.๓ ของคนไทยทั่วไป แต่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๙.๙ สูงกว่าคนไทยโดยเฉลี่ยที่ร้อยละ ๙.๑ ด้านพฤติกรรมสุขภาพและการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในมุสลิมไทย พบว่า มุสลิมไทยมีอัตราการบริโภคยาสูบและค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคยาสูบ (๑๐๖.๐๐ บาท/ครัวเรือน) สูงกว่าประชากรทั่วไป (๙๑.๐๐ บาท/ครัวเรือน) แต่หากพิจารณาแนวโน้มระหว่างปี ๒๕๕๖ - ๕๕๘ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการบริโภคบุหรี่ของครัวเรือนมุสลิมไทยลดลง ๓๓ บาท/เดือน ซึ่งมากกว่าครัวเรือนไทยโดยทั่วไป (ลดลง ๒๐ บาท/เดือน) อย่างไรก็ตาม เมื่อเทียบสัดส่วนค่าใช้จ่ายของการบริโภคบุหรี่ในค่าใช้จ่ายรวมของครัวเรือนมุสลิมไทยในปี ๒๕๕๘ (ร้อยละ ๐.๕๖) ยังสูงกว่าครัวเรือนไทยโดยทั่วไป (ร้อยละ ๐.๔๓) นอกจากนี้ข้อมูลจากการประเมินสถานการณ์การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จ และการสัมผัสควันบุหรี่มือสองที่บ้านในพื้นที่ ๔ จังหวัด และ ๔ อำเภอชายแดนใต้ในปี ๒๕๕๘^{๑๐๓} พบว่ามีผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบปัจจุบันร้อยละ ๒๗.๖ ซึ่งถือว่ายังคงมีอัตราสูง ในขณะที่มีผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองที่บ้านร้อยละ ๔๓.๗ โดยในงานวิจัยนี้ มีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นประชากรมุสลิมร้อยละ ๘๘.๘ ยังคงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโทษพิษภัยจากการสูบบุหรี่และควันบุหรี่มือสอง ส่วนการบริโภคสุราซึ่งเป็นปัญหาในระดับประเทศไม่เป็นปัญหาในมุสลิมไทยซึ่งปัจจัยสำคัญ คือ คำสอนของศาสนาอิสลามซึ่งควบคุมการบริโภคสุราอย่างเข้มงวด^{๑๐๔}

ด้านเศรษฐกิจ ข้อมูลจากการสำรวจในปี ๒๕๕๘^{๑๐๕} ระบุว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมุสลิมไทย (๒๓,๘๖๖ บาท) ต่ำกว่าคนไทยทั่วไป (๒๖,๖๕๒ บาท) ถึงร้อยละ ๑๐ ในด้านปัญหาความยากจนสัดส่วนคนจนของครัวเรือนมุสลิมมีค่าสูงกว่าทั้งประเทศกว่าเท่าตัว และปัญหาความยากจนของมุสลิมรุนแรงมากในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งของมุสลิมไทยอาศัยอยู่ อย่างไรก็ตาม สัดส่วนคนจนของครัวเรือนมุสลิมในปี ๒๕๕๘ คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๘๑ ซึ่งลดลงจากร้อยละ ๑๙.๗๗ ในปี ๒๕๕๖ ในขณะที่สัดส่วนคนจนของครัวเรือนทั้งประเทศในปี ๒๕๕๘ คิดเป็นร้อยละ ๗.๒๑ ซึ่งลดลงจากร้อยละ ๑๐.๙๔ ในปี ๒๕๕๖ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาวะความยากจนของครัวเรือนมุสลิมมีแนวโน้มลดลง เช่นเดียวกับครัวเรือนไทยโดยทั่วไป ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคนที่มียกระดับรายได้ที่ยังอยู่ในฐานะยากจนในสัดส่วนที่สูง แต่ยังมีสัดส่วนคนจนลดลงบ้างเล็กน้อย แต่พื้นที่

^{๑๐๐} แผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย (เพื่อการพัฒนา), สำมะโนประชากรมุสลิมไทยปี ๒๕๕๓, มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย.

^{๑๐๑} สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๕๘). ดัชนีความก้าวหน้าของคน ปี ๒๕๕๘

^{๑๐๒} สุวรรณ มโนสุนทร และคณะ, (๒๕๕๕), รายงานสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อกลุ่มประชากรมุสลิม ภายใต้การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ, รายงานวิจัยเสนอต่อแผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย.

^{๑๐๓} ขอพิยะห์ นิเมะ, วีระศักดิ์ จงสุวิวัฒน์วงศ์ และสาวตรี อัสฌางค์กรชัย (๒๕๕๘) การประเมินสถานการณ์การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ การเลิกสูบบุหรี่สำเร็จ และการสัมผัสควันบุหรี่มือสองที่บ้าน ในพื้นที่ ๔ จังหวัด และ ๔ อำเภอชายแดนใต้. สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

^{๑๐๔} เชเรซา ถนอมวงศ์, (๒๕๕๙), งานวิจัยศึกษาเปรียบเทียบโครงสร้างรายได้และพฤติกรรมกรรมการบริโภคของมุสลิมไทยปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๘.

^{๑๐๕} เชเรซา ถนอมวงศ์, (๒๕๕๙), งานวิจัยศึกษาเปรียบเทียบโครงสร้างรายได้และพฤติกรรมกรรมการบริโภคของมุสลิมไทยปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๘.

ที่มีประชากรมุสลิมในสัดส่วนสูง ได้แก่ จังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส มีสัดส่วนคนจนมากถึงร้อยละ ๓๗.๔๔ และ ๓๕.๓๑ ตามลำดับ นอกจากนี้ข้อมูลดัชนีความก้าวหน้าของคนปี ๒๕๕๘ ในตัวชี้วัดย่อยด้านชีวิต การงานและตัวชี้วัดด้านชีวิตการงาน ระบุว่า จังหวัดยะลาและจังหวัดปัตตานี อยู่ในห้าอันดับจังหวัดแรก ที่มีความล้าหลังด้านชีวิตการงานมากที่สุด ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการมีชีวิตการงานที่ไม่ดีนำไปสู่การมีรายได้ และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีนักเช่นกัน

ด้านการศึกษา เยาวชนมุสลิมไทยโดยเฉพาะในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ยังมีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาต่ำ เห็นได้จากคะแนนทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติขั้นพื้นฐาน หรือ โอ-เน็ต ของนักเรียนใน จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี และยะลาอยู่ในอันดับรั้งท้ายของประเทศ^{๑๐๗} ส่วนคะแนนผลการทดสอบมาตรฐาน อิสลามศึกษา หรือ ไอ-เน็ต คะแนนเฉลี่ยของทุกวิชาไม่ผ่านครึ่ง ยกเว้นวิชาเดียวคือวิชาจริยธรรมที่ได้คะแนน เกินครึ่ง นอกจากนี้ดัชนีการพัฒนาคคน ปี ๒๕๕๘ ในการประเมินความก้าวหน้าของคนด้านการศึกษา ยังพบว่า นราธิวาส ปัตตานี และยะลา เป็นจังหวัดที่มีความล้าหลังด้านการศึกษามากที่สุด ๓ ลำดับแรกของ ประเทศ ทั้งนี้ สาเหตุเกิดจากปัญหาการเข้าถึงการศึกษา ที่เกิดจากความสามารถในการใช้ภาษาไทย อุปสรรค ทางเศรษฐกิจ และช่องว่างทางศาสนาและวัฒนธรรม ตลอดจนความจำเป็นที่เยาวชนต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น เพื่อศึกษาศาสนา และจริยธรรม เนื่องจากวิชาเหล่านี้ไม่ได้ถูกบูรณาการอยู่ในหลักสูตรอย่างชัดเจน จึงจำเป็น ที่จะต้องพัฒนาการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับลักษณะเฉพาะทางศาสนาและวัฒนธรรม โดยการพัฒนา ตำราเรียนที่มีการบูรณาการหลักการทางศาสนา ร่วมกับวิชาสามัญ เพื่อลดภาระในการเรียน และมีโอกาส ในการเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา รวมถึงเพิ่มเติมการสอนวิชาชีพ เพื่อให้มีโอกาสและทักษะในการประกอบ อาชีพอิสระต่างๆ หลังจบการศึกษา

สถานการณ์คนไร้บ้าน

จากการสำรวจสถานการณ์คนไร้บ้านของหลายหน่วยงานใน ๓ เมืองหลักของประเทศในปัจจุบัน พบว่า มีประชากรคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานครทั้งในพื้นที่สาธารณะและศูนย์พักพิงชั่วคราวจำนวน ๑,๓๐๗ คน เทศบาลนครขอนแก่น จำนวน ๑๓๖ คน และเทศบาลนครเชียงใหม่ จำนวน ๗๕ คน โดยสัดส่วนเพศชายอยู่ที่ประมาณร้อยละ ๘๕ และเพศหญิงประมาณร้อยละ ๑๕

ผลการสำรวจคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร สะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาของคนไร้บ้านในมิติต่างๆ อาทิ

๑. สุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ คนไร้บ้านเป็นกลุ่มประชากรที่ดูจะมีปัญหา ทางสุขภาพในสัดส่วนที่มากกว่าคนทั่วไปในหลายมิติอันเนื่องมาจากการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ ที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงทั้งทางสังคมและทางกายภาพ คนไร้บ้านร้อยละ ๓๐ มีปัญหาสุขภาพทาง ผิวหนัง ร้อยละ ๗๐ มีปัญหาสุขภาพช่องปากไม่ว่าทางใดก็ทางหนึ่ง และร้อยละ ๗๐ มีปัญหาสุขภาพจิต ทั้งนี้คนไร้บ้านส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเอกสารพิสูจน์สิทธิทางทะเบียนซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ คนไร้บ้านกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิตามหลักประกันสุขภาพของรัฐได้ในทางเดียวกัน คนไร้บ้านอีกจำนวน มากยังต้องประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐจากอุปสรรคในการใช้สิทธิตามหลักประกัน สุขภาพ อันเนื่องมาจากการไม่ได้หรือไม่สามารถย้ายสิทธิมาขอรับบริการในพื้นที่ใช้ชีวิตปัจจุบัน นอกจากนี้

^{๑๐๗} ผลวิจัยเด็กมุสลิมใต้ “เรียนหนักแต่ล้มเหลว” เน้นบูรณาการ “ศาสนา-สามัญ”, [ออนไลน์], สืบค้นจาก <http://www.enn.co.th/> ๔๖๔๐

คนไร้บ้านยังต้องเผชิญกับทัศนคติในทางลบของผู้ให้บริการทางสุขภาพจำนวนหนึ่งอันส่งผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิ

๒. ความเสี่ยงของการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ คนไร้บ้านส่วนใหญ่มีแนวโน้มทางสุขภาพทางกายและทางจิตที่ย่ำแย่ลงหลังการออกมาใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ อันส่งผลกระทบต่อต้นทุนการใช้ชีวิต ทั้งการทำงานและการรักษาสุขภาพ ซึ่งหากปล่อยไว้ในระยะยาวจะส่งผลกระทบต่อต้นทุนชีวิตและการพัฒนาฟื้นฟูคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับคนไร้บ้านจำนวนหนึ่ง ได้สะท้อนให้เห็นความเป็นไปได้ที่คนไร้บ้านจะมีอายุเฉลี่ยที่ต่ำกว่าคนปกติ

๓. สังคมคนไร้บ้านเป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (completed aged society) ในปัจจุบันมีคนไร้บ้านอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ ๒๒ ของคนไร้บ้านที่เป็นตัวอย่างของการสำรวจ และเกือบทั้งหมดเป็นผู้ชาย ทั้งนี้ ลักษณะประชากรดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการมีสัดส่วนประชากรสูงอายุที่มากกว่าสังคมไทยโดยรวมที่เข้าสู่สังคมสูงวัย (aged society) ที่มีประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ ๑๐

ทัศนคติในทางลบของสังคมต่อคนไร้บ้าน แม้ปัจจุบันความเข้าใจต่อคนไร้บ้านจะเพิ่มมากขึ้น หากแต่สังคมส่วนใหญ่และผู้คนจำนวนมากก็ยังมีทัศนคติในทางลบต่อคนไร้บ้าน โดยเฉพาะการมองว่าคนไร้บ้านเป็นภาระของสังคมและเป็นกลุ่มคนที่สร้างปัญหาให้กับพื้นที่ ตลอดจนบุคลากรที่ทำงานและมีปฏิสัมพันธ์กับคนไร้บ้านจำนวนหนึ่งก็ยังมีทัศนคติที่ไม่เข้าใจวิถีชีวิตคนไร้บ้าน รวมถึงศักยภาพของคนไร้บ้าน อันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไร้บ้านที่ยั่งยืน

สถานการณ์ผู้หญิง

ข้อมูลประชากรของประเทศไทยปี ๒๕๕๘ (ณ เดือนธันวาคม ๒๕๕๘) พบว่า มีประชากรทั้งประเทศ ๖๕.๗ ล้านคน แบ่งเป็นชาย ๓๒.๒ ล้านคน และหญิง ๓๓.๕ ล้านคน^{๑๐๘} แต่คาดการณ์ว่าแนวโน้มของประชากรไทยกำลังใกล้จะอยู่ในสภาพ “คงตัว”^{๑๐๙} แต่ความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงจะเพิ่มมากขึ้น โดยจำนวนประชากรเพศหญิงจะมีจำนวนรวมมากกว่าเพศชาย^{๑๑๐} อย่างไรก็ตามจำนวนประชากรเพศหญิงที่มีมากกว่าเพศชายไม่ได้หมายความว่าโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ เท่าเทียมกับเพศชาย และแม้ปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าในการจัดการศึกษา การแพทย์ สาธารณสุข วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในระดับที่ดีกว่าโลกในศตวรรษที่แล้วอย่างมาก แต่หลายประเทศผู้หญิงยังคงไม่สามารถเข้าถึงความก้าวหน้าเหล่านี้ โดยเฉพาะกลุ่มที่ถูกสังคมกีดกันเบียดขับออกไปในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ทั้งความยากจน ความพิการ ภาวะด้อยโอกาสทางสังคม และความเป็นอื่นทางวัฒนธรรม อาทิ กลุ่มชาติพันธุ์ส่วนน้อย และอื่นๆ ดังนั้นความไม่เป็นธรรมเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องเพศจึงยังคงปรากฏและดำเนินไปราวกับเป็นเรื่องปกติ

กฤตยา อาชวนิจกุลและกุลภา วจนสาระ^{๑๑๑} ได้ให้ภาพสถานะสุขภาพของผู้หญิงไว้ว่า “ผู้หญิงไทยมีชีวิตยืนยาวกว่าผู้ชายไทย ด้วยคุณภาพชีวิตที่ดีน้อยกว่า เสี่ยงต่อการตกอยู่ในภาวะซึมเศร้ามากกว่า อยู่กับโรคเรื้อรัง

^{๑๐๘} ระบบสถิติทางการทะเบียน. สถิติประชากรและบ้าน-จำนวนประชากรแยกอายุ. แหล่งที่มา: http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php. ค้นเมื่อวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๙.

^{๑๐๙} สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศ จากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓. แหล่งที่มา: www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/FileUpload/PDF/Report-File-๔๐๙.pdf. ค้นเมื่อวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๙.

^{๑๑๐} ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา วาพัฒน์วงศ์. “ความไม่สมดุลของประชากรชายและหญิงในประเทศไทย”, ใน ประชากรและสังคม ๒๕๕๑: มิติ “เพศ” ในประชากรและสังคม. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม, ๒๕๕๑.

^{๑๑๑} กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. มองผ่านเลนส์เพศภาวะและความหลากหลาย: ข้อเสนอการพัฒนาศาสตร์เพื่อสุขภาวะผู้หญิง. นครปฐม: สมาคมเพศวิถีศึกษา. ๒๕๕๘.

และความพิการยาวนานกว่า ขณะที่ความรุนแรงทางเพศเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งของสภาวะผู้หญิง” และแม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยจะมีระบบประกันสุขภาพของประชาชนถึง ๓ ระบบ ซึ่งผู้หญิงได้สิทธิประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพเหล่านั้นด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตามชุดสิทธิประโยชน์เหล่านั้นยังไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่จำเป็นสำหรับผู้หญิงบางประการ รวมทั้งยังมีกลุ่มผู้หญิงอีกหลายกลุ่มที่ตกอยู่ในสภาวะ “ข้อยกเว้น” และถูกกันออกไป (exclude) จากการได้รับสิทธิขั้นพื้นฐาน และการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพเพื่อการมีสภาวะที่ดี อาทิ ผู้ต้องขังหญิง ผู้หญิงพิการ ผู้หญิงกลุ่มชาติพันธุ์ ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิ เป็นต้น

สถานการณ์ผู้ต้องขังหญิง

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ต้องขังหญิง ๔๕,๑๔๑ คน^{๑๑๑} และมีสถิติสูงที่สุดในโลกถึง ๒ ด้าน คือ มีอัตราผู้ต้องขังหญิงต่อจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด (ร้อยละ ๑๔.๖ เปรียบเทียบกับ ร้อยละ ๘.๘ ของสหรัฐอเมริกา) และสัดส่วนผู้ต้องขังหญิงต่อแสนประชากรไทยสูงที่สุดในโลก^{๑๑๒} ข้อจำกัดและผลกระทบเมื่อจำนวนคนมากเกินไปที่เรือนจำหรือทัณฑสถานรองรับได้ ทำให้ภาพรวมของคุณภาพชีวิตในเรือนจำ ทั้งการอยู่อาศัย สุขภาพอนามัย การทำกิจวัตรประจำวัน เรียนหนังสือ ฝึกอาชีพ พักผ่อนนอนหลับ ทั้งหมดล้วนเกิดขึ้นอย่างแออัดในพื้นที่คับแคบของแดนหญิงในเรือนจำหรือทัณฑสถาน ปัญหาหลักที่เกี่ยวข้องบริการทางสุขภาพต่อผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำคือ การเข้าไม่ถึงบริการ หรือเข้าถึงได้ช้าในเวลาเจ็บป่วย เพราะบุคลากรในเรือนจำ เช่น พยาบาล หรือผู้คุมที่จะพาไปโรงพยาบาลมีไม่พอ ที่สำคัญคือขาดงบประมาณเนื่องจากระบบการสนับสนุนเงินงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โอนเงินผ่านไปที่โรงพยาบาลประจำพื้นที่ที่ให้การราชทัณฑ์ไม่เอื้อต่อการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาลภายในเรือนจำ ปัญหาเชิงรูปธรรมสำคัญของสุขภาพผู้ต้องขังหญิงที่ควรใส่ใจอย่างเร่งด่วน ได้แก่ (๑) ปัญหาอนามัยแม่และเด็กทารก รวมถึงปัญหาด้านสูติรีเวชที่เรือนจำยังขาดการคัดกรองและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านมอย่างเป็นระบบ (๒) ปัญหาผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ จากสถิติพบว่าผู้ต้องขังในเรือนจำมีอัตราการป่วยเป็นวัณโรคที่สูงมาก เนื่องจากความเป็นอยู่แออัด (๓) ปัญหาภาวะโรคติดต่อทางเดินอาหาร ท้องเสีย เพราะการปนเปื้อนในอาหารและน้ำดื่ม (๔) ปัญหาสุขภาพช่องปาก พบว่าผู้ต้องขังมากกว่าร้อยละ ๘๐ มีปัญหาทันตกรรม ซึ่งโรงพยาบาลในพื้นที่ไม่สามารถส่งเจ้าหน้าที่มาดูแลเป็นการเฉพาะ เนื่องจากไม่มีบุคลากรเพียงพอ (๕) ปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า จิตตก บางส่วนมีอาการเหมือนคนวิกลจริตเมื่ออยู่ในเรือนจำไปนานๆ และ (๖) ปัญหาการถูกคุกคามหรือละเมิดทางเพศโดยผู้คุมหรือผู้ต้องขังด้วยกันเอง

สำหรับระเบียบปฏิบัติและข้อเสนอแนะระดับนานาชาติที่มีอยู่ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง เช่น มาตรฐานขั้นต่ำของสหประชาชาติเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง ซึ่งกำหนดให้ประเทศสมาชิกถือปฏิบัติเป็นมาตรฐานเบื้องต้นในการบริหารงานเรือนจำและการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังนั้น พบว่ามีการกำหนดเพียงสั้นๆ ถึงหลักปฏิบัติที่เกี่ยวกับผู้ต้องขังหญิงไว้อย่างกว้างๆ และไม่เฉพาะเจาะจง ทำให้ผู้ต้องขังหญิงจำนวนมากยังคงได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมมีการเลือกปฏิบัติ และมีการฝ่าฝืนหลักสิทธิมนุษยชนทั้งด้านสิทธิสตรีและด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์สภาพความเป็นอยู่ สำหรับข้อกำหนดที่ตกลงใช้กันในระดับนานาชาติ โดยเฉพาะ

^{๑๑๑} ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร กรมราชทัณฑ์ <http://www.correct.go.th/stat๑๐๒/display/result.php?date=๒๐๑๖-๐๖-๐๑&submit=%B๕%A๑%C๕%A๗>

^{๑๑๒} กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. ๒๕๕๘. ผู้ต้องขังหญิง: สถานการณ์และข้อเสนอเชิงนโยบาย. นครปฐม: สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

‘ข้อกำหนดกรุงเทพ’ หรือ Bangkok Rules แต่ในทางปฏิบัติก็ยังมีข้อขัดข้องต่างๆ ในการดำเนินงานอยู่มาก การขับเคลื่อนให้เกิดเรือนจำสุขภาพ (healthy prison)^{๑๑๔} ได้แก่ สร้างให้ผู้ต้องขังหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเอง ลดความเสี่ยงของโรคที่มักเกิดในเรือนจำ สนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันได้รับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยอย่างทันท่วงที ให้โอกาสการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ต้องขัง ไม่จำกัดสิทธิความเป็นแม่ และส่งเสริมการสร้างโอกาสและการยอมรับของคนในชุมชนผ่านกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้สถาบันเรือนจำมีการประสานงานและสัมพันธ์กับองค์กรภายนอกในการร่วมดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังหญิง โดยเฉพาะองค์กรภาครัฐทั้งในระดับพื้นที่ที่เรือนจำตั้งอยู่ และระดับนโยบายในส่วนกลาง ตลอดจนสื่อมวลชน และสาธารณชนทั่วไป เพื่อให้สังคมทุกภาคส่วนเห็นนัยสำคัญของการมีเรือนจำสุขภาพที่จะเกิดผลดีต่อทั้งผู้ต้องขังและต่อสังคม

จุดเน้นของแผน

แผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๑ ของแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะที่ได้ทบทวนสถานการณ์และแนวทางดำเนินงานร่วมกับภาคีหลักยังคงเป็นการทำงานที่ยกระดับการดำเนินงานจากแผนหลัก สสส. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๐ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ในทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๕) โดยมุ่งเน้นที่การลดความแตกต่างด้านการเข้าถึงสิทธิและโอกาสในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพ และไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร

จากกรอบนโยบายในการจัดทำแผนการดำเนินงานข้างต้น สามารถสรุปเป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๑ โดยมีจุดเน้นหลัก ดังนี้

๑. สอดคล้องกับแนวนโยบายการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และทิศทางเป้าหมาย ๑๐ ปี ของ สสส. เพื่อบูรณาการทำงาน และมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ
๒. สร้างความยั่งยืน โดยมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนหลักเข้าสู่ระบบการทำงานปกติ พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย และหนุนเสริมการพัฒนาประเทศที่สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางการพัฒนาประเทศที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญและแผนชาติ สู่เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) และสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนใหม่ๆ
๓. วิเคราะห์ประเด็นงานจากสถานการณ์ทางสุขภาพของกลุ่มประชากรผ่านกรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ
๔. ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบรองรับสังคมสูงวัย รวมถึงการประสานภาพรวม เพื่อเตรียมความพร้อมและพัฒนาคนในทุกช่วงวัย รองรับสังคมสูงวัย
๕. สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมการทำงาน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างยั่งยืน รองรับยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ และเทคโนโลยี เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชากรกลุ่มเฉพาะ

^{๑๑๔} รศ.ดร.นภาพร หนะวานนท์ และรศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล. ๒๕๕๙. งานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังหญิง ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

๖. เน้นแนวคิดสังคมนิยมสิทธิเพื่อเปลี่ยนสังคมไทยจากเวทนานิยม หรือสังคมนิยมสงเคราะห์ เป็นสังคมที่ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกัน ทั้งเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายและจัดการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม^{๑๑๔}
๗. เน้นกลุ่มเป้าหมายที่ยากลำบากที่สุดในสังคม หรือกลุ่มที่ประสบปัญหาซ้อนทับ เช่น คนพิการ รุนแรง ผู้ต้องขังสูงอายุ ผู้หญิงที่เผชิญปัญหาความรุนแรง เป็นต้น

วัตถุประสงค์

๑. พัฒนาและจัดการข้อมูล องค์ความรู้ นวัตกรรม นโยบาย การสื่อสาร และเครือข่ายวิชาการ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ
๒. พัฒนากลไก การทำงานเพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและความไม่เป็นธรรมทางสังคม ที่เป็นปัจจัยนำไปสู่ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะ
๓. ส่งเสริมกลไกการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตการทำงานของภาคีเครือข่าย เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
๔. เพื่อปรับเจตคติของสังคมสู่สังคมไร้การกีดกัน เกิดการยอมรับในความหลากหลายของผู้คน ให้อยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. มีกลไกการเชื่อมประสานระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมเพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงานด้านการพัฒนาระบบและเตรียมความพร้อมประชากรเพื่อรองรับสังคมสูงวัย อย่างน้อย ๑ กลไก
๒. มีต้นแบบศูนย์บริการคนพิการแบบครบวงจร/ต้นแบบศูนย์บริการสร้างโอกาสด้านอาชีพและรายได้ของคนพิการ อย่างน้อย ๒ แห่ง
๓. มีเครือข่ายบูรณาการระหว่างประเทศด้านการพัฒนาระบบบริการและสิทธิทางสุขภาพในกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติอย่างน้อย ๑ เครือข่าย

^{๑๑๔} ศ.วริยะ นามศิริพงศ์พันธุ์. การขับเคลื่อนสังคมไทย สู่สังคมนิยมสิทธิคนพิการ. มูลนิธิสากลเพื่อคนพิการ, www.wiriya.net/download.php?id=๐๑๐๓...๔.doc

๔. มีพื้นที่ต้นแบบสำหรับการจัดบริการเชิงรุกแบบครบวงจรด้านอาชีวอนามัย^{๑๑๑} และส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานสำหรับแรงงานในระบบและนอกระบบไม่น้อยกว่า ๗๐ แห่งในพื้นที่ดำเนินการ^{๑๑๒}
๕. มีมาตรการในการจัดการสภาพแวดล้อม^{๑๑๓} และควบคุมปัญหาการบริโภคบุหรี่ยาสูบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในกลุ่มมุสลิมไทยผ่านสถาบันปอเนาะสุขภาวะ^{๑๑๔} ต้นแบบอย่างน้อย ๑๖ แห่ง
๖. คนไร้บ้าน คนไร้ที่พึ่ง และคนจนเมืองอย่างน้อยร้อยละ ๒๘ ของจำนวนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ดำเนินการ ได้รับการพิสูจน์ พัฒนา หรือโอนย้ายสิทธิสุขภาพ
๗. เกิดรูปแบบ/กระบวนการสร้างเสริมสุขภาวะที่เอื้อต่อการเข้าถึงสิทธิและบริการสุขภาพที่เป็นธรรม สำหรับผู้หญิงกลุ่มที่มีข้อมูลบ่งชี้ว่าสถานะทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ^{๑๑๕} อย่างน้อย ๒ รูปแบบ/กระบวนการ
๘. มีรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ต้องขังหญิงที่เหมาะสมตามบริบทในแต่ละเรือนจำอย่างน้อย ๓ กลไก/รูปแบบ
๙. เกิดกลไกการประสานงานสำหรับการปรับสภาพแวดล้อมตามหลักการออกแบบเพื่อทุกคน (Universal Design) โดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคประชาสังคม และชุมชนอย่างน้อย ๑ พื้นที่
๑๐. เกิดเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีศักยภาพในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะและหนุนเสริมการบรรลุเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ – ๒๕๖๕) ของ สสส. อย่างน้อย ๔ เครือข่าย

^{๑๑๑} การจัดบริการเชิงรุก หมายถึง กิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับแรงงาน (ในและนอกระบบ) ที่ดำเนินการในชุมชนหรือสถานประกอบการ เช่น การสำรวจข้อมูลกลุ่มแรงงาน การประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน การอบรมให้ความรู้ การจัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน ฯลฯ ซึ่งสามารถดำเนินการได้โดยกลุ่มแรงงานนอกระบบผ่านกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย (อาสาสมัครอาชีวอนามัยชุมชน : ออสมช.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

^{๑๑๒} พื้นที่ดำเนินการ คือ ๑. เขตเมืองหรือปริมณฑล ๒. จังหวัดใน ๕ เขตสุขภาพสาธารณสุขจำนวน ๒๐ จังหวัด ได้แก่ เขต ๑ เชียงใหม่ (ลำพูน เชียงใหม่ ลำปาง พะเยา) เขต ๕ ราชบุรี (สุพรรณบุรี กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี) เขต ๗ ขอนแก่น (ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม กาฬสินธุ์) เขต ๘ อุตรดิตถ์ (อุตรดิตถ์ หนองบัวลำภู สกลนคร นครพนม) และ เขต ๑๒ สงขลา (สงขลา สตูล ปัตตานี นราธิวาส) ซึ่งมีหน่วยบริการในชุมชน (รพ.สต./รพ.ช.) จำนวน ๕๐๐ แห่ง โดยมีต้นแบบ ๒ ประเภท คือ ๑. สถานประกอบการต้นแบบสำหรับแรงงานในระบบ และ ๒. หน่วยบริการหน่วยบริการปฐมภูมิหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบ สำหรับแรงงานนอกระบบ

^{๑๑๓} มาตรการในการจัดการสภาพแวดล้อม คือ มาตรการที่เป็นลายลักษณ์อักษร/รูปธรรม ที่เอื้อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาวะในสถาบันปอเนาะ เช่น การจัดการความสะอาดและสภาพแวดล้อมอย่างยั่งยืน การจัดการปัญหาบุหรี่ยาสูบ และสิ่งเสพติดในบริเวณ การส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมทางการที่เพียงพอต่อช่วงวัย การบริโภคอาหารปลอดภัย เป็นต้น

^{๑๑๔} สถาบันสอนศาสนาอิสลามที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และวัฒนธรรมที่เอื้อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาวะเพื่อสร้างเสริมให้ผู้เรียนเป็นสุข โดยการปรับสภาพแวดล้อม ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จัดโครงสร้างและระบบต่าง ๆ ให้ โรงเรียน ครอบครัว และชุมชนเป็นพื้นที่ปลอดภัย รวมถึงการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาวะของผู้เรียนทั้งด้านกาย ใจ สังคม และปัญญา ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้เรียนได้

^{๑๑๕} จากข้อมูลของกฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ (๒๕๕๘) และมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (๒๕๖๐) ระบุว่าผู้หญิงกลุ่มที่มีข้อมูลบ่งชี้ว่าสถานะทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ประกอบด้วย ผู้หญิงพิการ ผู้หญิงกลุ่มชาติพันธุ์ ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิ ผู้หญิงมุสลิม ผู้หญิงสูงอายุ ผู้หญิงนักบวช ผู้ต้องขังหญิง ผู้หญิงบริการ ผู้หญิงที่อยู่กับเชื้อเอชไอวี ผู้หญิงท้องไม่พร้อม และผู้หญิงต่างชีวิตทางเพศ

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายในการพัฒนานวัตกรรม ชุดความรู้ หรือรูปแบบ กิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างน้อย ๑ รูปแบบ
๒. ร่วมกับแผนสุขภาวะชุมชนในการสนับสนุนชุดความรู้หรืองานวิชาการที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประกอบการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย ๒๐ แห่ง
๓. ร่วมกับแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม สำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ อย่างน้อย ๑ กลุ่มประชากร

แนวทางการดำเนินงาน

๑. กลุ่มงานพัฒนาความรู้และนวัตกรรม

พัฒนาความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะ รวบรวมพัฒนา วิเคราะห์ และถ่ายทอด ข้อมูล งานวิชาการ รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือในการปฏิบัติงาน หนุนเสริมการพัฒนาระบบให้มีความครอบคลุมเหมาะสม ลดช่องว่างและนำไปสู่กลไกการขับเคลื่อนของเจ้าภาพหลัก ลดข้อจำกัดหรือการกีดกันการเข้าถึง สิทธิขั้นพื้นฐานหรือบริการด้านสังคม เพื่อนำสู่การขยายผลในระดับต่างๆ โดยมุ่งเน้นที่ระบบสวัสดิการ สังคม ระบบสุขภาพ การปรับสภาพแวดล้อม และเศรษฐกิจ ตลอดจนการติดตามประเมินผลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

๒. กลุ่มงานด้านการสนับสนุนและขับเคลื่อนนโยบาย

สนับสนุนการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล จัดทำข้อเสนอแนะนโยบาย เพื่อผลักดันและขับเคลื่อนนโยบาย รวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานแบบบูรณาการและนำนโยบายสู่การปฏิบัติในประเด็นที่สอดคล้อง เชื่อมโยงกับแนวทางการขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะ ซึ่งสอดคล้องกับ สถานการณ์และนโยบายของรัฐบาล นโยบายระดับประเทศ และนโยบายสากล

๓. กลุ่มงานด้านการพัฒนาศักยภาพภาคีและแกนนำ

เสริมพลังภาคีในระดับบุคคล องค์กร การพัฒนาศักยภาพผู้นำรุ่นใหม่เพื่อให้มีศักยภาพ ขีดความสามารถในการจัดการตนเองและการทำงานเชิงรุกเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาวะในประชากร กลุ่มเฉพาะ รวมทั้งการเพิ่มขีดความสามารถเพื่อยกระดับฐานคิด การทำงานที่มุ่งสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาวะ และมุ่งเน้นการกระตุ้นและหนุนเสริมการรวมพลังเครือข่ายภาคีที่ทำงาน ด้านการสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาวะของประชากรกลุ่มเฉพาะทั้งในระดับพื้นที่และ ระดับประเทศ

๔. กลุ่มงานด้านการสื่อสารสังคม

สนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือในการขับเคลื่อนความเป็นธรรมทางสุขภาวะ ในการเปลี่ยนมายาคติที่มีต่อประชากรกลุ่มเฉพาะ และช่วยสร้างความเข้าใจประเด็นที่มีความละเอียดอ่อนต่างๆ รวมทั้งการสร้างการยอมรับในการอยู่ร่วมกันท่ามกลางความหลากหลายของผู้คน

ภาคีหลัก

หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา สมาชิบขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข วิทยาลัยราชสุดา สถาบันวิศวกรรมพื้นฟูสมรรถภาพและเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก สถาบันพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง สำนักงานสภามความมั่นคงแห่งชาติ สำนักงานทรัพยากรสิ่งแวดล้อมพระมหากษัตริย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ มหาวิทยาลัยศิลปากร สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง มหาวิทยาลัยนครพนม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และอื่นๆ อาทิ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ เครือข่ายศิลปะดนตรีคนพิการ มูลนิธิโกลบอลคิมทอง สมาคมกีฬาคนพิการแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมสถาปนิกสยามในพระบรมราชูปถัมภ์ มูลนิธิผู้หญิง มูลนิธิเพื่อนหญิง มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล มูลนิธิธีรนาถกาญจน์อักษร ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาสิทธิผู้หญิง ศูนย์ฝึกอบรมโครงการผู้หญิงเพื่อสันติภาพและความยุติธรรม ศูนย์การศึกษาและพัฒนาสิทธิมนุษยชน สมาคมเพศวิถีศึกษา มูลนิธิเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา เครือข่ายสตรีชนเผ่า มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ศูนย์วิชาการและศูนย์ประสานงานแรงงานนอกระบบ สถาบันการเงิน สภาหอการค้าไทย หอการค้าจังหวัด สมาคมผู้ประกอบการสภาอุตสาหกรรม คณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทย เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือกและเกษตรกรพันธุ์สัญญา มูลนิธิพิพิธภัณฑสถานไทย มูลนิธิพัฒนาชนกลุ่มน้อยและชาติพันธุ์ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย สมาคมครอบครัวศึกษาแห่งประเทศไทย มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา มูลนิธิชุมชนไทย ศูนย์ปฏิบัติการร่วมเพื่อแก้ปัญหาประชาชนบนพื้นที่สูง มูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท มูลนิธิช่วยไร้พรมแดน มูลนิธิวิวัฒน์สาธารณสุข ศูนย์ส่งเสริมสิทธิมนุษยชนภาคอีสาน มูลนิธิอารมณพวงษ์พจน์ มูลนิธินิคม จันทรวีรุท สภาองค์กรลูกจ้างพัฒนาแรงงานแห่งประเทศไทย สถาบันเพื่อชุมชนเกษตรกรรมยั่งยืน เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือกภาคอีสาน มูลนิธินวัตกรรมทางสังคม มูลนิธิสร้างสรรค์สังคมและสุขภาวะ มูลนิธิการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม มูลนิธิวัฒนธรรมชุมชน สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม มูลนิธิอาเซียนวิทยาศาสตร์ไทย สถาบันวิจัยและพัฒนาเพื่อเฝ้าระวังสถานะไร้รัฐ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ สมาคมนักขับเคลื่อนสังคมเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาวะ และเครือข่ายสื่อมวลชน เป็นต้น

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานพัฒนานวัตกรรม ความรู้ และนโยบาย	๑๘๙
๒. กลุ่มแผนงานพัฒนาศักยภาพภาคีและเครือข่าย	๓๔
๓. กลุ่มแผนงานสื่อสารสังคม	๑๑
รวม	๒๓๔

แผนสุขภาพะชุมชน

สถานการณ์และแนวโน้ม

แผนสุขภาพะชุมชน ได้ประมวลและวิเคราะห์สถานการณ์แวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ สสส. และแผนสุขภาพะชุมชนเป็นการเฉพาะ พอสรุปถึงสถานการณ์และแนวโน้มที่แผนสุขภาพะชุมชนใช้ในการกำหนดแผนการดำเนินงานสำหรับปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ให้สามารถตอบสนองและมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ ภายใต้ ๒ หลักการ คือ (๑) ใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา (Area-Based Development-ABD) และ (๒) คำนึงถึงสุขภาพในทุกนโยบาย (Health in all Policies) ดังนี้

ด้านนโยบาย

๑. นโยบายรัฐบาลและคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ที่มีการบูรณาการเป้าหมายเข้าสู่ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ สำหรับแผนสุขภาพะชุมชนที่ได้ดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะต้องพัฒนาเครื่องมือประเมินตนเองที่สามารถตอบสนองต่อการวัดตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนและมีการประเมินจนสามารถประมวลเป็นแนวทางการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยความร่วมมือกับหน่วยงานเจ้าภาพที่รับผิดชอบโดยตรง

๒. กลไกที่รัฐบาลและ คสช. ได้จัดตั้งขึ้นเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย เช่น นโยบายประชารัฐ คณะกรรมการเตรียมการปฏิรูปประเทศ (ป.ย.ป.) เป็นต้น ที่จำเป็นต้องประสานความร่วมมือกับพลังของชุมชนท้องถิ่นในระดับหมู่บ้าน-ตำบล โดยการประมวลข้อมูลและบทเรียนเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายและการผลักดันนโยบายลงสู่ปฏิบัติการ รวมถึงการสานพลังเพื่อขับเคลื่อนการปฏิรูปพื้นที่และสังคม (Area-Based Reform) ซึ่งแผนสุขภาพะชุมชนสามารถใช้ทุนและศักยภาพของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่เข้าไปร่วมปฏิบัติการปฏิรูปประเทศไทย

๓. ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ยังคงเน้นให้มีการบูรณาการงานของหน่วยงานและองค์กรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำหรับแผนสุขภาพะชุมชนได้ทำหน้าที่เป็นกลไกในการสนับสนุนการพัฒนา

พื้นที่รูปธรรมให้เป็น “ศูนย์เรียนรู้” ที่หน่วยงานและองค์กรเจ้าภาพสามารถใช้ประโยชน์ในการขยายผลไปยังพื้นที่เป้าหมายที่กำหนดร่วมกันได้

๔. นโยบายของคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งบางส่วนได้กล่าวไว้ในข้อ ๑.๑.๑ - ๑.๑.๓ สำหรับปี ๒๕๖๑ สิ่งที่เหมาะสมจะดำเนินการออกแบบและสนับสนุนให้มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่ที่มีคุณลักษณะเฉพาะ อาทิ พื้นที่เขตเมืองที่ขยายตัว พื้นที่เขตสุขภาพพื้นที่ท่องเที่ยว และยกระดับเป็น “พื้นที่เรียนรู้” รวมถึงการนำนโยบายของคณะกรรมการสู่การปฏิบัติโดยการบูรณาการเข้าสู่งานระดับแผนงานและโครงการ

ด้านการบูรณาการภายใน สสส.

การบูรณาการภายใน สสส. แผนสุขภาพชุมชนได้กำหนดไว้ใน ๒ ลักษณะ ดังนี้

๑. การนำเอาชุดความรู้จากแผนอื่นของ สสส. มาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันวิชาการ และองค์ภาคประชาสังคม นำไปสร้างปฏิบัติการในพื้นที่จนเกิดเป็นองค์ความรู้ที่ได้ผลจริงในพื้นที่และยกระดับพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งของชุมชนและมีบทเรียนการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงและสร้างปัจจัยเสริมสุขภาพเฉพาะเรื่องเฉพาะประเด็นเป็น “ศูนย์เรียนรู้” และทำหน้าที่ในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ พร้อมทั้งเป็นกลไกในการร่วมขับเคลื่อนกับภาคีอื่นๆ ในจังหวัดและตามระเบียบวาระการรณรงค์ของ สสส. ซึ่งได้กำหนดไว้ในตัวชี้วัดหลักของแผนสุขภาพชุมชน

๒. การกำหนดพื้นที่ร่วมของแผนอื่นใน สสส. อย่างน้อยประกอบด้วย แผนด้านปัจจัยเสี่ยง แผนด้านสุขภาพองค์กร และแผนระบบบริการสุขภาพ เพื่อร่วมกันสร้างพื้นที่ต้นแบบการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในทุกมิติ ทุกระดับ ซึ่งได้กำหนดไว้ในตัวชี้วัดร่วมของแผนสุขภาพชุมชนและสอดคล้องกับตัวชี้วัดของแผนที่เกี่ยวข้อง

ด้านการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อสุขภาพและการรณรงค์

แผนสุขภาพชุมชนได้พัฒนากลไกทำหน้าที่บริหารจัดการเครือข่ายเพื่อใช้ในการขับเคลื่อนนโยบายและการรณรงค์ไว้ใน ๓ ลักษณะ ประกอบด้วย

๑. ศูนย์สนับสนุนวิชาการ เป็นกลไกประมวลและออกแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับวิถีและภูมิสังคมของแต่ละจังหวัดและภูมิภาค รวมถึงการบูรณาการกับการดำเนินงานของแผนอื่นใน สสส. และกำหนดทำที่ในการเข้าร่วมในขบวนการขับเคลื่อนนโยบายและการรณรงค์ตามระเบียบวาระของ สสส. และสังคม

๒. ศูนย์จัดการเครือข่ายโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการรวมตัวกันเป็นเครือข่าย เครือข่ายละ ๑๕ - ๒๐ แห่ง เป็นกลไกในการสร้างคน สร้างข้อมูล สร้างวิธีการทำงานให้มีประสิทธิภาพ สร้างวาระการพัฒนา และสร้างแผน/โครงการรองรับ ซึ่งจะเป็นทั้งพลังสังคม พลังความรู้ และพลังนโยบายระดับท้องถิ่น

๓. ศูนย์ประสานงานเครือข่ายเฉพาะประเด็นโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขับเคลื่อนร่วมกันเป็นเครือข่าย เครือข่ายละ ๑๕ - ๒๐ แห่ง เป็นกลไกที่สร้างรูปธรรมเฉพาะเรื่องให้มีความคมชัดและกำหนดวาระในการรณรงค์ในพื้นที่และเชิญชวนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

กว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ร่วมรณรงค์โดยมี “ศูนย์สนับสนุนวิชาการ” และ “ศูนย์จัดการเครือข่าย” เป็นผู้เชื่อมโยงกับนโยบายระดับจังหวัดและระเบียบวาระการรณรงค์ของ สสส. และของสังคมในภาพรวม

สำหรับปี ๒๕๖๑ แผนสุขภาวะชุมชนจะได้ออกแบบให้ทั้ง ๓ กลไกเข้าไปมีส่วนร่วมในการปฏิรูปพื้นที่และปฏิรูปประเทศไทยอย่างสอดคล้องกับเงื่อนไขของแต่ละจังหวัดและแต่ละภูมิภาค

จุดเน้นของแผน

ด้วยสถานการณ์และแนวโน้มที่กล่าวมาข้างต้น ขีดความสามารถของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ที่มีการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องจนเกิดการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีการทำงานของผู้นำชุมชนท้องถิ่นและทีมงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มาเน้นการใช้ข้อมูลและการสร้างการมีส่วนร่วมให้ชุมชนเป็นเจ้าของกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง (สร้างสุขภาวะ) กอปรด้วยแผนสุขภาวะชุมชนโดยคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๓ ได้ลงนามความร่วมมือกับสถาบันวิชาการและภาคยุทธศาสตร์ อาทิ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ในการร่วมกันพัฒนารูปแบบระบบการปกครองท้องถิ่นให้เป็นต้นแบบสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น มีการขยายการลงนามความร่วมมือไปยังอีก ๒ องค์กรหลักที่มีบทบาทหน้าที่ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ได้แก่ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) และกรมการพัฒนาชุมชน ในขณะเดียวกันแผนสุขภาวะชุมชนได้ลงนามความร่วมมือกับสถาบันวิชาการในการพัฒนาแนวทางการทำงานวิชาการรับใช้สังคมที่มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

จากที่กล่าวมาข้างต้น เป็นพื้นฐาน (platform) ของแผนสุขภาวะชุมชนที่สามารถยกระดับการดำเนินงานให้ตอบสนองต่อสถานการณ์และแนวโน้ม โดยมีจุดเน้น ๓ ประการ

๑. **การสนับสนุนกระบวนการปฏิรูปประเทศ** โดยการใช้ศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ในการนำแนวนโยบายการปฏิรูปประเทศไทยสู่ปฏิบัติการโดยชุมชนท้องถิ่น และยกระดับเป็น “พื้นที่เรียนรู้” ให้กับพื้นที่อื่นได้ อันจะส่งผลต่อการขยายการมีส่วนร่วมของประชาชนในการปฏิรูป

๒. **การส่งเสริมและผลักดันให้เกิดการบูรณาการเข้าสู่ระบบภายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** โดยการนำองค์ความรู้ที่เกิดจากการดำเนินงานของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ทั้งการพัฒนาระบบข้อมูล ระบบการทำงาน ระบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และกระบวนการพัฒนานโยบายระดับท้องถิ่นและการรณรงค์ ที่ได้รับการสนับสนุนโดยแผนสุขภาวะชุมชน รวมถึงการบูรณาการเข้าสู่ระบบขององค์กรและหน่วยงานที่ได้ลงนามความร่วมมือกับแผนสุขภาวะชุมชน

๓. **การเพิ่มขีดความสามารถของผู้นำชุมชนท้องถิ่น** ให้ครอบคลุมผู้นำชุมชนท้องถิ่นจากหน่วยงานหรือองค์กรที่แผนสุขภาวะชุมชนได้ลงนามความร่วมมือ ทั้งนี้เพิ่มความเป็นไปได้ในการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนเข้าสู่งานประจำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันวิชาการ หน่วยงานของรัฐ และภาคยุทธศาสตร์ ดังที่ระบุไว้ในจุดเน้นของแผนหลัก ๓ ปี ที่มีการดำเนินงานปฏิรูปความพร้อมของทุนและศักยภาพของแผนสุขภาวะชุมชนที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนกว่า ๒,๕๐๐ แห่ง โดยมีจำนวนกว่า ๑,๐๐๐ แห่ง ที่มีความเข้มแข็งเพียงพอที่จะเป็นกลไกในการสนับสนุน

และร่วมขับเคลื่อนนโยบายเพื่อสุขภาพในระดับอำเภอ-จังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการขับเคลื่อน
ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. ไปพร้อมกันด้วย

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในแผนสุขภาพชุมชน

การจัดการสุขภาพชุมชน หมายถึง การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นด้วยกระบวนการ
พัฒนาระบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นสู่การเป็นชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ (สุขภาพะ) โดยการเสริมพลัง
ความร่วมมือให้องค์กรหลักในชุมชนทำบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างเต็มศักยภาพ อันมีองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นเป็นผู้เชื่อมประสานให้เกิดการพัฒนาแนวทางการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตและ
คุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งด้านการเมือง การปกครอง สังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม และสุขภาพ
จนเกิดเป็นระบบสนับสนุนการปฏิบัติการต่างๆ ขององค์กรหลัก แกนนำ กลุ่ม และเครือข่ายของประชาชน
ซึ่งส่งผลให้มีผู้นำ-แกนนำ มีทักษะในการจัดการชุมชนตนเองมีศักยภาพในการสร้างและใช้ความรู้ที่เกิด
จากปฏิบัติการที่ได้ผลดีของชุมชนโดยชุมชน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และขับเคลื่อนกระบวนการเสริมสร้าง
ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นอย่างเป็นพลวัตควบคู่ไปกับปฏิบัติการจริงอย่างต่อเนื่อง

การจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น หมายถึง การจัดการระบบการทำงานของพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ
ของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งระดับหมู่บ้าน กลุ่มของหมู่บ้าน และตำบล ในการพัฒนางาน
ด้านต่างๆ เพื่อเสริมศักยภาพให้สามารถจัดการเรียนรู้ ปรับตัว และจัดการปัญหาของตนเอง โดยใช้ข้อมูลและ
รูปธรรมการจัดการตนเองเป็นฐานในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน
ในพื้นที่ สู่การพัฒนา นโยบายท้องถิ่นและนโยบายระดับชาติ

ตำบลน่าอยู่ (สุขภาพะ) หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลในเขตรับผิดชอบโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
หรือโดยคณะผู้นำท้องถิ่น (กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน) ที่มีกระบวนการและปฏิบัติการสร้างสุขด้วย ๕ สร้าง ประกอบด้วย
(๑) สร้างคนมีสุข (๒) สร้างระบบข้อมูลใช้ร่วมกัน (๓) สร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างสุขภาพะ
(๔) สร้างกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพะ (๕) สร้างแผนงานและโครงการสร้าง โดยตำบลจะน่าอยู่สำหรับคน
ในชุมชนและผู้มาเยือน รวมถึงชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งพอที่รองรับนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพชุมชน (ศจค.) หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลในเขตรับผิดชอบโดย
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือโดยคณะผู้นำท้องถิ่น (กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน) ที่มีกระบวนการค้นหาทุนและ
ศักยภาพ มีการระบุชัดเจนถึงทุนที่มีศักยภาพในการทำหน้าที่เป็นผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้ มีการพัฒนาผู้รู้และ
แกนนำของพื้นที่ให้มีขีดความสามารถในการสร้างการเรียนรู้ภายในพื้นที่ของตนเองและมีกระบวนการ
ออกแบบการจัดการเรียนรู้ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย ๒๐ แห่ง พร้อมทั้งทำหน้าที่กลไก
บริหารจัดการเครือข่าย และร่วมกันพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อร่วมสร้างประเทศไทยให้น่าอยู่ที่มีการ
ประกาศปณิธานร่วมกัน

ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะ (ศชช.) หมายถึง ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพ
ชุมชนที่มีความชำนาญเฉพาะที่เป็นทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนท้องถิ่น และสามารถทำหน้าที่จัดการ
ฝึกอบรมให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น องค์กร หน่วยงาน บุคคลและผู้ที่เกี่ยวข้อง

ศูนย์ประสานงานเครือข่ายเฉพาะประเด็น (ศปง.) หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลในเขตรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ ที่มีทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและระบบการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ และมีความพร้อมในการถ่ายทอดกระบวนการดำเนินงาน ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย หน่วยงาน บุคคลและผู้ที่สนใจ รวมถึงทำหน้าที่เป็นกลไกบริหารจัดการเครือข่ายและการอำนวยความสะดวกในการขับเคลื่อนงานเฉพาะประเด็นสู่การปฏิบัติและบูรณาการในพื้นที่

ศูนย์เรียนรู้ (ศร.) หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลในเขตรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ ที่มีกระบวนการค้นหาทุนและศักยภาพโดยการใช้ข้อมูลจากการวิจัยชุมชนและระบบข้อมูลตำบล มีการประสานและเสริมความเข้มแข็งให้ทุนทางสังคมมีศักยภาพในการพัฒนางานและนวัตกรรมในประเด็นเฉพาะเพื่อเสริมสร้างและพัฒนางานด้านการจัดการสุขภาพในระดับพื้นที่ ให้เป็น “ศูนย์เรียนรู้” เฉพาะประเด็น โดยมีการพัฒนาผู้นำของแหล่งเรียนรู้ให้มีขีดความสามารถในการเป็น “วิทยากร” ที่สามารถสร้างการเรียนรู้ร่วมกันภายในพื้นที่ของตนเอง และมีกระบวนการออกแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อขยายผลการดำเนินงานได้

สถาบันวิชาการ หมายถึง หน่วยงาน องค์กร สถาบัน ที่ทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้และสร้างความรู้ใหม่เพื่อหนุนเสริมการดำเนินงานของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ พร้อมทั้งผลักดันกระบวนการกำหนดยุทธศาสตร์ในการสร้างการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย

เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด หมายถึง การใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด ทำหน้าที่เป็นกลไกในการเชื่อมองค์ความรู้จากปฏิบัติการจริงในแต่ละเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัด โดยการร่วมกันขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหา และมีรูปธรรมการจัดการ อันสอดคล้องกับนโยบายสาธารณะของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่

เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันวิชาการ หรือองค์กรทางวิชาการ องค์กรชุมชน องค์กรภาคประชาสังคม และสำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน (สำนัก ๓) ที่มีเป้าหมายเพื่อร่วมขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นให้น่าอยู่ โดยมีบทบาทสำคัญในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน การผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับตำบล เครือข่าย และจังหวัด รวมถึงการขับเคลื่อนและรณรงค์ให้มีการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคืนอำนาจให้ชุมชน

ผู้นำการเปลี่ยนแปลง หมายถึง บุคคลผู้ที่มีความรู้ความสามารถ เป็นผู้นำเชิงความคิดของชุมชนท้องถิ่นที่มีความคิดริเริ่ม สามารถสร้างปฏิบัติการให้เกิดผลได้จริง โดยได้รับการยอมรับและศรัทธาจากคนในพื้นที่ และจากบุคคลทั่วไปเพื่อพัฒนาต่อยอดและประยุกต์ใช้ในพื้นที่ บูรณาการเข้าสู่งานประจำได้

เครื่องมือการประเมินชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ หมายถึง แนวทางการประเมินและวิเคราะห์ความความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการตนเอง เพื่อตอบโจทย์และสนับสนุนในเรื่องต่างๆ เช่น ทิศทางเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) นโยบายรัฐบาล เป็นต้น

นโยบายสาธารณะ หมายถึง การประมวลองค์ความรู้และวิเคราะห์กิจกรรมจากปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่นที่ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่โดยชุมชนท้องถิ่น จนเกิดเป็นปฏิกิริยาเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ของแต่ละภูมิภาคและมีข้อตกลงร่วมของเครือข่ายในภาพรวม ซึ่งสมาชิกของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ได้ใช้เป็นแนวทางการขับเคลื่อนของแต่ละพื้นที่ทั้งระดับตำบล เครือข่าย และจังหวัด

การวิจัยชุมชน หมายถึง การประเมินชุมชนด้วยการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน (Rapid Ethnographic Community Assessment Process : RECAP) ในการพัฒนาทักษะด้านการถอดบทเรียน และการเขียนสรุปข้อมูลทุนทางสังคมและศักยภาพของกลุ่มหรือแหล่งปฏิบัติการในพื้นที่ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง โดยการใช้ศักยภาพในการจัดการปัญหาสู่การจัดการตนเองในระดับพื้นที่ รวมถึงการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงกับองค์กรและหน่วยงานหนุนเสริมเพื่อเข้ามาเกื้อกูลให้ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองได้ดีขึ้น

ระบบข้อมูลตำบล หมายถึง การจัดทำข้อมูลตำบลโดยใช้โปรแกรม TCNAP (Thailand Community Networking Appraisal Program) ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบใช้ข้อมูล และเป็นเจ้าของ โดยการสร้างทีมพัฒนาฐานข้อมูลตำบลในการเก็บรวบรวมข้อมูล และใช้ข้อมูลของชุมชนเพื่อจัดการกับปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของแต่ละชุมชน จนเกิดการพึ่งตนเองและนำไปสู่การพัฒนาตำบลสู่การเป็นตำบลสุขภาวะที่ยั่งยืน

การเพิ่มขีดความสามารถ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของชุมชนท้องถิ่นที่สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาแนวคิด ความรู้ ทักษะ วิธีการทำงาน และความสามารถในด้านอื่นๆ ภายใต้กระบวนการและกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การประชุม การอบรม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสรุปบทเรียน การถอดบทเรียน การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง และการเรียนรู้ข้ามพื้นที่หรือการศึกษาดูงาน เพื่อนำมายกระดับการทำงานในพื้นที่และเครือข่าย

การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ หมายถึง การประเมินและถอดบทเรียนปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่นเพื่อแสดงให้เห็นถึงผลจากปฏิบัติการที่จะส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนดีขึ้นโดยในเบื้องต้นประกอบด้วย ๕ ประเด็น ดังนี้ (๑) การควบคุมยาสูบ (๒) การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดอุบัติเหตุจราจร (๓) เกษตรกรรมสู่อาหารปลอดภัย (๔) การจัดการสิ่งแวดล้อม และ (๕) การจัดการภัยพิบัติ

ระบบการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ หมายถึง การประเมินและถอดบทเรียน เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลจากปฏิบัติการที่จะส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาวะอันจะทำให้คนในชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น โดยในเบื้องต้นประกอบด้วย ๓ ประเด็น ดังนี้ (๑) ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (๒) การเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน และ (๓) พัฒนาการเด็กปฐมวัย

บูรณาการเข้าสู่งานประจำ หมายถึง การดำเนินงานที่มีการประสานกลมกลืนกันกับโครงสร้างปกติของหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ทั้งในเรื่องของแผน กระบวนการ ข้อมูล การจัดสรรทรัพยากร การปฏิบัติการ ผลลัพธ์ และการประเมินผล ที่สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันและเชื่อมโยงกันเป็นหนึ่งเดียวอย่างสมบูรณ์และยั่งยืน

บูรณาการภายใน สสส. หมายถึง การทำงานร่วมกันโดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของสำนักที่เกี่ยวข้อง ร่วมคิด ร่วมออกแบบ ร่วมสนับสนุนและร่วมประเมินผลลัพธ์และผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่นำร่อง รวมถึงขยายผลผ่านหน่วยงานและองค์กรที่เป็นเจ้าภาพหลัก

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกหลักในการจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน โดยการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนเข้าสู่งานประจำขององค์กรหลักในพื้นที่ รวมทั้งทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายในทุกระดับสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน
๒. เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน พร้อมบูรณาการกับกลไกหลักสู่ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.
๓. เพื่อพัฒนาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพต่อการนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน รวมทั้งคำนึงถึงการใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลไปพร้อมกันด้วย
๔. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาผู้นำการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนในการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนเข้าสู่งานประจำขององค์กรและหน่วยงานตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

แผนสุขภาวะชุมชนทำงานเชิงเครือข่ายประสานกลไกกับการกิจของหน่วยงานและองค์กรต่างๆ มีเป้าหมายเพื่อบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพทุกมิติเข้าสู่งานประจำและสนับสนุนนโยบายการปฏิรูปประเทศ โดยแผนสุขภาวะชุมชนมีทุนและศักยภาพของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ตามที่กล่าวไว้แล้วในข้างต้น จนเกิดเป็นกลไกและขับเคลื่อนงานตามตัวชี้วัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดตำบลน่าอยู่ (สุขภาวะ) จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐๐ แห่ง ที่บูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนเข้าสู่งานประจำขององค์กรและเป็นกลไกขับเคลื่อนนโยบายระดับจังหวัดและการปฏิรูปประเทศ
๒. เกิดเครือข่ายตำบลน่าอยู่ที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลประชากรกลุ่มเฉพาะ^{๑๑๑} จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๕ แห่ง ที่ทำหน้าที่เป็นกลไกการรณรงค์และขับเคลื่อนนโยบาย
๓. เกิดเครือข่ายตำบลน่าอยู่ที่เชี่ยวชาญด้านการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ^{๑๑๒} จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๕ แห่ง ที่ทำหน้าที่เป็นกลไกการรณรงค์และขับเคลื่อนนโยบาย

^{๑๑๑} ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนาการเด็กปฐมวัย การเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน เป็นต้น

^{๑๑๒} ควบคุมยาสูบ ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดอุบัติเหตุจราจร เกษตรกรรมสู่อาหารปลอดภัย สิ่งแวดล้อม การจัดการภัยพิบัติ เป็นต้น

๔. เกิดเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด^{๑๑๘} จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ เครือข่าย โดยบูรณาการกับยุทธศาสตร์จังหวัด
๕. มีสถาบันวิชาการ จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ แห่ง ทำงานร่วมกับเครือข่ายตำบลอยู่และมีการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพจะชุมชนเข้าสู่ระบบการจัดการเรียนรู้ตามบทบาทและภารกิจของสถาบันวิชาการ
๖. มีผู้นำการเปลี่ยนแปลง จำนวนไม่น้อยกว่า ๔,๐๐๐ คน ที่มีขีดความสามารถในการสนับสนุนขบวนการปฏิรูปประเทศและน่านโยบายสู่การปฏิบัติ
๗. มีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ร่วมรณรงค์และขับเคลื่อนนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพทุกระดับ รวมถึงสนับสนุนนโยบายการปฏิรูปประเทศ
๘. เกิดเครื่องมือการพัฒนาและประเมินสุขภาพะชุมชนที่บ่งบอกถึงความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นโดยความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งที่พัฒนาร่วมกันถูกนำมาใช้ในกระบวนการพัฒนา
๙. เกิดกลไกการจัดการข้อมูลร่วมกับภาคยุทธศาสตร์ และบูรณาการเข้าสู่ระบบการทำงานปกติ

ตัวชี้วัดร่วม^{๑๑๙}

เกิดจากการทำงานร่วมกันโดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของสำนักที่เกี่ยวข้อง ผ่านการร่วมคิด ร่วมออกแบบ ร่วมสนับสนุนและร่วมประเมินผลลัพธ์และผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพะของประชาชนในพื้นที่นาร่อง

๑. พัฒนาเครือข่ายบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพทุกมิติ^{๑๒๐} จำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของจำนวนตำบลใน ๔ อำเภอ และ ๕ ชุมชนในกรุงเทพมหานคร
๒. ประเมินผลตอบแทนทางสังคม^{๑๒๑} จำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของจำนวนตำบลใน ๔ อำเภอ และ ๕ ชุมชนในกรุงเทพมหานคร

แนวทางการดำเนินงาน

แผนสุขภาพะชุมชนใช้ “ยุทธศาสตร์ S-2I” มาเป็นแนวทางในการดำเนินงานในปี ๒๕๖๑ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. สนับสนุนการจัดระบบการจัดการสุขภาพะในพื้นที่ โดยการค้นหาและเข้าใจถึงศักยภาพทุนทางสังคมและกลไกการทำงานร่วมกันในพื้นที่ของตนเอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการกำหนด

^{๑๑๘} เป็นการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้ทุนและศักยภาพของเครือข่ายระดับตำบล เชื่อมโยงกับเครือข่ายเฉพาะเรื่องเฉพาะประเด็นระดับจังหวัด

^{๑๑๙} แผนที่เกี่ยวข้อง อาทิ แผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดแผนสุขภาพะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพะผ่านระบบบริการสุขภาพ แผนอาหารเพื่อสุขภาพะ

^{๑๒๐} ตัวชี้วัดร่วมใช้พื้นที่เดิมดำเนินการต่อเนื่อง

^{๑๒๑} ตัวชี้วัดร่วมใช้พื้นที่เดิมดำเนินการต่อเนื่อง

เป้าหมายร่วมกันและการออกแบบระบบให้สอดคล้องกับบริบทและเงื่อนไขเฉพาะพื้นที่ของตนเอง ผ่านกิจกรรมเชิงยุทธศาสตร์ ๓ กิจกรรมหลัก ประกอบด้วย (๑) การพัฒนาระบบข้อมูล (๒) การพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนท้องถิ่นและคนทำงาน และ (๓) การจัดการความรู้และติดตาม ประเมินผล

๒. **สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม** โดยการกระตุ้นหรือสร้างเงื่อนไขให้กลุ่มทางสังคมหรือองค์กรในพื้นที่ได้พัฒนาแนวทางและวิธีการใหม่ๆ ในการพัฒนา รวมไปถึงการนำความคิดหรือหลักการใหม่ มาใช้ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาสุขภาวะในพื้นที่ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันและการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง
๓. **ประสานและสร้างความร่วมมือในการบูรณาการงาน** โดยการสร้างหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพคนทำงานและการจัดการเรียนรู้ร่วมกันในพื้นที่และข้ามพื้นที่ ข้ามภาค เพื่อใช้ประสิทธิผลการบูรณาการเข้าสู่ระบบการทำงานปกติขององค์กร มีการทำงานร่วมมือกับทุกฝ่ายในพื้นที่ และสร้างความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ รวมทั้งมีการบูรณาการภายใน สสส.

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วย ๔ แผนงาน คือ (๑) แผนงานสนับสนุนการจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนและขับเคลื่อนนโยบาย (๒) แผนงานสนับสนุนการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาวะโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน (๓) แผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และรณรงค์ และ (๔) แผนงานเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. แผนงานสนับสนุนการจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนและขับเคลื่อนนโยบาย

สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับภาคีหลักในพื้นที่ในการทำหน้าที่เป็นกลไกจัดการเครือข่ายและบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนเข้าสู่ระบบงานประจำของทุกฝ่ายในพื้นที่ หนุนเสริมการขับเคลื่อนนโยบายหลักของรัฐบาลสู่การปฏิบัติ เป็นกลไกเอื้ออำนวยต่อขบวนการปฏิรูปประเทศ และยกระดับเครือข่ายตำบลสุขภาวะให้เป็นกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์จังหวัด รวมถึงคำนึงถึงการคัดสรรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ทำหน้าที่เป็นศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน (ศจค.) และสมาชิกเครือข่ายให้ครอบคลุมพื้นที่ในหลากหลายลักษณะ อาทิ พื้นที่เขตสุขภาพ พื้นที่เขตเมือง พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ โดยได้กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่มุ่งเน้นการบูรณาการเข้าสู่ระบบงานปกติของทุกองค์กรในพื้นที่บูรณาการกับยุทธศาสตร์จังหวัด และเป็นกลไกการสนับสนุนการปฏิรูปประเทศ ดังนี้

- (๑) เกิดศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ แห่ง
- (๒) เกิดเครือข่ายตำบลน่าอยู่ (สุขภาวะ) จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐๐ แห่ง
- (๓) เกิดเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ เครือข่าย

(๔) ทบทวนและปรับแผนการดำเนินงานของศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายให้ทำหน้าที่เป็นกลไกในการปฏิรูปประเทศและบูรณาการ

๒. แผนงานสนับสนุนการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาวะโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน

สนับสนุนการพัฒนาบูรณาการและต้นแบบการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและระบบการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยใช้ศักยภาพของทุนทางสังคมและบุคลากรของชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานในการพัฒนาจนสามารถยกระดับเป็นกลไกการรณรงค์และขับเคลื่อนใน ๓ ประเภท ประกอบด้วย (๑) ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะ (๒) ศูนย์จัดการเครือข่ายเฉพาะเรื่องเฉพาะประเด็น (๓) ศูนย์เรียนรู้ โดยให้ความสำคัญกับการผนวกหรือบูรณาการเข้าสู่ระบบงานประจำของทุกฝ่ายในพื้นที่ และเป็นกลไกในการรณรงค์และกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ตอบสนองต่อทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. รวมถึงการพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี การสื่อสารและรองรับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพ โดยมีเป้าหมายและตัวชี้วัดดังนี้

- (๑) เกิดเครือข่ายตำบลน่าอยู่ที่เกี่ยวข้องชาวด้านการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๕ แห่ง ที่ทำหน้าที่เป็นกลไกการรณรงค์และขับเคลื่อนนโยบาย
- (๒) เกิดเครือข่ายตำบลน่าอยู่ที่เกี่ยวข้องชาวด้านการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๕ แห่ง ที่ทำหน้าที่เป็นกลไกการรณรงค์และขับเคลื่อนนโยบาย
- (๓) ทบทวนชุดความรู้การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและระบบการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะให้สอดคล้องกับนโยบายและตรากฎหมายใหม่

๓. แผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และรณรงค์

พัฒนาและสนับสนุนให้เมืองนครหรือหน่วยงานหรือสถาบันหรือคณะบุคคลเข้ามาทำหน้าที่สนับสนุนทางวิชาการและการบริหารจัดการเครือข่ายให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรหลักในพื้นที่เพื่อร่วมสร้างตำบลน่าอยู่ การเพิ่มทักษะด้านการใช้ข้อมูล การสื่อสาร และการรณรงค์ ให้แก่บุคลากรของชุมชนท้องถิ่น และการบูรณาการเข้าสู่ระบบการทำงานปกติขององค์กรและหน่วยงาน รวมถึงการสนับสนุนกิจกรรมของขบวนการปฏิรูปประเทศ โดยมีเป้าหมายและตัวชี้วัดดังนี้

- (๑) มีสถาบันวิชาการ จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ แห่ง ทำงานร่วมกับเครือข่ายตำบลน่าอยู่และมีการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนเข้าสู่ระบบการจัดการเรียนรู้ตามบทบาทและภารกิจของสถาบันวิชาการ
- (๒) เกิดเครื่องมือการพัฒนาและประเมินสุขภาวะชุมชนที่บ่งบอกถึงความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นโดยความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์
- (๓) เกิดกลไกการจัดการข้อมูลร่วมกับภาคยุทธศาสตร์ และบูรณาการเข้าสู่ระบบการทำงานปกติ
- (๔) ทบทวนชุดความรู้การจัดระบบการจัดการสุขภาวะในพื้นที่การสื่อสารและรณรงค์

๔. แผนงานเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนและรณรงค์

การเพิ่มขีดความสามารถสำหรับผู้นำชุมชนท้องถิ่นของเครือข่ายตำบลน่าอยู่และของภาคยุทธศาสตร์ให้มีทักษะในการสร้างความร่วมมือ การบูรณาการในทุกระดับ การออกแบบกิจกรรมเพื่อขับเคลื่อน

ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชนท้องถิ่น การขึ้นนำการพัฒนา นวัตกรรม การสร้างสุขภาวะชุมชน และการรู้เท่าทันนโยบายสาธารณะที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนท้องถิ่น โดยการน้อมนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในการออกแบบหลักสูตรและแนวทางการจัดการเรียนรู้เพื่อเพิ่มทักษะดังที่กล่าวมาข้างต้น โดยมีเป้าหมายและตัวชี้วัดดังนี้

(๑) มีผู้นำการเปลี่ยนแปลง จำนวนไม่น้อยกว่า ๔,๐๐๐ คน ที่มีขีดความสามารถในการสนับสนุน ขบวนการปฏิรูปประเทศและนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

(๒) มีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ร่วมรณรงค์และ ขับเคลื่อนนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพทุกระดับ รวมถึงสนับสนุนการปฏิรูปประเทศ

(๓) ทบพวนหลักสูตรการเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน

ภาคีหลัก

๑. ภาคีระดับพื้นที่

๑. **ระดับจังหวัด** ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัดและกรรมการพัฒนาจังหวัด องค์กรบริหาร ส่วนจังหวัด หอการค้าจังหวัด สภาอุตสาหกรรม สาธารณสุขจังหวัด เครือข่ายอาสาสมัคร สาธารณสุขจังหวัด เครือข่ายโรงพยาบาล สมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด เครือข่ายองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น เครือข่ายกำนันผู้ใหญ่บ้าน
๒. **ระดับอำเภอ** ประกอบด้วย นายอำเภอและคณะกรรมการพัฒนาอำเภอ คณะกรรมการพัฒนา ระบบสุขภาพระดับอำเภอ เครือข่ายกองทุนสุขภาพ สมัชชาสุขภาพระดับอำเภอ เครือข่ายองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่าย ชูตริศึกษาความปลอดภัยหมู่บ้าน กู้ชีพ กู้ภัย
๓. **ระดับตำบล** ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนันผู้ใหญ่บ้าน สภาผู้นำชุมชน องค์กร ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กองทุนสุขภาพชุมชน สถาบันการเงินและ กลุ่มออมทรัพย์อื่นๆ เครือข่ายกองทุนหมู่บ้าน อาสาสมัคร ศูนย์พัฒนาครอบครัว ศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก โรงเรียน วัดหรือองค์กรทางศาสนา ศูนย์บริการและถ่ายทอดเทคโนโลยีการเกษตร ศูนย์เรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียงและศูนย์เรียนรู้อื่นๆ กลุ่ม ชมรม
๔. **ระดับหมู่บ้าน** ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้านและคณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง สภาผู้นำชุมชน เป็นต้น

๒. ภาคียุทธศาสตร์

๑. กระทรวงมหาดไทย อาทิ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการพัฒนาชุมชน กรมป้องกันและ บรรเทาสาธารณภัย กรมการปกครอง
๒. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาทิ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) กรมกิจการผู้สูงอายุ

๓. กระทรวงสาธารณสุข อาทิ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๔. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
๕. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึง สปสช. เขตทุกเขต
๖. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. แผนงานสนับสนุนการจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนและขับเคลื่อนนโยบาย	๑๕๓
๒. แผนงานสนับสนุนการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาวะโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน	๑๒๙
๓. แผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และรณรงค์	๑๔๓
๔. แผนงานเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน	๒๕
รวม	๔๕๐

แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว

สถานการณ์และแนวโน้ม

สถานการณ์และแนวโน้มภายนอก และภายในประเทศที่สำคัญ และมีผลกระทบต่อประเทศไทย โดยเฉพาะสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว ดังนี้

โครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ส่งผลกระทบต่อศักยภาพการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศในระยะยาว ในขณะที่ **คุณภาพคนไทยทุกกลุ่มวัยยังมีปัญหา** โดยแต่ละกลุ่มวัยยังมีปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อการยกระดับขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ทั้งในเรื่องของวิชาการ สุขภาพ และทักษะความรู้ความสามารถที่ส่งผลกระทบต่อผลิตภาพแรงงานของประเทศ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ส่งผลให้ครอบครัวไทย มีขนาดเล็กลง และมีรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น **กระแสการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีดิจิทัล** ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ และการดำรงชีวิต ค่านิยมในสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว วัฒนธรรมและวิถีชีวิตดั้งเดิมถูกกลืนโดยวิถีชีวิตแบบใหม่ ยึดตนเองเป็นหลักมากกว่าคำนึงถึงส่วนรวม **ปัญหาความเหลื่อมล้ำในหลายมิติ** ทั้งด้านรายได้ การถือครองที่ดิน การศึกษา และด้านสาธารณสุข และมีแนวโน้มจะรุนแรงมากขึ้น **การเจริญเติบโตของภาค เมือง และพื้นที่เศรษฐกิจ** ทำให้เกิดปัญหาช่องว่างการกระจายรายได้ระหว่างภาค การขยายตัวของเมืองในภาคต่างๆ ของประเทศเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นไม่สามารถรองรับได้ทันและเพียงพอ ในขณะที่กลไกการพัฒนาจังหวัดและกลุ่มจังหวัดยังไม่สามารถเชื่อมโยงการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนตามเป้าหมายที่วางไว้ได้

จากการทบทวนสถานการณ์และแนวโน้มข้างต้น พบว่ามีผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายเด็ก เยาวชน และครอบครัว ดังนี้

ครอบครัว การเปลี่ยนแปลงของสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ครอบครัวมีรูปแบบหลากหลายและซับซ้อนขึ้น และกลายเป็นครอบครัวที่มีสถานะยากลำบาก มีความเปราะบาง เช่น ครอบครัวที่มีเฉพาะพ่อหรือแม่เลี้ยงลูกตามลำพัง ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเลี้ยงดูเด็กตามลำพัง ครอบครัวที่มีเฉพาะ

เด็กอยู่ตามลำพัง ครอบครัวผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ครอบครัวเพศเดียวกัน ครอบครัวที่ต้องดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย พิกัด ต้องขัง เป็นต้น **ด้านสถานภาพของครอบครัว** ทั้งชายและหญิงแต่งงานช้าลง มีการจดทะเบียนสมรสน้อยลง ผู้หญิงมีแนวโน้มครองโสดสูง การหย่าร้างมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งยังมี**ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว** ได้แก่ ความยากจนและหนี้สิน ที่เกิดจากการขาดความรู้-ทักษะในการประกอบอาชีพ การขาดโอกาสเข้าถึงทรัพยากรและข้อมูลข่าวสาร รวมถึงระบบการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ การตั้งครุฑในวัยรุ่น ความรุนแรงในครอบครัว สัมพันธภาพและการสื่อสารในครอบครัวที่ลดลง บทบาทหน้าที่ในการดูแลสมาชิกครอบครัวไม่เหมาะสม เด็กและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ปัญหาอบายมุข การพนัน บุหรี่ เหล้า และสารเสพติด ล้วนส่งผลกระทบต่อความมั่นคงและความเข้มแข็งของครอบครัว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและพฤติกรรมการดำรงชีวิต ส่งผลให้ครอบครัวไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง เห็นได้จากดัชนีครอบครัวอบอุ่น ลดลงจากร้อยละ ๖๘.๓๑ ในปี ๒๕๕๕ เป็นร้อยละ ๖๕.๓๔ ในปี ๒๕๕๘ และดัชนีด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ในขณะที่ดัชนีด้านสัมพันธภาพอยู่ในระดับที่ต้องเร่งแก้ไขมาโดยตลอด

เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) ยังมีปัญหา พัฒนาการไม่สมวัย และพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ ๒๗.๕ พบว่าพัฒนาการที่ล่าช้าที่สุดคือด้านภาษา สาเหตุส่วนใหญ่มาจากครอบครัวไม่มีความรู้และไม่มีเวลาในการดูแลเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะในช่วงแรกเกิดถึง ๓ ปี สมองจะมีพัฒนาการสูงสุดและส่งผลกระทบต่อระดับสติปัญญา บุคลิกภาพ และความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะเสริมสร้างพัฒนาการทางสมองได้ ร้อยละ ๒๐ - ๓๐ แต่มี **แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว ๖ เดือน** เพียงร้อยละ ๒๓.๑ (การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙) **ความพิการแต่กำเนิด (Birth Defects)** เป็นภาวะที่พบได้บ่อย โดยมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ ๓ - ๕ ของทารกเกิดมีชีพ เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ กลุ่มอาการดาวน์ เป็นต้น ซึ่งความพิการแต่กำเนิดนี้ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และเป็นปัญหาระดับประเทศ โดยเฉพาะด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทารกกลุ่มนี้ **โภชนาการไม่เหมาะสม** ทั้งของมารดาและเด็ก ได้แก่ การขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลให้สมองของทารกในครรภ์เจริญเติบโตไม่เต็มที่ ทำให้เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย รวมถึงปัญหาโภชนาการในเด็กปฐมวัย ทั้งภาวะโภชนาการเกินที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๕.๘ ในปี ๒๕๓๘ เป็นร้อยละ ๑๑.๔ ในปี ๒๕๕๗ และภาวะพร่องโภชนาการหรือภาวะทุพโภชนาการ พบว่า ปี ๒๕๕๗ เด็กปฐมวัย มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ ๕.๕ (รายงานสุขภาพคนไทย ๒๕๖๐) ข้อมูลกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า พัฒนาการเด็กปฐมวัยมีแนวโน้มคงที่ คือ พัฒนาการปกติ ร้อยละ ๗๑.๗ ในปี ๒๕๕๒ และ ปี ๒๕๕๗ พัฒนาการปกติ ร้อยละ ๗๒.๘ รวมถึงความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient : EQ) พบว่า ผลสำรวจโดยกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี ๒๕๕๔ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ ๗๗

ปัญหาด้านการดูแลและการเลี้ยงดู จากสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้พ่อแม่มักส่งเด็กให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นผู้ดูแลแทน จากข้อมูลของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (๒๕๕๕) แสดงว่า เด็กปฐมวัยไทย (แรกเกิด - ๕ ปี) มีจำนวน ๔,๖๑๒,๑๘๒ คน อยู่ในความดูแลของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๙๑๑,๑๔๓ คน และอยู่ในโรงเรียนอนุบาล ๑,๗๙๙,๑๒๕ คน นอกนั้นอยู่ในความดูแลของพ่อแม่-ผู้ปกครอง สถานรับเลี้ยงเด็ก และอื่นๆ รวม ๑,๙๐๑,๙๑๔ คน ซึ่งพบว่า การจัดการดูแลและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีความแตกต่างด้านคุณภาพและมาตรฐาน ทั้งการบริหารจัดการ ด้านวิชาการ ด้านบุคลากร และด้านนโยบายสนับสนุนจากผู้บริหาร

เด็กวัยเรียน (๖ - ๑๔ ปี) มีปัญหาด้านความสามารถทางเชาว์ปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ต่ำกว่ามาตรฐานสากล จากการสำรวจระดับสติปัญญาของกรมสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๙ กับกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ ๖ - ๑๔ ปี ทั่วประเทศ พบว่า IQ เฉลี่ย ๙๘.๒ ต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากล (IQ = ๑๐๐) และ เด็กในเขตอำเภอเมืองมี IQ เฉลี่ย ๑๐๑.๕ และเด็กนอกเขตอำเภอเมือง มี IQ เฉลี่ย ๙๖.๙ **ความฉลาดทางอารมณ์** จากผลการสำรวจของกรมสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๙ พบว่า เด็กไทยอายุ ๖ - ๑๑ ปี มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เฉลี่ยระดับประเทศ พบว่า มีเด็กที่มี EQ จัดอยู่ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ ๒๒.๙ และอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ ๖๔.๑ **ผลสัมฤทธิ์และคุณภาพทางการเรียนต่ำ** ผลการสอบ O-Net ซึ่งคะแนนเฉลี่ยตกต่ำอย่างต่อเนื่อง และผลการสอบของ PISA หรือ Programme for International Student Assessment พบว่า ผลการทดสอบในวิชาการอ่าน คณิตศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ในปี ๒๕๕๙ ต่ำลงกว่า ปี ๒๕๕๔ โดยทั้งนี้ไม่รวมถึงเด็กที่มีปัญหาบกพร่องทางการเรียนรู้ ได้แก่ โรคสมาธิสั้น ภาวะบกพร่องการเรียนรู้ และออทิสติก **การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม** พบว่า เด็กไทยมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันมีเด็กผอมจำนวนไม่น้อยที่ยังขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย โดยเฉพาะเด็กยากจนที่ไม่พอกินหรือกินไม่ครบมื้อมักมีภาวะขาดไอโอดีนและธาตุเหล็ก ผลการสำรวจภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กในภูมิภาคอาเซียน พบว่าเด็กไทยอายุ ๖ เดือน ถึง ๑๒ ปี ร้อยละ ๒๐ มีน้ำหนักเกินมาตรฐานเข้าข่ายโรคอ้วน และร้อยละ ๖๐ - ๗๐ บริโภคอาหารที่ให้สารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายต่ำกว่าเกณฑ์ โดยเฉพาะธาตุเหล็ก แคลเซียม วิตามินเอ วิตามินซี และวิตามินดี สอดคล้องกับข้อมูลการเฝ้าระวังและติดตามการเจริญเติบโตในเด็กนักเรียนอายุ ๖ - ๑๒ ปี ของกรมอนามัยที่พบว่า ในปี ๒๕๕๕ นักเรียนร้อยละ ๑๒.๕ มีภาวะอ้วน ร้อยละ ๑๗.๑ เตี้ยกว่าเกณฑ์ และร้อยละ ๖.๖ มีภาวะผอม

พฤติกรรมติดเกม สื่อโทรทัศน์/ภาพยนตร์ และการเล่นอินเทอร์เน็ต ผลการสำรวจ ปี ๒๕๕๘ จากนักเรียนทั่วประเทศ ของกรมสุขภาพจิตพบว่า เด็กร้อยละ ๑๐ - ๑๕ ติดเกมออนไลน์ โดยมีทั้งเกมแบบที่เล่นผ่านมือถือและเล่นผ่านคอมพิวเตอร์ เฉลี่ยวันละ ๓.๑ ชั่วโมงซึ่งถือว่าสูงมากเป็นอันดับ ๑ ของประเทศในแถบเอเชีย ซึ่งพฤติกรรมติดเกมจะส่งผลเสียต่อพัฒนาการ การเรียน ความเครียด อารมณ์ ปัญหาความสัมพันธ์ และอาจเสี่ยงต่อการติดการพนันจากเกมด้วย อีกทั้งอิทธิพลของสื่อทำให้เกิดการใช้ยาแบบบริโภคนิยม พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการเลียนแบบสื่อ เด็กอ่านหนังสือน้อยลง ส่งผลให้เด็กขาดการพัฒนาในเรื่องภาษาและจินตนาการ **ความปลอดภัยในเด็ก** จากข้อมูลของศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยในเด็ก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า แต่ละปีมีเด็กวัย ๑ ถึง ๑๔ ปี เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุรวมกว่า ๒,๕๐๐ คน สาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ มาจากอุบัติเหตุจมน้ำ เฉลี่ยประมาณ ๙๐๐ - ๑,๑๐๐ คน ต่อปี อันดับ ๒ จากอุบัติเหตุจราจร เฉลี่ยประมาณ ๗๐๐ - ๑,๐๐๐ คน ต่อปี และจากสาเหตุอื่น เช่น ตกจากที่สูง ของแข็งชนกระแทก ความรุนแรง และจากไฟฟ้า รวมเฉลี่ยประมาณ ๕๐๐ คน ต่อปี

เด็กวัยรุ่นและเยาวชน (๑๕ - ๒๔ ปี) เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อย่างมาก ประกอบการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เทคโนโลยีและการสื่อสารที่ทันสมัย ส่งผลให้เด็กวัยรุ่นเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของวัยรุ่นที่สำคัญ อาทิ การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี พบว่า มีอัตราการสูบเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ ๑๕.๐๗ (๑.๔๔ ล้านคน) ในปี ๒๕๕๗ เป็นร้อยละ ๑๕.๑๗ (๑.๔๖ ล้านคน) ในปี ๒๕๕๘ **การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** พบว่า จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงปี ๒๕๔๔ - ๒๕๕๗ พบว่า ภาพรวม

ของนักดื่มอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ค่อนข้างคงที่ และมีทิศทางลดลงเล็กน้อย โดยในปี ๒๕๕๗ มีความชุกอยู่ที่ร้อยละ ๓๒.๓ ซึ่งลดลงร้อยละ ๑.๒๒ หรือลดลงเฉลี่ยร้อยละ ๐.๐๙ ต่อปี อย่างไรก็ตาม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนกลุ่มอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ในช่วงเวลา ๑๓ ปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นร้อยละ ๖๔.๕ หรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ ๔.๘๖ ต่อปี (กรมควบคุมโรค, ๒๕๕๙) **พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์** พบว่า สถิติการคลอดบุตรของวัยรุ่นหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ในปี ๒๕๕๗ อยู่ที่ร้อยละ ๔๗.๙ ต่อประชากรวัยเดียวกัน ๑,๐๐๐ คน ซึ่งปัญหาดังกล่าวนำไปสู่แนวโน้มการเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว ที่ไม่มีความรู้และความพร้อมในการดูแลเด็ก

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มเด็กเปราะบาง มีความเสี่ยงด้านพฤติกรรม ซึ่งยังคงต้องการการดูแลเรื่องสุขภาพ อากิ เด็กเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มที่กำลังเผชิญความเสี่ยงสูงต่อปัญหายาเสพติด การขายบริการทางเพศและอาชญากรรม เด็กไร้สัญชาติ แม้จะมีการดำเนินการของไทยที่จะช่วยแก้ปัญหา แต่ในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติงาน เด็กที่เป็นบุตรแรงงานต่างชาติ เด็กกลุ่มนี้ต้องการการศึกษาที่มีรูปแบบพิเศษที่มีคุณภาพเหมาะสมกับวิถีชีวิตที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ต้องเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพ ขาดการยอมรับจากสังคม เด็กกำพร้าถูกทอดทิ้ง เด็กถูกบังคับใช้แรงงาน เด็กติดยาเสพติด เด็กถูกบังคับให้ค้าประเวณี เด็กยากจนพิเศษ เด็กอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ถิ่นทุรกันดาร เด็กพิการ ซึ่งจากรายงานสถานการณ์คนพิการในประเทศไทย ปี ๒๕๕๙ พบว่ามีจำนวนคนพิการรวมทั้งสิ้น ๑,๖๔๗,๔๓๘ คน โดยมีอายุแรกเกิด - ๒๑ ปี จำนวน ๑๔๔,๐๑๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๘.๗๐ โดยจำนวนเด็กพิการที่เป็นเด็กออทิสติก เด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ (Learning Disabilities : LD) เด็กสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder : ADHD) มีจำนวน ๑ ใน ๕ ของเด็กในวัยเรียนในระดับชั้นอนุบาลถึงมัธยม (๓ - ๑๘ ปี) ซึ่งขาดการส่งเสริมและดูแลอย่างเข้าใจ **เด็กและเยาวชนในกระบวนการยุติธรรม** ประเทศไทยมีเด็กและเยาวชนที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี ๒๕๕๗ ทั่วประเทศ ๓๖,๕๓๗ คดี ส่วนใหญ่ผู้กระทำความผิดมีอายุ ๑๕ - ๑๘ ปี และเป็นคดีเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษมากที่สุด

จุดเน้นของแผน

๑. เน้นผลลัพธ์เชิงสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัวที่สอดคล้องกับสถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยใช้ทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี สสส. โดยกระบวนการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายภายนอก และบูรณาการการทำงานภายใน สสส.
๒. เน้นยุทธศาสตร์การดำเนินงานเชิงรุก โดยสร้างเสริมพลังภาคียุทธศาสตร์และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการสร้างสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อตอบสนองนโยบายปฏิรูปสังคมและสุขภาพ ตามทิศทางของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ มุ่งสู่เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน
๓. เน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบการทำงานแบบมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับในการสร้างสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเฉพาะเปราะบาง และในเขตพื้นที่พิเศษ/พื้นที่เฉพาะ

๔. สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ และนวัตกรรม เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี ดิจิทัล เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้แก่เด็ก เยาวชน และครอบครัว
๕. ส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารสร้างความเข้าใจ ความตระหนักต่อสังคม ในการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว

ครอบครัวอบอุ่น หมายถึง ครอบครัวที่สมาชิกอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข ด้วยสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ และสามารถพึ่งพิงตนเองในการดำรงชีวิตและการหาเลี้ยงชีพ อันส่งผลให้ครอบครัวมีสุขภาวะที่ดีและพร้อมเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบครอบครัว มีองค์ประกอบตัวชี้วัดเป็น ๓ องค์ประกอบหลัก คือ (๑) สัมพันธภาพในครอบครัว (๒) บทบาทหน้าที่ของครอบครัว และ (๓) การพึ่งพิงตนเองของครอบครัว

ครอบครัวที่มีลักษณะเฉพาะ หมายถึง ครอบครัวที่มีลักษณะแตกต่างจากครอบครัวปกติทั่วไป มีลักษณะสำคัญอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างต่อไปนี้ เป็นองค์ประกอบ คือ (๑) โครงสร้างและองค์ประกอบของครอบครัวไม่สมบูรณ์ (๒) มีการใช้ชีวิตด้วยความดิ้นรน เดือดร้อน (๓) มีความยากลำบาก เนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถดำเนินชีวิตครอบครัวได้เหมือนอย่างครอบครัวปกติทั่วไป (๔) มีความเสี่ยงกับการเกิดปัญหาครอบครัว (๕) ไม่ได้รับการปกป้องคุ้มครองสถานะครอบครัวทางกฎหมาย และ/หรือ (๖) มีลักษณะเฉพาะอื่นๆ ก็ตาม

เด็ก และเยาวชนกลุ่มเปราะบาง หมายถึง เด็ก และเยาวชนที่ประสบปัญหาทางสังคม อยู่ในสภาวะยากลำบากต่อการดำรงชีวิต อันเป็นผลกระทบมาจากปัจจัยด้านครอบครัว สังคม และรัฐ อาทิ เด็กกำพร้า เด็กที่ถูกปล่อยปละละเลย เด็กเร่ร่อน เด็กยากจน แรงงานเด็ก เด็กถูกทำร้ายทารุณ เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ เด็กในกระบวนการยุติธรรม เด็กพลัดถิ่น เด็กลูกแรงงานต่างชาติด และ เด็กกลุ่มชาติพันธุ์

เด็กพิเศษ เด็กที่มีความสามารถพิเศษ เด็กที่มีความต้องการพิเศษ หมายถึง เด็กที่มีความสามารถเฉพาะด้านเกินวัย (gifted child) และเด็กที่มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือเนื่องด้วยการขาดความสามารถ (disability) ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือสติปัญญา

โรงเรียนสุขภาวะ หมายถึง โรงเรียน/สถานศึกษาที่มีแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาวะ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มพฤติกรรมทางสุขภาพ โดยมี ๕ องค์ประกอบ คือ (๑) ผู้เรียนเป็นสุข (๒) องค์กรเป็นสุข (๓) สภาพแวดล้อมเป็นสุข (๔) ครอบครัวเป็นสุข และ (๕) ชุมชนเป็นสุข

พื้นที่พิเศษ/พื้นที่เฉพาะ หมายถึง พื้นที่ที่มีความยากลำบาก ต้องการการพัฒนา อาทิ พื้นที่ชายแดน พื้นที่บนภูเขา ชุมชนแออัด

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง ทักษะหรือความสามารถ ในการเข้าถึง เข้าใจ ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาวะที่ดีตลอดชีวิต

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนให้เด็ก เยาวชน ที่เป็นกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะ หรือเปราะบางได้รับการพัฒนาศักยภาพ ให้สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมอย่างเป็นธรรม
๒. เพื่อส่งเสริมให้เด็ก เยาวชน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง ๒๔ ปี มีสุขภาวะที่เหมาะสมตามช่วงวัย ทั้งทางด้านกาย จิต ปัญญาและสังคม รวมทั้ง ครอบครัวมีความอบอุ่น เข้มแข็ง สามารถพึ่งพาตนเองได้เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงสู่ยุคเทคโนโลยีดิจิทัล
๓. เพื่อสนับสนุนการสร้างโอกาส และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมให้เด็ก เยาวชน และครอบครัว ให้ได้รับการพัฒนาคุณภาพเต็มศักยภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคียุทธศาสตร์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน
๔. เพื่อพัฒนาและเชื่อมโยงระบบ กลไกการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว ที่สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายในการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายรัฐบาล แผนปฏิบัติการระดับกระทรวง และแผนพัฒนากลุ่มจังหวัด/จังหวัด
๕. เพื่อสร้างความตระหนักและทัศนคติที่ถูกต้องแก่สังคมในด้านการพัฒนาสุขภาวะเด็กเยาวชนและครอบครัว

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. ร้อยละ ๗๐ ของครอบครัวในองค์กร/พื้นที่ (๑๐๐ องค์กร/พื้นที่) ได้รับการพัฒนาศักยภาพและเรียนรู้การสร้างครอบครัวอบอุ่น ด้านสัมพันธภาพ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาตนเองตามนิยามของแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว
๒. เกิดกลไกการดูแลเด็ก เยาวชน และครอบครัว ที่มีความหลากหลาย เปราะบาง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคียุทธศาสตร์และภาคีที่เกี่ยวข้องใน ๔ อำเภอ
๓. เกิดกลไกการดูแลเด็กวัยเรียน วัยรุ่นและเยาวชน ให้มีสุขภาวะที่เหมาะสมตามวัยและมีทักษะชีวิต ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคียุทธศาสตร์และภาคีที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่ ๑๐ ตำบล
๔. เกิดรูปแบบการยกระดับและพัฒนาคุณภาพของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบ ไม่น้อยกว่า ๓ รูปแบบ อาทิ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในเขตพื้นที่สูง สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในเขตพื้นที่ชนบทยากจน และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีกลุ่มเด็กเปราะบางที่สามารถขยายผลได้
๕. ผลักดันให้ตัวชี้วัดการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัวในแผนปฏิบัติการระดับกระทรวง แผนพัฒนากลุ่มจังหวัด/จังหวัด อย่างน้อย ๑ ประเด็น ถูกนำไปจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการรายปี

ของภาคีหลักหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ อัตราการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กและเยาวชน ลดลง เด็กและเยาวชนมีทักษะการเรียนรู้และพฤติกรรมต่อการเป็นพลเมืองสร้างสรรค์ และจำนวน ครอบครัวที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ

๖. องค์กรความรู้หรือนวัตกรรมการพัฒนาสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัวที่สอดคล้องกับทฤษฎี เจนเนอเรชัน^{๑๓๓} ไม่น้อยกว่า ๓ เรื่อง และสามารถนำสู่การปฏิบัติเป็นรูปธรรมได้ ไม่น้อยกว่า ๑ เรื่อง
๗. ประเด็นการสื่อสารผ่านช่องทางสื่อต่างๆ ไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง ที่สร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ถูกต้องของสังคม ต่อการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ข้อมูลสถานการณ์เด็ก และเยาวชน ในสถานศึกษา ใน ๔ อำเภอเป้าหมาย

แนวทางการดำเนินงาน

๑. พัฒนาศักยภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว ให้มีทักษะชีวิต ทักษะสุขภาพ และทักษะทางวิชาการ มีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านกาย จิต ปัญญา และสังคม
๒. ปรับเปลี่ยนค่านิยมของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ให้มีคุณธรรม มีวินัย และมีพฤติกรรม ที่พึงประสงค์ ลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มกิจกรรมสร้างสรรค์
๓. เสริมสร้างขีดความสามารถของหน่วยงาน/องค์กร ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันศาสนา และแหล่งเรียนรู้ต่างๆ ให้เอื้อต่อการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยเน้นการมีส่วนร่วมกันทำงานเป็นเครือข่าย และเป็นกลไกการทำงาน ที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในระดับส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และพื้นที่ชุมชนท้องถิ่น
๔. สนับสนุนการสร้างโอกาสให้เด็ก และเยาวชน รวมถึงครอบครัวที่มีลักษณะเฉพาะ เปราะบาง เข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพ เข้าถึงสวัสดิการทางสังคมที่เหมาะสม
๕. สนับสนุนให้เด็ก เยาวชน และครอบครัวเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยสนับสนุนให้มีการพัฒนา แหล่งเรียนรู้ที่เหมาะสม เช่น ห้องสมุด พิพิธภัณฑ์ ศูนย์กีฬา สวนสัตว์ รวมถึงการเปิดพื้นที่เรียนรู้ ร่วมกันทั้งทางกายภาพและทางปัญญาให้เด็ก เยาวชน และครอบครัว
๖. สนับสนุนพัฒนาองค์กรความรู้ และนวัตกรรมการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว การสร้าง กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาวะเด็ก เยาวชน และ ครอบครัว รวมถึงการสนับสนุนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
๗. ส่งเสริมการกระบวนการพัฒนา การผลิตสื่อ และช่องทางที่เหมาะสมต่อการสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก ในการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว

^{๑๓๓} ทฤษฎีเจนเนอเรชัน เป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายความแตกต่างของคนต่างรุ่น โดยแบ่งตามช่วงปีเกิด ประกอบด้วย ๔ รุ่นหลัก ได้แก่ (๑) ไชเลนต์ เจนเนอเรชัน (Silence Generation) (๒) เบบี้บูมเมอร์ (Baby Boomer) (๓) เจนเนอเรชันเอกซ์ (Generation X) และ (๔) เจนเนอเรชันวาย (Generation Y)

กลุ่มแผนงาน

เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และตัวชี้วัด แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ได้แบ่งการสนับสนุนเป็น ๕ กลุ่มแผนงาน ได้แก่

๑. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมพลังภาคียุทธศาสตร์และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว

ซึ่งกำหนดแนวทางการสนับสนุนแผนงาน/โครงการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การดำเนินงาน ดังนี้

- ๑.๑ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัวแบบองค์รวม โดยเน้นการทำงานกับกลไกในพื้นที่ แบบมีส่วนร่วม
- ๑.๒ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่ให้ความสำคัญกับสนับสนุนการพัฒนากระบวนการเรียนการสอน ปรับกระบวนการเรียนรู้ สนับสนุนกิจกรรมสร้างสรรค์ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิต สร้างจิตสำนึกความเป็นพลเมือง และสร้างค่านิยมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้องให้แก่เด็กและเยาวชน ทั้งในและนอกระบบโรงเรียน
- ๑.๓ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่ให้ความสำคัญกับการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาวะให้แก่เด็ก เยาวชน และครอบครัวที่มีความหลากหลาย เปราะบาง ทั้งในระดับชาติ ระดับชุมชนท้องถิ่น และระดับองค์กร
- ๑.๔ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่ให้ความสำคัญกับการแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมของการสร้างความอบอุ่นของครอบครัวในบริบทต่างๆ โดยเฉพาะครอบครัวลักษณะเฉพาะ เช่น ครอบครัวพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวที่มีลูกพิการ ครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวที่มีความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น

๒. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้

ซึ่งกำหนดแนวทางการสนับสนุนแผนงาน/โครงการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การดำเนินงาน ดังนี้

- ๒.๑ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่เน้นการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลด้านเด็กและเยาวชนให้มีประสิทธิภาพ ข้อมูลมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการติดตามสภาวะการณ์เด็ก เยาวชนอย่างใกล้ชิด รวมถึงการขับเคลื่อนและผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ข้อมูลดังกล่าวให้เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง
- ๒.๒ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่เน้นการจัดตั้งศูนย์/สถาบันทางวิชาการด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ระดับพื้นที่ เพื่อใช้เป็นฐานวิชาการที่สนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นเชิงนโยบายที่สำคัญรวมถึงเป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว
- ๒.๓ สนับสนุนแผนงาน/โครงการวิจัยและพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็ก และเยาวชน กลุ่มเปราะบาง และครอบครัวที่มีลักษณะเฉพาะ

๒.๔ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่ร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ ภาคเครือข่ายทั้งองค์กรภาครัฐ เอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชนในการนำองค์ความรู้ นวัตกรรมที่ได้จากแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ไปขยายผลอย่างเป็นรูปธรรม

๒.๕ ขับเคลื่อนและผลักดันกฎหมาย/นโยบายสำคัญที่ส่งผลให้เด็ก เยาวชน และครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทั้งด้านบริการสุขภาพและการเรียนรู้ รวมถึงได้รับการปกป้องคุ้มครองสิทธิสามารถเข้าถึงบริการและสวัสดิการขั้นพื้นฐานของรัฐ

๓. กลุ่มแผนงานสื่อสารสาธารณะ

ซึ่งกำหนดแนวทางการสนับสนุนแผนงาน/โครงการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การดำเนินงาน ดังนี้

๓.๑ สนับสนุนแผนงาน/โครงการ นำผลการดำเนินงานจากแผนงาน/โครงการมาจัดการความรู้ และขยายผลสู่สาธารณะ รวมถึงเปิดโอกาสให้ภาคีได้เชื่อมโยง ส่งต่อองค์ความรู้ เครื่องมือ/คู่มือ และนวัตกรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานในรูปแบบของเครือข่าย ทั้งเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่

๓.๒ สนับสนุนการผลิตอุปกรณ์และสื่อ รวมถึงช่องทางการสื่อสาร ที่สร้างความเข้าใจ ความตระหนักของสังคม ต่อการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว

๔. กลุ่มแผนงานพัฒนาการทำงานเพื่อสนับสนุนการทำงานของภาคี

๔.๑ สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพภาคีทั้งในระดับบุคคล องค์กร และเครือข่ายด้านการติดตาม ประเมินผลเพื่อเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพการดำเนินโครงการ

๔.๒ สนับสนุนการมีกลไกกลางในการทำงานร่วมแบบบูรณาการภายในและภายนอก

๕. กลุ่มแผนงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน

สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่สร้างเสริมและพัฒนาศักยภาพทางการเรียนรู้ของคนไทย

ภาคีหลัก

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กรมกิจการเด็กและเยาวชน กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรเอกชน สถาบันศาสนา สถาบันการศึกษา สื่อมวลชน องค์กรและเครือข่ายครอบครัว องค์กรและเครือข่ายเด็กและเยาวชน

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมพลังภาคียุทธศาสตร์และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๑๓๐
๒. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้	๕๐
๓. กลุ่มแผนงานสื่อสารสาธารณะ	๔๐
๔. กลุ่มแผนงานพัฒนาการทำงานเพื่อสนับสนุนการทำงานของภาคี	๔๐
๕. กลุ่มแผนงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน	๓๐
รวม	๒๙๐

๑๕๒

แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร

สถานการณ์และแนวโน้ม

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ระบุว่า สถานการณ์ของประชากรวัยทำงานทั่วโลก (ประชากรอายุระหว่าง ๑๕ - ๕๔ ปี) กำลังประสบปัญหาจากการทำงานที่ส่งผลทำให้มีภาวะสุขภาพเสื่อมลงและความไม่ปลอดภัยในการทำงาน ประมาณ ๑,๔๐๐ ล้านคน

สำหรับข้อมูลของประเทศไทยผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร เดือนพฤษภาคม ๒๕๕๙ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าจำนวนผู้มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป มีประมาณ ๕๖ ล้านคน โดยเป็นผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานหรือผู้ที่พร้อมที่จะทำงานประมาณ ๓๘ ล้านคน ประกอบด้วยผู้มีงานทำ ๓๗ ล้านคน ผู้ว่างงาน ๕ แสนคน และผู้ที่รอฤดูกาล ๕ แสนคน ทั้งนี้ผู้มีงานทำ ๓๗ ล้านคน ประกอบด้วยผู้ทำงานในภาคเกษตรกรรม ๑๐ ล้านคน และนอกภาคเกษตรกรรม ๒๗ ล้านคน ซึ่งจะเห็นได้ว่าประชากรวัยทำงาน (อายุ ๑๕ - ๕๔ ปี) เป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศและเป็นกลุ่มที่ต้องทำหน้าที่ดูแลวัยสูงอายุ เด็ก และผู้พิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทยกำลังอยู่ในภาวะที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยมีผู้สูงอายุจำนวน ๑๐ ล้านคน ในปี ๒๕๕๗ และประมาณการว่าในปี ๒๕๘๓ ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป สูงถึง ๒๑ ล้านคน หรือร้อยละ ๓๒ ของจำนวนประชากรไทยทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตนั้น จะก่อให้เกิดปรากฏการณ์สำคัญที่มีผลต่อสังคมไทยอย่างมาก นั่นคือการมีผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นจากจำนวนเด็กที่ลดลงในขณะที่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอีกประมาณ ๑๕ ปีข้างหน้า จำนวนเด็กจะพอๆ กับผู้สูงอายุ และหลังจากนั้นจะเกิดปรากฏการณ์มีผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว ประชากรวัยทำงานซึ่งถือเป็นวัยที่เป็นกำลังหลักสำคัญในการพัฒนาประเทศและดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจึงต้องรับภาระหนักมากยิ่งขึ้น แต่ในปัจจุบันกลับพบว่าประชากรวัยทำงานกลับเป็นวัยที่กำลังประสบปัญหาสุขภาพสำคัญ หลายอย่าง ดังเช่นข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยมีมหาวิทยาลัยมหิดลเป็นผู้ดำเนินการพบว่า ประชากรวัยทำงาน ร้อยละ ๙ เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ ๒๕ เป็นความดันโลหิตสูง ผู้หญิงร้อยละ ๕๕ และผู้ชายร้อยละ ๔๒ มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ผู้หญิงร้อยละ ๒๐ และผู้ชายร้อยละ ๑๙ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ผู้หญิงร้อยละ ๒ และผู้ชายร้อยละ ๓๑ สูบบุหรี่ เป็นต้นโดยเพิ่มขึ้นจากการสำรวจ

ครั้งที่ ๓ (๒๕๔๖ - ๒๕๔๗) และครั้งที่ ๔ (๒๕๕๑ - ๒๕๕๒) อย่างชัดเจน รวมถึงโรคอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ ขาดเลือด โรคเครียด และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การดูแลสุขภาพช่องปาก ที่ไม่ถูกต้อง อาจนำมาซึ่งความสูญเสียทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และศักยภาพการผลิตที่ลดลง จากค่ารักษาพยาบาล การขาด/ลางาน การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

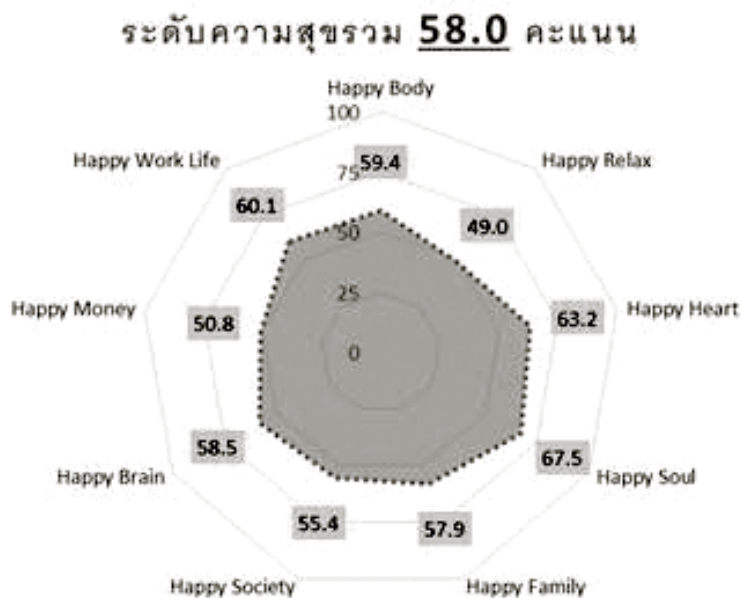
ในอดีตที่ผ่านมาแม้ว่าทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ต่างก็เล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพของคนทำงาน ต่อผลผลิต และความก้าวหน้าขององค์กร และสังคมโดยรวม ในส่วนของภาครัฐได้มีการพัฒนาทางด้านกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติทางด้านสุขภาพ และความปลอดภัยของผู้ใช้แรงงาน มีหลายหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลด้านนี้ สถานศึกษา และหน่วยงานราชการ มีการฝึกอบรมบุคลากรทางด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัย ออกมาจำนวนมาก ในส่วนของภาคเอกชน ทั้งนายจ้าง ลูกจ้างก็มีจำนวนไม่น้อย ที่ร่วมมือกันปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบและข้อแนะนำต่างๆ เพื่อให้พ้นจากการบาดเจ็บ และโรคร้ายจากการทำงาน แต่อย่างไรก็ตามประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่ก็ยังเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นโรคที่ป้องกันได้ ดังจากรายงานสถิติสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นดังนี้

- อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรจากปี ๒๕๔๕ - ๒๕๕๕ พบว่าเพิ่มจาก ๓๘๕.๔๓ (ต่อแสนประชากร) ในปี ๒๕๔๕ เป็น ๑๖๒๒.๘ (ต่อแสนประชากร) ในปี ๒๕๕๕ เฉลี่ยเพิ่มปีละ ๗๐,๐๐๐ คน เป็นภาระค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละ ๕๖๕.๕๐ ล้านบาท
- อัตราป่วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากรจากปี ๒๕๔๕ - ๒๕๕๕ พบว่าเพิ่มจาก ๓๕๓.๔๔ (ต่อแสนประชากร) ในปี ๒๕๔๕ เป็น ๑๐๕๐.๖ (ต่อแสนประชากร) ในปี ๒๕๕๕ เฉลี่ยเพิ่มปีละ ๔๐,๐๐๐ คน เป็นภาระค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละ ๖๗๒.๑๐ ล้านบาท
- โรคหัวใจขาดเลือดต่อแสนประชากรจากปี ๒๕๔๕ - ๒๕๕๕ พบว่าเพิ่มจาก ๑๕๘.๔๘ (ต่อแสนประชากร) ในปี ๒๕๔๕ เป็น ๔๒๗.๕๐ (ต่อแสนประชากร) ในปี ๒๕๕๕ เฉลี่ยเพิ่มปีละ ๑๖,๐๓๐ คน เป็นภาระค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละ ๖๒๐.๕ ล้านบาท

ส่วนด้านจิตใจ มีวัยทำงานขอรับบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตผ่านสายด่วน ๑๓๒๓ กรมสุขภาพจิตมากที่สุดคือ ความเครียดหรือวิตกกังวล เช่น จากโรคเรื้อรัง หนี้สิน ๖,๒๓๑ ราย รองลงมา คือปัญหาทางจิตเวช ๔,๘๔๕ ราย ปัญหาความรัก ๑,๖๖๖ ราย และปัญหาเกี่ยวกับการทำงาน เช่น สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน เจ้านาย ลูกน้อง ค่าตอบแทนน้อย ต้องการเปลี่ยนงาน ๒๕๖ ราย (ที่มา : แถลงข่าว มาตรการดูแลสุขภาพวัยทำงาน เนื่องในวันความปลอดภัยในการทำงานและอาชีวอนามัยสากล วันที่ ๒๘ เมษายน และวันแรงงานแห่งชาติ ๑ พฤษภาคมของทุกปี เมื่อวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๔ โดย นพ.สุรธรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และโฆษกกระทรวงสาธารณสุข นพ.บุญเลิศ คักดีชัยนันท์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษา กรมสุขภาพจิต และนายสมพงษ์ ชัยโอภาณนท์ นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ ด้านโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาด้านการเงินเป็นประเด็นสำคัญลำดับแรกที่จะต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาครอบครัวและกลายเป็นภาระของสังคมในท้ายที่สุด



ประกอบกับผลการสำรวจความสุขคนทำงาน (ในองค์กร) ระดับประเทศ ปี ๒๕๖๐ (ไตรมาส ๑) ด้วย Happinometer โดยศูนย์วิจัยความสุขคนทำงานแห่งประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบข้อมูลคนวัยทำงานไทยมีความสุขน้อยในเรื่องผ่อนคลายดี (Happy Relax) ๔๙ สุขภาพเงินดี (Happy Money) ๕๐.๘ สังคมดี (Happy Society) ๕๕.๔ ครอบครัวดี (Happy Family) ๕๗.๙ ใฝ่รู้ดี (Happy Brain) ๕๘.๕ สุขภาพดี (Happy Body) ๕๙.๔ การงานดี (Happy Work life) ๖๐.๑ น้ำใจดี (Happy Heart) ๖๓.๒ จิตวิญญาณดี (Happy Soul) ๖๗.๕ ความสุขภาพรวม ๕๘



เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตคนวัยทำงานในภาพรวมพบว่า ประชากรวัยทำงานไทย (ช่วงอายุ ๑๕ - ๕๙ ปี) ยังประสบปัญหาทางสุขภาพทางกายและทางจิตใจ เนื่องจากการดำรงชีวิตของวัยทำงานส่วนใหญ่ไม่ได้เติบโตหรือปรับตัวได้ตามทันตามการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยวัยแรงงานมีรายได้ปกติไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ ในขณะที่มีแรงกดดันในการทำงานหนักจากวันละ ๘ ชั่วโมงเป็น ๑๐ - ๑๒ ชั่วโมง ซึ่งนอกจากจะเป็นการบั่นทอนสุขภาพแล้วยังส่งผลให้ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว สะท้อนได้จากวัยแรงงานเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น

แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรเป็นการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. โดยใช้แนวทาง Healthy Workplace Framework องค์การอนามัยโลก อันประกอบไปด้วยปัจจัยสภาพแวดล้อมทางกายภาพในการทำงาน ทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพในที่ทำงาน สภาพแวดล้อมทางจิตใจและสังคมในการทำงาน และการเชื่อมโยงกับชุมชน ประยุกต์ให้สอดคล้องเพื่อสนับสนุนงานด้านองค์กรสุขภาวะตามแนวคิดการสร้างองค์กรแห่งความสุข ๘ มิติ (Happy 8) ได้แก่

- Happy Body การมีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ
- Happy Heart การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและบรรยากาศในการทำงานร่วมกัน
- Happy Brain การพัฒนาความรู้ในการใช้ชีวิตและการทำงานของตนเอง
- Happy Relaxation การแสวงหาแนวทาง วิธีการ เพื่อลดความเครียดในการทำงานและการดำเนินชีวิต
- Happy Soul การใช้หลักคุณธรรม จริยธรรม ในการทำงานและใช้ชีวิตร่วมกัน
- Happy Money ความสามารถในการบริหารจัดการทางการเงินของตนเองและครอบครัว
- Happy Family การมีครอบครัวที่อบอุ่นและมั่นคง
- Happy Society ร่วมกันสร้างสังคมที่ดีในที่ทำงานและนอกที่ทำงาน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่าองค์กรเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งองค์กรที่จัดตั้งเพื่อประโยชน์สาธารณะและองค์กรภาคเอกชนที่ดำเนินงานเพื่อแสวงหาผลกำไร ล้วนมี โครงสร้างและระบบการบริหารจัดการ มีหน่วยงานในความรับผิดชอบ และมีบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในองค์กร ทั้งองค์กรภาคสาธารณะและภาคเอกชนซึ่งเป็นการดำเนินงานของประเทศไทยกว่า ๑๖ ล้านคน (ที่มา : กำลังคน ภาครัฐในฝ่ายพลเรือน สำนักพัฒนาระบบจำแนกตำแหน่งและค่าตอบแทน สำนักงาน กพ.; กันยายน ๒๕๕๙ , เว็บไซต์ : ศูนย์ข้อมูลแรงงานแห่งชาติ กระทรวงแรงงาน; กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐, ข้อมูลพื้นฐานทางพระพุทธ ศาสนาประจำปี ๒๕๕๙ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ) ดังนั้น องค์กรจึงเป็นทั้งเป้าหมายและกลไก ที่สำคัญในการขับเคลื่อนไปสู่สุขภาวะที่ดีขึ้นของบุคลากรภายในองค์กร ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องกับ องค์กร รวมทั้งการใช้ศักยภาพขององค์กรในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ อันเป็นพื้นที่หรือฐานรองรับการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพให้สามารถขยายผลในวงกว้าง ส่งผล ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจประเทศ

องค์กรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ องค์กรภาคสาธารณะ และองค์กรภาคเอกชน

๑. **องค์กรภาคสาธารณะ** หมายถึง หน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินการอันมุ่งประโยชน์สาธารณะ ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ ทั้งราชการบริหารส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค รวมถึงสถาบันทางทหารและ ตำรวจ สถานศึกษา สถานพยาบาล รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานรัฐอื่นๆ ตลอดจนองค์กรทางพระพุทธศาสนา

๒. **องค์กรภาคเอกชน** หมายถึง องค์กรภาคธุรกิจที่ดำเนินงานโดยภาคเอกชน ที่มีการสร้างผลกำไร จากการลงทุน ครอบคลุมสถานประกอบการภาคอุตสาหกรรม การค้าและบริการ รวมทั้งภาคการเงิน การธนาคาร ทั้งที่เป็นสถานประกอบการขนาดใหญ่ และวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs)

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากร

จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงานในช่วง ๓ ปีข้างหน้าเพื่อวางแผนหลัก สสส. (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย เพื่อประเมินถึงโอกาสและความท้าทายที่คาดว่าจะส่งผลต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรในช่วง ๓ ปีข้างหน้า พบว่า ๕ สถานการณ์และแนวโน้ม

ที่สำคัญที่คาดว่าจะส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (๕ mega trends) ได้แก่ (๑) นโยบายรัฐ (รัฐธรรมนูญ การปฏิรูปและยุทธศาสตร์ชาติ) (๒) ความเป็นเมือง/พลวัตเชิงพื้นที่ (รวมถึงวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป) สังคมสูงวัย อย่างสมบูรณ์ (Aging Society) (๓) เศรษฐกิจ ๔.๐ (๔) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goal) และ (๕) การเติบโตอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวส่งผลต่อ ประชากร ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีสภาวะ ส่งผลให้วัยแรงงานมีการดูแลเพิ่มขึ้น ประชากรวัยทำงานมีแนวโน้ม ที่ลดลงจึงจำเป็นต้องขยายอายุการทำงาน แนวโน้มการขยายตัวของสังคมเมืองและการเคลื่อนย้ายประชากร จากชนบทเข้าสู่เขตเมือง ส่งผลต่อวิถีชีวิตและการทำงาน ความตระหนักถึงความสำคัญด้านความปลอดภัย ของอาหาร และสุขภาพเพิ่มขึ้น บทบาทสตรีที่เพิ่มขึ้น ต้องการการดูแลสุขภาพแรงงานที่เหมาะสม และ การรักษาความได้เปรียบในการแข่งขันทางเศรษฐกิจด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน

โดยสรุป จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ทำให้ได้ประเด็นที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริม สุขภาวะในองค์กรที่สำคัญในระยะต่อไป ดังนี้

๑. **คนทำงาน** ส่งเสริมในประเด็นการเพิ่มทักษะการใช้ชีวิตควบคู่กับทักษะการทำงาน การสร้างเสริม สุขภาพ และความรับผิดชอบทางการเงินเพื่อสร้างความภาคภูมิใจในการทำงาน ซื่อสัตย์และรักในองค์กร สุขภาวะที่เหมาะสมตามเพศ (มิติผู้หญิงและผู้ชาย) การรองรับสังคมผู้สูงอายุ และการสร้างเสริมครอบครัว อบอุ่น

๒. **องค์กร** ผลักดันการกำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต การปรับระบบ จัดการและโครงสร้างองค์กรเพื่อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต และการพัฒนากลไกการทำงาน ด้านสร้างเสริมสุขภาพภายในองค์กรที่คำนึงถึงการมีส่วนร่วมการบริหารความหลากหลายทางวัฒนธรรม และการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

๓. **สังคมและสิ่งแวดล้อม** สนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมขององค์กรให้เอื้อต่อการสร้างเสริม สุขภาพ การยอมรับความหลากหลายของแรงงานต่างเชื้อชาติและต่างวัฒนธรรม ความรับผิดชอบทางสังคม และการสร้างเสริมสุขภาวะของคนทำงานในเมือง

๔. **ระบบและกลไกสนับสนุน** เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ทั้งด้านนโยบาย องค์กรความรู้และ นวัตกรรม ภาควิชาการ และระบบข้อมูลและระบบติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

จุดเน้นของแผน

๑. พัฒนางค์กรให้เป็นองค์กรสุขภาวะเพื่อเป็นฐานรองรับงานสุขภาวะเพื่อให้เกิดครอบครัวอบอุ่น และ ลดโรคจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ
๒. สนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะองค์กรให้เกิดความยั่งยืนผ่านกลไกการดำเนินงาน ทั้งในระดับนโยบาย เครือข่าย และความรู้
๓. สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาบุคลากรและการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะที่สามารถขยายผลและ ประเมินความคุ้มค่าและผลลัพธ์ในการสร้างองค์กรสุขภาวะได้

๔. สนับสนุนให้เกิดการพัฒนานวัตกรรมงานวิจัย ค้นคว้าองค์ความรู้ สนับสนุนการดำเนินงานองค์กรสุขภาพ
๕. พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นเครื่องมือวัดผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานที่สอดคล้องกับทิศทางยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี รวมทั้งมีข้อมูลเพื่อการวางแผนและพัฒนาในระยะต่อไป

การเชื่อมโยงกับกรอบนโยบายและการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ – ๒๕๖๓)

๑. ใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี เพื่อการบูรณาการการทำงาน และมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ดำเนินการต่อเนื่องในการนำทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. เป็นแนวทางการจัดทำแผน ๓ ปี โดยการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของบุคลากร ในการให้ความรู้ในประเด็นการลดละเหล้า บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการออกกำลังกาย และส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นและความสุขในการดำรงชีวิตในกลุ่ม องค์กรภาครัฐ กองทัพ ตำรวจ มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล และองค์กรภาคเอกชน กระตุ้นให้มีการบูรณาการกับกลไกหลักเพื่อมุ่งสู่ทิศทางและเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี โดยมีกลไกการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

๒. ตอบสนองแนวนโยบายการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ

สนับสนุนการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของการพัฒนาประเทศที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ และแผนชาติ เช่น แนวนโยบายแห่งรัฐตามรัฐธรรมนูญ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ เป็นต้น โดยการขยายฐานผู้รับประโยชน์ ผ่านการพัฒนาจากทุนความรู้ เพื่อเสริมพลังสังคมให้เกิดความตื่นรู้ในด้านสุขภาพในประชากรที่กว้างขวางขึ้น และมีการขยายความร่วมมือไปยังหน่วยงาน องค์กรสถานประกอบการต่างๆ ซึ่งครอบคลุมจำนวนวัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการพัฒนาองค์กรสุขภาพะ ตลอดจนชุมชนใกล้เคียง ส่งผลทำให้เกิดเครือข่ายสุขภาพเพิ่มขึ้น ประกอบด้วย องค์กร/สถานประกอบการ ทั้งหน่วยงานจากภาครัฐและเอกชน หน่วยงานปกครองท้องถิ่น หน่วยงานการศึกษา สถานพยาบาล ในพื้นที่ดำเนินโครงการ

๓. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

สร้างความยั่งยืนของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาหลัก สู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตามที่ประเทศไทยได้ร่วมปฎิญาณกับสหประชาชาติ และประชาคมโลก สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงกับระบบและกลไกหลักในการผลักดันให้เกิดร่างนโยบาย ระเบียบ ยุทธศาสตร์ และ/หรือมาตรการ ที่จะช่วยในการยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในองค์กร ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ ๓ สร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาพที่ดีของคน (good health and well - being) และเป้าหมายที่ ๘ ส่งเสริม

การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืนและทั่วถึง และการจ้างงานเต็มอัตรา และงานที่มีคุณค่าสำหรับทุกคน ภายใต้แนวคิดงานดีมีคุณค่า (decent Work) โดยมีการร่วมมือและดำเนินงานร่วมกับภาคยุทธศาสตร์ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม องค์การข้าราชการพลเรือน กองทัพบก ตำรวจ โรงพยาบาล องค์การศาสนา และมหาวิทยาลัยในการขับเคลื่อนองค์กรสุขภาวะอย่างยั่งยืน

๔. เน้นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร

ปรับกระบวนการทำงานให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทในแต่ละพื้นที่ และให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบให้เหมาะสมกับสังคมผู้สูงอายุ ผ่านการการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพบุคลากรในองค์กร/สถานประกอบการ ในประเด็นปัจจัยเสี่ยงเรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย เหล้า และบุหรี่ ความรู้ในการบริหารจัดการด้านเงินได้แก่ การประกอบอาชีพเสริม การออมและการลงทุน เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ในการจัดการด้านการเงินที่ดี และสามารถดูแลตนเองเพื่อเตรียมพร้อมในวัยเกษียณได้

๕. พัฒนานวัตกรรม และใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

มุ่งพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรองรับยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ และเทคโนโลยี โดยเฉพาะในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง สนับสนุนการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพองค์กร โดยการรวบรวมผลการดำเนินงาน องค์ความรู้ นวัตกรรม และรายละเอียดกิจกรรมเสริมสร้างองค์กรสุขภาวะในทุกมิติของแต่ละองค์กร และพัฒนาให้เป็นระบบที่สามารถสืบค้นได้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะที่สามารถค้นหาข้อมูล ติดตามดูสถานะสุขภาพ รวมถึงการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นปัญหามาใช้ประโยชน์กับฝ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

๑. ส่งเสริมการพัฒนาและขยายเครือข่ายองค์กรภาคสาธารณะและองค์กรภาคเอกชนสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นพื้นที่ (platform) รองรับงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส.
๒. สนับสนุนการพัฒนานโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรและผลักดันสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและเกิดความยั่งยืน
๓. สนับสนุนให้องค์กรได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดการความรู้ เพื่อสร้างการรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กร และเพื่อให้มีการสื่อสารและขยายผลแนวคิดการสร้างเสริมองค์กรสุขภาวะในวงกว้าง ตลอดจนประเมินความคุ้มค่าได้
๔. สนับสนุนการพัฒนาระบบและกลไกการทำงานและบริหารจัดการภายในองค์กรที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคลากร ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในองค์กร

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เพื่อให้เกิดกลไกการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข กับกระทรวงแรงงาน และกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงอุตสาหกรรม โดย สสส. มีบทบาทสนับสนุน ส่งเสริม และกระตุ้นให้เกิดกลไกการดำเนินงานร่วมกัน ในรูปแบบนโยบาย ระเบียบ ยุทธศาสตร์ และหรือมาตรการ เพื่อสนับสนุนให้เกิดแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร อย่างน้อยจำนวน ๑ ประเด็น/เรื่อง
๒. พัฒนาระดับองค์กรสุขภาวะซึ่งประกอบไปด้วยองค์กรสุขภาวะภาคีเครือข่ายเดิมจำนวน ๑๐,๐๐๐ องค์กร และองค์กรสุขภาวะภาคีเครือข่ายใหม่จำนวน ๑,๐๐๐ องค์กรให้เป็นองค์กรแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาวะ^{๑๒๓} ทั้งภาคสาธารณะและภาคเอกชนตามเป้าหมายเฉพาะจากแผน ๑๐ ปีของ สสส. ในประเด็นการลดละเลิก บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการออกกำลังกาย และส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นและความสุขในการทำงาน ที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร จำนวน ๓๐๐ องค์กร โดยมีการวัดผลการปรับเปลี่ยนเชิงพฤติกรรมที่ดีขึ้นไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓๐ ของผู้ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด
๓. มีการจัดการองค์ความรู้^{๑๒๔} อาทิ งานวิจัย การศึกษาความคุ้มค่าในการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะ (Return on Investment : ROI) การถอดบทเรียนและการสังเคราะห์องค์ความรู้ เครื่องมือหลักสูตรการเรียนการสอนและการฝึกอบรมที่สนับสนุนการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะที่มีการใช้ขยายผลต่อยอดในการขับเคลื่อนการส่งเสริมองค์กรสุขภาวะจำนวน ๕ เรื่อง
๔. มีการจัดการระบบฐานข้อมูลเทคโนโลยีดิจิทัล^{๑๒๕} ที่สามารถกำกับติดตามและประเมินผลผลิต และขยายผลการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะ การดำเนินงานองค์กรสุขภาวะจำนวน ๒๐๐ องค์กร

ตัวชี้วัดร่วม

๑. เกิดกลไกและพัฒนาการทำงานบูรณาการร่วมกับแผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการ

^{๑๒๓} องค์กรแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาวะ หมายถึง องค์กรที่พัฒนาจากองค์กรสุขภาวะให้เกิดการขับเคลื่อนในประเด็นการลดละเลิก บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการออกกำลังกาย และส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นและความสุขในการทำงาน ที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร โดยมีองค์ประกอบ คือ มีนโยบาย แผนงาน คณะทำงาน งบประมาณ มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีผลสัมฤทธิ์เชิงประจักษ์

^{๑๒๔} จากการดำเนินงานที่ผ่านมา มีตัวอย่างผลงานองค์ความรู้ที่สามารถนำไปขยายผลต่อยอดในแผนการดำเนินงาน ๓ ปี จากนี้ได้ เช่น เครื่องมือวัดความสุขระดับบุคคล (Happinimeter) สื่อส่งเสริมไทยไกลโรค หลักสูตรนักสร้างสุข หลักสูตรการบริหารจัดการองค์ความรู้สู่ความสุขในการทำงาน (R2H) หลักสูตรนักสร้างสุของค์กรภาครัฐ สื่อ ๕ ส ในวัด

^{๑๒๕} ระบบฐานข้อมูลเทคโนโลยีดิจิทัลประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ (๑) ระบบฐานข้อมูลที่รวบรวมผลการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย บทความ หนังสือ งานวิจัย สื่อต่างๆ (๒) ระบบฐานข้อมูลกิจกรรมองค์กรสุขภาวะขององค์กร ซึ่งปัจจุบันได้เกิดแบบบันทึก (platform) การบันทึกจัดเก็บข้อมูล ทั้ง ๒ ส่วน และมีการใช้งานจริง ซึ่งในระยะ ๓ ปี จากนี้ ระบบฐานข้อมูลจะถูกพัฒนาให้สมบูรณ์ขึ้น ดังนั้น ส่วนที่ ๑ รวบรวมองค์ความรู้ สื่อต่างๆ ที่ใช้ส่งเสริมกิจกรรมองค์กรสุขภาวะให้สอดคล้องกับแนวคิด Happy 8 ส่วนที่ ๒ จะดำเนินการรวบรวมรายละเอียดการดำเนินงาน กิจกรรมองค์กรแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาวะให้ครอบคลุมทั้งจำนวน

สุขภาพ แผนอาหารเพื่อสุขภาพะ แผนสุขภาพะชุมชน และเครือข่ายเชิงประเด็น^{๑๒๖} ตามเป้าหมาย เฉพาะจากทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปีของ สสส. ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริม สุขภาพในองค์กรในพื้นที่ ๔ อำเภอใน ๔ ภูมิภาคของประเทศไทย และ ๕ ชุมชนในเขต กรุงเทพมหานคร จำนวน ๓ ประเด็น

กลยุทธ์ในการดำเนินงาน

โดยแผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กรจะได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์การดำเนินงานการสร้างเสริม สุขภาพะในองค์กร ๕ ด้าน ดังนี้

๑. สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็นฐานที่สามารถรองรับแนวคิดและนวัตกรรมการสร้างเสริม สุขภาพะของบุคลากรในองค์กร
๒. สร้างเสริมศักยภาพและสนับสนุนการปรับพื้นฐานเชิงโครงสร้างและนโยบายด้านการสร้างเสริม คุณภาพชีวิตขององค์กรที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรสุขภาพะ
๓. ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้บริหารและบุคลากรให้ตระหนักถึงความสำคัญด้าน การสร้างเสริมสุขภาพะและคุณภาพชีวิตของบุคลากรในองค์กร เพื่อสนับสนุนให้เกิดนโยบายและ มีการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมในองค์กร
๔. สร้างนวัตกรรมทางสังคมเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร
๕. เน้นการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบผลักดันแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพะ ในองค์กรในระบบปกติของการดำเนินงานขององค์กร



^{๑๒๖} เครือข่ายเชิงประเด็น เช่น เครือข่ายที่ดำเนินงานด้านส่งเสริมให้เกิดครอบครัวอบอุ่นในองค์กรและสถานประกอบการ เครือข่ายที่ดำเนินงานด้านประเด็นการลดละเหล้า บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการออกกำลังกาย การป้องกันโรค NCDs ส่งเสริมความสุขในการทำงานและการพัฒนาทักษะผู้ประกอบการให้สามารถสื่อสารเชิงบวกกับบุตรหลานเรื่องเพศได้ ในประเด็นนี้นำร่อง การศึกษาต้นแบบจำนวน ๑๐ สถานประกอบการ

แนวทางการดำเนินงาน

๑. สร้างกลไกให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการระหว่างแผนงานอย่างเป็นรูปธรรมภายใต้เป้าหมายเดียวกัน เพื่อพัฒนาองค์กรสุขภาวะให้เป็นพื้นที่ ที่รองรับการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต
๒. ส่งเสริมงานสุขภาวะองค์กรให้เป็นส่วนหนึ่งของบทบาทและหน้าที่ของนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ โดยใช้แนวทางการสร้างองค์กรสุขภาวะเป็นเครื่องมือในการเพิ่มผลผลิต (productivity) และความผูกพันของพนักงานที่มีต่อองค์กร
๓. สร้างความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้บริหาร บุคลากรในองค์กร และสมาชิกในครอบครัว (health literacy)
๔. พัฒนาวัตถุกรรม งานวิจัย และองค์ความรู้สนับสนุนการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะโดยสนับสนุนให้เกิดการศึกษา การวิจัย เชิงความคุ้มค่าในการลงทุนการสร้างเสริมสุขภาพและการเพิ่มผลผลิตในองค์กร
๕. สนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านหน่วยงานและกลไกหลักของประเทศ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม เป็นต้น

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วยกลุ่มแผนงาน ๓ กลุ่ม ดังนี้ (๑) กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรภาคสาธารณะ (๒) กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรภาคเอกชน และ (๓) กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร

๑) กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรภาคสาธารณะ

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์ในการพัฒนาขีดความสามารถในการวางระบบการบริหารจัดการและพัฒนากลไกการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพภายในองค์กรภาคสาธารณะ โดยองค์กรภาคสาธารณะหมายถึง องค์กรภาคพลเรือน องค์กรทหาร องค์กรตำรวจ องค์กรโรงพยาบาล และองค์กรทางศาสนา ให้มุ่งไปสู่การที่บุคลากร ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แนวทางการดำเนินงาน

๑. พัฒนากลไกการทำงานและขยายผลเรื่ององค์กรสุขภาวะร่วมกันร่วมกับหน่วยงานหลักด้านยุทธศาสตร์อันได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
๒. ร่วมกับองค์กรกองทัพในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพและต้นแบบศูนย์เรียนรู้ในพื้นที่กองทัพ

๓. ร่วมกับโรงเรียนนายร้อยตำรวจ พัฒนาเครื่องมือเกณฑ์ประเมินความสำเร็จ และถอดบทเรียน นำไปสู่การขยายผลต่อยอดในกลุ่มองค์กรตำรวจ
๔. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ในการทำงานเรื่ององค์กรสุขภาวะในกลุ่มโรงพยาบาล และพัฒนาต้นแบบโรงพยาบาลสร้างสุข โดยใช้แนวคิดองค์กรสร้างสุขภาวะ
๕. ร่วมกับเครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างสุข ในการพัฒนาต้นแบบและองค์ความรู้มหาวิทยาลัย สร้างเสริมสุขภาพ
๖. ร่วมกับภาคยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับองค์กรพระพุทธศาสนา อาทิ เช่น มหาเถรสมาคม สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาแนวทางการทำงานเพื่อสนับสนุนให้เกิดสุขภาวะของพระสงฆ์และดำเนินการเพื่อให้องค์กรพระพุทธศาสนาเป็นองค์กรสุขภาวะ นำถวายความรู้ด้านสุขภาวะแก่พระสงฆ์เพื่อใช้ในการเทศนาสั่งสอนประชาชน

๒) กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคเอกชน

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์การพัฒนาและขยายองค์กรสุขภาวะต้นแบบในภาคเอกชนในเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นฐานรองรับงานประเด็นสุขภาวะของ สสส. และสร้างความยั่งยืนในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ด้วยการสนับสนุนระบบและกลไกร่วมกับภาคยุทธศาสตร์หลักเพื่อผลักดันนโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนทำงานในทุกมิตินำไปสู่การปฏิบัติและเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม พัฒนานวัตกรรมทางสังคมและองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร รวมทั้งกลไกการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ร่วมกับภาคยุทธศาสตร์กับกระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอุตสาหกรรม ในการขับเคลื่อนและพัฒนาแนวคิดสุขภาวะองค์กรให้เข้าสู่ระบบปกติและกลไกหลักของประเทศ
๒. ร่วมกับกระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรมและกลุ่มอุตสาหกรรม ในการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่เหมาะสมตามบทบาทของเพศ ในประเด็นการลดละเหล้า บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการออกกำลังกาย และส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นและความสุขในการดำรงชีวิต
๓. ร่วมกับหน่วยงานภายใน สสส. ในการพัฒนากลไกการทำงานงานบูรณาการในประเด็นการส่งเสริมสุขภาวะตามเป้าหมายเฉพาะจากทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. ในประเด็นการลดละเหล้า บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการออกกำลังกาย และส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นและความสุขในการดำรงชีวิต
๔. ร่วมกับสถาบันการศึกษา สมาคม กลุ่มอุตสาหกรรมพัฒนานวัตกรรม งานวิจัย และองค์ความรู้ สนับสนุนการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะโดยสนับสนุนให้เกิดการศึกษา การวิจัย เชิงความคุ้มค่า ในการลงทุนการสร้างเสริมสุขภาพและการเพิ่มผลผลิตในองค์กร

๓) กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์เพื่อพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ประกอบด้วย ระบบฐานข้อมูลและระบบติดตามประเมินผล การจัดการองค์ความรู้และนวัตกรรม การสร้างเสริมศักยภาพภาคีเครือข่าย รวมทั้งการพัฒนากลไกกลางเชื่อมโยงการทำงานระหว่างสำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร และภาคีเครือข่าย เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

แนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ภาพรวม
๒. สนับสนุนการบริหารจัดการงานภายในสำนัก
๓. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการประเมินติดตามผลการดำเนินงานโครงการ

ภาคีหลัก

สำนักงานปลัดกระทรวง กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มองค์กรภาคสาธารณะ เช่น กลุ่มข้าราชการพลเรือน เครือข่ายกองทัพทุกเหล่า สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กลุ่มองค์กรภาคเอกชน เช่น กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สมาคมการจัดการงานบุคคลแห่งประเทศไทย สมาคมบริษัทจดทะเบียนไทย ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย และสถานประกอบการภาคธุรกิจ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคสาธารณะ	๘๔
๒. กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคเอกชน	๗๑
๓. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๕
รวม	๑๖๐

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

สถานการณ์และแนวโน้ม

การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (physical inactivity) เป็นหนึ่งในสี่ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านสุขภาพที่นำไปสู่การเจ็บป่วยและสูญเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable Diseases : NCDs) ทั่วโลก ร่วมกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ และอาหารที่ไม่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปัจจุบันมีประชากรโลกเสียชีวิตจากการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอราวปีละ ๓.๒ ล้านคน หรือประมาณร้อยละ ๕.๕ ของประชากรโลก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ ข้อมูลวิจัยในวารสารการแพทย์ Lancet ปี ค.ศ. ๒๐๑๖ ยังแสดงให้เห็นว่า มูลค่าทางเศรษฐกิจที่ทั่วโลกสูญเสียผ่านค่ารักษาพยาบาลกับค่าเสียโอกาสเมื่อป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะส่วนที่เป็นผลมาจากการขาดกิจกรรมทางกายราว ๖๗,๐๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี โดยในส่วนของประเทศไทยพบว่า การตายก่อนวัยอันควรและการเจ็บป่วย-พิการของคนไทยคิดเป็นมูลค่าการสูญเสียมากถึง ๙.๓ แสนล้านบาท โดยโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการเสียชีวิตราวร้อยละ ๗๓ ของประชากรทั้งหมด หากนับเฉพาะจากการขาดกิจกรรมทางกายคิดมูลค่าการสูญเสียเป็นเงินราว ๕,๔๗๗ ล้านบาท และจากภาวะอ้วนและมีน้ำหนักเกินซึ่งมีความสัมพันธ์กับการขาดกิจกรรมทางกายควบคู่กับการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม คิดเป็นเงินราว ๑๒,๑๔๒ ล้านบาท

การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในมิติของการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในช่วงวัยเด็กสามารถส่งเสริมให้เกิดพัฒนาการแบบองค์รวม ทั้งด้านพุทธิพิสัย (ทางด้านสติปัญญา) จิตพิสัย (การเรียนรู้ทางด้านเจตคติ) และทักษะพิสัย (การพัฒนาทักษะทางกาย) โดยผ่านการมีกิจกรรมทางกายและการเคลื่อนไหวเป็นประจำ กล่าวโดยรวมได้ว่า การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในเด็ก สามารถช่วยให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านสมองที่ส่งผลต่อการรับรู้ ความจำ สมาธิ และมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ด้านวิชาการ ส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์ ลดภาวะความเครียด คลายความวิตกกังวล ช่วยให้เกิดพัฒนาการด้านกระดูกและกล้ามเนื้อที่แข็งแรง และสามารถลดความเสี่ยงในการเป็นโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อในอนาคต สำหรับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในผู้ใหญ่ นั้น จะช่วยลดความเสี่ยงในการเป็นโรคไม่ติดต่อ ลดความเครียด เสริมสร้าง

ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก และช่วยให้ระบบต่างๆ ภายในร่างกายทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเผาผลาญพลังงานเพื่อสร้างสมดุลของร่างกาย ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในภาวะปกติ และลดความเสี่ยงจากการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยองค์การอนามัยโลกแนะนำว่า ผู้ใหญ่ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนัก ๗๕ นาทีต่อสัปดาห์ ขณะที่เด็กควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย ๖๐ นาทีทุกวัน

ทั้งนี้ ผลสำรวจสถานการณ์กิจกรรมทางกายระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง ๕ ปี โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. และกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี ๒๕๕๕ ซึ่งเป็นปีฐานของการสำรวจ คนไทยมีกิจกรรมทางกายเพียงพอร้อยละ ๖๖.๓ โดยในปี ๒๕๕๘ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๗๑.๗ แต่ในปี ๒๕๕๙ กลับลดลงเป็นร้อยละ ๗๐.๙ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มช่วงวัยจะพบว่า กลุ่มวัยทำงานเป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอสูงสุดคือ ร้อยละ ๗๒.๐ อย่างไรก็ตาม เป็นการลดลงจากปี ๒๕๕๘ มีที่ระดับการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอที่ร้อยละ ๗๕.๘ สำหรับกลุ่มวัยเด็กเป็นกลุ่มที่มีอัตราการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอรองลงมาที่ร้อยละ ๗๑.๘ โดยเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ ๑๑ จากที่เคยลดลงต่ำสุดในปี ๒๕๕๖ ในส่วนของกลุ่มวัยสูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ๒๕๕๙ มีกิจกรรมทางกายเพียงพอที่ร้อยละ ๖๙.๔ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๕ ซึ่งเป็นปีฐานที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอที่ร้อยละ ๕๘.๖ ในขณะที่กลุ่มวัยรุ่น เป็นกลุ่มวัยที่มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นเล็กน้อยต่อเนื่อง โดยในปี ๒๕๕๙ มีกิจกรรมทางกายเพียงพอที่ร้อยละ ๖๗.๘ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๕ ซึ่งเป็นปีฐานที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอที่ร้อยละ ๖๒.๙ แต่จากการเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ดังกล่าวทำให้ในปัจจุบันกลุ่มวัยรุ่นเป็นกลุ่มวัยที่มีอัตราการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่ำสุด ทั้งนี้ หากจำแนกการมีกิจกรรมทางกายเฉพาะกลุ่มที่เป็นภาคีเครือข่าย สสส. พบว่าในปี ๒๕๕๙ กลุ่มที่เป็นภาคีเครือข่าย สสส. มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอที่ร้อยละ ๘๒.๓ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่เคยร่วมกิจกรรมกับ สสส. มีกิจกรรมทางกายเพียงพอที่ร้อยละ ๖๘.๙

ในส่วนของสถานการณ์กิจกรรมทางกายของประชากรวัยเด็ก จากการสำรวจด้วยวิธีการต่างๆ ในฐานที่เป็นกลุ่มวัยที่แผนงานมุ่งเน้นพบว่า กิจกรรมทางกายของเด็กและเยาวชนไทย (The 2016 Thailand Report Card on Physical Activity for Children and Youth) ด้วยการสำรวจตามแนวทาง The Global Matrix 2.0 on Physical Activity for Children and Youth โดยศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ ในปี ๒๕๕๙ พบว่าเด็กไทยมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำในหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการเล่นอย่างกระฉับกระเฉง ด้านการมีกิจกรรมทางกายทั่วไปในแต่ละวัน และด้านพฤติกรรมเนือยนิ่งที่มีระดับเกรดอยู่ที่ F D- และ D- ตามลำดับ สำหรับการวัดระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอทุกๆ ละอย่างน้อย ๖๐ นาที ภายใต้เกณฑ์เงื่อนไขที่ต้องมีวันที่มีกิจกรรมทางกายประเภทการเสริมสร้างการเคลื่อนไหว การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแบบแอโรบิกระดับปานกลางถึงหนัก อย่างน้อย ๓ วันต่อสัปดาห์ พบว่า ในปี ๒๕๕๙ นี้ มีประชากรวัยเด็กเพียงร้อยละ ๒๖.๔ มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตามเกณฑ์ดังกล่าว โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๕.๐ ในปี ๒๕๕๘ นอกจากนี้ จากการทดสอบสมรรถภาพทางกายของเด็กด้วยการสุ่มตัวอย่างในระดับประเทศ พบว่าสมรรถภาพทางกายของเด็กไทยโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำถึงต่ำมาก ด้วยเหตุดังกล่าว จึงมีความจำเป็นในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้กับเด็กไทยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กมีอัตราการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอที่จะส่งผลต่อพัฒนาการในมิติต่างๆ ของเด็กได้อย่างรอบด้าน

สำหรับอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ประชาชนไทยมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และเด็กไทยมีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนนั้น มาจากสาเหตุสำคัญหลายประการ ทั้งการขาดนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ที่บูรณาการความร่วมมือภาคส่วนต่างๆ ในระดับประเทศ การขาดแคลนพื้นที่ที่มีความเหมาะสมสำหรับการมีกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิต รวมไปถึงประชาชนยังคงขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย ทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เหมาะสมจากรูปแบบวิถีชีวิตในปัจจุบัน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary behavior) ที่สูงในทุกช่วงวัย จากข้อมูลการสำรวจตลอดระยะเวลา ๕ ปีที่ผ่านมาพบว่า คนไทยมีพฤติกรรมเนือยนิ่งมากกว่า ๑๓ ชั่วโมงต่อวัน โดยในปี ๒๕๕๙ คนไทยยังคงมีพฤติกรรมเนือยนิ่งสูงถึง ๑๓:๒๕ ชั่วโมง โดยพฤติกรรมเนือยนิ่ง ๔ อันดับแรกของคนไทยที่ทำติดต่อกันนานกว่า ๑ ชั่วโมงต่อครั้ง คือ นั่ง/นอนดูโทรทัศน์ (ร้อยละ ๕๗.๙) นั่งทำงาน/นั่งเรียน (ร้อยละ ๒๖.๙) นั่งเล่นเกม โทรศัพท์มือถือ หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ (ร้อยละ ๑๗.๙) และนั่งคุย/นั่งประชุม (ร้อยละ ๑๖.๘) เมื่อศึกษาในรายละเอียดพบว่า กลุ่มเด็กและกลุ่มวัยรุ่นมีพฤติกรรมอยู่หน้าจอ (screen time) อันได้แก่ การนั่งดูโทรทัศน์ ใช้คอมพิวเตอร์ เข้าร้านเกมส์ รวมถึงการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์พกพาประเภทต่างๆ มากกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยเฉลี่ยแล้วใช้เวลาอยู่หน้าจอเพื่อความบันเทิงสะสม ๓:๐๙ ชั่วโมงต่อวัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของสัดส่วนผู้ที่มีภาวะอ้วนและอ้วนลงพุง คือจากร้อยละ ๒๘.๗ ในปี ๒๕๔๗ เป็นร้อยละ ๓๔.๗ ในปี ๒๕๕๗ สำหรับภาวะอ้วน นอกจากนี้ ฐานข้อมูลโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี ๒๕๕๙ พบว่า เด็กไทยอายุ ๕ - ๑๔ ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนที่ร้อยละ ๑๓.๑

อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้กับประชาชน ไม่อาจประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ หากขาดการให้ความสำคัญกับการปรับสภาพแวดล้อมที่ผู้คนอาศัยให้มีความสอดคล้องกับกิจวัตรตลอดช่วงวัน ได้แก่ การเดินทาง การทำงาน และการนันทนาการ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายของประชากรโดยมีหลักฐานจากงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้าง (built environment) ต่อการมีกิจกรรมทางกาย ตั้งแต่ในระดับเมืองไปจนถึงระดับสถานที่ ด้วยเหตุดังกล่าว องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายควบคู่กับสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้าง รวมไปถึงสนับสนุนแนวคิดเมืองน่าอยู่คือเมืองที่กระฉับกระเฉง (Healthy City is an Active City) ในการนี้ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย จึงได้พัฒนายุทธศาสตร์กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย โดยอาศัยความร่วมมือของ องค์การภาครัฐ เอกชน สถาบันการศึกษา ภาคประชาสังคม และองค์กรชุมชนต่างๆ เป็นกลไกผลักดันให้เกิดพื้นที่สุขภาวะ ทั้งในระดับนโยบาย มาตรการและระดับปฏิบัติการในพื้นที่ระดับต่างๆ ด้วยกระบวนการการมีส่วนร่วมตามบทบาทที่เหมาะสมและความเชี่ยวชาญของแต่ละองค์กร เพื่อให้พื้นที่เป้าหมายทั้งของภาครัฐและเอกชน สามารถยกระดับเป็นพื้นที่ที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน เป็นพื้นที่ที่ส่งเสริมวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉง และเป็นพื้นที่ทางสังคมของทุกกลุ่มคน ที่ส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จากการออกแบบและกระบวนการบริหารจัดการพื้นที่ รวมไปถึงสามารถพัฒนาเป็นต้นแบบที่มีความยั่งยืนและสามารถขยายผลได้

สสส. โดยแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย มีเป้าหมายในการผลักดันให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอด้วยกระบวนการวิธีต่างๆ รวมไปถึงการมีบทบาทในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมกิจกรรมทางกายทั้งในระดับสากลและระดับชาติ ในฐานะที่ สสส. ได้ร่วมลงนามในกฎบัตรโตรอนโต ในปี ๒๕๕๓ และมีพันธกิจในการสนับสนุนการมีสุขภาวะดีด้วยการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับทุกคน โดยเน้นให้เกิด

การบูรณาการความร่วมมือขององค์กรด้านสุขภาพ ด้านขนส่งและคมนาคม สิ่งแวดล้อม กีฬาและนันทนาการ การศึกษา การผังเมือง วัฒนธรรม และท้องถิ่น เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนในสังคมไทย และปัจจุบันเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนเพื่อลดการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอลงร้อยละ ๑๐ ภายในปี ค.ศ. ๒๐๒๕ ในฐานะที่ประเทศไทยเป็นประเทศสมาชิกตามข้อตกลงขององค์การอนามัยโลก

ทั้งนี้ในปี ๒๕๕๙ สสส. ได้รับเลือกจาก International Society for Physical Activity and Health (ISPAH) ให้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมนานาชาติด้านการมีกิจกรรมทางกายในปี ๒๕๕๙ (ISPAH 2016) ด้วยความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมประชุมจาก ๗๒ ประเทศทั่วโลก ภายใต้หัวข้อ “Active Living for All : Active People, Active Place, Active Policy” ทำให้เกิดการผลักดัน The Bangkok Declaration on Physical Activity for Global Health and Sustainable Development ซึ่งในกฎบัตรดังกล่าว ได้ชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์ความสำคัญของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอว่าเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักทางสุขภาพ และเป็นยุทธวิธีในการลดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ นำไปสู่แนวทางเพื่อการปฏิบัติ (Call for Action) ใน ๖ หัวข้อ ได้แก่ (๑) ยืนยันพันธกรณี และเพิ่มการลงทุนในการดำเนินการตามนโยบาย เพื่อนำไปสู่การเพิ่มกิจกรรมทางกาย ลดภาระที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั่วโลก และเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี ๒๗๗๓ (๒) สร้างความมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในระดับชาติ และสร้างเวทีประสานความร่วมมือ ทั้งนอกและในภาคสาธารณสุข (๓) การพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (๔) เพิ่มการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ (๕) สร้างความเข้มแข็งด้านการติดตามประเมินผล และการเฝ้าระวังสถานการณ์ และ (๖) ส่งเสริมสนับสนุนงานวิจัย และการประเมินผล เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เชิงประจักษ์ และแสวงหาช่องว่างขององค์ความรู้ในมิติต่างๆ

การประชุมดังกล่าวนับเป็นก้าวสำคัญของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนางานวิจัย ข้อมูลวิชาการ และเครือข่ายความร่วมมือ เพื่อขับเคลื่อนสังคมและนโยบายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดที่ สสส. และภาคีเครือข่ายได้มีส่วนร่วมในการผลักดัน จากการที่ข้อเสนอที่ได้จากการประชุม ISPAH 2016 ได้รับการผลักดันเข้าสู่การประชุม The 140th WHO Executive Board ณ กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เมื่อเดือนมกราคม ๒๕๖๐ ที่ผ่านมา ทำให้เกิดการรับรองอย่างเป็นทางการในการจัดทำ A Global Action Plan on Physical Activity โดยร่างแผนดังกล่าวจะได้รับการพิจารณาใน The 142th WHO Executive Board ในเดือนมกราคม ปี ๒๕๖๑ และสมัชชาสุขภาพโลก ครั้งที่ ๗๑ (World Health Assembly, WHA) ในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๑ เพื่อให้ประเด็นด้านการขาดการมีกิจกรรมทางกาย ได้รับการให้ความสำคัญในฐานะระเบียบวาระหลักด้านสุขภาพในระดับโลก

ด้านนโยบายการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านกิจกรรมทางกายในระดับชาตินั้น สสส. ได้สนับสนุนให้เกิดการประชุมวิชาการกิจกรรมทางกายระดับชาติ ครั้งที่ ๑ (The 1st National Conference on Physical Activity : NCPA) ในปี ๒๕๕๘ ที่ผ่านมา ทำให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ เครือข่าย และโอกาสในการระดมความร่วมมือจากภาคียุทธศาสตร์ทุกภาคส่วน รวมไปถึงการมีส่วนร่วมดำเนินการขับเคลื่อน

ยุทธศาสตร์กิจกรรมทางกายแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ (๒๕๖๑ - ๒๕๖๙) ที่จะนำสู่การเสนอร่างแผนยุทธศาสตร์ต่อคณะรัฐมนตรีต่อไป เพื่อให้เกิดยุทธศาสตร์และกรอบแนวทางที่ผนวกมิติการสร้างเสริมสุขภาพด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสู่การปฏิบัติทั้งในและนอกหน่วยงานด้านสุขภาพ รวมถึงการร่วมมือกับสำนักงานสถิติแห่งชาติในการพัฒนาข้อคำถามสำหรับการสำรวจกิจกรรมทางกายเพื่อให้เกิดการสำรวจระดับชาติในฐานะหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก

เพื่อให้การขับเคลื่อนประเด็นกิจกรรมทางกายทั้งในระดับสากลและระดับชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องตามเป้าประสงค์ของกฎบัตร แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้วิเคราะห์สถานการณ์ นโยบาย และปัจจัยที่สำคัญด้านต่างๆ จึงเห็นควรดำเนินงาน ด้วยการมุ่งเน้นการพัฒนาการขับเคลื่อนนโยบาย/ยุทธศาสตร์ในระดับต่างๆ เพื่อให้กิจกรรมทางกายเป็นเป้าหมายร่วมในการดำเนินงานในระดับชาติและองค์กร การส่งเสริมให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม ด้านการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการสร้างจิตสำนึกแห่งสุขภาพ เพื่อให้เกิดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในระดับบุคคล พร้อมกับส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันเพื่อประชาชนทุกกลุ่มวัยโดยภาคยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการสนับสนุนกิจกรรมกีฬาให้เป็นกีฬาเพื่อสุขภาพ ที่ปราศจากอบายมุข และปัจจัยที่ทำลายสุขภาพต่างๆ

จุดเน้นของแผน

คณะกรรมการบริหารแผนร่วมกับภาคีของแผนได้ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และเป้าหมาย ให้มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และแผนระดับชาติอื่นๆ รวมไปถึงเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. แผน ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย จึงมีจุดเน้น ดังนี้

๑. ส่งเสริมกิจกรรมทางกายตลอดช่วงวัย (Life – Course Approach) ให้ครอบคลุมกลุ่มเด็ก ได้แก่ เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) วัยเด็ก (๖ - ๑๔ ปี) วัยรุ่น (๑๕ - ๒๔ ปี) กลุ่มวัยทำงาน (๒๕ - ๕๙ ปี) และกลุ่มวัยสูงอายุ (๖๐ ปี ขึ้นไป) ด้วยการพัฒนางานวิจัย/องค์ความรู้ นวัตกรรม การจัดการความรู้และข้อมูลข่าวสาร การรณรงค์สื่อสาร และเครื่องมือวัดผล รวมไปถึงการลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในทุกกลุ่มวัย ด้วยการสนับสนุนให้เกิดการเคลื่อนไหวระหว่างวันในรูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มวัย และอาชีพ
๒. สนับสนุนการพัฒนาสุขภาวะด้วยการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เพื่อรองรับความเป็นเมือง (urbanization) จากการที่ปัจจุบันโลกมีสัดส่วนประชากรในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท และประเทศไทยกำลังเข้าสู่ภาวะดังกล่าว
๓. การเตรียมความพร้อมกลุ่มวัยผู้สูงอายุเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ด้วยการให้ความสำคัญกับการมีกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางกายที่ดี ยังคงมีศักยภาพในการทำงาน และมีความสามารถในการดูแลตนเอง

๔. ผลักดันให้งานต้นแบบพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ให้เกิดการขยายผล โดยหน่วยงานยุทธศาสตร์หลัก อาทิ กรุงเทพมหานคร กระทรวงมหาดไทย สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ การเคหะแห่งชาติ การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย เป็นต้น
๕. บูรณาการกับแผนเชิงพื้นที่ (Settings) หลัก คือ โรงเรียน สถานประกอบการ/องค์กร และพื้นที่สาธารณะ/ชุมชน เพื่อให้เกิดนโยบายการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และสามารถติดตามผลการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและปัจจัยแวดล้อม ซึ่งจะนำไปสู่การขยายผลที่ต่อเนื่อง
๖. สนับสนุนให้เกิดการสานพลังกลไกการขับเคลื่อนงานระหว่างหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อการสนับสนุนงานในมิติที่สำคัญ ได้แก่ วิชาการ กิจกรรม การรณรงค์ และการสื่อสาร เพื่อการผลักดันนโยบาย
๗. ยกกระดับกิจกรรมทางกายเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติ และเป็นเป้าหมายร่วมในนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีหน่วยงานภาคนโยบายที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมร่วมเป็นเจ้าของ ขับเคลื่อนในลักษณะของพหุภาคี เพื่อเป็นการขับเคลื่อนงานกิจกรรมทางกายระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ทั้งในและนอกประเทศ

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายโดยกล้ามเนื้อโครงร่าง (Skeletal Muscles) ที่ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานที่ส่งผลต่อสุขภาพ (ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก) แบ่งได้เป็น ๓ ระดับตามการใช้ร่างกาย ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับหนัก (Mild-Moderate-Vigorous) ซึ่งรวมอยู่ในรูปแบบกิจกรรม ๓ ประเภท ได้แก่ (๑) กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (๒) กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง และ (๓) กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการนันทนาการและกีฬา (Work-Transport-Recreation) โดยแผนฯ ใช้เกณฑ์ชี้วัดตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกคือ The Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) เป็นเกณฑ์ติดตามผลและวัดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะเป็นการวัดทั้ง ๓ รูปแบบกิจกรรม รวมถึงการใช้อุปกรณ์การวัดที่เป็นวิทยาศาสตร์ ได้แก่ อุปกรณ์วัดระดับกิจกรรมทางกาย และ Application ในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary Behavior) หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมในขณะที่นั่ง ที่มีการใช้พลังงานต่ำในระดับ ๑.๕ METs (Metabolic Equivalent Task) มักเกิดขึ้นระหว่างการนั่ง หรือเอนนอน เช่น การนั่งหน้าจอโทรทัศน์หรือคอมพิวเตอร์นานเกินไป การนั่งทำงานนานเกินไป ในระดับสากลใช้เกณฑ์การมีพฤติกรรมเนือยนิ่งติดต่อกันเกิน ๒ ชั่วโมง ถือว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพ และเมื่อสะสมทั้งวันแล้วไม่ควรเกินกว่า ๑๒ ชั่วโมงต่อวัน

ปัจจัยแวดล้อม/พื้นที่สุขภาวะ (Built Environment/Healthy Space) หมายถึง เงื่อนไขทางกายภาพที่เป็นสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้าง ทั้งในบริเวณเปิดโล่งและในอาคาร ซึ่งเกี่ยวข้องกับการผังเมือง ระบบขนส่งสาธารณะ การใช้ประโยชน์พื้นที่ทั้งในพื้นที่สาธารณะ พื้นที่เอกชน รวมไปถึงสถานที่ทางธรรมชาติที่ได้รับการออกแบบ หรือการจัดการเพื่อสนับสนุนการสร้างโอกาสการมีกิจกรรมทางกายอย่างเท่าเทียม

ภายใต้กฎระเบียบข้อตกลงร่วมกัน อาทิ สนามเด็กเล่น ทางเท้า พื้นที่ชุมชน หรือพื้นที่อุทยานทางธรรมชาติ เป็นต้น

เมืองที่เอื้อต่อการเดิน/ใช้จักรยาน (Walkable & Cyclable City) หมายถึง เมือง/ชุมชน ที่มีนโยบายส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันของประชาชน ด้วยการออกแบบและจัดการทั้งด้านกายภาพ เช่น ระบบการคมนาคม ความปลอดภัย ความสะดวก ความสวยงาม และการจัดการด้านสังคม วัฒนธรรม เช่น ความรู้สึกมีส่วนร่วม อัตลักษณ์ของพื้นที่

กิจกรรมกีฬาที่ปลอดภัยและปลอดบุหรี่ หมายถึง กิจกรรมการแข่งขันกีฬาทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น ที่ประกาศใช้มาตรการปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ในและรอบสนามกีฬา โดยมีการสื่อสารรณรงค์ไปถึงกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ชมกีฬา (ทั้งที่ชมในสนามและชมจากการถ่ายทอดทางสื่อ) ผู้เล่นกีฬา กรรมการตัดสิน ผู้สนับสนุน ผู้จัด และชุมชนรอบสนามกีฬา

วัตถุประสงค์

ส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตสุขภาวะ และจิตสำนึกแห่งสุขภาพ ด้วยการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง

๑. เพื่อขับเคลื่อนร่วมกับภาคยุทธศาสตร์ให้เกิดนโยบายด้านกิจกรรมทางกายในระดับชาติและระดับสากล
๒. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ และนวัตกรรม ด้านการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง
๓. เพื่อส่งเสริมให้มีพื้นที่สุขภาวะ และปัจจัยแวดล้อม ที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน โดยร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
๔. เพื่อส่งเสริมกิจกรรมกีฬาให้เป็นโอกาสของการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันที่เพียงพอ (อย่างน้อย ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์) ของประชากรวัย ๑๑ ปีขึ้นไป เป็นอย่างน้อยร้อยละ ๗๔ ของจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย^{๑๒๗}
๒. ควบคุมอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียน อายุ ๖ – ๑๔ ปี ให้ไม่เพิ่มขึ้นจากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีสัดส่วนร้อยละ ๑๑^{๑๒๘}

^{๑๒๗} มีเครื่องมือชี้วัด และฐานข้อมูลที่ได้มาตรฐานทางวิชาการขององค์การอนามัยโลก ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยแผนฯ และร่วมใช้โดย กระทรวงสาธารณสุข สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานสถิติแห่งชาติ

^{๑๒๘} มียุทธศาสตร์และวัดผลร่วมกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

๓. เกิดกระบวนการนโยบายสาธารณะระดับชาติด้านกิจกรรมทางกาย ที่แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ร่วมกันผลักดัน อย่างน้อย ๒ กรณี
๔. มีระบบฐานข้อมูลเพื่อสนับสนุนการพัฒนาการขับเคลื่อนนโยบายด้านกิจกรรมทางกายระดับประเทศ อย่างน้อย ๒ กรณี
๕. เกิดชุดความรู้ นวัตกรรม และสื่อรณรงค์ เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง จำนวน ๔ ชุด/เรื่อง
๖. ร้อยละ ๕๐ ของกลุ่มเป้าหมาย เกิดความรู้ความเข้าใจด้านกิจกรรมทางกาย และจิตสำนึกแห่งสุขภาพ ผ่านชุดความรู้ นวัตกรรม และสื่อรณรงค์ ที่ สสส. เผยแพร่
๗. เกิดรูปแบบหรือกลไกการจัดการพื้นที่สุขภาวะ เพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายของประชาชน อย่างน้อย ๒ รูปแบบการจัดการในเชิงพื้นที่ ในปี ๒๕๖๓
๘. จำนวนองค์กรกีฬาน้อยกว่า ๑๐ องค์กร มีนโยบายปลอดเหล้าบุหรี่ และการสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ร่วมกับแผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด และแผนอาหารเพื่อสุขภาพ ในการสนับสนุนแผนสุขภาวะชุมชน แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร และแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาต้นแบบอำเภอสุขภาวะป้องกันโรคไม่ติดต่อแบบเต็มพื้นที่ ทุกตำบล ทุกโรงเรียน และส่วนใหญ่ขององค์กรต่างๆ ในอำเภอ โดยมุ่งเป้าให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ที่ระดับประชาชน คือ ลดอัตราการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การลดการกินหวาน/มัน/เค็ม เพิ่มการบริโภคผัก/ผลไม้ เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย และลดการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง พร้อมประสานความร่วมมือกับฝ่ายติดตาม และประเมินผลในการออกแบบ และปฏิบัติการติดตาม ประเมินผล โดยมุ่งพัฒนาต้นแบบอำเภอสุขภาวะป้องกันโรคไม่ติดต่อ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของจำนวนตำบลใน ๔ อำเภอ ใน ๔ ภูมิภาคของประเทศไทย และ ๕ ชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร
๒. ร่วมกับแผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ และแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ เพื่อพัฒนานวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อการสื่อสารที่ส่งเสริมการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรกลุ่มต่างๆ ไม่น้อยกว่า ๕ กรณี เช่น พัฒนาชุดความรู้ การมีกิจกรรมทางกายเพื่อลดการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ส่งเสริมองค์ความรู้ว่ายน้ำเพื่อชีวิตรอดเพื่อลดอุบัติเหตุเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็ก ร่วมกับแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ ขยายองค์ความรู้ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร่วมกับแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ และพัฒนาองค์ความรู้ส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุร่วมกับสำนัก ๕ เป็นต้น

๓. ร่วมกับแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ แผนสุขภาวะชุมชน แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร และแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ ในการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะต้นแบบในพื้นที่และองค์กรเป้าหมายต่างๆ เพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายของประชาชน อย่างน้อย ๑๒ พื้นที่ใหม่ ใน ๔ รูปแบบองค์กร (ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน องค์กร/ สถานประกอบการ และพื้นที่สาธารณะ/ชุมชน) โดยทำงานร่วมกับแผนและสำนักที่เกี่ยวข้องตามแนวทางบูรณาการที่กำหนดไว้

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานด้านการรณรงค์ขับเคลื่อนสังคม การพัฒนาข้อเสนอนโยบาย การพัฒนาวิชาการและนวัตกรรม ให้ร่วมกันสนับสนุนเป้าหมายระยะ ๑ ปีของแผนฯ อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงเป้าหมายของแผนฯ ระยะ ๓ ปี และเป้าหมายระยะ ๑๐ ปีของ สสส. โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของแผนฯ ดังนี้

แนวทางขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ๓ กลุ่มวัย ๒ ตัวชี้วัดหลัก

แผนได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายหลัก ๓ กลุ่ม คือ วัยเด็ก วัยทำงาน และวัยสูงอายุ โดยหมายรวมไปถึงกลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่างๆ โดยนำข้อมูลการมีกิจกรรมทางกายที่สำรวจมาวิเคราะห์ และออกแบบยุทธศาสตร์ เพื่อขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายให้เหมาะสมกับกลุ่มวัย ตาม ๒ ตัวชี้วัดหลัก คือ การเพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากร และควบคุมอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกิน และโรคอ้วนในเด็ก ให้สอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปีของ สสส. โดยมีรูปแบบหลักที่จะดำเนินงาน ได้แก่

๑. การเพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ

- (๑) วัยเด็ก-ส่งเสริมการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และการพัฒนาสถานศึกษาต้นแบบด้านกิจกรรมทางกายด้วยการให้ความรู้แก่ ครู อาจารย์ บุคลากร และผู้ปกครอง ให้เห็นความสำคัญของการเคลื่อนไหว และการมีกิจกรรมทางกายของเด็กที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการที่สมบูรณ์ ปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาให้เด็กได้มีกิจกรรมทางกายระหว่างวันมากขึ้น การส่งเสริมการเล่น (Active Play) ให้เด็กมีการเคลื่อนไหวออกแรงทั้งในระดับปัจเจกและเป็นกลุ่มเพื่อลดภาวะเนือยนิ่ง การส่งเสริมกีฬาเพื่อสุขภาพ ควบคู่กับการปรับพื้นที่ในสถานศึกษาให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายที่ปลอดภัย อาทิ สนามเด็กเล่นฐานปัญญา ลานอเนกประสงค์ ลานกีฬา ทางเดิน ฯลฯ รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนทัศนคติให้มีวิถีชีวิตกระฉับกระเฉง และมีการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม

- (๒) วัยทำงาน-ส่งเสริมให้สถานประกอบการสร้างต้นแบบ Active Workplace โดยการสร้างความร่วมมือกับผู้บริหาร และการให้ความรู้กับบุคลากร ร่วมกับภาคีเครือข่าย การสนับสนุนหลักสูตร กิจกรรม บุคลากร และงบประมาณตั้งต้น เพื่อส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมทางกาย

ในวิถีชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการยืดเหยียด การเดิน และการมีกิจกรรมทางกายในพื้นที่จำกัด รวมไปถึงสนับสนุนกระบวนการสร้างพื้นที่สุขภาวะในชุมชน เพื่อให้เกิดพื้นที่สาธารณะที่เหมาะสมกับการมีกิจกรรมทางกายรูปแบบต่างๆ

- (๓) วัยสูงอายุ-สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการมีกิจกรรมทางกายที่ถูกต้องของผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้มีกิจกรรมทางกายอย่างถูกวิธีเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเอง ป้องกันการหกล้ม และการบาดเจ็บต่างๆ โดยร่วมมือกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนชมรมผู้สูงอายุ และสถานศึกษา

๒. การควบคุมอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน

- (๑) วัยเด็ก-มุ่งเน้นการมีกิจกรรมทางกายควบคู่กับการบริโภคอาหารและโภชนาการที่เหมาะสมของแม่ตั้งครรภ์และเด็กทุกช่วงวัย โดยสนับสนุนการพัฒนาต้นแบบคลินิกฝากครรภ์ยุคใหม่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนต้นแบบไร้พุง และสถานศึกษาต้นแบบด้านกิจกรรมทางกาย ให้เกิดการพัฒนาและขยายผล จัดกิจกรรมการเสริมองค์ความรู้ และการปฏิบัติการด้านโภชนาการแก่บุคลากร รวมไปถึงการส่งเสริมสถานศึกษาระดับอุดมศึกษาให้จัดกิจกรรมออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพควบคู่กับการให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ
- (๒) วัยทำงาน-ส่งเสริมให้สถานประกอบการสร้างต้นแบบ Active Workplace ด้วยการเสริมองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ โดยความร่วมมือกับหลักสูตรของเครือข่ายองค์กรไร้พุง โรงพยาบาลต้นแบบลดโรคอ้วน และการส่งเสริมให้เกิดความตระหนักด้านอาหารและโภชนาการในระดับหัวหน้าองค์กรเพื่อสร้างนโยบาย รวมไปถึงการสื่อสารรณรงค์ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพ
- (๓) วัยสูงอายุ-สนับสนุนให้มีกิจกรรมทางกายอย่างถูกวิธี และการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพและเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ การร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ โดยร่วมมือกับสถานศึกษา และสถานพยาบาลในพื้นที่

แนวทางบูรณาการ

แผนให้ความสำคัญกับแนวทางบูรณาการตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลักของ สสส. และตามทิศทางที่คณะกรรมการบริหารแผน ให้เน้นเรื่องการขับเคลื่อนงานภายใต้มิติของสุขภาวะแบบองค์รวม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต แผนฯ จึงได้กำหนดแนวทางการบูรณาการ ดังนี้

- ๑. เน้นบูรณาการกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ และแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา โดยกำหนดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่นำร่อง และแผนการสื่อสารสังคมร่วมกัน ในด้านที่เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารและโภชนาการ และความรู้เท่าทันสื่อ โดยมีจุดร่วมอยู่ที่กลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย
- ๒. พัฒนาความรู้และต้นแบบของการขับเคลื่อนการเพิ่มกิจกรรมทางกาย ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และลดโรคอ้วน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร โดยแผนฯ จะขยายผลร่วมกับแผนสุขภาวะเด็กเยาวชนและครอบครัว แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

แผนสุขภาวะชุมชน แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ แผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม และแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ

๓. พัฒนางานสื่อสารรณรงค์ในประเด็น Active Play ที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเด็กและครอบครัว และประเด็น Live Healthier ร่วมกับแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ และศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เพื่อสื่อสารสร้างความเข้าใจเรื่องการมีกิจกรรมทางกายปรับเปลี่ยนทัศนคติของกลุ่มเป้าหมาย และขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น

แนวทางสร้างความยั่งยืน

๑. มุ่งเน้นการทำงานเพื่อสร้างระบบและกลไก โดยร่วมมือกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาแผนยุทธศาสตร์กิจกรรมทางกายระดับชาติ ฉบับที่ ๑ เพื่อเสนอร่างยุทธศาสตร์ต่อคณะรัฐมนตรี และแสวงหาความร่วมมือกับหน่วยงานยุทธศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง อาทิ หน่วยงานด้านการผังเมือง ด้านการปกครอง ด้านคมนาคม ด้านการศึกษา ด้านการท่องเที่ยว ฯลฯ
๒. บูรณาการกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกิจกรรมทางกายของประชาชนเพื่อยกระดับเป็นเป้าหมายระดับชาติ และเกิดเจ้าภาพในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง อาทิ การพัฒนาระบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายแก่ประชาชนร่วมกับกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น
๓. พัฒนาระบบการจัดทำฐานข้อมูลสำรวจกิจกรรมทางกายระดับชาติ ร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยให้สำนักงานสถิติแห่งชาติรับเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำฐานข้อมูล
๔. ร่วมมือกับเครือข่ายสากลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (International Society for Physical Activity and Health, ISPAH) ในการผลักดันระเบียบวาระกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องเพื่อเข้าสู่กระบวนการการรับรองมติในเวทีสมัชชาสุขภาพโลก โดยองค์การอนามัยโลก
๕. พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือวิชาการนานาชาติอย่างต่อเนื่องผ่านเครือข่ายสากลต่างๆ ทั้งด้านสุขภาพ และด้านการมีกิจกรรมทางกาย ตลอดจนประสานเครือข่ายวิชาการด้านกิจกรรมทางกายภายในประเทศ และพัฒนาศักยภาพภาคี สสส. ให้ทัดเทียมและอยู่ในมาตรฐานเดียวกับนานาชาติในระดับประเทศ
๖. พัฒนาความร่วมมือกับกองทุนพัฒนากีฬาแห่งชาติ เพื่อขยายโอกาสของการสนับสนุนกีฬาเพื่อสุขภาพ
๗. บูรณาการกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ทั้งระดับชาติและท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในยุทธศาสตร์ส่งเสริมการใช้จักรยานเพื่อสุขภาพ เพื่อผลักดันกระแสการใช้จักรยานในปัจจุบันให้กลายเป็นค่านิยมและวัฒนธรรมจักรยานในวิถีชีวิต

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วย ๓ กลุ่มแผนงาน ได้แก่

๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันตามกลุ่มวัย
๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่และปัจจัยแวดล้อมสุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย
๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา

มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันตามกลุ่มวัย

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๑. รณรงค์สร้างความตระหนักในความสำคัญ และเผยแพร่ความเข้าใจประเด็นการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันในกลุ่มเป้าหมาย ด้วยการสนับสนุน องค์ความรู้ กิจกรรม และการสื่อสาร รณรงค์อย่างกว้างขวาง โดยกำหนดยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่จำแนกตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มวัยเด็ก กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยสูงอายุ รวมไปถึงประชากรกลุ่มเฉพาะ
๒. สนับสนุนกลุ่ม หน่วยงาน องค์กร ชุมชนและท้องถิ่น ให้เป็นภาคีร่วมขับเคลื่อนการออกแบบและดำเนินงานกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสอดคล้องกับกลุ่มวัยต่างๆ ในพื้นที่ (Settings) ตามยุทธศาสตร์ของแผน
๓. พัฒนาชุดความรู้ที่พร้อมเผยแพร่งานวิชาการ และนวัตกรรม ด้านกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน และลดปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมเนือยนิ่ง ภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน
๔. พัฒนาเครื่องมือสำรวจและวัดผล ระบบการติดตามประเมินผล และฐานข้อมูลทางวิชาการ ด้านกิจกรรมทางกายและสุขภาพของประชาชนไทย ที่นำมาใช้ประโยชน์ต่อการดำเนินยุทธศาสตร์ของแผนฯ เพื่อสร้างเป็นมาตรฐานร่วมในหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
๕. เชื่อมโยงเครือข่ายวิชาการนานาชาติด้านกิจกรรมทางกาย เพื่อการพัฒนานโยบาย การแลกเปลี่ยนความรู้ งานวิจัย การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และการผลักดันนโยบายสาธารณะ
๖. บูรณาการการดำเนินงานในระดับพื้นที่และสถานประกอบการร่วมกับแผนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของ สสส.
๗. พัฒนายุทธศาสตร์ และสนับสนุนการขับเคลื่อนรณรงค์ เพื่อสร้างกระแสความตื่นตัวเรื่องการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันของภาคีเครือข่ายจักรยานทั่วประเทศ ตามมติคณะกรรมการกองทุน สสส. และนโยบายของรัฐบาล ร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการวิจัยเพื่อสร้างสรรค์ต้นแบบการลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในเด็กและวัยรุ่นไทย โครงการการศึกษาและพัฒนาดัชนีการประเมินพัฒนาการสำหรับกิจกรรมทางกายในเด็ก โครงการโรงเรียนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โครงการเครือข่ายคนไทยไร้พุง โครงการส่งเสริมการรณรงค์และขยายผลศูนย์เรียนรู้องค์กรต้นแบบไร้พุงต้นแบบ โครงการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุต้นแบบกิจกรรมทางกาย โครงการวิ่งสู่ชีวิตใหม่ โครงการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน ชุดโครงการปั่นล่อมเมือง โครงการยุทธศาสตร์ ๓ ส. ร่วมกับกระทรวงมหาดไทยและภาคีเครือข่ายจักรยาน โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายขนาดใหญ่และขนาดกลาง โครงการเปิดรับทั่วไปเพื่อสนับสนุนกิจกรรมออกกำลังกายขนาดเล็กของชุมชน โครงการพัฒนาข้อเสนอและการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประเทศไทย โครงการศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ โครงการบริหารจัดการข้อมูลและสร้างสรรค์สื่อแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โครงการการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment : SROI) ฯลฯ

๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่สุขภาพที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนองค์กรภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม องค์กรอิสระ สถาบันการศึกษา และองค์กรชุมชนในพื้นที่เขตเมือง และชนบท เพื่อให้เป็นกลไกดำเนินการระดมเครือข่ายความร่วมมือ และทรัพยากร ในการพัฒนาพื้นที่สุขภาพเอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม
๒. พัฒนาด้านแบบของพื้นที่สุขภาพที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน โดยพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการพื้นที่สุขภาพร่วมกับ สถาบันวิชาการ สมาคมวิชาชีพด้านผังเมือง สถาปัตยกรรม และสิ่งแวดล้อม โดยมุ่งการขยายผลผ่านความร่วมมือกับหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคราชการที่เกี่ยวข้อง
๓. ขับเคลื่อนกระแสสังคม และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานโดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการพื้นที่หรือโครงสร้างทางกายภาพที่เอื้อต่อการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
๔. ผลักดันหน่วยงานระดับท้องถิ่น ให้มีการจัดการพื้นที่สุขภาพเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน สำหรับกลุ่มผู้ด้อยโอกาส หรือกลุ่มคนที่เข้าไม่ถึงบริการ เพื่อลดช่องว่างของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการศูนย์ออกแบบและพัฒนาเมือง โครงการศึกษาศักยภาพการเข้าถึงสาธารณูปการที่ส่งเสริมการเดินเท้าและโครงการศึกษาดัชนีศักยภาพการเดินเท้า โครงการศึกษาและจัดทำคู่มือการออกแบบพื้นที่สุขภาพในเขตพื้นที่เพื่อการประกอบอุตสาหกรรม โครงการลานกีฬาพัฒนาโครงการพัฒนาความร่วมมือด้านกลไกสนับสนุนทางวิชาการเพื่อนำสู่การสร้างพื้นที่สุขภาพ โครงการพัฒนา

ต้นแบบและคู่มือการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อขับเคลื่อนและการบริหารจัดการพื้นที่สุขภาวะในประเทศไทย
โครงการพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะชุมชน โครงการพื้นที่สุขภาวะย่านเมืองในพื้นที่ต่างๆ
โครงการส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะในชุมชน ฯลฯ

๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนกิจกรรมกีฬาให้เป็นกีฬาปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ และสนับสนุนพื้นที่ในและรอบบริเวณสนามกีฬาให้ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ตามกฎหมาย โดยใช้กลไกทุนอุปถัมภ์กีฬาและการสื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักในกลุ่มเป้าหมาย
๒. สนับสนุนกิจกรรมกีฬาให้เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเพื่อสร้างสังคมสุขภาวะและค่านิยมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ
๓. แสวงหาองค์การพันธมิตรร่วมทุน (Co-sponsorship) ในการขับเคลื่อนกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และกีฬาที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่
๔. ประสานความร่วมมือกับกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ เพื่อส่งเสริมแนวทางเรื่องกีฬาเพื่อสุขภาพในภารกิจของกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการทุนอุปถัมภ์กีฬาระดับชาติ โครงการทุนอุปถัมภ์กีฬาระดับภูมิภาคและจังหวัด โครงการสนับสนุนความร่วมมือกับสมาคมกีฬาที่ร่วมรณรงค์ให้เป็นกีฬาปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ ค่ายผู้นำเยาวชน โครงการสนับสนุนกิจกรรมกีฬาตามนโยบายของรัฐบาล โครงการสื่อสารรณรงค์ส่งเสริมค่านิยมกีฬาปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ ฯลฯ

ภาคีหลัก

๑. หน่วยงานภาครัฐระดับชาติและท้องถิ่น ที่มีนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย และกีฬาเพื่อสุขภาพ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวัฒนธรรม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร การกีฬาแห่งประเทศไทย คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๒. องค์กรกีฬาภาครัฐ และเอกชนที่ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ อาทิ สมาคมกีฬาระดับชาติและระดับจังหวัด หน่วยงานกีฬาภาครัฐ สมาพันธ์และชมรมกีฬาเพื่อสุขภาพ สมาคมสื่อมวลชนกีฬา
๓. สถาบันวิชาการ หน่วยงานวิจัย และภาคประชาสังคม ที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย อาทิ สถาบันการศึกษา สถาบันวิชาการด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา เครือข่ายการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สื่อมวลชนด้านสุขภาพและกีฬา กลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์ กลุ่มวิชาชีพ

ด้านอาหารและโภชนาการ กลุ่มวิชาชีพด้านการออกแบบและการผังเมือง เครือข่ายสิ่งแวดล้อม เครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ

๔. เครือข่ายสากลด้านกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน อาทิ International Society for Physical Activity and Health (ISPAH), Global Advocacy for Physical Activity (GAPA), International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity (ISBNPA), Global Report Card on Physical Activity, World Cycling Alliance (WCA)

แนวทางบริหารจัดการแผน

กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ โดยสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก ๕) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการ ที่ยึดหลักการบริหารที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส เพื่อให้เกิดผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย รวมไปถึงความคุ้มค่า ความยั่งยืน และความน่าเชื่อถือจากสังคม และการสร้างความเข้มแข็ง และศักยภาพของภาคีเครือข่าย

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันตามกลุ่มวัย	๑๓๐
๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย	๔๕
๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา	๔๕
รวม	๒๒๐

แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

สถานการณ์และแนวโน้ม

ในการขับเคลื่อนให้เกิด “วิถีชีวิตสุขภาวะ” ระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา คือองค์ประกอบหนึ่งของปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีบทบาทสำคัญในการสร้าง “ภูมิคุ้มกัน” ปัจจัยเสี่ยงในลักษณะต่างๆ ผ่านการบ่มเพาะ หล่อหลอม กระตุ้น และสร้างโอกาสให้ประชาชนพัฒนาตนเองสู่ “พลเมืองและนักสื่อสารสุขภาวะที่ตื่นรู้” ที่มีศักยภาพในการสร้างสรรค์ “วิถีชีวิตสุขภาวะ” (healthy lifestyle) ของตนบนฐานแห่งปัญญาและจริยธรรมได้อย่างเท่าทันกระแสความเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ในโลกยุคศตวรรษที่ ๒๑

คนไทยกับภูมิทัศน์สื่อยุคหลอมรวม “ไทยแลนด์ ๔.๐”

ในยุคสื่อหลอมรวม (media convergence) ภายใต้นโยบาย “ไทยแลนด์ ๔.๐” คนไทยเปิดรับสื่อแบบหลอมรวมโดยผสมผสานทั้ง “สื่อเก่า” (traditional media) ที่เคยมีอิทธิพลต่อสังคม เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ฯลฯ และ “สื่อใหม่” (new media) ที่ขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยียุคดิจิทัล เช่น เว็บไซต์ เครือข่ายสังคมออนไลน์ ฯลฯ จนทำให้เกิดการขยายพรมแดนระบบสื่อสารในชีวิตประจำวันของคนแต่ละคนออกไปอย่างกว้างขวางและซับซ้อน (diversity of media arena) ยิ่งกว่ายุคใดๆ ที่ผ่านมา

ขณะเดียวกัน ปรากฏการณ์ “สื่อเปลี่ยนวิถีชีวิต” (disruptive technology) โดยที่สื่อดิจิทัล หรือ “สื่อใหม่” ได้ทวีบทบาทอย่างรวดเร็วจนกลายเป็นสื่อกระแสหลัก และโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่มีอุปกรณ์เชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ต หรือ “สมาร์ทโฟน” ซึ่งสามารถพกพาไปได้ทุกที่กลายเป็นศูนย์กลางของระบบการสื่อสาร ทำให้คนแต่ละคนสามารถเข้าถึงสื่อได้ทุกที่ทุกเวลา

นอกจากนี้ คุณสมบัติของสื่อดิจิทัลที่ขยายพื้นที่ได้แบบไร้ขีดจำกัด และเชื่อมโยงกันแบบไร้พรมแดนยังทำให้เกิดช่องทางและเนื้อหาที่สนับสนุนวิถีสุขภาวะให้เลือกเสพเพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล อีกทั้งยังมีการพัฒนานวัตกรรมสื่อ ทั้งด้านช่องทาง เนื้อหา และเครื่องมืออย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ระบบสื่อยุคใหม่จึงเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงข่าวสารและข้อมูลได้อย่างสะดวกและรวดเร็วทุกเมื่อที่ต้องการ และได้เข้ามามีส่วนสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนระบบนิเวศการเรียนรู้ของคนไทยทั้งระบบ

ข้อเท็จจริงอีกด้านหนึ่งที่ไม่อาจมองข้ามท่ามกลางภูมิทัศน์ของระบบสื่อปัจจุบันที่เปิดโอกาสให้ใช้เป็นเครื่องมือสร้างสรรค์วิถีชีวิตสุขภาวะดังกล่าวคือ เนื้อหาที่ไม่เหมาะสมยังพบอยู่ทั่วไป ทั้งด้านการโฆษณาเกินจริง โฆษณาแฝง โฆษณาสิ่งที่ไม่ดีหรือก่อพิษภัยต่อสุขภาพ การนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับเพศ ความรุนแรง คำหยาบคาย ฯลฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน “สื่อใหม่” ซึ่งยังขาดทั้งกฎระเบียบที่เท่าทันสถานการณ์ กลไกที่สามารถกำกับดูแลได้อย่างทั่วถึง และเครื่องมือในการกลั่นกรองเนื้อหาในสื่อให้เหมาะสมกับวัยของผู้รับสื่อ

เนื้อหาเสี่ยงที่ปรากฏในสื่อยุคปัจจุบันยังมีลักษณะใหม่ๆ เช่น การสร้างมายาคติและการกำหนดอัตลักษณ์สร้างตัวตนบนโลกออนไลน์อย่างบิดเบือนไม่ตรงกับชีวิตจริง การปลุกเร้าให้เกิดความขัดแย้งแตกแยก และเกลียดชัง (hate speech) การเผยแพร่ข่าวลือ ข้อมูลเท็จ หรือข้อมูลที่จงใจสร้างขึ้นเพื่อบิดเบือนความจริง การหลอกล่อให้ผู้รับสื่อเกิดความสนใจ และขยายผลผ่านการส่งต่อข้อมูล (share) ทำให้ข่าวสารที่ก่อความเสี่ยงลุกลามอย่างรวดเร็วในไม่กี่นาที รวมทั้งยังเกิดการผลิตข่าวปลอมส่งไปทั่วโลก

ปรากฏการณ์ “สื่อเปลี่ยนวิถีชีวิต” (disruptive technology) ยังส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยพลิกโฉมผู้รับสื่อสู่ฝ่ายรุก เพราะเทคโนโลยีสื่อสารยุคใหม่ทำให้ **คนทุกคนเป็นทั้งผู้ใช้และผู้ผลิตสื่อในเวลาเดียวกัน (user generated content)** ด้วยการนำเสนอหรือแบ่งปัน (share) ประสบการณ์ ข่าวสาร และ ความคิดเห็น ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และที่สำคัญคือ สามารถสร้างผลกระทบสู่คนจำนวนมากได้ภายในเวลาสั้นๆ ผ่านโปรแกรมสังคมออนไลน์ต่างๆ เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ อิน스타그램 ทวิตเตอร์ ยูทูบ ฯลฯ

อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนตัวเข้าสู่ระบบสื่อดิจิทัลไม่ได้มีพฤติกรรมเป็นแบบแผนเดียวกันทั้งสังคม แต่แบ่งผู้ใช้และรับสื่อออกได้เป็น ๒ กลุ่มใหญ่ ซึ่งมีพฤติกรรมการใช้สื่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ประกอบด้วย **“ชาวดิจิทัลโดยกำเนิด” (digital native)** คือ ผู้ที่เกิดในยุคดิจิทัลไปจนถึงอายุประมาณ ๒๐ ปี เป็นกลุ่มที่คุ้นเคยกับการใช้คอมพิวเตอร์หรืออินเทอร์เน็ต เป็นกลุ่มที่มองหาโอกาสที่จะนำเทคโนโลยีนี้ไปใช้ให้เป็นประโยชน์ กับ **“ผู้อพยพสู่โลกดิจิทัล” (digital immigrant)** หมายถึง ผู้ที่อายุมากกว่านั้น สนใจและมองเห็นประโยชน์จึงหันมาศึกษาและใช้สื่อใหม่ แต่ไม่ได้ก้าวออกจากวิถีการใช้สื่อเก่าอย่างเต็มตัว

สำหรับ แนวโน้มในอนาคต สื่อดิจิทัลจะเพิ่มอิทธิพลต่อชีวิตของคนทุกวัยในทุกมิติของชีวิตมากยิ่งขึ้น ที่เห็นได้ชัดเจนคือ คนจะใช้เวลากับสื่อใหม่มากขึ้น เนื่องจากองค์กรที่แสวงหากำไรจาก “สื่อใหม่” ซึ่งเป็นแหล่งรวมผู้เชี่ยวชาญระดับโลกต่างทุ่มเททรัพยากรในการพัฒนากลยุทธ์และเครื่องมือเพื่อดึงดูดให้คนใช้เวลาไปกับสื่อดิจิทัลตลอดเวลา แม้แต่เวลานอนหรือการพักผ่อนก็ถูกตีค่าว่าเป็น “ช่องว่างทางการตลาด” กลายเป็นเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์สู่การเพิ่มระยะเวลาใช้สื่อดิจิทัลให้มากยิ่งขึ้น

ในขณะเดียวกันสื่อทางเลือกที่ถูกนำมาใช้ในกระบวนการสื่อและพื้นที่สร้างสรรค์ จะช่วยโน้มนำให้เกิดวิถีชีวิตสุขภาวะ โดยมุ่งสร้างความเข้าใจในทิศทางการพัฒนา สืบสาน ต่อยอด และขยายผลจากสื่อศิลปวัฒนธรรม สื่อพื้นบ้านและสื่อชุมชน

จากข้อมูลด้านพื้นที่สร้างสรรค์ ในปี ๒๕๖๐ ประเทศไทยมีห้องสมุด ๓๒,๓๗๐ แห่ง ในจำนวนนี้เป็นห้องสมุดสาธารณะที่ประชาชนทั่วไปใช้บริการได้ ๒,๑๑๖ แห่ง และพิพิธภัณฑ์ ๑,๔๔๔ แห่ง ในจำนวนนี้

อยู่ในวัด ชุมชน และโรงเรียน ๘๔๘ แห่ง การมุ่งเน้นเชิงคุณภาพ เพื่อยกระดับแหล่งเรียนรู้และพื้นที่สร้างสรรค์ ให้เป็นพื้นที่มีชีวิตจะเป็นจุดสำคัญมากกว่าการมุ่งเน้นเชิงปริมาณ การเปิดพื้นที่กิจกรรมสร้างสรรค์ และ ศิลปวัฒนธรรมในชุมชน ยังเป็นช่องทางสื่อสารสุขภาวะและนำเสนอวิถีสุขภาวะทางปัญญาที่มีศักยภาพสูง และทวีความสำคัญอย่างยิ่งในโลกปัจจุบัน เพราะเป็นทั้งพื้นที่สร้างดุลยภาพการสื่อสารสุขภาวะในยุคที่ เทคโนโลยีดิจิทัลที่ดึงดูดคนสู่ “โลกเสมือนจริง” มีอิทธิพลอย่างสูง อีกทั้งยังมีพลังในการหลอมรวม คนทุกช่วงวัยสู่การพัฒนาตนเองสู่การรู้เท่าทันสื่อ ฉลาดรู้ทางสุขภาพ และสุขภาวะทางปัญญา ได้อย่างเป็น ธรรมชาติ

ในเรื่องของการอ่าน ซึ่งเป็นทักษะสำคัญที่อยู่เบื้องหลังกระบวนการเรียนรู้ในศตวรรษที่ ๒๑ แม้ผลสำรวจครั้งล่าสุดในปี ๒๕๕๙ พบว่า อัตราการอ่านของคนไทยวัย ๑๔ ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากครั้งก่อน แต่ข้อมูลการศึกษาในเชิงคุณภาพพบว่า ศักยภาพการอ่านหนังสือของคนไทยกำลังถดถอย และเด็กไทย มีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนสูงถึง ร้อยละ ๓๘.๒ ในปี ๒๕๕๗ และ เด็กปฐมวัย ร้อยละ ๓๙.๘ หรือประมาณ ๑.๘ ล้านคน ยังเข้าไม่ถึงการอ่าน การส่งเสริมและพัฒนาด้านการอ่านแก่เด็กและเยาวชนไทย จึงเป็นภารกิจสำคัญเร่งด่วน และถูกรวมเป็นเป้าหมายการพัฒนาในระดับชาติหลายฉบับ

“ระบบสื่อยุคดิจิทัล” กับผลต่อสุขภาวะ

ภูมิทัศน์และเนื้อหาในระบบสื่อที่เปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดดภายในเวลาสั้นๆ ดังกล่าว ถูkmองว่า เป็นทั้ง “ความเสี่ยง” และ “โอกาส” ต่อการสร้างเสริมสุขภาวะ

ก. **ความเสี่ยง** ราชสมาคมเพื่อสาธารณสุข (Royal Society for Public Health : RSPH) ประเทศ อังกฤษ ระบุว่า สื่อใหม่เสพติดง่ายยิ่งกว่าบุหรี่หรือสุรา อีกทั้งยังมีข้อมูลจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นว่า ระบบสื่อ ในยุคปัจจุบันนำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาพในทุกมิติ

ด้านผลกระทบต่อสุขภาพกาย รายงานจากทั่วโลกระบุถึงผลกระทบจากการใช้สื่อดิจิทัลต่อสุขภาพ ร่างกาย ที่สำคัญคือ การทำให้อวัยวะเสื่อม ภาวะน้ำหนักเกิน เมื่อยล้า อ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอ นอนไม่หลับ โรคระบบทางเดินอาหารและการขับถ่าย จากการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งอยู่หน้าจอต่อเนื่องยาวนาน การติดเชื้อโรค และเกิดโรคมุมแพจากฝุ่นละอองที่สะสมในอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และสมาร์ตโฟน **ผลกระทบทางจิต** ในด้านสุขภาพจิต พบว่า การใช้สื่อยุคใหม่ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเสื่อมลง เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายชีวิตปกติ เสพติดความรุนแรง เกิดความเครียด นำไปสู่ภาวะติดอินเทอร์เน็ต (Internet addiction disorder : IAD) อาการกลัวตกข่าว หลุดกระแส เสียโอกาส ไม่รู้ไม่เห็นในสิ่งที่ คนอาจพลาดถึง (fear of missing out : FOMO) และการสูญเสียความเชื่อมั่นตนเอง (self esteem) จนมองว่าตนเองด้อยคุณค่า และอาจนำไปสู่การเรียกร้องความสนใจตลอดเวลา หรือเกิดอาการซึมเศร้า **ผลกระทบทางสังคม** การใช้เวลากับสื่อดิจิทัลมากขึ้นได้หล่อหลอมวิถีชีวิตแบบปัจเจก หน่วยทางสังคมที่ได้รับ ผลกระทบอย่างลึกซึ้งก็คือครอบครัว นอกจากนี้ สื่อดิจิทัลยังเป็นปัจจัยชักนำหรือกระตุ้นความขัดแย้งและความรุนแรง และนำไปสู่ การใช้อารมณ์เหนือเหตุผล (post-truth) และผลกระทบต่อสุขภาวะทางปัญญา พบว่า สื่อดิจิทัลปลูกฝังให้แสดงอัตตาจากการนำเสนอตัวตนและการแสดงความคิดเห็นอยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้ สภาพทุนนิยมครอบงำสื่อยังบ่มเพาะความโลภ กระตุ้นให้เกิดความต้องการซื้อหรือเสพสิ่งต่างๆ

เกินความจำเป็น ปลุกเร้าเพศสัมพันธ์ การพนัน และความรุนแรง จนยากจะค้นพบความสุขจากวิถีชีวิตที่เรียบง่าย ละเลยการสร้างดุลยภาพระหว่างการรู้โลกกับความสงบภายใน

ข. โอกาส สื่อดิจิทัลเปิดโอกาสให้คนทุกคนแสดงบทบาท “พลเมือง” ที่มีส่วนร่วมกำหนดระเบียบวาระข่าวสารต่อสาธารณะ เอื้อต่อการระดมความคิด และหลอมรวมพลังผลักดันให้เกิดความเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ การหลอมรวมบทบาทผู้รับและผู้ส่งสารไว้ในคนคนเดียว (user generated content) ยังทำให้คนทุกคนมีพลังอำนาจในการนำเสนอแนวคิด และแรงบันดาลใจที่สร้างคุณค่าให้แก่ชีวิตและสังคม โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยทุนหรือพึ่งพาสื่อสารมวลชน

เด็ก เยาวชน และ ผู้สูงวัย กับการใช้สื่อดิจิทัล

แม้สื่อยุคดิจิทัลสร้างโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพเด็กและเยาวชนได้มาก แต่ด้านผลกระทบและความเสี่ยงยังเป็นมิติที่มองเห็นได้ชัดเจนมากกว่าในปัจจุบัน ทั้งในกลุ่ม “ชาวดิจิทัลโดยกำเนิด” และ “ผู้อพยพสู่โลกดิจิทัล”

ทุกวันนี้ เด็กและเยาวชนไทยใช้เวลาอยู่กับสื่อมากขึ้นจนขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง รวมถึงมีแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีไปในทางที่ไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น โดยผลกระทบที่สำคัญมีดังนี้

๑) หล่อหลอมวิธีคิด “คนพันธุ์ใหม่” เด็กและเยาวชนกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากระบบสื่อยุคดิจิทัลมากที่สุด ก็คือ กลุ่มที่เป็น “ชาวดิจิทัลโดยกำเนิด” ซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้โลกและหล่อหลอมตัวตน รวมทั้งลักษณะทางกายภาพของสมองและกระบวนการทางเคมีในสมองให้มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากคนรุ่นก่อนหน้า หรือที่เรียกว่า “ธรรมชาติการเรียนรู้ของเด็กในยุคดิจิทัล” (digital generation)

๒) กระทบพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ ข้อมูลจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่า เด็กอายุระหว่าง ๖ - ๑๔ ปี มีแนวโน้มใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มสูงขึ้น โดยส่วนใหญ่ใช้เพื่อความบันเทิง และมีแนวโน้มสู่ “ชีวิตติดสื่อดิจิทัล” บางคนมีอาการเช่นเดียวกับการติดยาเสพติด เรียกว่า ภาวะติดอินเทอร์เน็ต (Internet Addiction Disorder -IAD) ซึ่งเป็นปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจ

การที่ “พื้นที่สีขาว” บนอินเทอร์เน็ตมีสัดส่วนน้อยกว่าพื้นที่เสี่ยง ผู้เชี่ยวชาญระบุว่า จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กที่เติบโตในยุคดิจิทัลในระยะยาว อีกทั้งยังสะท้อนผ่านพฤติกรรมไม่เหมาะสมในระยะสั้น อย่างเช่นการติดเกม นอกจากนี้ กระแสสนับสนุนให้เด็กติดเกมมากขึ้นจากการยกระดับเกมคอมพิวเตอร์ให้เป็นกีฬาประเภทหนึ่ง (E-sport) ยังทำให้เด็กยุคดิจิทัลเสี่ยงต่อการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพออีกด้วย

ด้านการก่ออาชญากรรมและความรุนแรง พบการกระทำความผิดของกลุ่มเยาวชน พบช่วงอายุที่ก่ออาชญากรรมน้อยลงอยู่ในช่วงอายุ ๑๒ ปี โดยไปเกี่ยวข้องกับทั้งยาเสพติด ความรุนแรง และการล่อลวงละเมิดทางเพศ โดยสาเหตุหนึ่งมาจากสื่อออนไลน์ รวมถึงการใช้ความรุนแรง การแสดงความคิดเห็นอย่างสุดโต่งสุดขั้วออกมามากขึ้น โดยมีปัจจัยจาก “ยอดไลค์” ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นให้แสดงออกมากยิ่งขึ้น

๓) เอื้อให้เกิดการล่อลวงละเมิดเด็กและเยาวชน มีข้อมูลระบุว่า เด็กและเยาวชน ร้อยละ ๔๘ ที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตเคยถูกคุกคามผ่านโซเชียลมีเดีย ทั้งการกระทำโดยตั้งใจและจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของการใช้โซเชียลมีเดียที่กลายเป็น “การกลั่นแกล้งออนไลน์” (cyber bullying)

ในส่วนของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่ม “ผู้อพยพสู่โลกดิจิทัล” กลุ่มใหญ่อีกกลุ่มหนึ่ง พบว่าเป็นกลุ่มที่ใช้สื่อใหม่ โดยไม่รู้เท่าทันมากที่สุด โดย ร้อยละ ๗๕ ของประชากรกลุ่มนี้ใช้สื่อดิจิทัลโดยไม่รู้เท่าทัน เช่น การส่งต่อ (share) เนื้อหาโดยขาดการตรวจสอบถึง ร้อยละ ๓๐ และมีอัตราการถูกล่อลวงผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตมากที่สุด

ขณะเดียวกันจากการทบทวนสถานการณ์เนื้อหาสื่อสำหรับเด็ก เยาวชน และผู้สูงอายุพบว่า แม้อยู่ยุคดิจิทัล ได้หนุนนำให้เกิดช่องทางและเนื้อหาสื่อปริมาณมากและหลากหลายบทบาททวิคูณ แต่ประเทศไทยกลับยังขาดการลงทุนเพื่อพัฒนาสื่อที่มีเนื้อหาสร้างสรรค์สำหรับคนกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพและต่อเนื่อง

สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับวิถีสุขภาวะทางปัญญา

ผลการจัดอันดับประเทศที่มีความสุขที่สุดในโลก ประจำปี ๒๕๕๙ (World Happiness Report 2016) ระบุว่า ดัชนีความสุขของประเทศไทยดีขึ้นกว่าปี ๒๕๕๘ โดยขยับจากอันดับที่ ๓๔ เป็นอันดับที่ ๓๓ และ “การให้” ยังเป็นกิจกรรมที่คนไทยให้ความสำคัญ ดังสะท้อนจาก ผลสำรวจความใจบุญของประชากรโลก ปี ๒๕๕๙ (World Giving Index 2016) จัดให้ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ ๓๗ จาก ๑๔๐ ประเทศ อย่างไรก็ตาม ข้อสังเกตต่อรูปแบบการให้ของคนไทยที่ว่า “คนไทยสละทรัพย์มาก สละเวลาน้อย และจะบริจาคให้กับวัดเป็นส่วนใหญ่” ยังคงเป็นวิถีปฏิบัติในสังคมไทย

ขณะเดียวกัน สถานการณ์ความเป็นไปที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ทั้งด้านความเปลี่ยนแปลงด้านภูมิอากาศ การเกิดสงครามและการก่อการร้าย ภาวะเศรษฐกิจฝืดเคือง สภาพชีวิตที่เร่งรัดพล เป็นปัจจัยที่กำลังรุกร้าให้เกิดความวิตกกังวลและบั่นทอนความสงบสุขสบายใจจิตใจของผู้คน

ข้อเท็จจริงที่สะท้อนผ่านผลสำรวจในปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ ที่ชี้ว่า คนไทยรู้สึกวิตกกังวลปัญหาฆ่าและทำร้ายร่างกาย คนเกินครึ่งระบุว่า ไม่มีความสุข รู้สึกเบื่อหน่าย ขณะที่ร้อยละ ๓๖.๖ ระบุว่า ไม่อยากพบปะผู้คน หดห่อกำลังใจ (ร้อยละ ๔๘) และรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า (ร้อยละ ๒๙) ในภาพรวมประชาชนเห็นว่าการสังคมเสื่อมโทรมลงและคนเห็นแก่ตัวมากขึ้น ทำให้เรื่องของ การรับฟัง การร่วมรู้สึกและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (empathy) เป็นคุณสมบัติสำคัญสำหรับช่วยเติมเต็มช่องว่างด้านสุขภาวะทางปัญญาในสภาพชีวิตยุคปัจจุบัน

นอกจากนี้ยังมีสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึง โอกาสในการส่งเสริมวิถีสุขภาวะทางปัญญาผ่านกิจกรรมอาสาสมัคร ซึ่งถือว่าเป็นหนึ่งในช่องทาง (pathway) หลักของการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา โดยพบว่าคนไทยเปิดรับและตื่นตัวต่อการอุทิศตนเป็นอาสาสมัครและนำวิถีสุขภาวะทางปัญญาเข้ามาเยียวยาและสร้างสมดุลให้แก่จิตใจในยามเผชิญวิกฤตการณ์หรือความสูญเสีย ดังเห็นได้จากการสำรวจของในหลวงรัชกาลที่ ๙ ในเดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ที่พบว่า ในช่วงดังกล่าวประชาชนถึง ร้อยละ ๗๙.๒๘ คลายความโศกเศร้าด้วยการสวดมนต์ นั่งสมาธิ ศึกษาธรรมะ เข้าวัดทำบุญ ใส่บาตร และร้อยละ ๗๑.๐๕ ทำกิจกรรม บำเพ็ญประโยชน์ มีส่วนร่วมในกิจกรรมช่วยเหลือสังคม โดยรูปแบบของงานอาสาที่คนสนใจเข้าร่วม ได้แก่ งานอาสา ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการเรียนรู้ อาสาออกกำลังกาย อาสาต่างแดน อาสาทำดี อาสาซ่อมสร้าง และอาสาเพื่อเยาวชน ตามลำดับ

วิถีการดำเนินชีวิตในโลกสมัยใหม่ปัจจุบันรุกร้าให้คนมีความทุกข์ วิตกกังวล ขาดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน รีบเร่ง และต้องแก่งแย่ง แข่งขัน จนทำให้ขาดความเห็นใจและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกัน แต่ขณะเดียวกัน

เมื่อเผชิญเหตุการณ์วิกฤติที่เป็นความทุกข์หรือสูญเสียร่วมกันคนไทยแสดงออกถึงการมีจิตอาสา สนใจสร้างประโยชน์ต่อสาธารณะ ดังนั้น กิจกรรมที่โน้มน้าวสู่วิถีสุขภาวะจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่งในยุคปัจจุบัน

มาตรการและปัจจัยสนับสนุนให้เกิดระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา

ในสถานการณ์ปัจจุบัน มาตรการด้านการปกป้องและกำกับดูแล (protection) ได้ลดประสิทธิภาพลงอย่างมาก เพราะสื่อได้พลิกผันสู่ระบบที่มีความหลากหลาย ซับซ้อน จนไม่มีหน่วยงานหรือองค์กรใดสามารถกำกับ ดูแล และควบคุมได้อย่างเบ็ดเสร็จอีกต่อไป ขณะที่ มาตรการด้านการเสริมพลัง (empowerment) เช่น การสนับสนุนให้คนในสังคมมี “ความฉลาดรู้ด้านสื่อ” (media literacy) เป็นสิ่งที่ได้รับความสำคัญในโลกยุคศตวรรษที่ ๒๑ เช่น เรื่อง “ความฉลาดทางดิจิทัล (Digital Intelligence Quotient : DQ) “การเท่าทันสื่อสารสนเทศ และดิจิทัล” (Media Information and Digital Literacy : MIDL) ซึ่งถือเป็นศักยภาพที่จำเป็นอย่างยิ่งในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะในโลกปัจจุบันและอนาคต

ปี ๒๕๖๐ เป็นปีเริ่มต้นแผนยุทธศาสตร์ที่จะมีส่วนสนับสนุนให้เกิดระบบสื่อสุขภาวะจากหลายส่วน ที่สำคัญ ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (๒๕๖๐ - ๒๕๗๐) ยุทธศาสตร์ส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชน ในการใช้สื่อออนไลน์ (๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) และแผนแม่บทส่งเสริมวัฒนธรรมการอ่านสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ของไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ รวมทั้งมีนโยบายและกฎหมายอื่นๆ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องในเชิงสนับสนุน เช่น นโยบายรัฐบาล Thailand ๔.๐ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ เป็นต้น นอกจากนี้ มาตรการสนับสนุนให้เด็ก เยาวชน และ คนกลุ่มวัยทำงานอุทิศเวลาให้งานอาสาสมัคร จะเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนการพัฒนาระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

ในการพัฒนา “ระบบสื่อสุขภาวะ” ภายใต แผนฯ ๑๐ ในช่วง ๓ ปี ที่ผ่านมา ที่ได้มุ่งเป้าหมายไปที่การเปลี่ยนแปลง “ระบบสื่อ” อันหมายรวมถึง ผู้ผลิต เนื้อหาสาร ช่องทาง และผู้รับสาร พบว่า เกิดความก้าวหน้าและผลสำเร็จ ทั้งในระดับของ การพัฒนานโยบายและกลไก ตั้งแต่ระดับชาติจนถึงระดับท้องถิ่น เช่น มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประเด็น “การรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ของเด็กและเยาวชน” และ “การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม” พระราชบัญญัติกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นต้น รวมทั้ง ผลสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของแผนฯ ในช่วงที่ผ่านมา ทั้งในรูปของนโยบายส่งเสริมระบบสื่อเพื่อสุขภาวะและการเข้าสู่วิถีสุขภาวะทางปัญญาทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น กรณีตัวอย่างที่ดี แนวปฏิบัติ ตัวแบบนำร่อง (model) และนวัตกรรม (innovation) ด้านการพัฒนาศักยภาพแก่เด็ก เยาวชน ครอบครัว ด้านการเท่าทันสื่อ (media literacy : ML) การส่งเสริมการอ่านแก่กลุ่มเป้าหมายเด็กปฐมวัยผ่านกิจกรรมในครอบครัวและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การสนับสนุนให้เกิดพื้นที่สื่อสารสร้างสรรค์สุขภาวะที่หลอมรวมสมาชิกทุกช่วงวัยในองค์กร/ชุมชน การพัฒนากลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการเปิดพื้นที่ให้กลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลงและภาคีเครือข่ายของ แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาได้เข้าสู่วิถีสุขภาวะทางปัญญา ฯลฯ ยังนับเป็นต้นทุนสำคัญสำหรับการนำมาใช้พัฒนาระดับและขยายผล (seeding) การทำงานในระยะต่อไปได้เป็นอย่างดี

การที่ภาคยุทธศาสตร์ของแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ได้ทำงานในเชิงลึกและเข้มข้นกับกลุ่มเป้าหมายทำให้เกิดการ “ตกผลึก” ทั้งด้านองค์ความรู้ วิเคราะห์ช่องว่างของการพัฒนากับวิถีสุขภาวะ และวิสัยทัศน์ในการกำหนดทิศทางให้การพัฒนา ระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต กล่าวคือ จุดยุทธศาสตร์ของการสร้างระบบสื่อสุขภาวะในยุคสื่อหลอมรวมภายใต้ปรากฏการณ์ disruptive technology อยู่ที่ตัวผู้รับสื่อที่มีคุณภาพ ทักษะด้านการเท่าทันสื่อสารสนเทศ และดิจิทัล (MIDL) จะเป็นการต่อยอดการเสริมศักยภาพกลุ่มเป้าหมายด้านการรู้เท่าทันสื่อ (ML) ที่สัมพันธ์กับสถานการณ์ปัญหาได้โดยตรง และเป็นจุดแข็งของภาคยุทธศาสตร์ของแผน

ภายใต้ระบบสื่อยุคสื่อหลอมรวม ซึ่งมีสื่อดิจิทัลเป็นสื่อกระแสหลักนั้น มีลักษณะรวดเร็ว หลากหลาย ซับซ้อน จากการเชื่อมโยงเข้าเป็นเครือข่ายไร้พรมแดน (world wide web) และเกาะเกี่ยวกับโครงสร้างสังคมในส่วนอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มิติทางการเมือง และ เศรษฐกิจ/ธุรกิจ ตั้งแต่ระดับประเทศจนถึงระดับโลกอย่างแนบแน่น ขณะเดียวกัน ในปรากฏการณ์ “สื่อเปลี่ยนวิถีชีวิต” (disruptive technology) ที่ประชาชนขยายบทบาทจากการเป็นแค่ “ผู้รับสื่อ” (receiver) ไปสู่การรวบรวมบทบาททั้ง “ผู้ใช้และผู้สร้างสื่อ” (media user generated content) อีกทั้งยังเกิดนวัตกรรมสื่อใหม่ และทำให้องค์การพหุในระบบสื่อมีความหลากหลายอย่างยิ่ง (biodiversity in media arena) การมุ่ง “การเปลี่ยนแปลงระบบสื่อ” และเน้นแนวทาง การปกป้องและกำกับดูแล (protect) ถึงแม้ยังคงมีความสำคัญ แต่ท่ามกลางปรากฏการณ์ดังกล่าว ประชาชนส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็ก เยาวชน และผู้สูงอายุ ยังรับและใช้สื่ออย่างไม่รู้เท่าทัน จนเกิดผลกระทบต่อสุขภาวะในทุกมิติ การพัฒนา “ผู้ใช้สื่อ” โดยมุ่งที่การเสริมพลัง (empowerment) ให้ “คนไทยฉลาดใช้สื่อให้เป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะ” โดยมีทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อในยุคดิจิทัล ทั้งโดย เป็นผู้รับสาร (receiver) ที่มีวิจารณญาณในการเลือกสรร ตรวจสอบ กลั่นกรอง แหล่งที่มา (sender) ช่องทาง (channel) เนื้อหา (content) อย่างรู้เท่าทันโลกและเท่าทันตนเอง และทำหน้าที่เป็นผู้ส่งสารที่มีจิตสำนึกการเป็นพลเมืองของสังคม ควบคู่ไปกับการมีทักษะ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ก็จะเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าในการสนับสนุนการพัฒนาคนสู่เป้าหมายของชาติ และเป็นจุดคานงัดในการเสริมสร้างปัจจัยที่จะโน้มนำคนไทยให้มีวิถีชีวิตสุขภาวะท่ามกลางบริบททางสังคมในยุคศตวรรษที่ ๒๑ อันเป็นภารกิจของ สสส.

เมื่อวิเคราะห์ภาพการดำเนินงานในปัจจุบันกับเป้าหมายการพัฒนาของชาติและเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส. ซึ่งจะต้องทำให้บรรลุผลใน ๓ ปี ข้างหน้า (ปี ๒๕๖๓) ที่ต่างก็มุ่งผลความเปลี่ยนแปลงที่ “คน” จึงเป็นโอกาสในการกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนงานในแผน ๓ ปี โดยมุ่งที่การนำนโยบาย กลไก และองค์ความรู้ ที่มีอยู่ขับเคลื่อนให้เกิดผลต่อความเปลี่ยนแปลงถึงตัวประชาชน ทั้งนี้ ในการขับเคลื่อนแผน ๓ ปีนับจากนี้ การขยายความร่วมมือไปสู่ภาคยุทธศาสตร์กลุ่มใหม่ๆ ที่มีศักยภาพต่อการขับเคลื่อนงานให้เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายในระบบสื่อยุค disruptive technology และสังคมอนาคตจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบรรลุเป้าหมายของแผน

จุดเน้นของแผน

มุ่งการสนับสนุนให้ “คนไทยฉลาดใช้สื่อเป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะ” โดยเกิดระบบนิเวศสื่อสุขภาวะที่สนับสนุนให้ประชาชนเป็นผู้ใช้และผู้สร้างสรรค์สื่อ (media users and creators) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และตื่นรู้ทางปัญญา โดยมีขีดความสามารถเพียงพอต่อการดำรงชีวิตในยุคศตวรรษที่ ๒๑ ได้อย่างมีสุขภาวะ

๑. พัฒนาทักษะการเป็นผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่มีความฉลาดรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนจนสามารถใช้สื่อเป็นเครื่องมือดูแลตนเองให้มีสุขภาวะ โดยเท่าทันความเปลี่ยนแปลงของโลกเท่าทันตนเอง และมีความรับผิดชอบต่อสังคม ผ่านการบูรณาการประเด็นการพัฒนาระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาเข้าด้วยกัน
๒. เชื่อมโยงความร่วมมือกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องและขยายภาคยุทธศาสตร์ไปสู่กลุ่มผู้นำความเปลี่ยนแปลงที่ทำงานผ่านสื่อที่มีอิทธิพลต่อสังคมทุกรูปแบบ โดยมุ่งให้เกิดเครือข่ายภาคีที่กว้างขวางและเข้มแข็งพอที่จะทำให้เกิดปฏิบัติการสื่อสารเพื่อสนับสนุนวิถีสุขภาวะให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตของประชาชนในทุกจังหวัดอย่างต่อเนื่อง
๓. จัดให้มีทรัพยากรและปัจจัยที่จำเป็นและเพียงพอต่อการขับเคลื่อนแผนงานไปสู่เป้าหมายประกอบด้วย นโยบาย กลไก องค์ความรู้ เครื่องมือวัดผล ช่องทางสื่อสาร เป็นต้น
๔. ดำเนินการให้ครอบคลุมประชากรทุกช่วงวัย ซึ่งแบ่งได้เป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเด็กและเยาวชน (แรกเกิด – ๒๔ ปี) วัยทำงาน (๒๕ – ๕๔ ปี) และวัยสูงอายุ (๖๐ ปี ขึ้นไป) โดยเน้นให้ความสำคัญกับ ๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ (๑) เด็ก เยาวชน (๒) ผู้สูงอายุ (๓) ผู้ขาดโอกาส และดำเนินการใน ๔ พื้นที่ปฏิบัติการได้แก่ ครอบครัว สถานศึกษา องค์กร และชุมชน ทั้งในมิติเชิงพื้นที่ในชีวิตจริง (offline) และพื้นที่เสมือน (online) ผ่านช่องทางสื่อสารในสื่อใหม่ (new media)
๕. สนับสนุนให้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. รวมถึง เป้าหมายการพัฒนา ระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับสากลบรรลุเป้าหมาย ด้วยการนำประเด็นการสร้างเสริมสุขภาวะตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. ขับเคลื่อนสู่วิถีชีวิตของประชาชนผ่านการสร้างสรรค์ปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา พร้อมทั้งคำนึงถึงการหนุนเสริมให้เป้าหมายการพัฒนาทุกระดับ ทั้งระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และเป้าหมายการพัฒนาสากล (SDGs) บรรลุผลไปพร้อมกันอย่างเป็นเนื้อเดียว(global and local connection)

นิยามศัพท์เชิงยุทธศาสตร์

ระบบนิเวศสื่อเพื่อสุขภาวะ (healthy media ecosystem) หมายถึง กระบวนการสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องด้วยสื่อกิจกรรม และพื้นที่สร้างสรรค์โดยนักสื่อสารสุขภาวะผ่านชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice : CoP) ที่เชื่อมโยงกับปัจจัยแวดล้อมในบริบทชุมชนทางกายภาพ

ชุมชนออนไลน์และปัจจัยแวดล้อมเชิงมหภาคที่สนับสนุนให้เกิดวิถีชีวิตสุขภาวะ ซึ่งครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ ได้แก่ กาย จิตใจ ปัญญาและสังคม

ผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่ตื่นรู้ (media users and creators) และนักสื่อสารสุขภาวะหมายถึง ประชากรทุกช่วงวัยที่มีศักยภาพในการกำหนดรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับระบบการสื่อสารในโลกปัจจุบันที่แวดล้อมรอบตัวได้อย่างเป็นพลวัต และสามารถยืดหยุ่นให้เหมาะสมตามบริบทที่สอดคล้องกับตนเองได้ บนฐานศักยภาพแห่งการเท่าทันสื่อและใช้สื่ออย่างสร้างสรรค์ ด้วยสำนึกต่อส่วนรวม บนพื้นฐานของจริยธรรมและการใช้สติ ปัญญา เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ

วิถีสุขภาวะทางปัญญา (spiritual health pathway) คือ การสร้างโอกาส (provide) ให้คนได้เข้าถึง มีประสบการณ์ตรง มีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาปัญญา และเกิดสติในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะโดย “โอกาส หรือ หนทาง (pathway)” ในที่นี้ ได้แก่ สื่อที่มีรูปแบบเนื้อหาสร้างแรงบันดาลใจ พื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา กิจกรรมพัฒนาจิตใจ อาทิ สวดมนต์ ภาวนา ศิลปะ ศาสนาธรรมชาติ สุขภาพองค์รวม ตลอดจนกระบวนการจิตอาสา และการพัฒนาภาวะผู้นำ

สุขภาวะทางปัญญา (Spiritual Health) คือ ความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และความรู้อย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่การตื่นรู้ และเกิดปัญญาในการดำรงชีวิตที่สมดุลและเป็นสุข

การรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (Media Information and Digital Literacy : MIDL) คือ ความสามารถในการเลือกใช้สื่อให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาวะ การคิด วิเคราะห์ และวิพากษ์สื่อ ความรู้ในการสร้างสื่ออย่างมีคุณภาพ เป็นเสมือนภูมิคุ้มกันทางสุขภาวะแบบองค์รวม

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ การรับรู้ เข้าถึง เข้าใจ เท่าทันข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และการดูแลสุขภาพด้วยตัวเองจนสามารถนำไปใช้ประโยชน์และเกิดเป็นขีดความสามารถที่จะจัดการสุขภาพของตนเองและสังคม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสร้างทักษะแก่กลุ่มเป้าหมายให้มีศักยภาพในการเป็นผู้ใช้และผู้สร้างสรรค์สื่อให้เป็นเครื่องมือสร้างเสริมสุขภาวะแก่ตนเองและสังคม
๒. เพื่อส่งเสริมความพร้อมของปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาที่สนับสนุนให้เกิดวิถีชีวิตสุขภาวะ โดยสอดคล้องและเท่าทันความเปลี่ยนแปลงของสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี
๓. เพื่อสนับสนุนการเชื่อมโยงและสร้างความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์และกลุ่มเป้าหมาย ในการพัฒนาระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ ที่มีประชาชนในฐานะ “ผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อ” เป็นศูนย์กลางของระบบ

๔. เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและบูรณาการสู่ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. โดยการเชื่อมโยงประเด็นสุขภาวะตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. มาร่วมขับเคลื่อนผ่านแผนงานพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

เป้าหมาย ๑ ปี และตัวชี้วัดหลัก

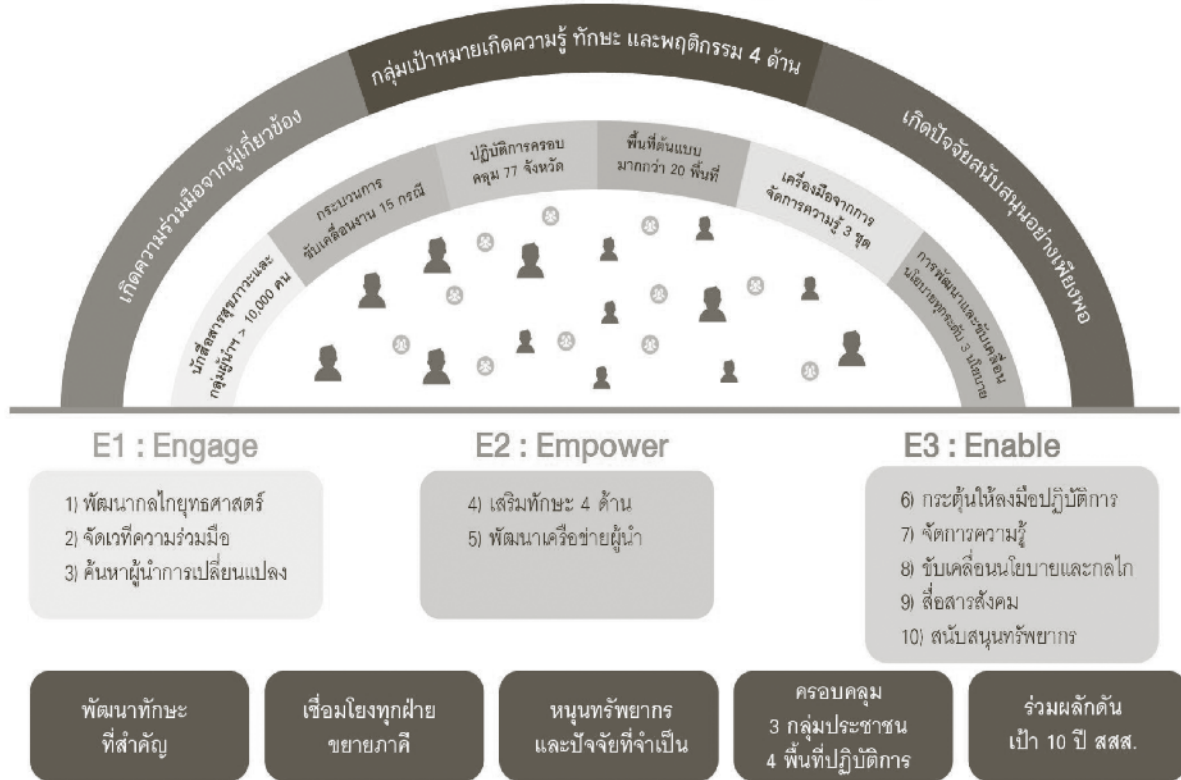
๑. เกิดการพัฒนานักสื่อสารสุขภาวะ และ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ที่มีทักษะใน ๔ ด้าน^{๑๒๙} อย่างน้อย ๓,๕๐๐ คนต่อปี เพื่อบรรลุเป้าหมาย อย่างน้อย ๑๐,๐๐๐ คน ภายใน ๓ ปี
๒. เกิดกระบวนการสื่อสารเพื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญาที่เป็นต้นแบบในการขับเคลื่อนและสร้างการเปลี่ยนแปลง ไม่ต่ำกว่า ๕ กรณีต่อปี เพื่อบรรลุเป้าหมาย ๑๕ กรณี ภายใน ๓ ปี
๓. ปฏิบัติการขับเคลื่อนระบบการสื่อสารเพื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญาอย่างต่อเนื่อง ในพื้นที่ ๔๐ จังหวัดในปีแรก และครบทั้ง ๗๖ จังหวัด และกรุงเทพมหานคร ภายใน ๓ ปี
๔. พื้นที่ต้นแบบระบบนิเวศการสื่อสารเพื่อสุขภาวะที่พัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้อย่างน้อย ๗ พื้นที่ต่อปี เพื่อบรรลุเป้าหมาย ๒๐ พื้นที่ ภายใน ๓ ปี
๕. พัฒนาเครื่องมือที่ได้จากกระบวนการจัดการความรู้ที่สามารถนำไปยกระดับและขยายผลการทำงาน (ตัวอย่างเช่น การจัดทำดัชนีชี้วัด ชุดความรู้กระบวนการพัฒนานักสื่อสารสุขภาวะ และกระบวนการเพื่อพัฒนาทักษะเท่าทันสื่อ ศูนย์ข้อมูลออนไลน์ เป็นต้น) ๒ กรณีในปีแรก เพื่อบรรลุเป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ๕ กรณี ภายใน ๓ ปี
๖. เกิดการพัฒนาหรือขับเคลื่อนนโยบายในระดับชาติหรือระดับท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนกระบวนการสื่อสารเพื่อสุขภาวะอย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่ ๑ นโยบายต่อปี เพื่อบรรลุเป้าหมาย ๓ นโยบาย ภายใน ๓ ปี

^{๑๒๙} ประกอบด้วย (๑) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (media information and digital literacy : MIDL Skill) (๒) ทักษะการสื่อสารและการสร้างความร่วมมือ (Communication & Collaboration Skill) (๓) ทักษะการเป็นผู้นำ (Leadership Skill) และ (๔) ทักษะการตระหนักรู้เท่าทันและการสะท้อนความคิด (Self-Awareness & Reflection Skill)

ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อน

ภาพรวม การขับเคลื่อนงาน ตาม ร่างแผน 3 ปี

คนไทยฉลาดใช้สื่อให้เป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะ“



กำหนด ยุทธศาสตร์ 3E ที่ขับเคลื่อนผ่านแนวทางดำเนินงานใน ๑๐ ด้าน ดังนี้

ยุทธศาสตร์	แนวทางดำเนินงาน
๑. Engage เชื่อมโยงความร่วมมือกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง	๑. พัฒนากลไกยุทธศาสตร์ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ความก้าวหน้า และพัฒนาแนวทางการทำงานร่วมภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อสนับสนุนการทำงานของภาคี ๒. จัดเวทีความร่วมมือ เพื่อการพัฒนาสังคมด้วยสื่อสุขภาวะอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์	แนวทางดำเนินงาน
๒. Empower เสริมสร้างพลังและความสามารถ ที่จำเป็นให้แก่กลุ่มเป้าหมายหลัก	๓. ค้นหาผู้นำการเปลี่ยนแปลง ที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มเป้าหมาย ทุกช่วงวัย ครอบคลุมทุกพื้นที่ปฏิบัติการ ทั้งมิติ offline และ online ๔. เสริมทักษะ ๔ ด้าน เพื่อสร้างศักยภาพประชาชนผู้ใช้สื่อ สู่ผู้นำการเปลี่ยนแปลงแห่งศตวรรษที่ ๒๑ และ นักสื่อสารสุขภาวะ ประกอบด้วย ๑) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (media information and digital literacy : MIDL) ๒) ทักษะการสื่อสารและการสร้างความร่วมมือ (communication & collaboration skill) ๓) ทักษะการเป็นผู้นำ (leadership skill) ๔) ทักษะการตระหนักรู้เท่าทันตนและการสะท้อนความคิด (self awareness & reflection Skill) ๕. พัฒนาเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงฯ และ นักสื่อสารสุขภาวะ
๓. Enable สนับสนุนทรัพยากรและปัจจัย ที่จำเป็นอย่างเพียงพอเพื่อให้ กลุ่มเป้าหมายหลักสามารถผลักดัน การเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ	๖. สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เช่น ความรู้ งบประมาณ ที่ปรึกษาฯลฯ เพื่อส่งเสริมปฏิบัติการในพื้นที่ของผู้นำ และนักสื่อสารสุขภาวะ ๗. จัดการความรู้ จากองค์ความรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้น และพัฒนาดัชนีชี้วัดที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนการยกระดับ การทำงาน และนวัตกรรม ๘. ขับเคลื่อนนโยบายและกลไก เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เชิงโครงสร้างที่เอื้ออำนวยต่อการบรรลุเป้าหมายของแผนฯ ๙. สื่อสารความก้าวหน้า ความสำเร็จ ประสิทธิภาพ และ บทเรียน จากการทำงานสู่สังคมอย่างต่อเนื่อง ๑๐. ระดมทรัพยากรในพื้นที่ทำงาน เพื่อสนับสนุนการทำงาน ของผู้นำการเปลี่ยนแปลงฯและนักสื่อสารสุขภาวะ ให้เกิดความต่อเนื่องยั่งยืน

**การบูรณาการเชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือแผนอื่นทั้งในมิติของประเด็น พื้นที่ และตามภารกิจหลัก
ของ สสส.**

แผนฯ ให้ความสำคัญกับแนวทางบูรณาการตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลักของ สสส.
และตามทิศทางที่คณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ ให้นั้นเรื่องการขับเคลื่อนงานภายใต้มิติของสุขภาวะ
แบบองค์รวม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต แผนฯ จึงได้กำหนดแนวทางการบูรณาการ ดังนี้

- ๑. การบูรณาการภายในกลุ่มแผนสร้างเสริมวิถีสุขภาวะ** ได้แก่ แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ และ
แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย บนจุดร่วมเรื่องของกลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก
และเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของแผนฯ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด กลุ่มเป้าหมาย
พื้นที่นำร่อง และแผนการสื่อสารสังคมร่วมกัน

๒. **การบูรณาการภายใน สสส.** พัฒนาความรู้ เครื่องมือ ต้นแบบ และนวัตกรรม รวมทั้ง การสื่อสารรณรงค์ เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดทักษะเป้าหมาย ๔ ด้าน พื้นที่หรือชุมชนสื่อสร้างสรรค์และพื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา ผ่านการเชื่อมโยงหรือบูรณาการกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มกิจกรรมทางกาย บริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อและลดโรคอ้วน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร โดยแผนฯ จะขยายผลร่วมกับแผนสุขภาวะเด็กและเยาวชน แผนองค์กรสุขภาวะ แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ และแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม
๓. **การบูรณาการข้ามหน่วยงาน** ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานและองค์กรทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน โดยบูรณาการงานด้วยจุดแข็งของแต่ละหน่วยงาน เพื่อเชื่อมโยงและหนุนเสริมงานไปสู่เป้าหมายร่วมในการพัฒนาพลเมืองนักสื่อสารสุขภาวะที่ฉลาดรู้ ด้านสื่อและตื่นรู้ทางปัญญา

แนวทางสร้างความยั่งยืน

๑. มุ่งเน้นการทำงานเพื่อเชื่อมประสานระบบและกลไกความร่วมมือกับหน่วยงานภาคยุทธศาสตร์ เช่น สำนักงานกองทุนสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์แห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย และเชื่อมโยงกับเครือข่ายสาธารณสุข อาทิ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กรมอนามัย สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพเพื่อประชาชน และระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System-DHS) และขับเคลื่อนมาตรการ/นโยบายหนุนเสริมการทำงาน เพื่อขับเคลื่อนระบบนิเวศสื่อเพื่อสุขภาวะ โดยมีแผนการขับเคลื่อนนโยบาย อาทิ ความร่วมมือในการพัฒนานครแห่งการอ่าน การขับเคลื่อนงานตามมติสมัชชาสุขภาพด้านการบูรณาการสุขภาวะเด็กปฐมวัย มาตรการพื้นที่สร้างสรรค์ระดับชุมชน ฯลฯ
๒. พัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในการพัฒนาหลักสูตรเท่าทันสื่อในกระบวนการเรียนรู้ ในสถานศึกษาทุกช่วงวัย และเตรียมความพร้อมของครูและนักการศึกษาให้มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการพัฒนาทักษะด้านการเท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (MIDL)
๓. แสวงหาความร่วมมือและประสานการทำงานกับภาคีเครือข่าย พันธมิตรภาคธุรกิจเพื่อสังคมและภาคเอกชน เพื่อนำกลไกพัฒนาจิตอาสาและกระบวนการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสู่องค์กรที่ตื่นรู้และมุ่งพัฒนาศักยภาพองค์กรภาคีเครือข่ายให้มีความเข้าใจในด้านสุขภาวะทางปัญญาและหลอมรวมเข้ากับงาน
๔. พัฒนาระบบการร่วมกับหน่วยงานภาคเอกชน Start up ซึ่งมีศักยภาพในการพัฒนางาน ด้วยกรอบแนวคิดที่ทันต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงของภูมิทัศน์สื่อโดยมุ่งสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ในการค้นหาและพัฒนานักสื่อสารสุขภาวะที่มีความฉลาดรู้ทางสื่อ สุขภาพ และมีทักษะความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วยกลุ่มแผนงาน ๒ กลุ่ม ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ

๑.๑ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเด็ก เยาวชน และครอบครัว

๑.๒ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายผู้ขาดโอกาสทางสังคม

๑.๓ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายนักสื่อสารสุขภาวะ

๒. กลุ่มแผนงานวิถีสุขภาวะทางปัญญา

๒.๑ แผนงานและโครงการส่งเสริมกระบวนการจิตอาสา

๒.๒ แผนงานและโครงการส่งเสริมการพัฒนาจิตตปัญญา

๒.๓ แผนงานและโครงการส่งเสริมการสื่อสารเพื่อสุขภาวะทางปัญญา

มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๑.๑ พัฒนาศักยภาพของนักสื่อสารสุขภาวะ อาทิ นักสื่อสารสุขภาวะชุมชน ภาคีเครือข่าย สสส. สื่อมวลชนวิชาชีพ นักวิชาการด้านการสื่อสาร นักสื่อสารภาคเอกชน ฯลฯ เพื่อให้เกิดทักษะเท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสารและสร้างความร่วมมือ รวมทั้งส่งเสริมศักยภาพในการใช้สื่อเป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะผ่านประสบการณ์ตรงจากกระบวนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมในประเด็นหรือพื้นที่ โดยให้ความสำคัญกับการค้นหาและบ่มเพาะนักสื่อสารสุขภาวะรุ่นใหม่ที่ได้เติบโตภายใต้สภาพแวดล้อมสื่อดิจิทัล ที่มีศักยภาพและเจตจำนงในการสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดสังคมสุขภาวะ สนับสนุนกลไกที่ยั่งยืนที่มีชุมชนนักปฏิบัติเป็นฐานและเป็นเครือข่ายสื่อเพื่อสุขภาวะเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายการสร้างนักสื่อสารสุขภาวะและพลเมืองตื่นรู้

๑.๒ สนับสนุนกระบวนการและปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ ที่เชื่อมโยงและเสริมพลังเครือข่าย รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในท้องถิ่น เพื่อสร้างสรรค์ให้เกิดเป้าหมายร่วมในการสร้างระบบนิเวศสื่อเพื่อสุขภาวะ ผ่านการพัฒนาสื่อสร้างสรรค์ต้นแบบ กิจกรรม ช่องทางสื่อ และพื้นที่สร้างสรรค์ที่นำไปสู่ทักษะเท่าทันสื่อ (media literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มเด็กเยาวชน กลุ่มขาดโอกาสหรือกลุ่มที่มีความเปราะบาง และกลุ่มผู้สูงอายุ

๑.๓ สนับสนุนการขับเคลื่อนกลไกเชิงนโยบายด้านสื่อเพื่อสุขภาวะ โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคนโยบาย ภาคประชาชน และชุมชนท้องถิ่น เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ

อย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งส่งเสริมรูปแบบ ช่องทาง กลไกการสื่อสารและการเฝ้าระวังสื่อ
ภาคประชาชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งและทักษะเท่าทันสื่อของพลเมืองในทุกกระดับ
ตั้งแต่ระดับปัจเจก ครอบครัว ชุมชน

๑.๔ สนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือที่ได้จากกระบวนการจัดการความรู้ที่สามารถนำไปยกระดับ
และขยายผลการทำงาน อาทิ งานวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านระบบนิเวศสื่อเพื่อสุขภาวะ
การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรด้านทักษะเท่าทันสื่อ การพัฒนาเครื่องบ่งชี้และตัวชี้วัด การวิจัย
สถานการณ์ระบบสื่อ ศูนย์ข้อมูลสื่อเพื่อสุขภาวะ องค์ความรู้ด้านสื่อเพื่อสุขภาวะ
ของกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

๑.๕ สนับสนุนการพัฒนากระบวนการภายใต้ยุทธศาสตร์เมือง ๓ ดี สื่อดี พื้นที่ดี ภูมิดี ให้เกิด
การนำเอาคุณค่าของสุนทรียะและภูมิปัญญาชุมชน มาส่งเสริมการเรียนรู้ และการสร้าง
สุขภาวะทางปัญญาของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

๑.๖ บูรณาการกับแผนหลักต่างๆ ของ สสส. เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ร่วมจากระบบสื่อ
เพื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญาที่กลุ่มแผนงานฯ ได้พัฒนาขึ้นตามยุทธศาสตร์
โดยจะหนุนเสริมงานของแผนอื่นๆ ด้วยการร่วมขับเคลื่อนประเด็นสุขภาวะผ่านกระบวนการ
สื่อเพื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและบูรณาการ
สู่เป้าหมาย ๑๐ ปี

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วยแผนงานและโครงการหลักที่จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายสำคัญทั้ง ๓ กลุ่ม คือ เด็กเยาวชน
และครอบครัว กลุ่มเป้าหมายขาดโอกาส และผู้สูงอายุ โดยมีตัวอย่างแผนงาน/โครงการ ได้แก่ แผนงาน
สื่อสร้างสุขภาวะเด็กเยาวชน แผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน แผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริม
สุขภาพ โครงการสื่อเสียงเพื่อเด็กเยาวชนและครอบครัว โครงการพัฒนาตัวชี้วัดด้านทักษะเท่าทันสื่อ โครงการ
พัฒนาศักยภาพนักสื่อสารสุขภาวะดิจิทัล โครงการพัฒนาศักยภาพนักสื่อสารสุขภาวะชุมชน โครงการสื่อสาร
สุขภาวะเพื่อคนชายขอบ โครงการพัฒนานักสื่อสารสุขภาวะสูงอายุ โครงการสื่อเป็นโรงเรียนของสังคมและ
โครงการตามวาระพิเศษต่างๆ ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกลุ่มแผนงานฯ

๒. กลุ่มแผนงานวิถีสุขภาวะทางปัญญา

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๒.๑ พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ ให้เป็นนักสื่อสารสุขภาวะที่มีทักษะ
ความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและทักษะการตระหนักรู้เท่าทันและการสะท้อนความคิด
สามารถเชื่อมโยงงานสร้างเสริมสุขภาพทุกมิติในระดับปัจเจกและระดับสังคม

๒.๒ พัฒนาความพร้อมของปัจจัยแวดล้อมด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญา ด้วยกระบวนการ
เสริมพลังที่อบอุ่นให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงวิถีสุขภาวะทางปัญญา อันนำไป
สู่การเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกใหม่ (transformation) ผ่านช่องทางการสื่อสารและ
กระบวนการที่หลากหลาย ได้แก่ กระบวนการพัฒนาจิต อาทิ สวดมนต์ ภาวนา ศิลปะ ศึกษา

ธรรมชาติ สุขภาพองค์กรรวมฯ พื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา กลไกส่งเสริมจิตอาสา
กระบวนการพัฒนาภาวะผู้นำ สื่อสร้างสุขภาวะทางปัญญาที่มีรูปแบบเนื้อหาสร้าง
แรงบันดาลใจ เพื่อสร้างพลเมืองตื่นรู้ด้วยจิตสำนึกใหม่

๒.๓ เชื่อมโยงเครือข่ายวิถีสุขภาวะทางปัญญาให้มีวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วม เกิดการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ด้านองค์ความรู้และกระบวนการทำงาน แบ่งปันทรัพยากร และหนุนเสริมงานระหว่าง
เครือข่าย เพื่อประสานพลังร่วมสร้างจิตสำนึกใหม่ของพลเมืองในสังคม

๒.๔ สนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือที่ได้จากกระบวนการจัดการความรู้ด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญา
ที่จำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ อาทิ การพัฒนาตัวชี้วัด การพัฒนาเครื่องมือ
ประเมินผล การวิจัยสถานการณ์ด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญาของสังคม การถอดบทเรียน
กระบวนการทำงานส่งเสริมวิถีสุขภาวะทางปัญญา

๒.๕ บูรณาการสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี กับแผนหลักต่างๆ ของ สสส. เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ร่วม
จากวิถีสุขภาวะทางปัญญา โดยสร้างความพร้อมทางปัจจัยแวดล้อมด้านวิถีสุขภาวะ
ทางปัญญาและส่งเสริมการใช้มิติสุขภาวะทางปัญญาเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนสุขภาวะ
ของภาคีเครือข่าย สสส. ด้วยการพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้มีความตื่นรู้ทางปัญญาซึ่งเป็น
รากฐานของความฉลาดรู้ทางสุขภาพ และพัฒนาความเข้มแข็งและภาวะผู้นำของภาคี
เครือข่าย สสส. ให้มีการเติบโตทางปัญญา นำไปสู่การเชื่อมโยงงานสุขภาวะองค์กรรวม

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วยแผนงาน/โครงการที่จำแนกตามวิธีดำเนินงานหลัก ๓ ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการ
จิตอาสา ด้านการพัฒนาจิตตปัญญา และด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาวะทางปัญญา โดยมีแผนงาน/โครงการ อาทิ
โครงการวิถีสุขภาวะทางปัญญา โครงการพัฒนากลไกเสริมสร้างสังคมจิตอาสา โครงการเครือข่ายงานธรรม
เพื่อวิถีสุขภาวะทางปัญญา โครงการหยั่งรากจิตตปัญญาสู่สังคมแห่งความสุข โครงการเครือข่ายพัฒนา
ภาวะผู้นำองค์กรและสังคม โครงการความตายพุดได้ โครงการส่งเสริมงานจิตอาสา โครงการเครือข่าย
จิตวิญญาณเพื่อสังคม

ภาคยุทธศาสตร์

๑. ภาคีสื่อภาคประชาชน อาทิ สถาบันสื่อเด็กและเยาวชน สถาบันพัฒนาสื่อภาคประชาชน
เครือข่ายวิทยุชุมชน สมาคมวิทยุและสื่อเพื่อเด็กและเยาวชน มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว เครือข่าย
นักข่าวพลเมือง เครือข่ายสื่อเพื่อการปฏิรูป เครือข่ายสื่อภาคประชาชนในภูมิภาคต่างๆ
๒. ภาคีสันติสุขภาวะทางปัญญา อาทิ หอจดหมายเหตุพุทธทาสฯ ธนาคารจิตอาสา มูลนิธิอาสาสมัคร
เพื่อสังคม เครือข่ายจิตอาสา ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา เครือข่ายสื่อเพื่อสร้างจิตสำนึกใหม่
เครือข่ายพุทธิกามูลนิธิเสถียรโกเศศ-นาคะประทีป และภาคีสันติสุขภาวะทางปัญญาและจิตตปัญญาฯ

๓. ภาควิชาด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ อาทิ สำนักงานกองทุนสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์แห่งชาติ หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่มีนโยบายส่งเสริมสื่อสร้างสรรค์ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย และเชื่อมโยงกับเครือข่ายสาธารณสุข อาทิ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กรมอนามัย สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพเพื่อประชาชน และระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS)
๔. ภาควิชาพันธมิตรด้านสื่อ อาทิ องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะ สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย สมาคมนักข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย สมาคมนักหนังสือพิมพ์แห่งชาติ สภาวิชาชีพข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย สมาคมผู้ประกอบเคเบิลทีวีแห่งประเทศไทย สมาคมผู้ดูแลเว็บไทย เครือข่ายผู้ผลิตแอนิเมชัน สมาคมโฆษณาแห่งประเทศไทย สมาคมผู้จัดพิมพ์และผู้จำหน่ายหนังสือแห่งประเทศไทย เครือข่ายและชมรมด้านวิชาชีพสื่อต่างๆ
๕. ภาควิชาวิชาการ อาทิ สถาบันวิชาการด้านนิเทศศาสตร์และสื่อสารมวลชนทั่วประเทศ สถาบันวิชาการด้านการศึกษาและเรียนรู้ ด้านสังคม ด้านวัฒนธรรม ด้านเด็กเยาวชนและครอบครัว และด้านสุขภาวะทางปัญญา

แนวทางบริหารจัดการแผน

กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ โดยสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก ๕) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการ ที่ยึดหลักการบริหารที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส เพื่อให้เกิดผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย รวมไปถึงความคุ้มค่า ความยั่งยืน และความน่าเชื่อถือจากสังคม และการสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพของภาคีเครือข่าย

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ	๑๖๐
๒. กลุ่มแผนงานวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๘๐
รวม	๒๔๐

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ

สถานการณ์และแนวโน้ม

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะมีเป้าประสงค์หลักในการขยายโอกาสและพัฒนาศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มบุคคล ชุมชนและองค์กรทั่วไปสามารถดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาวะที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายสอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของชุมชน/พื้นที่ โดยมีกรอบการดำเนินงานตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. ผ่านช่องทางการสนับสนุนหลักรวม ๔ ช่องทาง ได้แก่ (๑) โครงการสร้างเสริมสุขภาวะทั่วไป (๒) โครงการสร้างเสริมสุขภาวะประเด็นเฉพาะ (๓) โครงการสร้างเสริมสุขภาวะขนาดเล็ก และ (๔) กิจกรรมสร้างสรรค์อย่างง่าย โดยให้ความสำคัญกับการค้นหาและพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการ (Node) ให้เป็นองค์กรตัวกลางดำเนินการแทน สสส. ในการกระจายโอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะสู่ภาคีรายย่อย โดยเฉพาะกลุ่มประชากรและพื้นที่ที่ขาดโอกาสให้เข้าถึงทุนของ สสส. มากขึ้น รวมทั้งช่วยพัฒนาศักยภาพให้ภาคีผู้รับทุน โดยแผนฯ ได้ให้การหนุนเสริมพลังให้หน่วยจัดการและภาคีสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลตามเป้าหมาย

ความก้าวหน้าและผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐

๑. ผลการดำเนินงานเทียบกับเป้าหมายตัวชี้วัดของแผนหลัก ๓ ปี สสส.

ในภาพรวม แผนฯ ได้สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาวะที่มุ่งให้เกิดผลลัพธ์ที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกับทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. ถึง ๙ ใน ๑๐ ของเป้าหมายเฉพาะที่กำหนดไว้ คือ

- (๑) ลดอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในปี ๒๕๖๒ ไม่เกินร้อยละ ๑๖.๗
- (๒) ลดอัตราการดื่มสุราของคนไทยในปี ๒๕๖๓ ให้น้อยกว่าร้อยละ ๒๗
- (๓) เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้อย่างพอเพียงตามข้อเสนอแนะ (๔๐๐ กรัมต่อวัน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ในปี ๒๕๖๔
- (๔) เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำของคนไทยอายุ ๑๑ ปีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ในปี ๒๕๖๔
- (๕) ลดอัตราความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ในปี ๒๕๖๒

- (๖) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนสัดส่วนไม่เกิน ๑๐ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๖๓
- (๗) เพิ่มสัดส่วนของคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่มีความสุขในการดำรงชีวิต
- (๘) เพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น
- (๙) ชุมชนและท้องถิ่นเข้มแข็ง

ตารางที่ ๑ : สรุปผลการดำเนินงานของแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะตามเป้าหมายตัวชี้วัดของแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)	ผลงาน ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ^{๑๓๐}	คาดการณ์ผลงาน ปี ๒๕๖๐ ^{๑๓๑}
๑. โครงการสร้างเสริมสุขภาวะที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายทั้งในกลุ่มบุคคล องค์กร และชุมชน กระจายทั่วทุกจังหวัด ไม่น้อยกว่า ๖,๐๐๐ โครงการ	๖,๐๐๐ โครงการ	๔,๔๘๓ โครงการ	๑,๑๐๐ โครงการ
๒. โครงการที่เสนอโดยภาคีรายใหม่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของโครงการที่สนับสนุน	๓,๖๐๐ โครงการ	๔,๑๔๘ โครงการ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐
๓. ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากการดำเนินโครงการ ทั้งโดยตรงและทางอ้อมไม่น้อยกว่า ๑,๒๐๐,๐๐๐ คน	๑,๒๐๐,๐๐๐ คน	๑,๐๘๙,๕๖๒ คน	๒๐๐,๐๐๐ คน
๔. เกิดสภาพแวดล้อมหรือปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะของคน องค์กร และชุมชนในพื้นที่ไม่น้อยกว่า ๓,๖๐๐ แห่ง	๓,๖๐๐ แห่ง	๔,๑๖๔ แห่ง	๑,๐๐๐ แห่ง
๕. แกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนผลักดัน ชักชวน กลุ่มเป้าหมายหรือเป็นผู้มีบทบาทการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า ๑๒,๐๐๐ คน	๑๒,๐๐๐ คน	๑๘,๔๙๕ คน	๑,๐๐๐ คน
๖. แกนนำที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ เพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ไม่น้อยกว่า ๓๐๐ คน	๓๐๐ คน	๒๘๑ คน	๖๙ คน
๗. โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดี ไม่น้อยกว่า ๖๐๐ โครงการ	๖๐๐ โครงการ	๖๑๐ โครงการ	๑๐๐ โครงการ

^{๑๓๐} ผลงานปี ๒๕๖๐ เป็นผลงานจริง ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

^{๑๓๑} การคาดการณ์ผลงานที่จะเกิดระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)	ผลงาน ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ^{๑๓๐}	คาดการณ์ผลงาน ปี ๒๕๖๐ ^{๑๓๑}
๘. นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ ที่ใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานโครงการ ไม่น้อยกว่า ๓๐๐ กรณี	๓๐๐ กรณี	๓๘๘ กรณี	๑๐๐ กรณี
๙. นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถ ขยายผลได้ ไม่น้อยกว่า ๓ เรื่อง	๓ เรื่อง	-	๓ เรื่อง
๑๐. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมาย และ ยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. เช่น การลด อัตราการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ เพิ่มชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ ของโครงการที่สนับสนุน	๓,๐๐๐ โครงการ	๒,๔๗๔ โครงการ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐
๑๑. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เสนอจากกลุ่มประชากรที่ขาดโอกาส ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของโครงการที่ สนับสนุน	๖๐๐ โครงการ	๗๒๖ โครงการ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๑๐

การสนับสนุนโครงการฯ ที่สอดคล้องกับเป้าหมายเฉพาะของ สสส. เป็นการบูรณาการการทำงาน
ร่วมกับแผนอื่นๆ ใน ๒ ลักษณะ คือ

ลักษณะแรก : แผนฯ ออกแบบแนวทางการสนับสนุนทุนที่มุ่งให้เกิดผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับเป้าหมาย
เฉพาะของ สสส. เช่น ชุดโครงการชุมชนนออยู่ (ตอบเป้าหมายเรื่องครอบครัวยุคใหม่และชุมชนเข้มแข็ง)
ชุดโครงการควบคุมบุหรี่โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (ตอบเป้าหมายเรื่องลดอัตราการสูบบุหรี่) ชุดโครงการส่งเสริม
การบริโภคผักผลไม้ในครัวเรือนและในโรงเรียน (ตอบเป้าหมายเรื่องเพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้และ
ลดภาวะน้ำหนักตัวเกินของเด็กนักเรียน) เป็นต้น

ลักษณะที่สอง : แผนฯ สนับสนุนการนำชุดความรู้หรือรูปแบบการทำงานที่ประสบผลสำเร็จ
ของแผนเชิงรุกมาขยายผล เช่น ชุดโครงการชุมชนจักรยานสุขภาพดี (ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย
ขยายผลการดำเนินงานเพื่อเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายโดยการปั่นจักรยาน) ชุดโครงการมหัศจรรย์
สื่อสร้างสรรค์ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ร่วมกับแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา ขยายผลการใช้
ชุดการเรียนรู้เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และส่งเสริมพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก)
ชุดโครงการการจัดการจุดเสี่ยงเพื่อลดอุบัติเหตุในชุมชน (ร่วมกับแผนความปลอดภัยทางถนนขยาย
ผลการดำเนินงานเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการจุดเสี่ยงในชุมชน) ชุดโครงการ ๑๕ ปี
ไม่ขี่มอเตอร์ไซด์ (ขยายผลรูปแบบกิจกรรมเยาวชนนำเยาวชน ลดอัตราการขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียนและ
นอกเวลาเรียนของเด็กที่อายุไม่ถึง ๑๕ ปี)

^{๑๓๐} ผลงานปี ๒๕๖๐ เป็นผลงานจริง ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

^{๑๓๑} การคาดการณ์ผลงานที่จะเกิดระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

๒. ผลการดำเนินงานที่สำคัญตามจุดเน้นของแผน

แผนฯ ได้ให้ความสำคัญกับการกระจายโอกาสเพื่อขยายแนวร่วมการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสู่ภาคีรายย่อยอย่างกว้างขวาง โดยทำงานร่วมกับหน่วยจัดการ (Node) ที่มีศักยภาพทั้งเชิงพื้นที่ (จังหวัด) และเชิงประเด็น รวมทั้งค้นหา พัฒนาและสร้างนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีผลการดำเนินงานสำคัญ ดังนี้

๒.๑ การกระจายโอกาสเพื่อขยายแนวร่วมการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสู่ภาคีรายย่อย
จาก ๔,๔๘๓ โครงการ (ข้อมูล ณ มิถุนายน ๒๕๖๐) ที่แผนฯให้การสนับสนุน สามารถจำแนกตามช่องทางหรือรูปแบบการสนับสนุน ๔ รูปแบบหลัก ได้แก่

๒.๑.๑ โครงการสร้างเสริมสุขภาพทั่วไป รวม ๒๔๙ โครงการ โครงการส่วนใหญ่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาวะของบุคคลและชุมชน เช่น การลดละเลิกเหล้าบุหรี่ การบริโภคอาหารปลอดภัย การดูแลสุขภาพอนามัย การจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น/สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

๒.๑.๒ โครงการสร้างเสริมสุขภาพประเด็นเฉพาะ รวม ๒,๖๔๒ โครงการย่อย โดยมีผลงานเด่น ดังนี้

(๑) **โครงการชุมชนน่าอยู่** สนับสนุน ๙๓๐ หมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศสร้างการมีส่วนร่วมของแกนนำและสมาชิกในหมู่บ้าน/ชุมชนพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนตนเองให้น่าอยู่ มุ่งแก้ไขปัญหาที่ตรงกับความต้องการของหมู่บ้าน/ชุมชน เกิดผลลัพธ์ ๒ ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์เรื่องความเข้มแข็งของหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านการดำเนินงานของกลไกสภาผู้นำชุมชน และผลลัพธ์เชิงประเด็นที่หมู่บ้าน/ชุมชนเลือกดำเนินการ (เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมหรือปัจจัยที่เอื้อต่อสุขภาพ) เช่น การลดใช้สารเคมี การปลูกและบริโภคผักปลอดสาร การคัดแยกขยะและใช้ประโยชน์จากขยะ การลดค่าใช้จ่ายค่าเช่าในงานบุญงานประเพณี การลดปัญหาทะเลาะวิวาทของเยาวชน การรวมกลุ่มทำกิจกรรมในชุมชน เป็นต้น

(๒) **การควบคุมยาสูบโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน** มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลในการพัฒนาแผนดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับตำบลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการชุมชนในการควบคุมการบริโภคยาสูบในพื้นที่ ลดอัตราการสูบบุหรี่และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ ดำเนินงานครอบคลุม ๑๘๑ ตำบล (โครงการ) ใน ๗ จังหวัด ได้แก่ แม่ฮ่องสอน นครศรีธรรมราช ปัตตานี นราธิวาส บุรีรัมย์ เชียงราย และนครราชสีมา รวมถึงการเสริมพลังให้กลุ่มองค์กรเยาวชนในท้องถิ่น จำนวน ๑๘๙ แห่ง มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อลดละเลิกบุหรี่ มุ่งเน้นที่การป้องกันนักสูบหน้าใหม่โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน รวมถึงการขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่ในเขตรับผิดชอบของ อปท.

(๓) **การส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้ในโรงเรียน** ๒๓๕ แห่ง ให้นักเรียนมีพฤติกรรมบริโภคโปรตีน ผักและผลไม้ที่ปลอดภัยและถูกหลักโภชนาการผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่ให้นักเรียนได้ฝึกคิด ค้นคว้า และลงมือดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง พบว่า นักเรียนในโรงเรียนเป้าหมาย จำนวน ๓๒,๓๔๕ คน ได้รับประทานอาหารกลางวันที่มีโปรตีน ผักและผลไม้ตามเกณฑ์โรงเรียนร้อยละ ๔๔ สามารถจัดผักได้ปริมาณตามคำแนะนำ และสนับสนุนการสร้างพื้นที่ต้นแบบปลูกผักในเมือง ๘๓ แห่ง

(๔) การมีกิจกรรมทางกายหลากหลายรูปแบบกระจายในกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ต่างๆ โดยมีการสนับสนุนกลุ่ม/ชุมชน/องค์กรในพื้นที่ ๑๗๖ แห่ง ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการใช้จักรยานสำหรับเดินทางในชีวิตประจำวัน สามารถเพิ่มจำนวนผู้ใช้จักรยานจาก ๑๑,๐๐๔ คน เป็น ๑๘,๔๓๗ คน (เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๖๗.๔ ของจำนวนผู้ใช้จักรยานเดิม) เกิดการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการใช้จักรยานในชุมชน เช่น ปรับปรุงถนน ขยายไหล่ทางถนน จัดทำที่จอดจักรยาน จัดทำป้ายเตือน ป้ายสัญลักษณ์ ฯลฯ นอกจากนี้ยังเกิดรูปแบบกิจกรรมสร้างสรรค์ที่หลากหลายตามบริบทในพื้นที่ เช่น กิจกรรมอาสาสอน-อาสาซ่อม การจัดตั้งศูนย์ซ่อมจักรยานให้บริการซ่อมแซมแก่กลุ่มผู้ใช้จักรยานในพื้นที่ จัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์เพื่อเป็นกองทุนของผู้ใช้จักรยาน ดูแลสวัสดิภาพของสมาชิก การส่งเสริมให้เด็กนักเรียนใช้จักรยานเดินทางไปโรงเรียน เป็นต้น

(๕) การพัฒนาสุขภาวะเด็กและเยาวชนผ่านกระบวนการอาสาสมัคร/จิตอาสา จำนวน ๒๑๔ กลุ่ม และสนับสนุนชุดโครงการมหัศจรรย์สื่อสร้างสรรค์ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน ๓๗๓ ศูนย์ เพื่อให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก

(๖) การสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มประชากรเฉพาะ ได้แก่ ผู้สูงอายุ คนพิการ ครอบครัวในสภาวะยากลำบาก กลุ่มเด็กเยาวชนด้อยโอกาส (เด็กพิการทางการเห็น เด็กพิการทางการได้ยิน เด็กเยาวชนในสถานพินิจ) กลุ่มสตรีในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และกลุ่มชาติพันธุ์ (ชนเผ่าพื้นเมืองบนพื้นที่สูง) จำนวน ๕๒๕ โครงการ

๒.๑.๓ โครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็ก สนับสนุน ๑,๔๑๑ โครงการ ใน ๖ ประเด็น ได้แก่ ลดละเลิกการสูบบุหรี่ในชุมชน ลดละเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการขยะ การผลิตและบริโภคผักปลอดสารเคมีในครัวเรือน การส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้เพื่อสุขภาพในโรงเรียน และการจัดการจุดเสี่ยงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน

๒.๑.๔ กิจกรรมสร้างสรรค์อย่างง่าย (เน้นกลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชน) สนับสนุนกลุ่มเด็กและเยาวชนจำนวน ๖๘๑ กลุ่ม คิดค้นกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สร้างสรรค์และเกิดประโยชน์ต่อตนเองและ/หรือต่อชุมชนในพื้นที่รอบตัวเด็กและเยาวชน เป็นการสร้างการเรียนรู้และประสบการณ์ผ่านการลงมือทำด้วยตนเอง เกิดปฏิบัติการที่ส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนที่หลากหลาย เช่น การพัฒนาทักษะชีวิต กระบวนการคิดและการสร้างแรงบันดาลใจให้กับเยาวชนที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงและขาดโอกาส โดยใช้กระบวนการดนตรี ละคร การพัฒนาศักยภาพเยาวชนให้เกิดกระบวนการทำกิจกรรมสร้างสรรค์และเป็นประโยชน์ต่อชุมชนโดยใช้กระบวนการอาสาสมัคร การพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนให้เป็นพลเมืองที่มีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม มีความรู้และแสดงออกถึงการมีจิตสำนึกสาธารณะผ่านกิจกรรมอ่าน กิน เล่น ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วม เป็นต้น

คาดการณ์ว่าในช่วงเวลาที่เหลือภายในปี ๒๕๖๐ จะสามารถสนับสนุนโครงการรายย่อยได้ไม่น้อยกว่า ๖,๐๐๐ โครงการตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนหลัก ๓ ปี และเมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดของการสนับสนุนโครงการ พบว่า

(๑) แผนฯ ได้ให้การสนับสนุนโครงการที่มุ่งผลลัพธ์ตามทิศทาง เป้าหมาย และ ยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปีของ สสส. คิดเป็นร้อยละ ๕๔ ของจำนวนโครงการที่สนับสนุนทั้งหมด ได้แก่ การควบคุมยาสูบโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน การลดละเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานบุญงานประเพณี เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ในโรงเรียนและชุมชน การจัดการจุดเสี่ยงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย สร้างเสริมความอบอุ่นในครอบครัว สร้างชุมชนเข้มแข็ง/ชุมชนน่าอยู่

(๒) แผนฯ ได้ให้การสนับสนุนแก่ภาครายใหม่ได้มากกว่าร้อยละ ๘๐

(๓) พื้นที่ดำเนินโครงการที่ได้รับการสนับสนุนกระจายอยู่ครอบคลุมทุกจังหวัด โดยร้อยละ ๓๒ กระจายในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือ พื้นที่ภาคใต้ ร้อยละ ๒๖ ภาคกลาง ตะวันออก ตะวันตก และภาคเหนือร้อยละ ๒๑

(๔) การกระจายโครงการเชิงประเด็น พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการพัฒนาสุขภาวะเด็ก และเยาวชนในรูปแบบต่างๆ ร้อยละ ๒๔.๖ รองลงมาคือ ชุมชนน่าอยู่ร้อยละ ๑๘.๖ ส่งเสริมการบริโภคผัก ผลไม้ ร้อยละ ๑๘.๓ และการลดเหล้า-บุหรี่ ร้อยละ ๑๓.๖

ผลลัพธ์สำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นจากโครงการต่างๆ ที่ได้รับการสนับสนุนจากแผนฯ ทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและ/หรือการมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะของกลุ่มเป้าหมาย

(๕) มีประชาชนที่ได้รับประโยชน์จากการดำเนินโครงการทั้งโดยตรงและทางอ้อม รวมทั้งสิ้น ๑,๐๘๙,๕๖๒ คน และไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ เช่น เกิดการลด-เลิกบุหรี่ ๔๓,๘๑๗ คน มีผู้ที่ลดปริมาณการดื่มเหล้าลง ๙,๐๘๔ คน เลิกเหล้าได้ ๑,๑๑๕ คน มีการออกกำลังกาย/เล่นกีฬา รวมถึงการเดินและการใช้จักรยาน ๕๘,๕๐๘ คน มีการปลูกและบริโภคผัก ปลอดภัย ๕๐,๘๕๗ ครัวเรือน สวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่ยานยนต์ ๖๒๓ คน มีการใช้ยูนวมัก บัญชีสุขภาพ ในการทำเกษตรปลอดภัย ปลอดภัย ๒๓,๘๘๒ ครัวเรือน มีการคัดแยกขยะในครัวเรือน ๓๗,๑๕๘ ครัวเรือน นักเรียน ๓๒,๓๔๕ คนได้รับประทานอาหารกลางวันที่มี โปรตีน ผักและผลไม้ตามเกณฑ์ในมื้อกลางวัน เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ๑๙,๕๑๓ คนมีพัฒนาการสมวัย เด็กเยาวชนทำกิจกรรมสร้างสรรค์ร่วมกับชุมชน ๖,๖๑๗ คน (รณรงค์ลดละเลิกบุหรี่ ป้องกันยาเสพติด) เป็นต้น

(๖) เกิดแกนนำที่มีบทบาทสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ๑๘,๔๙๕ คน โดยแกนนำเหล่านี้ ได้รับการพัฒนาศักยภาพในด้านการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาชุมชน การบริหารจัดการโครงการ การใช้ ข้อมูลเพื่อการติดตามผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการไปทำงานในพื้นที่ เช่น แกนนำกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข มีทักษะในการช่วยเลิกเหล้าบุหรี่ แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) ผ่านการอบรมวัดกจุด สะท้อนเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่และบำบัดโรคเรื้อรัง กลุ่มสภาผู้นำชุมชนมีศักยภาพในการบริหารจัดการชุมชน และการติดตามประเมินความเข้มแข็งของชุมชน แกนนำผู้สูงอายุมีบทบาทในการจัดกิจกรรมสร้างเสริม สุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชน แกนนำชุมชนที่เป็นต้นแบบเรื่องการเลิกเหล้า-บุหรี่ การจัดการขยะในครัวเรือน และการปลูกผักปลอดภัย ปลอดภัย แกนนำเยาวชนจิตอาสาที่สามารถรณรงค์เรื่องการลดปัจจัยเสี่ยง (เหล้า บุหรี่ ยาเสพติด สุขภาวะทางเพศ การบริโภคผักผลไม้) แกนนำครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีทักษะในจัดกระบวนการ เรียนรู้และพื้นที่สร้างสรรค์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล็ก เป็นต้น

(๗) เกิดสภาพแวดล้อมหรือปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะของคน องค์กรและชุมชนในพื้นที่โครงการ มากกว่า ๔,๑๖๔ แห่ง ที่มีลักษณะเป็นกฎ กติกาหรือมาตรการชุมชนที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ เช่น มาตรการงานศพปลอดเหล้า/งานบุญปลอดเหล้าทำให้เกิดงานศพงานบุญประเพณีปลอดเหล้า ๒๘๓ งาน ร้านค้าในหมู่บ้าน ๕๑ หมู่บ้านงดขายเหล้าวันพระ มาตรการการคัดแยกขยะ/การจัดการขยะในครัวเรือนและชุมชนที่ส่งผลให้ครัวเรือนใน ๒๗๐ หมู่บ้าน/ชุมชนมีการคัดแยกขยะก่อนทิ้ง กติกาลดการใช้สารเคมีในนาข้าวหรือแปลงผักใน ๒๕๕ หมู่บ้าน/ชุมชน เกิดกลไกการจัดการหรือโครงสร้างของชุมชน/พื้นที่ เช่น กลไก “สภาผู้นำชุมชน” ที่สร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเพื่อพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาของชุมชน การรวมกลุ่มทำกิจกรรมในชุมชน เกิดพื้นที่เรียนรู้ระดับชุมชนที่มีความสำเร็จเชิงประจักษ์ เช่น หมู่บ้านต้นแบบจัดการขยะ หมู่บ้านต้นแบบลดใช้สารเคมี หมู่บ้านต้นแบบด้านการปลูกผักปลอดสาร ศูนย์เรียนรู้เกษตรอินทรีย์ พิพิธภัณฑ์ชุมชนพื้นบ้าน ศูนย์เรียนรู้การจัดการขยะ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบด้านการใช้สื่อสร้างสรรค์จำนวน ๑๗ แห่ง โรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้จำนวน ๑๐ แห่ง ศูนย์เรียนรู้ช่วยเหลือเกษตรกร ๒ แห่ง (อำเภอปะคำ บุรีรัมย์และอำเภอแม่สรวย เชียงราย) เป็นต้น

๒.๒ การกระจายโอกาสผ่านกลไก “หน่วยจัดการ (Node)”

หน่วยจัดการ (Node) ถือเป็นองค์กรตัวกลางที่แผนฯ มุ่งหวังให้ช่วยทำหน้าที่กระจายโอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพไปสู่ประชาชนและพื้นที่ที่ขาดโอกาสได้กว้างขวางมากขึ้น แผนฯ จึงให้ความสำคัญกับการค้นหาหน่วยจัดการและทำความเข้าใจเรื่องบทบาทของหน่วยจัดการและความคาดหวังของสำนักที่ต้องการให้หน่วยจัดการเป็น “ผู้สร้างการเปลี่ยนแปลง (change agent)” รวมทั้งมีการพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีสมรรถนะในการบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์ สามารถสนับสนุนให้ชุมชนพัฒนาข้อเสนอโครงการที่มีคุณภาพ สามารถวัดผลลัพธ์เชิงประจักษ์และประเมินความเข้มแข็งของกลไกชุมชนได้ พัฒนาเครื่องมือประเมินผลภาคีหน่วยจัดการ พัฒนาระบบการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับหน่วยจัดการ (e-learning) ในทักษะด้านการติดตามประเมินผลลัพธ์และการบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์ รวมถึงมีแนวทางการยกระดับหน่วยจัดการที่มีความเข้มแข็งให้สามารถขยายพื้นที่สุขภาวะในโจทย์ที่ท้าทายตามประเด็นปัญหาเฉพาะของพื้นที่หรือรับโจทย์ผ่านกลไกเขตสุขภาพเพื่อประชาชนได้

ปัจจุบันมีหน่วยจัดการ (Node) ทั้งหน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (ระดับภาค ระดับกลุ่มจังหวัด/จังหวัด) และหน่วยจัดการเชิงประเด็น เช่น ประเด็นลด ละ เลิกเหล้าบุหรี่ ประเด็นการบริโภคผักผลไม้ ประเด็นชุมชนจักรยานเพื่อสุขภาวะ ประเด็นสุขภาวะทางเพศ ประเด็นสร้างเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ ฯลฯ รวมทั้งสิ้น ๘๗ แห่ง ซึ่งช่วยทำให้เกิดการกระจายโครงการและสร้างสรรค์โอกาสให้แก่ภาครายย่อยได้ถึง ๔,๓๕๑ โครงการ ช่วยให้เกิดการกระจายโครงการไปยังภูมิภาคต่างๆ ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันมากขึ้น ขณะเดียวกัน กลไกหน่วยจัดการเชิงประเด็นยังทำให้กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ที่เข้าถึงโอกาสได้เข้าถึงทุนของสสส. ในการทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพได้มากขึ้น รวมถึงมีบทบาทในการเสริมพลังและพัฒนาศักยภาพที่จำเป็นให้กับภาคีผู้รับทุนรายย่อยและการติดตามเชิงผลลัพธ์ด้วย

ผลการดำเนินงานที่สำคัญประการหนึ่งคือ คือ เกิดหน่วยจัดการระดับจังหวัด (Node จังหวัด) ๔๓ แห่ง ครอบคลุม ๕๑ จังหวัด อันเป็นผลจากการที่สำนัก ๖ ได้ทำการค้นหาและพัฒนาศักยภาพ

กลุ่มคนหรือองค์กรที่จะทำหน้าที่เป็นหน่วยจัดการระดับพื้นที่สำหรับโครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็ก เพื่อให้เป็นตัวแทนของสำนัก ๖ ระดับจังหวัดในการกระจายโอกาสให้แก่ภาคีรายย่อยในการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรมตามหลักธรรมาภิบาล โดยหน่วยจัดการระดับจังหวัดทั้ง ๔๓ แห่ง เป็นกลไกระดับพื้นที่ที่มีรูปแบบการรวมตัวที่หลากหลาย ทั้งจากสถาบันการศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข และภาคประชาสังคม มีผู้ทำหน้าที่สนับสนุนทางวิชาการและเสริมพลังชุมชน รวม ๒๙๙ คน ทำหน้าที่ติดตาม ผลลัพธ์การดำเนินงานโครงการและเสริมพลังชุมชนเพื่อให้ดำเนินงานได้ตามเป้าหมายที่กำหนด โดยที่สำนัก ๖ ได้ออกแบบระบบสนับสนุนเพื่อพัฒนาสมรรถนะของทีมหน่วยจัดการระดับจังหวัด ทั้งการจัดอบรมและ จัดทำคู่มือการติดตามประเมินเชิงผลลัพธ์ การพัฒนาระบบรายงานที่มีเรื่องการบริหารจัดการทีมหน่วย จัดการระดับ และข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงานที่ชัดเจน เพื่อให้หน่วยจัดการระดับจังหวัดสะสมประสบการณ์ การดำเนินงานในฐานะหน่วยจัดการจนมีความเข้มแข็งสามารถวิเคราะห์งานและบริหารจัดการในพื้นที่ได้ และยกระดับขึ้นเป็นกลไกหรือองค์กรกลางที่มีการดำเนินงานในประเด็นที่มีความท้าทายตามประเด็นปัญหา เฉพาะของพื้นที่ที่เชื่อมต่อกับกลไกการทำงาน/ทุนที่มีอยู่ในจังหวัดนั้นๆ

๒.๓ การพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ แผนฯ ให้ความสำคัญกับการค้นหานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ จากโครงการที่ให้การสนับสนุน พร้อมทั้งสังเคราะห์ความรู้จากนวัตกรรมที่ค้นพบ ส่งผลให้ในปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ (ข้อมูล ณ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐) สามารถค้นหานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ได้จำนวน ๓๘๘ กรณี และทีมจัดการความรู้ (KM) ได้ทำการสังเคราะห์บทเรียนความรู้นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ รวม ๕๐ กรณี จำแนกได้ ๔ ประเด็น ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชน การควบคุมสุรายาสูบ การสร้างแหล่งอาหารเพื่อสุขภาพ และการจัดการขยะเพื่อสร้างสุขภาพ ซึ่งอยู่ระหว่างการวางแผนนำไปสู่ การใช้ประโยชน์และขยายผลให้เหมาะสม เช่น ขยายผลผ่านการสร้างแรงบันดาลใจให้ทดลองทำ การพัฒนา แนวทางหรือทางเลือกใหม่ๆ ในการสนับสนุนเพื่อยกระดับให้เกิดความต่อเนื่องยั่งยืน เป็นต้น

ในปี ๒๕๖๐ แผนฯ ได้กำหนดจุดเน้นการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมสร้างเสริม สุขภาพที่มุ่งเป้าหมายเพื่อการขยายผลใน ๒ ประเด็น คือ (๑) การค้นหาและใช้นวัตกรรมสุขภาพอย่างง่าย เป็นเครื่องมือในการสร้างเสริมสุขภาพกับกลุ่มคนที่ขาดโอกาสและไม่สามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากร (นวัตกรรมในบทบาทของการเป็น “เครื่องมือ”) และ (๒) การพัฒนากลไกการสร้างสรรค่นวัตกรรมที่เหมาะสม กับกลุ่มเป้าหมายที่ขยายผลได้และสามารถพัฒนาสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบเพื่อให้เกิดผลอย่างยั่งยืน (นวัตกรรมในบทบาทของการเป็น “เป้าหมาย”)

๓. การวิเคราะห์ช่องว่างการดำเนินงานและโอกาสในการพัฒนาของแผนฯ

๓.๑ การวิเคราะห์หน่วยจัดการ ปัจจุบันสำนัก ๖ ทำงานร่วมกับหน่วยจัดการที่มีความเชี่ยวชาญ ใน ๓ ลักษณะ ได้แก่ ๑) หน่วยจัดการที่เชี่ยวชาญในระดับพื้นที่ ทำงานและมีเครือข่ายระดับพื้นที่ ส่วนใหญ่ จะมีทีมงานอยู่ในพื้นที่และบางหน่วยจัดการมีงานประจำในพื้นที่โดยตรง ๒) หน่วยจัดการที่เชี่ยวชาญ เชิงประเด็น ส่วนใหญ่เป็นหน่วยจัดการที่มาจากการทำงานกับแผนงานเชิงรุกของ สสส. และมาร่วมงานกับ สำนักเพื่อการกระจายโอกาสในประเด็นที่ชำนาญ รวมถึงหน่วยจัดการที่เชี่ยวชาญในกระบวนการหรือเครื่องมือ การทำงานเฉพาะด้านด้วย และ ๓) หน่วยจัดการหน้าใหม่ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ขนาดเล็ก

เนื่องจากหน่วยจัดการแต่ละกลุ่ม/ประเภทต่างมีจุดเด่นและข้อจำกัดแตกต่างกัน จึงต้องวิเคราะห์และออกแบบการพัฒนาศักยภาพเพื่อเติมเต็มให้หน่วยจัดการมีสมรรถนะในการดำเนินงานตามบทบาทภารกิจที่สำนักคาคหวัง ซึ่งพบว่าปัจจัยความสำเร็จสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของหน่วยจัดการที่จะส่งผลต่อเนื่องไปยังความสำเร็จของโครงการย่อย ได้แก่ ๑) ด้านการบริหารจัดการทีม ไม่ว่าจะเป็นการจัดการภาระงาน การทำความเข้าใจเป้าหมายร่วมและบทบาทภารกิจ การสื่อสารภายใน การติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานภายในทีม และ ๒) ด้านศักยภาพและสมรรถนะ ทั้งการเก็บข้อมูลผลลัพธ์และการใช้ข้อมูล การวิเคราะห์ช่องว่างการดำเนินงานของชุมชน การเสริมพลังชุมชน การถอดบทเรียน ฯลฯ นับเป็นความรู้และทักษะที่สำคัญต่อการพัฒนากลุ่มเป้าหมายทั้งสิ้น อีกทั้งยังเป็นความรู้และทักษะสำคัญในการสรุปผลความสำเร็จและบทเรียนในการทำงานต่อของโครงการย่อยอีกด้วย

หน่วยจัดการส่วนใหญ่จะรับรู้นโยบาย ทิศทาง เป้าหมายการดำเนินงานของแผนทั้งเป้าหมายของการเป็นหน่วยจัดการและเป้าหมายของชุมชน อีกทั้งมีความเข้าใจและมีสมรรถนะเรื่องการติดตามประเมินเชิงผลลัพธ์เพิ่มมากขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดในการสื่อสารหรือถ่ายทอดให้คำปรึกษาแก่ทีมของหน่วยจัดการและชุมชนให้มีความเข้าใจเรื่องผลลัพธ์ได้อย่างครอบคลุมและชัดเจน

แม้ว่าหน่วยจัดการมีโอกาที่จะช่วยลดช่องว่างการสนับสนุนทุนในช่องทางเปิดรับทั่วไปที่สำนักให้การสนับสนุนโครงการได้ค่อนข้างน้อย แต่ยังคงเร่งพัฒนากลไกการประเมินและเสริมพลังการดำเนินงานของหน่วยจัดการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ บางหน่วยจัดการมีโอกาและความเป็นไปได้ในการพัฒนากิจกรรมการดำเนินงานของตนเองไปสู่การดำเนินงานที่ท้าทายใน ๓ ลักษณะ ได้แก่ (๑) หน่วยจัดการที่จะช่วยกระจายโอกาสไปยังพื้นที่ที่ขาดโอกาสตามประเด็น/เมนูขนาดเล็กที่ สสส. กำหนด (๒) หน่วยจัดการที่สามารถขยายพื้นที่สุขภาวะในโจทย์ท้าทายตามประเด็นปัญหาเฉพาะของพื้นที่ หรือรับโจทย์ผ่านกลไกเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (๓) หน่วยจัดการที่ปรับเปลี่ยนบทบาทมาดำเนินงานในส่วนของการประเมินผล ซึ่งสำนักจะต้องพัฒนาวิธีการตรวจสอบสมรรถนะของแต่ละหน่วยจัดการว่ามีความเหมาะสมที่จะดำเนินงานในรูปแบบใด รวมทั้งจะต้องมีการออกแบบการพัฒนาศักยภาพให้สอดคล้องกับบทบาทของหน่วยจัดการที่จะเปลี่ยนไปในแต่ละรูปแบบด้วย

๓.๒ การวิเคราะห์ภาคีรับทุนทั่วไป ในช่วงปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐ แผนให้การสนับสนุนโครงการแก่ภาคีรับทุน ๔ ประเภท ได้แก่ ผู้รับทุนประเภทชุมชน/หมู่บ้าน หน่วยงานราชการในระดับพื้นที่ (อาทิ โรงเรียน อปท. หน่วยงานสาธารณสุข) องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) และนักวิชาการ/นักวิจัย สถาบันการศึกษา ภาคีรับทุนทั้ง ๔ ประเภทมีจุดเด่นและข้อจำกัดร่วมกันหลายประการ ได้แก่

ประการแรก ทักษะในการพัฒนาโครงการ การบริหารจัดการโครงการ และการสังเคราะห์งานจะเป็นข้อจำกัดของภาคีประเภทชุมชน/หมู่บ้าน และกลุ่มพัฒนาองค์กรภาคเอกชน แต่จะเป็นจุดเด่นของภาคีประเภทหน่วยงานราชการและนักวิชาการ/นักวิจัย สถาบันการศึกษา

ประการที่สอง ความสามารถในการเข้าใจพื้นที่ รู้ความต้องการพื้นที่ และมีความคล่องตัวในการเสริมพลังชุมชน จะเป็นจุดเด่นของภาคีชุมชน/หมู่บ้าน และองค์กรพัฒนาเอกชน แต่จะเป็นข้อจำกัดของภาคนักวิชาการ/นักวิจัย สถาบันการศึกษา และหน่วยงานราชการที่อยู่ไกลจากพื้นที่

ประการที่สาม สำหรับทักษะที่ทุกภาคีเป็นข้อจำกัดร่วมกัน คือ ความรู้ ความเข้าใจในเรื่อง การจัดการและประเมินเชิงผลลัพธ์

แผนตระหนักถึงจุดเด่นและข้อจำกัดที่เป็นช่องว่าง พร้อมทั้งเห็นโอกาสที่จะพัฒนาแนวทางการ สนับสนุนการทำงานของภาคีเหล่านี้เพื่อลดข้อจำกัดดังกล่าว อาทิ การสร้างความรู้ความเข้าใจแนวคิดและ กระบวนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้ตรงกัน การเพิ่มทักษะที่จำเป็นเพื่อเติมเต็มศักยภาพให้ภาคี และการ สนับสนุนให้ภาคีที่มีศักยภาพยกระดับขึ้นเป็นหน่วยจัดการประเภทต่างๆ

๓.๓ การวิเคราะห์ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการงานของสำนัก ๖ ประกอบด้วย

(๑) ระบบข้อมูล ปัจจุบัน สสส. และสำนัก ๖ มีระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน ของนักวิชาการและภาคีที่มีวัตถุประสงค์ในการใช้งานแตกต่างกันไป เช่น ระบบบริหารโครงการออนไลน์ ที่สามารถใช้ได้ทุกที่ทุกเวลา ระบบ Digital Object Library (DOL) ที่ช่วยอำนวยความสะดวกให้ภาคีในการ ส่งรายงานความก้าวหน้าเพื่อเบิกเงินงวดออนไลน์ได้ เป็นต้น แต่ในทางปฏิบัติ ยังมีข้อจำกัดบางประการ ที่สามารถทำให้สำนักนำมาใช้งานได้ทันที โดยเฉพาะการรวบรวมผลลัพธ์ของโครงการต่างๆ จึงเป็นประเด็น ทำทนายในการออกแบบการเชื่อมโยงข้อมูลจากระบบต่างๆ ที่มีอยู่ โดยพัฒนาระบบคลังข้อมูลที่เชื่อม กับข้อมูลในระบบของ สสส. ทุกระบบ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของผู้บริหาร นักวิชาการ และภาคีได้อย่าง มีประสิทธิภาพสูงสุด

(๒) การพัฒนาศักยภาพภาคีและเสริมพลังหน่วยจัดการ สำนัก ๖ ตระหนักดีว่าผลลัพธ์ ความสำเร็จในการดำเนินงานขึ้นอยู่กับศักยภาพและขีดความสามารถของภาคีและหน่วยจัดการเป็นสำคัญ จึงออกแบบกระบวนการพัฒนาภาคีและหน่วยจัดการอย่างเป็นขั้นเป็นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์สมรรถนะ ของภาคีและการกำหนดทักษะที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา การจัดกระบวนการพัฒนาศักยภาพในประเด็น และรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น จัดอบรมโดยสำนักและทีมวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ จัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้การดำเนินงานร่วมกัน รวมทั้งพัฒนาชุดความรู้ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามยังจะต้องมีกระบวนการ บริหารจัดการเพื่อพัฒนาศักยภาพภาคีและเสริมพลังหน่วยจัดการอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรมมากขึ้น

(๓) ระบบการกำกับติดตามประเมินผล ปัจจุบันสำนัก ๖ อยู่ระหว่างการพัฒนากรอบการ ประเมินผลสำหรับชุดโครงการ/โครงการที่มีขนาดวงเงินเกิน ๑๐ ล้านบาทขึ้นไปในส่วนของการประเมินโครงการ ที่มีขนาดวงเงินไม่เกิน ๑๐ ล้านบาท สำนักออกแบบให้มีการกำกับประเมินผลภายในโครงการด้วยตนเอง โดยสำนักได้ร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญพัฒนาวิธีการติดตามประเมินผลเชิงผลลัพธ์เพื่อการเรียนรู้และการพัฒนา ขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือให้ภาคีมีโอกาสนำบทเรียนจากการลงมือทำไปปรับปรุงการดำเนินงานในขณะที่โครงการ ยังดำเนินอยู่ อย่างไรก็ดี ยังมีช่องว่างสำคัญ คือ ขาดการกำหนดแผนหรือกรอบการประเมินผลเชิงผลลัพธ์ เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาสำหรับโครงการทุกระดับ ทุกประเภท ขาดภาคีเครือข่ายที่มีความเชี่ยวชาญ ด้านการประเมินผลและมีความเข้าใจบริบทและลักษณะงานของแผน ซึ่งจะช่วยกำหนดโจทย์และเครื่องมือ ในการประเมินผลได้เหมาะสมและนำไปปรับปรุงการทำงานได้ รวมทั้งยังต้องมีการพัฒนาศักยภาพภาคี ที่มีความพร้อมหรือมีทักษะด้านการประเมินผล เพื่อยกระดับเป็นหน่วยจัดการประเมินผลของสำนัก ต่อไปในอนาคต

(๔) การสังเคราะห์ความรู้นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ นวัตกรรมที่เกิดขึ้นยังเป็นผลพลอยได้จากโครงการที่แผนสนับสนุน แต่ยังไม่ได้เกิดจากการตั้งใจสร้างให้เกิดโดยตรง ชุมชนเองยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของนวัตกรรม ดังนั้นเพื่อให้นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านการพิสูจน์ว่าเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพสามารถใช้เป็น “ทุนความรู้/นวัตกรรม” สำหรับพัฒนาและขยายผลให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายและเกิดมูลค่าเพิ่ม รวมทั้งการนำไปเชื่อมโยงสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบในอนาคต สำนัก ๖ จะต้องออกแบบกลไกและปรับโครงสร้างภายในสำนัก เพื่อลดข้อจำกัดที่มีอยู่และสามารถสนับสนุนงานนวัตกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะระบบฐานข้อมูล กลไกพี่เลี้ยงและเครื่องมือสนับสนุนต่างๆ

(๕) การประเมินโอกาสที่จะทำงานในเชิงบูรณาการและเชิงรุกอย่างยั่งยืน ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของแผนฯ และการเติบโตของเครือข่ายภาคีที่กระจายอยู่ในทุกภูมิภาคถือเป็นการสร้างทุนความรู้และกลไกการทำงานที่เข้มแข็งที่ช่วยสนับสนุนการขยายพื้นที่สุขภาวะให้ครอบคลุมทั่วประเทศ ทำให้แผนฯ มีความพร้อมที่จะสนับสนุนการทำงานเชิงบูรณาการและเชิงรุกที่บรรลุเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส. ได้ แต่เพื่อไม่ให้เกิดการทำงานซ้ำซ้อนกับแผนเชิงรุกและเพื่อหนุนเสริมพลังในการทำงานร่วมกันกับสำนักอื่นๆ ในการสนองตอบต่อจุดเน้น การดำเนินงานของ สสส. ใน ๓ ปีข้างหน้า จึงต้องมีการกำหนดเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ร่วมกันให้ชัดเจนตั้งแต่ต้น รวมไปถึงการพัฒนาฐานข้อมูลที่เป็นระบบและมีเอกภาพในลักษณะ Big Data สำหรับใช้ในการพิจารณาสนับสนุนโครงการ การติดตามประเมินผลที่มีความเชื่อมโยงกัน รวมถึงการจัดการความรู้เพื่อการขยายผลและผลักดันในเชิงนโยบาย

ทิศทางของแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะใน ๓ ปีข้างหน้า (๒๕๖๑ – ๒๕๖๓) ซึ่งต้องให้ความสำคัญกับการแสวงหา พัฒนาและหนุนเสริมภาคีเครือข่ายทั้งในระดับพื้นที่และเชิงประเด็น เพื่อเป็นตัวแทนการดำเนินงานของ สสส. และเป็นหุ้นส่วนร่วมขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพตามประเด็นปัญหาและความต้องการของพื้นที่ที่สอดคล้องกับเป้าหมายรวม ๑๐ ปีของ สสส. โดยมีระบบที่มีประสิทธิภาพในการหนุนเสริมการดำเนินงานและกระจายโอกาสแก่ภาคีเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและปรับสภาพแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสุขภาวะของคนในชุมชน/กลุ่มเป้าหมายและสร้างชุมชนเข้มแข็งได้อย่างยั่งยืน

จุดเน้นของแผน

๑. สร้าง พัฒนา และยกระดับขีดความสามารถของหน่วยจัดการทุกประเภท เพื่อเป็นหุ้นส่วนร่วมดำเนินงานกับแผนฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

๒. ขยายและกระจายโอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้กว้างขวางเพิ่มขึ้นให้ครอบคลุมการเข้าถึงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายที่ขาดโอกาส โดยหนุนเสริมอย่างมีเป้าหมายร่วมกับแผนเชิงรุก สอดคล้องกับจุดเน้นของแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ

๓. เปิดประเด็นงานใหม่ที่สอดคล้องกับบริบทการเปลี่ยนแปลงและนโยบายสำคัญ เช่น นวัตกรรมที่เป็น Digital Technology โดยมีการจัดการความรู้ การสร้าง พัฒนา และขยายผลนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการสื่อสารสาธารณะ

๔. ปรับเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบสนับสนุนการบริหารจัดการ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้หมู่บ้าน/ชุมชนและกลุ่มเป้าหมายในหมู่บ้าน/ชุมชนมีขีดความสามารถในการบริหารจัดการหมู่บ้าน/ชุมชนอย่างเข้มแข็ง สามารถจัดการพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพได้ตามเป้าหมาย

๒. เพื่อพัฒนาสมรรถนะหน่วยจัดการให้สามารถดำเนินงานได้บรรลุตามเป้าหมายและจุดเน้นของแผน

๓. เพื่อให้ได้นวัตกรรม ชุมความรู้ หรือกระบวนการเรียนรู้ใหม่ที่เกิดจากการดำเนินงานของแผน/หรือมาจากสภาพแวดล้อมใหม่ที่ส่งผลต่อการทำงานของแผน

๔. เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานตามแผนอันเป็นผลจากการปรับระบบการบริหารจัดการของสำนัก ๖

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

เป้าหมาย

กระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ/หรือสภาพแวดล้อม/ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ โครงการ โดยเป็นภาคีรายใหม่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ (๑,๒๐๐ โครงการ)

ตัวชี้วัดหลัก

๑. ความเข้มแข็งของหมู่บ้าน/ชุมชน

๑.๑ จำนวนโครงการที่ดำเนินงานในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ (๑,๔๐๐ แห่ง) ของจำนวนโครงการที่สนับสนุน มีขีดความสามารถในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพของประชาชนได้ตามเป้าหมายของโครงการ

๑.๒ ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจากการดำเนินโครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ของจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ

๑.๓ เกิดสภาพแวดล้อมหรือปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพจากการดำเนินงานโครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของจำนวนโครงการที่สนับสนุน

๑.๔ เกิดแกนนำสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน ๖,๐๐๐ คน ที่มีขีดความสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน

๒. หน่วยจัดการ

๒.๑ หน่วยจัดการสามารถกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพไปยังพื้นที่ที่ยังเข้าไม่ถึงทุนสนับสนุนจาก สสส. หรือประชากรกลุ่มที่ขาดโอกาส โดยเป็นภาคีรายใหม่ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ (๑,๒๐๐ โครงการ) ของโครงการที่สนับสนุน

๒.๒ หน่วยจัดการมีขีดความสามารถในการบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของหน่วยจัดการทั้งหมด

๒.๓ หน่วยจัดการระดับจังหวัด จำนวน ๕ แห่ง มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ในการสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นปัญหาของพื้นที่ โดยทำงานประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในจังหวัด

๓. เกิดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพหรือชุดความรู้ จำนวน ๔ เรื่อง ที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์หรือขยายผลการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้

๔. เกิดระบบสนับสนุนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

๔.๑ ระบบคลังข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการ จำนวน ๑ ระบบ

๔.๒ กรอบการประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา (standard practice) ที่นำมาประเมินผลการดำเนินงานหน่วยจัดการระดับจังหวัด (Node จังหวัด) และ การประเมินผลชุดโครงการชุมชนน้อย

๔.๓ เครือข่ายทีมพัฒนาศักยภาพและเสริมพลังภาคี ระดับภาค อย่างน้อย ๓ ภาค

ตัวชี้วัดร่วม

๑. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายเฉพาะในทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ (๑,๐๐๐ โครงการ) ของโครงการที่สนับสนุน เช่น

๑.๑ ร่วมกับแผนควบคุมยาสูบ ขยายผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่โดยชุมชนเป็นฐาน สร้างมาตรการหรือสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดอัตราการสูบบุหรี่

๑.๒ ร่วมกับแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ขยายผลการดำเนินงาน/มาตรการในระดับหมู่บ้าน/ชุมชนเพื่อลดละเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑.๓ ร่วมกับแผนจัดการความปลอดภัยทางถนนและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ขยายผลการดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัย (อุบัติเหตุ การจมน้ำ)

๑.๔ ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ขยายผลองค์ความรู้หรือนวัตกรรมการดำเนินงานเพื่อเพิ่มกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรกลุ่มต่างๆ

๒. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๕ ของโครงการที่สนับสนุน

คำนิยามเชิงปฏิบัติการตามเป้าหมายตัวชี้วัดแผนสร้างสรรค์โอกาสและ นวัตกรรมสุขภาวะ

การกระจายโอกาส หมายถึง การกระจายทุนในการสนับสนุน การกระจายความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และการกระจายโอกาสในการพัฒนาทุนเสริมความเข้มแข็งให้แก่หมู่บ้าน/ชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงหลักที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ อาทิ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การบริโภคผักผลไม้การมีกิจกรรมทางกาย เป็นต้น

สภาพแวดล้อมหรือปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ หมายถึง สภาพแวดล้อมทางสังคมและ/หรือสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย อาทิ การนำข้อตกลงหรือกติกาชุมชนไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างกลไกการจัดการหมู่บ้าน/ชุมชน การจัดการจุดเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการขับขี่ยานพาหนะในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นต้น

หมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบ หมายถึง หมู่บ้าน/ชุมชนที่มีกลไกในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ หรือควบคุมปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สามารถนำมาเป็นบทเรียนเพื่อสร้างการเรียนรู้ได้

หน่วยจัดการระดับ Flagship หมายถึง หน่วยงาน องค์กร กลุ่มบุคคลหรือบุคคลที่ทำงานร่วมกับสำนักในระดับจังหวัดที่ได้รับการยกระดับให้สามารถสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นปัญหาของพื้นที่ ด้วยกระบวนการทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ในจังหวัด อาทิ ร่วมมือกับเขตสุขภาพ

หน่วยจัดการระดับประเด็น หมายถึง หน่วยงาน องค์กร กลุ่มบุคคลหรือบุคคลที่ทำงานร่วมกับสำนักในเป้าหมายและแนวทางที่สำนักออกแบบในประเด็นสุขภาพต่างๆ

หน่วยจัดการระดับจังหวัด หมายถึง หน่วยงาน องค์กร กลุ่มบุคคลหรือบุคคลที่ทำงานร่วมกับสำนักในเป้าหมายและแนวทางที่สำนักออกแบบ เช่น โครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็ก โครงการสร้างเสริมสุขภาพประเภททั่วไป โครงการเชิงประเด็นสุขภาวะ

นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง วิธีการใหม่ที่จะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย มีสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยและนำไปสู่การมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตใจที่สมบูรณ์ อายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยสามารถเข้าถึงได้ง่าย ประหยัด คุ่มค่าและได้ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่าวิธีการเดิม

ชุดความรู้ หมายถึง ชุดความรู้หรือกระบวนการเรียนรู้ใหม่ที่พัฒนาขึ้นเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาจเกิดจากประสบการณ์การทำงานของแผนหรือเกิดจากแผนงานเชิงรุกที่ปรับให้เข้ากับแผนในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น คู่มือ e-learning การจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนทุน เมนูความรู้ใหม่ๆ เป็นต้น

ประชากรกลุ่มเฉพาะ หมายถึง ประชากรบางกลุ่มที่มีลักษณะจำเพาะและต้องเผชิญกับปัจจัยทางสังคมบางประการที่ทำให้มีความเปราะบางต่อการสูญเสียสุขภาวะ และอาจจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพสุขภาวะแบบทั่วๆ ไป

แนวทางการดำเนินงาน

๑) สนับสนุนการค้นหา พัฒนาสมรรถนะและเสริมพลังหน่วยจัดการ (Node) ให้มีบทบาทในการบริหารจัดการโครงการย่อยแทน สสส. พร้อมทั้งพัฒนาระดับหน่วยจัดการที่มีศักยภาพให้เป็นหุ้นส่วนร่วมขับเคลื่อนงานในเชิงคุณภาพกับ สสส. มากขึ้น

๒) สนับสนุนชุดโครงการ/โครงการที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาต่อยอดและขยายผลเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการสร้างความสำเร็จให้หมู่บ้าน/ชุมชนสามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืนและพร้อมที่จะกระจายความรู้และขยายโอกาสไปสร้างพื้นที่ชุมชนสุขภาวะทั่วประเทศ

๓) ขยายและกระจายโอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสู่ประชากรที่ขาดโอกาส/อยู่ในภาวะเปราะบางที่มีความเสี่ยงจะประสบปัญหาด้านสุขภาวะได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ (เช่น ผู้สูงอายุที่ขาดคนดูแลและมีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น) กลุ่มเด็กและเยาวชน (เช่น เด็กด้อยโอกาส เด็กและเยาวชนที่มีความเสี่ยงจะออกจากโรงเรียนกลางคัน/ใช้สารเสพติด/ตั้งครมโดยไม่พร้อม) ครอบครัวที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือ โดยพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงานอยู่ที่ครอบครัว โรงเรียนและชุมชน รวมถึงพื้นที่ห่างไกล และเป็นพื้นที่ที่ไม่เคยได้รับการสนับสนุนจาก สสส.

๔) บูรณาการการทำงานกับแผนเชิงรุกที่สนับสนุน ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปีของ สสส. โดยกำหนดเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นในแต่ละประเด็น เพื่อนำไปใช้ออกแบบวางแผนและบริหารจัดการชุดโครงการ/โครงการ คัดเลือกภาคีและหน่วยจัดการที่จะร่วมงานได้เหมาะสม รวมทั้งติดตามประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาที่มุ่งสู่การถอดบทเรียนเพื่อจัดการความรู้และต่อยอดขยายผลนวัตกรรมที่มีประโยชน์ต่อไป

๕) เปิดประเด็นงานใหม่เพิ่มเติม โดยให้สอดคล้องกับบริบทการเปลี่ยนแปลงและตอบสนองนโยบายสำคัญ เช่น การจัดทำโครงการบูรณาการเชิงรุกเพื่อสนับสนุนเป้าหมาย SDGs เขตพื้นที่สุขภาพเพื่อประชาชน การเปิดรับนวัตกรรมที่เป็น Digital Technology

๖) พัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งระบบคลังข้อมูลที่มีเอกภาพ การพัฒนานวัตกรรมและชุดความรู้ใหม่ การติดตามประเมินผลเชิงผลลัพธ์ การจัดการความรู้และการสื่อสารสาธารณะให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การประเมินสมรรถนะ ความพร้อมและความสมัครใจของภาคีและหน่วยจัดการเพื่อออกแบบกระบวนการพัฒนาศักยภาพได้เหมาะสม

กลุ่มแผนงาน แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ ประกอบด้วย ๓ กลุ่มแผนงาน ดังนี้

๑. แผนงานพัฒนาและสนับสนุนกลไกหน่วยจัดการ

๑.๑ สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยจัดการระดับประเด็นและระดับจังหวัด โดยเฉพาะการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพที่เป็นจุดเน้นของแผนและ/หรือต้นแบบความสำเร็จจากสำนักเชิงรุก อาทิ สุขภาวะทางเพศ เด็กเยาวชน ชุมชนน่าอยู่ ครอบครัวอบอุ่น กลุ่มผู้ด้อยโอกาสและเปราะบาง บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกาย อาหาร โดย

(๑) กำหนดคุณสมบัติ บทบาทหน้าที่และทักษะความรู้ที่จำเป็นของพี่เลี้ยงและหน่วยจัดการ เช่น ความรู้ในการบริหารจัดการโครงการ ความรู้เชิงประเด็น ทักษะในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ทั้งภายในและภายนอกชุมชน วิธีการให้คำปรึกษา การสร้างสัมพันธ์กับชุมชนและกับภาคีอื่นๆ

(๒) ค้นหาและสนับสนุนหน่วยจัดการให้ขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้มีการกระจายจำนวนโครงการและงบประมาณอย่างเหมาะสม มีการติดตามประเมินผลและสรุปบทเรียนสำคัญเพื่อเป็นต้นแบบในการขยายผลไปสู่ชุมชนหมู่บ้านและกลุ่มเป้าหมายอื่น รวมทั้งมีการหนุนเสริมพลังให้หน่วยจัดการในด้านอื่นๆ เช่น จัดทำ Node mapping ทั้งในแต่ละจังหวัดและภูมิภาค กำหนดปฏิทินการปฏิบัติงานระหว่าง สสส. กับหน่วยจัดการในพื้นที่ จัดเวทีสัณจรแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยจัดการ สร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน

๑.๒ กำหนดเกณฑ์และแนวทางการยกระดับการทำงานของหน่วยจัดการให้ชัดเจน โดย

๑.๒.๑ พัฒนาศักยภาพของหน่วยจัดการระดับประเด็นขึ้นไปสู่หน่วยจัดการระดับจังหวัดและหน่วยจัดการระดับ flagship ตามลำดับ โดยกำหนดคุณสมบัติของหน่วยจัดการในแต่ละระดับดังนี้

(๑) หน่วยจัดการระดับประเด็น ต้องประสบความสำเร็จในประเด็นการทำงาน มีความสามารถบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์ และมีเครือข่ายการทำงานหลักที่เพียงพอในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

(๒) หน่วยจัดการระดับจังหวัด ต้องสร้างเครือข่ายการทำงานระดับจังหวัดได้ สามารถบริหารจัดการประเด็นสุขภาพภายในจังหวัดให้เป็นไปตามข้อกำหนด (TOR) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำหน้าที่เป็นตัวแทนสำนักในการหนุนเสริมและติดตามการดำเนินงานของโครงการเปิดรับทั่วไป และมีความสามารถในการบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์ในภาพรวมทุกภารกิจ รวมทั้งมีความเข้าใจในระบบบริหารจัดการของ สสส.

(๓) หน่วยจัดการระดับ Flagship ต้องสามารถวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพและภาคีที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัดได้เป็นอย่างดี มีทีมวิชาการหนุนเสริมและมีเครือข่ายการดำเนินงานระดับจังหวัดที่เกาะติดปัญหาของชุมชน มีหน่วยสนับสนุนที่เพียงพอต่อการสนับสนุนทุนให้แก่ชุมชน มีความสามารถในการบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์และบริหารเครือข่าย มีความเข้าใจในระบบบริหารจัดการของ สสส. และมีความโปร่งใสในการบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล

๑.๒.๒ ยกระดับและสร้างคุณค่าเพิ่ม (value-added) ของเนื้อหาประเด็นสุขภาพ โดยการพัฒนาศักยภาพภาคีและหน่วยจัดการให้มีความสามารถในการจัดการความรู้ ตั้งแต่การสังเคราะห์ความรู้ที่จะใช้ในการขับเคลื่อนงานและการสรุปบทเรียนและปัจจัยความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน เพื่อให้ได้ชุดความรู้และกระบวนการเรียนรู้ใหม่ๆ ทั้งที่เป็นต้นแบบสำหรับขยายผลสู่ชุมชนหมู่บ้านใหม่ๆ เมนูความรู้ใหม่ รูปแบบการจัดการเชิงประเด็นแนวใหม่ที่จะใช้ประยุกต์กับชุมชนหมู่บ้านอื่นๆ ต่อไป รวมถึงนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่จะนำไปพัฒนาอย่างเป็นระบบต่อไป

๑.๒.๓ พัฒนาศักยภาพของสมาชิกในแต่ละหน่วยจัดการตามความพร้อมและความจำเป็นผ่านกลไกการติดตามประเมินผล กลไกการพัฒนาศักยภาพภาคีและกลไกการจัดการความรู้ของสำนัก รวมทั้งการบูรณาการภายในจังหวัดผ่านเวทีกลางและ Node mapping เพื่อส่งต่องานให้หน่วยงาน/กลไก

ในพื้นที่ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนพัฒนาตำบล เครือข่ายจิตอาสาพระราชัฐของจังหวัด รับไปดำเนินการต่อให้เกิดความยั่งยืน

๑.๒.๔ พัฒนาหน่วยจัดการใหม่เพื่อรองรับโครงการ/กิจกรรมที่มีความสำคัญมากขึ้น เช่น หน่วยจัดการกิจกรรมสร้างสรรค์อย่างง่าย หน่วยจัดการกลุ่มประชากรขาดโอกาส

๑.๓ พัฒนาหน่วยจัดการจังหวัดและหน่วยจัดการชุมชนน่าอยู่ที่มีศักยภาพ รวมทั้งภาคีสุขภาพระดับจังหวัดรายใหม่ที่มีความพร้อมขึ้นเป็น “หน่วยจัดการระดับ Flagship” อย่างเป็นระบบ โดยในปี ๒๕๖๑ จะกำหนดเกณฑ์ประเมินเพื่อคัดเลือกหน่วยจัดการที่มีอยู่และและภาคีสุขภาพระดับจังหวัด รายใหม่ที่มีคุณสมบัติพร้อมที่จะเป็นหน่วยจัดการระดับ Flagship สื่อสารทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับ เป้าหมายร่วม ความคาดหวังที่ สสส. มีต่อบทบาทและภารกิจของหน่วยจัดการระดับ Flagship พร้อมทั้ง กำหนดกระบวนการทำงานร่วมกันกับสำนักและแนวทางการติดตามประเมินผล รวมทั้งสนับสนุนให้หน่วย จัดการระดับ Flagship ที่ผ่านการคัดเลือกพัฒนากระบวนการทำงาน ตั้งแต่การทบทวนสถานการณ์สุขภาพ ในพื้นที่ การวิเคราะห์ภาคีในระดับจังหวัด และวางแผนการพัฒนาแผนการดำเนินงานสร้างสรรค์โอกาสและ นวัตกรรมสุขภาพในพื้นที่ โดยมีฐานข้อมูลสำหรับใช้ในการวิเคราะห์และสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจาก ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการขับเคลื่อนงานในปีต่อไป

๒. แผนงานขยายภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ

๒.๑ ปรับรูปแบบการสนับสนุนทุนใน ๔ ช่องทางหลักให้มีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสในการ เข้าถึงได้มากขึ้น โดยใช้กระบวนการที่เหมาะสมกับโครงการในแต่ละช่องทาง ดังนี้

(๑) โครงการสร้างเสริมสุขภาพทั่วไป : เพิ่มการประชาสัมพันธ์เชิงรุกในพื้นที่เพื่อชักชวน กลุ่มบุคคล องค์กรและผู้ที่เกี่ยวข้องโดยมีการจัดปฐมนิเทศทำความเข้าใจและปรับกระบวนการเปิดรับโครงการ เป็นรอบๆ รวมทั้งสนับสนุนให้หน่วยจัดการระดับจังหวัดพัฒนาระดับผู้ดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ขนาดเล็กและกิจกรรมสร้างสรรค์อย่างง่ายให้มีขีดความสามารถในการเสนอโครงการสร้างเสริมสุขภาพทั่วไป

(๒) โครงการสร้างเสริมสุขภาพประเด็นเฉพาะ : ให้ความสำคัญกับการขยายผลนวัตกรรม ที่ได้จากแผนเชิงรุก หรือนวัตกรรมของแผนสร้างสรรค์โอกาสฯ หรือนวัตกรรมจากพื้นที่ของหน่วยจัดการ

(๓) โครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็ก : เน้นการสนับสนุนในพื้นที่ที่มีโครงการน้อยโดย ปรับรูปแบบให้สามารถดำเนินงานได้ง่ายขึ้น และเปิดประเด็นงานใหม่ที่ตอบเป้าหมาย ๑๐ ปี สสส. ให้มากขึ้น รวมทั้งยกระดับส่งต่อโครงการที่ดีไปยังโครงการสร้างเสริมสุขภาพทั่วไป

(๔) กิจกรรมสร้างสรรค์อย่างง่าย : สนับสนุนภาคีหน้าใหม่ เช่น อสม. ภาคีที่ยังไม่มี ประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับ สสส. ฯลฯ โดยมีหน่วยจัดการกิจกรรมอย่างง่ายทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและ มีการติดตามผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงอย่างจริงจัง รวมทั้งมีการยกระดับส่งต่อกิจกรรมที่ดีไปยังโครงการ สร้างเสริมสุขภาพทั่วไป

๒.๒ สนับสนุนให้หน่วยจัดการที่มีอยู่และภาคีรายใหม่ที่มีศักยภาพ เช่น หน่วยงานในพื้นที่ กลุ่ม/ ชุมชนที่มีพลังในชุมชน มีบทบาทในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ขาดโอกาสกลุ่มใหม่ๆ ทั้งประชากรกลุ่มเฉพาะ ในแต่ละช่วงวัย เช่น เด็กกลุ่มเสี่ยง ครอบครัวที่มีผู้พิการหรือผู้ป่วยทางจิต ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ฯลฯ และ

กลุ่มประชากรในพื้นที่ที่ขาดโอกาส เช่น พื้นที่ห่างไกล พื้นที่ที่ไม่เคยได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส. กลุ่มชาติพันธุ์ ประชากรชายขอบ ฯลฯ รวมทั้งการสังเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและความต้องการของผู้ขาดโอกาสแต่ละกลุ่ม เพื่อพัฒนาเป็นเมนูอย่างง่ายที่ตอบโจทย์ความต้องการของกลุ่มขาดโอกาส

๒.๓ เพิ่มการสนับสนุนทุนในประเด็นงานใหม่ตามบริบทปัญหาและความต้องการของชุมชน และกลุ่มเป้าหมายในระดับจังหวัดภายใต้การดำเนินงานของหน่วยจัดการระดับ Flagship ควบคู่ไปกับการสนับสนุนชุดโครงการที่มีการกำหนดเป้าหมายและกรอบการดำเนินงานชัดเจนและมีหน่วยจัดการ เพื่อหนุนเสริมการขับเคลื่อนงาน เช่น ชุดโครงการชุมชนน้อมอยู่ ชุดโครงการประเด็นสุขภาพเฉพาะ อาทิ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ชนเผ่า เด็กเยาวชน ครอบครัวอบอุ่น ฯลฯ

๓. แผนงานพัฒนากลไกหนุนเสริมการบริหารจัดการ ประกอบด้วย

๓.๑ พัฒนาศักยภาพภาคี โดย

(๑) สื่อสารทำความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทความรับผิดชอบและความคาดหวังในศักยภาพ และสมรรถนะให้ภาคีรับทราบ เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานร่วมกันกับ สสส. และเพื่อเป็นกรอบในการ ประเมินยกระดับการดำเนินงานของภาคีในระยะต่อไป

(๒) ออกแบบและพัฒนาระบบ/กลไกการติดตามประเมินศักยภาพและเสริมหนุนการทำงาน ของภาคี มีการสำรวจวิเคราะห์ช่องว่างสมรรถนะและความต้องการพัฒนาของภาคีและหน่วยจัดการ เพื่อนำ ไปใช้ในการออกแบบชุดความรู้และกระบวนการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุมทั้งกลุ่มความรู้หลักและ กลุ่มความรู้เสริม

(๓) ดำเนินการพัฒนาศักยภาพภาคีในรูปแบบต่างๆ เช่น อบรมเพิ่มสมรรถนะที่จำเป็น สนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านระบบ e-learning จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประจำปี ศึกษาดูงานพื้นที่ ต้นแบบ ฯลฯ รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลการเรียนรู้ของภาคีอย่างเป็นระบบ

(๔) สนับสนุนให้ภาคีได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง มีการจัดทำ profile รายบุคคล ครอบคลุมประวัติการเข้ารับการอบรม พัฒนาการที่เพิ่มขึ้น และจุดแข็งของภาคี เพื่อยกระดับ การทำงานร่วมกับสำนักได้อย่างเหมาะสม

๓.๒ พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ โดย

(๑) พัฒนาระบบข้อมูลให้มีลักษณะเป็นคลังข้อมูล (Data Warehouse) ที่มีเอกภาพและ ประสิทธิภาพ โดยให้ความสำคัญกับข้อมูลผลลัพธ์ทั้งในระดับโครงการ/ชุดโครงการและภาพรวมของหน่วย จัดการทุกระดับ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของนักวิชาการสำนักและภาคีเครือข่ายในการติดตามตรวจสอบ ความก้าวหน้าในการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายและตัวชี้วัดของแผน และเพื่อใช้ประกอบการกำหนด นโยบาย/กลยุทธ์และการตัดสินใจของผู้บริหาร รวมทั้งปรับปรุงกลไก/ระบบที่เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพ ยิ่งขึ้น

(๒) ให้มีการจัดทำ Mapping หน่วยจัดการ ภาคีเครือข่ายและชุดโครงการ/โครงการที่ สสส. ให้การสนับสนุนในพื้นที่ต่างๆ รวมถึง Mapping หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนา และดำเนินโครงการไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน และเพื่อใช้ในการประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ

๓.๓ พัฒนาระบบการจัดการความรู้ สื่อสารสาธารณะ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดย

(๑) สนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายและหน่วยจัดการทำการประมวลสังเคราะห์ผลการดำเนินงาน เพื่อจัดการความรู้ออกมาเป็นสรุปบทเรียนและปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินโครงการ นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ชุดความรู้ใหม่ๆ พื้นที่ต้นแบบและคนต้นแบบ เพื่อนำไปใช้ในการต่อยอดขยายผล

(๒) วางแผนการใช้ประโยชน์และขยายผลนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ค้นพบจากการดำเนินโครงการ โดยการพัฒนาระบบฐานข้อมูลนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการตัดสินใจ ทดสอบนวัตกรรมที่ผ่านการพิสูจน์มาแล้วว่าเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพเพื่อกระตุ้นความสามารถในการขยายผล (Proactive Open Grant) พร้อมทั้งทดสอบความพร้อมในการยกระดับเป็นนโยบายสาธารณะที่สร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบที่ยั่งยืน โดยใช้เครื่องมือ Social Innovation Lab

(๓) พัฒนาสื่อความรู้ที่ช่วยเสริมพลังและกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ในรูปแบบง่ายๆ แล้วเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ต่อภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและสาธารณะผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ ที่เข้าถึงได้สะดวกรวดเร็ว โดยเฉพาะการสื่อสารออนไลน์และโซเชียลมีเดีย เช่น Facebook, Application, Website เป็นต้น รวมทั้งมีการจัดเวที/กิจกรรมเพื่อสะท้อนและสังเคราะห์ข้อมูลความรู้ดังกล่าวกลับสู่ชุมชนและกลุ่มเป้าหมายเป็นประจำสม่ำเสมอ

๓.๔ พัฒนากลไกการติดตามประเมินผล โดย

(๑) ออกแบบกรอบและโจทย์การติดตามประเมินผลโครงการ/ชุดโครงการและหน่วยจัดการทุกระดับที่สอดคล้องกับลักษณะของโครงการและบริบทสภาพแวดล้อมในพื้นที่ให้มีความชัดเจนและเป็นระบบ โดยยึดหลักการที่สำคัญ คือ ความต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และการประเมินเพื่อปรับปรุง พัฒนาและเสริมพลัง

(๒) ชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางการติดตามประเมินผลต่อภาคีและหน่วยจัดการ เพื่อให้เข้าใจตรงกันว่าจุดเน้นของการประเมินผลเป็นการประเมินผลลัพธ์ทั้งชุดโครงการ ครอบคลุมทั้งขีดความสามารถของภาคี หน่วยจัดการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทุกระดับ โดยกลไกการติดตามประเมินผลมี ๓ ระดับ ได้แก่ ระดับชุมชน : ประเมินผลโดยชุมชนเองตามประเด็นที่ดำเนินงาน ระดับพี่เลี้ยง/หน่วยจัดการ : ประเมินผลเชิงคุณภาพและเป้าหมาย/ตัวชี้วัดที่สำนัก ๖ กำหนด และระดับสำนัก/สสส. : ประเมินผลเพื่อคัดกรองสรุปบทเรียนผลการดำเนินงานและจัดการความรู้เพื่อสื่อสารและขยายผล

(๓) ดำเนินการออกแบบชุดความรู้และกระบวนการพัฒนาเครือข่ายประเมินผล สนับสนุนการพัฒนาทักษะการประเมินผลเชิงผลลัพธ์ให้ภาคีหน่วยจัดการและบุคลากรของสำนัก ๖ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาปรับปรุงเครื่องมือ กรอบแนวทาง และโจทย์การติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาที่ชัดเจนและมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ

(๔) กำหนดเกณฑ์ ค้นหาและพัฒนาองค์กร กลุ่มบุคคลหรือบุคคลที่มีความพร้อมจะเป็นหน่วยจัดการระดับประเมินผล ทำความเข้าใจและพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการระดับประเมินผลเกี่ยวกับกรอบแนวคิดการประเมินผล บทบาทหน้าที่และความคาดหวัง รวมทั้งกระบวนการทำงานร่วมกับสำนัก ๖

(๕) วางระบบการรายงานผลลัพธ์ที่ได้จากการติดตามประเมินผลให้เชื่อมกับระบบข้อมูลของสำนัก ๖ และกลไกการจัดการความรู้

๓.๕ พัฒนาศักยภาพบุคลากรของสำนัก ๖ โดยพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน เช่น ทักษะในการวิเคราะห์งานที่มีความซับซ้อนและภาคีที่หลากหลาย ทักษะในการบริหารจัดการงานร่วมกับหน่วยจัดการทุกระดับโดยมุ่งเป้าความสำเร็จเชิงผลลัพธ์ ทักษะในการจัดการความรู้เพื่อการสื่อสารและการขยายผล เป็นต้น โดยมีการออกแบบโครงสร้างการทำงานให้หนุนเสริม และพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้วยวิธีการต่างๆ รวมทั้งประเมินสมรรถนะตามลักษณะงานที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับมาตรฐานสมรรถนะที่คาดหวังของ สสส. โดยรวม เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาศักยภาพเป็นรายบุคคลต่อไป

ภาคีหลัก

นักปฏิบัติการทั่วประเทศ ชุมชน ชุมชน เครือข่ายองค์กรชุมชน องค์กรสาธารณประโยชน์ เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันการศึกษาและสถาบันวิชาการ สถาบันศาสนา หน่วยงานภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ และกลุ่มประชากรเฉพาะ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. แผนงานพัฒนาและสนับสนุนกลไกหน่วยจัดการ	๑๐๐
๒. แผนงานขยายภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๘๐
๓. แผนงานพัฒนากลไกหนุนเสริมการบริหารจัดการ	๔๐
รวม	๓๒๐

แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านระบบบริการสุขภาพ

สถานการณ์และแนวโน้ม

สุขภาพของประชาชนที่แข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งที่ทุกประเทศต่างมุ่งหวัง ซึ่งประเทศไทยมีระบบการแพทย์และการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับในด้านคุณภาพและบริการทั้งจากภายในและภายนอกประเทศ ประกอบกับประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นจึงส่งผลให้แนวโน้มของประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้นโดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทยใน พ.ศ. ๒๕๕๗ มีค่าประมาณ ๗๑ ปีในเพศชาย และ ๗๘ ปีในเพศหญิง^{๑๓๒} ขณะเดียวกันประเทศไทยกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรสู่สังคมสูงวัยมากขึ้น ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพและมีแนวโน้มอยู่คนเดียวมากขึ้น ด้านปัญหาสุขภาพของประชาชนที่เกิดจากโรคระบาดและโรคติดต่อแม้จะยังมีอยู่แต่ปัญหาสุขภาพสำคัญที่คนไทยยุคปัจจุบันกำลังเผชิญคือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ โรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งจากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่า ๕ อันดับโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะดีในประชากรชายได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๑, โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคหัวใจขาดเลือด และการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ตามลำดับ สำหรับเพศหญิงสาเหตุอันดับแรกของความสูญเสียปีสุขภาวะคือ โรคเบาหวาน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๘.๔ รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคข้อเสื่อม และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามลำดับ

จากการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่าปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่มีแนวโน้มลดลงได้แก่การสูบบุหรี่ในประชากรโดยรวมและการดื่มสุรา การกินผักผลไม้ อย่างเพียงพอมีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย สำหรับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอยังอยู่ในสถานะเดิม นอกจากนั้น การสำรวจยังพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นโดยเป็นเพศชาย ร้อยละ ๒๑.๕ และเพศหญิง ร้อยละ ๒๑.๓ สำหรับความชุกของโรคเบาหวานพบว่าสูงขึ้นเช่นกันโดยเป็นเพศชาย ร้อยละ ๖.๐ และเพศหญิง ร้อยละ ๗.๗ แต่สิ่งที่น่ากังวลใจคือ ร้อยละ ๔๓.๑ ของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน ซึ่งในปัจจุบันมีคนที่เป็นเบาหวานแล้วมากกว่า ๔ ล้านคน ทั้งยังพบกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานอีกถึง ๗.๗ ล้านคน

^{๑๓๒} รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗

ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคมไทยมีความสัมพันธ์กับความเป็นเมืองซึ่งเป็นหนึ่งในกระแสที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของผู้คน ในปี ๒๕๖๐ ได้มีการคาดประมาณจำนวนประชากรที่อาศัยในเขตเมืองจำนวน ๓๒,๕๓๓,๐๐๐ คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด ๖๖,๐๖๑,๐๐๐ คน หรือคิดเป็นร้อยละ ๔๙ ของประชากรทั้งประเทศ^{๑๓๓} ดังนั้น วิถีชีวิต พฤติกรรม และปฏิสัมพันธ์ของผู้คนที่เปลี่ยนแปลงไปจากสังคมชนบทกลายเป็นสังคมเมืองจะเกิดประเด็นท้าทายใหม่ครอบคลุมทั้งในมิติสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม การคมนาคม การศึกษา พลังงาน/สาธารณูปโภค ความปลอดภัย ยาเสพติด ฯลฯ ซึ่งหน่วยงานด้านสุขภาพต้องมีการเตรียมการรับมือกับความเปลี่ยนแปลงนี้ โดยเฉพาะการให้บริการด้านสาธารณสุข ที่ต้องสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในเขตเมือง ทั้งปัญหาเอชไอวี/เอดส์ วัณโรค ปอดบวม โรคอุจจาระร่วงรุนแรง โรคไม่ติดต่อ เช่น หอบหืด โรคหัวใจ มะเร็ง โรคเบาหวาน การบาดเจ็บและความรุนแรง รวมถึงอันตรายและการบาดเจ็บที่เกิดจากการจราจร การดูแลสุขภาพประชาชนในเขตเมืองจึงต้องมีระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และสามารถรองรับความต้องการของประชาชนสอดคล้องตามบริบท ควบคู่กับการพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ โดยการสร้างเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึง การเกิดกระบวนการทางปัญญา และทักษะสังคมที่ก่อเกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่สุขภาวะ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา โดยเน้นการขยายการให้บริการให้ครอบคลุมพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง ทั้งการขยายบริการในระดับปฐมภูมิ และการให้บริการระดับโรงพยาบาลที่เป็นบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการขยายการให้บริการดังกล่าวร่วมกับการขยายตัวของภาคเอกชน^{๑๓๔} เมื่อเปรียบเทียบระบบบริการสุขภาพในแต่ละระดับ ระบบบริการปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศเพื่อสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนอย่างต่อเนื่อง และเป็นพื้นที่สำคัญในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะ ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้เห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยมาตรา ๒๕๘ กำหนดว่า “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม คลินิกหมอครอบครัวที่ดำเนินงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ” ซึ่งในปัจจุบันการขับเคลื่อนคลินิกหมอครอบครัวมีการดำเนินการแล้ว ๕๙๖ ทีม ใน ๑๒ เขตสุขภาพ ครอบคลุม ๗๖ จังหวัด ดูแลประชากรจำนวน ๖,๒๘๗,๘๐๔ คน^{๑๓๕} มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน ๗๐๐ คน และในปี ๒๕๖๑ กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายจะให้บริการคลินิกหมอครอบครัว ๑๑๐ แห่ง และมีทีมหมอครอบครัว ๔๙๖ ทีม^{๑๓๖}

ในปัจจุบันมีการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิในลักษณะเครือข่ายที่เรียกว่าคือ “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” (District Health System: DHS) ซึ่งเป็นกลไกในการประสานเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาล

^{๑๓๓} สารประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

^{๑๓๔} การสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘

^{๑๓๕} สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (สปค.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

^{๑๓๖} เอกสารนำเสนอของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร

ชุมชน สาธารณสุขอำเภอ นายอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษาและภาคส่วนต่างๆ ภายในอำเภอ โดยมีโครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ” (District Health Board) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน ตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างจริงจัง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง และมีภาคส่วนอื่นๆ ร่วมเสริมหนุนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เพื่อทำให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน

การบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอนั้นก็เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ ภายใต้กลไก “เขตบริการสุขภาพ” (Regional Health) ซึ่งมีบทบาทมากขึ้นตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดการบริหารจัดการในระดับเขตพื้นที่เพื่อจัดบริการ “ร่วม” ซึ่งมีเครื่องมือหลักคือ “แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ” (Service Plan) มีเป้าประสงค์คือ ประชาชนจะเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน โดยเครือข่ายบริการเชื่อมโยงที่ไร้รอยต่อสามารถบริการเบ็ดเสร็จภายในเครือข่ายบริการ มีหลักการสำคัญเพื่อกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางสู่ภูมิภาค ลดความเหลื่อมล้ำในการจัดสรรทรัพยากร เพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการในทุกกระดับ และสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และในปี ๒๕๕๙ ได้มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้ง “เขตสุขภาพเพื่อประชาชน” ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญเพื่อบูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วนในระดับพื้นที่ ซึ่งจัดแบ่งพื้นที่ระดับกลุ่มจังหวัดออกเป็น ๑๓ เขต โดยมีคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) รับผิดชอบดำเนินการกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ในการดำเนินการและพัฒนาเกี่ยวกับระบบสุขภาพในเขตพื้นที่ ให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ และประสานให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยมีองค์ประกอบจาก ๓ ภาคส่วน คือ ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ผู้ทรงคุณวุฒิและวิชาชีพ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม

ด้วยความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันไม่สามารถให้บริการแบบตั้งรับโดยการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ภาคสาธารณสุขจะต้องหันมาทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น โดยจะต้องมีพันธะในการสนับสนุนให้บุคคลและชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ในลักษณะที่ไวต่อปัญหาและสอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชน^{๑๓๗} นอกจากนี้ ยังต้องเปิดกว้างในการร่วมมือกับภาคอื่นๆ เช่น สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม บุคลากรสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่กระตุ้น สนับสนุน เสริมพลังให้บุคคล ครอบครัว ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพและจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพะ

บุคลากรสุขภาพเป็นกำลังสำคัญที่อยู่ใกล้ชิดชิดประชาชน และเป็นผู้ขับเคลื่อนระบบสาธารณสุข ซึ่งยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข (ที่มีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน) ได้เน้นย้ำความสำคัญของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพให้มีความพร้อมทั้งด้านวิชาการ มีความรู้เท่าทันสถานการณ์ใหม่ๆ และมีพลังใจในการปฏิบัติงานบริการสุขภาพ ในด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และคุ้มครองผู้บริโภค นอกจากนั้น การวางแผนกำลังคน การกระจาย และสมรรถนะของบุคลากรสุขภาพต้องมีการคำนึงถึงควบคู่กับการพัฒนาระบบการเรียนการสอน หลักสูตร และการพัฒนาอาจารย์ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ใช้โรงพยาบาลชุมชนเป็นฐาน มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งอาศัยระบบการทำงาน ที่มีส่วนรวมและมีการบูรณาการในระหว่างวิชาชีพ

^{๑๓๗} ศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานภาพ, ๒๕๕๑ วิชาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ

จุดเน้นของแผน

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ ในปี ๒๕๖๑ จึงมีจุดเน้นการดำเนินงาน ดังนี้

๑. สนับสนุนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนทุกช่วงวัย ผ่านการเสริมกลไก สร้างเครื่องมือ และเสริมสมรรถนะที่หนุนการจัดการและจัดลำดับความสำคัญของประเด็นสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัด และเขตบริการสุขภาพ
๒. สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้และค้นหารูปแบบที่ดีในการบริหารจัดการสุขภาพเขตเมืองในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมถึงวิเคราะห์ศักยภาพของท้องถิ่น และภาคส่วนอื่นในการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ทั้งความเป็นไปได้และอุปสรรคในด้านต่างๆ
๓. สนับสนุนกระบวนการพัฒนาสมรรถนะการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ โดยเริ่มจากวิชาชีพพยาบาล ผ่านแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในการดูแลจัดการสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย สอดคล้องกับกลไกการทำงานและเครือข่ายในพื้นที่
๔. สนับสนุนการทำงานที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งส่งเสริมการใช้งานและพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย หรือนวัตกรรมทางสุขภาพเพื่อการทำงานดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย และบูรณาการการทำงานทั้งในเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในมิติต่างๆ

วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนการพัฒนาระบบและกลไกสุขภาพระดับอำเภอในการดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยมีกลไกระดับเขตบริการสุขภาพที่หนุนการขับเคลื่อนเครือข่ายระดับต่างๆ
๒. สร้างองค์ความรู้และค้นหารูปแบบที่ดีในการจัดการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่เมือง เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดการสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ
๓. สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ โดยเริ่มจากวิชาชีพพยาบาล ให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ ดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย ทำงานสอดคล้องกับกลไกงานและเครือข่ายในพื้นที่
๔. สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เอื้อให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมการใช้งานและพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย หรือนวัตกรรมทางสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อสุขภาพให้เกิดการนำไปใช้ในการทำงาน สร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๒ เรื่อง
๒. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยในระดับพื้นที่และเกิดรูปแบบการสร้างสุขภาพทุกมิติที่สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. ไม่น้อยกว่า ๕๐ แห่ง
๓. พัฒนาเขตบริการสุขภาพที่มีระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นกลไกการจัดการปัญหาด้านสุขภาพ ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๑ เขตบริการสุขภาพ
๔. เกิดองค์ความรู้หรือรูปแบบที่ดีในการจัดการสุขภาพเขตเมืองในประเทศไทยและต่างประเทศ อย่างน้อย ๕ รูปแบบ
๕. บุคลากรสุขภาพที่มีสมรรถนะในการบริหารจัดการสุขภาพเกิดเป็นรูปแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในเชิงประเด็นหรือพื้นที่ระดับตำบลหรืออำเภอ อย่างน้อย ๓๐ รูปแบบ
๖. เกิดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับกลไกวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อเกิดแนวทางหลักปฏิบัติ มาตรการ นโยบาย หรือกลไก ที่ผลักดันการสร้างเสริมสุขภาพในวิชาชีพด้านสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๓ เรื่อง
๗. เกิดองค์ความรู้ งานวิจัย หรือนวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่สามารถใช้สนับสนุนการจัดการสุขภาพ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยในระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ เรื่อง

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นกลไกสนับสนุนการบูรณาการประเด็นสุขภาพใน ๔ อำเภอ ใน ๔ ภูมิภาค และ ๑ เขตในกรุงเทพมหานคร เพื่อหนุนการจัดการสุขภาพด้วยองค์ความรู้และเครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้องให้เกิดการประสานและบูรณาการตามกลุ่มเป้าหมายและบริบทของพื้นที่ เช่น ระบบสุขภาพระดับอำเภอต้นแบบร่วมกับแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ระบบสุขภาพระดับอำเภอร่วมสนับสนุนแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพด้วยการนำองค์ความรู้การจัดการลดภาวะโรคไม่ติดต่อ NCDs ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีการดำเนินงานร่วมกับแผนสุขภาพชุมชน

แนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนและเสริมกลไกการจัดการสุขภาวะระดับพื้นที่ด้วยการขับเคลื่อนระบบสุขภาวะระดับอำเภอ จังหวัด และเขตบริการสุขภาพ ผ่านการเสริมกลไก สร้างเครื่องมือ และเสริมสมรรถนะให้สามารถจัดการประเด็นสุขภาพและบริหารจัดการเครือข่ายในการร่วมกันดูแลสุขภาวะสุขภาพประชาชน ทุกกลุ่มวัยที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)
๒. สนับสนุนการพัฒน่องค์ความรู้และค้นหารูปแบบที่ดีในการบริหารจัดการสุขภาพเขตเมือง ในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมถึงวิเคราะห์ศักยภาพของท้องถิ่น และภาคส่วนอื่นในการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ทั้งความเป็นไปได้และอุปสรรคในด้านต่างๆ
๓. สนับสนุนกระบวนการพัฒนาสมรรถนะการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ โดยการเชื่อมประสานให้เกิดการขับเคลื่อนงานผ่านกลไกวิชาชีพ โดยเริ่มจากกลุ่มวิชาชีพพยาบาล ให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ ในการดูแลจัดการสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย และทำงาน สอดคล้องกับกลไกงานและเครือข่ายในพื้นที่
๔. สนับสนุนการทำงานที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งส่งเสริมการนำองค์ความรู้ งานวิจัย หรือนวัตกรรมทางสุขภาพ ไปประยุกต์เพื่อการทำงานดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย และบูรณาการการทำงานทั้งในเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในมิติต่างๆ

กลุ่มแผนงาน

๑. กลุ่มแผนงานสนับสนุนกลไกสุขภาวะพื้นที่ผ่านระบบสุขภาวะระดับอำเภอเพื่อเขตบริการสุขภาพ

สนับสนุนและเสริมกลไกการจัดการสุขภาวะระดับพื้นที่ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาวะระดับอำเภอ จังหวัด และเขตบริการสุขภาพ ให้สามารถเชื่อมร้อยการทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ เพื่อการสร้างสุขภาวะแก่ ประชาชนทุกกลุ่มวัย เช่น กลไกของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ” (District Health Board : DHB) ซึ่งเป็นการประสานระหว่างภาคสาธารณสุขและนอกสาธารณสุขให้สามารถดำเนินงาน ร่วมกันในการจัดการปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพ (Health Determinate) และหนุนระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential Care) ผ่านแผนพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มีแนวทางดำเนินงาน ดังนี้

- ๑.๑ เสริมกลไกเขตบริการสุขภาพที่หนุนการจัดการสุขภาวะระดับพื้นที่ผ่านระบบสุขภาวะ ระดับอำเภอและระดับจังหวัด เพื่อเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายในเขตบริการสุขภาพ ให้เป็นเจ้าของร่วมในการจัดการสุขภาพในระดับอำเภอ

๑.๒ เพิ่มสมรรถนะการจัดการสุขภาพระดับพื้นที่ด้วยระบบข้อมูล ความรู้ การสื่อสาร และเครื่องมือ
แก่บุคลากรสุขภาพและ“คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ”
(District Health Board : DHB) ในการดูแลประชาชน ทุกกลุ่มวัย

๑.๓ ผลักดันการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในเชิงประเด็น (Issue-based) และเชิงพื้นที่
(Area-based) ที่มีการบริหารจัดการปัญหาสุขภาพเพื่อหารูปแบบที่มีประสิทธิภาพ
นวัตกรรมกระบวนการใหม่ๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพระดับอำเภอ และประสานเครือข่าย
ในประเด็นสุขภาพที่สำคัญสู่ระดับจังหวัด และเขตบริการสุขภาพ

๒. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง

เพื่อสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ รูปแบบหรือต้นแบบการจัดการสุขภาพเขตเมือง รวมถึง
สนับสนุนการพัฒนาแกนนำสุขภาพ การจัดการความรู้ด้านสุขภาพและการพัฒนาเครื่องมือสื่อสารความรู้
เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเชื่อมประสานภาคี
ยุทธศาสตร์ (Strategic partners) ภาคีร่วมพัฒนา (Boundary partners) และกลไกการทำงานในพื้นที่
โดยมีแนวทางดำเนินงาน ดังนี้

๒.๑ สนับสนุนการวิจัยและพัฒนา การจัดการความรู้ ค้นหาแบบการจัดการสุขภาพเขตเมือง
ในประเทศไทยและระดับนานาชาติ เพื่อทราบถึงรูปแบบการจัดการสุขภาพที่ดี ข้อจำกัด
ในทางปฏิบัติและข้อจำกัดในทางกฎหมาย รวมถึงโอกาสในการสร้างการมีส่วนร่วม
ของภาคส่วนที่หลากหลายในการจัดการสุขภาพในเขตเมือง นำมาสู่การสังเคราะห์เป็น
รูปแบบการจัดการสุขภาพเขตเมืองที่สอดคล้องกับกลุ่มวัยและวิถีชีวิตของคนเมือง และ
พัฒนาข้อเสนอและเชิงนโยบาย

๒.๒ สนับสนุนการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาต้นแบบ/รูปแบบในการจัดการสุขภาพเขตเมือง
ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ที่มีความหลากหลาย เช่น ชุมชนแนวราบ ชุมชนแนวตั้ง และ
เมืองประเภทต่างๆ เช่น เมืองที่มีรูปแบบการบริหารจัดการท้องถิ่นแบบพิเศษ เขตเทศบาล
นคร และเขตเทศบาลเมือง เพื่อขยายแนวคิดและการปฏิบัติที่ดีไปยังพื้นที่เขตเมืองอื่นๆ

๒.๓ สนับสนุนการพัฒนาแกนนำสุขภาพในเขตเมือง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัคร
ครอบครัว อาสาสมัครหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว
และชุมชน

๒.๔ สนับสนุนการจัดการความรู้ด้านข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง การพัฒนาเครื่องมือ
สื่อสารความรู้ ให้เหมาะกับวิถีชีวิตคนเมือง เพื่อเสริมหนุนให้ประชาชนมีความรอบรู้
ด้านสุขภาพ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสมในการดูแล
ตนเอง ครอบครัว และชุมชน

๓. กลุ่มแผนงานเสริมสมรรถนะนักสร้างเสริมสุขภาพ

เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนาสมรรถนะการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ ให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีความรู้ ทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทำงานผ่านกลไกเขตบริการสุขภาพ และเครือข่ายต่างๆ ในการดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย สามารถบริหารจัดการ วางแผนขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ได้ ตลอดจนมีบทบาทในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยประกอบด้วยงานหลัก ๓ ด้าน ดังนี้

- ๓.๑ สนับสนุนให้มีการพัฒนาความรู้ หลักสูตร ทักษะที่สำคัญและจำเป็นในการดำเนินงานให้บริการ และบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการนำความรู้ หลักสูตรและทักษะไปใช้เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้นำการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพทุกระดับ เช่น การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านวิชาชีพพยาบาลในการทำงานผ่านกลไกเขตบริการสุขภาพ สนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนานักจัดการสุขภาพของประชาชนให้มีทักษะสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคล รวมถึงการบริหารจัดการชุมชน เป็นต้น
- ๓.๒ สนับสนุนการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานที่เอื้อต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของวิชาชีพสุขภาพ โดยเริ่มจากวิชาชีพพยาบาล ในการผลักดันกลไก มาตรการการสร้างแรงจูงใจ และการธำรงรักษา รวมไปถึงการดูแลสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง เช่น สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงกลไกการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพโดยผู้บริหารการพยาบาล เขตสุขภาพกับกลไกเขตบริการสุขภาพ เป็นต้น
- ๓.๓ พัฒนารูปแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่โดยบุคลากรสุขภาพ มุ่งหวังให้บุคลากรสุขภาพเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการและระบบสุขภาพชุมชน เช่น การสนับสนุนบุคลากรสุขภาพ โดยเริ่มจากวิชาชีพพยาบาล ในการพัฒนาศักยภาพการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ผ่านกลไกเขตบริการสุขภาพ การขยายผลศูนย์เรียนรู้ทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ การสนับสนุนการถอดบทเรียน องค์ความรู้ บทบาทการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพที่มีความโดดเด่นในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับสถาบันการศึกษาในพื้นที่ เพื่อให้เกิดระบบที่ยั่งยืนต่อไป

๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนกลไกการทำงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

สนับสนุนกลไกการทำงานที่เอื้อให้เกิดการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งกลไกเชิงนโยบาย องค์ความรู้ งานวิจัย นวัตกรรม ให้เกิดการนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย ทั้งในเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในมิติต่างๆ ผ่านระบบบริการสุขภาพ โดย ประกอบด้วยงานหลัก ๓ ด้าน ดังนี้

- ๔.๑ สนับสนุนการขับเคลื่อนกลไกเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น สนับสนุนการจัดทำและขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๕ สนับสนุนการจัดทำและพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิ ๔.๐ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๕ สนับสนุนการขับเคลื่อนกลไกเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ส่งเสริมการนำผลการศึกษาหรือการทำงานที่ผ่านมาไปใช้ในเชิงนโยบาย
- ๔.๒ สนับสนุนการนำองค์ความรู้ งานวิจัย หรือนวัตกรรมทางสุขภาพไปใช้ได้จริงในการทำงาน สร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรกลุ่มต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพชุมชน รวมทั้งบุคลากรนอกระบบบริการ เช่น สนับสนุนการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ในการเป็นเครื่องมือพัฒนาคนพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพผ่านเขตบริการสุขภาพ สนับสนุนการสร้างและจัดการความรู้เพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพที่ส่งผลต่อการทำงาน สร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรในอนาคต สนับสนุนการขับเคลื่อนด้านความรอบรู้สุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในทุกกลุ่มวัย
- ๔.๓ สนับสนุนการบูรณาการทำงานทั้งเชิงพื้นที่ และเชิงประเด็นร่วมกับสำนักต่างๆ ใน สสส. รวมถึงองค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนทุกกลุ่มวัย เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างคนทำงานที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนการมีส่วนร่วมและความเข้าใจเพื่อการแก้ปัญหา

ภาคีหลัก

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน และองค์กรภาคประชาสังคม

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสนับสนุนกลไกสุขภาพระดับอำเภอ	๔๐
๒. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง	๓๐
๓. กลุ่มแผนงานเสริมสมรรถนะนักสร้างเสริมสุขภาพ	๒๕
๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนกลไกการทำงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๒๕
รวม	๑๒๐

๑๓

แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

สถานการณ์และแนวโน้ม

๑. สถานการณ์ระดับนานาชาติที่ส่งผลกระทบต่อทิศทางแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

การพัฒนาความร่วมมือของนานาชาติประเทศมุ่งสู่ระเบียบวาระการพัฒนาที่ยั่งยืนความสำคัญของระบบสุขภาพโลกยุคโลกาภิวัตน์ ที่มีการขับเคลื่อนสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ เชื่อมร้อยจากระดับโลกสู่ระดับภูมิภาค ระดับประเทศ จนถึงชุมชนท้องถิ่น ทำให้ สสส. ต้องการความร่วมมือจากระดับนานาชาติเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาการดำเนินงานภายใต้ขอบเขตของประเทศไทยโดยลำพัง นอกจากนี้ สสส. และภาคีเครือข่ายมีความสำเร็จด้านสร้างเสริมสุขภาพในหลายเรื่องเป็นที่ประจักษ์และยอมรับในระดับสากล ดังนั้น การขับเคลื่อนงานวิเทศสัมพันธ์ของ สสส. ในระยะต่อไป จึงมุ่งเน้น การสร้างการรับรู้และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. และภาคีเครือข่ายในเวทีโลก และสนับสนุนการยกระดับงาน สสส. และภาคีเครือข่ายไปสู่ระดับสากล

๒. สถานการณ์ภายในประเทศที่ส่งผลกระทบต่อทิศทางแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

การน้อมนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชเป็นหลักการสร้างความยั่งยืนของการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางการพัฒนาประเทศที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญและแผนชาติ เช่น แผนนโยบายแห่งรัฐตามรัฐธรรมนูญแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี รวมถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ เป็นต้น นอกจากนี้ วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของพื้นที่ อาทิ พื้นที่เขตสุขภาพ พื้นที่เขตเมืองที่ขยายตัว พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ตลอดจนการเข้าสู่การพัฒนาเศรษฐกิจยุคประเทศไทย ๔.๐ ที่ประชาชนมีวิถีชีวิตดิจิทัล (Digital Life) ดังนั้น การเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเพื่อพร้อมรับกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการทำงาน ให้เกิดการหนุนเสริมซึ่งกันและกันในระดับพื้นที่ จึงเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ การสื่อสารการทำงานและผลงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ไปยังทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยมุ่งเน้นการ “สร้างการรับรู้ในรูปแบบที่หลากหลาย (Digital Platform)” จึงเป็นกุญแจสำคัญในการสร้าง

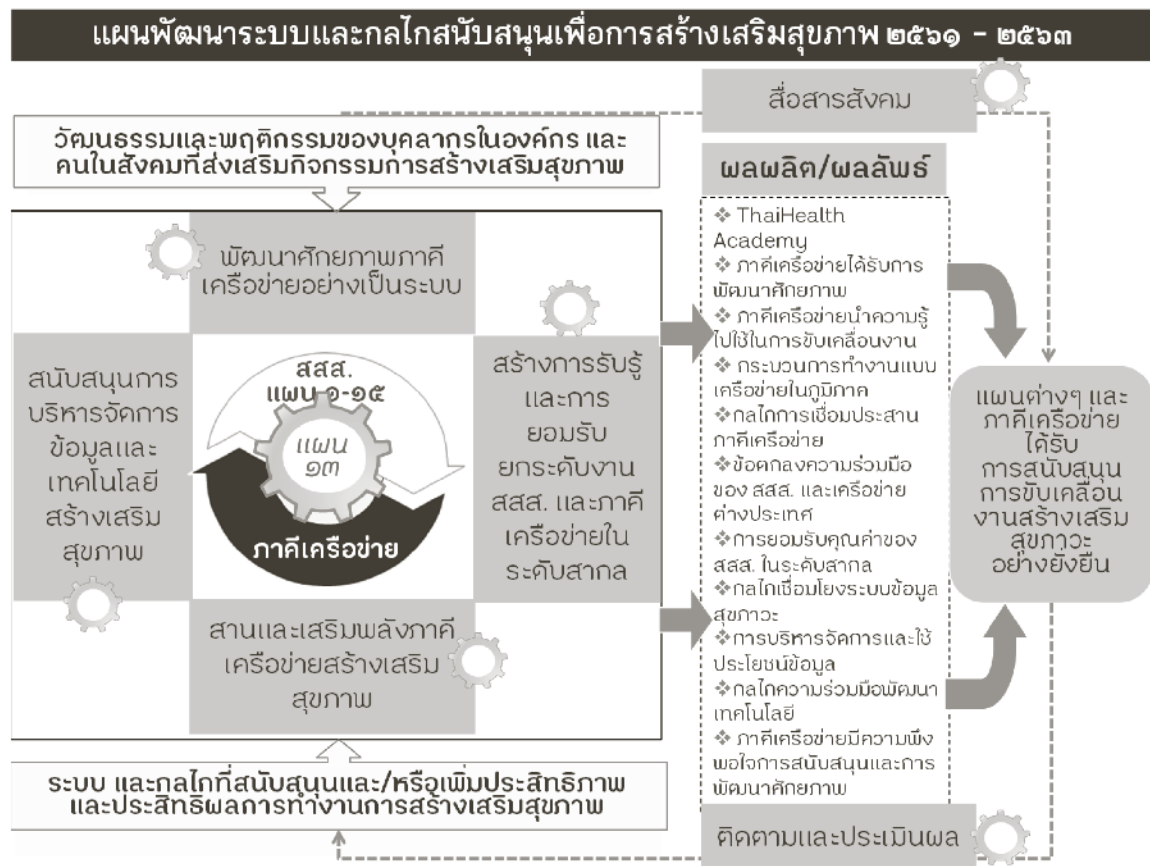
การรับรู้ ความเข้าใจวิสัยทัศน์ พันธกิจ และภาพลักษณ์ สสส. ที่มีบทบาทเป็น “องค์กรสร้างเสริมสุขภาพอย่างสร้างสรรค์” (Innovative Enabler) นำไปสู่ความร่วมมือและเป็นกำลังสำคัญในการสร้างสังคมสุขภาพอย่างยั่งยืน

๓. สถานการณ์ภายใน สสส. ที่ส่งผลกระทบต่อทิศทางแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

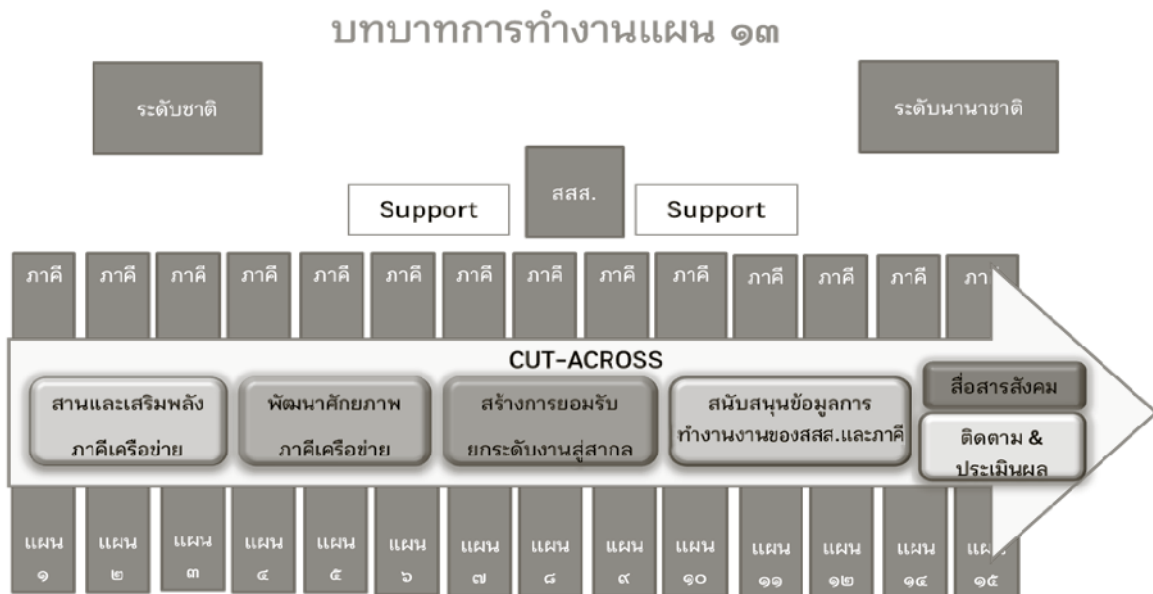
- (๑) ผลสำรวจภาพลักษณ์ สสส. ประจำปี ๒๕๕๙ และการวิจัยเพื่อทำความเข้าใจภาคี ปี ๒๕๕๗ พบว่าโดยภาพรวมภาคีมีความพึงพอใจต่อ สสส. ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ความคาดหวังของภาคีเครือข่ายนอกจากการสนับสนุนทุนจาก สสส. แล้ว ภาคีเครือข่ายยังมีความคาดหวังจาก สสส. ใน ด้านกลไกต่างๆ ที่ช่วยสนับสนุนการเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย ระบบสนับสนุนต่างๆ ที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพภาคีอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการสนับสนุนระบบข้อมูลและองค์ความรู้ที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
- (๒) ผลการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) คณะผู้ประเมินผลพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานตามเป้าหมายในแผนหลัก คือ ภาคีเครือข่ายมีศักยภาพและมีความเข้มแข็ง ซึ่งผลการประเมินดังกล่าวสอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากคณะผู้ประเมินผลระดับนานาชาติจากองค์กรอนามัยโลก ธนาคารโลก และ สสส. ออสเตรเลียว่าการพัฒนางานของ สสส. ในทศวรรษต่อไป นอกจากให้ทุนสนับสนุน (Grant) เป็นเครื่องมือสำคัญแล้ว สสส. ต้องหันมาให้ความสนใจการเสริมสร้างศักยภาพให้การเสริมสร้างศักยภาพเป็นส่วนหนึ่งในทุกแผนและโครงการของ สสส. นอกจากนั้น สสส. ยังสามารถช่วยพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ที่สนใจจะเข้าร่วมเป็นภาคีเครือข่ายรายใหม่ รวมถึงการเสริมสร้างศักยภาพเพื่อขยาย หยั่งรากฐาน และสร้างความยั่งยืนให้แก่การสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งพิจารณาจัดตั้งหน่วยงานใหม่เพื่อทำหน้าที่ด้านการเสริมสร้างศักยภาพ เพื่อสนองตอบความต้องการของภาคีและเจ้าหน้าที่ของ สสส. และลงทุนเพิ่มขึ้นในการเสริมสร้างศักยภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาหน่วยการสอนสำหรับโครงการฝึกอบรมที่ดำเนินการต่อเนื่องทั้งปี ให้เป็นส่วนหนึ่งของแนวทางใหม่ในเชิงยุทธศาสตร์และเชิงระบบสำหรับการเสริมสร้างศักยภาพ ดังนั้น ในปี ๒๕๖๑ แผนงานพัฒนาศักยภาพจะยึดหลักการสร้างและพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในสังคมไทยและสังคมโลก รวมถึงการสนับสนุนความยั่งยืนให้แก่ภาคี สสส.
- (๓) เนื่องจาก สสส. เป็นหน่วยงานของรัฐที่จัดตั้งตามพระราชบัญญัติเฉพาะ โดยมีหน้าที่ในการรายงานผลการดำเนินงานตามกรอบการประเมินผลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) และกรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานทุนหมุนเวียนของกรมบัญชีกลาง ดังนั้น จึงต้องมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานขององค์กรในทุกระดับ ทั้งระดับองค์กร แผน แผนงาน/โครงการ ทั้งนี้ จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

และจากข้อเสนอแนะต่างๆ ของผู้ทรงคุณวุฒิด้านการประเมินผล พบว่าระบบการติดตาม และประเมินผลยังมีช่องว่างในการพัฒนาหลายด้าน รวมทั้งงานของ สสส. และงานด้านการติดตามประเมินผลมีลักษณะเป็นพลวัต จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลทั้งโครงสร้าง องค์ความรู้ บุคลากร เครื่องมือ วิธีการ ระบบฐานข้อมูล และเครือข่ายนักประเมินผลให้มีความเหมาะสมทันต่อการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยการดำเนินงานของ สสส. บรรลุผลตามพันธกิจและเป้าหมายระยะ ๑๐ ปีของ สสส. ที่คำนึงถึงหลักธรรมาภิบาล ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ดังนั้น ในการขับเคลื่อนการดำเนินการของแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ไปสู่การบรรลุเป้าหมายนั้น จะทำภายใต้ ๖ ยุทธศาสตร์ได้แก่ ๑) พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ ๒) สานและเสริมพลังภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ โดยสร้างความเป็นส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ๓) สร้างการรับรู้และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. และภาคีเครือข่ายในเวทีโลกและสนับสนุนการยกระดับงาน สสส. และภาคีเครือข่ายในระดับสากล ๔) สนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพ ๕) สื่อสารข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพสู่กลุ่มเป้าหมาย ๖) พัฒนาและสนับสนุนระบบการติดตามและประเมินผล ดังที่ปรากฏในแผนภาพกรอบแนวคิดแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพด้านล่างนี้



โดยบทบาทการทำงานของแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพนั้นจะสนับสนุนแผนต่างๆ ของ สสส. และภาคีเครือข่าย (บุคลากรหรือหน่วยงานผู้รับทุนจาก สสส. และองค์กรภาคียุทธศาสตร์ความร่วมมือ) ผ่านระบบและกลไกกลางตาม ๖ ยุทธศาสตร์ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน ดังที่ปรากฏในแผนภาพบทบาทการทำงานของแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพด้านล่างนี้



จุดเน้นของแผน

เพื่อให้เกิดการพัฒนาาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของภาคี สสส. ในปี ๒๕๖๑ แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพมีจุดเน้นการดำเนินงานใน ๔ ประเด็น ดังนี้

๑. ยกระดับ สสส. ให้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy)
๒. เชื่อมโยงองค์ความรู้เรื่องคุณลักษณะการทำงานแบบ สสส. (Brand Attributes) เข้ากับวิธีการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแบบ สสส. (ThaiHealth Way) และการสร้างความเข้าใจองค์กรในบทบาทการทำงานสร้างเสริมสุขภาพที่ทันต่อสถานการณ์สังคม (Hot Issues) และตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ภาคีเครือข่ายและเจ้าหน้าที่ สสส. เกิดความเข้าใจและร่วมสื่อสารบทบาทการทำงานของ สสส. สู่ความเป็นมืออาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นที่ยอมรับของสังคม
๓. พัฒนากลไกการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง (Area-Based) อาทิ เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตเศรษฐกิจพิเศษ

๔. พัฒนากลไกสนับสนุนความรู้และทักษะใหม่ที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและเอื้อต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)
๕. สร้างการรับรู้และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. และภาคีเครือข่ายในเวทีโลก และยกระดับงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย ผ่านการขยายเครือข่ายและการทำงานในระดับสากล
๖. สนับสนุนและเชื่อมโยงกลไกการทำงานระบบข้อมูล สารสนเทศ องค์ความรู้ ทั้งภายใน สสส. ภาคีเครือข่าย และองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์ข้อมูล สารสนเทศและองค์ความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ
๗. เชื่อมโยงเครือข่ายด้านสุขภาพกับด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพ
๘. พัฒน่องค์ความรู้ งานวิชาการ ระบบข้อมูล และเครื่องมือ/คู่มือที่ใช้ในการติดตามและประเมินผลทั้งในระดับองค์กร ระดับแผน และระดับแผนงาน/โครงการ
๙. เสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรที่เกี่ยวข้องและสร้างเครือข่ายนักประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อช่วยในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในทุกๆระดับ

วัตถุประสงค์

๑. พัฒนาโครงสร้างการบริหารจัดการสถาบันการเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy)
๒. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายตามสมรรถนะหลักที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Core Competencies)^{๑๓๔}
๓. สนับสนุนการสร้างความร่วมมือมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนากลไกพัฒนากลไกที่เอื้อให้ภาคีเครือข่าย เกิดการไขว้ผลงาน แสร์ประสบการณ์และแบ่งปันความรู้ ตลอดจนการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายให้เกิดการหนุนเสริมซึ่งกันและกันในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และนโยบายสาธารณะในระดับพื้นที่
๔. สร้างการรับรู้ และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. และภาคีเครือข่ายในเวทีโลก และพัฒนาระบบการสื่อสารให้กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มรับรู้ประเด็นคุณค่า วิธีการทำงาน ความโปร่งใส ผลงาน และความคุ้มค่า ตลอดจนนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. เพื่อสร้างการยอมรับ

^{๑๓๔} **ThaiHealth Core Competencies :** คือ กรอบในการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย สสส. ประกอบด้วย ๕ สมรรถนะหลัก และ ๒ สมรรถนะรอง ได้แก่ ๑.หลักการและแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Theory & Methodology) ๒.การบริหารโครงการสุขภาพ (Project and Program Management in Health Promotion) ๓.การสื่อสารเพื่อสังคมสุขภาพ (Social Communication in Health Promotion) ๔.การสร้างและบริหารเครือข่าย (Network and Partnership Management) ๕.ผู้นำและทักษะการจัดการในงานสุขภาพ (Leadership and Management Skill in Health Promotion) ๖.การจัดการความรู้ (Knowledge Management) ๗.การจัดการความยั่งยืน (Sustainability Management)

ความเป็นมืออาชีพของการเป็น “องค์กรสร้างเสริมสุขภาพอย่างสร้างสรรค์” ทั้งภาคีเครือข่ายในประเทศและบนเวทีโลก

๕. สนับสนุนการยกระดับงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย โดยการขยายเครือข่าย และสร้างความร่วมมือการดำเนินงานในระดับสากล
๖. เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ข้อมูล สารสนเทศ องค์ความรู้ และเทคโนโลยี ในการสนับสนุน การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
๗. สนับสนุนและพัฒนางานติดตามและประเมินผลของ สสส. ที่ครอบคลุมทั้งโครงสร้าง/กลไก เครื่องมือ วิธีการ ระบบข้อมูล องค์ความรู้ และบุคลากรในทุกระดับ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

แผนงานพัฒนาศักยภาพ

๑. เกิดโครงสร้างการบริหารจัดการสถาบันการเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy)
๒. เกิดหลักสูตรตามสมรรถนะหลักที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Core Competencies) เชื่อมโยงเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแบบ สสส. (ThaiHealth Way)
๓. ร้อยละ ๖๐ ของภาคีเครือข่ายในกลุ่มขับเคลื่อนงานด้านวิชาการ/ด้านความรู้ ด้านหลักต้นนโยบาย ด้านขับเคลื่อนสังคม/ด้านพัฒนาเครือข่าย ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสมรรถนะหลักที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Core Competencies)
๔. ร้อยละ ๖๐ ของภาคีเครือข่ายที่เข้ารับการพัฒนาศักยภาพ มีการนำความรู้ไปใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
๕. ร้อยละ ๘๐ ของภาคีเครือข่ายที่เข้ารับการพัฒนาศักยภาพ มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพในระดับมาก

แผนงานภาคีสัมพันธ์

๖. เกิดกระบวนการทำงานแบบเครือข่าย เป็นกลไกศูนย์ประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ สสส. ในระดับภูมิภาคอย่างน้อย ๑ ภูมิภาค
๗. เกิดกระบวนการทำงาน/กลไกการเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ที่มีการกำหนดแผนการดำเนินงานและแนวทางการบริหารจัดการ อย่างน้อย ๑ กลไก/ความร่วมมือ

๘. เกิดกระบวนการทำงาน/กลไกการเชื่อมประสานภาคียุทธศาสตร์ ในการประสานความร่วมมือ เพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และหนุนเสริมการขับเคลื่อนงานเชิงนโยบาย อย่างน้อย ๑ กลไก/ความร่วมมือ
๙. เกิดการพัฒนาชุดข้อมูลการสื่อสารสำหรับภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างความเข้าใจงานสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านช่องทางการสื่อสารที่มีอยู่ อาทิ จดหมายข่าว อินโฟกราฟฟิก คลิปวิดีโอ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อดิจิทัลอื่นๆ อย่างน้อย ๒๐ ชุดข้อมูล
๑๐. ร้อยละ ๘๐ ของภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจในระบบสนับสนุนการเชื่อมโยงการทำงานของภาคีเครือข่าย

แผนงานวิเทศสัมพันธ์

๑๑. เกิดข้อตกลงความร่วมมือที่ยกระดับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะของ สสส. และเครือข่าย สู่ระดับสากลที่สนับสนุนการบรรลุทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. ตลอดจนสอดคล้องกับแนวนโยบายของรัฐบาล และเป้าหมายโลกด้านการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ไม่น้อยกว่า ๒ ข้อตกลงความร่วมมือ
๑๒. รูปแบบการเงินการคลังที่ยั่งยืนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแบบ สสส. รวมทั้งแนวทางการทำงานแบบ สสส. เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติและในเวทีระหว่างประเทศ โดยมีคณะจากต่างประเทศ ให้ความสนใจเข้าศึกษาดูงานเพิ่มเติม ไม่น้อยกว่า ๒๐ คณะ จาก ๒๐ ประเทศ ผู้แทน สสส. ได้รับเชิญเข้าร่วมเวทีระหว่างประเทศ ในระดับภูมิภาค และระดับโลก ไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง และรูปแบบองค์กร สสส. ได้รับการอ้างอิงในวารสารวิชาการระหว่างประเทศไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง

แผนงานสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยี

๑๓. กลไกเชื่อมโยงข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพภายใน สสส. และ/หรือภาคีเครือข่าย ที่นำไปสู่การวางแผน การดำเนินงาน หรือติดตามการทำงาน เพื่อตอบสนองแนวนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ของ สสส.
 - (๑) ความร่วมมือในการเชื่อมโยงการทำงานด้านข้อมูลและเทคโนโลยีภายใน สสส. และภาคีเครือข่าย โดยเกิดการดำเนินงานร่วมกัน อย่างน้อย ๑ รูปแบบความร่วมมือ
 - (๒) ระบบนำเสนอข้อมูลตัวชี้วัดทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. ที่มีการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน
๑๔. เกิดการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และใช้ประโยชน์ข้อมูล องค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ในรูปแบบที่หลากหลาย เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส.
 - (๑) รายงานผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพของประชาชนไทย อย่างน้อย ๒ เรื่อง และมีการนำข้อมูล และองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ประโยชน์ในเวทีเชื่อมประสานภาคีเครือข่าย

- (๒) สื่อที่ให้ข้อมูล สารสนเทศ และองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในหลากหลายรูปแบบ ทั้งออนไลน์และออฟไลน์ ที่เพิ่มความรู้เท่าทันทางสุขภาพ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการทำงาน โดยผลิตเป็นประจำทุกเดือน

๑๕. เกิดความร่วมมือระหว่าง สสส. และหน่วยงานด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ในการพัฒนาเทคโนโลยีที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในงานสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน ๑ ความร่วมมือ

แผนงานการสื่อสารองค์กร

๑๖. วางแผน ออกแบบกระบวนการสื่อสาร และพัฒนาเครื่องมือสื่อสารที่เหมาะสมกับเป้าหมายการทำงานของ สสส. เพื่อสร้างการรับรู้ สร้างความเข้าใจ ตลอดจนร่วมสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย และพฤติกรรม จำนวน ๔๘ ประเด็น รวม ๔๙๒ ชิ้น เผยแพร่รวม ๓,๙๐๐ ครั้ง แบ่งเป็น

- (๑) สื่อสารประเด็นการบทบาทดำเนินงานขององค์กร ๒๔ ประเด็น รวม ๒๒๘ ชิ้น ได้รับการเผยแพร่อย่างน้อย ๒,๐๐๐ ครั้ง
- (๒) สื่อสารประเด็นสุขภาพ ๑๘ ประเด็น รวม ๑๘๐ ชิ้น ได้รับการเผยแพร่อย่างน้อย ๑,๔๐๐ ครั้ง
- (๓) สื่อสารประเด็นผลักดันนโยบายสาธารณะ ๖ ประเด็น รวม ๘๔ ชิ้น ได้รับการเผยแพร่อย่างน้อย ๕๐๐ ครั้ง

๑๗. จัดอบรมทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ระหว่างภาคีเครือข่าย สื่อมวลชนกลุ่มต่างๆ ให้รับรู้ เข้าใจ และยอมรับวิธีการดำเนินงานของ สสส. และพัฒนาเป็นนักสื่อสารสุขภาพจะ จำนวน ๓ ครั้ง โดยมีผู้เข้าร่วม รวมไม่ต่ำกว่า ๖๐ คน

๑๘. วางแผนและผลิตชุดข้อมูลสร้างความเข้าใจองค์กร เพื่อขยายช่องทางการรับรู้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ของ สสส. ไม่น้อยกว่า ๒๐ ชิ้น พร้อมสื่อสารประเด็นสร้างเสริมสุขภาพและได้รับการแบ่งปันเฉลี่ยเดือนละ ๕,๐๐๐ ครั้ง มีจำนวนผู้เข้าเยี่ยมชมเว็บไซต์ สสส. เพิ่มขึ้น ๖ ล้าน มีสมาชิกเฟซบุ๊ก ๕๐๐,๐๐๐ สมาชิก มีสมาชิกทวิตเตอร์ ๓๗,๐๐๐ สมาชิก สร้างความสัมพันธ์กับเครือข่ายเว็บไซต์ยอดนิยม และร่วมเผยแพร่ไม่ต่ำกว่า ๗๐ ครั้ง สมาชิกสื่อสังคมออนไลน์ร่วมเผยแพร่ประเด็นสุขภาพไม่ต่ำกว่า ๑๐๐ ประเด็นต่อเดือน

๑๙. สื่อสารข้อมูลสร้างความเข้าใจองค์กร สสส. ผ่านแคมเปญสร้างเสริมสุขภาพออนไลน์ไม่น้อยกว่า ๔ แคมเปญ เกิดการมีส่วนร่วม (Engagement Users) มากกว่า ๑ ล้านครั้ง และสร้างการมองเห็นของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Viral Reach) มากกว่า ๒๐ ล้านคน

๒๐. ภาควิชาศาสตร์ร่วมรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพอย่างน้อย ๖ ประเด็น เพื่อขยายการรับรู้ไปสู่กลุ่มเป้าหมายที่กว้างขวางยิ่งขึ้น

๒๑. ขยายช่องทางการสื่อสารการดำเนินงานของ สสส. และภาคีเครือข่าย ไปสู่คณะกรรมการกองทุน ในรูปแบบที่หลากหลายและเข้าถึงง่าย ไม่ต่ำกว่า ๒๐ ครั้ง อาทิ วารสารมุ่งมั่นและ

หยาดเหงื่อ Line การ์ดเรียนเชิญ ชุดข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพ โดยคณะกรรมการกองทุน เข้าร่วมกิจกรรมและเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ ไม่น้อยกว่า ๒ ครั้ง ๓ เรื่อง

๒๒. กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มรับรู้ข้อมูลประเด็นการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. อย่างน้อย ร้อยละ ๙๐ และมีความพึงพอใจเข้าใจกระบวนการทำงาน สสส. อย่างน้อย ร้อยละ ๗๐ หรือ ๘ คะแนน ภายใน ๓ ปี ตลอดจนร่วมเป็นภาคียุทธศาสตร์ที่มีความเข้าใจการทำงานของ สสส. ร่วมมือผลักดันนโยบายสาธารณะ โดยมีส่วนร่วมในการสื่อสาร อย่างน้อย ๔๐ คนต่อปี

แผนงานติดตามและประเมินผล

๒๓. เกิดเครื่องมือและ/หรือคู่มือที่ใช้ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. อย่างน้อย ๓ เครื่องมือ/คู่มือ
๒๔. เกิดเครือข่ายนักประเมินผลหรือศูนย์กลางการติดตามและประเมินผลในระดับพื้นที่ เช่น ภาคหรือ เขตสุขภาพ อย่างน้อย ๒ เครือข่าย
๒๕. เกิดหลักสูตรด้านการติดตามและประเมินผลในระดับองค์กรและ/หรือแผนงาน/โครงการที่เหมาะสม กับนักวิชาการของ สสส. อย่างน้อย ๑ หลักสูตร โดยการทำงานร่วมกับฝ่ายบริหารงานบุคคล

แนวทางการดำเนินงาน

๑. พัฒนาหลักสูตรตามสมรรถนะหลักที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Core Competencies) ในบริบทการทำงานแบบ สสส. และบทเรียนการทำงานจากภาคี เครือข่าย
๒. สร้างความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา หน่วยงาน เครือข่ายทำงานด้านการพัฒนาศักยภาพ เครือข่ายนักวิชาการและองค์กรภาคีเครือข่ายนำร่องที่สนใจร่วมออกแบบการพัฒนาบุคลากร ขององค์กร
๓. สนับสนุนให้เกิดกลไกการเชื่อมประสานภาคีเครือข่าย โดยมุ่งเน้นการทำงานในระดับกลุ่มจังหวัด สอดคล้องกับทิศทางการทำงานในบริบทของพื้นที่
๔. สร้างการรับรู้ และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. และภาคีเครือข่ายในเวทีโลกและสนับสนุน การยกระดับงาน สสส. และภาคีเครือข่ายในระดับสากล
๕. พัฒนาความร่วมมือทั้งภายในและภายนอก สสส. เพื่อให้เกิดบูรณาการระบบข้อมูล สารสนเทศ และองค์ความรู้ ทั้งในส่วนระบบจัดเก็บ/ค้นหาข้อมูลงานวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบนำเสนอข้อมูลสุขภาพ ระบบคลังข้อมูลที่เก็บข้อมูลสถิติหรือผลการสำรวจทางสุขภาพ ระบบการวิเคราะห์ประเด็นสุขภาพที่สำคัญ และการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบที่น่าสนใจ เข้าใจง่าย เพื่อเกิดการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคี เครือข่าย

๖. สร้างความร่วมมือเพื่อให้เกิดการพัฒนาเทคโนโลยีที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย
๗. สื่อสารข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพสู่กลุ่มเป้าหมาย โดยผลักดันกระบวนการสื่อสารข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบโจทย์สถานการณ์ทางสังคม (hot issues) และภาพลักษณ์องค์กรในการเป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพมืออาชีพ ผ่านช่องทางการสื่อสารในรูปแบบที่หลากหลาย (digital platform) สามารถเข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย
๘. พัฒนาและสนับสนุนระบบการติดตามและประเมินผล ที่ครอบคลุมทั้งโครงสร้าง เครื่องมือ องค์ความรู้ และบุคลากร เพื่อช่วยให้การดำเนินงานของ สสส. บรรลุผลตามพันธกิจและเป้าหมาย ระยะ ๑๐ ปี ที่คำนึงถึงหลักธรรมาภิบาล ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และความเป็นธรรมทางสุขภาพ

กลุ่มแผนงาน

๑. แผนงานพัฒนาศักยภาพ มีการดำเนินการหลัก ดังต่อไปนี้

- ๑.๑ สร้างความร่วมมือ นำร่องการทำงานกับสถาบันการศึกษา หน่วยงาน เครือข่ายทำงาน ด้านการพัฒนาศักยภาพ เครือข่ายนักวิชาการทั้งในส่วนกลางและในพื้นที่
- ๑.๒ ทำงานร่วมกับสำนักและองค์กรภาคีเครือข่ายหลักๆ เพื่อร่วมออกแบบการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรขององค์กร โดยบทบาทมีส่วนร่วม เป็นผู้เรียน ผู้วางแผนการพัฒนาบุคลากร ผู้ให้องค์ความรู้
- ๑.๓ จัดกระบวนการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อเสริมองค์ความรู้ที่จำเป็นในการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม
- ๑.๔ ขยายงานพัฒนาศักยภาพจากส่วนกลางลงสู่ภาคเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และ สร้างโอกาสการเข้าถึงการพัฒนาความรู้และทักษะ
- ๑.๕ พัฒนาสื่อการเรียนรู้ สร้างช่องทางและกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย เพื่อให้ภาคีเครือข่าย สามารถเข้าถึง และยกระดับงานพัฒนาศักยภาพ
- ๑.๖ ออกแบบ วางระบบการติดตามและประเมินผล หลักสูตรและผู้เข้าร่วมเรียนรู้

๒. แผนงานภาคีสัมพันธ์ มีการดำเนินการหลัก ดังต่อไปนี้

- ๒.๑ จัดภาควิชาตามกลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งจัดระดับความสัมพันธ์ เพื่อให้สามารถออกแบบ กระบวนการเพื่อสร้างความเข้าใจ สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมและหนุนเสริมการขับเคลื่อน งานสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

- ๒.๒ สานและเสริมพลังภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ โดยสนับสนุนให้เกิดกลไกการเชื่อมประสานในรูปแบบคณะทำงานที่เป็นภาคีเครือข่าย สสส. ในพื้นที่โดยมุ่งเน้นการทำงานในระดับกลุ่มจังหวัด สอดคล้องกับทิศทางการทำงานในบริบทของพื้นที่ โดยใช้ฐานเรื่องเขตสุขภาพเพื่อประชาชนมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการขับเคลื่อน
- ๒.๓ เปิดพื้นที่ในการสานสัมพันธ์ และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนให้เกิดการเสริมศักยภาพภาคีเครือข่ายทั้งในระดับภูมิภาค ระดับกลุ่มจังหวัด และระดับจังหวัด
- ๒.๔ สร้างความเป็นส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (engagement) ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสื่อสาร
- ๒.๕ พัฒนาและขยายผลการใช้ระบบกลไกการสื่อสาร ฐานข้อมูล องค์กรความรู้ เพื่อประโยชน์ในการสานและเสริมพลังภาคีเครือข่าย และเพิ่มประสิทธิภาพการขับเคลื่อนงานสุขภาพ

๓. แผนงานวิเทศสัมพันธ์ มีการดำเนินการหลัก ดังต่อไปนี้

- ๓.๑ สร้างความสัมพันธ์ พัฒนาคือร่วมมือ กับองค์กร/เครือข่ายยุทธศาสตร์ ที่เกี่ยวข้อง กับงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับนานาชาติ ที่สามารถสนับสนุนการบรรลุทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. ตลอดจน สอดคล้องกับแนวนโยบายของรัฐบาล และเป้าหมายโลกด้านการพัฒนาที่ยั่งยืน
- ๓.๒ เผยแพร่รูปแบบการเงินการคลังที่ยั่งยืนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแบบ สสส. รวมทั้งแนวทางการทำงานแบบ สสส. ให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ
- ๓.๓ สนับสนุนการผลักดันนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับนานาชาติที่สอดคล้อง กับทิศทางของรัฐบาลและ คสช. ยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย และทิศทาง เป้าหมาย สสส. อาทิ ผลักดันนโยบายระดับสากลทางด้านการสนับสนุนกิจกรรมทางกาย สนับสนุนการก่อตั้งกลไกการเงินการคลังที่ยั่งยืนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ ในภูมิภาคอาเซียน (ASEAN) และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO SEARO)
- ๓.๔ พัฒนาศักยภาพบุคลากร สสส. และภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพสู่ระดับสากล : พัฒนาบทบาท ความสามารถของบุคคล และองค์กร ให้ผู้แทน สสส. มีความเชี่ยวชาญสามารถแสดงบทบาทนำ หรือมีส่วนร่วมในเวทีระหว่างประเทศได้อย่างสร้างสรรค์ อาทิ การร่วมกำหนดนโยบายข้อตกลงระหว่างประเทศ การกำหนดข้อตกลงด้านวิชาการด้านสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น
- ๓.๕ พัฒนากลไกและระบบเพื่อสนับสนุนงานวิเทศสัมพันธ์ของ สสส. ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อาทิ การออกแบบระบบการรับคณะศึกษาดูงานแบบเสริมพลัง การพัฒนากลไกการสนับสนุน ติดตามและประเมินผลงานวิเทศสัมพันธ์ เป็นต้น

๔. แผนงานสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยี มีการดำเนินการหลัก ดังต่อไปนี้

- ๔.๑ สนับสนุนกลไกประสานความร่วมมือภายใน สสส. และหน่วยงานทางสุขภาพในการจัดการและเชื่อมโยงระบบข้อมูลสุขภาพอย่างเป็นระบบ ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนและใช้ประโยชน์ข้อมูล
- ๔.๒ สนับสนุนการจัดการระบบคลังข้อมูลข่าวสารสุขภาพ การรวบรวมข้อมูลสถิติและผลการสำรวจทางสุขภาพทั้งภายในและภายนอก สสส. เพื่อใช้ติดตามและวางแผนการทำงานที่ตอบสนองทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.
- ๔.๓ สนับสนุนการศึกษาวิจัย วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพประชาชนไทย เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนการทำงานและกำหนดทิศทางนโยบายในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
- ๔.๔ พัฒนาสื่อในหลากหลายรูปแบบทั้งสื่อดิจิทัลออนไลน์และออฟไลน์ เพื่อสื่อสารข้อมูลสารสนเทศ และองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับใช้ขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- ๔.๕ สร้างและเชื่อมโยงเครือข่ายความร่วมมือระหว่าง สสส. และหน่วยงานด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ตลอดจนหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และดำเนินการร่วมกันเกี่ยวกับการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ

๕. แผนงานการสื่อสารองค์กร มีการดำเนินการหลัก ดังต่อไปนี้

- ๕.๑. ประชุมร่วมกับสำนัก ภาควิชาเครือข่าย ร่วมกันกำหนดประเด็น วางแผน และรวบรวมข้อมูลกิจกรรมและการดำเนินงานต่างๆ ขององค์กร เพื่อนำไปวางแผนการผลิต “ชุดความรู้สร้างเสริมสุขภาพและนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ” เพื่อให้เกิดระบบการส่งต่อข้อมูลที่รวดเร็ว ทันสถานการณ์ที่กลุ่มเป้าหมายให้ความเชื่อถือ
- ๕.๒ มีกระบวนการส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และกำหนดประเด็นการสื่อสารที่เข้มข้น มีประสิทธิภาพ พร้อมสอดแทรกข้อมูลการสื่อสารองค์กรเพื่อสนับสนุนการทำงานของ สสส.

๖. แผนงานสนับสนุนการติดตามและประเมินผล มีการดำเนินการหลัก ดังต่อไปนี้

- ๖.๑. ทำงานร่วมกับสำนักและฝ่ายต่างๆ ของ สสส. ในการพัฒนาเครื่องมือ คู่มือ และระเบียบวิธีการประเมินผล เพื่อให้เป็นมาตรฐานในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในทุกกระดับ
- ๖.๒. ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิด้านติดตามและประเมินผลและสำนักและฝ่ายต่างๆ ของ สสส. ในการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของ สสส. ภาควิชาเครือข่าย และนักประเมินผล เพื่อให้มีทักษะด้านการติดตามและประเมินผลและสามารถนำไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จ

๖.๓. ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการติดตามและประเมินผลในการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและองค์ความรู้ด้านการติดตามและประเมินผล เพื่อนำมาใช้ในการติดตามและประเมินผล รวมทั้งเผยแพร่สู่สาธารณะ

ภาคีหลัก

องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ หน่วยงาน สถาบัน องค์กรด้านการพัฒนาศักยภาพ, ภาควิชาสร้างเสริมสุขภาพ สสส., เครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ ASEAN University Network - Health Promotion Network (AUN-HPN), กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, มูลนิธิพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, มูลนิธินโยบายสุขภาพ, มูลนิธิหมอชาวบ้าน, ศูนย์เทคโนโลยีเพื่อนวัตกรรมสังคมภายใต้สถาบันเซนจีพีวชั่น, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, กระทรวงการต่างประเทศ, มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ, สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ, 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), International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), United Nations Agencies, World Bank, Melinda Gates Foundation, Bloomberg Philanthropies, Prince Mahidol Award Foundation, IOGT International คณะกรรมการกองทุนคณะกรรมการประเมินผล คณะอนุกรรมการย่อยภายใต้คณะกรรมการประเมินผล คณะกรรมการบริหารแผน ๘ คณะ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ สสส. ผู้จัดการแผนงาน/โครงการ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานพัฒนาศักยภาพ	๓๐
๒. กลุ่มแผนงานภาคีสัมพันธ์	๒๐
๓. กลุ่มแผนงานวิเทศสัมพันธ์	๓๕
๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพ	๒๒
๕. กลุ่มแผนงานการสื่อสารองค์กร	๔๙
๖. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการติดตามและประเมินผล	๘
รวม	๑๖๔

แผนอาหารเพื่อสุขภาพ

สถานการณ์และแนวโน้ม

ปัจจุบันประชากรไทยบริโภคผักและผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนด และการเข้าถึงผักผลไม้ปลอดภัยได้น้อยด้วยปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งการบริโภคผักและผลไม้ต่ำกว่าปริมาณที่แนะนำ คือ ๔๐๐ กรัม หรือ ๕ ส่วนมาตรฐานจะส่งผลต่อสุขภาพของคนไทย ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยสถาบันโภชนาการมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าคนไทยส่วนใหญ่หรือประมาณร้อยละ ๘๒.๓ บริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ โดยในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๒ ปี บริโภคไม่ถึงครึ่งของปริมาณที่แนะนำ และจากผลการสำรวจสถานการณ์อัตราชุกของผู้มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ในปี ๒๕๕๙ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียน (เด็กที่มีอายุตั้งแต่ ๕ - ๑๔ ปี) ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กวัยเรียนร้อยละ ๑๓.๑ มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ซึ่งภาวะดังกล่าวล้วนเป็นผลสืบเนื่องมาจากปัจจัยสำคัญทั้งด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจัดการสภาพแวดล้อมด้านอาหารในโรงเรียน ซึ่งการบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอและการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กระทั่งต่อคุณภาพชีวิตและก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ ได้กล่าวถึงสถานการณ์ที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพและการบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอของคนไทย คือ

สถานการณ์ความมั่นคงทางอาหาร

สังคมไทยเปลี่ยนแปลงจากสังคมแห่งการพึ่งตนเองภายใต้สังคมเกษตรกรรม ที่เกษตรกรผลิตเพื่อการบริโภคในครัวเรือนเป็นหลัก มาเป็นการผลิตเพื่อการค้าในเชิงพาณิชย์มากขึ้น แม้ประเทศไทยจะสามารถผลิตพืชอาหารได้มากจนสามารถส่งออกไปยังต่างประเทศได้ แต่ก็ยังพบปัญหาการล้มละลายของเกษตรกรในด้านหนี้สิน ปัญหาความยากจน อาจสูญเสียที่ดิน ความเสื่อมสลายของทรัพยากรต้นทุน เช่น ดิน แหล่งน้ำ ทำให้แหล่งอาหารจากธรรมชาติลดจำนวนลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังระบบ

การกระจายอาหาร ผักและผลไม้ ทำให้การเข้าถึงอาหารของผู้บริโภคต่ำลง ถึงแม้ว่าในภาพรวมประเทศไทยจะสามารถผลิตอาหารในปริมาณที่เพียงพอแก่การบริโภคในประเทศ แต่แนวโน้มของสถานการณ์ฐานทรัพยากร รวมทั้งปัจจัยการผลิต ไม่ว่าจะเป็นความอุดมสมบูรณ์ของดินและน้ำที่ใช้ในภาคการเกษตร ความหลากหลายของพันธุ์พืช พันธุ์สัตว์ ภูมิปัญญาชาวบ้าน แรงงานภาคการเกษตร สภาพภูมิอากาศ ความสามารถในการแข่งขันทางการค้า กลับเป็นไปในทิศทางที่ทำให้ปัญหาความไม่มั่นคงทางอาหารเกิดขึ้น จึงถือว่าประเทศไทยยังคงมีความเสี่ยงต่อความไม่มั่นคงทางอาหาร หากไม่มีการจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว อาจเกิดผลกระทบต่อระบบห่วงโซาอาหาร ซึ่งในขณะนี้เริ่มมีสัญญาณของความไม่มั่นคงทางอาหารเกิดขึ้น ส่งผลให้การเข้าถึงอาหารบางชนิดลดลง โดยเฉพาะผักและผลไม้

สถานการณ์ด้านความปลอดภัยของอาหารจากการตกค้างของสารเคมีทางการเกษตร

เนื่องจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม จึงมักประสบปัญหาการปนเปื้อนสารเคมี ยาฆ่าแมลง การตรวจพบการตกค้างของสารเคมีทางการเกษตรในผักและผลไม้ที่มีตรารับรองความปลอดภัย ในปริมาณที่สูงเกินค่ามาตรฐาน แม้ว่าจะมีหน่วยงานหลากหลายในทุกภาคส่วน ทั้งจากภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงการคลัง ภาคการศึกษา ได้แก่ มหาวิทยาลัยมหิดล และภาคประชาสังคม ได้แก่ เครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร่วมกับ สสส. ผลักดันให้มีการยกเลิกการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ พาราควอต และคลอร์ไพริฟอส ซึ่งจะสามารถยกเลิกได้ในปี ๒๕๖๒ แต่ก็ยังมีสารเคมีทางการเกษตรชนิดอื่นๆ ที่ยังนำมาใช้กับผักและผลไม้ที่วางจำหน่ายในท้องตลาด และความกังวลต่อพืชอาหารที่มีการติดต่อพันธุกรรม

สถานการณ์ด้านการแข่งขันในระบบธุรกิจอาหาร

การใช้สื่อโฆษณากระตุ้นให้เกิดความต้องการเทียมในการบริโภค การโฆษณาได้สร้างภาพค่านิยมในการบริโภคแบบคนรุ่นใหม่ การโฆษณาเชิงรุกเข้าถึงเด็ก สร้างความนิยมบริโภคอาหารและขนมกรุบกรอบ ซึ่งเป็นอาหารที่อุดมไปด้วยไขมัน โซเดียม และน้ำตาล พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพที่พบมากขึ้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมด้านอาหารที่เปลี่ยนไป การเติบโตอย่างรวดเร็วของตลาดและอุตสาหกรรมการผลิตอาหารและเครื่องดื่ม ธุรกิจร้านอาหาร ซูเปอร์สโตร์และร้านสะดวกซื้อ ส่งผลกระทบต่อจำนวนชนิดและประเภทของอาหารที่มีการจำหน่าย

สถานการณ์ของการเข้าถึงอาหารสุขภาพและผักผลไม้ปลอดภัย

แม้ประเทศไทยจะได้ชื่อว่าเป็นแหล่งอาหารของโลก มีเมนูอาหารที่ชาวต่างชาติชื่นชอบ มีร้านอาหารริมบาทวิถีมากมาย และเป็นประเทศที่มีความอุดมสมบูรณ์ การเข้าถึงอาหารของคนกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งมีความหลากหลายเพิ่มขึ้น เข้าถึงหรือหาซื้อได้ง่ายโดยคนทุกวัยในทุกพื้นที่ ทั้งนี้ส่วนใหญ่ มักมีเด็กและวัยรุ่นเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ อาหารที่วางจำหน่ายมักเป็นอาหารที่มีไขมัน โซเดียม และน้ำตาล เกินมาตรฐานที่ร่างกายควรได้รับต่อวัน รวมทั้งผักและผลไม้ที่ปลอดภัยส่วนใหญ่จะมีราคาแพงและผลิตเพื่อส่งออกไปยังต่างประเทศ ผักและผลไม้ที่จำหน่ายให้กับผู้บริโภคในประเทศแม้จะมีปริมาณที่เพียงพอ แต่พบว่า ยังมีความไม่ปลอดภัยและไม่มีคุณภาพอยู่เป็นจำนวนมาก

การสร้างความตระหนักและหนุนเสริมความรู้เรื่องการบริโภคอาหารให้เหมาะสมตามหลักโภชนาการและส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัยให้เพียงพอตามข้อแนะนำ

สาเหตุที่ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ ยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีพลังงานและไขมันสูง โซเดียมสูง น้ำตาลสูง กรดไขมันอิ่มตัวสูง รวมถึงการทำกิจกรรมทางกายและการบริโภคผักผลไม้ที่น้อยเกินไป กระแสนิยมบริโภคตามความทันสมัย เลียนแบบชาวตะวันตก และอีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการ ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องครบถ้วน และอาจยังขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัยเท่าที่ควร ส่งผลให้การบริโภคผักและผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด เกิดปัญหาภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน รวมทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม

สถานการณ์และโอกาสของการผลักดันนโยบาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับโครงสร้างของระบบอาหาร

จากข้อมูลสถานการณ์ด้านอาหารของประเทศไทย ในกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ได้กล่าวถึงการดำเนินงานขับเคลื่อนงานด้านอาหารนั้น มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลด้านอาหารอยู่หลายฉบับ และอยู่ในอำนาจหน้าที่ของหลายหน่วยงานในกระทรวง ทบวง กรม ซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงานเกี่ยวกับอาหารในมิติที่แตกต่างกัน ขาดการบูรณาการ ขาดความเป็นเอกภาพ และประสิทธิภาพในการกำกับดูแลการดำเนินงานในห่วงโซ่อาหาร ประกอบกับยังขาดนโยบายและยุทธศาสตร์เกี่ยวกับความมั่นคงด้านอาหาร ทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉิน ตลอดจนการป้องกันการใช้อาหารในการก่อการร้าย รวมทั้งการให้การศึกษาด้านอาหารให้ทันต่อสถานการณ์ของสังคมโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยในปี ๒๕๕๑ สภานิติบัญญัติแห่งชาติเห็นชอบในการออกพระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ บังคับใช้เป็นกฎหมายเพื่อให้มี “คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ” เป็นองค์กรหลักในการดำเนินการหรือจัดการด้านความมั่นคงด้านอาหารให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ครอบคลุมมิติที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง สามารถประสานและบูรณาการงบประมาณหรือทรัพยากรในการจัดการอาหารทั้งภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้ ยังเพิ่มเติมมิติอาหารศึกษาเพื่อให้ความรู้หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ประชาชน ผู้ประกอบการและผู้ที่เกี่ยวข้องในวงกว้างเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันด้านความรู้ที่เพียงพอในการจัดการปัญหาความไม่ปลอดภัยด้านอาหารจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และในปี ๒๕๖๐ ได้มีการปรับปรุงกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์โลกและสถานการณ์ด้านอาหารภายในประเทศ จึงนับเป็นโอกาสสำคัญที่จะขับเคลื่อนและผลักดันนโยบายในด้านอาหาร เนื่องจากแผนอาหารเพื่อสุขภาวะได้สนับสนุนการทำงานให้กับทีมเลขานุการของคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ ตลอดจนสนับสนุนและเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายทั้งในส่วนสถาบันการศึกษาเครือข่ายรณรงค์ขับเคลื่อนสังคมเครือข่ายด้านโภชนาการ อาหารปลอดภัยและความมั่นคงทางอาหารซึ่งการทำงานร่วมกันของหลากหลายภาคส่วนนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับโครงสร้างของระบบอาหารของประเทศไทยต่อไป เช่น การผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนดเป้าหมายเพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้ของประชาชนร่วมกัน การผลักดันให้เกิดโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยที่จัดบริการอาหารจากพืชผักผลไม้ที่ปลอดภัย/อินทรีย์ ผลักดันให้เกิด

ระบบกำกับดูแลความปลอดภัยผักและผลไม้ตลอดทั้งห่วงโซ่ มาตรการแสดงสัญลักษณ์โภชนาการบนฉลากอาหาร เพื่อเป็นข้อมูลการตัดสินใจเลือกผลิตภัณฑ์อาหารของผู้บริโภคเพื่อลดการบริโภคน้ำตาล โซเดียมและไขมัน การสร้างความตระหนักรู้ให้ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม รวมทั้งผลักดันให้เกิดการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุภาพะ เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงอาหารสุภาพะได้อย่างเพียงพอ

สำหรับนโยบาย Thailand ๔.๐ ซึ่งเป็นวิสัยทัศน์เชิงนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทย หรือโมเดลพัฒนาเศรษฐกิจของรัฐบาลโดยมีฐานคิดหลักคือ เปลี่ยนจากการผลิตสินค้า “โภคภัณฑ์” ไปสู่สินค้าเชิง “นวัตกรรม” เปลี่ยนจากการขับเคลื่อนประเทศด้วยภาคอุตสาหกรรม ไปสู่การขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรม และเปลี่ยนจากการเน้นภาคการผลิตสินค้า ไปสู่การเน้นภาคบริการมากขึ้น โดยใช้แนวทาง “สานพลังประชารัฐ” เป็นตัวการขับเคลื่อน ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ภาคการเงินการธนาคาร ภาคประชาชน ภาคสถาบันการศึกษา มหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัยต่างๆ ร่วมกันระดมความคิด ผนึกกำลังกันขับเคลื่อน ซึ่งนับเป็นโอกาสที่จะทำให้ปรับเปลี่ยนจากการทำเกษตรแบบดั้งเดิมในปัจจุบัน ไปสู่การเกษตรสมัยใหม่ เน้นการบริหารจัดการและเทคโนโลยี (Smart Farming) ซึ่งจะมีส่วนช่วยยกระดับให้เกษตรกรมีฐานะทางเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้ยังนำไปสู่การพัฒนาเส้นทางธุรกิจใหม่ (New Startups) ในด้านเทคโนโลยีการเกษตร เทคโนโลยีอาหาร เป็นต้น

จุดเน้นของแผน

คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ ร่วมกับภาคีเครือข่ายของแผนฯ ได้ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เป้าหมายตามแผน ๓ ปี (๒๕๖๑ – ๒๕๖๓) และเป้าหมายตามทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. จึงให้พัฒนาแผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๑ ที่สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ดังกล่าว และส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัย ลดอาหารหวาน มัน เค็ม และให้พลังงานสูง โดยมีจุดเน้น คือ **“พัฒนาองค์ความรู้ ขับเคลื่อนนโยบาย ขยายต้นแบบ มีแผนบูรณาการ และมุ่งสู่การสื่อสาร”**

๑. พัฒนาให้เกิดศูนย์วิชาการและการจัดการวิชาการ เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้านอาหารสุภาพะ โดยทำงานร่วมกับภาคยุทธศาสตร์เพื่อผลักดันนโยบายที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระบบอาหารสุภาพะ
๒. ส่งเสริมให้เกิดการขยายต้นแบบระบบห่วงโซ่อาหารของพืชผักผลไม้ปลอดภัยลดสารพิษและปลอดภัย โดยบูรณาการการทำงานระหว่างภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้บริโภคเข้าถึงแหล่งผลิตแหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการผักผลไม้ปลอดภัย รวมทั้งส่งเสริมการปลูกพืชผักผลไม้ปลอดภัยลดสารพิษและปลอดภัยในครัวเรือน โรงเรียน และองค์กร
๓. ส่งเสริมการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุภาพะในพื้นที่ยุทธศาสตร์ โดยให้ความสำคัญกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กรเป็นอันดับแรก โดยบูรณาการการทำงานระหว่างภาคีเครือข่าย รวมทั้งเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ

๔. สื่อสารและสร้างสุขภาพโดยการส่งเสริมให้เกิดชุดความรู้และการสื่อสาร เพื่อเพิ่มทักษะประชาชนตามกลุ่มวัย ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสามารถจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัย และลดอาหารหวาน มัน เค็ม

นิยามศัพท์เชิงยุทธศาสตร์

อาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy Food & Nutrition) หมายถึง อาหารที่มีคุณลักษณะทางกายภาพ และส่วนประกอบที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และมีความปลอดภัย ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และเป็นอาหารที่ผ่านกระบวนการผลิตที่ใส่ใจต่อวิถีการการหมุนเวียนของทรัพยากรให้เกิดความสมดุลทางธรรมชาติและรักษาความหลากหลายทางชีววิทยา มีปริมาณที่ได้รับเพียงพอ และมีเสถียรภาพ

ปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาพ (Food Environment) หมายถึง คุณลักษณะทางด้านกายภาพ เศรษฐกิจ นโยบาย สังคมวัฒนธรรม การสร้างโอกาสและเงื่อนไข ที่มีผลต่อการเลือกบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และภาวะโภชนาการของประชาชน

การบริโภคผักผลไม้ที่เพียงพอ หมายถึง การบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยและเพียงพอตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก (๔๐๐กรัมต่อวันหรือ ๕ ส่วนมาตรฐาน)

ต้นแบบ หมายถึง ผลจากการดำเนินงานให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม ใน ๓ กรณี คือ (๑) การจัดการให้เกิดการบริโภคอาหารคุณภาพและโภชนาการ (๒) การจัดการให้เกิดอาหารปลอดภัย และ (๓) การจัดการให้เกิดฐานทรัพยากรอาหารที่มั่นคง โดยจะต้องเป็นการจัดการที่บูรณาการหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ใช้ยุทธศาสตร์ของการสร้างความรู้ การสื่อสารขับเคลื่อนสังคม และการผลักดันนโยบาย ซึ่งต้นแบบในที่นี้อาจเกิดเป็นนวัตกรรมได้ โดยมีหน่วยวัดเป็น พื้นที่ องค์กร ชุมชน หรือกลุ่มที่มีบทบาทเคลื่อนไหว (active participant group)

วัตถุประสงค์

ส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตสุขภาพ และจิตสำนึกแห่งสุขภาพ ด้วยการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ โดยเพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ และลดอาหารหวาน มัน เค็ม

๑. พัฒนางานวิชาการและหนุนเสริมให้ภาคีเครือข่ายและภาคียุทธศาสตร์ร่วมขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้านอาหารสุขภาพ ที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระบบอาหารสุขภาพ
๒. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้บริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ โดยส่งเสริมให้เกิดการผลิต การเข้าถึงแหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการผักผลไม้ปลอดภัยได้อย่างสะดวก รวมทั้งให้มีทักษะและค่านิยมในการปลูกเพื่อบริโภค โดยเน้นที่กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มขาดโอกาส

๓. เพื่อส่งเสริมให้พื้นที่หรือองค์กรยุทธศาสตร์ได้มีการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุภาพะที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ ลดอาหารและเครื่องดื่มที่หวาน มัน เค็ม โดยเน้นที่กลุ่มเป้าหมายเด็กวัยเรียน และเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ
๔. เพื่อสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสร้างค่านิยมในการบริโภคอาหารสุภาพะและการใช้วิถีชีวิตที่มีสุภาพะ สำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย ให้มีความสามารถในการจัดการตนเอง มีพฤติกรรมบริโภคผักผลไม้ปลอดภัย ลดอาหารและเครื่องดื่มที่หวาน มัน เค็ม

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก (๔๐๐ กรัมต่อวันหรือ ๕ ส่วนมาตรฐาน) อย่างน้อยร้อยละ ๕๐ (ข้อมูลปี ๒๕๕๗ คือร้อยละ ๒๕.๔ และเป้าหมายของยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ๒๕๖๔ คือ ร้อยละ ๕๐) โดยวัดผลที่กลุ่มเป้าหมายภายใต้การสนับสนุนของแผน
๒. ลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน (อายุ ๖-๑๔ปี) ให้ต่ำกว่าร้อยละ ๑๐ (เป้าหมายระยะ ๑๐ ปี อยู่ที่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐) โดยวัดผลที่กลุ่มเป้าหมายภายใต้การสนับสนุนของแผน
๓. มีข้อมูลวิชาการอย่างน้อย ๒ เรื่องที่ใช้สนับสนุนการขับเคลื่อนให้เกิดมาตรการ/นโยบายที่ส่งเสริมให้ประชาชนได้บริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ หรือลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน
๔. เกิดมาตรการ/นโยบายระดับชาติอย่างน้อย ๒ มาตรการ/นโยบาย และระดับท้องถิ่นอย่างน้อย ๑๐ มาตรการ/นโยบายที่ส่งเสริมให้ประชาชนได้บริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ หรือลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน
๕. เกิดต้นแบบและการขยายต้นแบบของแหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการ ผักผลไม้เพื่อการบริโภคที่ปลอดภัย/ปลอดภัย รวมทั้ง ๓ ประเภท จำนวน ๕๐ แห่ง
๖. เกิดต้นแบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กรที่มีการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารเพื่อสุภาพะที่ภาคยุทธศาสตร์สามารถนำไปขยายผลต่อได้ อย่างน้อย ๖๐๐ แห่ง
๗. ผู้บริโภคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย มีความรู้ความเข้าใจและมีแนวโน้มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มการบริโภคอาหารเพื่อสุภาพะและมีวิถีชีวิตที่มีสุภาพะ อย่างน้อยร้อยละ ๖๕
๘. เกิดพื้นที่ต้นแบบการจัดการเชิงบูรณาการเพื่อส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัยและลดอ้วน อย่างน้อย ๓ แห่ง

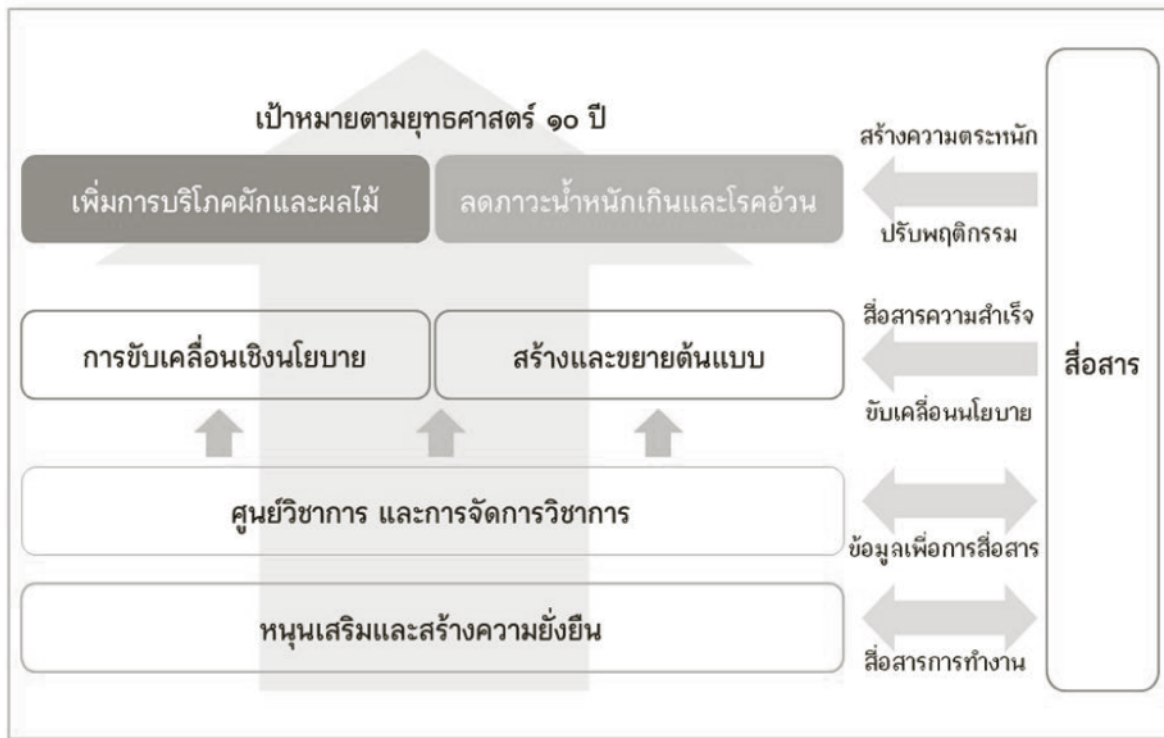
ตัวชี้วัดร่วม

๑. ร่วมกับแผนต่างๆ (แผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม แผนสุขภาวะชุมชน แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ) ในการพัฒนาต้นแบบอำเภอสุขภาวะป้องกันโรค NCDs แบบเต็มพื้นที่ ทุกตำบล ทุกโรงเรียน และ ส่วนใหญ่ขององค์กรต่างๆ ในอำเภอ โดยมุ่งเป้าให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ที่ระดับประชาชน คือ ลดอัตราการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การลดการกินหวาน/มัน/เค็ม เพิ่มการบริโภค ผัก/ผลไม้ เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย และลดการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง พร้อมประสานความร่วมมือกับฝ่ายติดตาม และประเมินผลในการออกแบบ และปฏิบัติการติดตามประเมินผล โดยมุ่งพัฒนาต้นแบบอำเภอสุขภาวะป้องกันโรค NCDs ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของจำนวนตำบลใน ๔ อำเภอ ใน ๔ ภูมิภาคของประเทศไทย และ ๕ ชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร
๒. ร่วมกับแผนต่างๆ (แผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร และแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ) พัฒนานวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อการสื่อสารที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารสุขภาวะ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑ กรณี

แนวทางการดำเนินงาน

ส่งเสริมการขับเคลื่อนให้เกิดศูนย์วิชาการและการจัดการเชิงวิชาการ เพื่อพัฒนางานวิชาการและนวัตกรรม ที่นำไปใช้ขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และสนับสนุนให้เกิดกระบวนการทำงานแบบบูรณาการ เกิดการประสานเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งสนับสนุนการรณรงค์สื่อสารเพื่อร่วมกันสนับสนุนงานให้เป็นไปตามเป้าหมายระยะ ๑ ปีของแผนฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงเป้าหมายของแผนระยะ ๓ ปี และเป้าหมายระยะ ๑๐ ปีของ สสส. โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของแผนฯ ดังนี้

แผนภาพแสดงกรอบแนวคิดยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ



ยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ

๑. พัฒนาศูนย์วิชาการและการจัดการเชิงวิชาการ โดยทำหน้าที่รวบรวมองค์ความรู้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดทำฐานข้อมูลวิชาการเพื่อการสร้างต้นแบบ การศึกษาวิจัย/นวัตกรรม เพื่อนำไปสู่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคของประชาชน รวมทั้งหนุนเสริมการพัฒนาศักยภาพ การให้ คำปรึกษา การพัฒนานโยบายสาธารณะ การถอดบทเรียน และสื่อสารความรู้สู่สังคม ทั้งนี้ จะทำการศึกษาในประเด็นที่ยังไม่มีความชัดเจนหรืออยู่ในความสนใจของสาธารณะเป็นสำคัญ เช่น ผักไฮโดรโปนิคส์, street food, ไขมันทรานส์ เป็นต้น
๒. หนุนเสริมและสร้างความยั่งยืน โดยมุ่งเน้นการเชื่อมประสานและทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ ระหว่างภาคีเครือข่าย และต่อยอดงานผ่านกลไกการหนุนเสริมศักยภาพให้ภาคีเครือข่าย มีความเข้มแข็งและมีความสามารถดำเนินงานให้เกิดความยั่งยืน
๓. การขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ โดยพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะ ที่สอดคล้องกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยให้ได้เพียงพอ ตามข้อเสนอแนะและลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน
๔. สร้างและขยายพื้นที่ต้นแบบ โดยการบูรณาการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เพื่อพัฒนา ต้นแบบการจัดการปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะ ขยายแหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย แหล่งบริการ และระบบตลาดพืชผักผลไม้ปลอดภัย รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการขยายผลโดยภาคี ยุทธศาสตร์อื่นๆ

๕. สื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของทุกกลุ่มวัย สร้างความตระหนักรู้ และมีส่วนร่วมในการสร้างค่านิยมและพฤติกรรมบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัย และลดอาหาร ที่ลดหวาน มัน เค็ม

ทิศทางการขับเคลื่อนแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ พ.ศ. ๒๕๖๑

๑. เพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

- (๑) พัฒนาและจัดการองค์ความรู้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ การศึกษาวิจัย/นวัตกรรมการสร้างเสริม สุขภาพ เพื่อการประมวลองค์ความรู้ ถอดบทเรียนปัจจัยความสำเร็จด้านการส่งเสริมการบริโภค ผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอสู่การขยายผลอย่างยั่งยืน
- (๒) หนุนเสริมและพัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีศักยภาพการทำงานด้านวิชาการและนวัตกรรม พร้อมทั้ง เชื่อมประสานการส่งต่อความสำเร็จไปยังหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ให้ร่วมขับเคลื่อนการบริโภค ผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ
- (๓) ขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้านอาหารสุขภาวะ โดยร่วมกับภาคียุทธศาสตร์เพื่อผลักดันนโยบาย ที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระบบอาหารสุขภาวะ
- (๔) ส่งเสริมให้เกิดการขยายต้นแบบของระบบห่วงโซาอาหารของพืชผักผลไม้ที่ปลอดภัย โดยบูรณาการ ทำงานภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้บริโภคเข้าถึงง่าย
- (๕) ส่งเสริมการปลูกพืชผักของผู้บริโภคในครัวเรือน โรงเรียน และองค์กร
- (๖) รณรงค์สร้างค่านิยมของการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ ควบคู่ไปกับการสร้างค่านิยม ของวิถีชีวิตสุขภาวะ

๒. ลดอัตราบริโภคของน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนให้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐

- (๑) พัฒนาและจัดการองค์ความรู้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ การศึกษาวิจัย/นวัตกรรมการสร้างเสริม สุขภาพ เพื่อการประมวลองค์ความรู้ ถอดบทเรียนปัจจัยความสำเร็จด้านภาวะน้ำหนักตัวเกินและ โรคอ้วนสู่การขยายผลอย่างยั่งยืน
- (๒) หนุนเสริมและพัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีศักยภาพการทำงานด้านวิชาการ พร้อมทั้งเชื่อมประสาน การส่งต่อความสำเร็จไปยังหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ให้ร่วมขับเคลื่อนการลดภาวะน้ำหนักตัวเกิน และโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน
- (๓) ขับเคลื่อนเชิงนโยบายการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะ การควบคุมระบบการตลาด ของอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ
- (๔) ส่งเสริมให้เกิดการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะ เน้นศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และ องค์กร เป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์สำคัญในการดำเนินงาน รวมทั้งเตรียมรองรับสังคมสูงอายุ
- (๕) ส่งเสริมการพัฒนาเมนูอาหารสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม โดยประสานความร่วมมือกับภาค ผู้ประกอบการ และหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ รวมทั้งส่งเสริมการแสดงผลงานโภชนาการ

- (๖) พัฒนาชุดความรู้เพื่อการสื่อสารและสร้างสุขภาพ เพิ่มทักษะประชาชนตามกลุ่มวัย ให้มีความรู้เท่าทันทางสุขภาพ และสามารถจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ลดหวาน มัน เค็ม และส่งผลดีต่อสุขภาพ

แนวทางขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ๓ กลุ่มวัย ๒ ตัวชี้วัดหลัก

แผนฯ ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายหลัก ๓ กลุ่ม คือ วัยเด็ก วัยทำงาน และวัยสูงอายุ และออกแบบยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายตามตัวชี้วัดหลัก ๒ เรื่อง คือ (๑) การเพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอตามข้อเสนอแนะ และ (๒) การลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนโดยมีงานเด่นที่จะดำเนินงาน ได้แก่

	ปฐมวัย-วัยเรียน	วัยทำงาน	วัยผู้สูงอายุ
เพิ่มการกินผักผลไม้	- สร้างระบบห่วงโซ่ผักผลไม้ปลอดภัยเข้าโรงเรียน + ศพด. - ขยายโรงเรียนเด็กไทยแถมใส (เกษตรในโรงเรียน + โภชนาการ) - รณรงค์สร้างทัศนคติกินผักผลไม้ - สร้างสื่อเรียนรู้สำหรับเด็ก ผู้ปกครอง และครู	- พัฒนาต้นแบบแหล่งผลิตจำหน่าย และบริการผักผลไม้ปลอดภัยใกล้บ้าน - ระบบรับรองความปลอดภัยผักผลไม้ - ส่งเสริมสวนผักคนเมือง - เพิ่มพื้นที่เกษตรกรรมยั่งยืนและความปลอดภัยทางการเกษตร - สื่อสารความรู้ รณรงค์สร้างทัศนคติ	- ส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุในการถ่ายทอดภูมิปัญญาอาหารปลอดภัยในศูนย์เรียนรู้ของเครือข่ายอาหารปลอดภัย - พัฒนาและเผยแพร่เมนูอาหารสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
ลดอ้วน	- ส่งเสริม ศพด. อ่อนหวาน และโภชนาการสมวัย - ส่งเสริมโรงเรียนเด็กไทยแถมใสและโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม - ส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อและกลไกการค้ากับอุตสาหกรรมในรายการเด็ก - ควบคุมการทำการตลาดอาหารสำหรับเด็กและเด็กเล็ก - สื่อสารความรู้และรณรงค์ Active Play และ Live Healthier	- ส่งเสริมการปรับสูตรผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อสุขภาพ (ลดหวาน มัน เค็ม) - ส่งเสริมเมนูสุขภาพในแหล่งบริหารอาหารขององค์กร - สร้างต้นแบบและขยายผลองค์กรไร้พุง - ผลักดันฉลากสัญลักษณ์โภชนาการ	- พัฒนาและเผยแพร่ความรู้การบริโภคอาหารที่เหมาะสมตามวัยและการดูแลน้ำหนักในผู้สูงอายุ - ส่งเสริมศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุ เรื่องการรักษาสมดุลของน้ำหนักตัว และการบริโภค - สื่อสารความรู้และรณรงค์ Live Healthier

**แผนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ
ใน ๓ กลุ่มวัยตลอดห่วงโซ่อาหาร**

	วัยเด็ก บ้าน/ ศพด./ โรงเรียน/ ชุมชน	วัยทำงาน บ้าน/ ชุมชน/ ที่ทำงาน	วัยสูงอายุ บ้าน/ ชุมชน
การผลิตอาหาร	(๑) การทำเกษตรเพื่อ การเรียนรู้และ บริโภคในโรงเรียน (๒) ส่งเสริมบทบาทชุมชน เชื่อมโยงผลผลิตเข้าสู่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียน	(๑) ส่งเสริมให้ชุมชน อนุรักษ์และฟื้นฟู ความหลากหลาย ของผักผลไม้ในท้องถิ่น (๒) ขยายพื้นที่เกษตร อินทรีย์/ ยั่งยืน (๓) ส่งเสริมสวนผักในเมือง (บ้าน ชุมชน โรงงาน ที่ทำงาน)	(๑) ส่งเสริมผู้สูงอายุ ในชุมชนให้ถ่ายทอด ภูมิปัญญาและ วัฒนธรรมอาหาร (๒) ส่งเสริมผู้สูงอายุ ปลูกผักผลไม้ ในบริเวณบ้านและ ชุมชน
แหล่งจำหน่าย	(๑) พัฒนาระบบห่วงโซ่ ผักผลไม้ปลอดภัย เข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/ โรงเรียน	(๑) สร้างและขยายตลาดผักผลไม้อินทรีย์/ปลอดภัย ทั้งในระดับบ้าน ชุมชน ท้องถิ่น ที่ทำงาน รวมทั้งใช้ระบบ CSA (Community Supported Agriculture) (๒) การรับรองเกษตรอินทรีย์แบบมีส่วนร่วม PGS (๓) ร่วมมือกับผู้ประกอบการเพื่อเฝ้าระวังแหล่ง จำหน่ายผักผลไม้ให้ปลอดภัยจากสารเคมี	
การบริโภคผัก ผลไม้ที่ปลอดภัย อย่างเพียงพอ	(๑) สร้างสื่อเรียนรู้สำหรับเด็ก และเยาวชน/รณรงค์ การกินผักผลไม้ที่ปลอดภัย อย่างเพียงพอ (๒) จัดทำเมนูอาหารกลางวัน ที่มีผักผลไม้ปลอดภัย (๓) สื่อสารความรู้และรณรงค์ Live Healthier ครอบครัว ๓ กลุ่มวัย	(๑) พัฒนาเมนูอาหาร ทางเลือกสุขภาพ (๒) ส่งเสริมการจัดเมนู อาหารสุขภาพ ในที่ทำงาน (๓) ส่งเสริมการทำ องค์กรไร้พุง	(๑) พัฒนาเมนูอาหาร สุขภาพผู้สูงอายุ (๒) ส่งเสริมผู้สูงอายุ ให้มีศักยภาพ ในการถ่ายทอด วัฒนธรรม การบริโภคอาหาร
นโยบายอาหาร	(๑) ส่งเสริมการผลิต/จำหน่าย/บริการผักผลไม้ปลอดภัย (๒) การจัดการอาหารกลางวันและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในโรงเรียน (๓) ส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัย (๔) การจัดการสารเคมีเกษตร		

แผนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในกลุ่มวัยเด็ก

การผลิตอาหาร	(๑) ส่งเสริมการพัฒนางานวิชาการ การศึกษาวิจัย/นวัตกรรม ในอาหารและเครื่องดื่มน้ำที่ลดหวาน มัน เค็ม (๒) ส่งเสริมให้มีการผลิตอาหาร เครื่องดื่ม และขนมเด็ก ที่ลดหวาน มัน เค็ม
แหล่งจำหน่าย	(๑) ส่งเสริมการพัฒนางานวิชาการ การศึกษาวิจัย/นวัตกรรม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาต้นแบบอาหารริมบาทวิถีที่มีสุขภาวะ (๒) ส่งเสริมแหล่งจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่ลดหวาน มัน เค็ม ในโรงเรียน รอบโรงเรียน และในชุมชน
การบริโภค	(๑) ผลักดันให้มีการควบคุม/กำกับดูแลการโฆษณาขนมในรายการเด็ก (๒) สื่อสารความรู้และรณรงค์ Live Healthier
นโยบายลดอ้วน	(๑) ส่งเสริมการผลิต/จำหน่าย/บริการอาหารลด หวาน มัน เค็ม (๒) การจัดการอาหารที่มีคุณภาพความปลอดภัยและได้โภชนาการ รวมทั้งติดตามเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กในโรงเรียน (๓) การลดบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม (๔) การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

แนวทางบูรณาการ

แผนฯ ให้ความสำคัญกับแนวทางบูรณาการตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลักของ สสส. และตามทิศทางที่กรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ ให้น้ำหนักเรื่องการบริหารจัดการห่วงโซ่อาหารภายใต้มิติของสุขภาวะแบบองค์รวม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต แผนฯ จึงได้กำหนดแนวทางการบูรณาการการทำงานร่วมกัน ดังนี้

๑. มุ่งเน้นบูรณาการการทำงานกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ภายในสำนัก ๕ โดยจัดประชุมเพื่อร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่นำร่อง และแผนการสื่อสารสังคม ในด้านที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย และการรู้เท่าทันสื่อ โดยมีจุดร่วมอยู่ที่การส่งเสริมให้กับประชาชนในกลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยเรียนซึ่งมีแนวโน้มของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนสูงขึ้น พร้อมทั้งเตรียมรองรับสังคมผู้สูงอายุ
๒. จัดการความรู้และถอดบทเรียนต้นแบบของการขับเคลื่อนเพิ่มการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัย อย่างเพียงพอและลดอาหารหวาน มัน เค็ม ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยแผนฯ จะนำองค์ความรู้และบทเรียนความสำเร็จดังกล่าวไปใช้ขยายผล โดยประสานการทำงานร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนสุขภาวะชุมชน แผนควบคุมยาสูบ แผนส่งเสริมการเรียนรู้ สุขภาวะ (ศูนย์เรียนรู้เพื่อสุขภาวะ) และแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ
๓. ส่งเสริมระบบเกษตรกรรมชุมชนในเขตเมืองเพื่อการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัย เน้นที่ชุมชนเมือง และชุมชนแออัดเขตเมือง เป็นลำดับต้น โดยประสานการทำงานร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรม

ทางกาย ซึ่งมีส่วนพื้นที่สุขภาวะในชุมชนเมือง แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ แผนสร้างเสริมสุขภาพองค์กร แผนส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ (ศูนย์เรียนรู้เพื่อสุขภาวะ) และแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรม

๔. พัฒนาขีดความสามารถของผู้สูงอายุ และกลุ่มขาดโอกาส ในการเข้าถึงอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม อาทิ การพัฒนาเมนูอาหารผู้สูงอายุ การฟื้นฟูแหล่งอาหารชุมชน วัฒนธรรมการบริโภคอาหาร ฯลฯ โดยร่วมกับแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะและแผนส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ (ศูนย์เรียนรู้เพื่อสุขภาวะ)
๕. พัฒนางานสื่อสารร่วมกับแผนสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม (ฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม) และแผนส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ (ศูนย์เรียนรู้เพื่อสุขภาวะ) เพื่อสื่อสารสร้างความเข้าใจเรื่องการบริโภคอาหารปรับเปลี่ยนทัศนคติของกลุ่มเป้าหมายผ่านช่องทางการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในยุคปัจจุบัน และขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น

แนวทางสร้างความยั่งยืน

๑. มุ่งเน้นการทำงานเพื่อเชื่อมประสานระบบและกลไกความร่วมมือกับหน่วยงานภาคยุทธศาสตร์ เช่น คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข ขับเคลื่อนงานตามนโยบาย และผลักดันให้เกิดมาตรการ/นโยบายที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบอาหารเพื่อสุขภาพของประเทศ โดยมีแผนการขับเคลื่อนนโยบายตลอดทั้งปี ๒๕๖๑ อาทิ Food Environment (School) อาหารกลางวัน อาหารว่าง เครื่องดื่ม ผักผลไม้, Food Marketing, Food Labeling ฉลากโภชนาการ (หวาน มัน เค็ม) ภาษีสารเคมี พระราชบัญญัติความปลอดภัยจากสารเคมีเกษตร ระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนความปลอดภัยอาหาร Organic Village Farm, Green Credit การเพิ่มพื้นที่เกษตรกรรมยั่งยืน การปรับระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างของภาครัฐในการจัดซื้อผักผลไม้ปลอดภัยในเชิงสถาบัน เป็นต้น
๒. บูรณาการกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ชุมชน ท้องถิ่น และสถานประกอบการ ให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหารของประชาชน และการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอให้เป็นเป้าหมายระดับชาติ และเกิดเจ้าภาพในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
๓. เชื่อมประสานกับกระทรวงศึกษาธิการเพื่อหนุนเสริมการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายครูพี่เลี้ยง หรือนักโภชนาการประจำตำบล ให้มีความสามารถด้านการจัดการอาหารและโภชนาการ และใช้เครื่องมือการติดตามภาวะโภชนาการและสุขภาพของเด็กด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง
๔. แสวงหาความร่วมมือและประสานการทำงานกับภาคส่วนใหม่ๆ เช่น ภาคธุรกิจเพื่อสังคม ภาคเอกชน ฯลฯ เพื่อนำรูปแบบวิธีการขับเคลื่อนมาใช้ขยายการทำงานของระบบห่วงโซาอาหารเพื่อสุขภาวะให้ประชาชนเข้าถึงได้มากขึ้น และมุ่งพัฒนาศักยภาพองค์กรภาคีให้สามารถขับเคลื่อนระบบอาหารเพื่อสุขภาวะได้อย่างยั่งยืน

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วย ๒ กลุ่มแผนงานที่กรรมการกองทุนฯ มีมติให้ดำเนินการ ได้แก่

๑. กลุ่มแผนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาวะ
๒. กลุ่มแผนงานความมั่นคงและความปลอดภัยในระบบอาหาร

มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาวะ

(ครอบคลุมแผนงานและโครงการที่ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนค่านิยมและพฤติกรรมของผู้บริโภค อาหารสุขภาพที่ครอบคลุมกลุ่มวัย การเพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ การจัดการคุณภาพอาหารและโภชนาการในโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การสื่อสารณรงค์ฯลฯ)

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) สนับสนุนการรวบรวมและจัดการองค์ความรู้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ งานวิจัยและพัฒนา รวมทั้งการจัดแหล่งเรียนรู้ในพื้นที่และองค์กร เพื่อให้เกิดการนำองค์ความรู้และงานวิชาการไปเป็นฐานพัฒนายุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนมาตรการและนโยบาย และการรณรงค์สร้างค่านิยมในสังคม และผลักดันให้เป็นศูนย์ข้อมูลวิชาการ
- (๒) พัฒนายุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารสุขภาพและโภชนาการที่จำแนกตามกลุ่มวัย เพื่อให้เกิดการวางแผนสื่อสารสังคมและขับเคลื่อนรณรงค์ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยจะเน้นที่กลุ่มเด็กวัยเรียนเป็นสำคัญ รวมทั้งเพิ่มการทำงานสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มขาดโอกาสให้มากขึ้น
- (๓) จัดกลไกแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย ให้ครอบคลุมระบบการผลิต-การกระจาย (การจำหน่ายและบริการ)-การบริโภคอาหารสุขภาพและโภชนาการ รวมถึงยุทธศาสตร์การส่งเสริมการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และอาหารสุขภาพที่ลดหวาน มัน เค็ม ในโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงพยาบาล สถานที่ราชการ สถานประกอบการ สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้เกิดการขยายต้นแบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลตามเป้าหมายในพื้นที่และองค์กรนำร่อง การเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเรื่องการบริโภคที่สอดคล้องกับพฤติกรรมที่มีกิจกรรมทางกาย การขับเคลื่อนนโยบายที่เอื้อต่อการส่งเสริมอาหารและโภชนาการที่มีคุณภาพเหมาะสมตามวัยตลอดทุกช่วงวัย โดยเน้นกลุ่มวัยเด็กและวัยเรียนและสนับสนุนให้มีการบริโภคอาหารตามวัตถุดิบและวัฒนธรรมของท้องถิ่น
- (๔) ร่วมกับแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา กลุ่มสนับสนุนงานการตลาดเพื่อสังคม ฝ่ายสื่อสารองค์กร และศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ วางแผนสื่อสารรณรงค์ให้เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ และสร้างค่านิยมพฤติกรรมบริโภคอาหารคุณภาพและโภชนาการ

เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตลอดจนการสร้างทักษะชีวิตให้แก่ครอบครัวและชุมชนในการเลือกบริโภคอาหารสุขภาพ การรู้เท่าทันการตลาดอาหาร รวมทั้งการสร้างช่องทางสื่อสารและช่องทางการตลาดเพื่อเชื่อมโยงระหว่างเกษตรกรผู้ผลิต ตลาด และผู้บริโภค

- (๕) ส่งเสริมความร่วมมือกับภาคผู้ผลิต ให้เกิดต้นแบบและการขยายต้นแบบของอาหารสุขภาพและโภชนาการที่เหมาะสมให้แพร่หลายและเข้าถึงผู้บริโภค
- (๖) สนับสนุนและผลักดันให้เกิดมาตรการหรือนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวกับการลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เช่น มาตรการจัดการอาหารและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในโรงเรียนและบริเวณโดยรอบ มาตรการฉลากสัญลักษณ์อย่างง่าย มาตรการลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม มาตรการควบคุมการโฆษณาและการตลาด
- (๗) ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และวาระการจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียนให้สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์อาหารแห่งชาติ

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วย แผนงานนมแม่เพื่อสุขภาพแม่และเด็ก ภาคร่วมใจนำสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนโครงการขับเคลื่อนแนวทางดำเนินการนโยบายเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลและอาหารเสริมสำหรับเด็ก โครงการรณรงค์ลดการบริโภคโซเดียมในประเทศไทย โครงการเปิดช่องทางแหล่งเรียนรู้เด็กไทยดูดี สู่ชุมชน โครงการพัฒนาวิชาการเพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งของนโยบายอาหารและโภชนาการ โครงการศูนย์เรียนรู้เด็กไทยแถมใส โครงการขับเคลื่อนการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” โครงการส่งเสริมการผลิตและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหาร OTOP เพื่อสุขภาพ โครงการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านอาหารเพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ฯลฯ

๒. กลุ่มแผนงานความมั่นคงทางอาหารและความปลอดภัยในระบบอาหาร

ครอบคลุมแผนงานและโครงการที่ส่งเสริมการเชื่อมโยงของระบบอาหาร จากการผลิตถึงการกระจายและสู่ผู้บริโภค โดยเน้นที่ความมั่นคงของครอบครัว และชุมชนฐานเกษตร ความหลากหลายทางพันธุกรรม การพัฒนาระบบความสัมพันธ์ของผู้ผลิตกับผู้บริโภค การพัฒนาระบบรับรองมาตรฐานความปลอดภัยของผักผลไม้ ตลาดสีเขียว กิจกรรมเพื่อสังคมที่ส่งเสริมระบบนิเวศอาหารยั่งยืน ฯลฯ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) สนับสนุนการรวบรวมและจัดการองค์ความรู้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ งานวิจัยและพัฒนา และการจัดทำฐานข้อมูล เพื่อให้เกิดการนำองค์ความรู้และงานวิชาการไปเป็นฐานพัฒนายุทธศาสตร์ขับเคลื่อนมาตรการและนโยบาย และรณรงค์สร้างค่านิยมในสังคม
- (๒) พัฒนายุทธศาสตร์และจัดกลไกแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย ให้ครอบคลุมระบบการผลิต-การกระจาย-การตลาด-การบริโภค ตั้งแต่การเสริมสร้าง พื้นฟู ขยายฐานทรัพยากรอาหาร

และความหลากหลายทางชีวภาพ ส่งเสริมระบบการผลิตที่ปลอดภัยและยั่งยืนของทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภค สนับสนุนระบบการตรวจสอบรับรองคุณภาพความปลอดภัยของผักผลไม้ที่ปลอดภัยได้มาตรฐานเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้บริโภค การสนับสนุนเครือข่ายความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลระหว่างผู้ผลิตและผู้บริโภค การเชื่อมโยงผลผลิตสู่ตลาด อาทิ ตลาดชุมชน ตลาดสีเขียว ฯลฯ การพัฒนาปัจจัยต่างๆ ที่จะนำไปสู่ความเข้มแข็งของระบบนิเวศอาหารที่ยั่งยืน การสร้างความตระหนักของสังคมในคุณค่าของวิถีการผลิตที่มั่นคงและยั่งยืนรวมถึงมาตรการที่ส่งผลต่อการควบคุมการเข้าถึงอาหารไม่ปลอดภัยของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก

- (๓) สนับสนุนให้เกิดการขยายต้นแบบและศูนย์เรียนรู้ของการจัดการพื้นที่และชุมชนที่มีระบบการผลิตและการกระจายอาหารที่ยั่งยืน และการขยายต้นแบบด้านการจัดบริการอาหารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลตามเป้าหมายในพื้นที่และองค์กรนำร่อง โดยจะให้ความสำคัญกับพื้นที่เกษตรยั่งยืนในชุมชนเมือง และชุมชนแออัดเมือง เป็นลำดับต้น
- (๔) แสวงหาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายภาคธุรกิจเพื่อสังคม เพื่อขยายโอกาสของการพัฒนาระบบการจัดการ การตลาดและการกระจาย ผลผลิตและอาหารที่ปลอดภัยสู่ผู้บริโภค ให้เกิดเป็นระบบนิเวศอาหารที่ยั่งยืน
- (๕) ส่งเสริมการปลูกผักในครัวเรือน สวนผักคนเมือง สวนผักในองค์กร โดยทำให้ความรู้และเครื่องมือมีความแพร่หลาย ผู้บริโภคเข้าถึงได้ง่าย และเกิดเป็นกระแสนิยมใหม่ในสังคม
- (๖) ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์อาหารแห่งชาติ และมติสมัชชาปฏิรูปว่าด้วยการจัดการทรัพยากรในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงของฐานทรัพยากรอาหาร การควบคุมสารเคมีที่ไม่ปลอดภัยทางการเกษตร การขับเคลื่อนงานเกษตรอินทรีย์ในเรื่องศูนย์วิจัยสินค้าอินทรีย์ รวมทั้งการขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายระดับชาติเพื่อส่งเสริมและขยายผลระบบเกษตรกรรมและอาหารที่ยั่งยืนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วย แผนงานพัฒนาพื้นที่และขับเคลื่อนความมั่นคงทางอาหารเพื่อสุขภาวะ โครงการส่งเสริมความมั่นคงทางอาหารในการสร้างเสริมสุขภาวะเครือข่ายชาติพันธุ์และชนเผ่าพื้นเมือง โครงการพัฒนาต้นแบบระบบอาหารปลอดภัยในพื้นที่นำร่อง เช่น โครงการโครงการพัฒนาเครือข่ายส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้และอาหารปลอดภัย จังหวัดเชียงราย และ ๔ จังหวัดล้านนา โครงการจัดการห่วงโซ่อาหารอินทรีย์สู่ผู้บริโภคเพื่อสุขภาวะที่ดีบนปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ในจังหวัดนครปฐมและจังหวัดใกล้เคียง อย่างยั่งยืน โครงการสร้างเสริมสุขภาพในยุทธศาสตร์อาหารจังหวัดสงขลา โครงการพัฒนาต้นแบบส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้สู่เมืองแห่งสุขภาวะดีจังหวัดจันทบุรี โครงการส่งเสริมสนับสนุนการขับเคลื่อนอาหารสุขภาพในชุมชนบ้านจัดสรรและศูนย์พัฒนาการเด็ก จังหวัดเชียงใหม่ ฯลฯ โครงการสวนผักคนเมือง : เรียนรู้การปลูกและบริโภคผักปลอดภัยเพื่อสุขภาพของคนเมือง โครงการพัฒนาเครือข่ายผู้ประกอบการเกษตรสีเขียวสู่ผู้บริโภคเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการเรียนรู้ผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ โครงการฟาร์มสร้างสุขภาพด้วยวิถีเกษตรอินทรีย์ โครงการสร้างภาคีเครือข่ายเฝ้าระวังและส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัย โครงการ

เฝ้าระวังและขับเคลื่อนนโยบายสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อการบริโภคผักและผลไม้ที่ปลอดภัย โครงการเชื่อมโยงผลผลิตอินทรีย์และอาหารสุขภาพเข้าสู่สถานประกอบการเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงาน โครงการจัดการระบบการผลิตและการตลาดเกษตรอินทรีย์ ตลอดห่วงโซ่คุณค่าเพื่อสร้างสุขภาพดีแก่ผู้บริโภค เกษตรกร ฯลฯ

ภาคีหลัก

ประกอบด้วย

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

ภาคีด้านวิชาการ อาทิ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สถาบันจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ สถาบันวิจัยและสถาบันการศึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการเกษตรและฐานทรัพยากรอาหาร ด้านการตลาดสุขภาพ

ภาคีด้านการขับเคลื่อนสังคม อาทิ เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน เครือข่ายลดเค็ม เครือข่ายคนไทยไร้พุง เครือข่ายนมแม่ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพด้านอาหาร-โภชนาการและคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายสมัชชาปฏิรูปด้านการจัดการทรัพยากร เครือข่ายสื่อสารสุขภาพ เครือข่ายเด็กไทยแก้มใส เครือข่ายตลาดสีเขียว เครือข่ายเกษตรอินทรีย์ ฯลฯ

ภาคีภาคธุรกิจเพื่อสังคม อาทิ เครือข่ายปลูกพลังเปลี่ยนไทย สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สำนักงานกิจการเพื่อสังคม ผู้ประกอบการธุรกิจเพื่อสังคม

แนวทางบริหารจัดการแผน

แผนอาหารเพื่อสุขภาพจะดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการกำกับทิศทางแผนอาหารเพื่อสุขภาพ โดยกำหนดให้มีการประชุมคณะกรรมการฯ อย่างต่อเนื่อง เพื่อคอยติดตามการดำเนินงานและให้คำแนะนำเพื่อให้สามารถดำเนินงานได้บรรลุตามแผนฯ ที่ตั้งไว้ พร้อมทั้งรายงานผลให้กับคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ ทราบความก้าวหน้าเป็นระยะ โดยมีสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการโดยยึดหลักการบริหารที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ผลกระทบ ความคุ้มค่า ความยั่งยืน และความน่าเชื่อถือจากสังคม พร้อมไปกับการสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพของภาคีเครือข่าย

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาวะ	๗๐
๒. กลุ่มแผนงานความมั่นคงและความปลอดภัยในระบบอาหาร	๑๓๐
รวม	๒๐๐

๒๖๐

అం

๑. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒^{๓๓} จัดทำขึ้นตามนโยบายยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ซึ่งเป็นแผนแม่บทหลักของการพัฒนาประเทศ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) รวมทั้งการปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ “ประเทศไทย ๔.๐”^{๓๔} ด้วยโมเดลการขับเคลื่อนประเทศที่เน้นเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรม เพื่อให้ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน^{๓๕} โดยใช้พลัง “ประชารัฐ” การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ภาคการเงิน ภาคราชการ มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัย ต่างๆ เน้นตามความถนัดและจุดเด่นของแต่ละองค์กร โดยมีภาครัฐเป็นผู้สนับสนุน

๒. ทฤษฎีการสำคัญของโมเดล “ประเทศไทย ๔.๐” คือ ทฤษฎีการมนุษย์ ที่เต็มเปี่ยมไปด้วยศักยภาพและความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งสอดคล้องกับหนึ่งในหลักการสำคัญของแผนพัฒนาฯ ก็คือ ยึด “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” มุ่งสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีสำหรับคนไทย พัฒนาคนให้มีความเป็นคนที่สมบูรณ์ มีวินัย ใฝ่รู้ มีความรู้ มีทักษะ มีความคิดสร้างสรรค์ มีทัศนคติที่ดี รับผิดชอบต่อสังคม มีจริยธรรมและคุณธรรม พัฒนาคนทุกช่วงวัยและเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายอย่างมีคุณภาพ

๓. นโยบาย “ประเทศไทย ๔.๐” มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจใหม่ ในรูปแบบ “เศรษฐกิจดิจิทัล” (Digital Economy) ที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นกลไกสำคัญ^{๔๓} ในการสร้างระบบธุรกิจการค้าและบริการ ซึ่งจะช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงคนได้จำนวนมาก โดยเฉพาะประชาชนในพื้นที่ห่างไกล และผู้ประกอบการสามารถเลือกเข้าถึงสินค้าหรือบริการที่ตอบโจทย์ความต้องการของตนเองได้

^{๑๔๐} อ้างอิงจาก : หนังสือ Thailand ๔.๐ มิติด้านการพัฒนาสังคม โดย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

^{๑๔๒} อ้างอิงจาก : กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. ๒๐๑๖. Thailand Digital Economy, (<http://www.digitalthailand.in.th/digital-economy>)

ในขณะเดียวกันแนวโน้มการทำงานในอนาคตจะเน้นการเป็นเครือข่ายร่วมกันมากขึ้น โดยสินค้าและบริการ รวมถึงสื่อต่างๆ จะปรับรูปแบบดิจิทัลมากขึ้น เช่น การให้บริการห้องสมุด หนังสือ หรือเอกสารต่างๆ

พฤติกรรมด้านการเรียนรู้ และการรับข้อมูลของประชาชน

๑. จากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับสื่อของประชาชนไทย พบว่า สื่อโทรทัศน์ยังเป็นสื่อที่เข้าถึงประชาชนได้ทุกกลุ่มอายุ และทุกพื้นที่ โดยเปลี่ยนรูปแบบจากระบบแอนะล็อกไปสู่ระบบดิจิทัลส่งผลให้ประชาชนมีทางเลือกในการรับสื่อได้มากขึ้น สามารถรับชมช่องรายการที่ตรงกับ ความสนใจ (Insight) ของตน สื่อที่สามารถเข้าถึงประชาชนได้อันดับสอง คือ สื่ออินเทอร์เน็ต โดยมีแนวโน้มเข้าถึงประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มุ่งเน้นการเปิดรับ ช่องทางสื่ออินเทอร์เน็ตทดแทนสื่อโทรทัศน์ และพบว่าอัตราการเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ต ในต่างจังหวัดมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน สำหรับสื่อที่เข้าถึงประชาชนอันดับ ๓ คือ สื่อนอกบ้าน (Out of Home Media) เช่น สื่อป้ายกลางแจ้ง สื่อสาธารณะ และสื่อโรงภาพยนตร์ โดยเฉพาะ ในกรุงเทพมหานครและบริเวณหัวเมืองต่างๆ
๒. สื่อดิจิทัลเป็นช่องทางสื่อที่มีการเติบโตมากที่สุด ทั้งในด้านการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและ งบประมาณค่าใช้จ่ายสำหรับการสื่อสาร จากผลสำรวจพบว่า ประชากรไทยจำนวน ๖๘.๑ ล้านคน มีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตถึง ๓๘ ล้านคนโดยร้อยละ ๘๒.๗ ใช้สำหรับการเล่นสื่อสังคมออนไลน์ร้อยละ ๕๖.๖ ใช้สำหรับการค้นหาข้อมูล และร้อยละ ๕๒.๒ ใช้สำหรับการรับข้อมูลข่าวสาร^{๑๔๓} โดยช่องทาง เฟซบุ๊ก (Facebook) จะเป็นช่องทางสื่อดิจิทัลที่เข้าถึงคนไทยมากที่สุด พบว่าประเทศไทยมีผู้ใช้งาน เฟซบุ๊ก ๒๘ ล้านผู้ใช้งาน (User) ต่อวัน เฉลี่ยวันละ ๒ ชั่วโมง ๓๐ นาที^{๑๔๔} ซึ่งแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมของประชากรไทยอยู่ในโลกออนไลน์มากขึ้น มีการสื่อสาร การรับข้อมูลข่าวสารต่างๆ มากขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลที่ตรงกับความสนใจ ส่งผลให้การออกแบบข้อมูลในการสื่อสาร การออกแบบพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการต่างๆ จะต้องสอดคล้องกับแนวโน้มเทคโนโลยีและ วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป
๓. ปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีการกลั่นกรอง วิเคราะห์ข้อมูล ในเชิงลึก มาใช้วิเคราะห์พฤติกรรม ของกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลให้เข้าใจกลุ่มเป้าหมายได้อย่างลึกซึ้ง และสามารถนำมาปรับปรุง แก้ไข หรือออกแบบวิธีการสื่อสาร การพัฒนาสินค้าและบริการต่างๆ ที่ตอบโจทย์กลุ่มเป้าหมาย ได้อย่างแท้จริง รวมทั้งเป็นการสร้างประสบการณ์ที่สอดคล้องความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย แต่ละกลุ่ม/แต่ละบุคคล (personalization) ได้อย่างเหมาะสมและเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น^{๑๔๕}

พฤติกรรมด้านสุขภาพในสังคมไทย

๑. นอกจากนี้ คนในสังคมยุคดิจิทัลปัจจุบันยังมีความเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อ หรือกลุ่มโรค NCDs (Non-Communicable Diseases) เพิ่มขึ้น โดยในปี ๒๕๕๗ ประชากรทั่วโลก

^{๑๔๓} อ้างอิงจาก: ETDA, Thailand Internet User Profile, ๒๐๑๕

^{๑๔๔} อ้างอิงจาก: Thais on Facebook (Commissioned by Facebook), June ๒๐๑๔

^{๑๔๕} อ้างอิงจาก : <http://www.telecomjournalthailand.com/tag/big-data>

เสียชีวิตจากโรค NCDs มากถึง ๓๖ ล้านคน หรือร้อยละ ๖๓ ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และจากผลการสำรวจข้อมูลการมีกิจกรรมทางกายระดับประเทศ โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. และกระทรวงสาธารณสุข^{๑๔๖} พบว่า คนไทยมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary behavior) เพิ่มขึ้นจาก ๑๓.๒๕ ชั่วโมงต่อวันในปี ๒๕๕๕ เป็น ๑๓.๕๕ ชั่วโมงต่อวันในปี ๒๕๕๘ ส่งผลให้เกิดการสะสมไขมันความอ้วน และยิ่งหากมีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมอื่นๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ หวาน มัน เค็ม และพักผ่อนไม่เพียงพอ ความเครียด ยิ่งเสี่ยงต่อการเป็นโรค NCDs ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตสูงเป็นอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs เพิ่มขึ้นจาก ๓๑๔,๓๔๐ คนในปี ๒๕๕๒ เป็น ๓๔๙,๐๙๐ คนในปี ๒๕๕๖ ซึ่งส่งผลให้เกิดความสูญเสียด้านทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นวัยทำงาน และยังเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างมากมาย^{๑๔๗}

๒. ผลการสำรวจประชากรสูงวัย ในปี ๒๕๕๗ พบว่ามีผู้สูงวัยเพียงร้อยละ ๔ เท่านั้นที่มีรายได้หลักจากเงินออม/ดอกเบี้ย ในขณะที่ผู้สูงวัยส่วนใหญ่ร้อยละ ๓๗ ได้รายได้จากบุตรหรือญาติพี่น้องในการดำรงชีพ และอีกร้อยละ ๓๔ มีรายได้จากการทำงาน ซึ่งผู้สูงวัยมีแนวโน้มที่มีรายได้จากการทำงานเพิ่มมากขึ้น จากนโยบายการขยายการจ้างงานแรงงานสูงวัยในสถานประกอบการ ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงวัยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี ลดภาระและการพึ่งพิงครอบครัวและสังคมได้ ขณะเดียวกันก็เป็นการส่งเสริมให้ประชากรที่ใกล้เข้าสู่วัยสูงอายุมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและเป็นพลังของสังคมได้ยาวนาน

ผลงานสำคัญของแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ ๓ ปีที่ผ่านมา (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)

ตลอดช่วงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะได้ดำเนินการสื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างความเข้าใจและความตระหนักเรื่องสุขภาวะต่อสาธารณชนในวงกว้างในประเด็นต่างๆ พร้อมทั้งขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะของ สสส. และภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยเน้นการสร้างความร่วมมือกับพันธมิตรเครือข่าย เพื่อร่วมขับเคลื่อนขยายผลองค์ความรู้ความเข้าใจสุขภาวะในสังคมโดยสรุปผลงานสำคัญ ดังนี้

๑. การพัฒนางานสื่อสารการตลาดที่สร้างความตระหนัก ความเข้าใจ อย่างมีประสิทธิภาพกับกลุ่มเป้าหมาย อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของคนไทย ด้วยความร่วมมือกับสำนักเชิงรุกและภาคีเครือข่าย สร้างสรรค์และผลิตโครงการรณรงค์กว่า ๓๐ โครงการผลิตรายการโทรทัศน์ให้ความรู้กับประชาชน ๖ รายการ และสื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผน ๑๐ ปี

^{๑๔๖} อ้างอิงจาก : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๕๘. รายงานผลการวิจัยโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๘.

^{๑๔๗} อ้างอิงจาก: สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.๒๕๕๙. รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ ๒ : มุ่งหน้าสู่เป้าหมายระดับโลก (kick off to the goals)

ของ สสส. จำนวนมากซึ่งส่งผลให้เกิดการรับรู้และความตระหนักต่อประเด็นสุขภาวะ โดยเฉลี่ยร้อยละ ๘๐ สำหรับการรณรงค์ขนาดใหญ่ และร้อยละ ๗๒ สำหรับการรณรงค์ขนาดเล็ก ในระยะ ๓ ปีที่ผ่านมา ฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมได้พัฒนาโครงการรณรงค์ดิจิทัล ซึ่งประสบความสำเร็จทั้งการเข้าถึง การรับชม และการมีส่วนร่วมกับการรณรงค์ของประชาชนบนสังคมออนไลน์ นอกจากนั้นสื่อรณรงค์ของ สสส. ยังได้รับการสนับสนุนทั้งการเผยแพร่ต่อ การให้พื้นที่ช่องทางสื่อสารโดยไม่คิดมูลค่าจากผู้ให้บริการช่องทางสื่อ ซึ่งสะท้อนถึงคุณค่าของงานรณรงค์ของ สสส. เป็นที่ยอมรับ และในปี ๒๕๖๐ ผลงานโฆษณาเรื่อง “วิสัยทัศน์โม่งค์” ซึ่งฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมของ สสส. ได้วางกลยุทธ์การสื่อสาร และร่วมสร้างสรรค์ได้รับรางวัล Silver Lion ในหมวด Film จาก Cannes Lion ๒๐๑๗ ซึ่งเป็นเวทีประกวดงานสร้างสรรค์สื่อโฆษณาระดับโลก

๒. พื้นที่ต้นแบบศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาค โดยร่วมมือกับพันธมิตรเครือข่ายแหล่งเรียนรู้ที่มีศักยภาพในพื้นที่เพื่อพัฒนาและยกระดับสู่การเป็น “ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาค” จำนวน ๔ แห่ง โดยปัจจุบันมีการบรรจุนงานสุขภาวะเป็นหนึ่งในภารกิจหลักของแผนดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ขององค์กรนั้น อีกทั้งเกิดการต่อยอดการทำงานร่วมกับเครือข่ายและหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ เพื่อขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
๓. ระบบการจัดการคลังความรู้ สสส. (Digital Object Library : DOL) เพื่อเป็นคลังในการรวบรวมและบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ องค์ความรู้ และสื่อส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะอย่างเป็นระบบในรูปแบบดิจิทัล รวมทั้งการพัฒนากระบวนการเชื่อมฐานข้อมูลองค์ความรู้จากศูนย์วิชาการ และ/หรือศูนย์ข้อมูลต่างๆ ของ สสส. และภาคีเครือข่าย รวมทั้งสิ้น ๑๔ ศูนย์วิชาการ
๔. การสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มโรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัวยุคใหม่ ผ่านการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรม จำนวน ๗ หลักสูตร อาทิ หลักสูตรเรียนรู้ร่วมสร้างโภชนาการสมัยใหม่ในศูนย์เด็กเล็ก หลักสูตรการเตรียมความพร้อมในการจัดการโรงเรียนปลอดบุหรี่
๕. การสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะให้ประชาชน โดยการจัดแสดงนิทรรศการเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะ ในหลากหลายรูปแบบหมุนเวียนไปตามภูมิภาคมากกว่า ๒๐ จังหวัดทั่วประเทศ รวมถึงกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะในประเด็นสุขภาวะทั้ง ๔ มิติ เพื่อพัฒนาทักษะการใช้ชีวิตที่รู้เท่าทัน รวมถึงการใช้ชีวิตอย่างสมดุลให้แก่กลุ่มเด็กและเยาวชน ตลอดจนประชาชนทั่วไป อาทิ กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย กิจกรรมพัฒนาและเสริมสร้างทักษะชีวิต
๖. การสนับสนุนชุดองค์ความรู้และสื่อสุขภาวะต่างๆ อาทิ ชุดนิทรรศการยืมคืน ชุดความรู้พร้อมใช้ (Knowledge Package) ชุดสื่อการเรียนรู้ นิตยสาร และสื่อองค์ความรู้ต่างๆ ที่เหมาะสำหรับกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น ทั้งในรูปแบบของดิจิทัลไฟล์ด้วย

จากแนวโน้มสถานการณ์ด้านนโยบาย เศรษฐกิจ สังคม และพฤติกรรมของประชาชนในมิติต่างๆ รวมทั้งแนวนโยบายของแผนหลัก ๓ ปี สสส. (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ที่มุ่งเน้นการดำเนินงานตอบสนองเป้าหมายยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. โดยสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และสนับสนุนการสร้างเสริม

สุขภาพตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) อีกทั้ง เน้นให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร ผ่านการสร้างนวัตกรรมและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ ในระยะ ๓ ปี ต่อไป จึงประกอบด้วยแผนการดำเนินงานที่พัฒนาใหม่ให้เหมาะสมกับบริบทและเป้าหมายภาพรวมของ สสส. และแผนการดำเนินงานที่ต่อยอดจากฐานเดิมซึ่งประสบผลสำเร็จทั้งในด้านกระบวนการทำงาน ผลลัพธ์เชิงรูปธรรม และผลกระทบต่อสังคมวงกว้าง โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพทั้งระดับบุคคล ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) และองค์กรต่างๆ ให้เกิดการรู้เท่าทันทางสุขภาพ การสร้างพันธมิตรเครือข่ายเพื่อการสื่อสารและขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ และ/หรือแนวทางใหม่ๆ ที่สอดคล้องเหมาะสมกับพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

จุดเน้นของแผน

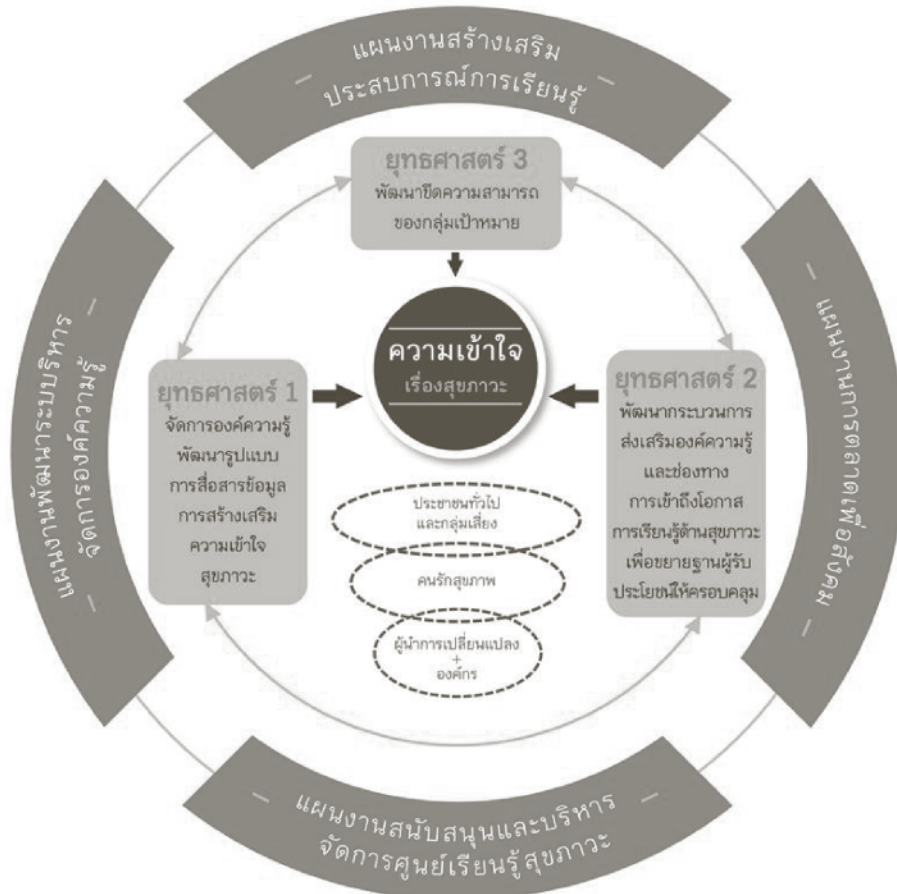
๑. การพัฒนาศักยภาพบุคคลและผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ มุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะให้กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 'Health Literacy' ผ่านการสร้างสรรค์และพัฒนางานสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะสำหรับกลุ่มเป้าหมาย และการพัฒนาศักยภาพผู้นำการเปลี่ยนแปลงให้มีความเข้าใจและสามารถขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะได้
๒. ขยายฐานผู้รับประโยชน์เน้นความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร ด้วยการสร้างระบบกลไกการทำงานเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายต่างๆ สามารถเข้าถึงองค์ความรู้สุขภาวะมากขึ้น โดยมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือดำเนินงานบูรณาการกับพันธมิตรเครือข่ายที่มีศักยภาพ รวมทั้งการสร้างสรรค์ การพัฒนาช่องทางการสื่อสาร และการออกแบบงานสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและสอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่
๓. พัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารสร้างเสริมสุขภาพ มุ่งเน้นการวิเคราะห์ ออกแบบหาแนวทาง กลไกการแก้ไขปัญหาและสร้างเสริมประเด็นสุขภาวะ ผ่านการพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้และสื่อสารสาธารณะที่รองรับยุคดิจิทัล ทั้งด้านความรู้ พฤติกรรม การสื่อสาร และเทคโนโลยี เพื่อสร้างการสร้างเสริมสุขภาพให้คนไทย และการรู้เท่าทันทางสุขภาพ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักด้านการสร้างเสริมสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมายทั้งระดับบุคคล และองค์กร อันนำไปสู่แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย
๒. เพื่อสร้างพันธมิตรเครือข่ายในการดำเนินงานขยายผลองค์ความรู้ การร่วมพัฒนาสื่อ และเผยแพร่ขยายผลสื่อสร้างเสริมสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

๓. เพื่อพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารสร้างเสริมสุขภาวะ ที่สร้างความเข้าใจ ความตระหนัก รวมไปถึงการมีส่วนร่วม และ/หรือแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรม ของกลุ่มเป้าหมาย

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน



๑. บริหารจัดการองค์ความรู้ พัฒนารูปแบบการสื่อสาร ข้อมูลการสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ ผ่านการพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารที่รองรับยุคดิจิทัล เพื่อสอดคล้องกับแนวโน้ม เทคโนโลยีและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป
๒. พัฒนาระบบการส่งเสริมองค์ความรู้ ชัดความรู้ ช่องทางการเข้าถึงโอกาสการเรียนรู้ ด้านสุขภาวะ เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ ให้ครอบคลุมเหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. พัฒนาขีดความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งบุคคลและผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อสร้างเสริม ความเข้าใจสุขภาวะ และเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 'Health Literacy' สามารถนำความรู้ ไปปรับใช้กับวิถีชีวิตประจำวัน ตลอดจนสามารถขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะได้

เป้าหมาย ๑ ปี และตัวชี้วัดหลัก

๑. การพัฒนาศักยภาพบุคคลและผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะ ผ่านการสร้าง ความตระหนัก ความเข้าใจ และการรับรู้

๑.๑ ประชาชนทั่วไป

- ประชาชนทั่วไปรับรู้การสร้างเสริมสุขภาวะจากทุกช่องทางโดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ สำหรับโครงการรณรงค์ขนาดใหญ่ (งบประมาณด้านช่องทางสื่อมากกว่า ๓๐ ล้านบาท)
- ประชาชนทั่วไปรับรู้การสร้างเสริมสุขภาวะจากทุกช่องทางโดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ สำหรับโครงการรณรงค์ขนาดปกติ (งบประมาณด้านช่องทางสื่อ ๒๐ - ๓๐ ล้านบาท)
- การใช้งบประมาณสื่อโฆษณาออนไลน์สำหรับการรับชมเนื้อหาวิดีโอ (VDO Content) ในกลุ่มประชาชนสังคมออนไลน์ (CPV : Cost Per View) มีมูลค่าไม่เกิน ๑ บาทต่อการรับชมวิดีโอ ๑ ครั้ง
- ประชาชนทั่วไปเข้าใจสื่อรณรงค์สร้างเสริมสุขภาวะโดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

๑.๒ ผู้ใช้บริการ

- ผู้ใช้บริการของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะจากทุกช่องทาง เกิดแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างน้อยร้อยละ ๘๐

๑.๓ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง

- เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านการอบรมและกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ จำนวน ๕๐๐ คน

๒. ขยายฐานผู้รับประโยชน์เน้นความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร

๒.๑ เกิดสื่อ และ/หรือ ชุดความรู้เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะและพัฒนาทักษะชีวิต ในรูปแบบต่างๆ ที่ออกแบบให้เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร อาทิ โครงการรณรงค์ชุดนิทรรศการหลักสูตรฝึกอบรมชุดความรู้พร้อมใช้ Mobile Application หนังสือ ฯลฯ ในประเด็นสุขภาวะต่างๆ เช่น ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาหาร กิจกรรมทางกาย อุบัติเหตุ สุขภาวะทางเพศ สุขภาวะองค์กร ผู้สูงอายุ ชุมชน เป็นต้น จำนวน ๒๐ ชุด

๒.๒ เกิดพันธมิตรเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ จากความร่วมมือ พัฒนา และเชื่อมโยงกิจกรรมกับแหล่งเรียนรู้ หน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายต่างๆ เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑๕ แห่ง

๓. พัฒนาวัตถกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ

๓.๑ เกิดนวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาวะที่สอดคล้องกับสถานการณ์กลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ และทำให้เกิดการมีส่วนร่วม และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเชิงทัศนคติ และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๒ ชั้น

กลุ่มแผนงาน

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

๑. แผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้

แผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้ มุ่งเน้นการส่งเสริมการจัดการองค์ความรู้ (Knowledge Management) และการขยายผลงาน หรือนวัตกรรมที่สำคัญที่ สสส. และภาคีเครือข่ายได้พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ ผ่านการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล องค์ความรู้ ตลอดจนเผยแพร่โมเดลต้นแบบในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในประเด็น/มิติต่างๆ เพื่อนำมาใช้ขยายผลในหลากหลายรูปแบบ

จุดเน้นในปี ๒๕๖๑

๑. พัฒนาศูนย์กลางรวบรวมองค์ความรู้ ขุดข้อมูล และสื่อสารสร้างเสริมสุขภาวะที่น่าเชื่อถือ เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูล องค์ความรู้ งานวิชาการ ต้นแบบนวัตกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนข้อมูลความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป และเป็นกลไกในการสนับสนุนการขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะของ สสส. และภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ โดยเป็นช่องทางในการขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สุขภาวะเพื่อสร้างการรู้เท่าทันทางสุขภาพ
๒. พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางของ สสส. (Data Repository) โดยส่งเสริมการจัดเก็บและการใช้ข้อมูลจากระบบจัดเก็บและบริหารจัดการสื่อและทรัพยากรสารสนเทศของ สสส. และภาคีเครือข่าย (Digital Object Library : DOL) อย่างเต็มรูปแบบ เพื่อให้เกิดการต่อยอดขยายผลข้อมูล องค์ความรู้สารสนเทศ ของ สสส. ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
๓. สร้างเสริมขีดความสามารถผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาวะ (Training for Change Agent) ผ่านชุดความรู้/หลักสูตรฝึกอบรม และสื่อการเรียนรู้ต่างๆ เพื่อเป็นกลไกในการพัฒนาศักยภาพ และขีดความสามารถของหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการขยายผลงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย

๔. พัฒนาชุดความรู้สู่สาธารณะ (Knowledge Package) ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น

แนวทางการดำเนินงาน

๑. รวบรวมองค์ความรู้ ชุดข้อมูล และสื่อด้านสุขภาวะจากองค์กร/หน่วยงานต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ อาทิ หนังสือ วารสาร ฐานข้อมูล สื่อวีดิทัศน์ ฯลฯ พร้อมให้บริการที่ศูนย์กลางรวบรวมองค์ความรู้และสื่อสร้างเสริมสุขภาวะและห้องสมุดสร้างปัญญา โดยเน้นการวางแผนเพื่อนำไปสู่ระบบดิจิทัล
๒. พัฒนาศูนย์กลางรวบรวมองค์ความรู้ ชุดข้อมูล และสื่อสร้างเสริมสุขภาวะเพื่อเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูล องค์ความรู้ งานวิชาการ ต้นแบบนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนข้อมูลความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป และเป็นช่องทางในการขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สุขภาวะโดยสร้างกลไกการบริหารจัดการสื่อเพื่อให้เกิดการรวบรวมและเผยแพร่องค์ความรู้สุขภาวะอย่างเป็นระบบ
๓. ส่งเสริมการจัดเก็บและการใช้ข้อมูลจากระบบจัดเก็บและบริหารจัดการสื่อและทรัพยากรสารสนเทศของ สสส. และภาคีเครือข่าย อย่างเต็มรูปแบบ เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการต่อยอดขยายผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะ
๔. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลและองค์ความรู้ด้านสุขภาวะ เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาชุดความรู้/หลักสูตรฝึกอบรม และสื่อส่งเสริมการเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาวะ เพื่อขยายผลงานสร้างเสริมสุขภาวะของ สสส. และภาคีเครือข่าย
๕. สังเคราะห์องค์ความรู้ด้านสุขภาวะและนำมาจัดทำเป็นชุดความรู้ในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเป็นเครื่องมือให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ประกอบการเรียนการสอน การอบรม รวมทั้งการปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยมีการเผยแพร่ผ่านช่องทางออนไลน์เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น
๖. พัฒนากลไกการติดตามประเมินผลการใช้ประโยชน์ฐานข้อมูล องค์ความรู้ ตลอดจนสื่อการเรียนรู้สร้างเสริมสุขภาวะต่างๆ

๒. แผนงานสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้

แผนงานสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้ มุ่งสร้างแรงบันดาลใจ เสริมทักษะชีวิต และสร้างประสบการณ์ตรงจากการเรียนรู้ด้านสุขภาวะแบบองค์รวมทั้ง ๔ มิติ (กาย ใจ ปัญญา และสังคม) ผ่านการสังเคราะห์และแปลงองค์ความรู้มาเสนอในรูปแบบที่หลากหลาย เน้นความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร อาทิ นิทรรศการเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะ นิทรรศการหมุนเวียน ห้องสมุด หลักสูตรฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ โครงการ/กิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ต่างๆ ตลอดจนพื้นที่สร้างประสบการณ์ในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และสร้างประสบการณ์ด้านสุขภาวะแก่ประชาชน รวมถึงกลุ่มองค์กรโดยเฉพาะกลุ่มผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลงที่พร้อมนำองค์ความรู้ไปต่อยอดขยายผล โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

จุดเน้นในปี ๒๕๖๑

๑. พัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร อาทิ นิทรรศการ กิจกรรม ผลิตภัณฑ์ ให้ตอบสนองกับการต่อยอด ขยายผลงาน สร้างเสริมสุขภาวะ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในยุคปัจจุบัน
๒. พัฒนาพื้นที่ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สสส. และศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาค ให้เป็นพื้นที่เรียนรู้ ด้านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพแก่หน่วยงาน องค์กร ผู้นำการเปลี่ยนแปลง และประชาชน เพื่อขยายแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ โดยส่งเสริมการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน
๓. สร้างพันธมิตรเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ จากความร่วมมือ พัฒนา และเชื่อมโยงกิจกรรมของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะกับหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายต่างๆ

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ออกแบบ จัดทำ และบริหารจัดการกระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้และสร้างประสบการณ์ด้านสุขภาวะผ่านช่องทางต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ได้แก่

(๑) นิทรรศการเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะ นำเสนอประเด็นการเปลี่ยนแปลง กระแสสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ โดยจัดแสดงภายในอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะและสัญจรตามพื้นที่ต่างๆ ทั้งในกรุงเทพฯ และส่วนภูมิภาค เน้นกลุ่มเด็ก เยาวชน และวัยทำงาน เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างกว้างขวาง เพื่อสร้างความตระหนัก แรงบันดาลใจ และนำใช้องค์ความรู้สุขภาวะในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

(๒) กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคคลและองค์กรให้เกิดการสร้างเสริมความเข้าใจด้านสุขภาวะ เน้นเข้าถึงกลุ่มประชาชนทุกช่วงวัย เพื่อพัฒนาทักษะการใช้ชีวิต และรู้เท่าทันทางสุขภาพ โดยส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านการเสวนา/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ ฯลฯ ที่สามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน

(๓) การอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการต่อยอดและขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะที่เหมาะสมกับบริบทในเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร

(๔) พัฒนาช่องทางให้บริการเผยแพร่ข้อมูลองค์ความรู้สุขภาวะ ทั้งในรูปแบบห้องสมุดสร้างปัญญา เว็บไซต์ และแอปพลิเคชัน SOOK Library ให้เป็นจุดรวบรวมสื่อสุขภาวะที่มีความหลากหลาย ทันสมัย มีความน่าเชื่อถือ กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก

(๕) พัฒนาพื้นที่ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาคและแหล่งเรียนรู้สุขภาวะในภูมิภาคต่างๆ เพื่อให้เกิดเป็นพื้นที่เรียนรู้ด้านสุขภาวะ

๒. พัฒนานวัตกรรมของสินค้าและบริการต่างๆ (Innovative product & service) ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เพื่อนำเสนอทางเลือกสู่การมีสุขภาพดี ผ่านสินค้าและบริการที่เกิดจากความตั้งใจและผลิตด้วยกระบวนการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน มุ่งหวังให้ผู้บริโภคได้รับประโยชน์ และตอบสนองความต้องการของประชาชนในยุคปัจจุบัน

๓. เชื่อมประสาน สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ สุขภาวะในรูปแบบต่างๆ ให้กับกลุ่มเป้าหมาย
๔. ประมวลผลความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการต่างๆ จากศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เพื่อพัฒนา รูปแบบการให้บริการให้มีคุณภาพทันสมัยและสอดคล้องกับความสนใจและความต้องการ ของกลุ่มเป้าหมาย
๕. ถอดองค์ความรู้จากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำไปใช้พัฒนาเนื้อหา รูปแบบและเผยแพร่สู่สาธารณะ รวมทั้งส่งกลับไปยังแผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็น ข้อมูลประกอบการพัฒนาและต่อยอดการดำเนินงานของแผนงาน/โครงการต่างๆ ต่อไป
๖. ประสานและพัฒนาความร่วมมือกับพันธมิตรเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อขยายผลองค์ความรู้ สุขภาวะ อาทิ แหล่งเรียนรู้/พิพิธภัณฑ์ โรงพยาบาล โรงเรียน องค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace) ทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุน และ ต่อยอดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมผ่านโครงการ/กิจกรรมต่างๆ อาทิ นิทรรศการและ กิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ เป็นต้น
๗. พัฒนาพื้นที่ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาคและแหล่งเรียนรู้สุขภาวะในภูมิภาคต่างๆ อาทิ พื้นที่ เขตสุขภาพเพื่อประชาชน ๑๓ เขตทั่วประเทศ เพื่อเป็นพื้นที่เรียนรู้ด้านกระบวนการสร้างเสริม สุขภาวะแก่กลุ่มเด็ก เยาวชน ครอบครัว และบุคคลทั่วไป เน้นความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยประสานเชื่อมโยงกับเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการต่อยอด ขยายผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. แผนงานสนับสนุนและบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ

แผนงานสนับสนุนและบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้สุขภาวะมุ่งเน้นการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุน พัฒนา ออกแบบแนวทางการให้บริการต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ จากองค์ความรู้สุขภาวะให้กว้างขวางขึ้น ทั้งกลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง ภาคีเครือข่ายสร้างเสริม สุขภาพ ตลอดจนประชาชนทั่วไป ผ่านการพัฒนาช่องทางต่างๆ ทั้งทางออนไลน์ และการเชื่อมโยงกับ พันธมิตรเครือข่ายการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในเชิงองค์กรและพื้นที่ เพื่อการขยายผล อันจะนำไปสู่การปรับทัศนคติและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสาธารณชนไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี อย่างยั่งยืนต่อไป

จุดเน้นในปี ๒๕๖๑

๑. เน้นการขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สุขภาวะของ สสส. และภาคีเครือข่าย ให้กว้างขวางขึ้น โดยการพัฒนาช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลและองค์ความรู้สุขภาวะให้ครอบคลุม เหมาะสมกับบริบทเชิงพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมาย
๒. เน้นการขยายช่องทางการสื่อสาร ผ่านเชื่อมพันธมิตรเครือข่ายการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในเชิงองค์กรและเชิงพื้นที่ เพื่อการขยายฐานผู้รับประโยชน์

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สู่สถานะของ สสส. และภาคีเครือข่ายผ่านช่องทางต่างๆ ดังนี้

(๑) พัฒนาช่องทางการสื่อสารในสื่อดิจิทัล โดยมีการนำเสนอเนื้อหาให้ดูง่ายขึ้น น่าสนใจและเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เป็นการเปิดช่องทางให้กลุ่มเป้าหมายต่างๆ สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลองค์ความรู้ เพื่อต่อยอดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนการนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

(๒) สร้างความต่อเนื่องของกิจกรรมการตลาด (Below the Line) โดยมุ่งเน้นการสร้างประสบการณ์ตรงที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย กระจายสู่พื้นที่ต่างๆ ทั้งเมืองและภูมิภาค

(๓) พัฒนาและผลิตสื่อองค์ความรู้เพื่อการสื่อสารอย่างเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย และกระจายสื่อผ่านพันธมิตรเครือข่ายการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

๒. เชื่อมพันธมิตรเครือข่ายและขยายความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ให้เป็นจุดจัดการ เพื่อขยายช่องทางการสื่อสารและต่อยอดองค์ความรู้ ผ่านหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน หน่วยงานการศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นต้น
๓. วิเคราะห์พฤติกรรมผู้ใช้บริการ เพื่อวางแผนการบริหารจัดการงานลูกค้าสัมพันธ์ (Customer Relationship Management) รวมถึงวางแผนช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ได้อย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ
๔. บริหารงานศูนย์เรียนรู้สุขภาพในส่วนงานอาคารและสถานที่ และระบบสนับสนุนต่างๆ ให้มีความพร้อมให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพสูงสุด โดยจัดทำแผนบริหารจัดการต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาพให้ตอบสนองความต้องการ และธรรมชาติในการเรียนรู้ของผู้ใช้บริการ

๔. แผนงานการตลาดเพื่อสังคม

แผนงานการตลาดเพื่อสังคม เป็นอีกหนึ่งเครื่องมือสำคัญในงานสร้างเสริมสุขภาพ และการสร้างแนวคิดของวิถีสุขภาพให้เกิดขึ้นทั้งโดยตรงและโดยอ้อมไปยังกลุ่มเป้าหมายและประชาชนโดยรวม ซึ่งการกำหนดทิศทางและเป้าหมายในงานการตลาดเพื่อสังคมมีความสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายการวางยุทธศาสตร์งานหลักขององค์กร โดยแผนงานสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมมีหน้าที่วางแผนกลยุทธ์และออกแบบแผนงานการตลาดที่สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมาย พร้อมกับการนำเสนอนวัตกรรมหรือชุดความรู้ใหม่ที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับเชื่อมประสานเครือข่ายพันธมิตร เพื่อร่วมดำเนินการพัฒนาสื่อรณรงค์ หรือร่วมเผยแพร่สื่อรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมายอันนำไปสู่กระแสในวงกว้าง และประสิทธิภาพการสร้างสังคมสุขภาพไปด้วยกัน

จุดเน้นในปี ๒๕๖๑

๑. พัฒนาขีดความสามารถของกลุ่มเป้าหมายให้ตระหนัก และความเข้าใจเรื่องการสร้างเสริมสุขภาวะ และสามารถนำความรู้ไปปรับใช้กับวิถีชีวิตประจำวัน
๒. พัฒนานวัตกรรมสื่อสารแนวคิดสุขภาวะโดยเน้นใช้เทคโนโลยีด้านดิจิทัลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารข้อมูล และความน่าสนใจในการนำเสนอข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาวะ
๓. ขยายผลองค์ความรู้ กลไกการแก้ไขปัญห สุขภาวะ หรือนวัตกรรมจาก สสส. และภาคีเครือข่าย เพื่อนำเสนอสู่ประชาชน

แนวทางการดำเนินงาน

๑. วางแผนกลยุทธ์การสื่อสาร การออกแบบเนื้อหา และวิธีการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาวะ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย
๒. เชื่อมประสานพันธมิตรผู้ออกแบบ ผู้ผลิต และผู้ให้บริการช่องทางการสื่อสาร ให้ร่วมดำเนินการพัฒนาสื่อรณรงค์ หรือร่วมเผยแพร่สื่อรณรงค์สร้างเสริมสุขภาวะกับกลุ่มเป้าหมาย
๓. สนับสนุนกระบวนการจัดการคลังความรู้สุขภาวะ การวิเคราะห์ ออกแบบ และหากกลไกการแก้ไขปัญหาประเด็นสุขภาวะ ร่วมกับสำนัก และภาคีที่รับผิดชอบ นำไปสู่การขยายผลสู่ประชาชนทั่วไป
๔. วิจัยประเมินงานการตลาดเพื่อสังคมเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และการประเมินสื่อดิจิทัล เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาสร้างสรรค์และออกแบบสื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะอย่างมีประสิทธิภาพ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้	๒๕
๒. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้	๘๓
๓. กลุ่มแผนงานสนับสนุนและบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ	๗๐
๔. กลุ่มแผนงานการตลาดเพื่อสังคม	๒๖๐
รวม	๔๓๘

งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง

สถานการณ์และแนวโน้ม

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาเนื้องานใหม่ ประเด็นใหม่ เพื่อให้สอดคล้องและทันต่อสถานการณ์ทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา นอกจากการดำเนินงาน และประสานงานในรูปแบบต่างๆ แล้ว สสส. ยังได้พัฒนารูปแบบการบูรณาการงานใหม่ที่มีลักษณะประสาน และต่อยอดจากฐานงานเดิมที่มีอยู่ โดยเพิ่มการจัดการและงบประมาณที่จำเป็น

กระบวนการพัฒนากลุ่มแผนงานกลางจะเน้นการดำเนินงานในเรื่องที่มีการพิจารณาร่วมกันว่าเป็นประเด็นใหม่ที่ สสส. ควรดำเนินงานเพิ่มเติม และมีความเกี่ยวข้องกับเนื้องานของหลายแผน โดยมี การประมวลหลักการ สถานการณ์ มาตรการ “งานใหม่” ที่ต้องการพัฒนา ร่วมกับการประมวล “งานเก่า” ที่มีอยู่ในแผนต่างๆ แล้วพัฒนาเป็น “ภาพรวมของกลุ่มงานใหม่” อย่างไรก็ตาม เมื่อกลไกกลางนี้ประสาน ให้เกิดการดำเนินงานขึ้นแล้ว ก็จะค่อยปรับตัวเป็นการประสานภายใต้แผนปกติต่อไป

ที่ผ่านมากลุ่มแผนงานกลางได้พัฒนางานในประเด็นใหม่ๆ ซึ่งล้วนมีความสำคัญและเป็นปัญหา เร่งด่วนที่ส่งผลกระทบต่อ การสร้างเสริมสุขภาพของคนไทยหลายประเด็น และบางประเด็นได้มีการส่ง ให้แผนที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบประสานงานต่อเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน อาทิ การลดความ ไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การป้องกันโรคไม่ติดต่อ (NCDs) การเฝ้าระวังความเป็นธรรม ทางสุขภาพในสังคมไทย การประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ในประเทศไทย เป็นต้น

จุดเน้นของแผน

โดยในช่วง ๓ ปีข้างหน้า กลุ่มแผนงานนี้จะเน้นการตอบสนองงานใหม่และงานบูรณาการตามแนวนโยบายและจุดเน้นการดำเนินงานที่คณะกรรมการกองทุนมอบหมาย โดยมีสาระสำคัญของแผนที่ครอบคลุม งานจิตอาสาเพื่อสนับสนุนการสร้างพลเมืองตื่นรู้ (Active Citizen) สำหรับประเทศไทยในอนาคต ทั้งงาน สื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพตามแผนหลักของ สสส. งานขับเคลื่อน งานสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมรองรับปัญหาสุขภาพเร่งด่วนที่อาจเกิดขึ้น ในอนาคต พัฒนาและต่อยอดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลวัตที่อาจ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากรในอนาคต รวมถึงสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพ ตามยุทธศาสตร์ชาติ และการเปลี่ยนผ่านในช่วงของการปฏิรูปประเทศ เป็นต้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพในเชิงประเด็นใหม่ และประเด็นที่มีงานกระจายในหลายแผน โดยเฉพาะงานบูรณาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ งานสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. เพื่อรองรับประเด็นปัญหาสุขภาพะเร่งด่วน และพลวัตการเปลี่ยนแปลงที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
๓. เพื่อสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์ชาติ และการเปลี่ยนผ่านในช่วงของการปฏิรูปประเทศ

เป้าหมาย ๑ ปี และตัวชี้วัด

๑. มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ
๒. กลุ่มเป้าหมายของงานสร้างเสริมสุขภาพรับรู้และตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕

แนวทางการดำเนินงาน

๑. เชื่อมโยงประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข องค์กรสุขภาพต่างๆ และองค์กรอนามัยโลกประเทศไทยในการพัฒนาเครือข่ายลดปัญหาจากโรคไม่ติดต่อ โดยเชื่อมโยงกับภาคีด้านปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การควบคุมยาสูบ การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และอาหารและโภชนาการ เข้ากับองค์กรด้านการควบคุมป้องกันโรคหลักๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และภาวะความดันโลหิตสูง
๒. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสื่อสารสร้างสุขภาพตั้งแต่ระดับ บุคคล องค์กร ภาคนโยบาย มุ่งสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของร่วม จนเกิดการร่วมผลักดันประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสังคม
๓. สนับสนุนการพัฒนาและต่อยอดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลวัตทั้งในเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากรในอนาคต รวมถึงสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์ชาติ และการเปลี่ยนผ่านในช่วงของการปฏิรูปประเทศ

กลุ่มงาน

กลุ่มงานจัดการกลุ่มงานกลาง

สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ อีกทั้งร่วมกับแผนต่างๆ เพื่อพิจารณาประเด็นใหม่ที่มีความเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของทั้ง ๑๕ แผนซึ่ง สสส. ควรดำเนินงานเพิ่มเติม แล้วจัดกลไกประสานให้เกิดการดำเนินงานขึ้น ก่อนปรับให้เป็นการประสานภายใต้แต่ละแผนต่อไป นอกจากนี้ยังดำเนินการพัฒนางานวิชาการเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ การประเมินสถานการณ์ รวมทั้งการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานเพื่อเตรียมพร้อมและรับมือกับปัญหาสุขภาพะเรงด่วนที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งพัฒนาและต่อยอดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลวัตที่อาจส่งกระทบต่อสุขภาพทั้งในเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากรในอนาคต รวมถึงสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์ชาติ และการเปลี่ยนผ่านในช่วงของการปฏิรูปประเทศ

กลุ่มงานสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพะ

พัฒนายุทธศาสตร์การสื่อสารเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะทั้ง ๑๕ แผน รวมทั้งเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสื่อสารสร้างสุขภาพะตั้งแต่ระดับบุคคล องค์กร โดยมุ่งสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม จนเกิดการร่วมผลักดันประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพะและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสังคม

การบริหารจัดการ

สำนักงานบริหารจัดการในลักษณะกลุ่มงานกลางภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงาน

งบประมาณ^{๑๔๘}

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มงานจัดการกลุ่มงานกลาง	๑๖๐
๒. กลุ่มงานสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพะ	๒๐
รวม	๑๘๐

^{๑๔๘} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้

งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน

สถานการณ์และแนวโน้ม

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกลไกหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ โดยเป็นองค์กรขนาดเล็กที่เน้นความยืดหยุ่นและใช้นวัตกรรมในการบริหารจัดการ มุ่งสร้างการมีส่วนร่วมหรือแสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในลักษณะเจ้าภาพร่วม

โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นต้นมา กองทุนมีการจัดทำแผนบริหารจัดการสำนักงานขึ้นมาอย่างเป็นทางการเป็นครั้งแรก เพื่อมุ่งพัฒนาให้การทำงานของ สสส. เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และมีการบริหารจัดการแบบมืออาชีพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ สสส. ได้รับรางวัลและคำชมเชยจากหลายหน่วยงาน ในขณะที่การประสานงานกับตรวจสอบ และการปฏิบัติการกฎหมายบ้านเมืองรวมถึงระเบียบข้อบังคับต่างๆ ก็ทำได้ดีขึ้นด้วย

จากผลสำเร็จดังกล่าว ในการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้บริหารเพื่อกำหนดจุดเน้น เมื่อวันที่ ๒๗ - ๒๘ เมษายน ๒๕๖๐ ได้เห็นควรให้มีการจัดทำแผนบริหารจัดการสำนักงานประจำปีเป็นประจำทุกปี และจะมีการดำเนินการต่อเนื่องในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ ต่อไป โดยแผนในส่วนนี้จะประกอบด้วย ๔ หน่วยงาน ได้แก่ ฝ่ายอำนวยการ ฝ่ายบัญชีและการเงิน ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ ฝ่ายบริหารงานบุคคล ฝ่ายสนับสนุนงานนวัตกรรม ฝ่ายสื่อสารองค์กร^{๑๔๔} ฝ่ายตรวจสอบภายใน ฝ่ายติดตามและประเมินผล^{๑๕๐} และสำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์

^{๑๔๔} เฉพาะการประชาสัมพันธ์ภาพลักษณ์องค์กร

^{๑๕๐} เฉพาะส่วนงบประมาณสนับสนุนคณะกรรมการประเมินผล

จุดเน้นของแผน

แผนบริหารจัดการกองทุนและสำนักงานก็ยังคงมุ่งมั่นที่จะสนับสนุนการทำงานของทั้งหน่วยงานใน สสส. และภาคีเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่คนในชาติตามที่กำหนดไว้ โดยในภาพรวมจะให้ความสำคัญกับการใช้นวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานขององค์กร โดยนำมาตรฐานตามกรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานทุนหมุนเวียนของกรมบัญชีกลางและองค์กรต่างๆ มาประยุกต์ใช้ ควบคู่การบริหารจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่าตามนโยบาย “องค์กรสร้างเสริมสุขภาพมีอาชีพ” รวมถึงบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล มีระบบควบคุมภายในที่เชื่อมโยงและประสานกับระบบการตรวจสอบภายในและสามารถบริหารจัดการความเสี่ยงและลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่ายตามทิศทางและแนวนโยบายที่คณะกรรมการกองทุนมอบไว้
๒. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนและสำนักงานในด้านต่างๆ ให้ได้มาตรฐานตามนโยบาย “องค์กรสร้างเสริมสุขภาพมีอาชีพ” และสอดคล้องกับระเบียบและข้อบังคับที่เปลี่ยนแปลงไป
๓. เพื่อเสริมสร้างกลไกการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล การบริหารความเสี่ยง และการควบคุมภายใน

เป้าหมาย ๑ ปี และตัวชี้วัด

๑. ได้รับการประเมินผลการดำเนินงานในด้านบริหารจัดการจากคณะกรรมการประเมินผลในระดับดี (๔.๐๐ คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม ๕.๐๐ คะแนน)^{๑๔๑}
๒. ได้รับการประเมินระดับธรรมาภิบาลในองค์กรจากคณะอนุกรรมการการประเมินระดับธรรมาภิบาล^{๑๔๒} ในระดับดี (๔.๐๐ คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม ๕.๐๐ คะแนน)
๓. ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนการทำงานอย่างน้อยร้อยละ ๘๐
๔. เกิดกระบวนการทำงาน/แนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐานและสอดคล้องกับระเบียบและข้อบังคับที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างน้อยร้อยละ ๘๐
๕. กลุ่มเป้าหมายรู้จักและเข้าใจบทบาทการดำเนินงานของ สสส. ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ และมีความพึงพอใจโดยรวม

^{๑๔๑} ประเมินโดยคณะกรรมการประเมินผล ซึ่งประยุกต์ใช้กรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานทุนหมุนเวียนของกรมบัญชีกลางเป็นแนวทางในการประเมิน

^{๑๔๒} คณะอนุกรรมการการประเมินระดับธรรมาภิบาลเป็นคณะอนุกรรมการของคณะกรรมการประเมินผล

แนวทางการดำเนินงาน

ด้านการพัฒนาบุคลากรและองค์กร

๑. เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารงานบุคคลและระบบโครงสร้างพื้นฐานสนับสนุนระบบบริหารงานบุคคล โดยการทบทวน/ปรับปรุงโครงสร้างองค์กร อัตรากำลังที่สอดคล้องกับภารกิจองค์กร และพัฒนา/ทบทวน/ปรับปรุงระบบบริหารงานบุคคลที่สำคัญให้เป็นมาตรฐาน รวมถึงใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อความถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

๒. พัฒนาศักยภาพให้เป็นนักสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมืออาชีพตามกรอบ Health Promotion Enabler Development Roadmap อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

๓. เสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร และแบรนด์ (Internal Branding) ควบคู่กับการส่งเสริมการจัดการความรู้ และสนับสนุนการพัฒนาสู่ความเป็นองค์กรแห่งมืออาชีพ

ด้านการเงิน การบัญชี พัสดุ และตรวจสอบแผนงานโครงการ

๑. เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ลดต้นทุนทั้งในทางตรงและต้นทุนค่าเสียโอกาส รวมถึงสร้างความมั่นคงทางการเงินให้แก่องค์กร โดยร่วมกับคณะกรรมการชุดต่างๆ และสำนัก/ฝ่ายที่เกี่ยวข้องนำระบบการโอนเงินผ่านธนาคารมาใช้แทนระบบการเงินเดิมและบริหารจัดการโดยใช้ข้อมูล ซึ่งจะช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมภายใน การตรวจสอบ และเพิ่มรายได้จากการบริหารจัดการการเงิน รวมถึงการทำ cost allocation ในการใช้ทรัพยากร เพื่อทราบต้นทุนที่แท้จริงและนำไปใช้พัฒนาประสิทธิภาพในการบริหารต้นทุน

๒. สนับสนุนการดำเนินงานที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ สสส. และภาคี โดยเฉพาะคณะกรรมการและผู้บริหารระดับสูงโดยรายงานสถานะทางการเงินขององค์กรให้ทราบและตัดสินใจได้อย่างทันทั่วทั้งที่ รวมถึงพัฒนาหลักสูตรบัญชีการเงินสำหรับเจ้าหน้าที่ และภาคี

๓. เน้นการพัฒนาฝ่ายบัญชีและการเงินไปสู่การเป็นหน่วยงานมืออาชีพโดยสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพโดยจัดการประชุมผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อรวบรวมเป็นคำถามที่ถูกถามบ่อยๆ (Frequently Asked Questions : FAQ) และต่อยอดการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของฝ่ายบัญชีและการเงิน และให้คำปรึกษาอย่างมีหลักการ ถูกต้องตามกฎหมาย และเป็นมิตรแก่ผู้รับบริการเพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจผู้ใช้บริการ

๔. ปรับปรุงและแก้ไขจุดที่เคยเป็นประเด็นและข้อสังเกตของหน่วยงานตรวจสอบ เช่น การร่วมกับคณะกรรมการชุดต่างๆ และสำนัก/ฝ่ายที่เกี่ยวข้องปรับปรุงและแก้ไขประเด็นที่เป็นข้อสังเกตของหน่วยงานตรวจสอบ การทบทวนรายชื่อผู้ตรวจสอบบัญชีรับอนุญาต รวมถึงพัฒนารูปแบบข้อตกลงโครงการที่สอดคล้องกับเป้าหมายและพันธกิจที่แตกต่างกันของสำนักและฝ่ายต่างๆ ในองค์กร และการลดการถือเงินสด โดยพัฒนาระบบการโอนเงินค่าตอบแทนและค่าใช้จ่าย

ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

๑. การจัดการกระบวนการทำงานสู่ความเป็นดิจิทัล โดยปรับปรุงกระบวนการทำงาน และพัฒนาระบบสารสนเทศที่สอดคล้อง เพื่อเน้นคุณภาพ (ความรวดเร็วทันสมัยและความถูกต้องเชื่อถือได้) และ

ก้าวเข้าสู่ความเป็นดิจิทัล เพื่อจัดเก็บข้อมูลและความรู้สำหรับการนำไป ควบคู่กับการบริการบุคลากร และภาคีผ่านระบบออนไลน์ที่ครบวงจร เพื่อให้บริการได้อย่างรวดเร็วขึ้น ด้วยข้อมูลชุดเดียวกันสำหรับการทำงานร่วมกัน และสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ให้มีความสำคัญกับข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เพื่อสร้างความสัมพันธ์และความพึงพอใจแก่ผู้ใช้งาน

๒. การจัดการข้อมูลและความรู้ เน้นการมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและฐานข้อมูลที่สนับสนุนการจัดการข้อมูลและความรู้ รวมถึงสร้างวัฒนธรรมและแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการข้อมูลและความรู้

๓. การรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ เน้นการมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มั่นคงปลอดภัยในการใช้งาน พร้อมสร้างความรู้ความตระหนักในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยให้กับผู้ใช้บริการ

๔. การพัฒนาขีดความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังขององค์กร ทั้งบุคลากรภายใน สสส. และภาคีเครือข่าย รวมถึงสร้างความเข้าใจด้วยการสื่อสารที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ ผ่านช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย

ด้านอำนวยการบริหารจัดการสำนักงาน

๑. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานประจำ และปรับปรุงกระบวนการทำงานให้ตอบสนองกับความต้องการของผู้รับบริการ โดยลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ลดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ และวิเคราะห์-จัดสรรต้นทุน (cost allocation) ในการดำเนินงานที่เป็นจริง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร

๒. พัฒนาคู่มือ และเครื่องมือ เพื่อสนับสนุนการทำงานให้มีมาตรฐาน โดยการจัดการความรู้ที่เกิดจากการทำงานให้เป็นระบบ และนำไปพัฒนาคู่มือ/เครื่องมือในการทำงานที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้ทราบและเข้าใจตรงกัน

๓. การพัฒนาบุคลากรฝ่ายอำนวยการ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถ และสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพของงาน รวมถึงสร้างความเข้าใจด้วยการสื่อสารที่ชัดเจน

ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการสนับสนุนนโยบายของผู้จัดการที่ต้องการจะสร้าง “องค์กรมืออาชีพ” รวมถึงตัวชี้วัดที่ผู้จัดการมอบให้ สนย. สามารถกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ได้ดังนี้

๑. สนับสนุนการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์สำหรับแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้มีประสิทธิภาพ โดยปรับปรุงกระบวนการทำแผนให้เป็นไปตามระเบียบ และสอดคล้องกับแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖) มากขึ้น

๒. เพิ่มความเข้มข้นในการแปลงยุทธศาสตร์ตามแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ไปสู่การปฏิบัติด้วยการให้ผู้จัดการมีส่วนร่วมอย่างสูงในการกำหนดตัวชี้วัดผู้บริหารที่สามารถขับเคลื่อนองค์กร ตลอดจนวัดผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีธรรมาภิบาล

๓. เพิ่มประสิทธิภาพงานด้านบริหารความเสี่ยง และมาตรการความเสี่ยงขององค์กร โดยทีมงานผู้ที่มีความรู้ความสามารถทางด้านงานบริหารความเสี่ยง และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของฝ่ายโดยเพิ่มอัตราผู้เชี่ยวชาญพิเศษทางด้านงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์

๔. เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของแผนบริหารจัดการสำนักงาน ให้ทันต่อทิศทางการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรมืออาชีพ

๕. เน้นการจัดทำ Log Book อย่างจริงจัง และกำหนดเป็นตัวชี้วัดของเจ้าหน้าที่ สนย. ในทุกตำแหน่ง เพื่อให้สามารถเป็นหน่วยยุทธศาสตร์ (Strategic Think Tank) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการตรวจสอบภายใน

เนื่องจากลักษณะการดำเนินงานขององค์กรแบบ สสส. มีความหลากหลายและยืดหยุ่นสูง ทำให้จำเป็นต้องใช้วิธีการตรวจสอบให้เหมาะสม เพื่อให้ทราบถึงจุดแข็ง จุดอ่อนของการบริหารงานภายในด้านต่างๆ จากนั้นจึงรวบรวมข้อบกพร่องต่างๆ จัดทำเป็นรายงาน เสนอแนะฝ่ายบริหาร เพื่อพิจารณาสั่งการแก้ไขปรับปรุงต่อไป การตรวจสอบภายในจึงใช้ยุทธศาสตร์เชิงบวก “การตรวจสอบแบบกัลยาณมิตรและเพิ่มมูลค่าการปฏิบัติงาน” เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพด้านการตรวจสอบภายใน และนำเสนอผลการตรวจสอบพร้อมข้อเสนอแนะที่เหมาะสมและเป็นไปได้ ส่งมอบให้หน่วยรับตรวจเพื่อนำข้อมูลไปพิจารณาดำเนินการปรับปรุง พัฒนาระบบงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเกิดประสิทธิผลสูงสุด

ด้านการสื่อสารองค์กร

๑. วิจัยและสำรวจความคิดเห็นเพื่อรับรู้ทัศนคติ ความเข้าใจ และความต้องการของทุกกลุ่มเป้าหมาย นำไปสู่กับพัฒนากิจกรรมสื่อสาร และชุดข้อมูลให้ตรงกับความต้องการ นำเสนออย่างครอบคลุม ครบถ้วน และเป็นมิตร นำไปสู่การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องด้วยเจตคติที่ดี

๒. จัดทำชุดข้อมูลเพื่อสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับ ๑๕ แผนงาน ภายใต้ยุทธศาสตร์ CCS (Corporate Communication Strategy) เพื่อสร้างการรับรู้ เข้าใจ เห็นคุณค่า บทบาทและหน้าที่ของ สสส. ในฐานะ “องค์กรสร้างเสริมสุขภาพอย่างสร้างสรรค์” ก่อให้เกิดความรู้สึกร่วมกับทุกกลุ่มเป้าหมาย

๓. วางระบบจัดการประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อองค์กรจากสื่อทุกแขนง โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์ มีกระบวนการติดตาม ตรวจสอบ และจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

๔. สนับสนุนการทำงานของส่วนงานต่างๆ ขององค์กร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะการสื่อสารภายในองค์กรในประเด็นการสื่อสารเพื่อความเข้าใจองค์กร และการสร้างภาพลักษณ์องค์กร

ด้านการสนับสนุนงานนวัตกรรม

๑. สำรวจ รวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์เครื่องมือด้านการจัดการความรู้จากแหล่งต่างๆ และพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและ/หรือ พัฒนา

๒. ร่วมกับสำนักและฝ่ายที่เกี่ยวข้องพัฒนาระบบ กลไกการดำเนินงาน

ด้านการติดตามและประเมินผล

สนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการประเมินผลของ สสส. รวมทั้งคณะกรรมการย่อยชุดต่างๆ ที่คณะกรรมการประเมินผลแต่งตั้ง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ เช่น การจัดทำรายงานการประเมินผลการดำเนินงาน ของ สสส. การศึกษา/ประเมินประเด็นพิเศษต่างๆ การศึกษาดูงานในพื้นที่ต่างๆ

ด้านการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีคณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยงรับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย กำกับดูแลและให้ข้อเสนอแนะ โดยยึดแนวทางการดำเนินงาน ตามหลักสากล และสอดคล้องกับวัฒนธรรมองค์กร โดยยุทธศาสตร์การบริหารความเสี่ยงใน ๓ ปีข้างหน้า จะเน้นการต่อยอดการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงทั้งในระดับองค์กรและระดับปฏิบัติการตามมาตรฐาน การบริหารความเสี่ยงสากลหรือมาตรฐานการบริหารความเสี่ยงที่เป็นที่ยอมรับทั่วไป การกำหนดแผนการ บริหารความเสี่ยงจะครอบคลุมถึงการระบุความเสี่ยง สาเหตุของความเสี่ยง การจัดระดับความสำคัญ ของความเสี่ยงในทุกด้าน การระบุผู้รับผิดชอบ วิธีการในการบริหารความเสี่ยงให้เหลืออยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และการทบทวนแผนการบริหารความเสี่ยงเป็นระยะเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยในปิงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ จะให้ความสำคัญกับการพัฒนาตัวชี้วัดความเสี่ยงที่สำคัญ (Key Risk Indicators) พร้อมทั้งการทบทวนคู่มือการบริหารความเสี่ยงให้มีความทันสมัย และมีแผนการดำเนินงาน ต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ

งบประมาณ^{๑๕๓}

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. เงินเดือน ค่าจ้าง และการพัฒนาบุคลากร	๑๘๕.๐
๒. การติดตามและประเมินผล	๕.๐
๓. การเงิน การบัญชี การพัสดุ และการตรวจสอบ	๓๒.๘
๔. การพัฒนายุทธศาสตร์ บริหารความเสี่ยง สนับสนุนงานนวัตกรรม	๖.๔
๕. การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ	๓๕.๐
๖. การอำนวยการและบริหารสำนักงาน	๔๒.๐
๗. การสื่อสารองค์กร เผยแพร่ข้อมูล และประชาสัมพันธ์	๒๐.๐
๘. บริหารจัดการสำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพเยาวชน	๑๘.๐
รวม	๓๔๔.๒

^{๑๕๓} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้

๓

ส่วนที่

เอกสารแนบ

๑. กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ สสส. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓
๒. ข้อบังคับกองทุน ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙
๓. การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ และแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ สสส. ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

ผู้จัดการ		
รองผู้จัดการ		๒
ผู้ช่วยผู้จัดการ		๒
ที่ปรึกษา/ผู้เชี่ยวชาญ		๒
รวม		๖

สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก		
ผู้อำนวยการ		๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ		๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ		๖
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ		๑
รวม		๙

สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ		
ผู้อำนวยการ		๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ		๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ		๓
รวม		๕

สำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน		
ผู้อำนวยการ		๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ		๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ		๖
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ		๑
รวม		๙

สำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว		
ผู้อำนวยการ		๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ		๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ		๔
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ		๑
รวม		๗

สำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ		
ผู้อำนวยการ		๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ		๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ		๘
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ		๑
รวม		๑๑

สำนักสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ		
ผู้อำนวยการ		๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ		๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ		๗
เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป		๑
รวม		๑๐

สำนักสนับสนุนการพัฒนา ระบบสุขภาพและบริการสุขภาพ		
ผู้อำนวยการ		๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ		๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ		๓
รวม		๕

สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๓
รวม	๕

สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๔
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	๑
รวม	๗

สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๔
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	๑
รวม	๗

สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานภาคีและวิเทศสัมพันธ์	๘
รวม	๑๐

สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักวิเคราะห์นโยบายและยุทธศาสตร์	๕
รวม	๗

ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานส่งเสริมการเรียนรู้	๕
รวม	๗

ฝ่ายติดตามและประเมินผล	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานติดตามและประเมินผล	๓
รวม	๕

ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานสารสนเทศ	๕
รวม	๗

ฝ่ายบัญชีและการเงิน	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
เจ้าหน้าที่บัญชี	๓
เจ้าหน้าที่การเงิน	๔
เจ้าหน้าที่ตรวจสอบโครงการ	๒
รวม	๑๑

ฝ่ายอำนวยการ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
หัวหน้างานกฎหมายและ เจ้าหน้าที่กฎหมาย	๕
หัวหน้างานจัดซื้อจัดจ้างและพัสดุและ เจ้าหน้าที่จัดซื้อจัดจ้างและพัสดุ	๕
เจ้าหน้าที่ควบคุมภายใน	๑
เจ้าหน้าที่ธุรการและบริการทั่วไป	๒
เลขานุการ	๓
เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป	๑๖
รวม	๓๔
รวม	๓๔

ฝ่ายบริหารงานบุคคล	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานบุคคล	๓
นักบริหารงานทั่วไป	๔
รวม	๙

ฝ่ายตรวจสอบภายใน	
ผู้ตรวจสอบภายใน	๑
ผู้ช่วยผู้ตรวจสอบภายใน	๑
เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายใน	๓
รวม	๕

ฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานการตลาดเพื่อสังคม	๗
รวม	๙

ฝ่ายสนับสนุนงานนวัตกรรม	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานนวัตกรรม	๑
รวม	๓

สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้ และคุณภาพเยาวชน	
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๕

เจ้าหน้าที่ ๒๐๐ คน

ลูกจ้าง ๔๒ คน

รวม ๒๔๒ คน



ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามมาตรา ๒๑ (๓) แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ ประกอบกับมติคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในการประชุม ครั้งที่ ๑๑/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๕๘ คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔

ข้อ ๔ ในข้อบังคับนี้

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

“สำนักงานกองทุน” หมายความว่า สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

“กรรมการ” หมายความว่า กรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

“ผู้จัดการ” หมายความว่า ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

“ผู้ปฏิบัติงาน” หมายความว่า เจ้าหน้าที่และลูกจ้างผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานกองทุน

“ภาคี” หมายความว่า ภาคีสร้างเสริมสุขภาพ อันอาจเป็นบุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคลที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ หรือมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ

“ทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี” หมายความว่า เอกสารที่ชี้ทิศทางและเป้าหมายของกองทุน ซึ่งจะแสดงรายละเอียดของวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ในระยะเวลา ๑๐ ปี โดยเป็นเอกสารหลักสำหรับจัดทำแผนหลักและแผนการดำเนินงานประจำปี

“แผนหลัก” (master plan) หมายความว่า แผนการดำเนินงานของกองทุนตามมาตรา ๒๑ (๑) ซึ่งจะแสดงรายละเอียดของเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด แผน และ กรอบงบประมาณในระยะเวลา ๓ ปี โดยเป็นเอกสารหลักสำหรับจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี

“แผนการดำเนินงานประจำปี” หมายความว่า แผนการดำเนินงานของกองทุนตามมาตรา ๒๑ (๒) ซึ่งจะแสดงรายละเอียดของเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด แผน กลุ่มแผนงาน และงบประมาณ ในระยะเวลา ๑ ปี

“แผน” (plan) หมายความว่า กลุ่มของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่มีความเกี่ยวเนื่อง สอดคล้องกัน อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ

“แผนงาน” (program) หมายความว่า กลุ่มของชุดโครงการ หรือโครงการ ซึ่งมีกิจกรรมที่สัมพันธ์กัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนงาน

“ชุดโครงการ” (project package) หมายความว่า กลุ่มของโครงการ ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของชุดโครงการ

“โครงการ” (project) หมายความว่า กลุ่มของกิจกรรมซึ่งมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการและส่งผลสัมฤทธิ์ให้เกิดต่อประชาชนในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพตามวัตถุประสงค์ของกองทุน

“คณะกรรมการบริหารแผน” (plan executive committee) หมายความว่า คณะอนุกรรมการที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ เพื่อบริหารและกำกับดูแลการพัฒนาและการดำเนินการตามแผน ภายใต้แผนหลักที่คณะกรรมการเห็นชอบไว้แล้ว โดยคณะกรรมการบริหารแผนคณะหนึ่งอาจได้รับมอบหมายให้บริหารแผนมากกว่าหนึ่งแผนก็ได้

“ที่ปรึกษาของคณะกรรมการ” หมายความว่า ผู้ทรงคุณวุฒิที่คณะกรรมการแต่งตั้งให้เป็นที่ปรึกษาของคณะกรรมการตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔

“กรรมการประเมินผล” หมายความว่า กรรมการประเมินผลการดำเนินงานกองทุนตามมาตรา ๓๗ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔

“ผู้รับทุน” หมายความว่า บุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคล ซึ่งเป็นคู่สัญญารับทุนกับกองทุน และไม่มีกรรมการ ที่ปรึกษาของคณะกรรมการ กรรมการบริหารแผน กรรมการประเมินผล ผู้จัดการ หรือผู้ปฏิบัติงานมีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมในกิจการของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคลนั้น เว้นแต่เป็นการดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐ

การมีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมดังกล่าวตามวรรคหนึ่ง ได้แก่ การที่กรรมการ ที่ปรึกษาของคณะกรรมการ กรรมการบริหารแผน กรรมการประเมินผล ผู้จัดการ หรือผู้ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ในกิจการของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคลที่เป็นคู่สัญญารับทุนในลักษณะดังต่อไปนี้

(๑) มีความสัมพันธ์ในเชิงบริหาร โดยดำรงตำแหน่งเป็นผู้จัดการ หัวหน้าผู้จัดการ กรรมการผู้จัดการ ผู้บริหาร หรือผู้มีอำนาจในการบริหารจัดการกิจการของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคลที่เสนอแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการเพื่อขอรับทุนจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และให้หมายรวมถึงการเป็นกรรมการหรือผู้มีอำนาจในการบริหารจัดการกิจการของมูลนิธิ สมาคม หรือองค์กรสาธารณประโยชน์ต่างๆ ด้วย

(๒) มีความสัมพันธ์ในเชิงทุน โดยเป็นผู้มีหุ้นส่วนในห้างหุ้นส่วนสามัญหรือห้างหุ้นส่วนจำกัด หรือเป็นผู้ถือหุ้นในบริษัทจำกัดหรือบริษัทมหาชนจำกัด ที่เสนอแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการเพื่อขอรับทุนจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

(๓) มีความสัมพันธ์โดยเครือญาติ โดยมีคู่สมรสหรือบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะดำรงตำแหน่ง หรือเป็นหุ้นส่วน หรือเข้าถือหุ้นตาม (๑) หรือ (๒) ให้ถือว่าเป็นการดำรงตำแหน่งการเป็นหุ้นส่วน หรือการถือหุ้นของบุคคลนั้นด้วย

การที่กรรมการบริหารแผนมีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมตามวรรคสอง หมายถึง กรณีที่กรรมการบริหารแผนมีความสัมพันธ์ในกิจการของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคลที่เสนอขอรับทุนจากแผนที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกรรมการบริหารแผนผู้นั้น

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า กระทรวง ทบวง กรม หรือส่วนราชการที่เรียกชื่ออย่างอื่นและมีฐานะเป็นกรม ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจที่ตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติหรือพระราชกฤษฎีกา และให้หมายรวมถึงหน่วยงานอื่นของรัฐที่จัดตั้งตามกฎหมาย

ข้อ ๕ ทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี แผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี

การกำหนดทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี แผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี จะต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนและกิจกรรมของกองทุนตามมาตรา ๕ และมาตรา ๙ (๔)

๕.๑ การจัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี

(๑) ให้คณะกรรมการกำหนดให้มีการจัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี ที่มีรายละเอียดสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนและกิจกรรมของกองทุน ตามมาตรา ๕ และมาตรา ๙ (๔) โดยต้องปรับปรุงอย่างน้อยทุก ๕ ปี

(๒) ในการจัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี ให้คณะกรรมการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นคณะหนึ่งเพื่อดำเนินการศึกษา วิเคราะห์ และจัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี เพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการ

(๓) ในการจัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี คณะอนุกรรมการต้องจัดกระบวนการให้คณะกรรมการบริหารแผน ภาคิ และบุคคลที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง

๕.๒ การจัดทำแผนหลัก

(๑) ให้ผู้จัดการจัดทำแผนหลักที่ประกอบด้วยแผนต่างๆ ที่มีรายละเอียดสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนและกิจกรรมของกองทุนตามมาตรา ๕ และมาตรา ๙ (๔) ไม่เกิน ๑๕ แผน และแนวทางของทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี เพื่อขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการ โดยให้จัดทำเป็นระยะเวลา ๓ ปี และต้องปรับปรุงเมื่อครบกำหนด ๓ ปี ทั้งนี้ ให้มีการดำเนินการเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาเห็นชอบแผนหลักภายในเดือนสิงหาคมของปีที่พิจารณา

(๒) ให้ผู้จัดการจัดประชุมคณะกรรมการบริหารแผนและภาคิเพื่อจัดทำแผนหลัก โดยต้องจัดให้คณะกรรมการบริหารแผนและภาคิต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนหลักอย่างกว้างขวาง

(๓) ให้คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินวิเคราะห์และเสนอกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีของกองทุน โดยจัดทำเป็นระยะเวลา ๓ ปี แล้วให้เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนพฤษภาคมของทุกปี

(๔) ในระหว่างปี หากผู้จัดการพิจารณาเห็นความจำเป็นต้องกำหนดแผนใหม่หรือบูรณาการกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องกับหลายแผนหรืองานที่จำเป็นต้องดำเนินการเป็นกรณีเฉพาะภายใต้แผนหลัก ให้ผู้จัดการเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบและอาจมอบหมายให้คณะกรรมการบริหารแผนหรือคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจหรือแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นใหม่เพื่อบริหารและกำกับดูแลการพัฒนาและการดำเนินการดังกล่าว

๕.๓ การจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี

(๑) ให้ผู้จัดการร่วมกับคณะกรรมการบริหารแผนจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีที่มีเป้าหมายและตัวชี้วัดหลักที่สอดคล้องกับเป้าหมายและตัวชี้วัดหลักตามแผนหลักไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕ ภายใต้วงเงินงบประมาณตามกรอบการทบทวนงบประมาณรายปีโดยคณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน เพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนสิงหาคมของทุกปี

ในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีตามวรรคหนึ่ง ให้กำหนดรายละเอียดและกรอบวงเงินงบประมาณของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการภายใต้แผนต่างๆ ให้ชัดเจน

(๒) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณ หากแผนใดมีความจำเป็นในระหว่างปีที่จะต้องปรับปรุงวงเงินงบประมาณตามแผนที่คณะกรรมการเห็นชอบไว้ไม่เกินร้อยละสิบของวงเงินงบประมาณแต่ละปี ให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้จัดการที่จะดำเนินการได้ และให้แจ้งให้คณะกรรมการทราบ

ในกรณีที่จำเป็นต้องปรับปรุงวงเงินงบประมาณเกินกว่าร้อยละสิบ ให้ผู้จัดการเสนอแนวทางการปรับปรุงต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติ

ข้อ ๖ คณะกรรมการบริหารแผน

๖.๑ ให้คณะกรรมการแต่งตั้งคณะกรรมการสรรหาขึ้นคณะหนึ่งประกอบด้วยกรรมการกองทุนและผู้ทรงคุณวุฒิอื่นๆ รวมแล้วไม่เกินสิบคน โดยมีผู้จัดการเป็นกรรมการและเลขานุการ เพื่อทำหน้าที่พิจารณากลับกรองรายชื่อบุคคลที่ผู้จัดการเสนอตามที่ได้ปรึกษาหารือกับภาคีที่เกี่ยวข้องกับแผนนั้นๆ เป็นคณะกรรมการบริหารแผนคณะต่างๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นชอบ โดยมีจำนวนอย่างน้อยคณะละเจ็ดคนแต่ไม่เกินสิบห้าคน และให้ผู้จัดการเสนอรายชื่อบุคคลที่ผ่านการกลับกรองแล้วต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาเห็นชอบและลงนามในประกาศแต่งตั้งต่อไป

๖.๒ คณะกรรมการบริหารแผนคณะหนึ่งๆ ประกอบด้วยกรรมการกองทุนจำนวนไม่น้อยกว่า ๒ คน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความสามารถ มีผลงานดีเด่น และมีประสบการณ์จากหลายสาขา ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามแผน และเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับจากภาคีที่เกี่ยวข้องกับแผนนั้นๆ แต่ต้องไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในกิจการที่กระทำกับกองทุนในแผนที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกรรมการบริหารแผนผู้นั้นไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม

ให้ผู้จัดการหรือผู้ที่ผู้จัดการมอบหมายทำหน้าที่กรรมการและเลขานุการของ คณะกรรมการบริหารแผน

๖.๓ ให้คณะกรรมการบริหารแผนมีวาระการปฏิบัติหน้าที่คราวละสามปีหรือตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยจะดำรงตำแหน่งติดต่อกันเกินสองวาระไม่ได้ เว้นแต่ตำแหน่งประธานกรรมการบริหารแผนให้ดำรงตำแหน่งติดต่อกันไม่เกินสามวาระ ทั้งนี้ เมื่อครบวาระแล้วหากยังมิได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผนขึ้นใหม่ให้คณะกรรมการบริหารแผนซึ่งพ้นจากการปฏิบัติหน้าที่ตามวาระนั้นปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่าคณะกรรมการบริหารแผนซึ่งได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

นอกจากการครบวาระการปฏิบัติหน้าที่แล้ว คณะกรรมการบริหารแผนจะพ้นจากการปฏิบัติหน้าที่เมื่อตาย ลาออก คณะกรรมการให้พ้นจากหน้าที่ หรือเมื่อแผนที่อยู่ดูแลเสร็จสิ้นหรือยุติลง

๖.๔ การประชุมของคณะกรรมการบริหารแผนให้นำมาตรา ๒๒ มาใช้บังคับโดยอนุโลม เว้นแต่คณะกรรมการบริหารแผนจะมีมติกำหนดแนวปฏิบัติไว้เป็นอื่นโดยไม่ขัดแย้งกับหลักการของมาตรา ๒๒

๖.๕ ให้นำจรรยาบรรณของคณะกรรมการมาใช้เป็นหลักการและแนวปฏิบัติสำหรับประธานกรรมการและกรรมการในคณะกรรมการบริหารแผนด้วยโดยอนุโลม

ให้กองทุนแจ้งถึงจรรยาบรรณแก่ประธานกรรมการและกรรมการในคณะกรรมการบริหารแผนเป็นลายลักษณ์อักษรให้ทราบตั้งแต่แรกเริ่มปฏิบัติหน้าที่

๖.๖ ให้คณะกรรมการบริหารแผนมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

(๑) กำหนดแนวทางและกำกับดูแลการดำเนินงานตามแผนให้บรรลุผล รวมถึงพัฒนาแผนในระยะต่อไปข้างหน้า โดยสามารถปรับปรุงรายละเอียดของแผนนั้นๆ ได้ ภายในกรอบงบประมาณของแผน ที่คณะกรรมการเห็นชอบไว้

(๒) พิจารณาให้ทุนหรือพิจารณาเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติตามข้อ ๙.๕ (๒)

(๓) แต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษาและในกรณีที่เห็นสมควรอาจมอบหมายอำนาจหน้าที่เพื่อกำกับทิศทางของแผนงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผน

(๔) เสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณาแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิทดแทนกรรมการบริหารแผนที่พ้นจากการปฏิบัติหน้าที่ หรือแต่งตั้งกรรมการบริหารแผนเพิ่มเติม

(๕) รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามแผนต่อคณะกรรมการ ตลอดจนจัดให้มีการประเมินผลตามข้อ ๑๐.๒ ข้อ ๑๐.๓ ข้อ ๑๐.๔ และข้อ ๑๐.๕

(๖) พิจารณาปรับปรุงการจัดสรรเงินภายในวงเงินที่กำหนดไว้ในแผนนั้นๆ ตามความเหมาะสม

(๗) ดำเนินงานอื่นใดที่จำเป็นเพื่อให้การดำเนินงานตามแผนบรรลุผลสำเร็จ

๖.๗ ให้ผู้จัดการจัดให้มีการประชุมร่วมกันของคณะกรรมการและคณะกรรมการบริหารแผน คณะต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการเรียนรู้ร่วมกันและต่อการบูรณาการของแผนหลักของกองทุนในภาพรวม โดยให้จัดให้มีการประชุมอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

ข้อ ๗ การพัฒนาและบริหารแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ

๗.๑ ให้ผู้จัดการพัฒนารายละเอียดของแต่ละแผนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนจัดให้เกิดการสนับสนุนเป็นแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ โดยให้มีผู้จัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ตามที่ผู้จัดการเห็นชอบเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการให้บรรลุวัตถุประสงค์

๗.๒ ผู้จัดการอาจจัดให้มีการพัฒนานวัตกรรมในแต่ละแผนได้ โดยใช้งบประมาณไม่เกินร้อยละสองของแต่ละแผน

๗.๓ ผู้จัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ควรมีคุณสมบัติ ดังนี้

(๑) เป็นผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาแผนงาน โดยได้แสดงถึงความรู้ ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ และการเป็นที่ยอมรับของภาคีที่เกี่ยวข้อง

(๒) เป็นผู้มีความสามารถและประสบการณ์ในการบริหาร

(๓) สามารถใช้เวลาปฏิบัติงานได้จริงตามข้อตกลง

(๔) ไม่เป็นผู้มีประวัติเสื่อมเสียในทางการเงินหรือการรับทุน ทั้งนี้ ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงข้อมูลจากแหล่งทุนอื่นด้วย

๗.๔ ผู้จัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ จะพ้นจากหน้าที่ในกรณีดังต่อไปนี้

(๑) ตาย

(๒) ได้รับความเห็นชอบจากผู้จัดการให้ลาออก

(๓) ผู้จัดการให้พ้นจากหน้าที่เนื่องจากขาดคุณสมบัติตามข้อ ๗.๓

(๔) แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการที่ดูแลเสร็จสิ้นหรือยุติลง

ในกรณีตาม (๑) (๒) และ (๓) ให้ผู้จัดการแต่งตั้งผู้จัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ คนใหม่เพื่อทำหน้าที่ต่อไป

ข้อ ๘ แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่กองทุนให้การสนับสนุน

๘.๑ แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่อยู่ในข่ายที่กองทุนจะให้การสนับสนุนต้องเป็น แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนและกิจการของกองทุน ตามมาตรา ๕ และมาตรา ๙(๔) และแผนหลักของกองทุนแผนใดแผนหนึ่งที่คณะกรรมการพิจารณาให้ความ เห็นชอบไว้แล้ว

๘.๒ กองทุนอาจให้การสนับสนุนแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่มีลักษณะกิจกรรม ๓ ประเภท ดังนี้

(๑) กิจกรรมด้านการพัฒนาและปฏิบัติการ หมายถึง กิจกรรมที่มีลักษณะเป็นการ ฝึกอบรม การรณรงค์ การจัดกิจกรรม หรือพัฒนารูปแบบที่เป็นนวัตกรรม หรือการพัฒนาเครือข่ายภาคี หรือ ปฏิบัติการในด้านการสร้างเสริมสุขภาวะ ทั้งนี้ต้องไม่ใช่งานประจำที่ดำเนินการอยู่แล้ว

(๒) กิจกรรมด้านการศึกษาวิจัย หมายถึง กิจกรรมที่มีลักษณะการศึกษาค้นคว้า การทบทวนองค์ความรู้ การวิจัยและพัฒนา การประเมินผล รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพด้วย

(๓) กิจกรรมด้านการอุปถัมภ์กิจกรรม หมายถึง กิจกรรมที่มีลักษณะการให้ทุนแก่ กิจกรรมด้านกีฬา ศิลปวัฒนธรรม หรือกิจกรรมสาธารณะอื่น เพื่อเป็นสื่อกลางในการสร้างความรู้และค่านิยมใน การสร้างเสริมสุขภาพ

๘.๓ ลักษณะแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่กองทุนให้การสนับสนุนให้เป็นไปตาม ประกาศแนบท้ายข้อบังคับนี้

๘.๔ รายละเอียดสำหรับแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ แต่ละประเภทให้ผู้จัดการจัดทำ เป็นประกาศของกองทุนเผยแพร่ให้สาธารณชนได้ทราบทางสื่อมวลชนตามเวลาและโอกาสที่เหมาะสม

๘.๕ แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่กองทุนจะรับพิจารณา อาจะมาจากการทำงาน ร่วมกันของภาคี หรือจากผู้สนใจที่เสนอเข้ามาตามประกาศของกองทุน

ให้สำนักงานกองทุนประกาศเผยแพร่ข้อมูลแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการที่กองทุนจะ ให้ การสนับสนุนให้สาธารณชนทราบ เพื่อให้องค์กร มูลนิธิ หรือผู้รับทุนรายใหม่ได้มีโอกาสเข้ามาเสนอแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการตามวรรคหนึ่ง

๘.๖ แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ จะต้องมียละเอียดเพียงพอแก่การพิจารณาของ กองทุน ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามแบบเสนอแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่กองทุนประกาศกำหนด

ข้อ ๙ การพิจารณาแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ

๙.๑ การพิจารณาแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ให้ดำเนินการตามลำดับขั้นตอนดังนี้

(๑) ขั้นการกลั่นกรองทางวิชาการ

(๒) ขั้นพิจารณาตัดสิน

๙.๒ การกลั่นกรองทางวิชาการให้กระทำโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ต้องไม่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้เสีย โดยตรงกับผู้เสนอแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิในการกลั่นกรองทางวิชาการ ให้เป็นไปตามขนาดแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ดังนี้

ขนาดแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ (งบประมาณที่ขอ)	จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ
• ไม่เกิน ๒๐๐,๐๐๐ บาท	อย่างน้อย ๑ คน
• ๒๐๐,๐๐๑ – ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท	อย่างน้อย ๓ คน
• ๑,๐๐๐,๐๐๑ – ๕,๐๐๐,๐๐๐ บาท	อย่างน้อย ๕ คน
• ๕,๐๐๐,๐๐๑ – ๑๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท	อย่างน้อย ๗ คน
• ๑๐,๐๐๐,๐๐๑ – ๒๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท	อย่างน้อย ๗ คน และต้องมีการประชุมพิจารณา
• เกินกว่า ๒๐ ล้านบาท	อย่างน้อย ๗ คนโดยมีกรรมการบริหารแผนหรือ อนุกรรมการเฉพาะกิจรวมอยู่ด้วยอย่างน้อย ๓ คน และจะต้องมีการประชุมพิจารณา

ผู้ทรงคุณวุฒิให้เลือกจากบัญชีรายชื่อตามข้อ ๙.๕

๙.๓ ให้ผู้จัดการรับผิดชอบดำเนินการตามข้อ ๙.๒ และประมวลผลการกลั่นกรองทางวิชาการ รวมทั้งพิจารณาให้มีการปรับปรุงรายละเอียดของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการถ้าจำเป็น เพื่อเสนอเป็นข้อมูลในการตัดสินใจของผู้มีอำนาจตามข้อ ๙.๕

๙.๔ ให้กองทุนจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อกลั่นกรองทางวิชาการจำนวน ๓ บัญชี ดังนี้

(๑) บัญชีกลาง หมายถึง บัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วยกรรมการกองนุกรรมการบริหารแผน อนุกรรมการเฉพาะกิจ ผู้บริหารกองทุน และผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญอื่นๆ ที่เหมาะสมจะเป็นผู้ทรงคุณวุฒิร่วมของทุกแผนได้ โดยให้ผู้จัดการรับผิดชอบในการจัดทำปีละครั้ง และให้ใช้ผู้ทรงคุณวุฒิตามบัญชีนี้ในการกลั่นกรองทางวิชาการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการได้ในทุกแผน

(๒) บัญชีเฉพาะของคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะ หมายถึง บัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วยผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญที่คณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะเห็นชอบซึ่งไม่มีรายชื่อซ้ำกับบัญชีกลาง โดยให้ผู้จัดการร่วมกับผู้จัดการแผนงานจัดทำบัญชีรายชื่อแล้วเสนอขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะปีละครั้ง และให้ใช้ผู้ทรงคุณวุฒิตามบัญชีนี้ได้เฉพาะการกลั่นกรองทางวิชาการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะ

(๓) บัญชีเฉพาะของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ หมายถึง บัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่คณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะเห็นชอบให้เป็นผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสำหรับการกลั่นกรองทางวิชาการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการนั้นๆ รวมถึงการกลั่นกรองทางวิชาการสำหรับโครงการย่อยที่มีได้ทำสัญญาวิทยุกับกองทุนโดยตรงด้วย ทั้งนี้ให้กรรมการกำกับทิศทางเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตามบัญชีนี้โดยอัตโนมัติและให้สามารถกลั่นกรองทางวิชาการได้เช่นเดียวกับผู้ทรงคุณวุฒิที่คณะกรรมการบริหารแผนเห็นชอบ

๙.๕ อำนาจในการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณให้เป็นไปตามกรอบวงเงิน ดังนี้

(๑) วงเงินไม่เกิน ๒๐ ล้านบาท ให้ผู้จัดการพิจารณาอนุมัติแล้วรายงานให้คณะกรรมการทราบ

(๒) วงเงินเกิน ๒๐ ล้านบาท ให้คณะกรรมการพิจารณาอนุมัติ

ในกรณีที่มีเหตุผลหรือความจำเป็นต้องให้องค์กร มูลนิธิ หรือผู้รับทุนรายใดดำเนินแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการที่มีความต่อเนื่อง ให้ระบุเหตุผลหรือความจำเป็นนั้นประกอบการขออนุมัติตามวรรคหนึ่งให้ชัดเจน

๔.๖ หลังจากผู้มีอำนาจตามข้อ ๔.๕ พิจารณาอนุมัติแล้ว ให้ผู้จัดการจัดทำสัญญากับผู้รับทุนตามระเบียบกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยสัญญาสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๔

ก่อนการจัดทำสัญญาตามวรรคหนึ่ง ให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้รับทุนแต่ละรายว่าเป็นผู้รับทุนที่กรรมการ ที่ปรึกษาของคณะกรรมการ กรรมการบริหารแผน กรรมการประเมินผล ผู้จัดการ หรือผู้ปฏิบัติงาน มีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมหรือไม่ หากปรากฏว่าบุคคลดังกล่าวมีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมในกิจการของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคลนั้นที่เป็นผู้รับทุน ห้ามผู้ปฏิบัติงานจัดทำสัญญากับผู้รับทุนดังกล่าวทุกราย พร้อมทั้งให้แจ้งให้ผู้รับทุนทราบโดยเร็ว

ผู้รับทุนที่ต้องห้ามมิให้ทำสัญญากับกองทุนตามวรรคสอง อาจอุทธรณ์คำสั่งดังกล่าวต่อผู้จัดการภายใน ๑๕ วันนับแต่วันที่ได้รับแจ้ง พร้อมทั้งต้องแสดงผลของการอุทธรณ์และเอกสารที่เกี่ยวข้องมาด้วย และให้ผู้จัดการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์พร้อมทั้งแจ้งผลให้ผู้อุทธรณ์ทราบภายใน ๑๕ วันนับแต่วันที่ได้รับอุทธรณ์ ทั้งนี้ การวินิจฉัยอุทธรณ์ของผู้จัดการให้ถือเป็นที่สุด และให้รายงานคำวินิจฉัยอุทธรณ์นั้นให้คณะกรรมการทราบด้วย

ข้อ ๑๐ การกำกับติดตามและประเมินผลเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานตามแผน

๑๐.๑ ให้สำนักงานกองทุนจัดให้มีการประเมินผลภายในของแผนงานที่มีวงเงินสูงกว่าปีละ ๑๐ ล้านบาท โดยบุคคลที่ต้องไม่มีส่วนได้เสียในแผนงานที่ทำการประเมินผลนั้น และให้จัดทำรายงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานของแผนงานเสนอต่อคณะกรรมการบริหารแผนโดยตรงหรือโดยเสนอผ่านคณะกรรมการกำกับทิศทางที่คณะกรรมการบริหารแผนแต่งตั้งอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้งหรือตามที่คณะกรรมการบริหารแผนกำหนด

๑๐.๒ ให้คณะกรรมการบริหารแผนจัดทำรายงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานของแผนเสนอต่อคณะกรรมการอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง หรือตามที่คณะกรรมการกำหนด

๑๐.๓ รายงานตามข้อ ๑๐.๒ให้นำเสนอต่อคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนตามมาตรา ๓๗ เพื่อทราบด้วย

๑๐.๔ ให้คณะกรรมการบริหารแผนพิจารณาจัดให้มีการประเมินผลเชิงลึกสำหรับแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ขนาดใหญ่ที่มีวงเงินงบประมาณเกินกว่า ๒๐ ล้านบาท โดยเริ่มดำเนินการอย่างช้าภายในกึ่งหนึ่งของระยะเวลาของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการนั้น

๑๐.๕ ให้คณะกรรมการบริหารแผนจัดให้มีการประเมินผลลัพธ์ของแผนอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสามปี และรายงานให้คณะกรรมการทราบ

๑๐.๖ คณะกรรมการหรือคณะกรรมการบริหารแผน อาจจัดให้มีการติดตามและประเมินผลนอกเหนือจากการรายงานและทบทวนในข้อ ๑๐.๑ ข้อ ๑๐.๒ ข้อ ๑๐.๓ ข้อ ๑๐.๔ และข้อ ๑๐.๕ ก็ได้

ข้อ ๑๑ การสิ้นสุดแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ

แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการจะสิ้นสุดในกรณีดังนี้

- (๑) แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการนั้น ได้ดำเนินกิจกรรมตามที่ได้วางแผนและบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ที่ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการแล้ว และไม่มีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการต่อ
- (๒) แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการนั้น หมดสภาพไปเนื่องจากผลจากการติดตามตรวจสอบและการประเมินผลระบุให้เห็นถึงความล้มเหลวหรือจะล้มเหลว และผู้จัดการเห็นควรให้ยุติ
- (๓) เป็นไปตามเงื่อนไขอื่นตามที่ระบุไว้ในสัญญาระหว่างกองทุนกับผู้รับทุนของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการนั้น

ข้อ ๑๒ ให้แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการที่ได้รับการอนุมัติสนับสนุนงบประมาณไปแล้วอยู่ก่อนวันที่ข้อบังคับนี้ใช้บังคับ ดำเนินการต่อไปจนสิ้นสุดแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ

ข้อ ๑๓ ให้คณะกรรมการบริหารแผน และผู้จัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ซึ่งปฏิบัติหน้าที่อยู่ในวันก่อนวันที่ข้อบังคับนี้ใช้บังคับ ยังคงปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนครบวาระ โดยถือเป็นคณะกรรมการบริหารแผน และผู้จัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการตามข้อบังคับนี้

ข้อ ๑๔ ในวาระเริ่มแรก หากปรากฏข้อเท็จจริงว่ากรรมการ ที่ปรึกษาของคณะกรรมการ กรรมการบริหารแผน กรรมการประเมินผล ผู้จัดการ หรือผู้ปฏิบัติงานมีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อม ในกิจการของผู้รับทุนรายใด ให้คณะกรรมการระงับการให้ทุนแก่ผู้รับทุนรายนั้นในทันที และให้สำนักงานกองทุน ดำเนินการจัดหาผู้รับทุนรายใหม่เข้าดำเนินการแทนผู้รับทุนรายเดิม ทั้งนี้ ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๙๐ วัน นับแต่วันที่ข้อบังคับนี้ประกาศใช้บังคับ

ข้อ ๑๕ ในระหว่างที่ยังมิได้มีการออกระเบียบหรือประกาศตามข้อบังคับนี้ ให้นาระเบียบ ประกาศ คำสั่ง หรือกฎที่ใช้บังคับอยู่ในวันก่อนวันที่ข้อบังคับนี้ใช้บังคับมาใช้บังคับโดยอนุโลมเพียงเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับ ข้อบังคับนี้

ข้อ ๑๖ ให้ประธานกรรมการรักษาการตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

พลเรือเอก

(ณรงค์ พิพัฒนาศัย)

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

ตามที่คณะกรรมการประเมินผลได้มีการประเมินผลการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลของ สสส. ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ จนถึงปัจจุบัน และที่ผ่านมาสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มีการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการด้านการประเมินผลการบริหารจัดการที่ดี^{๑๔๔} มาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ สสส. ได้มีการปรับปรุงกรอบการประเมินผลธรรมาภิบาล เพื่อให้การประเมินผลมีความชัดเจนและสอดคล้องต่อกระบวนการดำเนินงานและพันธกิจหลักที่สำคัญของ สสส. ให้มากยิ่งขึ้น โดยแบ่งการประเมินผลออกเป็น ๒ ส่วนคือ ส่วนที่ ๑ : การประเมินผลธรรมาภิบาลด้านกระบวนการโดยเน้นกระบวนการดำเนินงานที่สำคัญของ สสส. ๓ กระบวนการ ได้แก่ (๑) การวางแผนยุทธศาสตร์ (๒) การสนับสนุนทุน และ (๓) การประเมินผล และส่วนที่ ๒ : การประเมินผลธรรมาภิบาลด้านผลลัพธ์ของทั้ง ๓ กระบวนการ รวมทั้งยังคงยึดตามกรอบการประเมินผลการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล ๖ หลักการ ตามที่คณะกรรมการประเมินผลได้เห็นชอบไว้ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ ได้แก่ หลักการปลอดผลประโยชน์ทับซ้อน หลักความรับผิดชอบต่อผลการดำเนินงาน หลักการมีส่วนร่วม หลักความโปร่งใส หลักนิติธรรม และหลักความถูกต้องชอบธรรม

จากการตรวจสอบของฝ่ายติดตามและประเมินผล พบว่า สสส. ได้มีการประกาศสำนักงานกองทุนเรื่องเจตจำนงและนโยบายการบริหารกิจการตามหลักธรรมาภิบาล พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อเป็นมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติให้บุคลากรของ สสส. ยึดถือปฏิบัติควบคู่กับการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และข้อบังคับอื่นๆ ทั้งนี้ในการจัดทำแผนหลักระยะ ๓ ปี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ และแผนการดำเนินงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ สสส. ได้ดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในทุกขั้นตอน ดังนี้

๑. หลักการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน

สสส. มีการเผยแพร่แนวทางการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์อย่างเป็นทางการในการประชุมพิจารณาแผนของคณะกรรมการบริหารแผนทุกคณะ มีกระบวนการกลั่นกรองผลประโยชน์ทับซ้อนในขั้นตอนการพิจารณาแผน ซึ่งพบว่าคณะกรรมการบริหารแผนมีการปลอดจากผลประโยชน์ทับซ้อนตามระเบียบของ สสส. รวมทั้งมีการสื่อสารถึงแนวทางปฏิบัติในการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

^{๑๔๔} ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการประเมินผล

๒. หลักการแสดงความรับผิดชอบต่อผลงาน

สสส. มีการทบทวนทิศทาง เป้าหมายและ ยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี และเน้นย้ำเป้าหมายตามแผนหลัก ๓ ปีของ สสส. ในการวางแผนการดำเนินงานทั้งในภาพรวมและรายแผน โดยทุกแผนได้มีการประเมินทางเลือกต่างๆ อย่างรอบคอบและใช้ข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผน มีการชี้แจงผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ทราบ รวมทั้งมีการกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่ชัดเจน

๓. หลักการมีส่วนร่วม

สสส. มีการแจ้งให้สาธารณชนทราบล่วงหน้าโดยมีการระบุกรอบระยะเวลาและช่องทางการมีส่วนร่วมในการวางแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน รวม ๓ ช่องทาง ได้แก่ ทางเว็บไซต์ ทางจดหมาย และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ รวมทั้งกำหนดให้มีความหลากหลายของภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมเวที/กระบวนการวางแผน

๔. หลักความโปร่งใส

สสส. มีการเผยแพร่ข้อมูลต่างๆ โดยมีการจัดระบบข้อมูล/เอกสารหลักที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนอย่างเป็นระบบ แบ่งเป็นประเภท/หมวดหมู่ เพื่อให้สะดวกต่อการเข้าถึงของสาธารณะ มีการระบุช่องทางการเปิดเผยข้อมูลในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน และแจ้งให้สาธารณชนทราบล่วงหน้า

๕. หลักนิติธรรม

สสส. มีการรวบรวมระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน เพื่อความสะดวกในการเข้าถึง และได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของกระบวนการและรายงานให้ผู้บริหาร คณะกรรมการบริหารแผน คณะกรรมการกองทุนฯ ได้รับทราบก่อนตัดสินใจอนุมัติร่างแผน/แผนในแต่ละขั้นตอน

๖. หลักความถูกต้องชอบธรรม

สสส. มีการเน้นย้ำเพื่อสร้างความตระหนักเรื่องหลักความถูกต้องชอบธรรมในทุกขั้นตอน มีกระบวนการพิจารณาของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อกลั่นกรองความถูกต้องชอบธรรมทั้งในระดับแผน และในภาพรวม รวมถึงเปิดให้มีช่องทางการร้องเรียนหากพบว่าการดำเนินการที่ไม่ถูกต้อง

การประเมินผลการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลของ สสส. เป็นการประเมินผลโดยสำนักงานร่วมกับผู้ประเมินผลภายนอก ภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการด้านการประเมินผล การบริหารจัดการที่ดี โดยในแต่ละปีสำนักงานจะนำเสนอรายงานการประเมินผลการดำเนินงานตลอดปีงบประมาณ ต่อคณะกรรมการประเมินผล เพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะต่อสำนักงานในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการที่ดี ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้การบริหารปฏิบัติงานของ สสส. มีระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลกิจการที่ดี มีความชัดเจน โปร่งใส และมีธรรมาภิบาลเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง



สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
๔๔/๘ อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ
เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๒๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๓๔๓ ๑๕๐๐
www.thaihealth.or.th