



สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ

แผนการดำเนินงาน

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒



ทุกคนบนแผ่นดินไทย มีขีดความสามารถ
สังคม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาวะ

คำนำ

พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ มาตรา ๒๑ (๒) กำหนดให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี โดยแสดงรายละเอียดของวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และตัวชี้วัด ตลอดจนยุทธศาสตร์ หรือแนวทางการดำเนินงานตามแผน กลุ่มแผนงาน และงบประมาณประจำปี ในระยะเวลา ๑ ปี รวมถึงข้อบังคับกองทุนว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙ ข้อ ๕.๓ (๑) ที่กำหนดให้ผู้จัดการร่วมกับคณะกรรมการบริหารแผนจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีที่มีเป้าหมายและตัวชี้วัดหลักที่สอดคล้องกับเป้าหมายและตัวชี้วัดตามแผนหลักไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕ ภายใต้วงเงินงบประมาณตามกรอบการทบทวนงบประมาณรายปีโดยคณะกรรมการนโยบายทางการเงิน เพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนสิงหาคมของทุกปี

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาทั้งในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ และครั้งแรกของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ซึ่งมีความก้าวหน้าอย่างน่าพอใจทั้งในการตอบสนองแนวนโยบายที่คณะกรรมการกองทุนได้มอบไว้เมื่อครั้งจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่คาดว่าจะสามารถบรรลุเป้าหมายได้เกือบทั้งหมด ประกอบกับสถานการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมีความชัดเจนมากขึ้นตามที่ สสส. ร่วมกับสถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทยและภาคีเครือข่ายวิชาการเคยคาดการณ์ไว้เป็นที่มาของการเสนอให้ใช้แนวนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) โดยมีการปรับรายละเอียดให้ทันสถานการณ์และใช้เป็นแนวนโยบายและจุดเน้นในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ต่อไป

แผนการดำเนินงานฉบับนี้ประกอบด้วยแผนหลัก ๑๕ แผน พร้อมกับงานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง รวมถึงงานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน โดยในสาระสำคัญได้ให้ความสำคัญกับนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่คณะกรรมการมอบไว้ รวมถึงการสนับสนุนการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของการพัฒนาประเทศที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แผนการปฏิรูปประเทศ ๑๑ ด้าน และอีก ๒ เรื่อง รวมถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ และสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการระดับชาติในชุดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ในการจัดทำแผน สำนักงานได้ดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาล มีความโปร่งใสตรวจสอบได้ มีการจัดกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ใช้ข้อมูลที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ พร้อมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ พร้อมทั้งมีรายละเอียดของค่าแถลงประกอบงบประมาณประจำปีที่สอดคล้องกับข้อบังคับกองทุน

สสส. ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ภาคีเครือข่าย และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อใช้เป็นกรอบการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกันตามวิสัยทัศน์และพันธกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้สามารถสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สารบัญ

ส่วนที่ ๑ ภาพรวมแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

๑. กรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒	๙
๒. การบริหารจัดการ การกำกับติดตามและประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง	๑๑
๓. การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๕
๔. คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน ตามแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒	๑๙

ส่วนที่ ๒ รายละเอียดแผนหลัก

๑. แผนควบคุมยาสูบ	๒๗
๒. แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๔๕
๓. แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	๖๕
๔. แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๑๐๓
๕. แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๑๒๙
๖. แผนสุขภาวะชุมชน	๑๕๓
๗. แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๑๗๓
๘. แผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร	๑๘๗
๙. แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๒๐๑
๑๐. แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๒๑๗
๑๑. แผนสร้างสรรค้โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	๒๓๙
๑๒. แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๒๕๓
๑๓. แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๒๖๓
๑๔. แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	๒๗๕
๑๕. แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	๒๙๗
งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน	๓๑๑
	๓๑๕

ส่วนที่ ๓ ภาคผนวก

๑. กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ สสส. ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒	๓๒๒
๒. ข้อบังคับกองทุน ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุน โครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙	๓๒๕
๓. การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒	๓๓๔

ส่วนที่



ภาพรวมแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

๑. กรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
๒. การบริหารจัดการ การกำกับติดตามและประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง
๓. การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ
๔. คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงินตามแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒



กรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

ในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ สสส. ได้นำทั้งข้อเสนอแนะจากรายงานการประเมินผลการดำเนินงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ที่ดำเนินการโดยคณะกรรมการประเมินผล สสส. รวมถึงผลการอนุมัติแผนงาน/โครงการในช่วงครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ มาดำเนินการวิเคราะห์การตอบสนองแนวนโยบายตามแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ณ สิ้นไตรมาสที่ ๒/๒๕๖๑

สสส. ได้วิเคราะห์สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากที่เคยร่วมกับสถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Research Institute : TDRI) และภาคีเครือข่ายวิชาการในแต่ละแผนวิเคราะห์ไว้เมื่อครั้งจัดทำแผนหลัก ๓ ปี รวมถึงได้รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม เช่น แผนการปฏิรูปประเทศ ๑๑ ด้าน และ ๒ เรื่อง ตลอดจนกฎหมายใหม่ที่เกี่ยวข้องกับ สสส. ผลพบว่า “สถานการณ์ต่างๆ ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปจากที่ TDRI เคยคาดการณ์ไว้มากนัก นโยบาย กฎหมาย และสถานการณ์ต่างๆ มีความชัดเจนขึ้นในหลายเรื่อง”

อนึ่ง ในการประชุมคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ ๖/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๑ ที่ประชุมมีมติให้ความเห็นชอบให้ใช้แนวนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) โดยมีการปรับรายละเอียดให้ทันสถานการณ์และใช้เป็นแนวนโยบายและจุดเน้นในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ต่อไป โดยมีสาระสำคัญต่อไปนี้

๑. ใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี เพื่อการบูรณาการการทำงาน และมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ

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

๒. ตอบสนองแนวนโยบายการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ

สนับสนุนการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของการพัฒนาประเทศที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญและแผนชาติ ได้แก่ นโยบายแห่งรัฐตามรัฐธรรมนูญ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แผนการปฏิรูปประเทศ ๑๑ ด้าน และอีก ๒ เรื่อง แผนการสร้างเสริมความสามัคคีปรองดอง รวมถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ และกฎหมายใหม่ที่เกี่ยวข้อง

๓. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs)

สร้างความยั่งยืนของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาหลัก ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตรสู่เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) ตามที่ประเทศไทยได้ร่วมรับรองปฏิญญากับสหประชาชาติและประชาคมโลก

๔. เน้นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร

ปรับกระบวนการการทำงานให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทในแต่ละพื้นที่ อาทิ พื้นที่เขตสุขภาพ พื้นที่เขตเมืองที่ขยายตัว พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่ท่องเที่ยว พื้นที่ที่มีผลิตภัณฑ์มวลรวมเชิงพื้นที่ต่ำ และให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างๆ อาทิ กลุ่มเปราะบาง กลุ่มวัย รวมถึงเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบให้เหมาะสมกับประเทศที่กำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุสมบูรณ์

๕. พัฒนานวัตกรรม และใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

มุ่งพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรองรับยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ และเทคโนโลยี โดยเฉพาะในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่คนไทย รวมถึงกระตุ้นและสนับสนุนให้คนไทยมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น

เมื่อคณะกรรมการกองทุนให้ความเห็นชอบแล้ว เลขาธิการคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะ จึงได้ร่วมกับคณะกรรมการบริหารแผนทำการร่างแผนหลักและแผนการดำเนินงานประจำปีตามแนวนโยบายและจุดเน้นการดำเนินงานนี้ต่อไป

๒

การบริหารจัดการ การกำกับ ติดตามและประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง

แผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ของ สสส. ดำเนินการตามบทบัญญัติของกฎหมาย กฎ และระเบียบที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ ข้อบังคับกองทุนว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙ มีโครงสร้างการดำเนินงาน ประกอบด้วย ๑) ด้านนโยบายและการกำกับดูแลกองทุน ๒) ด้านการบริหารจัดการกองทุนและการนำนโยบายไปปฏิบัติ และ ๓) ด้านการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

ด้านนโยบายและการกำกับดูแลกองทุน

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

ด้านการกำกับติดตาม สสส. มีแนวทางในการกำกับดูแลแผนงาน/โครงการ ซึ่งแบ่งตามขนาดของวงเงินงบประมาณ โดยเฉพาะกรณีแผนงานและโครงการที่มีวงเงินงบประมาณสูงหรือมีความสำคัญ คณะกรรมการบริหารแผนได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศ เพื่อกำกับดูแล ชี้แนะ กำกับทิศทาง กำหนดกรอบในการประเมินผลแผนงาน/โครงการ นอกจากนั้น สสส. ยังมีการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อช่วยสนับสนุนการกำกับติดตามแผนงาน/โครงการ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การกำหนดเงื่อนไขกำกับ การเบิกจ่ายเงินงวด การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อติดตามผล กระบวนการติดตามงานระดับแผนและแผนงานโดยคณะกรรมการบริหารแผน การตรวจเยี่ยมแผนงาน/โครงการ และการตรวจสอบและพัฒนา

ด้านการบริหารจัดการกองทุน และการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การบริหารจัดการกองทุนมีการบริหารจัดการภายในสำนักงานมีผู้จัดการกองทุนเป็นผู้บริหารสูงสุด โดยผู้อำนวยการสำนักต่างๆ เจ้าหน้าที่ มีบทบาทและหน้าที่ในการดำเนินงาน “อย่างมืออาชีพ” ตามนโยบายของกองทุน ภายใต้การกำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน หรือคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจ โครงสร้างของสำนักต่างๆ แบ่งตามลักษณะการดำเนินงาน โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกอบด้วย ๑๐ สำนัก ดังนี้

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

แต่แต่ละสำนักจะดำเนินการศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์ช่องว่างจากผลการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบและวิธีปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะและขีดความสามารถของบุคลากรและภาคีเครือข่าย ส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้ รวบรวม จัดเก็บบทเรียนและผลงานวิชาการ เผยแพร่และส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากความรู้ดังกล่าวทั้งภายในองค์กร สสส. และแก่สาธารณชน ทั้งนี้ การบริหารจัดการแผนงาน/โครงการ นั้น สสส. เป็นเพียงน้ำมันหล่อลื่นที่สำคัญ โดยมีภาคีเครือข่ายซึ่งมีได้อยู่ในโครงสร้างของสำนักงาน เป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งในส่วนของโครงการและกิจกรรมต่างๆ เป็นกัลยาณมิตรที่มีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมเรียนรู้ ร่วมพัฒนา ตลอดจนร่วมลงทุนด้วยในบางกรณี เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย อันมีประชาชนเป็นผู้รับประโยชน์สูงสุด

กลไกและแนวทางการนำแผนหลักสู่การปฏิบัติ กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน หรือคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจ การปฏิบัติตามแผนหลักจะดำเนินงานโดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ ผ่านกระบวนการพัฒนาชุดโครงการหรือโครงการร่วมกันกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนของ สสส. เป็นการจุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังแก่ภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ การดำเนินงานตามแนวปฏิบัติมีกระบวนการพิจารณาทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของข้อเสนอชุดโครงการหรือโครงการกับวัตถุประสงค์ตามมาตรา ๕ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ รวมทั้งความสอดคล้องกับแผนหลักและแผนการดำเนินงานประจำปี สำนักงานแล้วเสนอเพื่อพิจารณาขอรับการอนุมัติสนับสนุนชุดโครงการหรือโครงการในแต่ละระดับต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินงานดังกล่าวเป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของกองทุน สสส. กำหนดให้เป็นความรับผิดชอบร่วม (shared accountability) ระหว่างสำนักงาน คณะกรรมการบริหารแผน ผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งภาคีหลักกับภาคียุทธศาสตร์ ที่จะกลั่นกรองโครงการให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์กองทุน และแผนหลัก รวมทั้งยังสามารถปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดประสิทธิผลต่อไป

ด้านการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

การประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน แบ่งเป็น ๒ ส่วน ได้แก่ ๑) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามขนาดของวงเงินงบประมาณโดยคณะกรรมการกองทุน ผ่านระบบและกลไกของคณะกรรมการกองทุน คณะกรรมการบริหารแผน หรือสำนักงาน และ ๒) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโดยคณะกรรมการประเมินผลซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้ง มีอำนาจหน้าที่ (๑) ประเมินผลด้านนโยบายและการกำหนดกิจกรรมของกองทุน (๒) ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน (๓) รายงานผลการปฏิบัติงานพร้อมทั้งข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการกองทุนในทุกรอบปี โดยให้คณะกรรมการประเมินผลมีอำนาจเรียกเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับกองทุน จากบุคคลใด หรือเรียกบุคคลใดมาชี้แจงข้อเท็จจริงเพื่อประกอบการพิจารณาประเมินผลได้ สสส. ยังคงสนับสนุนให้งานติดตามและประเมินผลของคณะกรรมการประเมินผลเป็นไปตามแผนการดำเนินงานที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดกลไกที่มีความชัดเจน มีมาตรฐาน และให้บรรลุตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการประเมินผลตามมาตรา ๓๘ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔

ด้านการบริหารความเสี่ยง

ใน ๓ ปีข้างหน้า สสส. จะทำการทบทวนรายการความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อองค์กรให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยยังคงรักษาคุณภาพของกระบวนการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานสากล ให้ความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงทั้งจากปัจจัยภายนอกที่เกิดจากสถานการณ์ทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี และปัจจัยภายในองค์กรที่มีผลกระทบต่อการทำงาน เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในองค์กรทั้งกระบวนการมีการระบุ วิเคราะห์ ประเมิน กำหนดมาตรการ ดูแล ตรวจสอบ และควบคุมความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับกิจกรรม หน้าที่ และกระบวนการทำงาน เพื่อให้ความเสี่ยงขององค์กรอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน นอกจากนี้ สสส. จะเพิ่มความเข้มข้นในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจในทุกขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยง รวมถึงให้มีการบริหารความเสี่ยงในระดับแผนงาน/โครงการ ซึ่งจะมีส่วนช่วยรับประกันการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานของ สสส. ภายใต้การใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม

๓

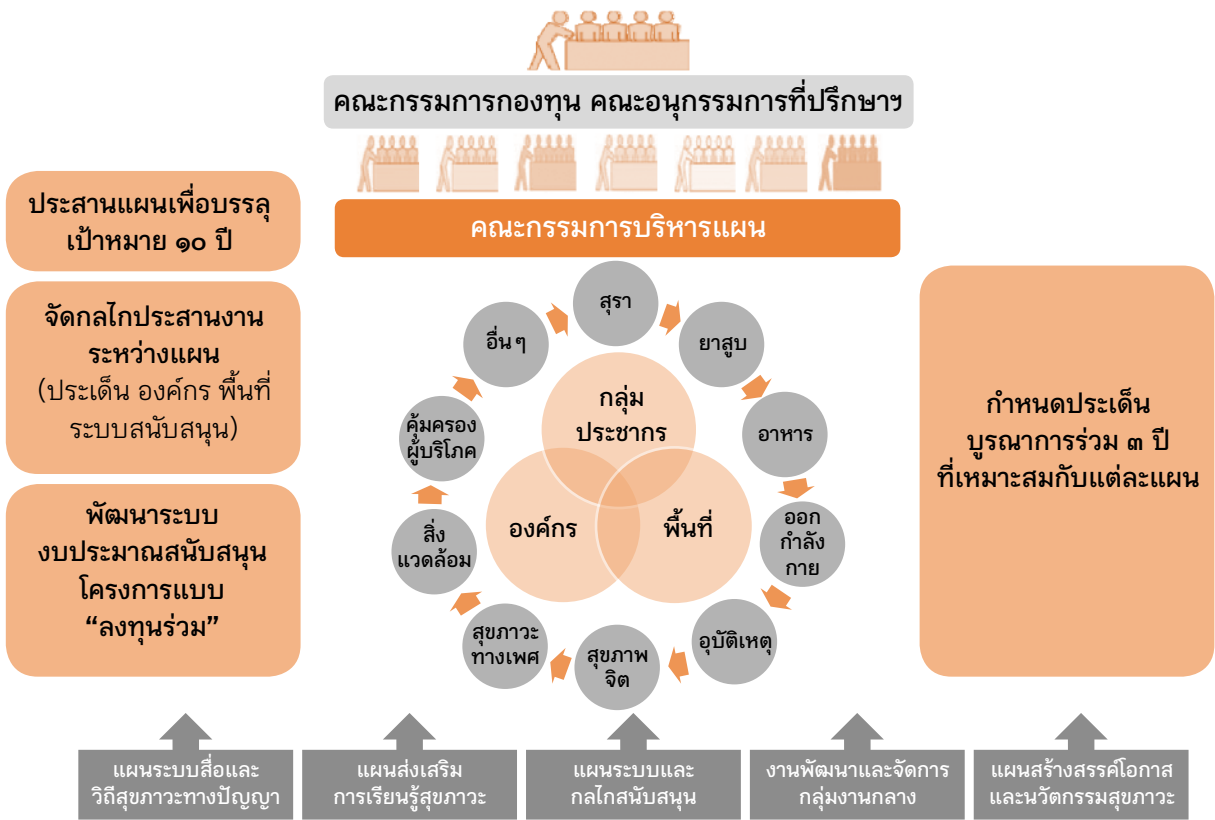
การบูรณาการ การสร้างเสริมสุขภาพ

หลักการ

สสส. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามช่องทางการดำเนินงานต่างๆ ทั้งเชิงประเด็น หน่วยภารกิจ พื้นที่ และกลุ่มประชากรเป้าหมาย จำแนกได้ ๑๕ แผน โดยสนับสนุนการดำเนินโครงการต่างๆ เป็นจำนวนมาก ดังนั้น สสส. จึงให้ความสำคัญกับการบูรณาการการทำงานร่วมกัน ผสมผสานและบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้งทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรทางการเงิน ทุนทางสังคมขององค์กรและภาคี และเวลา ให้สามารถปฏิบัติงานอย่างสอดคล้อง ราบรื่น ลดความซ้ำซ้อน มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลให้ประสบความสำเร็จตามความมุ่งหวังในระดับครอบครัว ประชาชน ชุมชนของกลุ่ม/พื้นที่เป้าหมาย รวมถึงทำให้เกิดการพัฒนาในทิศทางที่ดีขึ้น

กลไกและกระบวนการในการบูรณาการ

๑. จัดทำแผนที่ทางเดินในแต่ละเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี โดยระบุเจ้าภาพหลักและเจ้าภาพร่วมทั้งภายในและภายนอก สสส. พร้อมประเด็นความร่วมมือ
๒. จัดกระบวนการเพื่อร่วมกันหารือระหว่างเจ้าภาพหลักและเจ้าภาพร่วม ก่อนที่แต่ละแผนจะพัฒนาแผนและนารายละเอียดที่ได้บรรจุไว้ในแผน พร้อมกำหนดเป็นเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมของทุกแผนที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม
๓. จัดกลไกการประชุมภายใน สสส. ที่มีความสม่ำเสมอ เพื่อประสานการทำงานระหว่างแผนเชิงประเด็น แผนเชิงองค์กร แผนเชิงพื้นที่ และแผนเชิงระบบสนับสนุน
๔. มอบหมายให้คณะกรรมการบริหารแผนที่รับผิดชอบเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปีนั้น เป็นผู้กำกับดูแลในการบูรณาการ

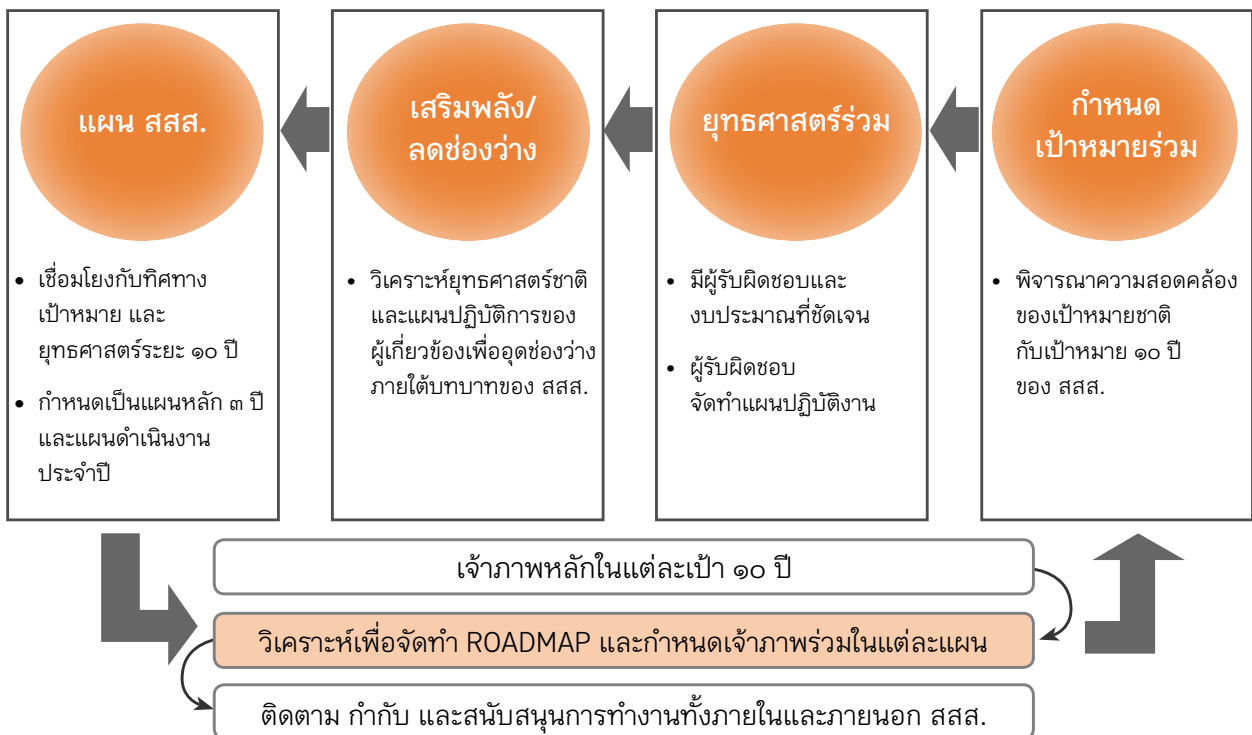


การจัดทำแผนอย่างบูรณาการ

การจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ สสส. ให้ความสำคัญกับการประสานแผนเพื่อบรรลุเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส. ที่ว่า “ทุกคนมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างมีสุขภาวะ” มีเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ควบคู่กับการประสานงานระหว่างแผนเชิงประเด็น แผนเชิงองค์กร แผนเชิงพื้นที่ และแผนเชิงระบบสนับสนุน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากลักษณะสำคัญของเป้าหมาย สสส. คือ เป็นเป้าหมายระดับชาติและต้องทำงานที่ได้ผลในระดับประชากร ซึ่งมีภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันกำหนด มีการดำเนินงานเพื่อนำมาสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกัน โดยเจ้าภาพหลักในแต่ละเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี มีการวิเคราะห์แผนตาม “กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของ สสส.” ทั้ง ๕ ขั้นตอน ได้แก่ (๑) การใช้องค์ความรู้ในการทบทวนเป้าหมายร่วมหรือหากยังไม่มีเป้าหมายร่วมก็ต้องมีการวิเคราะห์ประโยชน์ร่วมและประโยชน์เฉพาะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อยู่ในเป้าหมาย ๑๐ ปีอย่างถ่องแท้ ทั้งในมิติของเศรษฐศาสตร์ การสัมพันธ์ หรือสังคม ก่อนนำมาสู่การกำหนดเป้าหมายร่วม (๒) ทบทวนยุทธศาสตร์ร่วมซึ่งมีผู้รับผิดชอบ เพื่อทำความเข้าใจบทบาทและพันธกิจของผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วน รวมถึงทรัพยากรตลอดจนแผนปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบนั้น หากยังไม่มียุทธศาสตร์การดำเนินงานก็ควรวางยุทธศาสตร์ร่วมเสียก่อน การวางยุทธศาสตร์ร่วมนั้นจำเป็นต้องนำความรู้ทางกฎหมาย นโยบาย สถานการณ์ ข้อมูลวิชาการหรือการถอดองค์ความรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมประกอบการวางยุทธศาสตร์ (๓) ทำการวิเคราะห์จากยุทธศาสตร์ร่วมของประเทศและแผนปฏิบัติการของผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาช่องว่างในการดำเนินงาน ที่สอดคล้องกับบทบาทของ สสส. (๔) จัดทำเป็นแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และแผนการดำเนินงานประจำปี

งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่เชื่อมโยงเป้าหมายและยุทธศาสตร์ของประเทศในแต่ละช่วงเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือตอบสนองต่อทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (๕) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานเพื่อตอบสนองเป้าหมายเฉพาะใดๆ นั้น มักจะต้องการการบูรณาการการทำงานและการสนับสนุนจากหลายๆ แผนใน สสส. แผนที่เป็นเจ้าภาพหลักจึงต้องมีการวิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนที่ทางเดินร่วมกับแผนอื่นๆ ที่เป็นเจ้าภาพร่วม โดยคำนึงถึงขอบเขตการทำงานในแต่ละแผนตามตัวแบบการทำงานระดับองค์กรของ สสส.^๑

กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของ สสส.



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

^๑ เจ้าภาพหลักทุกแผนได้จัดส่งข้อมูลแผนยุทธศาสตร์ที่ผ่านการวิเคราะห์แล้วให้ สนย. เพื่อสังเคราะห์และส่งให้กับเจ้าภาพร่วม

เพื่อให้การบูรณาการการทำงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ภายในแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมจากทุกแผน ส่วนใหญ่เน้นไปที่การตอบสนอง แนวทางการจัดทำแผนที่คณะกรรมการกองทุนมอไบวั เน้นการตอบสนองยุทธศาสตร์ชาติในเรื่องต่างๆ เช่น ยุทธศาสตร์กิจกรรมทางกายแห่งชาติ พร้อมทั้งสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการระดับชาติ ในหลายชุดที่เกี่ยวกับเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ทั้งเรื่องการลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยเสริมทางสุขภาพ รวมถึงการสร้างพื้นที่ต้นแบบในเรื่องการลด NCDs อย่างไรก็ตาม ไม่เพียงแต่เป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมเท่านั้น ที่ส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการการทำงาน แต่จะสังเกตได้ว่าเป้าหมายและตัวชี้วัดหลักในหลายแผนก็เป็น การกำหนดในลักษณะผลลัพธ์ซึ่งต้องอาศัยการบูรณาการการทำงานด้วยเช่นกัน

๕

คำแถลงประกอบงบประมาณ แสดงฐานะและนโยบายทาง การเงิน ตามแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

ตามข้อบังคับกองทุนว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙ กำหนดว่า ข้อ ๕.๒ (๓) “ให้คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินวิเคราะห์และเสนอกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีของกองทุน โดยจัดทำเป็นระยะเวลา ๓ ปี แล้วให้เสนอต่อคณะกรรมการกองทุนเพื่อพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนพฤษภาคมของทุกปี” และตามข้อบังคับกองทุนว่าด้วยการเงิน การบัญชี และทรัพย์สินของกองทุน พ.ศ. ๒๕๕๙ หมวดที่ ๔ ส่วนที่ ๑ ซึ่งกำหนดให้ สสส. ต้องจัดทำ “คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน” ดังนั้น ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นต้นมา สสส. จึงได้เพิ่มเติมเนื้อหาในส่วนนี้เพื่อให้สอดคล้องกับข้อบังคับดังกล่าว

กรอบนโยบายทางการเงิน

การจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๐ ได้เห็นชอบให้คงกรอบนโยบายทางการเงินจำนวน ๔ ข้อไว้ และ สสส. ได้ใช้ต่อเนื่องมาจนถึงการทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังนี้

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

กระบวนการในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณ

การดำเนินงานที่ผ่านมา คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินร่วมกับ สสส. ใช้การติดตามสถานการณ์รายรับจริงและผลการดำเนินงานจริงในช่วง ๗ เดือนที่ผ่านมาของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ร่วมกับการใช้ข้อมูลจากส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๒ และในอนาคตจากกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับอนุมัติใหม่ที่คณะกรรมการกองทุนได้อนุมัติไว้แล้ว เมื่อครั้งจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ จะมีการอนุมัติใหม่ จำนวน ๔,๑๘๑ ล้านบาท^๑ ทั้งนี้เพื่อความรอบคอบจึงกำหนดให้มีคณะทำงาน^๒ เพื่อกำหนดหน้าที่ในการจัดทำร่างกรอบวงเงินงบประมาณอีกด้วย

สาระสำคัญของงบประมาณและความสัมพันธ์ระหว่างรายรับกับงบประมาณ สำหรับการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คำอธิบายเกี่ยวกับประมาณการรายรับประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

สสส. จะมีเงินทุนสำรองเหลือและมีการนำเงินดังกล่าวมาหาผลประโยชน์แต่ในอดีตมีการเก็บเงินทุนสำรองไว้มาก ซึ่งคณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินของ สสส. เห็นว่า การหาผลประโยชน์จากเงินกองทุนนั้น มิใช่ภารกิจของ สสส. ดังนั้น คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินจึงเสนอให้กำหนด “ระดับเงินทุนสำรองตามแผนนโยบายการเงิน” เพื่อเป็นเป้าหมายในการบริหารงบประมาณ สสส. เริ่มจัดทำงบประมาณเพื่อลดระดับเงินทุนสำรองตามแผนนโยบายการเงินให้อยู่ในระดับที่สามารถรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ (๑,๐๐๐ - ๑,๕๐๐ ล้านบาท) โดยในปีปัจจุบัน สสส. มีเงินทุนสำรองเหลือจำนวน ๑,๔๓๘ ล้านบาท

นอกจากรักษาระดับเงินทุนสำรองแล้ว ในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีทุกครั้ง คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินจะจัดทำประมาณการรายรับของ สสส. เพื่อให้ทราบว่า สสส. จะมีเงินที่สามารถใช้จ่ายในปีงบประมาณมากน้อยเพียงใดอีกด้วย จากที่ศูนย์ความเป็นเลิศทางเศรษฐมิติ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เคยศึกษาอัตราการเติบโตของรายรับภาษีของ สสส.^๓ และสรุปได้ว่า ที่ผ่านมารายรับเงินบำรุงกองทุนของ สสส. มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอัตราที่ต่ำกว่าผลผลิตมวลรวมภายในประเทศ (GDP) โดยขยายตัวไม่เกินร้อยละ ๒ ต่อปี

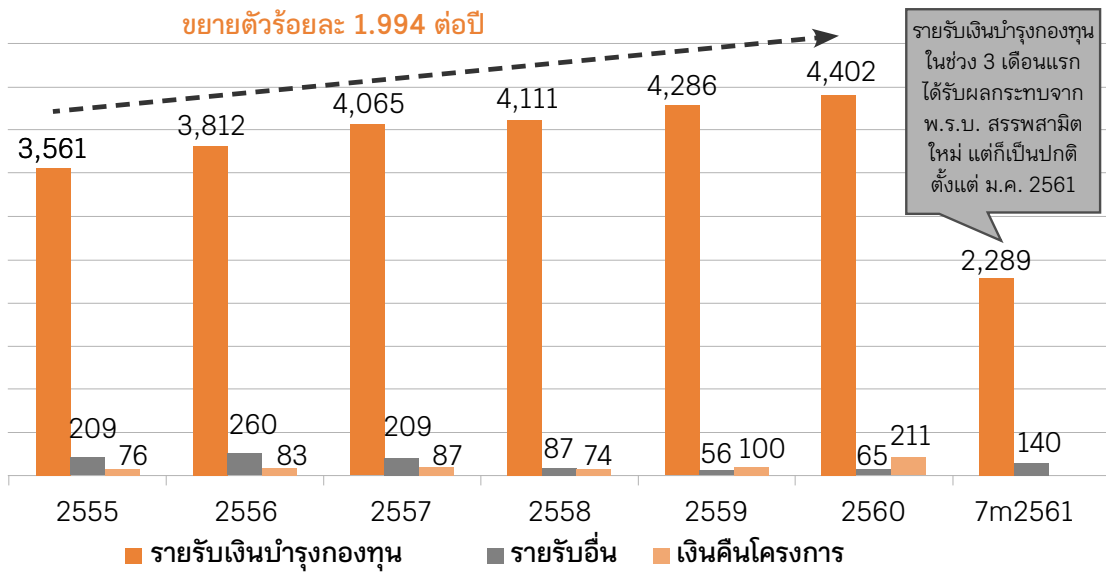
จากการติดตามสถานการณ์ด้านรายรับเงินบำรุงกองทุนของ สสส. ปีล่าสุด พบว่ารายรับเงินบำรุงกองทุนในช่วง ๓ เดือนแรกของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ได้รับผลกระทบจาก พ.ร.บ. สรรพสามิตฉบับใหม่ ทำให้รายรับเงินบำรุงกองทุนลดลงมาก แต่ก็กลับเข้าสู่ภาวะปกติตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑ คาดว่ารายรับเงินบำรุงกองทุนของ สสส. ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ จะอยู่ที่ ๔,๑๔๘ ล้านบาท ต่ำกว่าที่เคยประมาณการไว้ ๔๑๑ ล้านบาท หรือคิดเป็นต่ำกว่าที่ประมาณการไว้ร้อยละ ๙.๒ พร้อมทั้งคาดการณ์ว่ารายรับของ สสส. ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ และ ๒๕๖๓ จะมีจำนวน ๔,๕๘๐ และ ๔,๖๗๒ ล้านบาท ตามลำดับ หรือคิดเป็นขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ ๒.๐ ต่อปี^๔

^๑ เมื่อครั้งการประชุมคณะกรรมการกองทุนครั้งที่ ๘/๒๕๖๐ วันที่ ๒๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

^๒ คุณเบญจมาศ แก้วพรหมมาลัย รองประธานคณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน พร้อมทั้งอนุกรรมการนโยบายทางการเงินอีกสองท่านเป็นตัวแทนอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน ร่วมกับฝ่ายสำนักงาน

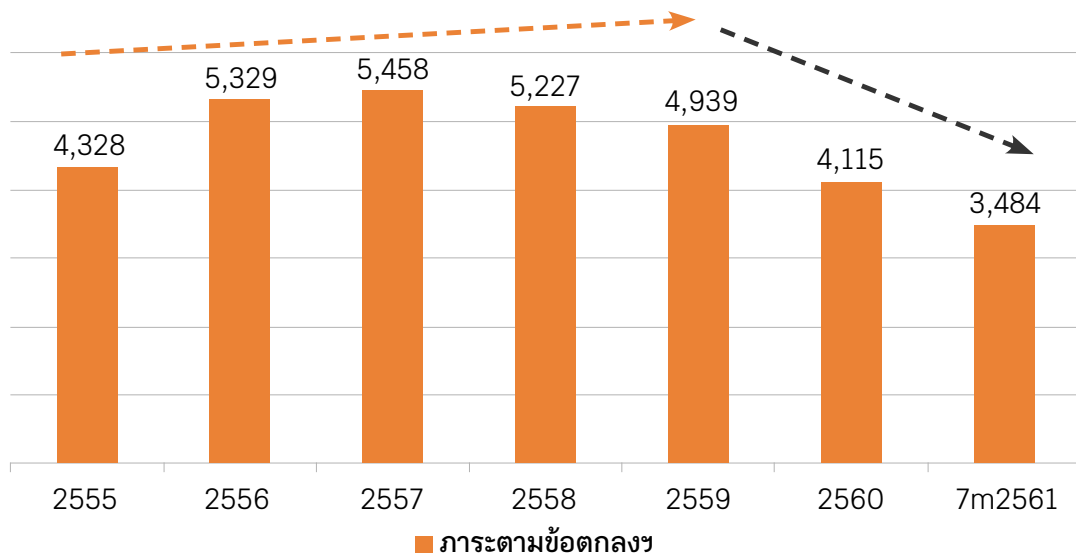
^๓ วิธี Compound Method พร้อมทั้งเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักตามปริมาณภาษีสรรพสามิตรวมทุกประเภทที่รัฐจัดเก็บได้ (Weighted Total Growth)

^๔ นับจากปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐



อย่างไรก็ตาม ในการกำหนดสมมติฐานด้านรายรับเงินบำรุงกองทุนซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญในการกำหนดวงเงินงบประมาณประจำปีนั้น สสส.ได้คำนึงถึงโอกาสที่จะมีการกำหนดเพดานรายรับจากเงินบำรุงกองทุนของ สสส. ซึ่งอาจทำให้รายได้ของ สสส. ลดลงมาอยู่ที่ ๔,๐๐๐ ล้านบาทต่อปีไว้ด้วย เพื่อรักษาวินัยทางการเงินของ สสส. จึงกำหนดให้งบประมาณรายจ่ายรวมในแต่ละปีจะขยายตัวไม่เกินอัตราการขยายตัวเฉลี่ยของรายได้^๖

ในส่วนของภาระผูกพันตามข้อตกลงการรับทุนของแผนงาน/โครงการที่คงเหลืออยู่จนถึง ณ สิ้นเดือนเมษายน ๒๕๖๑ มีจำนวน ๓,๔๘๔ ล้านบาท ก็มีการทยอยเบิกตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็นต้นไป



^๖ ยกเว้นเงินเบิกจ่ายโครงการต่อเนื่องซึ่งมีการผูกพันตามข้อตกลงไว้แล้ว และภาคีจะดำเนินการใช้จ่ายเงินในส่วนนี้อย่างประหยัด

เพื่อรักษาวินัยทางการเงิน และคงระดับเงินทุนให้อยู่ในระดับนโยบายฯ รวมถึงรองรับการกำหนดเพดานรายรับจากเงินบำรุงกองทุนของ สสส. ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระดับเงินทุนสำรองจนทำให้ไม่อยู่ในระดับนโยบายฯ สสส. จึงทำการปรับงบประมาณอุดหนุนโครงการให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมแบบค่อยเป็นค่อยไป (Soft-landing) ^๗

สรุปกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินมีมติให้ “ใช้กรอบวงเงินงบประมาณในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ตามที่คณะกรรมการกองทุนเคยอนุมัติไว้แล้วเมื่อครั้งจัดทำแผนหลัก ๓ ปีจำนวน ๔,๑๘๑ ล้านบาท รวมถึงค่าใช้จ่ายสำนักงาน (ไม่รวมค่าเสื่อมราคา) จำนวน ๓๓๙ ล้านบาท (ร้อยละ ๘.๑๐ ของงบอนุมัติ) เพื่อเสนอคณะกรรมการกองทุนใช้เป็นกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ต่อไป” ดังรายละเอียด

	๒๕๖๐	๒๕๖๑ (P)	๒๕๖๑ (๓ม)	๒๕๖๑ (f)	๒๕๖๒	๒๕๖๓
วงเงินอนุมัติโครงการใหม่ ในปีงบประมาณ	๔,๑๖๕.๐๐	๔,๑๗๖.๐๐	๑,๔๒๒.๕๐	๔,๑๐๖.๒๖	๔,๑๘๑.๐๐	๔,๑๘๘.๐๐

รายได้เงินบำรุงกองทุน	๔,๔๐๒.๔๒	๔,๔๕๘.๖๗	๒,๒๘๙.๐๘	๔,๑๔๗.๖๗	๔,๕๘๐.๒๘	๔,๖๗๑.๘๘
รายได้อื่น	๒๗๕.๖๕	๑๕๖.๐๖	๑๓๙.๘๘	๑๕๖.๐๖	๑๕๖.๐๖	๑๕๖.๐๖
รายได้รวม	๔,๖๗๘.๐๗	๔,๖๑๔.๗๓	๒,๔๒๘.๙๖	๔,๓๐๓.๗๓	๔,๗๓๖.๓๔	๔,๘๒๗.๙๔
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนโครงการ	๔,๔๕๕.๗๖	๔,๓๒๑.๑๙	๒,๐๔๒.๐๐	๔,๐๑๓.๒๑	๔,๓๒๖.๔๖	๔,๓๓๒.๘๑
เบิกจ่ายโครงการใหม่		๑,๔๖๙.๙๔	๕๐๑.๐๐	๑,๔๔๖.๒๓	๑,๔๗๑.๖๗	๑,๔๗๔.๐๖
เบิกจ่ายโครงการต่อเนื่อง		๒,๘๕๑.๒๕	๑,๕๔๑.๐๐	๒,๕๖๖.๙๘	๒,๘๕๕.๗๙	๒,๘๕๘.๗๕
Personnel Cost	๑๕๑.๑๕	๑๘๖.๕๖	๗๕.๕๐	๑๕๐.๕๐	๑๗๗.๙๙	๒๑๐.๔๙
ค่าใช้จ่ายอื่น (Operating Cost)	๑๐๓.๔๖	๑๕๗.๖๕	๖๓.๒๐	๑๕๗.๖๕	๑๖๐.๘๐	๑๖๔.๐๒
ค่าเสื่อมราคา	๑๒๔.๘๐	๑๒๐.๖๓	๓๕.๙๐	๑๒๔.๘๐	๑๒๔.๘๐	๑๒๔.๘๐
ค่าใช้จ่ายรวม	๔,๘๓๕.๑๗	๔,๗๘๖.๐๓	๒,๒๑๖.๖๐	๔,๔๕๖.๑๖	๔,๗๙๐.๐๕	๔,๘๓๒.๑๒
รายรับสูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	- ๑๕๗.๑๐	- ๑๗๑.๓๐	๒๑๒.๓๖	- ๑๕๒.๔๓	- ๕๓.๗๑	- ๔.๑๘

สถานะเงินลงทุนต้นงวดสุทธิ	๑,๖๒๐.๘๔	๑,๔๓๘.๓๘	๑,๔๓๘.๓๘	๑,๔๓๘.๓๘	๑,๒๙๕.๙๕	๑,๒๔๒.๒๔
สถานะเงินลงทุน ปลายงวดสุทธิ ณ สิ้นปี	๑,๔๓๘.๓๘	๑,๒๓๑.๖๕	๑,๑๘๑.๓๗	๑,๒๙๕.๙๕	๑,๒๔๒.๒๔	๑,๒๓๘.๐๗
ค่าใช้จ่ายสำนักงาน	๒๕๔.๖๑	๓๔๔.๒๑	๑๓๘.๗๐	๓๐๘.๑๕	๓๓๘.๗๙	๓๗๔.๕๑
ค่าใช้จ่ายสำนักงานต่อ งบประมาณทั้งหมด (ร้อยละ)	๕.๒๗	๗.๑๙	๖.๒๖	๖.๙๓	๗.๐๗	๗.๗๕
ค่าใช้จ่ายสำนักงาน ต่ออนุมัติ (ร้อยละ)	๖.๑๑	๘.๒๔	๙.๗๕	๗.๕๐	๘.๑๐	๘.๙๔

^๗ สมมติฐานในการจัดทำงบประมาณรายจ่าย ดังนี้ งบประมาณรายจ่ายบริหารจัดการสำนักงาน ประกอบด้วย ๑) งบประมาณรายจ่ายด้านบุคลากร คำนวณโดยใช้ปี ๒๕๕๘ เป็นปีฐาน กำหนดให้ขยายตัวในระดับเดียวกับตลาดที่ร้อยละ ๗.๐๐ ต่อปีเพื่อรักษาบุคลากร และเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่จาก ๑๗๐ คนเป็น ๑๙๐ คนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ (ต้นปี) เป็นต้นไป ๒) งบประมาณจ่ายด้านการบริหารจัดการสำนักงานอื่นๆ ขยายตัวเฉลี่ยประมาณ ๒.๐๐ คำนวณโดยใช้ SARIMA Model ในแต่ละปีจะขยายตัวไม่เท่ากัน เพื่อรองรับนโยบายการพัฒนาสำนักงาน และ ๓) Depreciation = Constrain งบประมาณรายจ่ายอุดหนุนโครงการใหม่ คำนวณด้วยวิธีถ่วงน้ำหนักกับค่าใช้จ่ายอื่นๆ โดยกำหนดให้อัตราเติบโตไม่เกินกว่าอัตราการขยายตัวของรายได้ (ร้อยละ ๒.๐๐) งบประมาณรายจ่ายอุดหนุนโครงการต่อเนื่อง คำนวณโดยใช้ยอดภาระผูกพันที่ต้องจ่ายในปีนั้นๆ คูณด้วยค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของอัตราส่วนการเบิกจ่ายโครงการต่อเนื่อง/ยอดภาระผูกพันคงเหลือ ๘ ปีย้อนหลัง

คำชี้แจงเกี่ยวกับงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๑ คณะกรรมการกองทุนได้เห็นชอบกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยมีวงเงินอนุมัติโครงการใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๔,๑๘๑.๐๐ ล้านบาท รวมถึงค่าใช้จ่ายสำนักงาน (ไม่รวมค่าเสื่อมราคา) จำนวน ๓๓๔ ล้านบาท (ร้อยละ ๘.๑๐ ของวงเงินอนุมัติโครงการใหม่) เนื่องจากกรอบวงเงินงบประมาณดังกล่าวจะทำให้ สสส. สามารถรักษาวินัยทางการเงินไว้ได้ในอนาคต รวมถึงได้คำนึงถึงข้อสังเกตของหน่วยตรวจสอบและการรองรับความเสี่ยงด้านรายได้ไว้ด้วยแล้ว

จากวงเงินงบประมาณสำหรับโครงการใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังกล่าว คาดว่าจะเกิดการเบิกจ่ายโครงการใหม่ในปีงบประมาณเดียวกันจำนวน ๑,๔๗๑.๖๗ ล้านบาท นอกจากนี้ ยังมีการเบิกจ่ายโครงการต่อเนื่องซึ่งเป็นการอนุมัติจากปีก่อนหน้าจำนวน ๒,๘๕๔.๗๙ ล้านบาท ซึ่งการเบิกจ่ายทั้งสองส่วนอยู่ในระดับใกล้เคียงกับปีก่อน ดังนั้นในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ จะมีการเบิกจ่ายเงินอุดหนุนโครงการรวมทั้งสิ้น ๔,๓๒๖.๔๖ ล้านบาท ทั้งนี้ การอนุมัติตามกรอบงบประมาณและการเบิกจ่ายทั้งหมดจะไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อ สสส. เนื่องจากคาดการณ์ว่าสถานะเงินลงทุนปลายงวดสุทธิ ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ของ สสส. ยังเหลืออยู่อีก ๑,๒๔๒.๒๔ ล้านบาท

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การบริหารจัดการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สสส. ได้ทำงานกับศูนย์ความเป็นเลิศทางเศรษฐมิติ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่อย่างต่อเนื่อง และจะให้นำกรอบวงเงินงบประมาณนี้กลับมาให้คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินทบทวนใหม่อีกครั้ง หากระหว่างปีงบประมาณ ระดับเงินทุนสำรองของ สสส. มีมากเกินไปจนเป็นการไม่มีประสิทธิภาพ หรือน้อยเกินไปจนไม่เพียงพอรองรับความเสี่ยงหรือมีสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจนอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินงาน

แนวทางการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ จำแนกรายแผน

ในการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในแต่ละแผนนั้น สสส. ได้คำนึงถึงความสอดคล้องกับแนวนโยบายในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๕ ข้อ รวมถึงการตอบสนองยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายรัฐบาล และความจำเป็นเร่งด่วนของประเด็นปัญหาสุขภาพตามลำดับของภาระโรค ตลอดจนประสิทธิภาพการอนุมัติและการเบิกจ่ายรายแผน และปัจจัยอื่นๆ อีกด้วย

การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ จำแนกรายแผน

หน่วย: ล้านบาท

		จำนวน
สนับสนุนโครงการรวม		๔,๑๘๑.๐
๑	แผนควบคุมยาสูบ	๓๖๐.๐
๒	แผนควบคุมแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๓๖๐.๐
๓	แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	๒๖๒.๐
๔	แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๑๘๐.๐
๕	แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๒๔๐.๐
๖	แผนสุขภาวะชุมชน	๔๓๐.๐
๗	แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๒๕๕.๐
๘	แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๑๖๐.๐
๙	แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๒๒๐.๐
๑๐	แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๒๔๐.๐
๑๑	แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	๓๒๐.๐
๑๒	แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๑๒๐.๐
๑๓	แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๘๐.๐
๑๔	แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	๒๐๐.๐
๑๕	แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	๔๙๔.๐
๑๖	งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	๑๖๐.๐

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

แผนควบคุมยาสูบ มุ่งตอบสนองเป้าประสงค์และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (The Sustainable Development Goals : SDGs) ที่กล่าวถึงการมีสุขภาวะในการดำรงชีวิตและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ สอดรับกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ในยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ในประเด็นปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรม และประเด็นเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี สอดรับกับยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ในประเด็นการเสริมสร้างพลังทางสังคม และยุทธศาสตร์ที่ ๖ ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ ในประเด็นกฎหมายมีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทต่างๆ และมีเท่าที่จำเป็นโดยแผนฯ จะมุ่งดำเนินการให้เกิดผลลัพธ์สำคัญ ประกอบด้วย ด้านการควบคุมยาสูบ และด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

สถานการณ์และแนวโน้ม

ปัจจุบันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก และของประเทศไทยทั้งในมิติของจำนวนผู้เสียชีวิต ภาระโรค และการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ มีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ ๓๘ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๖๘ ของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก และมากกว่าร้อยละ ๔๐ ของการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (๑๖ ล้านคน) เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ต่ำกว่า ๗๐ ปี) ประมาณ ๓ ใน ๔ ของการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (๒๘ ล้านคน) และร้อยละ ๘๒ ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เกิดในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง^๕

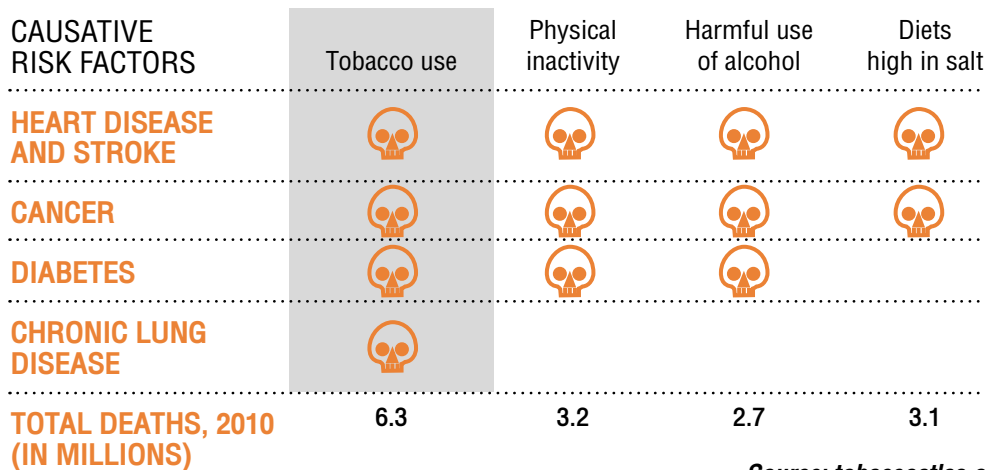
สำหรับปัญหาในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทยทวีความรุนแรงมากขึ้นอย่างชัดเจน จำนวนผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นจาก ๒๓๓,๗๘๗ คนใน พ.ศ. ๒๕๔๒ หรือร้อยละ ๖๐ ของการเสียชีวิตทั้งหมด เป็น ๓๑๔,๓๔๐ คนใน พ.ศ. ๒๕๕๒ หรือร้อยละ ๗๓ เพิ่มขึ้นเฉลี่ย ๘,๐๕๔ คนต่อปี และ

^๕ WHO, Global status report on non-communicable diseases, 2014.

ใน พ.ศ. ๒๕๕๖ เพิ่มขึ้นเป็น ๓๔๙,๐๙๐ คน เฉลี่ยเพิ่มขึ้น ๘,๖๘๗.๕ คนต่อปี และการตายก่อนวัยอันควร จากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น จาก ๓๔๓.๐๖ ต่อแสนคนใน พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็น ๓๕๕.๓๐ ต่อแสนคน ใน พ.ศ. ๒๕๕๖^๙

หากประเมินความสูญเสียทั้งหมด ทั้งจากการเสียชีวิต การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และความบกพร่องทางสุขภาพ ให้เป็นหน่วยของภาระโรค (Disability-Adjusted Life Years : DALYs) จะพบว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อความสูญเสียปีสุขภาวะคิดเป็นร้อยละ ๗๓.๔ ของภาระโรคของประเทศไทย ใน พ.ศ. ๒๕๕๒^{๑๐} ซึ่งสูงกว่าสัดส่วนของโลกซึ่งอยู่ที่ร้อยละ ๕๓ ของภาระโรคทั้งหมดของโลกใน พ.ศ. ๒๕๕๐^{๑๑} นับว่าสถานการณ์กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วยโรคหลายโรค ในระดับโลกระบุถึง “สี่” กลุ่มโรคหลักเป็นสำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคเบาหวาน และกลุ่มโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญร่วมกัน ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และมีปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อันได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน^{๑๒} ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลรุนแรงและก่อให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพมากที่สุด คือ การสูบบุหรี่ ซึ่งทวีความรุนแรงขึ้นมากกว่าเดิม โดยพบว่าการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ๒ - ๔ เท่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดถึง ๒๕ เท่า^{๑๓} เมื่อเปรียบเทียบกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ พบว่า การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตของประชาชนก่อนวัยอันควรทั่วโลกวมมากถึง ๖.๓ ล้านคนใน ค.ศ. ๒๐๑๕ หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๑.๕ ของสาเหตุการตายทั้งหมด ^{๑๔} ดังรายละเอียดที่ปรากฏในภาพที่ ๑



ภาพที่ ๑ การเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

^{๙,๑๐} สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ ๒.

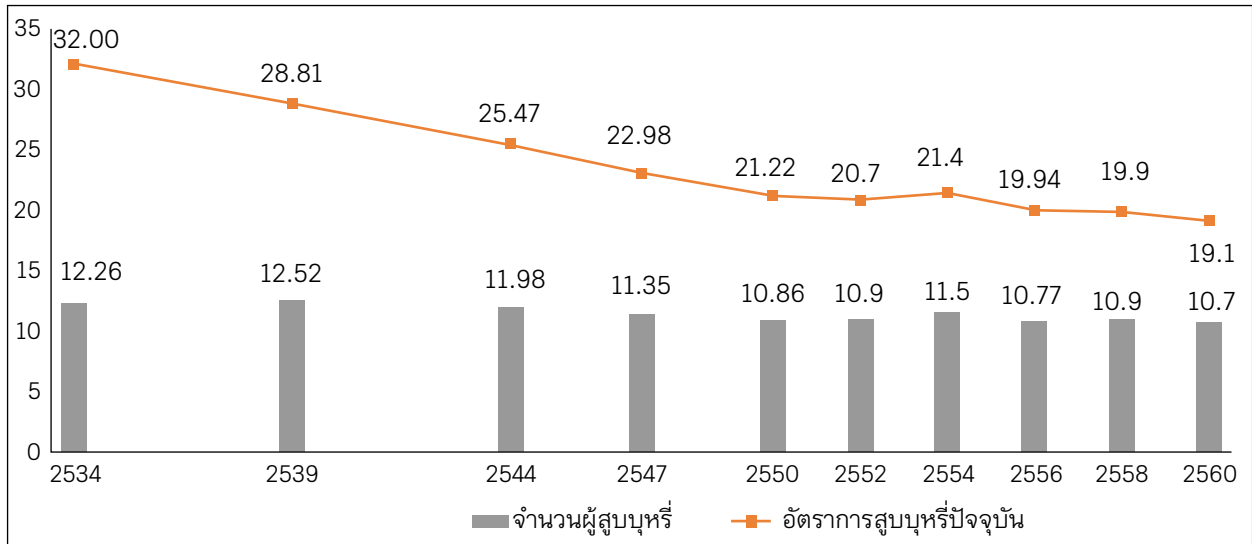
^{๑๑} Rifat Atun, Shabbar Jaffar, Sania Nishtar, Felicia M Knaul, Mauricio L Barreto, Moffat Nyirenda, Nicholas Banatvala, Peter Piot, Improving responsiveness of health systems to non-communicable diseases. The Lancet, 2013.381(9867): p. 690-697

^{๑๒} Institute for Health Metrics and Evaluation. [12 July 2014]; Available from: Institute for Health Metrics and Evaluation.

^{๑๓} Centers for Disease Control and Prevention (2017). Health Effects of Cigarette Smoking

^{๑๔} GBD 2015 Tobacco Collaborators. Smoking Prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet. 2017; 389: 1885-1906.

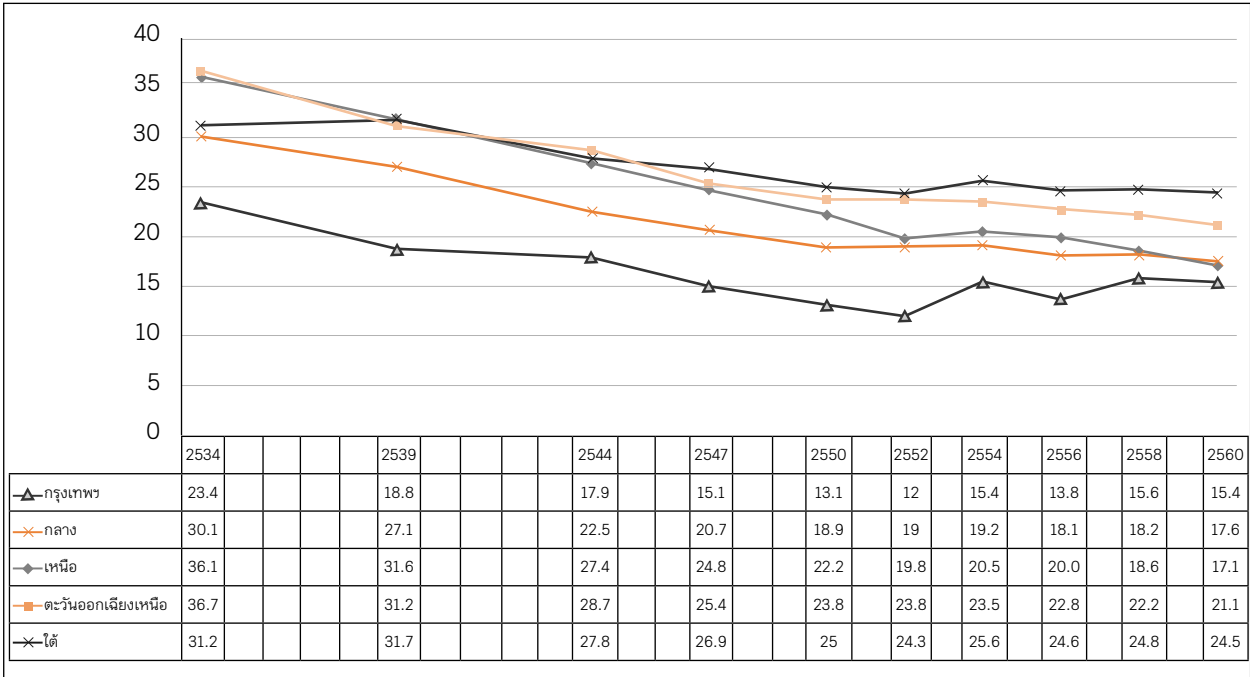
สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงของประชากรไทยในด้านการสูบบุหรี่ พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปีล่าสุด พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า มีประชากรสูบบุหรี่ทั้งสิ้น ๑๐.๗ ล้านคน (ร้อยละ ๑๙.๑) เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิง ๒๒ เท่า (ร้อยละ ๓๗.๗ และร้อยละ ๑.๗ ตามลำดับ) ดังรายละเอียดที่ปรากฏในภาพที่ ๒ และภาพที่ ๓



ภาพที่ ๒ อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย ปี พ.ศ. ๒๕๓๔ - ๒๕๖๐

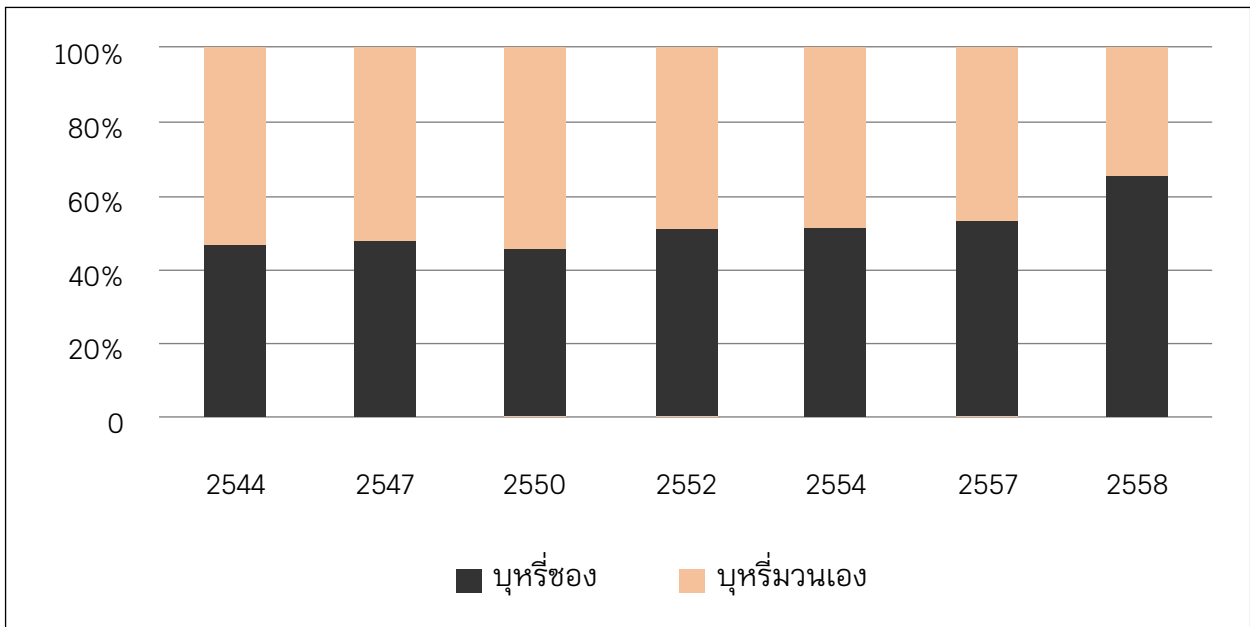


ภาพที่ ๓ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พ.ศ. ๒๕๓๔ - ๒๕๖๐ จำแนกตามเพศ



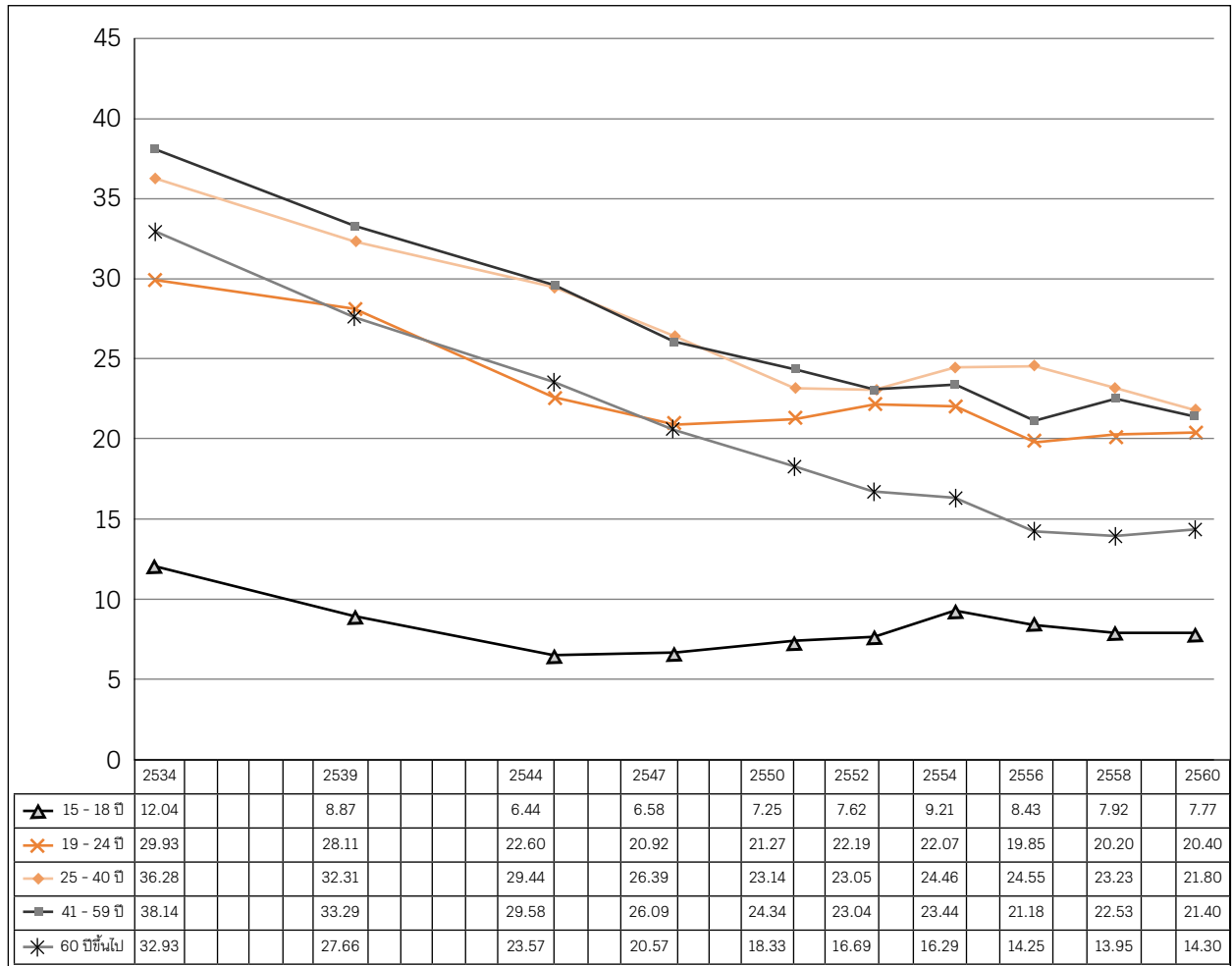
ภาพที่ ๖ อัตราการสุบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พ.ศ. ๒๕๓๔ - ๒๕๖๐ จำแนกตามภาค

สำหรับประเภทของบุหรี่ยี่สิบพบว่ามีแนวโน้มสุบบุหรี่ซิกาแรตมากขึ้นกว่าบุหรี่มวนเอง ซึ่งเดิมมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ดังรายละเอียดที่ปรากฏในภาพที่ ๗



ภาพที่ ๗ สัดส่วนเปรียบเทียบการบริโภคยาสูบประเภทบุหรี่ซองและบุหรี่แบบมวนเอง พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๕๘

สถานการณ์การสูบบุหรี่ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ยังคงต้องให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลการสำรวจจากสำนักงานสถิติแห่งชาติใน พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า กลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. ๒๕๕๘ ดังรายละเอียดที่ปรากฏในภาพที่ ๘



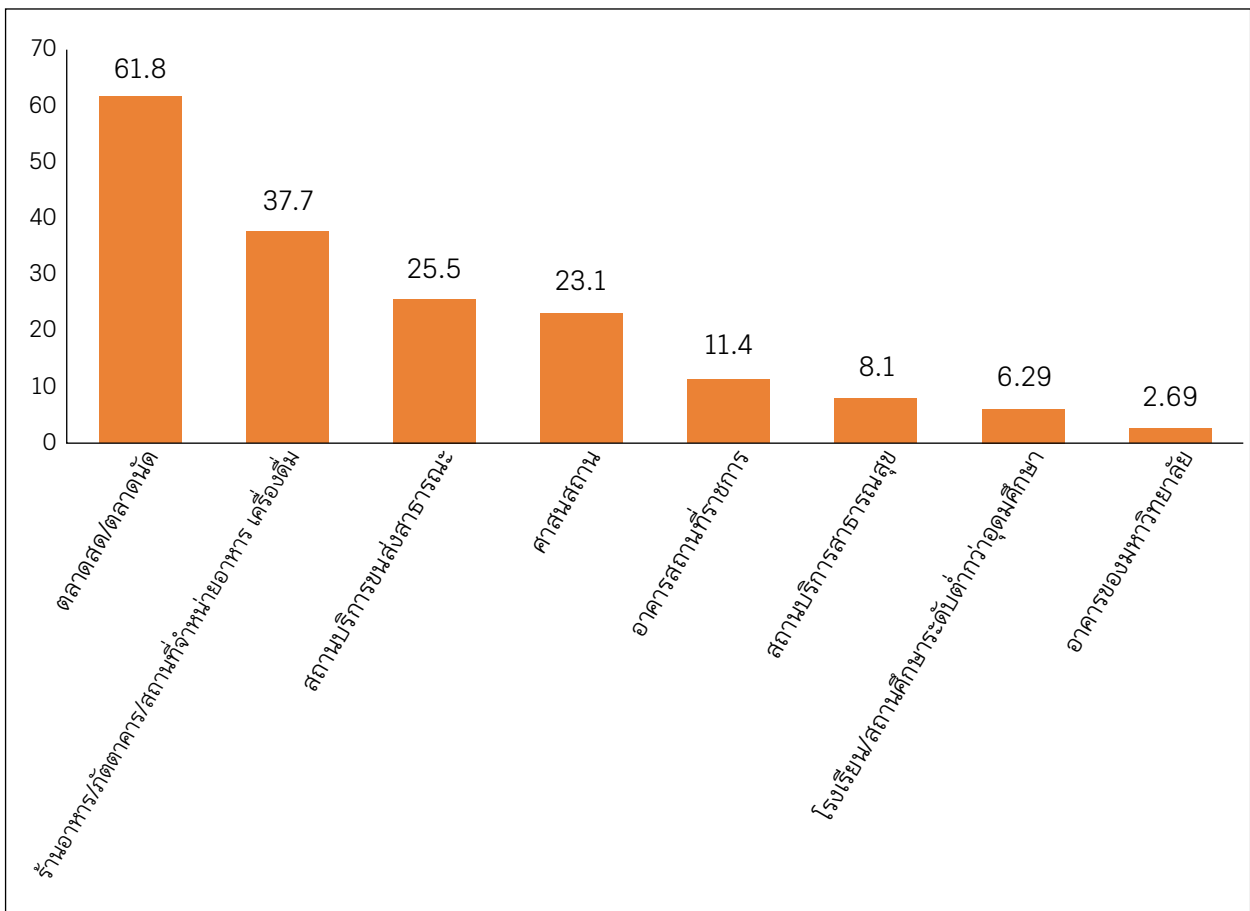
ภาพที่ ๘ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พ.ศ. ๒๕๓๔ - ๒๕๖๐ จำแนกตามกลุ่มอายุ

นอกจากนั้นข้อมูลจากการสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย อายุ ๑๓ - ๑๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ดำเนินการภายใต้โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชนระดับโลก (Global Youth Tobacco Survey : GYTS) พบว่าความชุกของการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยอายุ ๑๓ - ๑๕ ปี อยู่ที่ร้อยละ ๑๑.๓ โดยแบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 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 โดยแบ่งเป็นเพศชายร้อยละ ๒๑.๘ และเพศหญิง ร้อยละ ๘.๑ ด้านการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของเยาวชน

ที่สูบบุหรี่หรือซื้อบุหรี่ได้จากร้านค้าและร้านขายของชำร้อยละ ๘.๗ หาซื้อบุหรี่ได้จากร้านค้าเร่แผงลอย และตลาดนัด ร้อยละ ๔.๓ ซื้อบุหรี่ได้จากร้านสะดวกซื้อ และร้อยละ ๑๒.๘ ได้บุหรี่มาจากผู้อื่น นอกจากนี้เยาวชนผู้สูบบุหรี่ เกือบครึ่งหนึ่ง หรือร้อยละ ๔๔ สามารถซื้อบุหรี่ได้โดยไม่ได้รับการตรวจสอบอายุของผู้ซื้อ^{๑๔}

ในต่างประเทศมีการรายงานพบเด็กวัยรุ่นสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นถึง ๓ เท่า จากปี ๒๕๕๔ มีข้ออ้าง ในการใช้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ส่วนในประเทศไทย บุหรี่ไฟฟ้ายังเป็นที่สนใจของเยาวชนเนื่องจากรูปลักษณะและ องค์ประกอบที่ดึงดูดใจ จึงทำให้เกิดกระแสการเลียนแบบในกลุ่มเพื่อนอย่างรวดเร็ว ผลสำรวจการบริโภค ยาสูบในเยาวชนไทยอายุ ๑๓ - ๑๕ ปี ครั้งล่าสุดในปี ๒๕๕๘ พบว่าเยาวชนชายสูบบุหรี่ไฟฟ้าถึงร้อยละ ๔.๗ และเยาวชนหญิงสูบบุหรี่ไฟฟ้าถึงร้อยละ ๑.๙ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีสาเหตุมาจากความอยากรู้อยากลอง รวมถึงการสร้างค่านิยมวัยรุ่นแบบใหม่ในกลุ่มเดียวกัน จึงทำให้พบกลุ่มเยาวชนนักสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น

ด้านการได้รับควันบุหรี่มือสอง ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่าอัตราการ ได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนอยู่ที่ร้อยละ ๓๓.๒ และพบว่า สถานที่สาธารณะที่มีผู้พบเห็นควันบุหรี่ มือสองมากที่สุด ๕ อันดับแรก ได้แก่ (๑)ตลาดสดหรือตลาดนัด (ร้อยละ ๖๑.๘) (๒) ร้านอาหาร ภัตตาคาร หรือสถานที่ที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม (ร้อยละ ๓๗.๗) (๓) สถานีขนส่ง (ร้อยละ ๒๕.๕) (๔) ศาสนสถาน (ร้อยละ ๒๓.๑) และ (๕) อาคารสถานที่ราชการ (ร้อยละ ๑๑.๔) ดังรายละเอียดที่ปรากฏในภาพที่ ๙



ภาพที่ ๙ การพบเห็น/ได้กลิ่น /พบเห็นกันบุหรี่ภายในสถานที่สาธารณะ

^{๑๔} ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. สถานการณ์การควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๑.

ทั้งนี้ ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ มีผลการวิจัยพบว่า ผู้หญิงที่มีสามีสูบบุหรี่ หรือ ผู้ที่ทำงานในที่ที่มีคนสูบบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๔ และร้อยละ ๑๙ ตามลำดับ ผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองมีโอกาสที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๐ (เท่ากับผู้สูบบุหรี่วันละ ๑ - ๙ มวน) และเด็กทารกที่มีผู้ปกครองสูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะไหลตายเพิ่มขึ้น ๒ เท่า มีโอกาสเกิดหลอดลมอักเสบหรือปอดอักเสบเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๔๗ และมีโอกาสเป็นโรคหอบหืด (asthma) เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๙

มีหลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบของประชาชน เช่น กลยุทธ์ทางการตลาดของบริษัทบุหรี่ ทั้งการโฆษณาบุหรี่โดยฉพาะในอินเทอร์เน็ต การผลิตสิ่งของที่มีเครื่องหมายบุหรี่ การไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย เช่น การเปิดตู้โชว์บุหรี่และการโฆษณาบุหรี่ไว้ในร้านค้าตลอดเวลา หรือเลือกใช้ตู้โชว์บุหรี่ที่เป็นกระจกใสที่สามารถมองเห็นซองบุหรี่ภายในตู้ได้ การส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ การจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ การแบ่งมวนขาย การซื้อขายบุหรี่นำเข้าที่ผิดกฎหมาย การขายบุหรี่ให้แก่เยาวชนที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ซึ่งผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า มีผู้ประกอบการร้านค้าจำหน่ายบุหรี่ขอสูบบุหรี่ประจำตัวประชาชนที่มาซื้อบุหรี่เพียงร้อยละ ๑.๙ เท่านั้น

การบริโภคยาสูบนับว่าเป็นภัยคุกคามที่สำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพของคนไทยและประเทศไทย เนื่องด้วยผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นสาเหตุหลักของการก่อให้เกิดโรคเรื้อรังในกลุ่ม NCDs มากมาย จากการศึกษาระบาดวิทยาจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ พบ ๒๕ โรคที่มีหลักฐานชัดเจนว่าเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ จากการประมาณการณ์ความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่พบว่า ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เท่ากับ ๗๔,๘๘๔ ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ ๐.๗๘ ของ GDP^{๑๑} และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ (disease attributed to smoking) มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคในกลุ่มนี้เฉพาะผู้ป่วยในเฉลี่ยปีละประมาณ ๓๐,๐๐๐ ล้านบาท ในขณะที่ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพอื่นๆ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย และการกินอาหารไม่ถูกต้องก่อปัญหาอยู่ในระดับที่เบาบางกว่า ดังที่ได้กล่าวแล้วว่าเมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคในกลุ่ม NCDs ทั้งสี่กลุ่มโรค ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลรุนแรงและก่อให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพมากที่สุดก็คือการสูบบุหรี่ ในการดำเนินการเรื่องการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (The Global Monitoring Framework for NCDs) องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบโดยเสนอให้มีการลดอัตราการสูบบุหรี่ ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปลงร้อยละ ๓๐ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ กล่าวคือ ตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกแล้ว ประเทศไทยต้องลดอัตราการสูบบุหรี่จากร้อยละ ๒๐.๗ (พ.ศ. ๒๕๕๗) เป็นร้อยละ ๑๔.๕ (พ.ศ. ๒๕๖๘) หรือต้องลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ลงอย่างน้อย ๓ ล้านคน ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ค่อนข้างท้าทาย เนื่องจากในรอบ ๑๐ ปีที่ผ่านมาจำนวนคนสูบบุหรี่ในประเทศไทยลดลงได้เพียง ๒๐๐,๐๐๐ คน (พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๖๐) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเร่งหามาตรการที่เหมาะสมเพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่ให้บรรลุตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด

^{๑๑} ศิริวรรณ พิชัยรังษฤษฎ์, ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์ และปวีณา บัณฑิตประจำ. สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๙.

จุดเน้นของแผน

๑. ด้านการพัฒนานโยบาย และการบังคับใช้กฎหมาย

- ๑.๑ สนับสนุนการออกกฎหมายลำดับรองจากราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐
- ๑.๒ สื่อสารพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ ให้ประชาชนรับรู้โดยทั่วไป เพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมาย และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ เช่น ชุมชน ท้องถิ่น สื่อมวลชน เป็นต้น ในการบังคับใช้กฎหมาย
- ๑.๓ สนับสนุนและผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนและการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒
- ๑.๔ สนับสนุนและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนนโยบายด้านการควบคุมยาสูบต่อผู้กำหนดนโยบายทางตรง เช่น การยื่นหนังสือ การเข้าหารือกับผู้กำหนดนโยบาย อย่างไม่เป็นทางการ เป็นต้น และผลักดันนโยบาย/มาตรการ/กฎหมายที่สำคัญเพื่อการควบคุมยาสูบทั้งด้านอุปทาน และอุปสงค์ เพื่อควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่คุกคาม สุขภาวะ รวมถึงการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม โดยเน้นการดำเนินงาน ด้านต่างๆ ดังนี้
 - (๑) การผลักดันให้มีการเพิ่มการรักษาการติดยาโคดีนเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติให้มากขึ้น โดยเข้าไปมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้เกิดการต่อรองราคาการรักษาการติดยาโคดีน
 - (๒) การผลักดันให้มีการขึ้นภาษี/กำหนดอัตราภาษีบุหรี่ที่เหมาะสมภายใต้ประมวลกฎหมายสรรพสามิต พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยเฉพาะภาษียาเส้น
 - (๓) การควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า
- ๑.๕ สนับสนุนการผลักดันนโยบายผ่านการสื่อสารสาธารณะทั้งสื่อหลัก เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ และสื่อออนไลน์ รวมถึงการจัดเวทีเพื่อการขับเคลื่อนนโยบาย เช่น เวทีวิชาการระดับ ภูมิภาค/ระดับชาติ/นานาชาติ การจัดเวทีแลกเปลี่ยน การจัดเวทีเสวนา เป็นต้น

๒. ด้านวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

- ๒.๑ ใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่เป็น ความรู้ทางระบาดวิทยาและ กรณีศึกษาของสถานการณ์ต่างๆ เพื่อการควบคุมยาสูบ และพัฒนาความรู้เพื่อความเข้าใจ ระบบ สังเคราะห์นโยบาย งานวิจัย และงานวิชาการให้ถ่ายทอดการนำไปใช้งาน/สื่อสาร
- ๒.๒ พัฒนางานวิจัย/วิชาการ และการจัดการความรู้ที่มีผลต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การรณรงค์ และนำความรู้ที่ได้ มาสื่อสารเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคม
- ๒.๓ พัฒนางานวิจัยที่มีองค์ความรู้ในมุมมองมิติสังคมและวัฒนธรรม โดยเน้นการศึกษาให้ลึกซึ้ง ถึงพฤติกรรมของผู้เสพยาสูบเพื่อนำมาวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เสพยาสูบ

- ๒.๔ พัฒนาความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ (Action Research) นำไปสู่การใช้ประโยชน์ เช่น การรณรงค์ระดับชุมชน การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ
- ๒.๕ พัฒนารูปแบบและวิธีการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการประเมินผลลัพธ์ในเชิงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม

๓. ด้านเครือข่ายการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่

- ๓.๑ มุ่งเน้นการป้องกันนักสูบหน้าใหม่โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและผู้หญิง ลดการสูบบุหรี่ในผู้ชาย/ผู้ที่อยู่ในชนบท/กลุ่มอาชีวศึกษา
- ๓.๒ เน้นการป้องกันการได้รับควันบุหรี่มือสองและมือสามโดยการขยายพื้นที่รูปธรรมปลอดบุหรี่ ทั้งตามที่กฎหมายกำหนด และรณรงค์เพิ่มเติม เช่น การรณรงค์บ้านปลอดบุหรี่ เป็นต้น
- ๓.๓ เน้นการสื่อสารเพื่อปรับค่านิยมให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ อุตสาหกรรมยาสูบ และผู้สูบบุหรี่ เป็นสิ่งไม่ปกติธรรมดา (De-normalization)
- ๓.๔ สนับสนุน ผลักดันให้เกิดการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด และระดับเขตให้มีประสิทธิภาพ พร้อมแสดงให้เห็นถึงการวัดผลลัพธ์จากการดำเนินงานอย่างจริงจัง และสื่อสารผลสำเร็จนั้นในวงกว้าง
- ๓.๕ สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมเชิงบวกในกลุ่มเด็กและเยาวชน เพื่อให้เด็กและเยาวชนภาคภูมิใจในตนเอง พร้อมฝึกฝนทักษะชีวิต อันจะส่งผลให้เด็กและเยาวชนห่างไกลพฤติกรรม การสูบบุหรี่ เช่น การจัดทำคลิปวิดีโอ การแสดงดนตรี การเป็นจิตอาสาเพื่อสังคม เป็นต้น รวมถึงการเพิ่มพื้นที่สร้างสรรค์เพื่อให้เยาวชนมีพื้นที่ในการแสดงศักยภาพ

๔. ด้านบริการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด

- ๔.๑ เพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด โดยผลักดันให้มีบริการการติดยาเสพติด ในบัญชียาหลักแห่งชาติให้มากขึ้นเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ
- ๔.๒ สนับสนุนให้เกิดการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดโดยชุมชน
- ๔.๓ พัฒนานวัตกรรมและใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด

๕. สนับสนุนการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

- ๕.๑ สนับสนุนการศึกษาข้อมูลความรู้ทางวิชาการทั้งระดับประเทศและระดับพื้นที่ เพื่อใช้เป็นแนวทางแก้ไขปัญหา NCDs และสนับสนุนให้เกิดการนำความรู้มาสื่อสารปลูกฝังความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อหลีกเลี่ยงโรค NCDs
- ๕.๒ สนับสนุนให้เกิดการดำเนินการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานในประเด็น รูปแบบ เนื้อหา และช่องทางการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs

- ๕.๓ สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมประสาน/สร้างกลไกการทำงานให้เกิดการศึกษาในประเด็นการลดการบริโภคหวาน (น้ำตาล) และเค็ม (เกลือ) เพื่อหลีกเลี่ยงโรค NCDs และนำองค์ความรู้ที่ได้ไปผลักดันต่อในระดับนโยบายโดยเชื่อมประสานการทำงานกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ตามยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ
- ๕.๔ สนับสนุนให้เกิดเวทีทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร เครือข่าย ศูนย์วิชาการ ประเด็นพฤติกรรมเสี่ยงทั้ง ๔ องค์กร สนับสนุนงบประมาณต่างๆ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหา NCDs

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

- ๑. ลดอัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนไทย และป้องกันนักสูบหน้าใหม่

วัตถุประสงค์รอง

- ๑. พัฒนาระบบข้อมูล พัฒนาความรู้และต้นแบบ รวมถึงการจัดการความรู้ที่จำเป็นต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ
- ๒. พัฒนาให้เกิดมาตรการ สิ่งแวดล้อม นโยบายและกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ และสนับสนุนให้เกิดการบังคับใช้นโยบายและกฎหมายที่มีอยู่
- ๓. พัฒนาการสื่อสารเพื่อให้เกิดรับรู้ สร้างความตระหนัก และปรับเปลี่ยนค่านิยมทางสังคมในประเด็นการไม่สูบบุหรี่ในประชาชนกลุ่มต่างๆ
- ๔. พัฒนากลไกพื้นฐานและการสร้างนวัตกรรมเพื่อการดำเนินงานควบคุมยาสูบ
- ๕. พัฒนารูปแบบและบริการบำบัดรักษาการติดยาสูบที่มีประสิทธิภาพ
- ๖. พัฒนาให้เกิดเครือข่าย องค์ความรู้ ต้นแบบในการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๘๐)

- ๑. เกิดนโยบาย กฎหมาย มาตรการและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อแนวโน้มการลดลงของอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรไทย/ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ในระดับต่างๆ อย่างน้อย ๑ นโยบาย กฎหมาย หรือมาตรการ โดยพัฒนา/ผลักดันนโยบาย กฎหมาย มาตรการ แนวปฏิบัติเพื่อการควบคุมยาสูบให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒
- ๒. มีโปรแกรมเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Tobacco & Alcohol Surveillance System : TAS) ที่สามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานได้จริง

๓. เกิดองค์ความรู้จากการวิจัยที่จำเป็นสำหรับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง โดยมีการสื่อสารงานวิจัยสำคัญในการควบคุมยาสูบต่อสาธารณะผ่านช่องทางต่างๆ อย่างน้อยปีละ ๓ ครั้ง และมีเวทีระดับชาติทุกปี
๔. เกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นการไม่สูบบุหรี่มากขึ้นในประชากรไทยอย่างน้อย ๒ ประเด็น โดยมีจำนวนชิ้นข่าวที่ได้รับการเผยแพร่ต่อสื่อมวลชน (ผ่านสื่อหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต)
๕. มีการรายงานข้อมูลการบำบัดผู้เสพติดบุหรี่ในระบบ ๔๓ แห่ง ของกระทรวงสาธารณสุข ตามมาตรฐานการบริการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด
๖. เกิดการพัฒนาชุดความรู้หรือรูปแบบการทำงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม). ในการทำงานลด ละ เลิก บุหรี่ ในพื้นที่
๗. เกิดรูปแบบการทำงานเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับพื้นที่ จำนวน ๑ รูปแบบ

ตัวชี้วัดร่วม (น้ำหนักร้อยละ ๒๐)

๘. เกิดการสนับสนุนให้มีวัดอย่างน้อยจำนวน ๑,๐๐๐ แห่ง มีการดำเนินกิจกรรมลด ละ เลิกบุหรี่ย โดยเป็นการบูรณาการการทำงานระหว่างแผนควบคุมยาสูบ กับแผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร
๙. เกิดการสนับสนุนและส่งเสริมให้องค์กรมีการดำเนินกิจกรรมเพื่อการลด ละ เลิกยาสูบจำนวน ๔๐ องค์กร โดยเป็นการบูรณาการการทำงานระหว่างแผนควบคุมยาสูบ กับแผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การเคลื่อนสังคม และการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

๑. เชื่อมโยงภาคีหลักที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็นเพื่อสร้างเป้าหมายร่วมในด้านการควบคุมยาสูบ ตลอดจนการเชื่อมร้อยการทำงานเพื่อเสริมพลังซึ่งกันและกัน ได้แก่ พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม เพื่อสร้างการมีสุขภาพะที่ดี
๒. พัฒนาระบบข้อมูลเชิงวิชาการและจัดการความรู้ เพื่อใช้ประโยชน์ในการผลักดันงานควบคุมยาสูบ ตลอดจนเพื่อการสนับสนุนงานรณรงค์ การขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการติดตามประเมินผล
๓. พัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะ และสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และประชาชน
๔. พัฒนาต้นแบบ นวัตกรรม หรือรูปแบบการดำเนินงานใหม่ๆ ที่ช่วยลดอัตราการบริโภคยาสูบ รวมถึงรณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาสูบ ผ่านช่องทางการสื่อสาร และการทำงานของภาคีเครือข่ายต่างๆ

๕. ขยายการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดทั้งในและนอกระบบบริการสาธารณสุข ผลักดันให้มีيارักษาการเสพติดยาเสพติดในบัญชียาหลักให้มากขึ้น เพื่อการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพและพัฒนานวัตกรรมและใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด
๖. พัฒนาชุดความรู้ ต้นแบบการดำเนินงานเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs
๗. เชื่อมโยงการทำงานด้านการควบคุมยาสูบร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส.

กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมการบริโภคยาสูบ ประกอบด้วย ๕ กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงานมีภารกิจโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย

- ๑.๑ พัฒนานโยบายหลักของรัฐบาลด้านการควบคุมยาสูบ รวมถึงสนับสนุน เสริมสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนให้แก่หน่วยจัดการหลักในภาครัฐ เช่น คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ (คผยช.) คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด (คผยจ.) สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยพัฒนาข้อเสนอเพื่อผลักดันนโยบายและการบังคับใช้กฎหมายด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ตลอดจนร่วมผลักดันกฎหมายและมาตรการการควบคุมยาสูบของประเทศตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลกในประเด็นต่างๆ อาทิ มาตรา ๕.๓ การป้องกันการแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบโดยอุตสาหกรรมยาสูบ มาตรา ๖ มาตรการด้านราคา และด้านภาษี มาตรา ๙ การเปิดเผยส่วนประกอบ มาตรา ๑๑ การบรรจุหีบห่อและภาพคำเตือน มาตรา ๑๓ การห้ามโฆษณา ส่งเสริมการขายยาสูบ และสนับสนุนโดยอุตสาหกรรมยาสูบ มาตรา ๑๔ การให้บริการเลิกบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรา ๑๕ การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย
- ๑.๒ พัฒนานโยบายและมาตรการใหม่ โดยลำดับความสำคัญจากข้อสรุปทางวิชาการ และเงื่อนไขทางยุทธศาสตร์ เช่น นโยบายที่เน้นการลดการบริโภคยาเส้น การป้องกันบุหรี่หนีภาษีและบุหรี่ปลอม การปรับปรุงโครงสร้างภาษียาสูบและระบบการจัดเก็บภาษี การยกเลิกสิทธิประโยชน์ทางภาษียาสูบ การขยายการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ อีกทั้งการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย/มาตรการสำคัญ อาทิ การเพิ่มสารที่ทำให้บุหรี่ดับง่ายเพื่อลดปัญหาอัคคีภัย สนับสนุนให้ปลูกพืชทดแทนการปลูกใบยาสูบ
- ๑.๓ สนับสนุนการผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการบังคับใช้กฎหมาย
- ๑.๔ เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการมีบทบาทการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย โดยเปิดช่องทางการสื่อสารเพื่อรับเรื่องร้องเรียนให้ประชาชนแจ้งเหตุได้สะดวกมากขึ้น

๑.๕ ระดับสากลสนับสนุนการเข้าร่วมมีบทบาทหลักในนโยบายยาสูบ เช่น การสนับสนุนการดำเนินงานตามกรอบอนุสัญญาควบคุมการบริโภคยาสูบ และการพัฒนาศักยภาพคณะผู้แทนไทยในเวทีสากล เป็นต้น

๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

สนับสนุนให้ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ (ศจย.) ร่วมกับภาคีทางวิชาการต่างๆ พัฒนางานวิจัย จัดการความรู้ การศึกษาฝึกอบรม รวมถึง

๒.๑ การสนับสนุนการวิจัย โดยการพัฒนางานวิชาการที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ทั้งในเชิงนโยบาย และการศึกษาผลลัพธ์ รวมถึงผลกระทบจากการบริโภคยาสูบในมิติด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ เน้นการพัฒนางานวิชาการที่เป็นจุดคานงัดให้สร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบริโภคยาสูบ เช่น งานวิจัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการสร้างภูมิคุ้มกันทางบวก ให้แก่เด็กและเยาวชนซึ่งเป็นนักสูบหน้าใหม่ ภาชีสรรพสามิตโดยเฉพาะภาชียาเส้น การวิเคราะห์ทางเลือกผู้ปลูกยาสูบ แนวทางการปรับปรุงโควตาปลูก/รับซื้อใบยาสูบ เป็นต้น

๒.๒ ส่งเสริมงานวิชาการ/งานวิจัยเพื่อผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบาย จากการถอดบทเรียนและจัดการองค์ความรู้ด้านการควบคุมยาสูบ และดำเนินการให้มีการสื่อสารผ่านสื่อสาธารณะอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะข้อเสนอที่สามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับประเทศและนำไปสู่การรณรงค์กับภาคส่วนต่างๆ ในสังคม รวมทั้งสนับสนุนการจัดทำรายงานและการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานสากลตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO Framework Convention on Tobacco Control : FCTC)

๒.๓ การพัฒนาระบบฐานข้อมูล องค์ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ รวมถึงการสื่อสารข้อมูลงานวิจัยต่อผู้กำหนดนโยบายและผู้ขับเคลื่อนทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่

๒.๔ การพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการด้านการควบคุมยาสูบ เชื่อมต่อกับผู้ใช้ข้อมูลความรู้ในระดับต่างๆ เพื่อสนับสนุนงานการควบคุมยาสูบอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

๒.๕ การพัฒนาระบบการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO-FCTC)

๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่าย การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่

๓.๑ การจัดกิจกรรมพิเศษและสร้างกระแสสังคม เพื่อรณรงค์กระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวและปลูกฝังค่านิยมการไม่สูบบุหรี่ การขยายพื้นที่รูปธรรมปลอดบุหรี่ การรณรงค์บ้านปลอดบุหรี่ การรักษาสีทิตของตนเองจากการได้รับอันตรายของควันบุหรี่มือสอง การสร้างจิตอาสาเพื่อลดการสูบบุหรี่ และการสนับสนุนนโยบายที่สำคัญ การเลิกบุหรี่ การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและองค์กรต่างๆ ในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ตลอดจนจัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังและเปิดโปงกลยุทธ์ต่างๆ ของบริษัทบุหรี่ให้สังคมรับรู้ และผลักดันให้เกิดการพัฒนาและแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- ๓.๒ พัฒนาเพื่อขยายรูปแบบและภาคีในการทำงานกับเยาวชนเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ รวมทั้งขยายการดำเนินงานในกลุ่มอาชีวศึกษา กลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มผู้มีภูมิลำเนาในชนบท และพื้นที่ภาคใต้ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่สูง
- ๓.๓ พัฒนาและขยายเครือข่ายในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มต่างๆ ทั้งที่ดำเนินการมาแล้วหรือภาคีใหม่ เช่น กลุ่มธุรกิจโรงแรม โรงพยาบาล สตรี สื่อมวลชน ผู้ใช้แรงงาน กลุ่มคนที่เลิกบุหรี่ได้ กลุ่มผู้นำทางสังคมที่ไม่สูบบุหรี่ และการพัฒนาช่องทางสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ใหม่ๆ ในกลุ่มเป้าหมายเยาวชน
- ๓.๔ ขยายแนวร่วมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนงานด้านการรณรงค์และการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย เช่น เครือข่ายสถานประกอบการปลอดบุหรี่ เครือข่ายโรงแรมปลอดบุหรี่ เครือข่ายสถาบันสุขภาพเด็กและภาคีวิชาการเวช สำนักงาน หอพัก เครือข่ายผู้ไร้กล่องเสียง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายสถานีตำรวจ เครือข่ายจังหวัดปลอดบุหรี่ เพื่อให้เป็นต้นแบบของสถานที่ราชการปลอดบุหรี่และเห็นความสำคัญของการบังคับใช้กฎหมายการจัดเขตปลอดบุหรี่ เครือข่ายครุระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา เพื่อการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ของเยาวชน ตลอดจนเครือข่ายเยาวชนอาสาสร้างสถานศึกษาปลอดบุหรี่
- ๓.๕ สนับสนุนการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ เพื่อรณรงค์ลดการบริโภคและการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายในภาคประชาสังคม ตลอดจนการสนับสนุนภาคีเครือข่ายของ สสส. กับแผนอื่นๆ ทั้งภาคีเชิงประเด็น ภาคีเชิงองค์กร และภาคีเชิงพื้นที่ เพื่อสอดแทรกการลดการบริโภคยาสูบในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ
- ๓.๖ การสนับสนุนให้เกิดการสร้างนวัตกรรม ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร และการพัฒนาสื่อนวัตกรรมให้แก่หน่วยงานต่างๆ อาทิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการ สถานศึกษา
- ๓.๗ การพัฒนาและขยายผลนวัตกรรมในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในองค์กรที่มีนโยบายพัฒนาคุณภาพการจัดเขตปลอดบุหรี่ให้มีประสิทธิผล รวมทั้งการสนับสนุนบุคลากรที่ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่เพื่อขยายเครือข่ายแนวร่วมให้มากขึ้น
- ๓.๘ ส่งเสริมและสนับสนุนให้เครือข่ายภาคีการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม โดยจะสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายทางด้านองค์ความรู้ที่ถอดบทเรียนจากการทำงานและสื่อพร้อมใช้ รวมทั้งการจัดกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพและติดตาม เพื่อเสริมหนุนการดำเนินโครงการของเครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายโรงพยาบาล เครือข่ายครู และเครือข่ายเยาวชน

๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนบริการบำบัดรักษาการติดยาโคโคติน

- ๔.๑ การพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ระดับชาติ หรือสายด่วนเลิกบุหรี่แห่งชาติ (National Quitline) ให้เข้มแข็งขึ้น รวมทั้งพัฒนาให้เกิดคู่มือในการช่วยบำบัดรักษาการติดยาโคโคตินในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย อาทิ กลุ่มผู้หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กและเยาวชน เป็นต้น เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ รวมถึงการพัฒนาแบบบริการรับและส่งต่อผู้ติดบุหรี่ระหว่างศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติกับโรงพยาบาลนำร่องให้พร้อมสำหรับการขยายผลในระดับประเทศ

๔.๒ สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อการไม่สูบบุหรี่ อาทิ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย เป็นต้น เพื่อขยายการส่งเสริม และกระตุ้นให้บุคลากรสาธารณสุขเข้ามามีบทบาทในการผลักดันนโยบาย สนับสนุนระบบบริการ เลิกบุหรี่ รวมถึงการส่งต่ออย่างเป็นระบบ ตลอดจนการขยายและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร ในการให้คำแนะนำช่วยเลิกบุหรี่ และการสนับสนุนนวัตกรรมเลิกบุหรี่

๕. กลุ่มแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

๕.๑ เชื่อมประสาน บูรณาการการทำงานกับสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นองค์กรหลัก ในระบบสุขภาพที่รับผิดชอบงานด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๕.๒ พัฒนาชุดความรู้ที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรม การสูบบุหรี่ การบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกาย ที่ไม่เพียงพอ ต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ ๓ โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งลำไส้และมะเร็งปอด

๕.๓ สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ผสมผสานไปกับการดำเนินงานปกติในระบบบริการสาธารณสุข และในกลุ่มสถานประกอบการ

ภาคีหลัก

คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สมาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สมาคมหมออนามัย สมาคมนักการแพทย์ แพทย์แผนไทย มูลนิธิส่งเสริมวิจัยทางการแพทย์ มูลนิธิใบไม้เขียว สมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม มูลนิธิเพื่อนหญิง เครือข่ายยุวทัศน์ เครือข่ายหมออนามัย เครือข่ายพระ มูลนิธิสร้างสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย สื่อมวลชน ภาคธุรกิจเอกชนต่างๆ หน่วยราชการทุกกระทรวง โดยเฉพาะกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงยุติธรรม กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย	๑๔๔
๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร	๕
๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่าย การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่	๑๖๗
๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนบริการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด	๓๐
๕. กลุ่มแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ	๑๔
รวม	๓๖๐

หมายเหตุ : กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร ใช้งบอนุมัติของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ สำหรับการดำเนินงานในปีนี้

๒

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

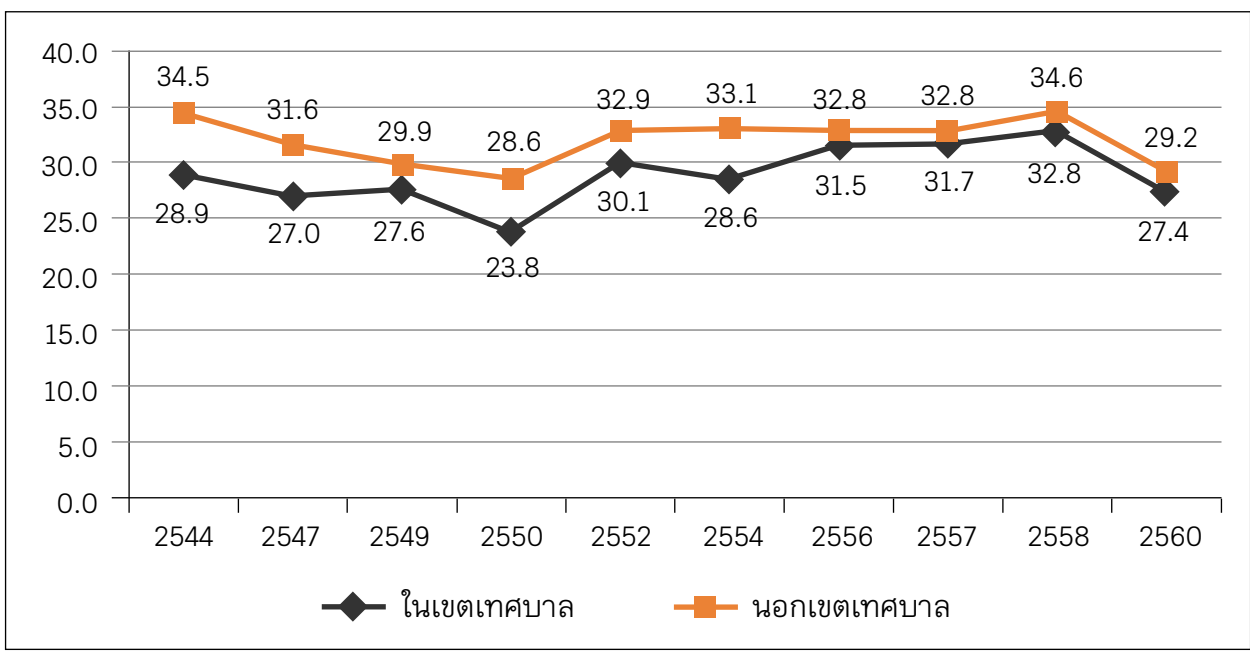
แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด มุ่งตอบสนองเป้าประสงค์และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (The Sustainable Development Goals : SDGs) ที่กล่าวถึงการมีสุขภาพในการดำรงชีวิตและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ สอดรับกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ในยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ในประเด็นปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรม และประเด็นเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี รวมถึงสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมในประเด็นการเสริมสร้างพลังทางสังคม ยุทธศาสตร์ที่ ๖ ด้านการปรับสมดุลและพัฒนา ระบบบริหารจัดการภาครัฐ ในประเด็นกฎหมายมีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทต่างๆ และมีเท่าที่จำเป็น โดยแผนฯ จะมุ่งดำเนินการให้เกิดผลลัพธ์สำคัญ ประกอบด้วย ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

สถานการณ์และแนวโน้ม

ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมา จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๖๐ ความชุกการดื่มของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีอัตราค่อนข้างคงที่ โดยมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ ๓๒.๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๓๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ และในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ลดลงเป็นร้อยละ ๒๘.๔ โดยสถานการณ์แนวโน้มที่ชี้ปัญหาสำคัญ คือ สัดส่วนของนักดื่มหญิงที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๙.๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๑๐.๖ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐

นักดื่มที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนสูงกว่านักดื่มที่อยู่ในเขตเทศบาลตลอดช่วงเวลา โดยใน พ.ศ. ๒๕๔๔ มีนักดื่มในเขตเทศบาลร้อยละ ๒๘.๙ และนอกเขตเทศบาลร้อยละ ๓๔.๕ และในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีนักดื่มในเขตเทศบาลร้อยละ ๒๗.๔ และนอกเขตเทศบาลร้อยละ ๒๙.๒ โดยสถานการณ์การบริโภค แอลกอฮอล์ในภูมิภาค จากข้อมูลผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่าภาคเหนือ มีความชุกของนักดื่มสูงสุด คือ ร้อยละ ๓๕.๔ รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ ๓๒.๘ ภาคกลาง ร้อยละ ๒๗.๓ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ ๒๕.๓ และภาคใต้มีความชุกของนักดื่มน้อยที่สุด ร้อยละ ๑๖.๑ เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่า จังหวัดที่มีการดื่มสุรารายอย่างสม่ำเสมอมากกว่า ร้อยละ ๔๐ มีจำนวนทั้งสิ้น ๕ จังหวัด ได้แก่ จ.เชียงราย (ร้อยละ ๔๕.๓) รองลงมาเป็น จ.ลำพูน (ร้อยละ ๔๔.๑) จ.พะเยา (ร้อยละ ๔๔.๐) จ.น่าน (ร้อยละ ๔๒.๔) และ จ.สุรินทร์ (ร้อยละ ๔๐.๖)^{๑๗, ๑๘}



ภาพที่ ๓ ความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรจำแนกในและนอกเขตเทศบาล ปี ๒๕๔๔ - ๒๕๖๐

ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยวิธีการตรวจร่างกาย (Health Exam Survey) ครั้งที่ ๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่า ประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ ๓๘.๙ ซึ่งลดลงจากร้อยละ ๔๕.๓ ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่า สัดส่วนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยมีแนวโน้มคงที่ ทั้งนี้สัดส่วนของการดื่ม ในเพศชาย สูงเป็น ๔ ถึง ๕ เท่าของเพศหญิงโดยตลอด

ทั้งนี้ สัดส่วนของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายลดลง ข้อมูลจากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยวิธีการตรวจร่างกาย พบว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายลดลงจากร้อยละ ๙.๑๐ ใน พ.ศ. ๒๕๔๗ เหลือร้อยละ ๓.๔๐ ใน พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยลดลงทั้งในเพศชาย และเพศหญิง ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมการดื่มแบบหนักของประชากรไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้นคือดื่มลดลง^{๑๙}

^{๑๗} การสำรวจพฤติกรรมมารุสุบหนุหุและการดื่มสุรารายของประชากร ปี ๒๕๔๔, ๒๕๔๗, ๒๕๕๐, ๒๕๕๔, ๒๕๕๗, ๒๕๖๐, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
^{๑๘} การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี ๒๕๔๔, ๒๕๕๒, ๒๕๕๖, ๒๕๕๘, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
^{๑๙} รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๓ (ปี ๒๕๔๖-๒๕๔๗) ครั้งที่ ๔ (ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๒) และ ครั้งที่ ๕ (ปี ๒๕๕๖-๒๕๕๗).นนทบุรี; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ตามลำดับ) ^{๒๔} ข้อมูลภาวะสังคมไทย โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ลดลง จาก ๑๕๑,๖๐๗ ล้านบาท ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ เป็น ๑๔๔,๔๓๙ ล้านบาทใน พ.ศ. ๒๕๕๙ ^{๒๕} โดยความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๔ ผลจากการวิจัยการศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ในประเทศไทย ได้ประมาณการความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการตี้มแอลกอฮอล์ พบว่าเครื่องตี้ม แอลกอฮอล์ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งหมดคิดเป็นมูลค่า ๙๐,๐๐๐ ล้านบาท ซึ่งความสูญเสียจาก เครื่องตี้มแอลกอฮอล์กว่าร้อยละ ๙๐ เป็นความสูญเสียทางอ้อม (เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ขาดงาน) แสดงให้เห็นว่า เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ส่งผลให้เกิดความสูญเสียต่อสังคมวงกว้าง ^{๒๖}

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ประชากรไทยอายุ ๑๒ - ๖๕ ปี มีแนวโน้มการใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจครัวเรือนระดับชาติ เพื่อประมาณการจำนวนผู้ใช้สารเสพติดทั่วประเทศ พบว่า ใน ๒๕๕๙ ประชากรไทยจำนวน ๔๙,๙๙๒,๔๖๖ คน มีผู้ที่เคยใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดในชีวิต จำนวน ๕,๖๕๔,๗๕๒ คน โดยมีผู้ที่รายงานว่าใช้สารเสพติด ชนิดใดชนิดหนึ่งใน ๑ ปี จำนวน ๑,๒๕๑,๓๙๒ คน และมีผู้ที่รายงานว่าใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน ๓๐ วัน จำนวน ๗๙๔,๕๕๒ คน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๔ ที่มีผู้เคยใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดในชีวิต จำนวน ๓,๔๘๐,๐๐๐ ล้านคน โดยมีผู้ที่รายงานว่าใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน ๑ ปี จำนวน ๕๘๐,๐๐๐ คน และมี ผู้ที่รายงานว่าใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน ๓๐ วัน จำนวน ๓๔๐,๐๐๐ คน ^{๒๗} ซึ่งประเภทสารเสพติดที่ เคยใช้มากที่สุด ๓ อันดับแรก คือ กัญชา พิษกระท่อม ยาบ้า โดย ประชากรไทยอายุ ๑๒ - ๖๕ ปี ที่เคยใช้พิษ กระท่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี ๒๕๕๙ จำนวน ๒,๙๒๕,๖๓๘ คน จากที่ในปี ๒๕๕๔ มีอยู่ที่ ๑,๒๒๘,๑๑๘ คน และในปี ๒๕๕๙ ผู้ที่เคยใช้ยาบ้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน จาก ๙๐๒,๒๔๔ ในปี ๒๕๕๔ เป็น ๑,๖๘๗,๖๓๑ ในปี ๒๕๕๙ ในขณะที่ผู้ที่เคยใช้กัญชามีแนวโน้มลดลง จากจำนวน ๒,๔๘๓,๐๓๓ คน ในปี ๒๕๕๔ ลดลงเป็น ๒,๓๖๔,๐๓๘ คน ในปี ๒๕๕๙ ^{๒๘} โดยพิษกระท่อมเป็นสารที่มีความชุกของการใช้ในปัจจุบันมากที่สุด ประเภทสารเสพติดที่ใช้ใน ๑ ปี มากที่สุด ๓ อันดับแรก คือ พิษกระท่อม ยาบ้า กัญชา โดยประชากรไทยอายุ ๑๒ - ๖๕ ปี ที่ใช้พิษกระท่อม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี ๒๕๕๙ จำนวน ๗๘๒,๖๘๒ คน จากที่ในปี ๒๕๕๔ มีอยู่ที่ ๔๐๔,๕๔๘ คน และในปี ๒๕๕๙ ผู้ที่เคยใช้ยาบ้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน จาก ๙๒,๕๑๐ ในปี ๒๕๕๔ เป็น ๒๘๙,๔๑๓ ในปี ๒๕๕๙ โดยผู้ที่ใช้ กัญชาก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากจำนวน ๙๘,๐๕๐ คน ในปี ๒๕๕๔ เป็น ๒๐๙,๗๑๒ คน ในปี ๒๕๕๙ ^{๒๙} ซึ่งจำนวน ผู้ใช้สารเสพติดแบบผิดในปัจจุบันเพิ่มมากขึ้น จากการประมาณการจำนวนผู้ฉีดสารเสพติด โดยใช้วิธี network scale up พบว่า ในปี ๒๕๕๗ จำนวนผู้ฉีดสารเสพติดประมาณ ๗๕,๐๐๐ คน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๔ ที่มีจำนวนผู้ฉีดสารเสพติดอยู่ที่ ประมาณ ๔๐,๓๐๐ คน ^{๓๐}

^{๒๔} การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการตี้มสุราของประชากร พ.ศ. ๒๕๕๗, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

^{๒๕} ค่าใช้จ่ายและร้อยละของเครื่องตี้มแอลกอฮอล์และบุหรี่ (แบบปริมาณลูกโซ่) ปี พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๕๙ รายปี. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนา การเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เข้าถึงเมื่อวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=1290&template=2R1C&yeartype=M&subcatid=25

^{๒๖} รัชนิภา โกมลไพศาล (๒๕๕๘). การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๔; การพัฒนาไฟล์ต้นแบบในการประเมิน.

^{๒๗, ๒๘, ๒๙} เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) การสำรวจครัวเรือน เพื่อประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๔, ๒๕๕๙.

^{๓๐} คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. รายงานโครงการประมาณการจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดและแพร่เชื้อ เอชไอวีทั่วประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๑. กรุงเทพฯ: เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด กระทรวงยุติธรรม; ๒๕๕๒.

การสำรวจพฤติกรรมการเสพติดในนักเรียนระดับ ม.๑ ม.๓ ม.๕ และ ปวช.๒ ใน พ.ศ. ๒๕๕๐, ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๘ ใน พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่า นักเรียนชั้นปวช.๒ เพศชายเสพกัญชา กระท่อม/น้ำกระท่อม และยาบ้า ในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา เท่ากับ ร้อยละ ๓.๕, ๒.๔ และ ๑.๐ ตามลำดับ เพศหญิงเสพกระท่อม/น้ำกระท่อม กัญชา และยาบ้า เท่ากับ ร้อยละ ๑.๔, ๑.๒ และ ๐.๑ ตามลำดับ ส่วนนักเรียนชั้น ม.๕ เพศชาย เสพกัญชา กระท่อม/น้ำกระท่อม และยาบ้า เท่ากับ ร้อยละ ๓.๑, ๑.๘ และ ๑.๒ ตามลำดับ เพศหญิงเสพ กัญชา กระท่อม/น้ำกระท่อม และยาบ้า เท่ากับ ร้อยละ ๐.๗, ๐.๖ และ ๐.๒ ตามลำดับ ^{๓๑}

สถิติการจับกุมคดีสารเสพติดผิดกฎหมายใน พ.ศ. ๒๕๕๕ ยาบ้าถูกจับกุมมากที่สุด ๗๗,๒๙๖ คดี ตามมาด้วยพืชกระท่อม ๑๘,๑๖๐ คดี น้ำกระท่อม ๙,๕๔๙ คดี ไอซ์ ๘,๘๗๗ คดี และกัญชาแห้ง ๗,๓๕๒ คดี หากมองแนวโน้มความนิยมของการจำหน่ายของผู้ค้าหรือการจับกุมของตำรวจผ่านจำนวนคดีการจับกุมของ สารเสพติดแต่ละชนิด จะพบว่าไอซ์ถูกจับกุมเป็นคดีสูงสุดที่ พ.ศ. ๒๕๕๕ แล้วลดลงหลังจากนั้น ยาบ้าและ กัญชาแห้งถูกจับกุมเป็นคดีสูงสุดใน พ.ศ. ๒๕๕๖ แล้วลดลงหลังจากนั้น ส่วนพืชกระท่อมและน้ำกระท่อม ถูกจับเป็นคดีสูงสุดใน พ.ศ. ๒๕๕๘ แล้วลดลงหลังจากนั้น ซึ่งข้อมูลจำนวนผู้ต้องขัง ประเทศไทยมีจำนวน ผู้ต้องขัง ๓๐๘,๐๘๓ คน คิดเป็นจำนวนผู้ต้องขัง ๔๕๕ ต่อแสนประชากร เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ ทั่วโลก ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีจำนวนผู้ต้องขังสูงเป็นอันดับ ๖ ของโลก มีอัตราจำนวนผู้ต้องขังต่อแสน ประชากรเป็นอันดับ ๙ ของโลก มีความจุของผู้ต้องขังอย่างเป็นทางการเป็นอันดับ ๖ ของโลกเช่นกัน (ความจุ ของผู้ต้องขังอย่างเป็นทางการของประเทศไทย คือ ๒๑๗,๐๐๐ คน) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างจำนวน ผู้ต้องขังจริงกับความจุของผู้ต้องขังอย่างเป็นทางการจะพบว่าประเทศไทยมีอัตราการขังผู้ต้องขังคิดเป็น ร้อยละ ๑๔๔ ของความจุอย่างเป็นทางการ ซึ่งหมายถึงคนล้นเรือนจำนั่นเอง ^{๓๒}

ยาเสพติด เป็นภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากการมีปัญหการใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย โดย ในปี ๒๕๕๖ พบจำนวนปีสูญเสียสุขภาพอยู่ที่ ๕,๒๘๐ ปี ของประชากรไทย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการสูญเสีย ที่พบในประชากรชายเช่นเดียวกับการสูญเสียปีสุขภาพที่เกิดจากปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ ^{๓๓} การเสพ สารเสพติดผ่านเข็มฉีดยา (IDU) ได้กลายเป็นความเสี่ยงสูงสุดต่อการกระจายตัวของการติดเชื้อเอชไอวี ในหมู่ผู้เสพยาเสพติดผ่านทางเข็มฉีดยา และแพร่ไปสู่คู่นอนจนถึงประชากรโดยทั่วไป ในปี ๒๕๕๕ พบว่า มีผู้เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดติดเชื่อร้อยละ ๒๕.๒ ของประชากรที่ติดเชื่อเอชไอวี นอกจากนี้การใช้สารเสพติด ส่งผลกระทบต่อความผิดปกติ จากการสำรวจระดับชาติด้านสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี ๒๕๕๖ พบว่าความชุกของความผิดปกติ (การใช้สารเสพติดผิดแผน : Substance Abuse และการติดสารเสพติด : Substance Dependence) ของผู้ที่ใช้สารเสพติดในช่วง ๑ ปีที่ผ่านมา เป็นเพศชาย ๒๓๓,๙๖๗ คน และเป็นเพศหญิง ๖๗,๒๕๓ ^{๓๔} สำหรับจำนวนผู้ที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นจนสูงสุดใน พ.ศ. ๒๕๕๕ และ ๒๕๕๖ ที่จำนวน ๓๓๖,๔๙๔ และ ๓๓๖,๑๔๘ รายตามลำดับ แล้วเริ่มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เหลือ ๒๔๗,๗๙๘ ลดลงเหลือ ๑๕๓,๘๙๓ และ ๘๘,๒๙๕ รายใน พ.ศ. ๒๕๕๘, ๒๕๕๙ แต่ในปี ๒๕๖๐ พบผู้เข้ารับ

^{๓๑} เครือข่ายวิชาการสารเสพติด. การเฝ้าระวังพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับ มัธยมศึกษาในประเทศไทย; ๒๕๕๘.

^{๓๒} เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง “โลกาภิวัตน์ ทุนนิยมสุดโต่ง การเสพติด ผู้ต้องขังล้นเรือนจำ: ปัญหาและทางออก” ซึ่งจัดขึ้นเมื่อ วันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๐ ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลพลาซ่าลาดพร้าว กรุงเทพมหานคร

^{๓๓} สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๖. กรุงเทพฯ: แผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาต้นปีประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; ๒๕๕๖.

^{๓๔} กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจระดับชาติด้านสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๕๖. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข; ๒๕๕๖.

การบำบัดเพิ่มขึ้นเป็น ๒๑๗,๐๑๙ ราย โดยกลุ่มอายุที่เข้ารับการบำบัดมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ ๒๐ - ๒๔ ปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๒๒.๐ ของผู้เข้ารับการบำบัดทั้งระบบในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ทั้งนี้ประเภทสารเสพติดที่ผู้เข้ารับการบำบัดใช้มากที่สุด จากการสำรวจปี พ.ศ. ๒๕๕๙ คือ ยาบ้า กว่าร้อยละ ๗๐ รองลงมา คือ กัญชา ร้อยละ ๗.๒ และไอซ์ ร้อยละ ๕.๒ ^{๓๔}

สถานการณ์ด้านอุปทาน พบว่าการค้ายาระหว่างประเทศ การลักลอบนำเข้าสารเสพติดมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงอยู่ในระดับที่รุนแรงอยู่ พื้นที่ชายแดนโดยเฉพาะภาคเหนือตอนบนยังคงเป็นพื้นที่ลักลอบนำเข้าสำคัญของยาบ้าและไอซ์ ส่วนกัญชาจะมาจากชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขณะที่ตัวยาอื่นๆ มีการลักลอบจากประเทศในภูมิภาคอื่นทางเครื่องบิน โดยจะมีการนำลงในสนามบินภูมิภาคแทนในส่วนกลางหรือส่งผ่านบริษัทรับส่งพัสดุสินค้าระหว่างประเทศ ^{๓๖} และกลุ่มชนเผ่าเข้ามาเกี่ยวข้องกับขบวนการค้าสารเสพติด ทั้งการจัดหา และการลักลอบลำเลียง ส่วนการค้ายาภายในประเทศมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น นักค้ารายย่อยเพิ่มมากขึ้น โดยนักค้ารายใหญ่ยังคงมีบทบาทในการดำเนินการ การลำเลียงในปริมาณมากในระดับล้านเม็ดถูกแบ่งการลำเลียงเป็นระดับแสนเม็ดเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมามากกว่า ๑ เท่าตัว (๔๐ คดีในปี ๒๕๕๘ เป็น ๘๖ คดีในปี ๒๕๕๙) เพื่อลดการสูญเสีย ปัจจุบันนี้มีการโฆษณาเชิญชวนและจำหน่ายยาเสพติดทางอินเทอร์เน็ต จากการจับกุมคดีผลิตไอซ์ในช่วงปี ๒๕๕๒ - ๒๕๕๓ มีผู้ต้องหาระบุว่าได้เรียนรู้การผลิตและสั่งซื้อสารตั้งต้นจากอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้ยังปรากฏว่ามีหลายเว็บไซต์ที่มีการโฆษณาเชิญชวนและจำหน่ายยาเสพติด

จุดเน้นของแผน

๑. พัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑.๑ สนับสนุนการออกกฎหมายมาตรการและนโยบายสาธารณะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความจำเป็นทั้งเร่งด่วนและระยะยาว รวมทั้งกฎหมายที่อยู่ในกระบวนการแล้ว โดยสนับสนุนภาคีระบบหลัก ภาครัฐ ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ในการพัฒนากฎหมาย มาตรการ และนโยบายสาธารณะ ทั้งมาตรการด้านอุปสงค์ และด้านอุปทาน รวมถึงผลักดันให้เกิดกลไกการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ทุกภาคส่วน ทั้งระดับพื้นที่และระดับชาติ ซึ่งมุ่งเน้นการดำเนินงานด้านต่างๆ ดังนี้

- ๑) มาตรการ หลักเกณฑ์ การห้ามโฆษณาผ่านโซเซียลมีเดีย สื่อออนไลน์รูปแบบต่างๆ และกิจกรรมส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ
- ๒) มาตรการจำกัดจำนวนใบอนุญาต/เพิ่มค่าธรรมเนียม กำหนดหลักเกณฑ์ในการขอ/ต่อใบอนุญาต และอัตราโทษ การขึ้นภาษี และปกป้องการแทรกแซงนโยบายแอลกอฮอล์จากการค้าเสรี

^{๓๔} สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.). รายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด ปีงบประมาณ ๒๕๕๔-๒๕๕๙.

^{๓๖} สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.). รายงานสถานการณ์ยาเสพติด ๒๕๕๙. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม.

๓) เสนอมาตรการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน และเยาวชน เช่น มาตรการห้ามขาย ห้ามดื่มในเด็กที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี

๑.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อเร่งอัตราการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาทิ การศึกษาทบทวนและพัฒนามาตรฐานเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย และการตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย/เรื่องร้องเรียน รวมทั้งการประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและปราบปรามการกระทำผิด พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑

๑.๒ สนับสนุนให้เกิดการจัดทำแผนงานควบคุมยาสูบ-เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัด เป็นงานประจำของกระทรวงสาธารณสุข

๑.๔ สนับสนุน ส่งเสริม ผลักดันให้ภาคีนอกภาครัฐ เช่น ภาคีสื่อมวลชน ภาคีภาคธุรกิจ ร่วมดำเนินงานด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดอย่างเป็นระบบ

๑.๕ สนับสนุนการออกนโยบายระดับชุมชน พื้นที่/จังหวัด และท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องกับงานเทศกาล งานบุญประเพณี เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนให้เกิดผลเชิงระบบ

๒. การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๒.๑ พัฒนาระบบฐานข้อมูลที่จำเป็นความรู้ทางระบาดวิทยาและกรณีศึกษาของสถานการณ์ต่างๆ เพื่อการควบคุมยาสูบ และพัฒนาความรู้เพื่อความเข้าใจระบบ สังเคราะห์นโยบายงานวิจัย และงานวิชาการให้ง่ายต่อการนำไปใช้งาน/สื่อสาร

๒.๒ สนับสนุนให้มีการพัฒนาต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพเชิงโปรแกรม พื้นที่/องค์กร และสนับสนุนให้เกิดการถอดบทเรียน รวบรวมต้นแบบและสังเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์จากการจัดงานเทศกาล งานบุญประเพณีปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ต่อยอดและขยายผล

๒.๓ การพัฒนางานวิจัย/งานวิชาการที่มีผลต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย (Evidence-based policy) และพัฒนาความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ (Action Research) นำไปสู่การใช้ประโยชน์ เพื่อการขับเคลื่อนของเครือข่ายรณรงค์ และนำความรู้ที่ได้สื่อสารเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคม

๒.๔ พัฒนารูปแบบและวิธีการประเมินผลต่างๆ (นโยบาย/กฎหมาย/แผน) ที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการประเมินผลลัพธ์ในเชิงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม

๒.๕ พัฒนาศักยภาพนักวิจัย นักวิชาการ นักประเมินผล ให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างประเทศ

๓. การพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ๓.๑ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา รูปแบบกิจกรรมการรณรงค์และมาตรการใหม่ๆ ที่เข้าถึงและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน กลุ่มอาชีวศึกษา ผู้หญิง ผู้ชาย/ผู้ที่อยู่ในชุมชน
- ๓.๒ สนับสนุนให้เกิดการสร้างเครือข่ายคนหัวใจหิน (คนงดเหล้าครบพรรษา) และคนเลิกเหล้าตลอดชีวิต (คนหัวใจเพชร) เพื่อให้มีบทบาทเป็นคนเลิกเหล้ารณรงค์ชวนคนเลิกเหล้าในองค์กรต่างๆ เช่น โรงเรียน โรงงาน หน่วยงานราชการ สถานประกอบการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง และเป็นกลไกสำคัญในการรณรงค์งดเหล้าตามเทศกาล งานบุญประเพณีต่างๆ
- ๓.๓ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา กิจกรรม “ความสุขทางเลือก” (สุขได้ไร้แอลกอฮอล์) ในรูปแบบต่างๆ กิจกรรมความสุขทางเลือกในกลุ่มเด็กเยาวชน และงานเทศกาลหรือบุญประเพณีต่างๆ ที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนค่านิยมชุมชนสังคม
- ๓.๔ สนับสนุนให้เกิดการสื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างบรรทัดฐานสังคมให้เห็นว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าไม่ธรรมดา (de-normalization) อย่างต่อเนื่อง และการตอบโต้ธุรกิจแอลกอฮอล์ เรื่องการทำการตลาดที่ขาดความรับผิดชอบ โดยเฉพาะในงานกิจกรรมดนตรี กีฬา และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน เช่น การติดตามข่าวผลกระทบที่เกิดกับเด็กและเยาวชน ปัญหาความรุนแรงอันมีสาเหตุจากการดื่ม เพื่อสื่อสารให้สังคมรับรู้อย่างต่อเนื่อง
- ๓.๕ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา ค่ายภาพบุคคลากรและเครือข่ายคนทำงานด้านรณรงค์ ให้มีขีดความสามารถในการชักจูง เชื่อมร้อยและขยายเครือข่าย พัฒนาความรู้ความเข้าใจในกฎหมาย นโยบายและมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะในการสื่อสารสาธารณะเพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคมต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๓.๖ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา ระบบติดตาม/ประเมินผล เพื่อประเมินผลลัพธ์ เช่น ระดับการรับรู้ ระดับความตระหนัก การลด ละ เลิก และการบอกต่อของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละโครงการรณรงค์ รวมถึงการประเมินผลเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและประเมินเพื่อปรับปรุงให้ต่อเนื่อง เพื่อหาแนวทางการรณรงค์ที่มีประสิทธิภาพ

๔. การสนับสนุนทุนอุปถัมภ์ทดแทนธุรกิจแอลกอฮอล์

- ๔.๑ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา ยุทธศาสตร์ในการให้ทุนอุปถัมภ์กิจกรรมต่างๆ ให้ครอบคลุมทั้งกิจกรรมด้านประเพณีวัฒนธรรมและกิจกรรมด้านอื่นๆ เช่น การกำหนดยุทธศาสตร์การชวงชิงพื้นที่เทศกาลอาหาร ดนตรี กีฬา เป็นต้น
- ๔.๒ สนับสนุนให้เกิดการสื่อสารสาธารณะเพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคมในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานเทศกาล งานบุญประเพณีต่างๆ

- ๔.๓ สนับสนุนให้หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับงานเทศกาล งานบุญประเพณี เป็นเจ้าภาพหลัก ในการขับเคลื่อนให้เกิดผลเชิงระบบ
- ๔.๔ สนับสนุนให้เกิดการสรุปบทเรียน รวบรวมต้นแบบและสังเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์จาก การจัดงานเทศกาล งานบุญประเพณีปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ ต่อยอดและขยายผล

๕. การพัฒนารูปแบบและระบบบริการเลิกสุรา

- ๕.๑ พัฒนารูปแบบระบบการบำบัดและส่งต่อให้ชัดเจน มีประสิทธิภาพ และเพิ่มการเข้าถึงบริการ ช่วยเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ
- ๕.๒ สนับสนุนให้เกิดการเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน
- ๕.๓ สนับสนุนองค์ความรู้และพัฒนาเครื่องมือการให้คำปรึกษา การคัดกรอง การรักษาผู้มีปัญหา จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

๖. สนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

- ๖.๑ พัฒนาศูนย์วิชาการการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเพื่อให้มีความคล่องตัวใน การพัฒนางานวิชาการอย่างต่อเนื่องทันต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด
- ๖.๒ พัฒนางานวิชาการและงานวิจัย พัฒนาระบบข้อมูล ต่อยอดองค์ความรู้ เพื่อการผลักดัน นโยบายการป้องกัน ดูแลและแก้ไขปัญหายาเสพติด (Policy-Driven Research) รวมไปถึงการจัดการข้อมูลให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายอย่างเท่าเทียมกัน ในจุด คำนึงที่สำคัญ ๓ ด้าน ได้แก่ “ยา” “คน” “สิ่งแวดล้อม”
- ๖.๓ พัฒนางานเชิงระบบ สร้างนวัตกรรมในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมใน การแก้ไขและจัดการปัญหายาเสพติด เพื่อสามารถรองรับสถานการณ์ทางสังคม ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว
- ๖.๔ เสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและปัจจัย ที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาเสพติดและมาตรการในการจัดการและป้องกันปัญหายาเสพติด รวมไปถึงการสนับสนุนการทำงานของภาคประชาชนและประชาสังคมในการจัดการปัญหา ยาเสพติด
- ๖.๕ พัฒนาและเชื่อมประสานกับหน่วยงานภาครัฐ และเครือข่ายภาคประชาชนในการป้องกัน ดูแลและแก้ไขปัญหายาเสพติด

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

๑. ลดอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนไทย และป้องกันนักเสพหน้าใหม่

วัตถุประสงค์รอง

๑. พัฒนาฐานข้อมูล องค์ความรู้และการจัดการความรู้ที่จำเป็น เพื่อการควบคุมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๒. พัฒนาให้เกิดมาตรการ สิ่งแวดล้อม นโยบายและกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสนับสนุนให้เกิดการบังคับใช้นโยบายและกฎหมายที่มีอยู่
๓. พัฒนาเครือข่ายการมีส่วนร่วมจากประชาชนและองค์กรต่างๆ ในการสื่อสารและสร้างการรับรู้ ความตระหนักในสังคมและในประชาชนกลุ่มต่างๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนค่านิยมในสังคม และการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๔. พัฒนากลไกพื้นฐานและระบบที่สำคัญ เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๕. พัฒนารูปแบบและบริการเลิกสุราที่มีประสิทธิภาพ
๖. พัฒนาให้เกิดเครือข่าย องค์ความรู้ ฐานข้อมูล และการจัดการความรู้ที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดนโยบาย กฎหมาย มาตรการและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อแนวโน้มการลดลงของอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือนโยบายด้านการบริการสนับสนุนการเลิกดื่มสุราในประชากรไทย/ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ในระดับต่างๆ อย่างน้อย ๑ นโยบาย กฎหมายหรือมาตรการ โดยพัฒนา/ผลักดันนโยบาย กฎหมาย มาตรการ แนวปฏิบัติเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓
๒. มีโปรแกรมเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Tobacco & Alcohol Surveillance System : TAS) ที่สามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานได้จริง
๓. เกิดองค์ความรู้จากการวิจัยที่จำเป็นสำหรับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง โดยมีการสื่อสารงานวิจัยสำคัญในการควบคุมยาสูบต่อสาธารณะ ผ่านช่องทางต่างๆ อย่างน้อยปีละ ๓ ครั้ง และมีเวทีระดับชาติทุกปี
๔. เกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นการลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ในประชากรไทยอย่างน้อย ๒ ประเด็น โดยมีจำนวนชิ้นข่าวที่ได้รับการเผยแพร่ต่อสื่อมวลชน ผ่านสื่อหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต

๕. เกิดกิจกรรมเพื่อทดแทนทุนอุปถัมภ์ของธุรกิจแอลกอฮอล์โดยในส่วนของประเพณีวัฒนธรรมในงานประเพณี และในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ อย่างน้อยปีละ ๑๕๐ งาน ซึ่งส่งผลต่อการส่งเสริมนโยบายสาธารณะด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๖. เกิดองค์ความรู้ต่อการพัฒนาระบบบำบัดการเลิกสุรา ๒ เรื่อง และเกิดรายงานข้อมูลการคัดกรองและการบำบัดผู้เสพเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระบบ ๔๓ แพ้ม ของกระทรวงสาธารณสุข
๗. เกิดองค์ความรู้ งานวิชาการ ระบบข้อมูล และ ฐานข้อมูลวิชาการในด้านการป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพสารเสพติด (อาจเกี่ยวพันประเด็นการเสพยาและบุหรี่ยด้วย) อย่างน้อย ๒ เรื่อง ที่สนับสนุนต่อการดำเนินงานจัดการกับปัญหาเสพติดของภาคส่วนต่างๆ

ตัวชี้วัดร่วม

๘. เกิดการสนับสนุนและส่งเสริมให้องค์กรมีการดำเนินกิจกรรมเพื่อการลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน ๔๐ องค์กร โดยเป็นการบูรณาการการทำงานระหว่างแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กับแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
๙. ร่วมกับแผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม สร้างกระแสสังคมและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายในเรื่องการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดในผู้ขับขี่ทุกรายที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนเพื่อร่วมสนับสนุนการทำงานให้กับหน่วยงานภาครัฐ

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

๑. เชื่อมโยงภาคีหลักที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็นเพื่อสร้างเป้าหมายร่วมในด้านการควบคุมยาสูบ ตลอดจนการเชื่อมร้อยการทำงานเพื่อเสริมพลังซึ่งกันและกัน ได้แก่ พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม เพื่อสร้างการมีสุขภาวะที่ดี
๒. พัฒนาระบบข้อมูลเชิงวิชาการและจัดการความรู้เพื่อใช้ประโยชน์ในการผลักดันงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด ตลอดจนเพื่อการสนับสนุนงานรณรงค์ การขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการติดตามประเมินผล
๓. พัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และประชาชน
๔. พัฒนาด้านแบบ นวัตกรรมหรือรูปแบบการดำเนินงานใหม่ๆ ที่ทำให้ลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัญหาจากการใช้ยาเสพติด รวมถึงรณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจากธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาเสพติด ผ่านช่องทางการสื่อสาร และการทำงานของภาคีเครือข่ายต่างๆ

๕. ขยายการเข้าถึงบริการช่วยเหลือการบริโภคเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ทั้งในและนอกระบบบริการสาธารณสุข
๖. เชื่อมโยงการทำงานด้านการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส.

กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ประกอบด้วย ๖ กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงานมีภารกิจโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์

๑.๑ สนับสนุนการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ให้มีผลบังคับใช้และสนับสนุนการดำเนินการต่างๆ เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติ อาทิ การจัดประชุมคณะกรรมการนโยบายแอลกอฮอล์แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ คณะกรรมการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์จังหวัด และคณะอนุกรรมการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์จังหวัด เน้นให้เจ้าพนักงาน ผู้รับผิดชอบ โดยเฉพาะระดับจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีบทบาทในการบังคับใช้กฎหมายเพื่อให้มีการนำพระราชบัญญัติไปบังคับใช้ในพื้นที่อย่างจริงจัง การดำเนินการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกลไกการบังคับใช้กฎหมาย ศึกษาทบทวนและพัฒนามาตรฐานการเฝ้าระวังการกระทำผิด รวมถึงพัฒนาระบบเฝ้าระวังการกำจัดของธุรกิจเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการสนับสนุนการเฝ้าระวังและบังคับใช้มาตรการตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติร่วมกับภาคประชาสังคม และขยายให้ประชาชนมีส่วนร่วม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบังคับใช้มาตรการกฎหมายห้ามขายเหล้าให้เด็กอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี และห้ามเด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก

๑.๒ สนับสนุนการพัฒนา นโยบายสาธารณะ/มาตรการ รวมทั้งข้อเสนอในประเด็นต่างๆ ทั้งมาตรการด้านอุปสงค์ในการควบคุมปัญหาเครื่องตี้มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนการผลักดันนโยบายด้านอุปทาน ร่วมกับมาตรการทางสังคมเพื่อควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ อาทิ มาตรการภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์เครื่องตี้มแอลกอฮอล์การควบคุมการโฆษณา มาตรการทางภาษี การห้ามจดทะเบียนตราสัญลักษณ์เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ซ้ำกับผลิตภัณฑ์อื่น การขยายกฎหมายห้ามตี้มห้ามขาย การจำกัดการเข้าถึง การจำกัดการออกใบอนุญาตในการผลิตและจำหน่ายสุรา มาตรการห้ามสมาคมหรือกิจกรรมกีฬาไม่ได้รับสปอนเซอร์ธุรกิจแอลกอฮอล์และยาสูบ หากได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนพัฒนาการกีฬา การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ การใช้ตัวชี้วัดด้านการลดการบริโภคและปัญหาจากสุราในการประเมินผลงานระดับจังหวัด ทั้งนี้ จะดำเนินการเชื่อมโยงนโยบายกับกลไกตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ อาทิ การผลักดันให้แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์แห่งชาติได้รับการรับรอง เป็นมติสมัชชาสุขภาพ และหน่วยงานต่างๆ นำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติ

- ๑.๓ สนับสนุนการผลักดันนโยบายในภาคปฏิบัติของพื้นที่หรือกิจกรรมห้ามตีมีแอลกอฮอล์ เช่น สถานที่ท่องเที่ยวปลอดเหล้า บุญประเพณีปลอดเหล้า สวนสาธารณะปลอดเหล้า สถานที่ราชการ ปลอดเหล้า สถานศึกษาปลอดเหล้า รั้วน้องปลอดเหล้า เป็นต้น การสนับสนุนการดำเนินงาน ยุทธศาสตร์จังหวัดโดยคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด รวมถึงการสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในท้องถิ่น โดยเฉพาะการประกาศเทศบัญญัติหรือนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๑.๔ การขยายแนวร่วมไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนงานด้านการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย เช่น การประสานกรมสรรพสามิตในการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุราควบคุมกับพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประสานกรุงเทพมหานครในการจัดสถานที่ห้ามตีมีห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประสานกระทรวงศึกษาธิการในการจัดสถานศึกษาให้เป็นเขตห้ามตีมีห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประสานกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ การประสานกระทรวงพาณิชย์และภาคีแนวร่วมทั้งในประเทศและระดับอาเซียนเพื่อแสดงจุดยืนต่อภาครัฐเกี่ยวกับนโยบายการเจรจาการค้าเสรีที่เกี่ยวข้องกับสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้อยู่บนพื้นฐานในการตระหนักถึงสุขภาพของประชาชน การประสานสำนักงานป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (ป.ป.ท.) ในการร่วมเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

สนับสนุนให้ศูนย์วิจัยปัญหาสุรากำลังทำหน้าที

- ๒.๑ พัฒนาการองค์ความรู้และระบบข้อมูลที่จำเป็นต่อการดำเนินงานด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ความรู้ทางระบาดวิทยาของสถานการณ์ต่างๆ ความรู้เพื่อการสังเคราะห์นโยบาย ความรู้สำหรับการพัฒนานโยบายใหม่ที่สำคัญ ความรู้เพื่อสนับสนุนการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนค่านิยมสังคม ความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ เป็นต้น
- ๒.๒ พัฒนาต้นแบบการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งในเชิงโปรแกรม พื้นที่และองค์กร
- ๒.๓ พัฒนางานวิจัย/งานวิชาการที่มีผลต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การรณรงค์ และนำความรู้ที่ได้มาสื่อสารเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคม
- ๒.๔ พัฒนารูปแบบและวิธีการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ
- ๒.๕ การจัดประชุมวิชาการสุราระดับภูมิภาค/ชาติ เพื่อสนับสนุนการพัฒน่องค์ความรู้ให้กับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน
- ๒.๖ พัฒนาเชื่อมโยงความร่วมมือด้านข่าวสาร การพัฒนาบุคลากร และการชี้แนะนโยบายทั้งในประเทศและระดับสากลกับองค์กรวิชาการสากล เชื่อมการทำงานด้านยุทธศาสตร์โลกในการลดอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนประสานสนับสนุนให้มีเวทีในระดับสากล ทั้งด้านนโยบาย วิชาการ รู้เท่าทันทิศทางการตลาดธุรกิจแอลกอฮอล์

๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

สนับสนุนให้สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้าเป็นศูนย์ประสานงานและขยายเครือข่ายการรณรงค์และประชาสัมพันธ์โดย

๓.๑ เสริมความเข้มแข็งในการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาชน ให้ภาคประชาชนมีส่วนสนับสนุนส่งเสริมให้การทำงานของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายในมาตรการต่างๆ ที่ระบุในพระราชบัญญัติโดยเฉพาะมาตรการห้ามโฆษณาและการส่งเสริมการขาย การจำกัดอายุผู้ซื้อ การจำกัดสถานที่ดื่มและจำหน่ายโดยเฉพาะสถานศึกษา หอพัก และร้านเหล้ารอบสถานศึกษา ให้มีผลบังคับใช้จริง ประสานกระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร และผู้กำหนดนโยบายต่างๆ ให้เกิดรูปธรรมที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในทุกจังหวัด

๓.๒ สนับสนุนการขยายและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเยาวชน ให้ครอบคลุมเยาวชนทุกระดับตั้งแต่ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา อุดมศึกษา นอกระบบการศึกษา และกลุ่มเสี่ยง อาทิ จัดกิจกรรมเยาวชนสร้างสรรค์สุขภาวะ รณรงค์สัมมาอาชีวะ (นำร่องเพิ่มพื้นที่ทางสังคมแก่อาชีวะบางแห่ง) ตลอดจนการค้นหาแนวทางทำงานเพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเยาวชนและเครือข่ายครอบครัวให้รู้ทันธุรกิจแอลกอฮอล์และเป็นแกนนำในการร่วมเฝ้าระวังทิศทางการตลาดธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พัฒนาแคมเปญรณรงค์และมาตรการเฉพาะกลุ่มเยาวชน เช่น การเชื่อมกับมาตรการกฎหมายห้ามขายให้เด็กอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี รวมถึงประสานแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อขับเคลื่อนงานป้องกันปัญหาการดื่มในเด็กและเยาวชน

๓.๓ การเฝ้าระวังกลยุทธ์ของธุรกิจแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะกลยุทธ์การตลาด “below the line” ที่ธุรกิจแอลกอฮอล์ใช้การสร้างการยอมรับในหมู่ประชาชน อาทิ ในด้านศิลปวัฒนธรรม กีฬา แปรนต์ในสินค้าอื่น สุขภาพ (ผลดี/ดีมอย่างมีสติ) การแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม การแทรกในสื่อเฉพาะ ในสื่ออิเล็กทรอนิกส์ใหม่ๆ การให้เยาวชนร่วมขยาย การตลาดระดับค้าเร่ ตลอดจนการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังและตีแผ่กลยุทธ์ธุรกิจแอลกอฮอล์เพื่อให้สังคมรู้เท่าทัน และพัฒนาเครือข่ายชุมชนออนไลน์เพื่อสร้างกระแสผ่านระบบอินเทอร์เน็ต สร้างประเด็นและโอกาสอย่างต่อเนื่อง

๓.๔ ขยายและพัฒนาเครือข่ายอื่นๆ ได้แก่ เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบที่หลากหลาย และมีระบบการสนับสนุนช่วยเหลือจนสามารถพึ่งพาตนเองได้ เครือข่ายชุมชน ลด ละ เลิกเหล้า ยุติความรุนแรงในครอบครัวให้เป็นกรณีตัวอย่างที่เกิดจากการรวมกลุ่มคนในชุมชนอย่างเข้มแข็ง โดยครอบคลุมชุมชนเมือง ชนบท และชุมชนในนิคมอุตสาหกรรม เครือข่ายนักกฎหมาย เพื่อสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย เครือข่ายสื่อท้องถิ่นและเครือข่ายสื่อพื้นบ้าน สมาคมด้านสื่อและการตลาด ให้เป็นพันธมิตรในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลให้เข้าถึงพื้นที่ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ เพื่อสร้างความชัดเจนด้านผลเสีย

ที่เกิดจากเครื่องตีแมลงกอฮอลล์ กลุ่มผู้มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มแรงงานนอกระบบ ประชากรกลุ่มเฉพาะ เพื่อรองรับสถานะผันผวนทางเศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพ เครือข่ายต่างๆ ให้เป็นแกนนำในการรณรงค์ให้รัฐและสังคมเข้าใจว่า เครื่องตีแมลงกอฮอลล์ทำลาย สุขภาพ ครอบครัว และสังคม ไม่ใช่สินค้าธรรมดา ต้องมีมาตรการควบคุมปัญหาจากการบริโภค อย่างเท่าทันธุรกิจแมลงกอฮอลล์

- ๓.๕ การรณรงค์ตามเทศกาลต่างๆ อาทิ เข้าพรรษา ทอดกฐิน ปีใหม่ สงกรานต์ ตลอดจนงานบุญ ประเพณีในระดับท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนมาตรการควบคุมเครื่องตีแมลงกอฮอลล์ โดยเฉพาะ วาระเข้าพรรษาที่รัฐบาลได้กำหนดให้เป็นวันงดดื่มสุราแห่งชาติให้เป็นวาระสำคัญของชาติในด้านการรณรงค์เพื่อการไม่ดื่มสุรา ที่จะมีการนำเสนอข้อมูลสำคัญอื่นๆ แก่สาธารณชนไทย โดยเน้น การพัฒนาชุมชนต้นแบบเล็กเหล่าที่จะทำให้เกิดเพิ่มโอกาสของการงดเหล้าได้ครบพรรษา และที่จะ ทำให้เพิ่มโอกาสของการเลิกดื่มเหล้าได้ตลอดชีวิต
- ๓.๖ เน้นการรณรงค์เพื่อสกัดนักดื่มหน้าใหม่ และกลุ่มเป้าหมายที่มีแนวโน้มการดื่มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิง กลุ่มผู้ดื่มประจำ กลุ่มผู้ดื่มหนัก กลุ่มเยาวชน และให้ความสำคัญ เพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ดื่มที่บ้านตนเองหรือบ้านเพื่อน และขยายการรณรงค์มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่ไม่ดื่มให้มีส่วนร่วมในการชักชวนผู้ดื่มให้ลด ละ เลิกและเชื่อมกับกลไกมาตรการบำบัดดูแล ผู้มีปัญหาการดื่มสุราเพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ดื่มสามารถเลิกเหล้าได้ตลอดชีวิต และการใช้ต้นทุน ทางวัฒนธรรม ประเพณี และศาสนาที่มีอยู่ในการพัฒนาหรือยกระดับกิจกรรมรณรงค์ในประเด็น ใหม่ๆ เพื่อสร้างกระแสให้ประชาชนเปลี่ยนพฤติกรรม
- ๓.๗ สนับสนุนให้เกิดการเริ่มต้นวางแผนและหรือดำเนินการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานในประเด็น ดังต่อไปนี้ (๑) ต้นแบบชุมชนสุ้งเหล้า งดเหล้าเข้าพรรษา สุ้งดเหล้าครบพรรษา สุ้งดเหล้าออก พรรษา โดยเน้นพัฒนาต้นแบบชุมชนนำร่องบางพื้นที่ ที่สามารถวัดผลลัพธ์ได้ รูปแบบ/วิธีการ ที่จะทำให้เกิดการเลิกดื่มเหล้าได้ตลอดชีวิต (๒) ต้นแบบการดำเนินงานจังหวัดยุทธศาสตร์ แอลกอฮอล์ ควบคู่ไปกับการดำเนินงานจังหวัดควบคุมปัจจัยเสี่ยง
- ๓.๘ สนับสนุนจัดตั้งเครือข่ายองค์กรชุมชน รวมถึงการเสริมความเข้มแข็งให้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันนโยบายท้องถิ่นและร่วมสร้างรูปธรรมใน การรณรงค์งดเหล้ามากขึ้น เช่น การพัฒนามาตรการชุมชน การพัฒนาชุมชน/พื้นที่นำร่องจำกัด ใบอนุญาตขายเครื่องตีแมลงกอฮอลล์ ตลอดจนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์ ปัญหาและหาทางแก้ไขเพื่อผลักดันให้เกิดต้นแบบชุมชนที่ลดปัญหาได้จริงและสร้างให้เกิด ภูมิคุ้มกันที่ดีของชุมชนอย่างต่อเนื่อง และหนุนเสริมอาชีพลักษณะกิจการเพื่อสังคมที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเชื่อมประสานแผนสุขภาวะชุมชน เพื่อขับเคลื่อนต้นแบบชุมชน บุคคล นโยบายปลอดเหล้า ขยายสู่ชุมชนเครือข่าย
- ๓.๙ เสริมศักยภาพภาคีงดเหล้าและหาแนวทางสนับสนุนด้านความก้าวหน้าในสายงานของกำลังคน เครือข่ายร่วมปกป้องปัญหาแอลกอฮอล์และบูรณาการการทำงานด้านการควบคุมเครื่องตีแมลงกอฮอลล์ร่วมกับประเด็นอื่นๆ ได้แก่ ยาสูบ อุบัติเหตุ การพนัน ยาเสพติด รวมถึงสร้างความ

ร่วมมือกับเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ การสร้างผู้นำรุ่นใหม่และการประสานการสนับสนุนภาคีเครือข่ายของ สสส. ในแผนต่างๆ ทั้งภาคีเชิงประเด็น และภาคีเชิงองค์กร เช่น เครือข่ายครอบครัว สถานประกอบการ กองทัพไทย เครือข่ายนักออกกำลังกายเพื่อสอดแทรกและบูรณาการการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาวะเชิงบวกอื่นๆ ตลอดจนการขยายความร่วมมือกับ “องค์กรร่วมทุน” ที่มีศักยภาพในการดำเนินงานด้านนี้ด้วยทุนทรัพย์ตนเอง หรือร่วมสนับสนุนทุนในกิจกรรมที่เห็นประโยชน์ร่วมทางสังคมให้มากขึ้น

๓.๑๐ บูรณาการและตั้งเป้าหมายร่วมกับแผนอื่นๆ ของ สสส. ในการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเป้าหมาย องค์กร ชุมชน และพื้นที่ต่างๆ

๔. กลุ่มแผนงานด้านทุนอุปถัมภ์

๔.๑ สนับสนุนทุนอุปถัมภ์เชิงรุกทดแทนธุรกิจแอลกอฮอล์ในส่วนของประเพณี วัฒนธรรม ขอบเขตการสนับสนุนได้แก่ (๑) งานประเพณีระดับชาติได้แก่ปีใหม่ สงกรานต์ ลอยกระทง (๒) งานประเพณีในท้องถิ่นได้แก่ งานบุญบั้งไฟ งานแข่งเรือ งานเทศกาลอาหาร (๓) กลุ่มงานประจำปี/งานกาชาดได้แก่ งานกาชาด งานของดีประจำจังหวัดและชุมชน (๔) พัฒนางานต้นแบบงานดนตรี (๕) กลุ่มส่งเสริมนโยบายสาธารณะและการพัฒนางาน

๔.๒ ปรับบทบาทของแผนงานจากผู้สนับสนุนทุนเป็นผู้สนับสนุนกระบวนการยกระดับงานให้เกิดแรงกระเพื่อมมากขึ้นโดยมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาในการออกแบบวางแผนการรณรงค์ การออกแบบสนับสนุนให้เกิดกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อให้กิจกรรมนำไปสู่ความยั่งยืนและสนับสนุนการขยายแนวคิดการจัดงานประเพณีปลอดเหล้าผ่านการจัดให้พื้นที่ต้นแบบเป็นแหล่งเรียนรู้ เปิดโอกาสให้พื้นที่อื่นๆ มาศึกษาดูงาน การพัฒนาศักยภาพภาคี และสร้างแรงกระตุ้นเชิงบวก การเชื่อมงานกับระดับนโยบาย อาทิ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา การทำงานในพื้นที่ร่วมกับองค์กรของรัฐ อาทิ จังหวัด เทศบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ เพื่อให้เกิดพื้นที่ต้นแบบ การเน้นพลังของเยาวชนในการสื่อสารด้านแรงบันดาลใจการทำงาน รณรงค์ และเน้นการดึงภาคธุรกิจร่วมให้ทุนอุปถัมภ์ทดแทนธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กว้างขวางขึ้น และการสร้างแบรนด์ปลอดเหล้าเพื่อเชื่อมโยงและต่อยอดกิจกรรมปลอดเหล้าให้เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวาง

๔.๓ สนับสนุนทุนอุปถัมภ์กิจกรรมนิสิตนักศึกษาในสถาบันการศึกษา โดยมียุทธศาสตร์การสร้าง ความเข้าใจและให้รู้เท่าทันรูปแบบการแอบแฝงของธุรกิจเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และไม่รับ ทุนธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลักดันให้เกิดเครือข่ายสถาบันการศึกษาขับเคลื่อนกิจกรรม ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดทั้งปี การเฝ้าระวังและสร้างสภาพแวดล้อมรอบสถาบัน การศึกษาให้ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยทำงานเชื่อมโยงกับชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และการดึงภาคธุรกิจร่วมทุนอุปถัมภ์ทดแทนธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กว้างขวางขึ้นโดยจะ เชื่อมประสานแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว เพื่อเสริมพลังขับเคลื่อนงานกิจกรรม ปลอดเหล้าเข้าสู่กลุ่มเป้าหมายเด็ก เยาวชน นิสิตนักศึกษา

๔.๔ ประสานภาคีเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญเพื่อหนุนเสริมการผลักดันนโยบายทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น

๔.๕ พัฒนาระบบการสนับสนุน งานวิชาการ งานประเมินผลเน้นการประเมินผลลัพธ์จากการจัดงาน ปลอดภัย การศึกษา วิจัยและเฝ้าระวังสถานการณ์ของธุรกิจแอลกอฮอล์และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

๔.๖ ผลิตสื่อและการกระจายสื่อสนับสนุนการวางแผนการดำเนินการผลิตสื่อเพื่อเป็นต้นแบบในการรณรงค์ โดยร่วมกับสมาคมวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆ รวมถึงการจัดให้มีศูนย์กระจายสื่อตามภูมิภาคต่างๆ รวมทั้งพัฒนาแนวทางการสื่อสารกิจกรรมปลอดภัยให้เป็นระบบและต่อเนื่อง

๕. กลุ่มแผนงานด้านพัฒนารูปแบบการเลิกสุรา

๕.๑ พัฒนาระบบบริการเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มีความเข้มแข็ง และสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการชวน/ช่วยให้เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๕.๒ ขยายการเข้าถึงบริการช่วยเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มากขึ้น

๖. กลุ่มแผนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

๖.๑ สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการ/วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ เชื่อมโยงประสานภาคนักวิจัย/วิชาการ ผู้บริหาร/กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานขององค์กรทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม ที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพสารเสพติดในระบบสาธารณสุข ระบบยุติธรรม และชุมชน เพื่อร่วมกำหนดโจทย์วิจัย พัฒนางานวิจัยสร้างองค์ความรู้ใหม่ และจัดการความรู้ที่มีอยู่แล้วให้พร้อมใช้งานได้ ซึ่งเป็นองค์ความรู้และงานวิจัยที่จำเป็นและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ ที่หน่วยงานสามารถนำความรู้ไปต่อยอดได้

๖.๒ พัฒนาระบบข้อมูล ระบบการจัดการองค์ความรู้ที่มีความทันสมัยอยู่ตลอดเวลา รวมถึงพัฒนาระบบบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน

๖.๓ สนับสนุนให้มีกลไกภาคประชาสังคมในการรณรงค์ และสื่อสารสู่สาธารณะสร้างกระแสสังคม เพื่อสร้างความตระหนักรู้ทันต่อปัญหายาเสพติด และสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมุ่งเน้นการทำงานในกลุ่มเยาวชนเพื่อการป้องกันนักเสพหน้าใหม่

๖.๔ บูรณาการงานร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น เหล้า บุหรี่ โดยเชื่อมประสานกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน รวมถึงการเชื่อมประสานการทำงานภายใน สสส. ร่วมกับสำนักต่างๆ ที่มีต้นทุนในการดำเนินงานในการป้องกัน ดูแล แก้ไขปัญหายาเสพติด

ภาคีหลัก

ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

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

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

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

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย	๕๒
๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร	๑๒
๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์	๒๔๔
๔. กลุ่มแผนงานด้านทุนอุปถัมภ์	๓๐
๕. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนารูปแบบการเลิกสุรา	๑๒
๖. กลุ่มแผนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด	๑๐
รวม	๓๖๐

๓

แผนการจัดการความปลอดภัย และปัจจัยเสี่ยงทางสังคม

แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม มุ่งตอบสนองเป้าประสงค์ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (The Sustainable Development Goals : SDGs) ที่ได้กล่าวถึงการลดอัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ลดความสูญเสียที่เกิดจากภัยพิบัติ และยุติความยากจนทุกรูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ในยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ในประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี และยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ในประเด็นการลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมในทุกมิติ โดยแผนจะมุ่งดำเนินการให้เกิดผลลัพธ์สำคัญ ๓ ด้าน ประกอบด้วย ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน ด้านการจัดการภัยพิบัติ และด้านการลดปัญหาจากการพนัน

สถานการณ์และแนวโน้ม

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

การลดอัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เป้าหมายที่ ๓ สร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย ตัวชี้วัดที่ ๓.๖.๑ อัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน แสดงให้เห็นว่าทั่วโลกและประเทศไทยให้ความสำคัญที่จะต้องจัดการและแก้ไขปัญหาให้สำเร็จ ซึ่งหากสามารถทำได้จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศและจะช่วยเพิ่ม GDP ของประเทศ แต่ในภาพรวมของประเทศยังคงต้องดำเนินการเพื่อนำไปสู่การสร้างความปลอดภัยทางถนนอีกหลายประการ

จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ จนถึงปัจจุบัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับฐานข้อมูลสำคัญ เช่น

๑) ข้อมูลคดีอุบัติเหตุจราจรของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ระบุว่า 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 ๖,๒๗๓ คน ในปี ๒๕๕๘ และเพิ่มเป็น

๗,๘๓๕ ในปี ๒๕๕๙ โดยอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรลดจาก ๒๒.๒๑ คนต่อแสนของประชากรในปี ๒๕๕๖ เป็น ๑๖.๘๒ ๑๕.๔๗ ๑๓.๕๗ ๑๑.๓๓ ๑๐.๗๓ และ ๙.๕๔ คนต่อแสนของประชากร ในปี ๒๕๕๓ ๒๕๕๔ ๒๕๕๕ ๒๕๕๖ ๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘ ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นเป็น ๑๑.๘๘ คนต่อแสนประชากรในปี ๒๕๕๙ ซึ่งภาพรวมลดลงร้อยละ ๔๔.๐๘ เมื่อเทียบระหว่างปี ๒๕๕๖ กับ ปี ๒๕๕๙

๒) ข้อมูลรายงาน Global Status Report on Road Safety ๒๐๑๓ (ซึ่งเป็นการรายงานข้อมูล การเสียชีวิต ณ ปี ๒๕๕๓) และ ๒๐๑๕ (ซึ่งเป็นการรายงานข้อมูลการเสียชีวิต ณ ปี ๒๕๕๕) ขององค์การอนามัยโลก ได้คาดประมาณการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศต่างๆ รวมถึงประเทศไทยด้วย โดยคำนวณจากสมการซึ่งประกอบไปด้วยตัวแปรหลายตัว ผลจากการคำนวณแล้วพบว่า ประเทศไทย มีจำนวนผู้เสียชีวิตลดลง จาก ๒๖,๓๑๒ คน ในปี ๒๕๕๓ เหลือ ๒๔,๒๓๗ คนในปี ๒๕๕๕ หรือสามารถลด ผู้เสียชีวิตลงได้ ๒,๐๗๕ คน

๓) ข้อมูลการบูรณาการข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนจากข้อมูล ๓ ฐาน ได้แก่ ข้อมูลจากใบมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย เป็นระบบลงทะเบียนการตายของผู้เสียชีวิตทุกรายที่มีการแจ้งตาย ข้อมูลจากระบบ POLIS เป็นระบบบันทึกข้อมูลคดีและข้อมูลจากระบบ E-Claim เป็นระบบบันทึก ข้อมูลสำหรับเบิกจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ซึ่งคณะอนุกรรมการ ด้านบริหารจัดการข้อมูล ติดตาม ประเมินผล ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน รับผิดชอบโดยมี กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการบูรณาการข้อมูล พบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตลดลง จาก ๒๑,๙๘๖ คน ในปี ๒๕๕๔ เป็น ๒๑,๖๐๓ คน ในปี ๒๕๕๕ เป็น ๒๑,๒๒๑ คน ในปี ๒๕๕๖ เป็น ๒๐,๗๙๐ คน ในปี ๒๕๕๗ เป็น ๑๙,๙๖๐ คน ในปี ๒๕๕๘ และ ๒๑,๗๔๕ คน ในปี ๒๕๕๙ ตามลำดับ (ข้อมูลของปี ๒๕๖๐ อยู่ระหว่างดำเนินการ โดยกระทรวงสาธารณสุข)

จากรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย ปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ โดยศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) และมูลนิธิไทยโรดส์ เมื่อนำข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตกว่าสองหมื่นราย ทั่วประเทศ ในปี ๒๕๕๗ มาจำแนกตามรายจังหวัดและเปรียบเทียบมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมของแต่ละจังหวัด (Gross Provincial Product) ซึ่งสะท้อนถึงกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับปริมาณการเดินทาง และคมนาคมขนส่ง ได้บ่งชี้ให้เห็นถึงอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่แตกต่างกันตามสภาพเศรษฐกิจ และสังคม โดยพบว่า กลุ่มจังหวัดที่มีระดับรายได้ต่ำ มีแนวโน้มที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนค่อนข้างสูง ซึ่งมักมีปัญหาค่าใช้จ่ายหรือปัจจัยด้านลบต่อความปลอดภัยบนท้องถนน เช่น คุณภาพของโครงสร้างพื้นฐาน การเข้าถึงความช่วยเหลือและระบบบริการสุขภาพ ความเข้มข้นของการบังคับใช้กฎหมาย และความชุกของผู้ใช้รถใช้ถนนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น คนเดินเท้า คนขี่จักรยาน คนขี่รถจักรยานยนต์ เป็นต้น

เนื่องจากการจราจรทางถนนยังเป็นเงื่อนไขสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งของการใช้ชีวิตประจำวัน ของคนทั่วไป และนโยบายด้านการคมนาคมขนส่งของประเทศไทยมุ่งเน้นไปที่การลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน ทางการคมนาคม โดยเฉพาะการสร้าง ซ่อมบำรุงถนนเป็นหลัก แต่นโยบายด้านการบริการขนส่งมวลชน สาธารณะ โดยเฉพาะรถโดยสารสาธารณะกลับไม่ได้รับการพัฒนาไม่มากนัก มากไปกว่านั้นโครงสร้างพื้นฐาน

และระบบขนส่งอื่นๆ ก็มีได้ถูกจัดลำดับความสำคัญในการมุ่งพัฒนา^{๓๓} ส่งผลให้ทางเลือกในการเดินทาง และทางเลือกในการใช้ยานพาหนะมีอยู่อย่างจำกัด จึงส่งผลให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้ใช้รถใช้ถนนที่อยู่ในกลุ่มเปราะบางค่อนข้างมาก ซึ่งกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ในประเทศไทยถือเป็นกลุ่มเปราะบางด้วย

รถจักรยานยนต์ ถือเป็นยานพาหนะที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก ทั้งจากกลุ่มนักเรียน วัยรุ่น ตลอดจนชนวัยทำงาน รายงานการศึกษาที่ผ่านมา^{๓๔} บ่งชี้ว่า เงื่อนไขสำคัญของการเลือกใช้รถจักรยานยนต์ในประเทศไทย ๕ สาเหตุหลัก ประกอบด้วย ความสะดวกรวดเร็ว การประหยัดค่าใช้จ่าย ไม่สามารถเข้าถึงบริการขนส่งมวลชนสาธารณะ เข้าถึงบริการขนส่งมวลชนสาธารณะได้ยาก และใช้จักรยานยนต์เพื่อการพักผ่อน จึงเป็นเหตุให้ประเทศไทยมีจำนวนรถจักรยานยนต์จดทะเบียนสะสมสูงถึง ๒๐,๒๗๖,๘๐๖ คัน ซึ่งยังไม่นับรวมรถจักรยานยนต์สาธารณะอีกกว่า ๑๔๘,๔๖๓ คัน^{๓๕} **ข้อมูลจำนวนรถจักรยานยนต์จดทะเบียนสะสมตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ เพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละ ๔๒๘,๑๕๐ คัน โดยล่าสุดปี ๒๕๖๐ มีจำนวนรถจักรยานยนต์จดทะเบียนสะสมทั้งสิ้น ๒๐,๕๐๑,๔๓๙ คัน คิดเป็นร้อยละ ๕๔ ของรถจดทะเบียนทั้งหมดในปี ๒๕๖๐** (ข้อมูลจากกรมการขนส่งทางบก มีจำนวนรถที่จดทะเบียนสะสม ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๕, ๒๕๕๖, ๒๕๕๗, ๒๕๕๘ ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ เท่ากับ ๓๒,๔๗๖,๙๗๗ คัน ๓๔,๖๒๔,๔๐๖ คัน ๓๕,๘๓๕,๑๘๐ คัน ๓๖,๗๓๑,๐๒๓ คัน ๓๗,๓๓๘,๑๓๙ คัน และ ๓๘,๓๐๘,๗๖๓ คัน ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่ารถจักรยานยนต์จดทะเบียนทั้งหมดเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี และจากสถิติการเสียชีวิตของผู้ใช้รถประเภทต่างๆ พบว่า ผู้ใช้รถจักรยานยนต์มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่ารถประเภทอื่นถึง ๓.๔ เท่า (ข้อมูลจากใบมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย)

การใช้รถจักรยานยนต์ จะพบว่า มีความเสี่ยงต่อการประสบอุบัติเหตุและเสียชีวิตสูง โดยเฉพาะหากชนกับยานพาหนะคันอื่น จะมีแนวโน้มการเสียชีวิตมากกว่าการชนหรืออุบัติเหตุในลักษณะอื่น โดยสถิติจากฐานข้อมูล E-Claim บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ในช่วงปี ๒๕๕๖ ถึง ๒๕๕๗ ระบุว่า ๒ ใน ๓ ของการเสียชีวิตของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ เกิดจากการชนกับยานพาหนะคันอื่น ซึ่งสะท้อนถึงปัจจัยที่อาจเป็นต้นเหตุความเสี่ยงที่สำคัญ อาทิ การใช้ความเร็วของยวดยานบนท้องถนน รูปแบบการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่มักแทรกตัวไปตามกระแสจราจร ขนาดตัวรถที่สังเกตเห็นได้ยากเมื่อเทียบรถยนต์ รวมถึงประสิทธิภาพระบบห้ามล้อของรถจักรยานยนต์ อีกทั้งข้อมูลสถิติจากระบบ E-Claim ยังแสดงให้เห็นความแตกต่างของสถานการณ์ความรุนแรงในระดับจังหวัด โดยจังหวัดที่มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์เทียบต่อจำนวนรถจักรยานยนต์จดทะเบียน มากที่สุด ๓ อันดับแรก อยู่ในเขตปริมณฑลของกรุงเทพมหานคร ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดนนทบุรี และจังหวัดปทุมธานี นอกเหนือจากการดำเนินมาตรการที่มุ่งเน้นการจัดการปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ เช่น การใช้ความเร็ว การไม่สวมหมวกนิรภัย ปัญหาเมาแล้วขับ อีกสิ่งหนึ่งที่ต้องดำเนินการควบคู่กันไป คือ การวิเคราะห์ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

^{๓๓} คักดีสิทธิ์ เฉิมพงศ์. ๒๕๕๔. ความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานและบริการสาธารณะด้านคมนาคมและขนส่งในประเทศไทย. ในปฏิรูปภาคเสาหลักของแผ่นดิน ชุดความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงทรัพยากรและบริการพื้นฐานของประเทศไทย, ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๕๔. สืบค้นเมื่อ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๐ จาก <http://www.cuurp.org/thaiequity/resources/8th/8th%20Agenda.pdf>

^{๓๔} มูลนิธิไทยโรดส์และเครือข่าย ร่วมกับ Road Safety Watch ได้สำรวจสาเหตุในการเลือกใช้รถจักรยานยนต์เมื่อปี ๒๕๕๓ จากกลุ่มตัวอย่าง ๗๐,๐๐๐ ราย

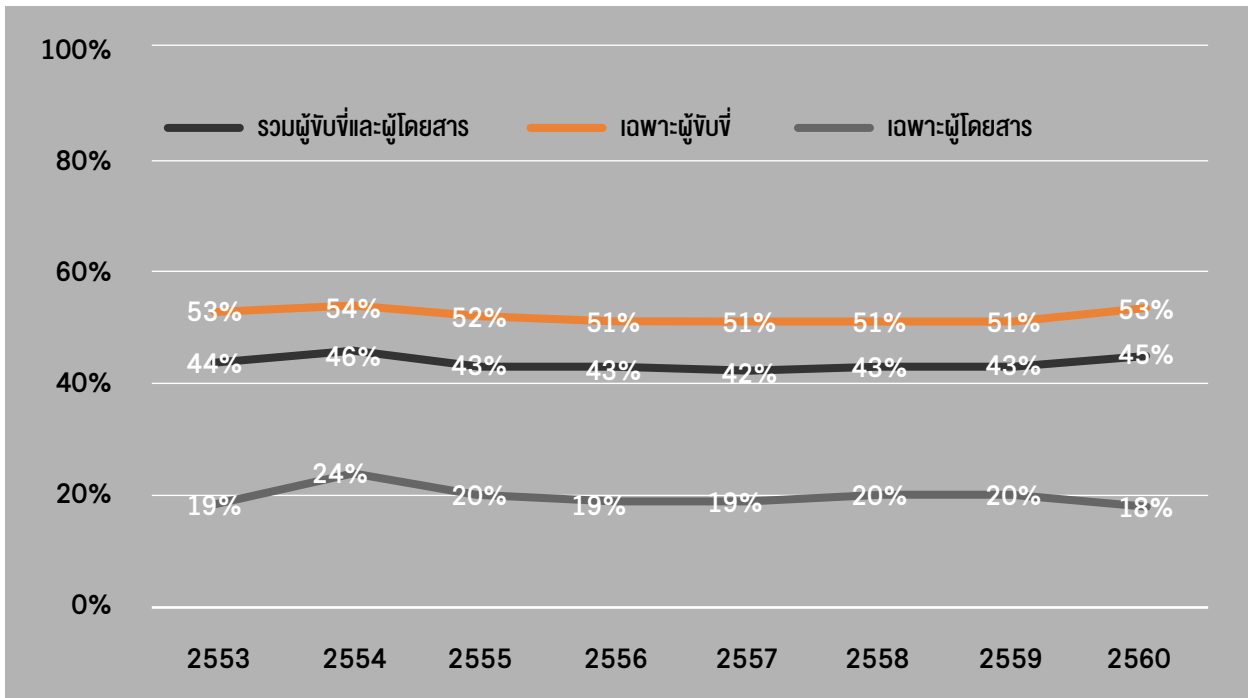
^{๓๕} ข้อมูลล่าสุด ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙ กรมการขนส่งทางบก

ทางถนนและการใช้มาตรการด้านวิศวกรรมเพื่อจัดการปัญหาเฉพาะพื้นที่ เช่น บริเวณทางแยก จุดเปิดเกาะกลาง ทางโค้ง หรือบริเวณอื่นๆ ที่ไม่ใช่ทางตรง ซึ่งสถิติที่ผ่านมาระหว่างปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ บ่งชี้ว่าเป็นบริเวณที่อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์เกิดขึ้นมักมีความรุนแรงสูง

ประเด็นการใช้รถจักรยานยนต์ขนาดใหญ่ (big bike) ข้อมูลจากกรมการขนส่งทางบกปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ ระบุว่า มีรถจักรยานยนต์ขนาดใหญ่กว่า ๑๕๐ ซีซี จดทะเบียนสะสมรวมกว่า ๑๐๓,๑๙๑ คัน เฉพาะเดือนมกราคม ๒๕๖๐ ขณะที่ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ขนาดใหญ่รวมแล้วกว่า ๒,๓๗๔ ราย บาดเจ็บ ๕๑,๙๕๕ ราย^{๕๐} ระบบการคมนาคมในเขตเมือง โดยเฉพาะในเขตเมืองใหญ่ จะมีการก่อสร้างทางข้ามทางยกระดับ อุโมงค์ลอดทางแยก สะพานกลับรถเป็นจำนวนมาก แต่กลับไม่ได้คำนึงถึงผู้ใช้รถจักรยานยนต์จึงไม่มีถนนเฉพาะ อุโมงค์ หรือทางข้ามสำหรับจักรยานยนต์ เป็นผลให้ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ต้องใช้ทางร่วมกับพาหนะอื่นๆ นอกจากนี้การเข้าถึงรถจักรยานยนต์ได้ง่าย ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ความนิยมใช้รถจักรยานยนต์สูงขึ้นเรื่อยๆ หากแต่การผลิตรถจักรยานยนต์ในประเทศไทยยังขาดการคำนึงถึงมาตรฐานด้านความปลอดภัย รถจักรยานยนต์ที่ได้รับความนิยมในท้องตลาดจึงเป็นรถจักรยานยนต์ที่ทำความเร็วได้สูง ตรงกันข้ามกับรถจักรยานยนต์ในต่างประเทศ ทั้งในยุโรป อเมริกา ญี่ปุ่น ที่รถจักรยานยนต์ยี่ห้อ ชื่อรุ่นเดียวกัน แต่โครงสร้าง ภายนอกของรถแตกต่างกันอย่างชัดเจน เป็นต้นว่า ความกว้างของวงล้อ และขนาดหน้ายาง ที่มีผลโดยตรงกับความเร็วและระยะเบรกที่ปลอดภัย

ผู้ใช้รถจักรยานยนต์นั้นหมวกนิรภัยถือเป็นอุปกรณ์นิรภัยที่จำเป็นและจะช่วยรักษาชีวิตผู้ขับขี่เอาไว้ได้ แต่ในประเทศไทยอัตราการสวมหมวกนิรภัยยังคงไม่เพิ่มขึ้นมากนักจากการเฝ้าสำรวจติดตามสถานการณ์การสวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ในประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ จนถึงปี ๒๕๖๐ โดยมูลนิธิไทยโรดส์และหน่วยเฝ้าระวังสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Watch) ยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในภาพรวมของอัตราการสวมหมวกนิรภัยในระดับประเทศ ทั้งที่การสวมหมวกนิรภัยจะช่วยลดการบาดเจ็บที่ศีรษะและลดการเสียชีวิตลงได้ โดยล่าสุดในปี ๒๕๖๐ มีอัตราการสวมหมวกนิรภัยในภาพรวมร้อยละ ๔๕ จำแนกเป็นกลุ่มผู้ขับขี่สวมหมวกนิรภัยร้อยละ ๕๓ และกลุ่มผู้โดยสารสวมหมวกนิรภัยร้อยละ ๑๘ ตลอดจนยังมีความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างการสวมหมวกนิรภัยในเขตเมืองและเขตชุมชนชนบท ซึ่งการดำเนินการสร้างมาตรการองค์กร อาจนับว่าเป็นกลไกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการเข้ามาช่วยผลักดันให้เกิดจิตสำนึกและแรงกระตุ้นในการขับขี่ปลอดภัยของผู้ใช้รถใช้ถนน ทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ในองค์กร สถานประกอบการ หน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เห็นความสำคัญของการสวมหมวกนิรภัยมากยิ่งขึ้น ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจอัตราการสวมหมวกนิรภัยของกลุ่มผู้ใหญ่ บริเวณพื้นที่อุตสาหกรรมทั่วประเทศในปี ๒๕๕๗ (ร้อยละ ๖๕) และกลุ่มวัยรุ่นบริเวณพื้นที่สถาบันอุดมศึกษาทั่วประเทศในปี ๒๕๕๘ (ร้อยละ ๔๘) ซึ่งมีสัดส่วนค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับผลสำรวจทั่วประเทศของกลุ่มผู้ใหญ่ (ร้อยละ ๔๗) และกลุ่มวัยรุ่น (ร้อยละ ๒๔) สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของสภาพแวดล้อมที่มีการบังคับใช้มาตรการองค์กร ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการสวมหมวกนิรภัย

^{๕๐} ข้อมูลจากบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ แบ่งเป็นจักรยานยนต์ขนาดใหญ่ ๑๕๐-๒๕๐ ซีซี เสียชีวิต ๑,๗๘๗ ราย บาดเจ็บ ๓๙,๘๖๐ ราย จักรยานยนต์ขนาดเล็ก ๒๕๐ ซีซีขึ้นไป เสียชีวิต ๖๒๗ ราย บาดเจ็บ ๑๒,๑๓๕ ราย



กราฟแสดงอัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ในประเทศไทยปี ๒๕๕๓ - ๒๕๖๐

แหล่งข้อมูล : มูลนิธิโรดส์และเครือข่าย Road Safety Watch (RSW)

ปี ๒๕๖๐ ข้อมูลผลการสำรวจอย่างไม่เป็นทางการ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ๑,๓๖๖,๙๕๔ คน

นอกจากการใช้รถจักรยานยนต์ดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังมีสถานการณ์การใช้ยานพาหนะอื่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุอยู่ คือ **รถตู้และรถโดยสารสาธารณะ** ด้วยแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นของจำนวนอุบัติเหตุรถตู้และรถโดยสารขนาดใหญ่ในช่วงปี ๒๕๕๗ ถึง ๒๕๕๘ จึงทำให้ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของการเดินทางด้วยรถโดยสารยังคงเป็นเรื่องที่น่าวิตก โดยเฉพาะกับผู้ที่ต้องพึ่งพาระบบขนส่งสาธารณะในการเดินทางโดยรถตู้โดยสารและรถบัสโดยสาร ๒ ชั้น ซึ่งจากการวิเคราะห์อัตราการเกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิตของรถโดยสารสาธารณะจากข้อมูลสถิติที่รวบรวมโดยกรมการขนส่งทางบก ระบุว่า การเดินทางด้วยรถตู้โดยสารและรถบัสโดยสาร ๒ ชั้น มีความเสี่ยงที่จะประสบอุบัติเหตุหรือเสียชีวิตมากกว่ารถบัสโดยสารชั้นเดียวถึง ๒ เท่า และ ๖ เท่า ตามลำดับ จึงยังคงต้องติดตามว่ามาตรการที่ภาครัฐนำมาใช้ เช่น การทยอยยกเลิกรถโดยสารปรับอากาศ ๒ ชั้นของ บขส. การบังคับทดสอบการทรงตัวของรถโดยสารบนทางลาดเอียง การควบคุมความสูงของรถโดยสารใหม่ การทดลองให้บริการรถมินิบัสแทนรถตู้ เป็นต้น จะเกิดผลลัพธ์เป็นเช่นไร แต่สิ่งสำคัญที่ไม่ควรมองข้ามเช่นกัน คือ ปัญหาพฤติกรรมการขับขี่โดยใช้ความเร็วสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับต้นๆ ของสาเหตุที่ทำให้ผู้คนที่โดยสารจำนวนไม่น้อยต้องจบชีวิตลงหรือได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นระหว่างการเดินทาง โดยผลตรวจวัดความเร็วของรถตู้และรถบัสโดยสารบนทางหลวงสายหลักจำนวน ๒๘ แห่งในรัศมี ๒๐๐ กิโลเมตรรอบกรุงเทพมหานคร อย่างต่อเนื่องทุกไตรมาสในช่วงปี ๒๕๕๖ ถึง ๒๕๕๗ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ขับขี่รถตู้และรถโดยสารใช้ความเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด โดยเป็นที่น่าสังเกตคือ รถโดยสารที่วิ่งรับจ้างแบบไม่ประจำทาง รวมทั้งรถโดยสารส่วนบุคคล มีสัดส่วนการใช้ความเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนดสูงกว่ารถโดยสารประจำทางที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของภาครัฐที่เข้าถึงได้มากกว่า

จากสถิติของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ที่รายงานตัวเลขผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในช่วง ๗ วันอันตรายของเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์โดยศึกษาเฉพาะช่วงระหว่างปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ พบผู้เสียชีวิต ๓๒๒ ถึง ๓๖๖ ราย ตามลำดับ หรือคิดเป็นค่าเฉลี่ยการเสียชีวิต ๔๖ ถึง ๕๒ รายต่อวัน หากนำมาเปรียบเทียบกับสถิติตัวเลขผู้เสียชีวิตตลอดทั้งปีจากการบูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน โดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่า มีค่าเฉลี่ยการเสียชีวิตสูงกว่า คือ เฉลี่ยประมาณ ๖๐ รายต่อวัน บ่งชี้ว่า การเดินทางในช่วงเวลาปกติ อาจมิได้มีความเสี่ยงน้อยกว่าการเดินทางในช่วงวันหยุดเทศกาลแต่อย่างใด ดังนั้นการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่องตลอดทั้งปี มิใช่เฉพาะช่วงวันหยุดเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์เท่านั้น โดยพฤติกรรมดื่มแล้วขับ และการขับรถเร็ว ยังคงเป็นสาเหตุของอุบัติเหตุมากกว่า ๒ ใน ๓ ของทั้งหมดในช่วง ๗ วัน ของเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ยานพาหนะกลุ่มเสี่ยงที่ประสบอุบัติเหตุมากที่สุดยังคงเป็นรถจักรยานยนต์ ตามด้วยรถกระบะที่มีสัดส่วนการประสบอุบัติเหตุมากกว่ายานพาหนะ ๔ ล้อประเภทอื่น

ข้อมูลสถิติของสำนักงานตำรวจแห่งชาติตลอดช่วงสิบปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี ๒๕๔๙ - ๒๕๕๘ การขับรถเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนด จัดเป็นมูลเหตุสันนิษฐานหลักในอันดับต้นๆ ของคดีอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทย โดยมีจำนวนรวมมากกว่าแสนคดี คิดเป็นสัดส่วนเฉลี่ยร้อยละ ๑๔ ของคดีอุบัติเหตุจราจรทั้งหมด แต่หากพิจารณาเฉพาะอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นบนทางหลวง ข้อมูลสถิติของกรมทางหลวงระบุว่า ๒ ใน ๓ ของการเสียชีวิตเกิดจากอุบัติเหตุที่มีมูลเหตุสันนิษฐานจากการใช้ความเร็ว ข้อค้นพบจากตัวเลขสถิติที่บ่งชี้ว่าการเพิ่มจำนวนการตรวจจับความเร็วยังไม่ส่งผลให้อุบัติเหตุจากความเร็วลดลง สอดคล้องกับผลสำรวจทัศนคติและความคิดเห็นของผู้ใช้รถใช้ถนนทั่วประเทศมากกว่า ๒ พันรายในปี ๒๕๕๘ โดยมูลนิธิไทยโรดส์ ซึ่งพบว่า ผู้ขับขี่ส่วนใหญ่ร้อยละ ๖๒ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่เมื่อถูกตรวจจับความเร็วเพียงช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น และอีกร้อยละ ๒๐ ระบุว่าไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใดๆ บ่งชี้ว่ามาตรการทางกฎหมายในปัจจุบัน ยังควบคุมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับรถเร็วของผู้ขับขี่ได้ไม่มากนัก ดังนั้นการบังคับใช้กฎหมายความเร็วบนท้องถนนทั่วประเทศกว่า ๒ แสนกิโลเมตรภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล เครื่องมือ และงบประมาณ จึงจำเป็นต้องอาศัยเทคนิคการบังคับใช้กฎหมายความเร็วอย่างมีประสิทธิภาพ ที่มุ่งเน้นให้เกิดอิทธิพลที่จะยับยั้งพฤติกรรมการขับรถเร็วของผู้ขับขี่โดยทั่วไป โดยพยายามทำให้ผู้ขับขี่เกิดความตระหนักหรือรับรู้ถึงความเสี่ยงที่มีโอกาสถูกตรวจจับและได้รับการลงโทษ มีเพิ่มมากขึ้นในทุกเวลาและสถานที่ เมื่อใดก็ตามที่ขับรถเร็ว

หากเมื่อพิจารณาที่พฤติกรรมเสี่ยงอื่นนอกเหนือจากการใช้ความเร็วแล้ว พบว่า การดื่มแล้วขับ ก็ยังคงเป็นพฤติกรรมที่ต้องดำเนินการป้องกันและแก้ไขกันอย่างเข้มข้นต่อไป แม้จะพบว่าปัญหาอุบัติเหตุจากการดื่มแล้วขับ มีแนวโน้มเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ด้วยจากสถิติจำนวนคดีอุบัติเหตุจราจรจากเมาแล้วขับของสำนักงานตำรวจแห่งชาติที่มีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ ๘ ของคดีอุบัติเหตุจราจรทั้งหมดในปี ๒๕๕๔ จนล่าสุดในปี ๒๕๕๘ เหลือร้อยละ ๒ สอดคล้องกับสถิติข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บในโรงพยาบาลเครือข่ายระดับชาติที่บ่งชี้ว่าสัดส่วนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่พบการดื่มแล้วขับมีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกัน สำหรับการดำเนินมาตรการบังคับใช้กฎหมายเมาแล้วขับของเจ้าหน้าที่ตำรวจนั้น ยังควรมุ่งเน้นกวาดล้างบน

ถนนสายรอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลากลางคืน ด้วยจากสถิติอุบัติเหตุมาแล้วระบบทางหลวงย้อนหลัง ๓ ปี ตั้งแต่ ๒๕๕๖ ถึง ๒๕๕๘ บ่งชี้ว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ ๔๔ มักเกิดบนทางสายรอง (ทางหลวงหมายเลข ๔ หลัก) โดยอุบัติเหตุมาแล้วระบบทางหลวงสายรองนี้ ร้อยละ ๖๑ มักเกิดขึ้นในช่วงเวลาตั้งแต่ ๑๘.๐๐ ถึง ๖.๐๐ น.

และเมื่อพิจารณาอุบัติเหตุทางถนนที่เกิดจากสภาพทางกายภาพของถนนที่ไม่ปลอดภัย หรือเกิดจาก **จุดอันตรายบนถนน (Black Spot)** จากนิยามของกรมทางหลวงที่กำหนดให้จุดอันตรายบนทางหลวง คือ ช่วงถนนหรือตำแหน่งบนถนนที่มีอุบัติเหตุมากกว่า ๓ ครั้งต่อปี ซึ่งมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี ๒๕๔๔ จนถึงปี ๒๕๕๕ นั้น แต่จากการวิเคราะห์สถานการณ์ล่าสุดในปี ๒๕๕๗ กลับพบว่า จุดอันตรายบนทางหลวงในภาพรวมเริ่มมีจำนวนเพิ่มขึ้น อันเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของจุดอันตรายบนทางหลวงสายหลัก อาทิ ทางหลวงสายประธานและสายรอง แม้วางงบประมาณของกรมทางหลวงด้านอำนวยความสะดวกทางถนนจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่องและใกล้เคียงเกณฑ์ขั้นต่ำตาม Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2011 - 2020 ขององค์การสหประชาชาติ ซึ่งพยายามส่งเสริมให้หน่วยงานด้านถนนของแต่ละประเทศจัดสรรงบประมาณอย่างน้อยร้อยละ ๑๐ เพื่อใช้ในกิจกรรมการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานทางถนนให้มีความปลอดภัย แต่การจัดลำดับความสำคัญและจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับสภาพปัญหายังเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องดำเนินการให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ขึ้นไป อย่างเช่น การปรับปรุงแก้ไขจุดอันตรายบนทางหลวง ควรเพิ่มน้ำหนักความสำคัญในบริเวณทางหลวงสายประธานที่เชื่อมระหว่างจังหวัดและสายรอง ซึ่งมีแนวโน้มจำนวนจุดอันตรายเพิ่มสูงขึ้น

อย่างไรก็ดี การติดตามและสะท้อนสถานการณ์จุดอันตรายบนท้องถนนในประเทศไทย ณ ปัจจุบัน ยังทำได้เพียงถนนที่กรมทางหลวงดูแลรับผิดชอบประมาณ ๕ หมื่นกิโลเมตร ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนเพียง ๑ ใน ๔ ของความยาวถนนทุกประเภทกว่า ๒ แสนกิโลเมตรเท่านั้น เนื่องจากการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศอุบัติเหตุบนทางหลวง (Highway Accident Information Management System : HAIMS) ที่สามารถระบุตำแหน่งได้และมีการบันทึกข้อมูลใช้งานอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ ดังนั้น การพัฒนาระบบสารสนเทศติดตามเฝ้าระวังจุดอันตรายบนท้องถนนในลักษณะเดียวกันนี้ให้ครอบคลุมทั่วประเทศจึงเป็นภารกิจสำคัญที่ควรได้รับการผลักดันและสนับสนุน โดยนำแนวคิดและกลไกการบริหารจัดการของระบบ HAIMS ของกรมทางหลวง ไปใช้เป็นพื้นฐานและต่อยอดสำหรับการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพของระบบข้อมูลสารสนเทศอุบัติเหตุบนทางหลวงชนบท (Accident Report Management System : ARMS) ของกรมทางหลวงชนบท รวมถึงการส่งเสริมให้เกิดระบบข้อมูลสารสนเทศในรูปแบบเดียวกันสำหรับอุบัติเหตุบนถนนในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งถือเป็นความท้าทายและเป็นประโยชน์อย่างสูงยิ่งที่จะดึงให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีภารกิจในการดูแลประชาชนในทุกพื้นที่ทั่วประเทศได้เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อสร้างความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทยร่วมกันต่อไป

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

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

สถานการณ์และผลกระทบของสาธารณภัยในรอบทศวรรษที่ผ่านมา เกิดสาธารณภัยขึ้นหลายแห่งทั่วโลกและส่งผลกระทบ ต่อทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาในรูปแบบที่ต่างกัน จากข้อมูล โดยบริษัท มิวนิค รี (Munich Re) บริษัทรับประกันภัยต่อช่วงรายได้ใหญ่ของโลก ได้สรุปรายงานไว้ว่า ในปี ๒๕๕๔ มีสาธารณภัยเกิดขึ้นกว่า ๘๒๐ ครั้งในทุกภูมิภาคทั่วโลก โดยมีเหตุการณ์สำคัญๆ มากมาย เช่น เหตุการณ์อุทกภัยในประเทศไทย ปากีสถาน ออสเตรเลีย รวมทั้งเหตุการณ์แผ่นดินไหวที่เมืองโครสต์เซิร์ช นิวซีแลนด์ ในเดือนกุมภาพันธ์ และเหตุการณ์แผ่นดินไหวและคลื่นสึนามิที่ประเทศญี่ปุ่น ในเดือนมีนาคม จึงทำให้ปี ๒๕๕๔ มีสถิติความเสียหายทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงสุดเป็นประวัติการณ์ คิดเป็นมูลค่ารวมทั้งปี อยู่ที่กว่า ๓.๘ แสนล้านดอลลาร์ (๑๑.๔ ล้านล้านบาท) นอกจากนี้ยังเป็นที่น่าสังเกตว่า

- ก. กว่า ๙๐% ของสาธารณภัยทั้งหมดที่เกิดขึ้นในปีนั้นมีความเกี่ยวข้องกับสภาพภูมิอากาศ
- ข. เกือบครึ่งหนึ่งของมูลค่าความเสียหายเชิงประกันภัยมีสาเหตุมาจาก ภัยพิบัติทางธรณีวิทยา โดยเฉพาะแผ่นดินไหวขนาดใหญ่ที่สำคัญ
- ค. ความเสียหายที่เกิดขึ้นราว ๗๐% กระจุกตัวอยู่ในภูมิภาคเอเชีย

สำหรับประเทศไทยมีโอกาสประสบภัยพิบัติได้หลายประเภทภัย สามารถสรุปภัยที่มีโอกาสเกิดบ่อยครั้ง ได้ดังนี้

- (๑) อุทกภัย เป็นภัยที่สร้างความเสียหายมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเหตุการณ์อุทกภัยปี ๒๕๕๔ มีพื้นที่ได้รับผลกระทบรวมทั้งสิ้น ๖๕ จังหวัด ประชาชนได้รับความเดือดร้อน ๔,๐๖๘,๓๖๑ คน ครัวเรือน มีผู้เสียชีวิต ๖๘๐ ราย บ้านเรือน พื้นที่การเกษตร นิคมอุตสาหกรรม โรงงาน ร้านค้า สนามบินดอนเมือง และภาคธุรกิจต่างๆ ได้รับความเสียหาย จากการประเมินความเสียหาย ในเชิงมูลค่าทางเศรษฐกิจของศูนย์วิจัยกสิกรไทย พบว่า ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เป็นมูลค่าสุทธิประมาณ ๒๔๒,๒๐๐ ล้านบาท และล่าสุดต้นปี ๒๕๖๐ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยสรุปสถานการณ์อุทกภัยในพื้นที่ภาคใต้ว่า ฝนที่ตกหนัก ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๐ ส่งผลให้เกิดอุทกภัย วาตภัย น้ำป่าไหลหลากในพื้นที่ภาคใต้ และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยมีจังหวัดได้รับผลกระทบ ๑๒ จังหวัด รวม ๑๑๔ อำเภอ ๗๒๑ ตำบล ๕,๔๗๖ หมู่บ้าน ประชาชนได้รับผลกระทบ ๕๒๑,๕๗๔ ครัวเรือน ๑,๖๐๓,๕๔๑ คน ผู้เสียชีวิต ๓๖ ราย สูญหาย ๑ ราย และในช่วงกลางปี ๒๕๖๐ (๒๘ - ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๐) เกิดอุทกภัย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๑๑ จังหวัด (๔๓ อำเภอ) ประกอบด้วย นครราชสีมา ขอนแก่น ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ เลย มหาสารคาม อุบลราชธานี สกลนคร ยโสธร มุกดาหาร กาฬสินธุ์ โดยศูนย์วิจัยกสิกรไทย ประเมินว่าอาจมีผลทำให้กิจกรรมทางเศรษฐกิจโดยรวมของไทยสูญเสียไปประมาณ ๑๕,๗๒๕ ล้านบาท ถือได้ว่าอุทกภัยเป็นภัยที่ยังคงมีโอกาสเกิดขึ้นบ่อยครั้งกับประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง
- (๒) สภาวะภัยแล้งที่ไทยประสบต่อเนื่องมาราว ๓ ปีติดต่อกัน โดยในปี ๒๕๕๙ นับเป็นวิกฤติภัยแล้งครั้งรุนแรงและหนักที่สุดในรอบ ๒๐ ปี จะเห็นได้ว่า ปริมาณน้ำต้นทุนที่ใช้การได้ใน ๔ เขื่อนหลักของไทยในช่วงฤดูแล้งในปี ๒๕๕๙ (พ.ย. ๒๕๕๘ - เม.ย.๒๕๕๙) อยู่ที่ ๔,๒๔๗ ล้านลูกบาศก์เมตร ซึ่งเป็นระดับน้ำที่ไม่เพียงพอต่อการทำการเกษตร ส่งผลต่อพื้นที่ปลูกข้าวนาปรังลดลงกว่า

๒.๔ ล้วนไร้เมื่อเทียบกับปีก่อน มูลค่าความเสียหายต่อภาคเกษตรที่มีแนวโน้มลดลงในปี ๒๕๖๐ โดยศูนย์วิจัยกสิกรรมไทย ประเมินว่า ผลจากภัยแล้งทำให้มูลค่าความเสียหายต่อภาคเกษตรวัดจากรายได้เกษตรกรในปี ๒๕๕๙ หายไปราว ๖๔,๑๖๑ ล้านบาทเมื่อเทียบกับปี ๒๕๕๘ จากผลของภัยแล้งในปี ๒๕๕๙ ที่มีความรุนแรงมากกว่าปี ๒๕๕๘ โดยเป็นความเสียหายต่อพืชเศรษฐกิจหลัก ๓ รายการคือ ข้าวนาปรัง มันสำปะหลัง และอ้อย^{๑๑}

- (๓) ปัญหาไฟป่าและหมอกควัน ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงฤดูแล้งเป็นประจำทุกปี และเริ่มทวีความรุนแรงมากขึ้นตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ โดยในปี ๒๕๖๑ สถานการณ์หมอกควันและไฟป่าในภาคเหนือเข้าสู่ช่วงวิกฤติหนักที่สุด ข้อมูลของกรมควบคุมมลพิษรายงานประจำวันวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑ พบว่า ปริมาณฝุ่นละอองขนาดไม่เกิด ๑๐ ไมครอน (PM ๑๐) เฉลี่ย ๒๔ ชั่วโมง พบว่ามี ๓ จังหวัดที่ค่ามลพิษเกินค่ามาตรฐาน ที่ ๑๒๐ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร โดยที่ ต.จองคำ อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน วัดได้ ๑๘๕ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ที่ ต.แม่ปะ อ.แม่สอด จ.ตาก วัดได้ ๑๒๔ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร และที่ ต.ช้างเผือก อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ๑๓๕ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ทั้งนี้ โครงการติดตามและประเมินภาวะหมอกควันเพื่อการบริหารจัดการมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เปิดเผยว่า ปัญหาหมอกควันในปัจจุบันมีความเชื่อมโยงถึงปัญหาการทำลายป่าต้นน้ำและภาวะภัยแล้ง^{๑๒} เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ โดยศูนย์ทะเบียนมะเร็งเชียงใหม่ ปี ๒๕๕๐ พบว่าคนเชียงใหม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดมากกว่าคนไทยทั่วไปถึงเกือบ ๗ เท่า^{๑๓} และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ล่าสุดโดยในปี ๒๕๖๐ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าจังหวัดเชียงใหม่มีอัตราผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดประมาณ ๔๐ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน^{๑๔} ขณะที่ในภาคอื่นๆ มีอัตราผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดเฉลี่ยประมาณ ๒๐ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน
- (๔) เหตุแผ่นดินไหวที่รุนแรงที่สุดในไทยเท่าที่เคยวัดได้ เกิดเมื่อ ๕ พฤษภาคม ๒๕๕๗^{๑๕} ขนาด ๖.๓ แมกนิจูด บริเวณอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เกิดจากพลังงานของรอยเลื่อนพะเยา จุดกำเนิดมีความลึกจากผิวดินประมาณ ๖ กิโลเมตร ซึ่งค่อนข้างตื้นมาก ทำให้เกิดความรุนแรงสูงและสร้างความเสียหายต่อสิ่งปลูกสร้างในพื้นที่รัศมี ๓๐ กิโลเมตรจากจุดศูนย์กลางแผ่นดินไหว อีกทั้งยังเกิดอาฟเตอร์ช็อกตามมาอีกกว่า ๑๐๐ ครั้ง สำหรับในประเทศไทย พบว่า มีแนวรอยเลื่อนใหญ่ๆ ที่ยังมีพลังงานอยู่หลายแนวด้วยกัน ครอบคลุมบริเวณภาคเหนือ ฝั่งตะวันตกของภาคกลาง และภาคใต้ฝั่งตะวันตก ซึ่งในพื้นที่ภาคเหนือพบรอยเลื่อนกว่า ๑๐ รอย รอยเลื่อนที่สำคัญได้แก่ รอยเลื่อนแม่จัน พาดผ่านจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดเชียงราย รอยเลื่อนแม่อิง พาดผ่านจังหวัดเชียงราย รอยเลื่อนแม่ทา พาดผ่านจังหวัดลำพูนและจังหวัดเชียงใหม่ รอยเลื่อนพะเยา พาดผ่านจังหวัดเชียงราย จังหวัดลำปาง และจังหวัดพะเยา เป็นต้น

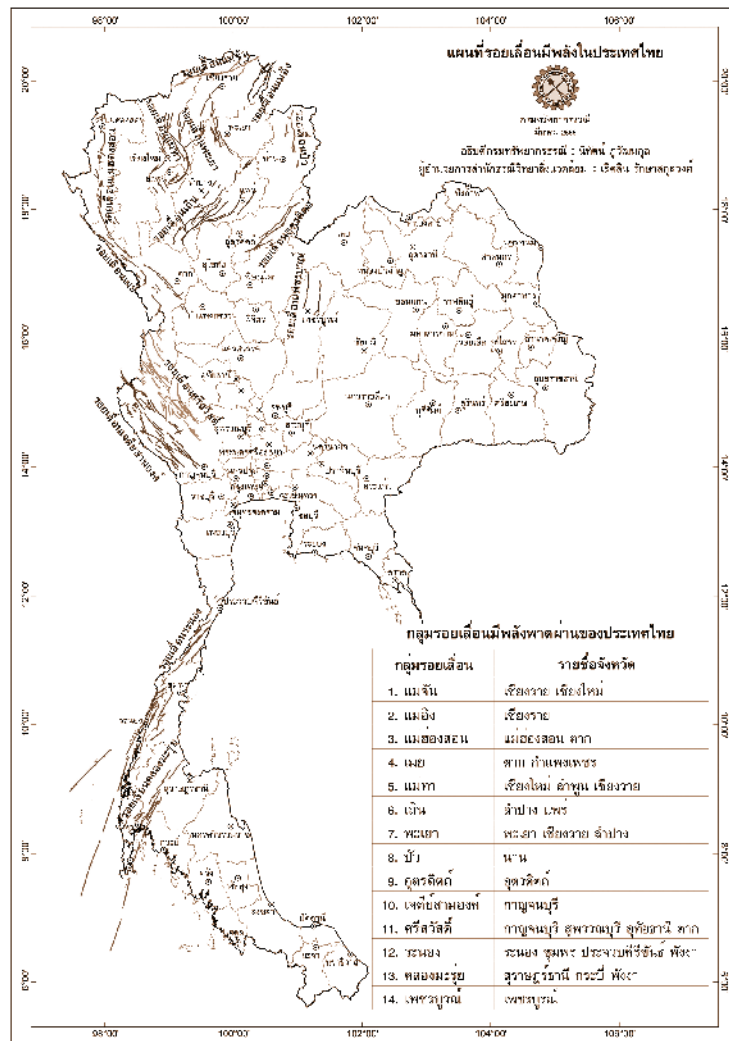
^{๑๑} ที่มา: <http://www.thansettakij.com/content/65734>. ศูนย์วิจัยกสิกรรมไทย. บทวิเคราะห์เรื่อง “วิกฤติภัยแล้งหนักสุดปี ๒๕๕๙ ผ่านพ้น: เริ่มมีสัญญาณบวกให้เห็น จับตาน้ำแล้งหน้า”, ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๙.

^{๑๒} ที่มา: <https://voicetv.co.th/read/SJ5tE5n5f>

^{๑๓} ที่มา: “หมอก-ควัน ๕๓ แรงแซง ๒ ปีก่อน”. คมชัดลึก, ๑ ธันวาคม ๒๕๕๓.

^{๑๔} ที่มา: <https://voicetv.co.th/read/SJ5tE5n5f>

^{๑๕} ที่มา: <https://www.sanook.com/news/1593016/>



แผนภาพรอยเลื่อนสำคัญซึ่งอาจก่อให้เกิดแผ่นดินไหวในประเทศไทย

(๕) ปัญหาอัคคีภัย นับเป็นภัยที่มีความรุนแรงและเกิดขึ้นบ่อยครั้งแทบทุกวัน ในแต่ละปีจะมีสถิติการเกิดอัคคีภัยทั่วประเทศมากกว่าหนึ่งพันครั้ง โดยในปี ๒๕๖๐ เกิดเหตุเพลิงไหม้ จำนวน ๑,๖๒๕ ครั้ง^{๕๖} ก่อให้เกิดความสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สินจำนวนมาก โดยเฉพาะกับพื้นที่ชุมชนในเขตเมือง ทั้งกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองใหญ่ที่มีประชากรกว่า ๕,๗๐๐,๐๐๐ คน และอาคารบ้านเรือนที่มีอยู่หนาแน่นถึงกว่า ๒,๘๐๐,๐๐๐ หลัง^{๕๗} รวมทั้งเขตที่อยู่อาศัยชุมชนหนาแน่นที่กระจายไปทั่วในหลายๆ เขต ทำให้กรุงเทพมหานครมีความเสี่ยงสูงกว่าพื้นที่อื่นๆ ซึ่งสามารถแบ่งลักษณะชุมชนตามความเสี่ยง ได้เป็น ๓ ประเภท คือ (๑) ชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยสูง ได้แก่ ชุมชนแออัด (๒) ชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยปานกลาง ได้แก่ ชุมชนที่มีที่อยู่อาศัยเป็นตึกแถว อาคารและอาคารสูง และ (๓) ชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยน้อย ได้แก่ ชุมชนที่ปลูกสร้างบ้านในเนื้อที่ส่วนตัวเป็นหลัก

^{๕๖} ที่มา: ฝ่ายแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน สำนักป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรุงเทพมหานคร

^{๕๗} ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลกรุงเทพมหานคร สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร ปี ๒๕๕๘

(๖) การจมน้ำ ยังคงเป็นภัยคุกคามอันดับ ๑ ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีเมื่อเทียบกับทุกสาเหตุทั้งโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อ ข้อมูลปี ๒๕๕๘ อัตราเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสนคนสูงที่สุด เท่ากับ ๕.๙ ซึ่งเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงประมาณ ๒ เท่าตัว สถานที่ที่เด็กจมน้ำอยู่ที่บ้านและบริเวณบ้านสูงที่สุด (ร้อยละ ๓๖.๖) แหล่งน้ำที่มีเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำสูงที่สุดคือแหล่งน้ำธรรมชาติ (ร้อยละ ๓๙.๒) รองลงมาคืออ่างอาบน้ำ (ร้อยละ ๖.๘) และสระว่ายน้ำ (ร้อยละ ๒.๗) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุด รองลงมาคือภาคใต้ ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) และภาคเหนือ โดยมีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน เท่ากับ ๗.๑, ๖.๐, ๕.๙ และ ๕.๒ ตามลำดับ สำหรับการเข้าถึงการรักษาพยาบาลพบว่า เด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ที่บาดเจ็บรุนแรงจากการจมน้ำ ถูกนำส่งโดยญาติหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์มากที่สุด (ร้อยละ ๔๙.๕) รองลงมาคือหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ ๔๗.๓) ^{๔๔}

สถานการณ์ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นและการศึกษากระบวนการรับมือภัยพิบัติของประเทศที่ผ่านมา พบว่า ข้อมูล สถิติ และองค์ความรู้ที่เกิดจากการถอดบทเรียนการรับมือภัยพิบัติทั้งในระดับชาติและชุมชนยังขาดแคลนข้อมูลอยู่มาก จำเป็นที่จะต้องมีการรวบรวมข้อมูล สถิติ และกรณีศึกษาการรับมือภัยพิบัติเพื่อสังเคราะห์ออกมาเป็นองค์ความรู้และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อผลักดันให้เกิดระบบการจัดการภัยพิบัติของประเทศที่มีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุที่ว่า การเกิดภัยพิบัติในแต่ละครั้งส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงทั้งในชีวิตและทรัพย์สิน และกระจายเป็นวงกว้างในหลายพื้นที่ ความเสียหายที่เกิดต่อระบบการคมนาคมขนส่ง ทำให้ความช่วยเหลือจากภาครัฐ องค์กรเอกชน และอาสาสมัครไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ในทันที ชุมชนที่มีความเข้มแข็ง มีการประสานงานภายในชุมชน รวมถึงมีการแบ่งบทบาทและหน้าที่ของแต่ละคนที่ชัดเจนในการรับมือภัยพิบัติที่เกิดขึ้น จะสามารถบรรเทาภัยที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าชุมชนหรือพื้นที่ที่ขาดการเตรียมความพร้อมในรับมือภัย

ประเทศไทยเริ่มนำแนวคิดในการจัดการภัยพิบัติโดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Disaster Risk Management : CBDRM) ^{๔๕} มาใช้ในการป้องกันแก้ไขปัญหาภัยพิบัติ ตั้งแต่ที่ประเทศไทยได้เข้าร่วมข้อตกลงความร่วมมือในเวทีนานาชาติในประเด็นบริหารจัดการภัยพิบัติที่มีความเกี่ยวข้องกับชุมชน คือ Hyogo Framework for Action (HFA) (ปี ๒๕๔๘) เป็นความตกลงของที่ประชุมโลกว่าด้วยการลดภัยพิบัติ ซึ่งเน้นถึงความจำเป็นในการพัฒนาวิธีการในการประสานงานในภูมิภาค แผนงาน และระบบติดต่อสื่อสาร เพื่อเตรียมพร้อมให้สามารถตอบโต้ภัยพิบัติได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนและประเทศต่างๆ ต่อการเกิดภัยพิบัติ ด้วยการใช้เครื่องมือลดความเสี่ยงหรือผลกระทบของภัยพิบัติ มีเป้าหมายในการลดความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินของสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมในปี ๒๕๕๘ (ค.ศ. ๒๐๑๕) หน่วยงานที่รับผิดชอบในการขับเคลื่อนคือ United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR)

^{๔๔} สุชาติดา เกิดมงคลการ สัม เอกเฉลิมเกียรติ และกาญจน์นีย์ ดำนาจแก้ว. “การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการจมน้ำ ทั้ง ๕ มิติของการดำเนินงาน”. ๒๕๕๘.

^{๔๕} แนวคิด CBDRM คือ ๑) สร้างความตระหนักว่า ชุมชนกำลังเผชิญกับภัยอะไรอยู่ ๒) ให้เข้าใจว่า ผลกระทบจากภัยสามารถคาดการณ์ได้ ๓) เกิดการควบคุมบริหารจัดการโดยองค์กรชุมชน ๔) ให้ชุมชนมีแผนเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติสำหรับชุมชน (ที่มา: สำนักส่งเสริมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย)

สมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๔ (พฤษภาคม ๒๕๕๔) มีมติขอให้ประเทศสมาชิก (๑) สร้างความเข้มแข็งด้วยภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพและการบริหารจัดการความเสี่ยงที่เกิดจากภัยพิบัติ โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพทั้งในระดับชาติและระดับรองลงมา โดยให้มีกฎหมายที่มีผลบังคับใช้ เพื่อยกระดับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (๒) บูรณาการการจัดการในภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพและการบริหารจัดการความเสี่ยงที่เกิดจากภัยพิบัติในแผนสุขภาพระดับชาติและระดับรองลงมา รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ความเสี่ยง การเตรียมความพร้อมก่อนเกิดเหตุ การรับมือกับเหตุ และการฟื้นฟูหลังประสบเหตุ

คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘ เพื่อให้ทุกหน่วยงานใช้แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นแผนแม่บท (Master Plan) ในการจัดการสาธารณภัยของประเทศ โดยเป็นกรอบและทิศทางในการปฏิบัติการด้านสาธารณภัยให้แก่ประเทศไทย^{๕๐} ซึ่งแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นการนำแนวคิดการพัฒนาระบบการป้องกัน การเตรียมความพร้อม และการสร้างภูมิคุ้มกันโดยพัฒนาภูมิความรู้และเสริมสร้างความเข้มแข็งระดับชุมชน ในการเฝ้าระวังและรับมือกับสาธารณภัย การอยู่ร่วมกับธรรมชาติและการสร้างภูมิทัศน์ด้านทานให้แก่ชุมชนตามแนวทาง “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” รวมทั้งการนำแนวคิดการลดความเสี่ยงจากสาธารณภัย เพื่อป้องกันภัยตามหลักสากลคือ “รู้รับ - ปรับตัว - ฟื้นเร็ว - อย่างยั่งยืน” 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 การมุ่งเน้นการลดความเสี่ยงจากสาธารณภัย การบูรณาการการจัดการในภาวะฉุกเฉิน การเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน การส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศในการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัยเป็นแนวทางหลักในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายของแผน และนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัยซึ่งเป็นพื้นฐานของการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งในระดับโลกมี**แนวทางลดทอนความเสี่ยงของภัยพิบัติ** โดยเน้น “ลด ๔ อย่าง” ได้แก่ (๑) อัตราการเสียชีวิต (๒) จำนวนผู้ได้รับผลกระทบ (๓) ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจ (๔) ความเสียหายต่อสาธารณูปโภค สาธารณูปการ และบริการพื้นฐาน “เพิ่ม ๓ อย่าง” ได้แก่ (๑) แผนยุทธศาสตร์ ลด ความเสี่ยงระดับชาติ และระดับท้องถิ่น (๒) การให้ความช่วยเหลือระหว่างประเทศ (๓) การเข้าถึงข้อมูลการแจ้งเตือนภัยล่วงหน้าและข้อมูลความเสี่ยง

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

การดำเนินงานด้านการลดปัญหาจากการพนัน มีความสอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนและด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ด้านการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตและการสร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี การสร้างสภาพแวดล้อม

^{๕๐} คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ. “แผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. ๒๕๕๘”, ๒๕๕๘.

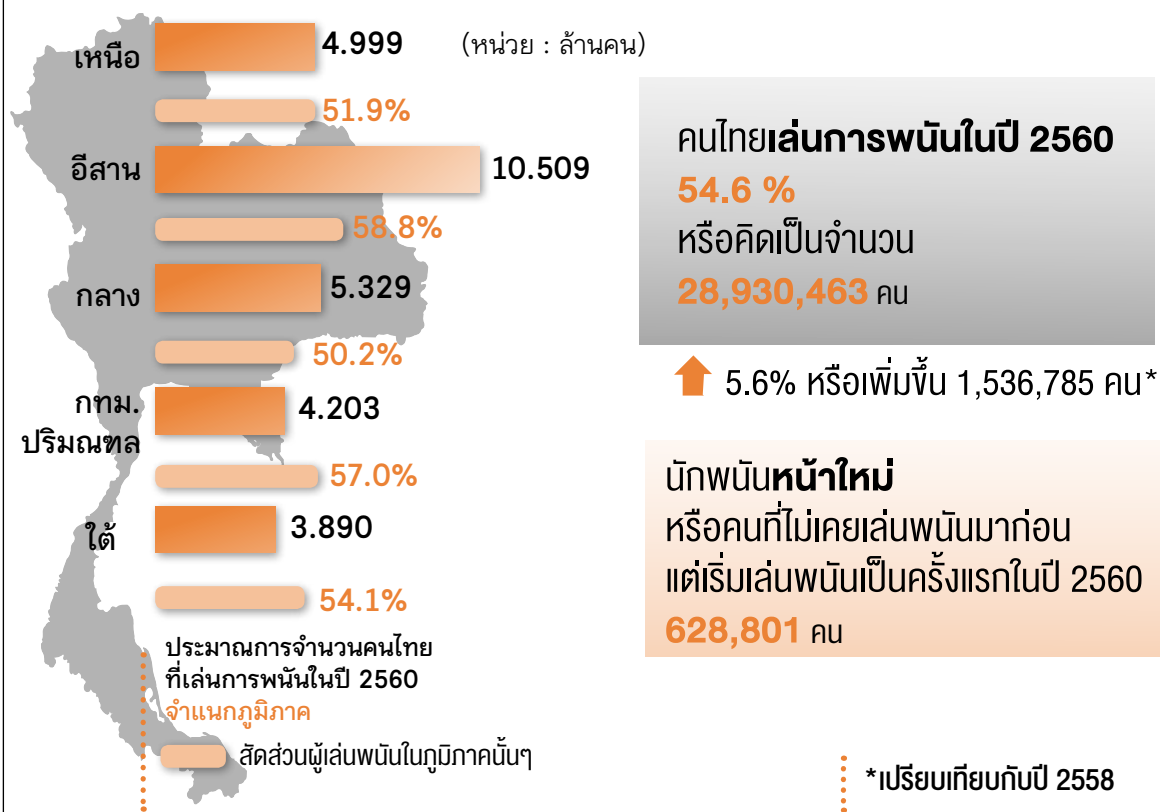
และนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัย ด้วยการพนันเป็นธุรกิจระดับนานาชาติ เกี่ยวข้องกับเงินจำนวนมาก การพนันผ่านช่องทางออนไลน์สามารถเข้าถึงทุกคน ทุกที่ ทุกเวลา ทำให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงการเล่นพนันได้ง่าย การขยายตัวของการเล่นออนไลน์ต่อเนื่องได้กลายเป็นปัญหาต่อการติดตามจับกุม อีกทั้งอาจเกี่ยวพันกับปัญหาอาชญากรรม การฟอกเงิน และการเล่นพนันอาจมีผลต่อการพัฒนาของสมอง การติดพนันเป็นโรคทางจิตเวชกลุ่มการเสพติด นอกจากนี้ การขยายตัวของธุรกิจการพนันสู่กลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีเวลาว่าง อาจกลายเป็นช่องทางที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียเงินออมและเงินเกษียณ และล่าสุดวงการแพทย์พบว่า การเล่นพนันอาจมีผลต่อการพัฒนาของสมองระดับโครงสร้าง การเล่นพนันตั้งแต่อายุน้อยส่งผลให้การพัฒนากิจกรรมชีวิตของเด็กและเยาวชนต่ำ และการติดพนันเป็นโรคทางจิตเวชกลุ่มความผิดปกติเกี่ยวกับการเสพติด เช่นเดียวกับการติดเกม ติดอินเทอร์เน็ต

ประเภทของการพนัน แบ่งออกเป็น ๓ กลุ่มใหญ่ ได้แก่ (๑) เกมพนัน (Gaming) การเล่นพนันที่ใช้อุปกรณ์ ส่วนใหญ่เป็นการเล่นพนันในบ่อนหรือกาสิโน และการเล่นพนันด้วยเครื่องเล่นหรือสล็อตแมตชีน (๒) การเดิมพัน (Betting) การเล่นพนันทายผล มีทั้งการทายผลการแข่งขันกีฬาและการทายผลเหตุการณ์ และ (๓) สลาก/ลอตเตอรี่ (Lottery) การเล่นพนันเสี่ยงโชค ส่วนใหญ่เป็นการเสี่ยงโชคโดยออกผลรางวัลเป็นตัวเลข ซึ่งสมาคมสลากกินแบ่งโลก ได้จัดแบ่งการพนันสลาก/ลอตเตอรี่ (Lottery) ออกเป็น ๕ ประเภท ได้แก่ สลากแบบดั้งเดิม (สลากใบที่ออกในลักษณะเดียวกับสลากกินแบ่งรัฐบาล) สลากลอตโต้ สลากรู้ผลทันที สลากตัวเลข และสลากกีฬา (Toto) สำหรับการพนันออนไลน์ เป็นการเล่นพนันผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต ทั้งเกมพนัน การเดิมพัน และสลาก/ลอตเตอรี่

สถานการณ์การพนันในประเทศไทย โครงการศึกษาสถานการณ์ พฤติกรรมและผลกระทบของการพนันในประเทศไทย ปี ๒๕๖๐ ของศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งสำรวจประชากรที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ใน ๒๕ จังหวัด จำนวน ๗,๐๐๘ ตัวอย่าง ระหว่าง ๑๕ กันยายน ถึง ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๐ สรุปสถานการณ์สำคัญได้ ดังนี้

- (๑) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ ๗๕.๒ ระบุว่าเคยมีประสบการณ์เล่นการพนัน (อย่างใดอย่างหนึ่ง) และเช่นเดียวกับผลสำรวจในปี ๒๕๕๘ เกินครึ่งเริ่มเล่นพนันครั้งแรกเมื่ออายุไม่เกิน ๒๐ ปี อายุต่ำสุดของการเริ่มเล่นพนันครั้งแรกอยู่ที่ ๗ ปี และเหตุผลของกลุ่มที่เล่นพนัน ๕ อันดับแรก ได้แก่ ต้องการเสี่ยงโชค/อยากลอง อยากได้เงิน เพื่อความตื่นเต้น/เพลิดเพลิน เล่นตามคนใกล้ชิด และมีคนชักชวน ส่วนเหตุผลของกลุ่มที่ไม่เล่นพนัน ๕ อันดับแรก ได้แก่ ไม่ชอบเล่นพนัน เล่นไม่เป็น มองว่าเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย กลัวเสียเงิน และมองว่าเป็นอบายมุข
- (๒) ผลสำรวจปี ๒๕๖๐ ในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา มีผู้เล่นการพนันร้อยละ ๕๔.๖ หรือประมาณการเท่ากับประชากร ๒๘,๙๓๐,๔๖๓ คน ในจำนวนนี้มีผู้ที่เล่นพนันเป็นครั้งแรกในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา หรือ “นักพนันหน้าใหม่” ประมาณ ๖๒๘,๘๐๑ คน

ประมาณการจำนวนคนไทยที่เล่นการพนัน ปี 2560



ภาพประมาณการจำนวนประชากรไทยที่เล่นการพนัน ปี ๒๕๖๐

(๓) ประเภทการพนันยอดนิยม ๕ อันดับแรก ได้แก่ สลากกินแบ่งรัฐบาล หวยใต้ดิน ไพ่ พนันทายผลฟุตบอล และพนันพื้นบ้าน ทั้งนี้ กลุ่มที่เล่นพนันทั้งสลากกินแบ่งรัฐบาลและหวยใต้ดินมีมากถึงประมาณ ๑๒.๖๐๓ ล้านคน ที่น่าสังเกตคือ การเพิ่มปริมาณสลากในตลาดแบบก้าวกระโดดของสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลส่งผลให้มีผู้เล่นพนันสลากกินแบ่งรัฐบาลเพิ่มขึ้นมาก คือจาก ๑๙.๐๗๗ ล้านคนในปี ๒๕๕๘ เพิ่มขึ้นเป็น ๒๑.๔๓๔ ล้านคนในปี ๒๕๖๐ หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๒.๔ และมีวงเงินพนันเพิ่มขึ้นร้อยละ ๘๒.๒ คือจาก ๗๗,๑๔๓ ล้านบาทในปี ๒๕๕๘ เพิ่มขึ้นเป็น ๑๔๐,๕๔๙ ล้านบาทในปี ๒๕๖๐ ทำให้สลากกินแบ่งรัฐบาลมีวงเงินหมุนเวียนในธุรกิจพนันมากที่สุดเป็นอันดับ ๑ (จากที่เคยอยู่อันดับ ๓ ในปี ๒๕๕๘) แข่งหน้าวงเงินหมุนเวียนของการพนันทายผลฟุตบอลและหวยใต้ดิน (๑๔๐,๐๑๖ และ ๑๓๕,๑๔๒ ล้านบาท) ซึ่งมีวงเงินพนันหมุนเวียนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี ๒๕๕๘ ร้อยละ ๒.๙ และ ๓.๒ ตามลำดับ

ประเภทการพนันที่คนไทยเล่นในปี 2560

(หน่วย : คน)

ประเภทการพนันในปี 2560	จำนวนผู้เล่น	นักพนันหน้าใหม่ เริ่มเล่นพนันเป็นครั้งแรก*
สลากกินแบ่งรัฐบาล	21,434,104 ↑ 12.4%	434,484
หวยใต้ดิน	17,324,110 ↑ 5%	275,945
ไพ่ (รวมที่เล่นพนันกันเอง เล่นตามบ่อน เว็บไซต์)	4,118,587	140,477
พนันทายผลฟุตบอล	2,476,612 ↑ 24.3%	117,301
วัวชน / ตีไก่ / กัดปลา	1,166,348	60,994
หวยหุ้น	1,094,724	36,932
ไฮโล / โปป๋น / กำถั่ว / ถั่วแยก / น้ำเต้าปูปลา	1,087,434	37,210
มวยหรือมวยตุ้	605,213	38,060
บิงโก	477,836	n/a
จับยี่กี / หวยบิงปอง	435,062	44,854
อื่นๆ อาทิ ตู้ม้า ม้าแข่ง สลากเกอร์ ฯลฯ	287,890	n/a

เฉลี่ย 2 ประเภท/คน สูงสุด 8 ประเภท/คน

* นักพนันหน้าใหม่ ปี 2560 รวม **628,801** คน
บางคนเล่นการพนันมากกว่า 1 ชนิด

↑ คือ อัตราการเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2558

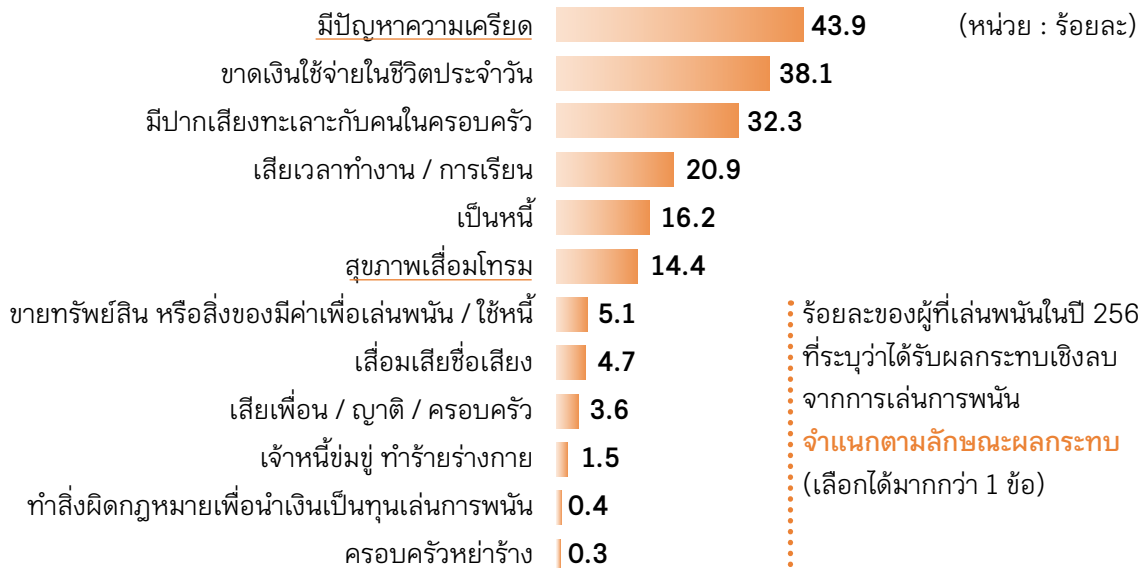
ภาพแสดงประมาณการจำนวนประชากรที่เล่นการพนันและวงเงินพนัน ปี ๒๕๖๐ จำแนกตามประเภทการพนัน และเปรียบเทียบจำนวนผู้เล่นกับปี ๒๕๕๘

ที่มา : ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(๔) เมื่อให้ผู้เล่นการพนันประเมินว่าตนเองติดพนันหรือไม่ พบว่า ในปี ๒๕๖๐ มีผู้มองว่าตนเองติดการพนันมากถึงร้อยละ ๑๖.๑ หรือประมาณ ๔.๖๖๓ ล้านคน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (๒.๕๕๕ และ ๒.๐๖๘ ล้านคน) เมื่อจำแนกตามอายุพบว่า กลุ่มใหญ่ที่สุดอยู่ในช่วงวัยทำงาน แต่กลุ่มอายุที่มองว่าตนเองติดพนันซึ่งต้องห่วงใยเป็นพิเศษคือ เยาวชนอายุ ๑๕ - ๑๘ ปีประมาณ ๙.๔ หมื่นคน และอายุ ๑๙ - ๒๕ ปีอีกประมาณ ๓.๑๑ แสนคน รวมถึงผู้สูงวัยอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ประมาณ ๖.๘๙ แสนคน การประเมินว่าตนเองติดพนันสะท้อนถึงการยอมรับ “ปัญหาจากการเล่นพนัน” หรือ “สุขภาพะบกพร่อง” ซึ่งมีทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์/จิตใจ และสุขภาพกาย ดังจะเห็นได้จากผู้เล่นการพนันร้อยละ ๒๐.๔ หรือประมาณ ๕.๙๐๑ ล้านคน ระบุว่าได้รับผลกระทบเชิงลบจากการเล่นพนันในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา โดยกลุ่มที่ระบุว่าเป็นหนึ่งจากการเล่นพนันของตนเองมีมากถึงประมาณ ๙.๓๗ แสนคน มีหนี้พนันรวมกันสูงถึง ๑๒,๒๕๘ ล้านบาท หรือเฉลี่ย ๑๓,๑๘๘ บาทต่อคน

ผลกระทบเชิงลบที่เกิดจากการพนัน

ผู้ที่เล่นพนันในปี 2560
20.4% หรือคิดเป็นจำนวน
5.901 ล้านคน
 ได้รับผลกระทบเชิงลบจากการเล่นพนัน



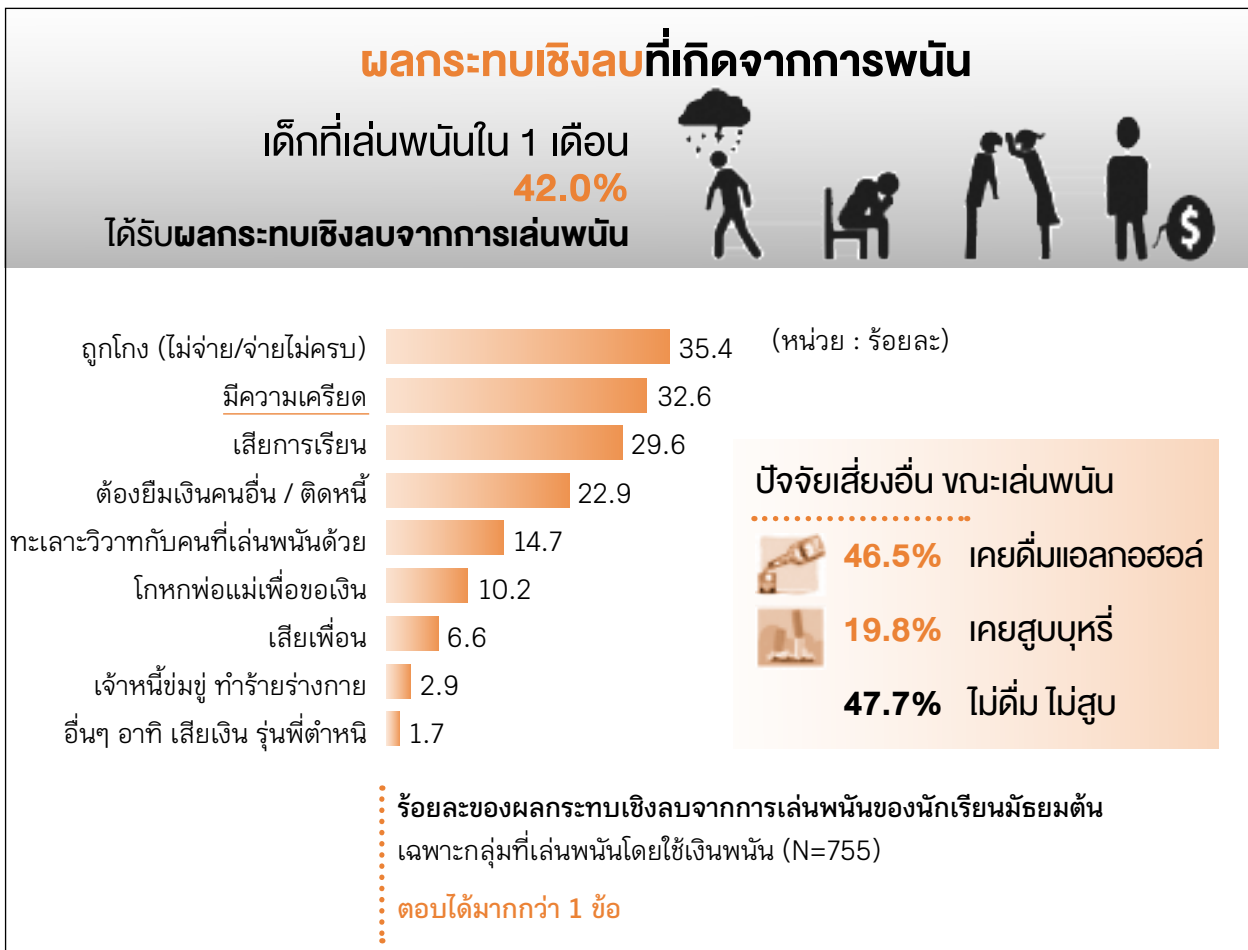
ภาพผลกระทบเชิงลบที่เกิดจากการพนัน

ที่มา : ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- (๕) ผู้เล่นพนันส่วนหนึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพในขณะที่เล่นพนัน กล่าวคือ ร้อยละ ๑๒.๐ สูบบุหรี่ในขณะที่เล่นพนัน ร้อยละ ๘.๒ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในขณะที่เล่นพนัน และร้อยละ ๗.๐ รับประทานของหวานหรือขนมขบเคี้ยวในขณะที่เล่นพนัน
- (๖) การวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะกลุ่มเยาวชน อายุ ๑๕ - ๒๕ ปี พบว่าสภาพแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเยาวชน รวมถึงการเล่นพนัน และเยาวชนที่เริ่มเล่นพนันจากการพนันทลายฟุตบอลมีสัดส่วนของผู้เล่นพนันต่อเนื่องสูงถึงร้อยละ ๘๒.๖ สูงกว่ากลุ่มที่เริ่มต้นจากการเล่นพนันประเภทอื่นชัดเจน อีกทั้งเยาวชนยังเล่นพนันนานมีแนวโน้มเล่นพนันด้วยจำนวนเงินที่เพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ เยาวชนที่เป็นนักพนันหน้าใหม่ เพิ่งเริ่มเล่นพนันในปี ๒๕๖๐ ใช้เงินในการเล่นพนันเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ ๓๐๐ บาท ตัวเลขดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นเป็น ๖๘๔ บาท ในกลุ่มที่เล่นพนันมานาน ๑ - ๒ ปี และ ๙๔๒ บาท ในกลุ่มที่เล่นพนันมานาน ๓ ปีขึ้นไป

เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ปัญหาให้ลึกซึ้งมากขึ้น ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงจัดให้มีโครงการศึกษาสถานการณ์การเล่นพนันของนักเรียนมัธยมต้น สำรวจข้อมูลใน ๑๕ จังหวัด จำนวน ๓,๔๗๐ ตัวอย่าง ระหว่าง ๒๒ มกราคม ถึง ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ สรุปสถานการณ์การพนันเฉพาะกลุ่มนักเรียนมัธยมต้นสำคัญ ดังนี้

- (๑) นักเรียนมัธยมต้นร้อยละ ๔๑.๘ มีบุคคลแวดล้อมเล่นการพนัน ในจำนวนนี้ร้อยละ ๒๙.๑ ระบุว่า รู้สึกอยากเล่นพนันเมื่อเห็นผู้ใหญ่เล่นพนัน นอกจากนี้ นักเรียนมัธยมต้นร้อยละ ๗๒.๑ ระบุว่า เคยพบเห็นโฆษณาเชิญชวนให้เล่นพนันผ่านสื่อช่องทางต่างๆ ๕ อันดับแรกคือ เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ไลน์ ยูทูบ และฟรีทีวี/ดิจิทัลทีวี ในจำนวนนี้ร้อยละ ๑๔.๖ ได้เข้าไปทดลองเล่นการพนัน ตามช่องทางที่เชิญชวน
- (๒) เมื่อสอบถามถึงการเล่นการพนันโดยใช้เงินในรอบ ๑ เดือนก่อนการสำรวจ พบว่ามีนักเรียนมัธยมต้น เล่นการพนันร้อยละ ๑๕.๓๘ หรือประมาณการเท่ากับ ๓๔๖,๒๘๔ คน เป็นนักเรียนชายมากกว่า นักเรียนหญิง และนักเรียนในชั้นเรียนที่สูงกว่ามีส่วนผู้เล่นพนันมากกว่า ประเภทการพนัน ที่ใช้เงินพนันมากที่สุด ๓ อันดับแรกคือ พนันออนไลน์ พนันบอลกินเงิน และพนันกีฬาอื่นๆ ทั้งนี้ นักเรียนมัธยมต้นใช้เงินในการเล่นพนันเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ ๒๖๔ บาท
- (๓) ผลกระทบที่เกิดจากการเล่นพนันของนักเรียนมัธยมต้นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ ความเครียด และยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นขณะเล่นพนันร่วมด้วย ทั้ง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่



ภาพผลกระทบเชิงลบที่เกิดจากการพนันของนักเรียนมัธยมต้น

ที่มา : ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานการณ์การขยายตัวของการเล่นพนันหลากหลายรูปแบบ ทั้งการเพิ่มปริมาณต่อเนื่องของการพนัน ถูกกฎหมาย คือ ลอตเตอรี่ จากยอดรวม ๖๘ ล้านฉบับในปี ๒๕๕๓ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ จำนวน ๗๒ ล้านฉบับ ปี ๒๕๕๗ จำนวน ๗๔ ล้านฉบับ และล่าสุด ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑๓๖ ล้านฉบับต่องวด การกระจายตัวของการเล่นฟุตบอลและการพนันออนไลน์ทั้งในหมู่เยาวชนและคนทำงาน การใช้วิธีการเสี่ยงโชคเป็นเครื่องมือทางการตลาดโดยใช้รางวัลมูลค่าสูงเหมือนกับสลากเป็นแรงจูงใจ การรุกคืบของธุรกิจพนันและคล้ายพนันผ่านระบบ SMS การขยายพื้นที่และความถี่ของการพนันที่เกี่ยวข้องกับวิถีวัฒนธรรมและชุมชน การทำตลาดเชิงรุกของการบ่อนกาสิโนชายแดน คู่ขนานกับการเติบโตของธุรกิจการพนันในประเทศ บริเวณชายแดนล้อมรอบไทยมีการเปิดกาสิโนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นขนาดใหญ่ประมาณ ๑๐ แห่ง และมีขนาดเล็กอีกเป็นจำนวนมาก โดยมีนักพนันชาวไทยเป็นลูกค้าส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ ๙๐ ของลูกค้าทั้งหมด ทั้งกลุ่มที่เดินทางไปเล่นพนันแบบส่วนบุคคลและแบบโปรแกรมท่องเที่ยวที่มีการเล่นพนันเป็นหนึ่งในโปรแกรม

นอกจากนี้ การพนันผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต ที่เรียกว่า **การพนันออนไลน์** มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง 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 ชี้ว่า การพนันทายผลการแข่งขันผ่านอินเทอร์เน็ตมีสัดส่วนประมาณร้อยละ ๓๖ ของมูลค่าการพนันทายผลการแข่งขันทั้งหมดในปี ค.ศ. ๒๐๑๕

กฎหมายไทยกำหนดว่า “การพนันทุกประเภทถือเป็นสิ่งผิดกฎหมาย เว้นแต่จะได้รับใบอนุญาตจากพนักงานเจ้าหน้าที่” และมีกฎหมายกำกับดูแลเรื่องการเล่นโดยเฉพาะ ๒ ฉบับ ได้แก่

- ๑) พระราชบัญญัติการพนัน พ.ศ. ๒๔๗๘ โดย กระทรวงมหาดไทย ในฐานะผู้รักษาการตามกฎหมาย ได้จัดทำร่างกฎหมาย ๒ ฉบับ ซึ่งล่าสุดได้ผ่านการตรวจพิจารณาโดยสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเรียบร้อยแล้ว ได้แก่ ร่าง พระราชบัญญัติการให้รางวัลด้วยการเสี่ยงโชค พ.ศ. (สคก. ตรวจแล้ว เรื่องเสร็จที่ ๑๖๘/๒๕๕๙) และ ร่าง พระราชบัญญัติการพนัน พ.ศ. (สคก. ตรวจแล้ว เรื่องเสร็จที่ ๑๖๙/๒๕๕๙)
- ๒) พระราชบัญญัติสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ. ๒๕๑๗ เนื่องจากมีคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ ๑๑/๒๕๕๘ เรื่องมาตรการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล ลงวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ โดยในข้อ ๑๓ ระบุว่า “เมื่อคณะรักษาความสงบแห่งชาติสิ้นสุดลงตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแล้ว ให้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการสลากกินแบ่งรัฐบาลตามกฎหมายว่าด้วยสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล และเมื่อได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว ให้คำสั่งนี้เป็นอันยกเลิก” ดังนั้น วาระของการแก้ไขพระราชบัญญัติสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ. ๒๕๑๗ ให้สอดคล้องกับสภาพการจำหน่ายสลากในปัจจุบัน โดยเฉพะการปรับสัดส่วนการจัดสรรรายได้ จึงเป็นเรื่องสำคัญหนึ่งที่สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลต้องเร่งดำเนินการ นอกจากการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล คำสั่ง หน.คสช. ที่ ๑๑/๒๕๕๘

ได้กำหนดให้มีการจัดตั้ง “กองทุนสลากกินแบ่งรัฐบาลเพื่อพัฒนาสังคม” มีวัตถุประสงค์ ๓ ใน ๔ ข้อ มุ่งเน้นลดผลกระทบจากการพนัน ได้แก่ (๑) เพื่อส่งเสริมการศึกษาและการวิจัยปัญหาเกี่ยวกับการพนัน สาเหตุและผลกระทบจากการพนัน รวมทั้งมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการพนัน (๒) เพื่อส่งเสริมการเผยแพร่ความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการพนัน สร้างการรู้เท่าทัน เพื่อป้องกันการติดการพนัน รวมทั้งสนับสนุนกิจกรรมป้องกันและลดผลกระทบจากการพนัน และ (๓) เพื่อเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน

จุดเน้นของแผน

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

๑. ด้านการพัฒนานโยบาย และสร้างเป้าหมายร่วม

- (๑) ผลักดันนโยบายและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายในประเด็นสำคัญ เช่น มาตรการเพื่อสนับสนุนการใช้อุปกรณ์นิรภัย (หมวกนิรภัย และเข็มขัดนิรภัย) การจัดทำงบประมาณเพื่อสนับสนุนการตรวจวัดแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ทุกรายที่เกิดอุบัติเหตุทางถนน เป็นต้น
- (๒) สนับสนุนการขับเคลื่อนงานของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) และแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน ในประเด็นสำคัญ เช่น สนับสนุนโครงสร้างการจัดการที่เข้มแข็งในทุกกระดับโดยเฉพาะในระดับอำเภอและพื้นที่ ตลอดจนจรรยาบรรณสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนต่อสาธารณะรายไตรมาส เป็นต้น
- (๓) ขยายความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรระหว่างประเทศ ให้เกิดการร่วมลงทุนและดำเนินงานเรื่องความปลอดภัยทางถนนและทำให้เกิดเจ้าภาพขับเคลื่อนงานมากขึ้น และขยายการสร้าง “มาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน” ในองค์กรทุกระดับโดยเน้นในกลุ่มสถานประกอบการ การนิคมอุตสาหกรรม และสถานศึกษา เพื่อดูแลความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนของบุคลากร
- (๔) สนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างการทำงานเรื่องความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย โดยเน้นให้เกิด “สถาบันวิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนนแห่งชาติ” เป็นโครงสร้างทางนโยบายที่ยั่งยืน (Institutionalization) และเพื่อให้มีหน่วยงานหลักที่มีภารกิจและรับผิดชอบดูแลกำกับติดตามเรื่องนี้โดยตรง

๒. ด้านเครือข่ายภาคีภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

- (๑) ขยายความร่วมมือเพื่อเสริมความเข้มแข็งด้านความปลอดภัยทางถนนกับหน่วยงานองค์กรภาคธุรกิจ สถาบันการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิ ภาคประชาสังคม และองค์กรระหว่างประเทศ

- (๒) มุ่งสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย เจาะจงประเด็นเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การเลือกใช้รถอย่างปลอดภัย (รถจักรยานยนต์ รถโดยสารสาธารณะ รถโรงเรียน) พฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย (ความเร็ว ดื่ม หมวกนิรภัย เข็มขัดนิรภัย การจอดรถข้างทาง) เพื่อสร้างจิตสำนึกความปลอดภัยโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็กและเยาวชน กลุ่มแรงงานผู้ใช้รถจักรยานยนต์ คนเดินเท้า เป็นต้น รวมถึงการสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีเข้ามาเสริมการสื่อสารสาธารณะ
- (๓) เน้นการทำงานสร้างความตระหนักเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ปลูกฝังความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เริ่มจากระดับปฐมวัย การสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง และสร้างโอกาสในการเชื่อมประสานผ่านกลไกของกระทรวงศึกษาธิการ
- (๔) พัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังระดับพื้นที่ (Road Safety Watch) โดยเชื่อมประสานเครือข่ายวิชาการในระดับภูมิภาคหรือจังหวัด (สอจร.) กับ เครือข่ายสื่อมวลชนภูมิภาค ให้เป็นผู้นำให้ความรู้และสื่อสารกับประชาชนในพื้นที่เพื่อร่วมสร้างความปลอดภัยทางถนน รวมถึงเกาะติดและสะท้อนปัญหาอุบัติเหตุทางถนนให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓. ด้านโครงสร้างและการบูรณาการระดับพื้นที่

- (๑) เพิ่มจำนวนจังหวัดต้นแบบ ขยายให้มียุทธศาสตร์จังหวัดที่ดำเนินการสร้างความปลอดภัยทางถนนอย่างเข้มข้น และสร้างความตระหนักกับผู้ว่าราชการจังหวัดเพื่อให้ความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยทางถนน เช่น เป็นระเบียบวาระของจังหวัด บรรจุในระเบียบวาระการประชุมประจำเดือนของจังหวัด เป็นต้น
- (๒) สนับสนุนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับต่างๆ ให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะระดับอำเภอและพื้นที่ พร้อมขยายต้นแบบกลไกการจัดการระดับอำเภอและพื้นที่ เช่น ศปถ. อำเภอ, ศปถ.อปท., กลไกการทำงานระดับอำเภอของ สธ. ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) และการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ เป็นต้น
- (๓) เชื่อมประสานกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน ท้องถิ่น ในระดับอำเภอและพื้นที่มากขึ้น เพื่อสร้างมาตรการทางสังคม มาตรการองค์กร มาตรการชุมชน เพื่อลดอุบัติเหตุทางถนน

๔. ด้านการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้อุบัติเหตุจราจร

- (๑) พัฒนางานวิชาการ/วิจัย ที่มุ่งสู่การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ที่ทันสถานการณ์และเหมาะกับบริบทและวัฒนธรรม เจาะจงสู่รากฐานของการสืบสวนสาเหตุอุบัติเหตุจราจร ตลอดจนการศึกษาผลกระทบจากความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ ศึกษาพลวัตทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนน หาเหตุผลสำคัญที่ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตภาพรวมยังไม่ลดลง หาคำอธิบายและสาเหตุเชิงลึกที่ละเอียดยิ่งขึ้นถึงมาตรการที่ทุกหน่วยงาน

ลงทุนในช่วงเทศกาลเต็มที่แต่อัตราการตายจากอุบัติเหตุยังคงที่ รวมถึงการศึกษาเพื่อเตรียมพร้อมผู้สังคมสูงวัย

- (๒) สนับสนุนให้เกิดระบบข้อมูลและกลไกติดตามกำกับกำกับการดำเนินงานใน ๕ สาขาหลัก พร้อมทั้งสนับสนุนและร่วมกับคณะทำงานด้านข้อมูล ศปถ. และหน่วยงานหลัก ให้สามารถจัดการข้อมูลด้านความปลอดภัยทางถนน ตลอดจนการสนับสนุนการตรวจสอบความปลอดภัยทางถนน โดยหน่วยงานที่เป็นกลาง
- (๓) จัดทำ “สถานการณ์รายจังหวัด ตาม ๕ สาขาหลัก” เพื่อกำกับติดตาม (Monitoring) สถานการณ์ได้ชัดเจนขึ้น และผลักดันงานวิชาการเข้าสู่กลไกจัดการในระดับพื้นที่ นำไปสู่การปฏิบัติจริงเพื่อแก้ปัญหา โดยเฉพาะจุดจัดการในระดับอำเภอ ท้องถิ่น และกลไกในระดับหน่วยงานองค์กร
- (๔) ศึกษาค้นหามาตรการสำคัญ และต้นแบบที่มีผลต่อการลดปัญหาอุบัติเหตุจราจร เพื่อนำไปสู่การขยายผลดำเนินการในจังหวัดและพื้นที่
- (๕) สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้เพื่อการสื่อสารสาธารณะ ในระดับหน่วยงานองค์กร และโดยเฉพาะในระดับพื้นที่ ได้แก่ อำเภอ ท้องถิ่นและชุมชน เพิ่มขึ้นในทุกรูปแบบ

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

๕. ด้านการจัดการภัยพิบัติ

- (๑) พัฒนากลไกการป้องกันและแก้ไขปัญหาตามประเภทภัยหลัก เช่น อุทกภัย ภัยแล้ง อัคคีภัย และแผ่นดินไหว ผ่านพื้นที่ต้นแบบ รวมถึงการสรุป/ถอดบทเรียนจากความรู้เชิงปฏิบัติการ
- (๒) เชื่อมเครือข่ายการทำงานที่เน้นการจัดการเชิงระบบในระดับจังหวัด/กลุ่มจังหวัดที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างภาคประชาสังคมและท้องถิ่นกับหน่วยงานภาครัฐ โดยพัฒนาอย่างเป็นกระบวนการทั้งการเชื่อมโยงความรู้ การจัดการข้อมูล-สารสนเทศ ระบบการควบคุม-สั่งการ ระบบการสนับสนุนทรัพยากร ระบบเฝ้าระวัง ระบบสาธารณสุข ฯลฯ และสนับสนุนความรู้วิชาการให้กับกลไกภาคีเครือข่ายตามความจำเป็นอย่างต่อเนื่อง
- (๓) เฝ้าระวังสถานการณ์ภัยพิบัติ ติดตาม/ถอดรหัสการเกิดภัย การตอบสนองที่เกิดขึ้น เจาะลึกเชิงพื้นที่ วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง เพื่อเน้นดำเนินการกลุ่มเป้าหมายเชิงพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง ศึกษาเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะในการป้องกันและแก้ไขปัญหา
- (๔) ส่งเสริมการให้ความรู้ที่เหมาะสมด้านภัยพิบัติกับสาธารณะ ความรู้การเตรียมพร้อมและการป้องกันภัยภาคปฏิบัติกับประชาชน ตลอดจนการสื่อสารนโยบายสาธารณะ

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

๖. ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

- (๑) ศึกษาแนวทางการพัฒนาโครงสร้างการทำงานและยุทธศาสตร์เพื่อลดปัญหาการพนันของประเทศ

- (๒) ติดตาม จัดทำข้อเสนอแนะ และผลักดันให้มีการปรับปรุงนโยบายและกฎหมายการพนันที่ทันสมัย รู้เท่าทันสถานการณ์การพนันที่ซับซ้อนและมีพลวัต ตลอดจนประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลักดันนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ (กลไกการป้องกันชุมชน) อันจะนำไปสู่การบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิภาพ
- (๓) พัฒนาการองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานวิจัยสู่สาธารณะโดยมุ่งประเด็นสำคัญ เช่น การติดตามสถานการณ์การพนันและผลกระทบที่เกิดขึ้น การพนันที่ก่อผลกระทบสูง (พนันออนไลน์ พนันฟุตบอล พนันในงานบุญประเพณี) ทั้งในเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น
- (๔) สร้างและพัฒนาศักยภาพแกนนำ นักรณรงค์ รวมถึงแกนนำคนเล็กพ่น ตลอดจนจนผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาการพนัน เพื่อเป็นเครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารให้สังคมตระหนัก สร้างความรู้เท่าทัน (Gambling Literacy) ถึงผลกระทบด้านสุขภาวะจากปัญหาการพนัน ตลอดจนการพัฒนาและค้นหาเพื่อเสริมงานด้านการบำบัด/ให้คำปรึกษา เช่น เครือข่ายชุมชนบำบัดและเฝ้าระวัง (Social Gambling)

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

๑. ลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย

วัตถุประสงค์รอง

๒. สนับสนุนเป้าหมายการลดแนวโน้มการเกิดและการสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนของประชาชนไทยของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน
๓. พัฒนาโครงสร้างการทำงานและการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่
๔. สนับสนุนการวิจัยและการจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุทางถนนที่จำเป็น
๕. รณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนนและขยายภาคีเครือข่ายร่วมสร้างความปลอดภัยทางถนนในทุกภาคส่วน
๖. สร้างความเข้มแข็งของท้องถิ่น ภาคประชาสังคม ในการเชื่อมประสานภาครัฐจัดการป้องกันและเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ
๗. พัฒนาเครือข่ายการทำงานเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาจากการการพนัน การสร้างภูมิคุ้มกันและสภาพแวดล้อมปกป้องเด็กและเยาวชน และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่มีทิศทางไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

๑. เกิดนโยบายสาธารณะใหม่ มาตรการ แนวปฏิบัติที่ส่งผลต่อการลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนนผ่านกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับต่างๆ (ได้แก่ ศปถ., ศปถ.จังหวัด, ศปถ.อำเภอ และ ศปถ.อปถ.) อย่างน้อย ๑ เรื่อง
๒. เกิดกระแสสังคมและความตื่นตัวของประชาชนในด้านความปลอดภัยจากอุบัติเหตุจราจร โดยครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง อาทิ ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ หรือ พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การขับรถเร็วเกินกำหนด การดื่มแล้วขับ อย่างน้อย ๒ ประเด็น ซึ่งเป็นการประสานความร่วมมือจากสื่อมวลชนร่วมเผยแพร่ผ่านช่องทางต่างๆ
๓. เกิดจังหวัดที่มีกลไกการจัดการอุบัติเหตุทางถนนในระดับจังหวัด (ศปถ.จังหวัด) ลงสู่ระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) อย่างน้อย ๕ จังหวัด โดยมีจังหวัดที่ลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อย่างน้อย ๑ จังหวัด
๔. เกิดการพัฒนากระบวนการข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุจราจรที่ถูกต้อง ที่มีความน่าเชื่อถือ โดยมีการจัดทำเป็นรูปเล่มรายงาน และเผยแพร่สู่สาธารณะผ่านช่องทางต่างๆ ตลอดจนการสื่อสารผ่านสื่อมวลชน เพื่อให้เป็นรายงานที่หน่วยงานสามารถใช้อ้างอิงได้
๕. เกิดองค์ความรู้และการจัดการความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนที่จำเป็น ชุดความรู้ การสรุปบทเรียน (Key Success) รายงานผลการประเมินนโยบายข้อสั่งการสำคัญ อย่างน้อย ๕ เรื่อง โดยมีการนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการสนับสนุนนโยบาย มาตรการ หรือสนับสนุนการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

๖. เกิดตัวอย่างกลไกการป้องกันและแก้ไขปัญหาตามประเภทภัยหลักๆ อย่างเป็นรูปธรรม ที่เน้นการจัดการเชิงระบบในระดับจังหวัด/กลุ่มจังหวัดที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างภาคประชาสังคม และท้องถิ่นกับหน่วยงานภาครัฐ อย่างน้อย ๑ กรณีตัวอย่าง
๗. เกิดการสื่อสารสาธารณะสร้างความตระหนักต่อการป้องกันและเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ โดยเน้นให้กลุ่มเป้าหมายสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อการป้องกันและเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดภัยได้ อย่างน้อย ๑ ประเด็น ซึ่งเป็นการประสานความร่วมมือจากสื่อมวลชนร่วมเผยแพร่ผ่านช่องทางต่างๆ

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

๘. เกิดนโยบายสาธารณะ มาตรการ การปรับปรุงกฎหมายหรือกลไกที่เกี่ยวข้องกับการลดผลกระทบจากการพนันในระดับชาติหรือท้องถิ่น อย่างน้อย ๒ เรื่อง

๙. สังคมเกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นปัญหาที่เกิดจากการพนันที่ส่งผลกระทบต่อสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กและเยาวชน อย่างน้อย ๑ ประเด็น ซึ่งเป็นการประสานความร่วมมือจากสื่อมวลชนร่วมเผยแพร่ผ่านช่องทางต่างๆ
๑๐. เกิดองค์ความรู้เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์และการพัฒนานโยบายและมาตรการที่จำเป็น สำหรับการควบคุมปัญหาจากการพนันและเผยแพร่ผลงานสู่สาธารณะ อย่างน้อย ๒ เรื่อง

ตัวชี้วัดร่วม

๑๑. การบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนอื่นๆ โดยสนับสนุนให้เกิดการถอดบทเรียนจากกรณีความสำเร็จ เพื่อพัฒนาต้นแบบ หรือรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน (Model) และเชื่อมประสานกับแผนงานอื่นเพื่อขยายผลทั้งในเชิงของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ อย่างน้อย ๑ เรื่อง เช่น
 - (๑) ร่วมกับแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการสร้างกระแสสังคมและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายในเรื่องการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดในผู้ขับขี่ทุกรายที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนเพื่อร่วมสนับสนุนการทำงานให้กับหน่วยงานภาครัฐ
 - (๒) ร่วมกับแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรม ขยายผลการสร้างมาตรการระดับหมู่บ้าน/ชุมชนเพื่อความปลอดภัยทางถนน
 - (๓) ร่วมกับแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร สนับสนุนองค์ความรู้ ต้นแบบการทำงาน และทีมที่ปรึกษาสำหรับสถานประกอบการ ในการขยายการดำเนินการสร้างมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน ตามนโยบายคณะทำงานประชารัฐเพื่อสังคม (E6)

แนวทางการดำเนินงาน

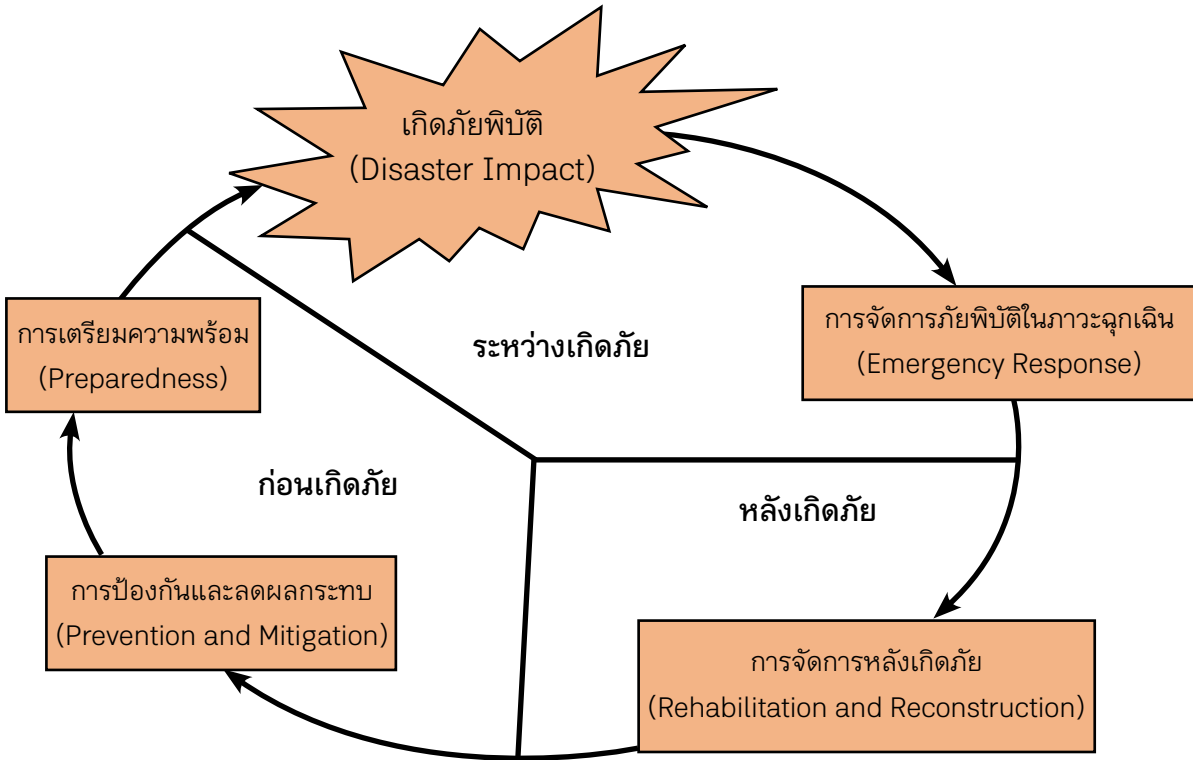
ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบาย ให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยในด้านความปลอดภัยทางถนน มีการพัฒนาสมรรถนะขององค์กรและบุคลากรที่จำเป็น และการบูรณาการยุทธศาสตร์ทั้งด้านการบังคับใช้กฎหมาย การให้ข้อมูลความรู้ วิศวกรรมจราจร การจัดระบบบริการฉุกเฉิน (EMS) และการประเมินผล ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนทั้งในนโยบายระดับชาติ 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 ด้านการเตรียมความพร้อม และรองรับการทำงานในช่วงระหว่างเกิดภัยและหลังเกิดภัย



ภาพแสดงวงจรการเกิดภัยพิบัติ (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, ๒๕๕๓)

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

ขับเคลื่อนดำเนินงานตามยุทธศาสตร์หลัก “สามสานพลัง” ประกอบด้วยพลังปัญญา พลังนโยบาย และพลังสังคม เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น พัฒนาให้เกิดระบบฐานข้อมูลสถิติด้านการควบคุมปัญหาการพนันระดับชาติมุ่งเน้นสร้างความตระหนักต่อสังคมด้านผลกระทบจากการพนัน เพื่อสร้าง “ภูมิคุ้มกันให้กับภาคสังคม” เป็นเจ้าภาพหลักร่วมกันในการจัดระเบียบ นโยบาย มาตรการ และกลไกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อมุ่งสู่การลดปัญหาจากการพนันหลักที่ก่อผลกระทบสูงก่อน โดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชนเป็นสำคัญ

กลุ่มแผนงาน

แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ประกอบด้วย ๖ กลุ่มแผนงาน ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานการพัฒนานโยบายและสร้างเป้าหมายร่วม

- ๑.๑ สนับสนุนศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ดำเนินงานตามแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ ซึ่งดำเนินการด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายตามกรอบปฏิญญามอสโก คือลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงเหลือต่ำกว่า ๑๐ คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในปี ๒๕๖๓ ภายใต้แนวทางการดำเนินงาน ๕ เสาหลัก ของแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน ได้แก่ (๑) โครงสร้างการจัดการความปลอดภัยทางถนนที่เข้มแข็ง และการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ (๒) ถนนและการสัญจรอย่างปลอดภัย (๓) ยานพาหนะปลอดภัย (๔) ผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย (๕) การตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนน รวมถึงสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับการลดอัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน
- 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 อำเภอและท้องถิ่น และคณะอนุกรรมการ ศปถ. ที่มีอยู่ ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควบคู่ไปกับการเชื่อมโยงบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (๒) สนับสนุนกลไกด้านข้อมูล MIS และการติดตามกำกับ ประเมินผล ให้มีประสิทธิภาพ (๓) สนับสนุนและผลักดันให้เกิด “โครงสร้างการจัดการด้านวิชาการ” และกลไกด้านงบประมาณที่เหมาะสมกับการขับเคลื่อนการแก้ปัญหา ตลอดจนการนำผลการประเมินครั้งทศวรรษของแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนมาพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานตาม ๕ เสาหลัก
- ๑.๔ ร่วมผลักดันจุดคานงัดสำคัญทางนโยบายให้เกิดกระบวนการนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจร รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย และกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนร่วมกัน และสร้างมาตรการเสริมการบังคับใช้กฎหมาย เช่น การกำหนดให้หน่วยงานต่างๆ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน มี “มาตรการ

องค์การด้านความปลอดภัยทางถนน” เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ ดื่มไม่ขับ การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย ไม่ขับเร็วเกินกฎหมายกำหนด ส่งเสริมการคาดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น

- ๑.๕ สนับสนุนศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) ในการพัฒนาข้อเสนอโยบายที่ส่งผลกระทบต่อสูงจากฐานวิชาการเสนอในการประชุมสำคัญเพื่อให้ข้อเสนอได้รับการแก้ไขและการจัดเวทีวิชาการสาธารณะในเรื่องที่เป็นประเด็นตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงสนับสนุนภาคีเครือข่าย ภาคประชาสังคม ให้สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายร่วมกับหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ๑.๖ ผลักดันนโยบายเจาะประเด็นเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนเพื่อควบคุมความปลอดภัยทางถนนทั้งระบบ เช่น รถจักรยานยนต์ รถจักรยานไฟฟ้า กำหนดรถที่ผลิตขายต้องมีความเร็วไม่เกินกำหนด การควบคุมการปรับแต่งความเร็วรถควบคู่กับการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ดื่มไม่ขับ สวมหมวกนิรภัย ขับขี่ความเร็วไม่เกินอัตราที่กฎหมายกำหนด รถโดยสารสาธารณะ ควบคุมทั้งมาตรฐานและคุณภาพรถและผลักดันให้เกิดการคาดเข็มขัดนิรภัยในผู้โดยสารทุกที่นั่ง รวมถึงคุณภาพพนักงานขับรถ เป็นต้น โดยมุ่งเน้นสนับสนุนหน่วยงานที่มีส่วนสำคัญให้ดำเนินการด้านการบังคับใช้กฎหมาย ในระดับปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ตำรวจวิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนนเพื่อนำไปกำหนดเป็นแนวทางและมาตรการในการบังคับใช้กฎหมาย และในด้านการเพิ่มมาตรฐานความปลอดภัยในรถสาธารณะ รถโรงเรียน และรถทัศนาจร อาทิ สภาพรถ การคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้โดยสารสาธารณะ การติดตั้งกล้องติดรถยนต์เพื่อช่วยดูแลพฤติกรรมการขับขี่ร่วมกัน และใช้เทคโนโลยีเพื่อจำกัดความเร็วของรถโดยสาร ความชำนาญเส้นทางของคนขับ ด้านการปรับปรุงโครงสร้างถนนให้ปลอดภัย อาทิ การจัดการจุดเสี่ยงให้มีเส้นทางเท้าและทางรถจักรยาน รวมไปถึงการจัดหางบประมาณเพื่อสนับสนุนการตรวจวัดแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ที่ทุกรายที่เกิดอุบัติเหตุทางถนน
- ๑.๗ ประสานความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก องค์การระดับนานาชาติ และหน่วยงานภาคนโยบายในประเทศไทยที่หลากหลาย ได้แก่ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงคมนาคม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงอุตสาหกรรม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร สำนักงานคณะกรรมการสภาวินิจฉัยแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และหน่วยงานอื่นๆ ในการเชื่อมประสานและพัฒนายุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยทางถนนตามนโยบายทศวรรษความปลอดภัยทางถนนของสหประชาชาติ (ค.ศ. ๒๐๑๐ - ๒๐๒๐) และทำหน้าที่ที่หลากหลายให้เกิดการขับเคลื่อนงาน

- ๑.๘ ขยายความร่วมมือให้มีการร่วมลงทุนเรื่องความปลอดภัยทางถนนจากภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดเจ้าภาพขับเคลื่อนงานที่หลากหลายขึ้น พร้อมร่วมสนับสนุนการดำเนินงาน ตามมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนนตามนโยบายภาครัฐ กับกลุ่มเป้าหมาย ต่างๆ เช่น สถานศึกษา สถานประกอบการ การนิคมอุตสาหกรรม หน่วยงานของรัฐ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น บริษัทประกันภัย เป็นต้น
- ๑.๙ สนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างการทำงานเรื่องความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย โดยเน้นให้เกิด “สถาบันวิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนนแห่งชาติ” เป็นโครงสร้าง ทางนโยบายที่ยั่งยืน (Institutionalization) และเพื่อให้มีหน่วยงานหลักที่มีภารกิจและ บทบาทหน้าที่รับผิดชอบดูแลกำกับติดตามเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทางถนนของประเทศ ทั้งระบบ
- ๑.๑๐ สนับสนุนให้เกิดการใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลเข้ามาช่วยเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา อุบัติเหตุทางถนนให้เพิ่มมากขึ้น เช่น การใช้กล้องหน้ารถเพื่อควบคุมพฤติกรรมการขับขี่ และทำให้สังคมเกิดการดูแลซึ่งกันและกันให้เกิดการขับขี่ที่ปลอดภัย การจัดการด้าน การบูรณาการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่จังหวัด Smart City การใช้ข้อมูลจาก กล้องวงจรปิด เพื่อบังคับใช้กฎหมายและสืบสวนสาเหตุอุบัติเหตุ การสร้าง MOJO หรือ Mobile Journalist ทั้งนี้เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีของโลก เป็นต้น

๒. กลุ่มแผนงานการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

สนับสนุนสำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ มูลนิธิเมาไม่ขับ ชมรมคนห่วงหัว เครือข่ายหมอนามัย เครือข่ายรถโดยสารปลอดภัย มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เครือข่ายอาชีวศึกษา เครือข่ายสื่อมวลชน และเครือข่าย ภาคประชาชน ในการประสานงาน ขยายเครือข่าย และรณรงค์ประชาสัมพันธ์

- ๒.๑ รณรงค์สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย สื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้เกิดการรับรู้ สร้างจิตสำนึกความปลอดภัย และเน้นสื่อสารให้ประชาชนและสังคมดูแลกันและกัน สร้างมาตรฐานของสังคมในเรื่องวินัยจราจร เน้นการไม่ยอมรับพฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย และการสร้างค่านิยมความปลอดภัยในการลดอุบัติเหตุ และปรับเปลี่ยนการเลือกใช้รถโดยสารที่ปลอดภัยทั้งรถจักรยานยนต์ รถโดยสารสาธารณะ รถตู้ รถนักเรียน รถทัศนจร หลีกเสี่ยง การนั่งท้ายกระบะ ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนให้มีความปลอดภัย โดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย การขับรถในความเร็วตามที่กฎหมายกำหนด การดื่มไม่ขับ การคาดเข็มขัดนิรภัยทุกที่นั่ง เป็นต้น รวมทั้งการสื่อสารข้อมูลและกรณีอุบัติเหตุทางถนนที่ส่งผลกระทบต่อความสนใจของสังคมและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะ ตลอดจนการรณรงค์เพื่อลดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเป้าหมายหลักที่เป็นเด็กและเยาวชน โดยให้ครอบครัวและสังคมมีบทบาทในการดูแลปกป้องลูกหลานให้ลดพฤติกรรมเสี่ยง และสนับสนุนการเสริมสร้างวินัยจราจรควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาเสริมการสื่อสารสาธารณะ เช่น การสื่อสารผ่าน Social Media ติดตั้งกล้องติดรถยนต์ เป็นต้น

- ๒.๒ ส่งเสริมให้เกิดผู้นำความปลอดภัย และสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเด็กและเยาวชน และมี “มาตรการทางสังคม” “มาตรการองค์กร” และ “มาตรการชุมชน” ที่เอื้อต่อการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน เช่น มาตรการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยของบุคลากร นักเรียน นักศึกษา เน้นกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ และสถาบันอาชีวศึกษาในองค์กร มาตรการในการขับขี่รถของบุคลากรหน่วยงาน มาตรการชุมชนปลอดภัยอุบัติเหตุ เป็นต้น
- ๒.๓ ส่งเสริมการสร้างความตระหนักเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน และเน้นการปลูกฝังความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการพัฒนาให้เด็กและเยาวชนฝึกทักษะสมอง EF (Executive Function) เพื่อปลูกฝังความยับยั้งชั่งใจในเรื่องวินัยจราจรอันจะช่วยส่งผลต่อการมีพฤติกรรมขับขี่ที่ดี โดยเริ่มจากระดับปฐมวัย และสร้างโอกาสในการเชื่อมประสานผ่านกลไกของกระทรวงศึกษาธิการเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการจัดการเรียนรู้ในเรื่องความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบและยั่งยืน
- ๒.๔ ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ และมีการจัดการการสื่อสารสาธารณะในเชิงยุทธศาสตร์ ทั้งด้านเนื้อหา รูปแบบ ช่องทางสื่อสาร สื่อสารมวลชนต่างๆ อาทิ การมีแผนยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสารความปลอดภัยทางถนน มีการพัฒนาความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนให้กับสื่อมวลชน ส่งเสริมให้เกิด “แกนนำและสื่อต้นแบบ” และ “เครือข่ายสื่อ” ที่ทำงานด้านอุบัติเหตุทางถนน เพิ่มการแปลงสารในเรื่องความปลอดภัยให้หลากหลาย สะดวกในการเข้าถึงและเข้าใจง่าย ผ่านช่องทางต่างๆ รวมทั้งสื่อออนไลน์ มีการนำเสนอและการเกาะติด ในกรณีเหตุการณ์สำคัญส่งผลกระทบต่อความสนใจของสังคม และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านความปลอดภัยที่เหมาะสม และมีการนำเสนอข่าวสารด้านความปลอดภัยทางถนนในเชิงการสืบสวนสาเหตุอุบัติเหตุ นำไปสู่การแก้ไขปัญหาของภาคนโยบายและหน่วยงานที่รับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ
- ๒.๕ สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ หนุนเสริมท้องถิ่นชุมชนเข้ามาจัดระบบเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างยั่งยืน ขยายจำนวนภาคีเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และพัฒนาศักยภาพภาคีภาคประชาสังคมในการดำเนินงาน ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานองค์กร ภาคธุรกิจ มูลนิธิ ภาคประชาสังคม และสื่อมวลชนทุกแขนง ให้เข้ามามีบทบาท และมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนเพิ่มมากขึ้น และมุ่งเน้นการสร้างและขยายความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เสริมสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ท้องถิ่นเห็นความสำคัญและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการเข้ามาร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนและใช้งบประมาณของท้องถิ่นในการแก้ไขต่อไป
- ๒.๖ ขยายความร่วมมือกับภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น ชุมชน เช่น สภาอุตสาหกรรม สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สมาคมผู้ประกอบการรถจักรยานยนต์ หอการค้าจังหวัด บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด บริษัทประกันภัย บ.ปตท. บริษัทเครือซิเมนต์ไทย เป็นต้น ให้ร่วมลงทุนในการจัดระบบเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุ

ทางถนนมากยิ่งขึ้น โดยใช้โอกาสการแสดงความรักผิดชอบต่อสังคม และกลไกประชารัฐ ผ่านคณะทำงานประชารัฐเพื่อสังคม (E6) ด้านความปลอดภัยทางถนน ในการขยายการทำงานร่วมกับภาคเอกชน

- ๒.๗ พัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังระดับพื้นที่ เพื่อให้เป็นผู้นำในการให้ความรู้และสื่อสารกับประชาชนในพื้นที่ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก เพื่อทำให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนที่ปลอดภัย และร่วมกันทำให้คนไทยมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน โดยการเชื่อมประสานระหว่างเครือข่ายวิชาการในระดับภูมิภาคหรือจังหวัด (เครือข่าย สอจร. เครือข่ายมหาวิทยาลัยในภูมิภาค) กับเครือข่ายสื่อมวลชนภูมิภาค และเครือข่ายภาคประชาชนต่างๆ
- ๒.๘ เชื่อมประสานการขยายผลต่อยอดการทำงาน ผ่านแผนที่เกี่ยวข้องของ สสส. อาทิ ขยายจำนวนสถาบันการศึกษาที่ดำเนินมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบด้านความปลอดภัยทางถนน ผ่านแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว และแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ ร่วมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอและ อปท. ผ่านแผนสุขภาวะชุมชน ขยายการดำเนินมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนนตามนโยบายประชารัฐ ผ่านแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

๓. กลุ่มแผนงานการพัฒนาโครงสร้างและการบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่

- ๓.๑ สนับสนุนการวางแผนงานอย่างมีส่วนร่วม และการบูรณาการการดำเนินงานทุกภาคส่วน ทั้งราชการ ท้องถิ่น เอกชน และชุมชน ในการป้องกันและลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในระดับจังหวัด และขยายออกไปทั้งระดับอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเน้นการสนับสนุนจังหวัดที่มีการยกระดับการพัฒนาการลดอุบัติเหตุทางถนนทั้งจังหวัด และสร้างนวัตกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนและสนับสนุนสัมฤทธิ์ผลของการทำงานเพื่อลดปัญหาในพื้นที่ กำกับติดตามผลระดับจังหวัด และสะท้อนผลการติดตามเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ๓.๒ สนับสนุนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับต่างๆ ให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะระดับอำเภอและพื้นที่ พร้อมขยายต้นแบบกลไกการจัดการระดับอำเภอและพื้นที่ เช่น ศปถ.อำเภอ, ศปถ.อปท., การทำงานระดับอำเภอของ สธ. ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) และการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (District-Road Traffic Injury : D-RTI) เป็นต้น
- ๓.๓ ส่งเสริมผลักดันให้เกิดการสร้างและพัฒนาข้อเสนอนโยบายและข้อปฏิบัติ ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่ เสนอให้หน่วยงานที่รับผิดชอบแก้ไขปัญหา และรวบรวมเป็นข้อเสนอมายังส่วนกลางเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ และกระตุ้นให้หน่วยงานที่มีหน้าที่หลักเกิดการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ เช่น ผลักดันให้ระเบียบวาระเรื่องความปลอดภัยทางถนนถูกบรรจุเป็นระเบียบวาระการประชุมประจำของจังหวัด เป็นต้น

- ๓.๔ ส่งเสริมให้มีผู้เชื่อมประสาน ด้านความปลอดภัยในระดับต่างๆ ที่มีศักยภาพที่เหมาะสมกับการขับเคลื่อนงาน เพื่อกระตุ้น จัดการความรู้ และเชื่อมโยงการทำงานของเครือข่าย ให้เสริมพลังซึ่งกัน และขยายผลการดำเนินงาน รวมทั้งยกระดับการขับเคลื่อนไปสู่ แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่
- ๓.๕ สนับสนุนคณะทำงานวิชาการ ที่ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา กำกับดูแลทางด้านวิชาการแก่ จังหวัดและพื้นที่ รวมทั้งการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ เพื่อขยายผลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จสู่พื้นที่อื่น รวมทั้งประมวลผลชุดความรู้ที่สำคัญจัดทำเป็นข้อเสนอ เผยแพร่ผ่านช่องทางสื่อต่างๆ และเพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ ตลอดจนระดับจังหวัดและพื้นที่
- ๓.๖ เชื่อมประสานเครือข่ายเฝ้าระวัง ในระดับพื้นที่ ระหว่างนักวิชาการในระดับภูมิภาคหรือ จังหวัดของ สอจร. กับเครือข่ายสื่อภูมิภาค ให้เป็นผู้นำความรู้และสื่อสารกับประชาชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมสร้างความปลอดภัยทางถนน
- ๓.๗ ผลักดันให้เกิดต้นแบบความปลอดภัยทางถนนในระดับจังหวัด/พื้นที่ โดยสานพลังเชื่อม กับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน ท้องถิ่น เพื่อสร้างมาตรการทางสังคม มาตรการองค์กร และมาตรการชุมชน ด้านความปลอดภัยทางถนนในองค์กร หน่วยงาน ท้องถิ่นต่างๆ ทั่วประเทศ
- ๓.๘ สนับสนุนการป้องกันและลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนน โดยเน้นการพัฒนาให้เกิดกลไก การจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ระดับองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและชุมชน (ศปถ.อปท.) โดยผลักดันให้อำเภอและท้องถิ่นเห็นความสำคัญ กับเรื่องความปลอดภัยทางถนน และสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง พร้อมกับ มีมาตรการของท้องถิ่นและชุมชน
- ๓.๙ ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการใช้ข้อมูล “สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัด” เพื่อกำกับติดตามการทำงานในระดับจังหวัดและพื้นที่ เพื่อเป้าหมายการลดการเกิดอุบัติเหตุ ทางถนนของจังหวัดและพื้นที่ ตลอดจนการติดตามประเมินผลโดยให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback loop) ผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด และผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด เพื่อทำให้เกิดการสั่งการแก้ไขปัญหาต่อไป

๔. กลุ่มแผนงานการพัฒนากระบวนการข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร

- ๔.๑ สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่จำเป็นต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับเรื่อง ของความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย และสร้างงานวิจัยที่สำคัญตามความจำเป็น ของสถานการณ์ การวิจัยเพื่อประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อความปลอดภัยทางถนน การวิเคราะห์ต้นทุนและความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนแยกตามประเภทรถ เป็นต้น
- ๔.๒ สนับสนุนการศึกษาวิจัยเชิงลึกเพื่อค้นหาแนวทางในการทำงานเพื่อให้สามารถบรรลุ เป้าหมายการลดอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนได้มากยิ่งขึ้น เช่น ศึกษา พลวัตทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการใช้รถใช้ถนน ศึกษาถึงเหตุผล

สำคัญที่ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตภาพรวมยังไม่ลดลง ค้นหาข้ออธิบายและสาเหตุเชิงลึกที่ละเอียดยิ่งขึ้นถึงมาตรการที่ทุกหน่วยงานลงทุนในช่วงเทศกาลเต็มที่แต่อัตราการตายจากอุบัติเหตุยังคงที่ การศึกษาและค้นหากลวิธีป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางถนนที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่/ภูมิภาค/วัฒนธรรม รวมไปถึงการศึกษาเพื่อเตรียมพร้อมสู่สังคมสูงวัยสมบูรณ์ เป็นต้น

- ๔.๓ พัฒนาระบบข้อมูลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงหลักของผู้ใช้รถใช้ถนนระดับจังหวัดที่มีความต่อเนื่องและครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศอย่างเป็นระบบ รวมถึงการจัดทำรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยเป็นประจำทุกปี ตลอดจนการยกระดับการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนให้ครอบคลุมถึงปัจจัยสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ๔.๔ ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากข้อมูลและองค์ความรู้ในการวางแผนพัฒนายุทธศาสตร์และดำเนินมาตรการแก้ไขปัญหามหาอุบัติเหตุจากรถทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม รวมถึงพัฒนาระบบการนำเสนอข้อมูลความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะให้มีประสิทธิภาพ เช่น ข้อเสนอเชิงนโยบาย จัดทำเอกสารประกอบการประชุมวิชาการ พัฒนาเว็บไซต์ และการจัดเวทีร่วมกับสื่อมวลชน เป็นต้น
- ๔.๕ สนับสนุนและผลักดันให้เกิดกลไกการจัดการ ติดตาม กำกับ และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาระบบข้อมูลติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการตลอด ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนโดยเฉพาะในประเด็นหลัก การติดตามประสิทธิภาพของมาตรการหลักต่างๆ พร้อมกับสนับสนุนให้มีกลไกติดตามภาควิชาการและภาคประชาชนในการเกาะติดและสะท้อนปัญหาให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงสะท้อนกลับให้กับสังคมและสาธารณะได้รับรู้ เช่น แขนงนำนักวิชาการด้านความปลอดภัยทางถนนเชิงประเด็น ได้แก่ เครือข่าย Road Safety Watch เครือข่ายเฝ้าระวังรถโดยสารสาธารณะปลอดภัย เป็นต้น
- ๔.๖ สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้และพัฒนาชุดความรู้ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ให้เป็นคู่มือและเครื่องมือ ที่พร้อมนำไปปฏิบัติตามและขยายผล รวมไปถึงเพื่อการสื่อสารสาธารณะโดยมุ่งเน้นการสร้างและรวบรวมองค์ความรู้และข้อมูลจากที่ต่างๆ จัดทำเป็นฐานข้อมูลด้านอุบัติเหตุทางถนน แปลงเป็นข่าวสาร และสื่อสารไปในช่องทางที่เหมาะสมโดยเพิ่มโอกาสและช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ให้สอดคล้องกับการใช้ประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติ สื่อมวลชน และภาคประชาสังคม
- ๔.๗ พัฒนานักวิชาการเชิงประเด็น ประสานเครือข่ายวิชาการ พัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนทั้งในระดับประเทศ ระดับภาค และพื้นที่ ในการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อขับเคลื่อนการแก้ปัญหาในประเด็นสำคัญ และไปถึงการสร้างและพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญเชิงประเด็นหน้าใหม่เพิ่มมากขึ้น ที่จะสามารถเข้ามาช่วยเกาะติดเรื่องความปลอดภัยทางถนน และพร้อมเป็นเครือข่ายสนับสนุนทางวิชาการให้กับภาคีเครือข่ายได้ทั่วประเทศ

- ๔.๘ สนับสนุนให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนงานวิชาการในระดับพื้นที่ ที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของพื้นที่ เพื่อให้การแก้ไขปัญหาที่บนฐานวิชาการ ผสานด้วยการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยมุ่งเน้นจุดจัดการในระดับอำเภอ ท้องถิ่น และกลไกในระดับหน่วยงานองค์กร
- ๔.๙ จัดประชุมวิชาการเรื่องความปลอดภัยทางถนนระดับชาติ เป็นประจำทุกสองปี โดยสร้างความร่วมมือ และความเป็นเจ้าของร่วมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

๕. กลุ่มแผนงานการจัดการภัยพิบัติ

- ๕.๑ สร้างองค์ความรู้ทางวิชาการด้านการบริหารจัดการภัยพิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย การพัฒนางานวิจัยเพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อตอบสนองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และการนำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในมิติต่างๆ ตั้งแต่การป้องกันหรือลดผลกระทบ การเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ การตอบสนองเมื่อเกิดภัย และการฟื้นฟูหลังประสบภัยพิบัติ และการสกัดความรู้ทางวิชาการด้านการบริหารจัดการภัยพิบัติ รวมถึงประเด็นภัยจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ทั้งจากเครือข่ายและการทำงานในพื้นที่และจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นด้านการนำไปใช้ประโยชน์ เช่น การจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์เผยแพร่ความรู้เรื่องภัยพิบัติสู่เครือข่าย/ชุมชน มาตรการของชุมชนท้องถิ่นในการป้องกันแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำ
- ๕.๒ สนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งศูนย์นวัตกรรมจัดการภัยพิบัติ ที่สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเป็นกลไกกลางในการเชื่อมร้อยภาคีเครือข่ายทำงานด้านวิชาการ การศึกษาวิจัยสำคัญๆ ในการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชนให้สามารถป้องกันและลดผลกระทบ และเตรียมความพร้อม เพื่อรองรับการทำงานในช่วงระหว่างเกิดภัยและหลังเกิดภัย ตลอดจนการนำสู่การพัฒนานโยบายการจัดการภัยพิบัติที่เหมาะสมกับบริบทปัจจุบัน
- ๕.๓ สนับสนุนการสร้างเครือข่ายพื้นที่นำร่อง/ต้นแบบที่มีการจัดการเชิงระบบในระดับจังหวัด โดยเสริมสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับภาคประชาสังคมและท้องถิ่น ในการรับมือภัยพิบัติอย่างเป็นรูปธรรมโดยมีชุมชนและเครือข่ายเป็นแกนหลัก ซึ่งมีแผนป้องกันการเกิดภัย แผนเตรียมความพร้อมรับมือภัย และแผนการฟื้นฟูหลังประสบภัย และเกิดบทเรียนภาคปฏิบัติระดับชุมชนสำหรับการประยุกต์ใช้ในการรับมือภัยพิบัติครั้งต่อไป และสามารถนำไปเผยแพร่ให้ชุมชนอื่นปฏิบัติต่อไปได้ รวมถึงการขยายประเด็นการทำงานให้ครอบคลุมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำ
- ๕.๔ สร้างเครือข่ายความร่วมมือทางด้านวิชาการกับผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการภัยพิบัติ ในหน่วยงานต่างๆ ทั้งจากภาคสังคม ภาควิชาการ และภาคนโยบาย ทั้งในและต่างประเทศ เช่น กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย มหาวิทยาลัยต่างๆ ตลอดจน Asian Disaster Preparedness Center (ADPC) และ World Health Organization (WHO)

- ๕.๕ สนับสนุนการสร้างเครือข่ายองค์กรสาธารณประโยชน์ นักวิชาการ ภาคประชาชน และเครือข่ายอาสาสมัคร/จิตอาสาให้มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างกระบวนการจัดการภัยพิบัติของประเทศให้มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการรับมือกับภัยพิบัติ การช่วยเหลือฟื้นฟูพื้นที่ประสบภัย และการเชื่อมโยงการทำงานกับภาครัฐ
- ๕.๖ สร้างความตระหนักรู้เรื่องการเฝ้าระวังภัยพิบัติ การช่วยเหลือตนเองและบุคคลใกล้เคียงเบื้องต้นอย่างมีสติในการรับมือสถานการณ์ภัยพิบัติรูปแบบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในประเทศไทย รวมถึงการสร้างความตระหนักต่อปัญหาเด็กจมน้ำ และแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน

๖. กลุ่มแผนงานด้านการลดปัญหาจากการพนัน

การพัฒนาเครือข่ายการทำงานเพื่อสนับสนุนการสร้างความตระหนักต่อปัญหาผลกระทบจากการพนัน การปกป้องเด็กและเยาวชน และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่มีทิศทางไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน โดย

- ๖.๑ การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อสนับสนุนในเกิดการเรียนรู้แบบเท่ากันและตระหนักถึงปัญหาการพนัน โดยเสริมความเข้มแข็งให้กลไกการจัดการในการประสานการดำเนินงานด้านวิชาการ เพื่อมุ่งเน้นการดำเนินการดังนี้
 - (๑) สร้างความรู้โดยการสนับสนุนทุนวิจัย ๔ มิติ ได้แก่ อุปสงค์ อุปทาน ผลกระทบ และมาตรการทางกฎหมาย โดยเน้นองค์ความรู้ที่ยังมีข้อมูลน้อย อาทิ การศึกษาสถานการณ์การพนันและตัวชี้วัดระดับจังหวัด การศึกษาพลวัตการพนันบริเวณพื้นที่ชายแดน การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอุตสาหกรรมกีฬากับการพนัน การศึกษาวิจัยเชิงลึกเฉพาะกลุ่มเป้าหมายสำคัญ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแรงงาน กลุ่มเด็กและเยาวชน ตลอดจนการศึกษาเชิงลึกเฉพาะประเภทการพนัน ได้แก่ การพนันในงานบุญ ประเพณี การพนันออนไลน์ การพนันกับกีฬา
 - (๒) การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายนักวิจัย/นักวิชาการ ภาควิชาที่ทำงานด้านการลดผลกระทบจากการพนันโดยการพยายามสร้างความเชื่อมโยงกับสถาบันการศึกษา/องค์กรภาคต่างๆ ตั้งแต่ นักวิชาการสาขาวิชาต่างๆ ในมหาวิทยาลัย จนถึง การวิจัยในระดับชุมชน และการมีปฏิบัติการต่างๆ เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสานสัมพันธ์ระหว่างนักวิจัย/นักวิชาการและภาคีเครือข่าย รวมถึงการนำเสนอผลงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้งานทั้งในประเทศและต่างประเทศ
 - (๓) การเผยแพร่องค์ความรู้ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายด้านการลดผลกระทบจากการพนันได้แก่การจัดทำเว็บไซต์ “www.gamblingstudy-th.org” การสื่อสารผ่าน social network ที่เฟซบุ๊ก “ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน” การจัดทำ จุลสาร “กันเกม” และเอกสารเผยแพร่หลากหลายรูปแบบการจัดประชุมวิชาการ/สัมมนา เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยต่อสาธารณะและการเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อสารมวลชน

๖.๒ การพัฒนาเครือข่ายเพื่อการรณรงค์และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่มีทิศทางไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน มีหน่วยงานทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพร่วมในการจัดระเบียบ มีนโยบาย มาตรการ และกลไกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อมุ่งสู่การลดผลกระทบ ต่อกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและเยาวชน โดยเสริมความเข้มแข็งให้กับกลไก การจัดการในการประสานการดำเนินงานด้านการเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบาย เพื่อมุ่งเน้นการดำเนินการดังนี้

- (๑) รณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อกระตุ้นให้เกิดการตระหนักของสังคมถึงปัญหาจากการพนัน ผลกระทบที่เกิดขึ้น การเห็นความสำคัญของการร่วมลดปัญหาการพนัน ในสังคมไทย และการรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมที่ส่งเสริมการพนัน การพลิก มุมมองใหม่ในการแก้ปัญหาการเล่นพนันจนเกิดผลเสีย รวมถึงการเชื่อมประสาน การทำงานกับกองทุนสลากเพื่อพัฒนาสังคมในการร่วมสนับสนุนทุนดำเนินการ
- (๒) ขยายและเสริมศักยภาพภาคีเครือข่ายในการทำงาน รวมถึงการขยายแนวร่วมและ พัฒนาศักยภาพหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเครือข่ายสื่อสาธารณะ เพื่อสนับสนุน นโยบาย มาตรการต่างๆ เพื่อให้เกิดการควบคุมทางด้านอุปทาน การลดอุปสงค์ และ การลดผลกระทบของการพนัน ตลอดจนการสนับสนุนให้เกิดกลไกการทำงานเพื่อ แก้ไขปัญหาจากการพนันในระดับชาติ
- (๓) พัฒนาให้เกิดกลไกการเฝ้าระวังทั้งด้านนโยบายสาธารณะที่อาจส่งผลกระทบต่อ การเพิ่มพื้นที่การพนัน การเล่นพนันที่ก่อให้เกิดหนี้สิน และด้านการโฆษณาและ การส่งเสริมการขาย เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมใน การสร้างกลไกป้องกันแก้ไขปัญหารวมถึงการสนับสนุน ติดตาม ผลักดันการปรับปรุง ร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาการพนัน โดยครอบคลุมหลักการที่จะไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน อาทิ ร่างพระราชบัญญัติสำนักงาน สลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ. ร่างพระราชบัญญัติการพนันฉบับ พ.ศ. (ฉบับประชาชน)
- (๔) เชื่อมประสานการทำงานร่วมกับกรมสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาแนวทางและระบบ จุดบริการเพื่อให้คำปรึกษา/บำบัดให้กับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาการพนัน
- (๕) ขยายพื้นที่ต้นแบบการลด ละ เลิก การพนัน โดยเฉพาะในพื้นที่ชุมชน และวัด ตลอดจน การสร้างเครือข่ายชุมชนบำบัดและเฝ้าระวัง (Social Gambling) และการพัฒนา ให้เกิดนโยบาย มาตรการในระดับพื้นที่

ภาคีหลัก

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กองบูรณาการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร กรมทางหลวง กระทรวงคมนาคม กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักโรคไม่ติดต่อ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค กองสาธารณสุขและกีฬา กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานการตรวจราชนกและขนส่ง กรุงเทพมหานคร ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย มูลนิธิเมาไม่ขับ ชมรมคนห่วงหัว มูลนิธิเพื่อความปลอดภัยทางถนน คณะทำงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรระดับจังหวัด โรงพยาบาลขอนแก่น มูลนิธิไทยโรดส์ สถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค สำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ สมาคมหมออนามัย มูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย สถาบันอิศรา สันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย สถาบันพัฒนาองค์กรเอกชน บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ บริษัทประกันภัย สื่อมวลชน ภาคธุรกิจเอกชนต่างๆ

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก โรงพยาบาลรามาธิบดี มูลนิธิสื่อสังคม สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยแห่งประเทศไทย มูลนิธิเพื่อการบริหารจัดการน้ำแบบบูรณาการ มูลนิธิชุมชนไท มูลนิธิสิทธิกรรมธรรมชาติ ศูนย์กสิกรรมธรรมชาติ สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เครือข่ายรณรงค์หยุดพนัน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา กระทรวงสาธารณสุข และกิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ กรมสุขภาพจิต ธนาคารอาคารสงเคราะห์ เครือข่ายนักวิชาการสาขาต่างๆ เครือข่ายสื่อมวลชน เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายที่ทำงานกับเด็กและเยาวชน สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย เครือข่ายยูริพอร์ต (U-Report Thailand) เครือข่ายสื่อออนไลน์ กองทุนพัฒนาสื่อสร้างสรรค์ กองทุนสลากเพื่อพัฒนาสังคม

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานการพัฒนานโยบายและสร้างเป้าหมายร่วม	๒๐
๒. กลุ่มแผนงานการพัฒนาเครือข่ายภาคีภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์	๘๐
๓. กลุ่มแผนงานการพัฒนาโครงสร้างและการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่	๑๑๑
๔. กลุ่มแผนงานการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร	๘
๕. กลุ่มแผนงานการจัดการภัยพิบัติ	๔๓
๖. กลุ่มแผนงานการลดปัญหาจากการพนัน	-
รวม	๒๖๒

หมายเหตุ: กลุ่มแผนงานลดปัญหาจากการพนัน ใช้บอหนุมัติของปี ๒๕๖๑ สำหรับการดำเนินงานในปีนี้



แผนควบคุม ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

สถานการณ์และแนวโน้ม

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในแผนนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ นอกเหนือไปจากปัจจัยเสี่ยงหลักที่ สสส. กำหนดไว้ในแผนเฉพาะแล้ว ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การบริโภค เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุทางถนนและอุบัติเหตุ การขาดการออกกำลังกาย และปัจจัยเสี่ยงด้านอาหาร นอกจากนี้ การเลือกประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเพื่อดำเนินการในแผนนี้ จะเน้นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบสูงต่อประชาชนจำนวนมาก และมีแนวทางที่สามารถขับเคลื่อนได้ตามวัตถุประสงค์และยุทธศาสตร์ ของ สสส. โดยใช้ทรัพยากรอย่างจำกัด มุ่งขับเคลื่อนในประเด็นการดำเนินงานที่เป็นจุดคานงัด เพื่อควบคุม หรือลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในระยะแผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ ยังคงกรอบ การดำเนินงานใน ๔ แผนงาน คือ ๑) แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ ๒) แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ๓) แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา และ ๔) แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

ทั้งนี้ การดำเนินงานของทั้ง ๔ แผนงาน ในระยะที่ผ่านมา สามารถขับเคลื่อนในทิศทางที่สอดคล้อง ต่อการบรรลุเป้าหมายเฉพาะ ในระยะ ๑๐ ปีของ สสส.ที่กำหนดไว้ โดยมี ๒ แผนงานที่ตอบเป้าหมายเฉพาะ โดยตรง ๒ ข้อ คือ (ข้อ ๓) การลดอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีใหม่ และ (ข้อ ๔) การเพิ่มสัดส่วนของคนไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีความสุขในการดำรงชีวิต (วัดด้วยอัตราร้อยละของคนไทยที่มีคะแนนสุขภาพจิต ในระดับปกติขึ้นไป) โดยผลการรวบรวมและวิเคราะห์ สถานการณ์ และแนวโน้ม ที่เกี่ยวข้องกับทั้ง ๔ แผนงาน ดังกล่าว มีสาระสำคัญ สรุปได้ดังนี้

๑. สถานการณ์ และแนวโน้ม ที่เกี่ยวข้องกับแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ

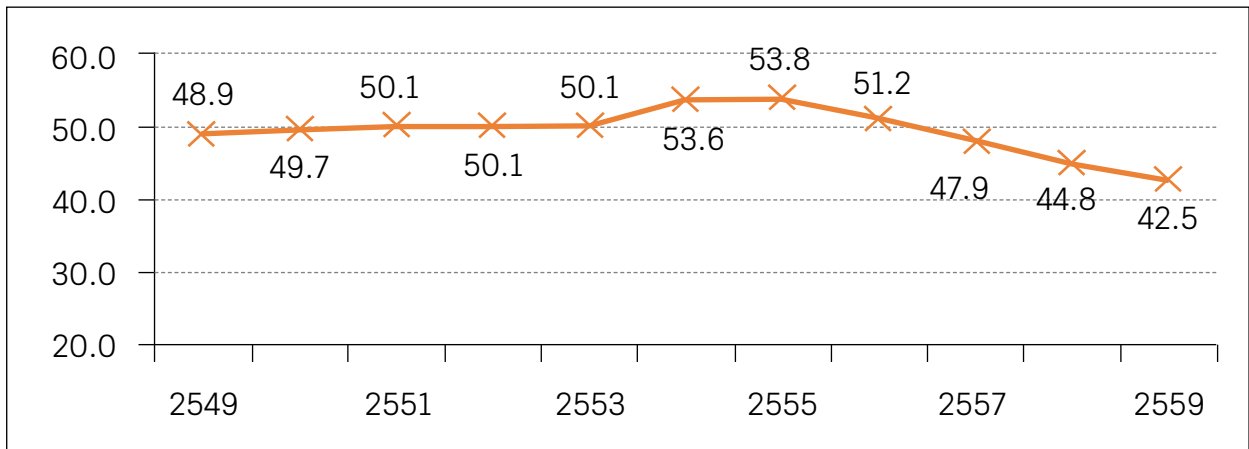
๑.๑ เป้าหมายลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้รับการบรรลุใน SDGs

ด้วยเหตุที่วัยรุ่นเป็นวัยที่ยังไม่พร้อมสำหรับการตั้งครรภ์และการเป็นแม่ การเปลี่ยนบทบาทจากวัยรุ่น มาเป็น “แม่วัยใส” ทำให้ตัววัยรุ่นเอง และครอบครัว ต้องสูญเสีย “โอกาส” การพัฒนาศักยภาพในการพึ่งตนเอง ส่งผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ต่อวิถีชีวิต คุณภาพชีวิต และสุขภาพ และเนื่องจากอัตราการเป็น “แม่วัยใส” ยังคงอยู่ในระดับสูง จึงส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสังคมและเศรษฐกิจในระยะยาว กองทุน

ประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ได้ให้ข้อสรุปที่สำคัญว่าการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัจจัยคุกคามคุณภาพประชากรในระยะยาว ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาคการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น จึงมีการระบุไว้ในนโยบายของทุกรัฐบาลนับแต่ปี ๒๕๕๔ จนถึงรัฐบาลปัจจุบัน และล่าสุดในระดับสากล ได้มีการบรรจุเป้าหมายลดอัตราการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น เป็นตัวชี้วัดหนึ่ง ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เป้าหมายที่ ๓ คือ สร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนทุกวัย

๑.๒ สถานการณ์การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น : อัตราการคลอดในวัยรุ่นเริ่มลดลงอย่างช้าๆ

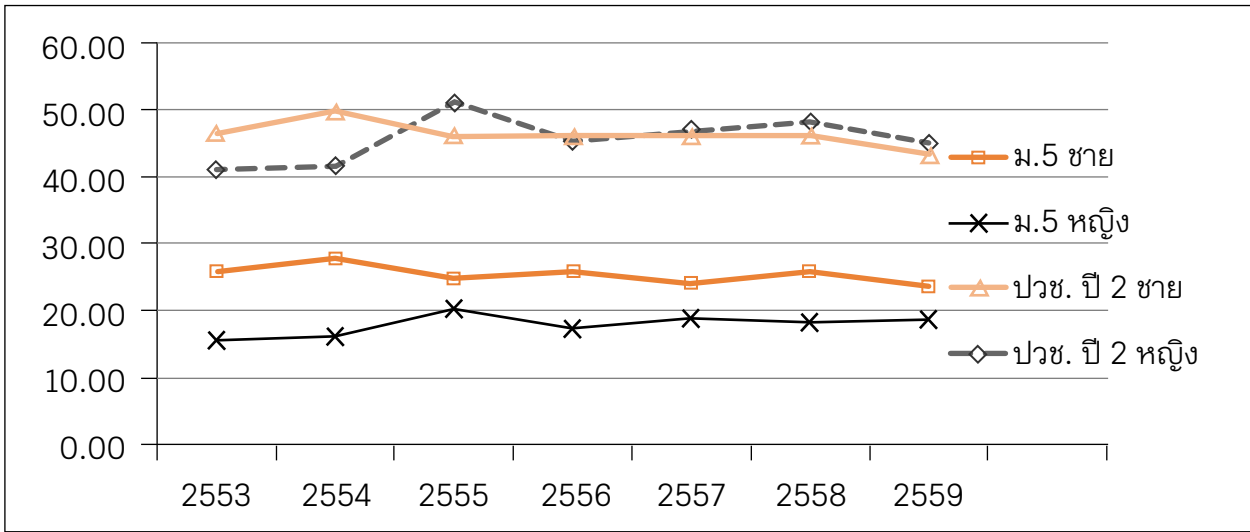
ด้วยข้อจำกัดหลายประการทำให้ประเทศไทยไม่มีข้อมูลอัตราการตั้งครรรภ์ที่น่าเชื่อถือ จึงต้องใช้อัตราการคลอดเป็นตัวบอขนาดปัญหา ซึ่งอัตราการคลอดในวัยรุ่นกลุ่ม ๑๕ - ๑๙ ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนับแต่ปี ๒๕๔๓ (๓๑.๑ คนต่อประชากรหญิงอายุเดียวกัน ๑,๐๐๐ คน) โดยเพิ่มขึ้นสูงสุดในปี ๒๕๕๕ ที่ ๕๓.๘ คนต่อประชากรหญิงอายุเดียวกัน ๑,๐๐๐ คน และเริ่มมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง เป็น ๔๒.๕ คนต่อประชากรหญิงอายุเดียวกัน ๑,๐๐๐ คน ในปี ๒๕๕๙ (มีแม่วัย ๑๕ - ๑๙ ปี ๙๑,๘๓๘ คน ในปี ๒๕๕๙) ในช่วงเวลาเดียวกัน อัตราการคลอดในวัยรุ่นกลุ่ม ๑๐ - ๑๔ ปี ต่อประชากรหญิงอายุเดียวกัน ๑,๐๐๐ คน ก็มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากอัตรา ๑.๘ ในปี ๒๕๕๕ เป็น ๑.๔ คนต่อประชากรหญิงอายุเดียวกัน ๑,๐๐๐ คน ในปี ๒๕๕๙ (มีแม่วัย ๑๐ - ๑๔ ปี ๒,๗๔๖ คนในปี ๒๕๕๙) ^{๕๑} แต่อัตราการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นยังคงอยู่ในอัตราที่สูง เมื่อเทียบกับประเทศที่มีระดับการพัฒนาใกล้เคียงกัน (ดูภาพที่ ๑)



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

^{๕๑} สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย วันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๐

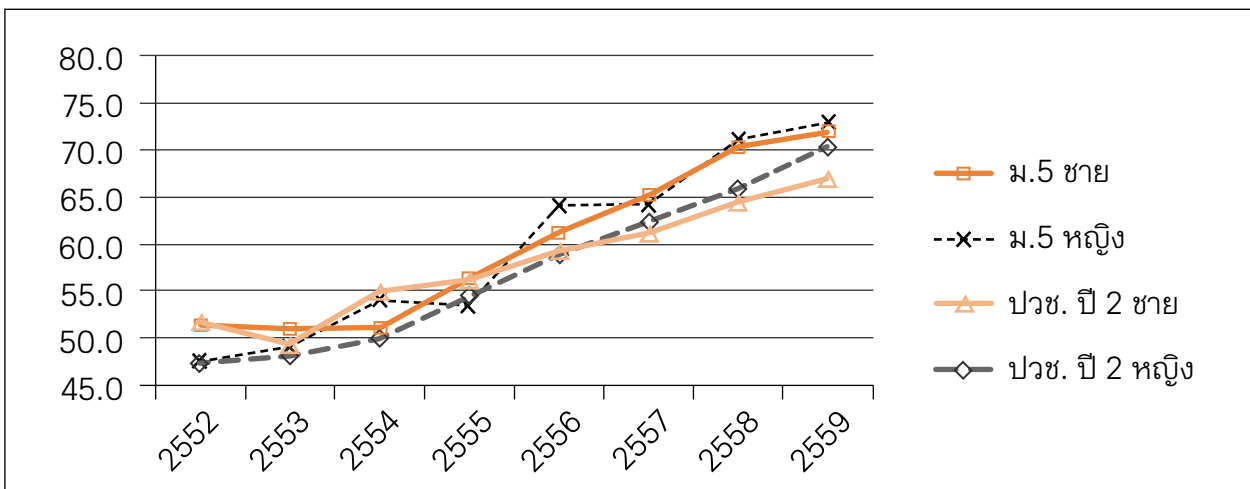
๑.๓ อัตราการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มคงที่ ขณะที่อัตราการใช้ถุงยางอนามัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่สามารถลดโรคได้



ภาพที่ ๒ แสดงอัตราการเคยมีเพศสัมพันธ์ในระดับชั้น ม.๕ และ ปวช.ชั้นปี ๒ ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค

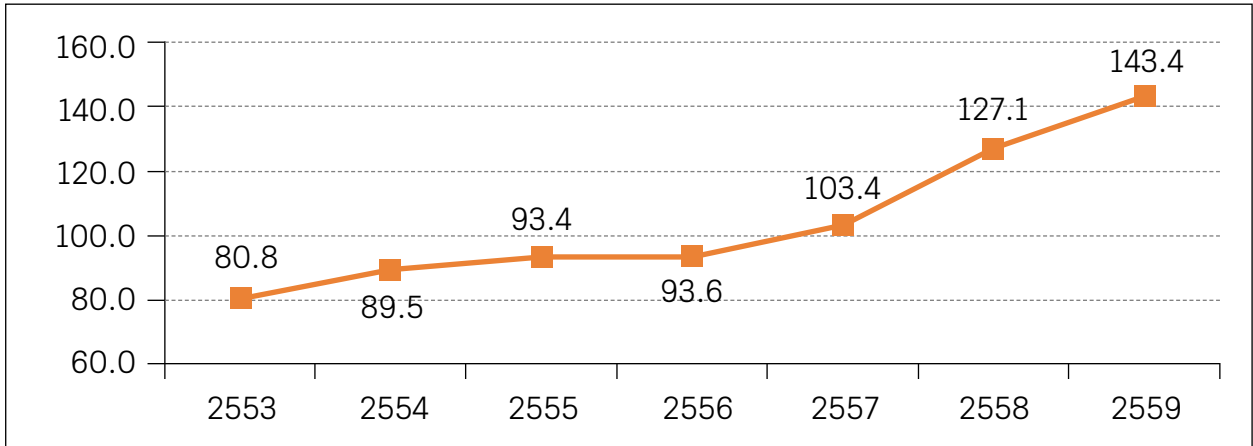
อัตราการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ในอัตราค่อนข้างสูง โดยผลสำรวจในปี ๒๕๕๙ พบว่า ระดับ ปวช.ปี ๒ ทั้งชายและหญิง มีอัตราการลดลงเล็กน้อยจาก ร้อยละ ๔๗ ในปี ๒๕๕๘ เป็นร้อยละ ๔๔ ส่วนในนักเรียนชั้น ม.๕ ชายและหญิง ที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วคิดเป็นร้อยละ ๒๓.๖ และ ๑๘.๗ ตามลำดับ (ดูภาพที่ ๒)

อัตราการใช้ถุงยางอนามัย ในวัยรุ่น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ๒๕๕๙ นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ ๕ ที่มีเพศสัมพันธ์แล้วราวร้อยละ ๗๒ มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ส่วนในนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นปวช.ปี ๒ ชายและหญิง มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ ๖๗ และ ร้อยละ ๗๐ ตามลำดับ (ดูภาพที่ ๓)



ภาพที่ ๓ แสดงอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในระดับชั้น ม.๕ และ ปวช.ชั้นปี ๒ ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค

แม้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยจะเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง แต่อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึง การติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ ๔) บ่งชี้ว่า มีความจำเป็นต้องเร่งหาแนวทาง เพิ่มการเข้าถึงและเพิ่มอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ให้มากยิ่งขึ้น เพื่อลดผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยลงให้ได้โดยเร็ว



ภาพที่ ๔ แสดงอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี (กรมควบคุมโรค)

๑.๔ ความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในภาพรวมของ ประเทศ

๑) สปสช. เพิ่มสิทธิประโยชน์ การใช้ยาฝังคุมกำเนิดในวัยรุ่นหญิงโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็น การคุมกำเนิดที่ประสิทธิภาพสูง โดยเริ่มต้นในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ และมีอัตราการใช้ เพิ่มขึ้นทุกปี และในปี ๒๕๖๑ สปสช.ได้สนับสนุนค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ให้แก่หน่วยบริการแบบ เหมมาจ่ายรายละ ๓,๐๐๐ บาท

๒) เดือนธันวาคม ๒๕๕๗ อย. อนุญาตให้มีการขึ้นทะเบียนยายุติการตั้งครรภ์ และกรมอนามัย ได้จัดระบบการขึ้นทะเบียนและจัดอบรมการใช้ยาให้กับบุคลากรของหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน เพื่อใช้ยาในปี ๒๕๕๙ สปสช.ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณค่ายาดังกล่าวให้กับกรมอนามัย

๓) นับแต่ปี ๒๕๕๗ สสส.สนับสนุนให้มีการพัฒนาบริการ “สายด่วน ๑๖๖๓” ให้คำปรึกษา ทางโทรศัพท์ และประสานการส่งต่อวัยรุ่นและสตรีที่ประสบปัญหาจากการตั้งครรภ์ และในปี ๒๕๕๙ ได้เชื่อมต่อกับเครือข่ายหน่วยบริการ (ทั้งการฝากครรภ์ต่อและการยุติการตั้งครรภ์) ส่งผลให้ผู้ประสบ ปัญหาการตั้งครรภ์ มีโอกาสมากขึ้น ในการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและถูกกฎหมาย โดยมีผู้รับคำปรึกษาเดือนละกว่า ๑,๐๐๐ ราย

๔) นับแต่ปี ๒๕๕๘ สสส.ได้สนับสนุนการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด ตามกรอบ “ภารกิจ ๙ ด้าน” ใน ๒๐ จังหวัด แต่ภายหลังมี ๒ จังหวัด ขอยุติโครงการ และในกรุงเทพฯ ซึ่งผลการประเมิน พบว่า หัวใจสำคัญของความสำเร็จอยู่ที่การ “บูรณาการ” การทำงานระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งทุกฝ่าย “ต้องเปิดใจ เรียนรู้กันให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม” ซึ่งมี ๔ รูปแบบของการบูรณาการโดยรูปแบบที่ได้ผลดีที่สุด ต้องทำแบบ

“ร่วมคิด ร่วมงาน รวมคน รวมเงิน” เน้นประสานการทำงานในแนวราบมากกว่าแนวตั้ง โดยมีเป้าหมายคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง^{๕๒}

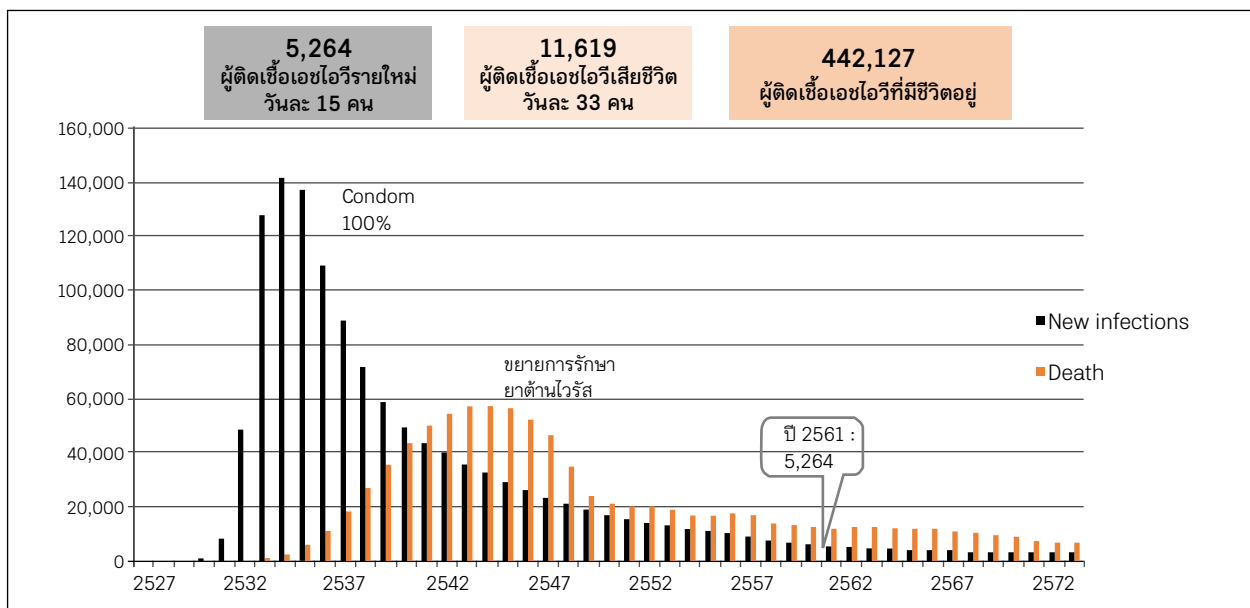
๕) พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครรรกในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่กรกฎาคม ๒๕๕๙ และคณะรัฐมนตรีได้แต่งตั้งคณะกรรมการระดับชาติ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานซึ่งคณะกรรมการชุดนี้ ได้จัดทำร่างยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙ โดยมีเป้าหมายลดอัตราการคลอดของวัยรุ่นลงให้ต่ำกว่า ๒๕ คนต่อพันประชากรวัยรุ่นหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ภายในปี ๒๕๖๙ (คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบเมื่อ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ คณะกรรมการชุดนี้ ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาอิสระด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครรรกในวัยรุ่น โดยมีภาคีของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศและผู้แทน สสส.ร่วมเป็นอนุกรรมการด้วย จึงเป็นอีกช่องทางในการผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายในเรื่องนี้

๖) สสส.ร่วมกับหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ จัดให้มีการประชุมระดับชาติเรื่องสุขภาวะทางเพศในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรรกในวัยรุ่นแล้ว ๒ ครั้ง ในปี ๒๕๕๗ และ ๒๕๖๐ ซึ่งส่งผลให้เกิดเครือข่ายและความเข้มแข็ง ทั้งด้านวิชาการและด้านความร่วมมือกันขับเคลื่อนงานที่เชื่อมโยงกัน

๑.๕ สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี : ในภาพรวมผู้ติดเชื้อรายใหม่ และผู้เสียชีวิตจากเอดส์ลดจำนวนลงทุกปี แต่มีแนวโน้มการติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นในกลุ่มเยาวชน

จากข้อมูลของสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(สอวพ.) ในปี ๒๕๖๑ พบว่าประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อ HIV กว่า ๔๕๐,๐๐๐ คน (ภาพที่ ๕) ในจำนวนนี้เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่กว่า ๕,๐๐๐ คนต่อปี และตลอดทั้งปีมีผู้ติดเชื้อเสียชีวิตกว่า ๑๕,๐๐๐ คน โดยกลุ่มชายรักชาย ที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันเป็นกลุ่มที่ติดเชื้อมากที่สุด



ภาพที่ ๕ สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปี ๒๕๖๑ และการคาดการณ์จนถึงปี ๒๕๗๓

^{๕๒} รายงานวิจัยประเมินผลการดำเนินงานเชิงบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครรรกในวัยรุ่น, ศิริพร จิรวัดณ์กุล และคณะ. ๒๕๖๑.

๒. สถานการณ์ และแนวโน้ม ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพจิต

๒.๑ เด็กปฐมวัยกว่า ๑ ใน ๔ มีพัฒนาการล่าช้า ส่งผลต่อระดับสติปัญญาเด็กวัยเรียน^{๕๓}

ผลการสำรวจพัฒนาการเด็กอายุ ๑ - ๕ ปี ของกรมอนามัย ในปี ๒๕๕๗ พบว่า มีเด็กที่พัฒนาการล่าช้ากว่าวัย สูงถึงร้อยละ ๒๗.๒ ในปี ๒๕๕๘ กระทรวงสาธารณสุขจึงยกระดับการแก้ปัญหานี้เป็นนโยบายสำคัญในช่วงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ โดยการคัดกรองเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน สามารถคัดกรองเด็กได้ครอบคลุมร้อยละ ๘๗ โดยพบเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าร้อยละ ๒๓.๓ ซึ่งมีมาตรการติดตามและสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กได้กระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสม แต่ยังคงมีเด็กที่ได้รับการกระตุ้นและติดตามต่อเนื่องเพียงร้อยละ ๘๐ (ผลการดำเนินงานระหว่าง ต.ค. ๒๕๕๙ - มิ.ย. ๒๕๖๐)

นอกจากนั้น ในปี ๒๕๕๙ กรมสุขภาพจิต ได้สำรวจระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ ๑ จำนวน ๒๔,๔๘๓ คน จากทั่วประเทศ พบว่า มีเด็กสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (IQ ต่ำกว่า ๙๐) สูงถึงร้อยละ ๓๑.๘ และพบว่า ในกลุ่มนี้เป็นเด็กที่มีระดับสติปัญญาบกพร่อง (IQ ต่ำกว่า ๗๐) อยู่ถึงร้อยละ ๕.๘ เมื่อเทียบกับมาตรฐานสากลคือ ไม่ควรเกินร้อยละ ๒

ในส่วนของความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ ๑ มีผลสำรวจที่นำมาวิเคราะห์ได้จำนวน ๒๓,๒๗๔ คน พบว่า เด็ก ร้อยละ ๗๗.๑ มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งหมายความว่า ประเทศไทยมีเด็กที่มีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ มากถึง ร้อยละ ๒๒.๙ โดยปัญหาด้าน EQ ที่พบมากที่สุด คือ การขาดความมุ่งมั่นพยายามและขาดทักษะในการแก้ปัญหา

๒.๒ โรคซึมเศร้ายังเป็นภาระโรคที่สำคัญ โดยเฉพาะในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์แนวโน้มสถานการณ์โรคซึมเศร้าว่าจะเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์สูงสุดอันดับที่ ๒ รองจากโรคหัวใจ ในปี ๒๕๖๓ และคาดว่าในปี ๒๕๗๓ โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุอันดับที่ ๑ ของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรโลก สำหรับประเทศไทย มีข้อมูลจากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยในปี ๒๕๕๖^{๕๔} พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) เป็นอันดับ ๑ ในเพศหญิง และอันดับที่ ๓ ในเพศชาย ซึ่งเป็นอันดับที่สูงขึ้นจากผลสำรวจปี ๒๕๕๒ ที่โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ เป็นอันดับ ๓ ในเพศหญิง และอันดับที่ ๘ ในเพศชาย

ผลการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. ๒๕๕๑^{๕๕} โดยกรมสุขภาพจิต พบว่าคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เป็นโรคซึมเศร้าชนิดชั่วคราวร้อยละ ๒.๐๓ และชนิดเรื้อรังร้อยละ ๐.๓ โดยประมาณการว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าทั้งสองชนิดราว ๑.๕ ล้านคน ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ ๒๐.๔ โดยในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราการความรุนแรงที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ

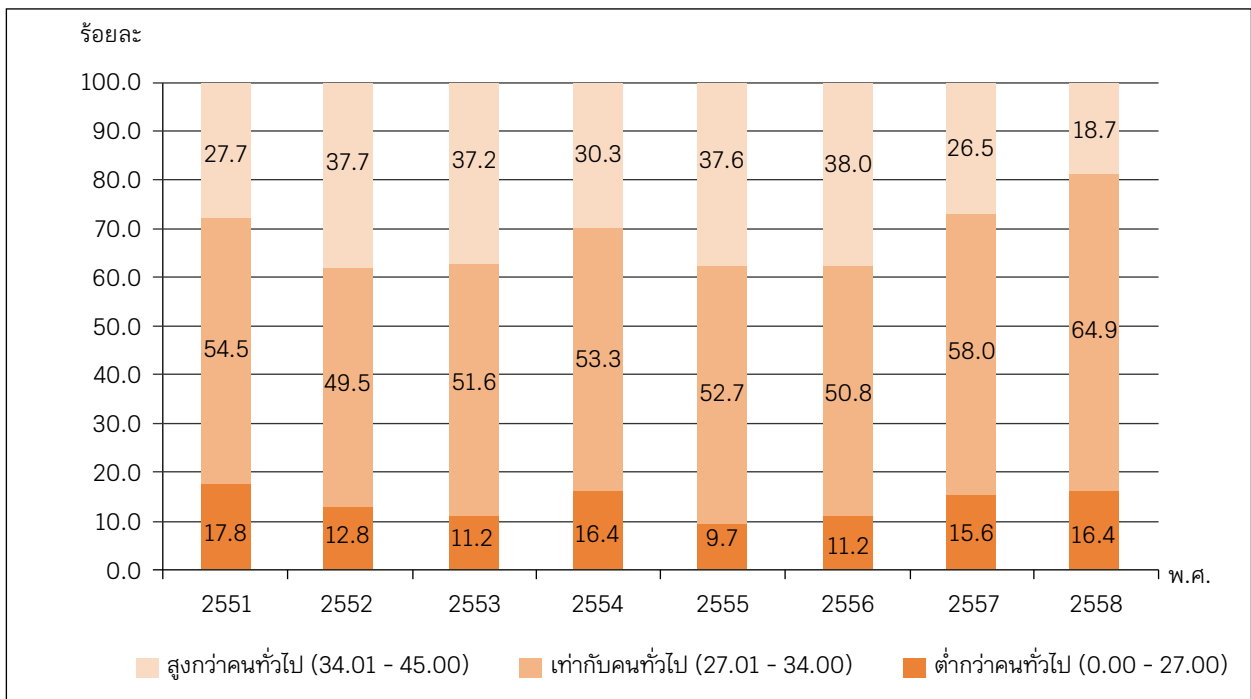
^{๕๓} (ร่าง)แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๔) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ใช้ประกอบการประชุม คณะอนุกรรมการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติครั้งที่ ๑/๒๕๖๑ (๑๗ ก.ค. ๒๕๖๑) หน้า ๒๗-๒๘.

^{๕๔} รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๖.สำนักงานพัฒนานโยบายและสุขภาพระหว่างประเทศ. ๒๕๕๘.

^{๕๕} technical-factsheet-depression-thai

๒.๓ ร้อยละของผู้ที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีความสุขมีแนวโน้มลดลง

จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-economic Survey : SES) ^{๕๖} ในปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗ และการสำรวจภาวะทำงานของประชากรในปี ๒๕๕๘ โดยผนวกแบบประเมินสุขภาพจิตคนไทย ^{๕๗} ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยทีมวิชาการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และจัดทำเป็นรายงานผลสำรวจความสุขคนไทย ประเมินจากค่าคะแนนสุขภาพจิต พบว่า **ร้อยละของคนไทยที่มีคะแนนสุขภาพจิต ต่ำกว่าคนทั่วไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๑.๒ และ ๑๕.๖ ในปี ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗ เป็นร้อยละ ๑๖.๔ ในปี ๒๕๕๘** แสดงให้เห็นว่า อัตราส่วนคนไทยที่มีความสุขมีแนวโน้มลดลง



ภาพที่ ๗ : แสดงร้อยละของประชากรที่มีค่าคะแนนสุขภาพจิต ๓ กลุ่ม จากผลการสำรวจ พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๘

๒.๔ แรงงานนอกระบบ เป็นกลุ่มที่มีระดับความสุขต่ำกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ

ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี ๒๕๕๙ จากจำนวนผู้มีงานทำ ๓๘.๓ ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบ ๒๑.๓ ล้านคน (ร้อยละ ๕๕.๖) และในระบบ ๑๗ ล้านคน (ร้อยละ ๔๔.๔) แรงงานในระบบส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอายุ ๒๐ - ๓๙ ปี แต่เมื่ออายุมากขึ้น (มากกว่า ๔๕ ปี) จะมีแนวโน้มเป็นแรงงานนอกระบบมากกว่า ซึ่งแรงงานนอกระบบที่มีสถานภาพการทำงานเป็นลูกจ้าง (outsourcer) จะได้รับค่าจ้างเฉลี่ยต่ำกว่าแรงงานในระบบถึง ๒.๒ เท่า และยังมีพบว่า มีปัญหาจากการทำงานที่แรงงานนอกระบบต้องการให้ภาครัฐช่วยเหลือมากที่สุด คือ ปัญหาเกี่ยวกับค่าตอบแทนร้อยละ ๕๒.๘ รองลงมาเป็นการทำงานหนัก ร้อยละ ๑๗.๑ และงานที่ทำไม่ได้รับการจ้างอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ ๑๖.๖ และอื่นๆ เช่น ไม่มีสวัสดิการ ไม่มีวันหยุด ทำงานไม่ตรงเวลา ปกติ ชั่วโมงทำงานมากเกินไป และลาพักผ่อนไม่ได้ เป็นต้น ^{๕๘}

^{๕๖} การสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

^{๕๗} อภิชัย มงคล และคณะ. ๒๕๕๗. การพัฒนาและทดสอบดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

^{๕๘} การสำรวจแรงงานนอกระบบ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ๒๕๕๙

๒.๕ แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๔

ในปี ๒๕๖๐ คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ได้กำหนดให้มีการจัดทำยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๔) ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ซึ่งกระบวนการจัดทำร่างยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ ได้ดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน และได้เสนอผ่านความเห็นชอบในหลักการของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ในเดือนกันยายน ปี ๒๕๖๐ และได้นำเข้าสู่การพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) เพื่อรับรองเป็นยุทธศาสตร์ชาติ (ขั้นตอนที่คณะรัฐมนตรีได้กำหนดขึ้นใหม่ในปี ๒๕๖๑) ซึ่ง สศช. ได้พิจารณาตามหลักเกณฑ์การแบ่งระดับยุทธศาสตร์ชาติแล้ว ได้แจ้งให้กรมสุขภาพจิตทราบว่า คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติสามารถรับรองให้เป็นแผนระดับชาติได้เอง ดังนั้น ร่างยุทธศาสตร์ดังกล่าว จึงถือว่าผ่านความเห็นชอบเป็นแผนชาติแล้ว นับแต่เดือนกันยายน ๒๕๖๐ โดยมีการปรับชื่อเป็น **“แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๔”** ซึ่งนับเป็นแผนด้านสุขภาพจิตระดับชาติ ฉบับแรกของประเทศ

แผนพัฒนาสุขภาพจิตดังกล่าว ได้กำหนดให้มียุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เป็น ๑ ใน ๔ ยุทธศาสตร์ของแผนนี้ด้วย โดยได้กำหนดเป้าหมาย **“ร้อยละของคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีความสุขเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย”** ประเมินจากค่าคะแนนสุขภาพจิตที่สำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทั่วประเทศ ๕ ปี ตามตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ แสดง ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ และค่าเป้าหมายระยะ ๒๐ ปี ในยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ตาม **“แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑”**

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต

(ตามแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๔)

เป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	ค่าเป้าหมายระยะ ๒๐ ปี (ร้อยละ)			
		๒๕๖๔	๒๕๖๙	๒๕๗๔	๒๕๗๔
๑.๑ คนไทยเข้าใจและใส่ใจสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัวและชุมชน	๑) ร้อยละของคนไทยที่มีความตระหนักและเข้าใจเรื่องสุขภาพจิต	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐
	๒) ร้อยละของคนไทยที่ยอมรับและให้โอกาสต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕
	๓) ร้อยละของคนไทยที่ได้รับการพัฒนาทักษะชีวิตตามช่วงวัย	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
๑.๒ ภาศึเครือข่ายเสริมสร้างการมีส่วนร่วมให้คนไทยมีปัญหา อารมณ์ดี และมีความสุข	๑) ร้อยละของเด็กที่มีคะแนน IQ ต่ำกว่า ๑๐๐ ได้รับการพัฒนา	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
	๒) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ/คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้รับการคัดกรองภาวะโรคซึมเศร้า	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
	๓) ร้อยละของคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่มีความสุขเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย	๘๕	๘๗	๘๙	๙๐

๓. สถานการณ์ และแนวโน้ม ของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

๓.๑ ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีความรุนแรงมากขึ้น

ปัญหาความไม่ปลอดภัยในผลิตภัณฑ์สุขภาพหลากหลายชนิด เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงได้เพิ่มขนาดและความรุนแรงมากขึ้น ดังที่เป็นข่าวใหญ่ในสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่องในช่วงกลางปี ๒๕๖๑ ซึ่งพบว่า มีผู้ประกอบการบางส่วนขาดจริยธรรม มีการลักลอบใส่สารที่ห้ามใช้และสารที่เป็นอันตราย เป็นเหตุให้ผู้บริโภคได้รับอันตรายถึงเสียชีวิต ซึ่งผลการตรวจสอบโดย อย.พบว่า ผลิตภัณฑ์กลุ่มเครื่องสำอางและอาหารเสริมหลายรายการ ใช้เลข อย.ปลอม หรือใช้เลข อย.ของผลิตภัณฑ์อื่น แสดงให้เห็นว่า การมีเลข อย.ในรูปแบบปัจจุบัน ไม่ใช่สิ่งที่สามารถยืนยันความปลอดภัยของสินค้าได้

ผลจากการเฝ้าระวังการปลอมปนยาแผนปัจจุบันในอาหาร โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และหน่วยงานต่างๆ ระหว่างปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๙ พบว่า

(๑) กาแฟสำเร็จรูปชนิดผง

- ตรวจหายารักษาโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ๑๓๐ ตัวอย่าง พบ Sildenafil ๓๓ ตัวอย่าง และ Tadalafil ๑ ตัวอย่าง รวม ๓๔ ตัวอย่าง (ร้อยละ ๒๖.๒)
- ตรวจหายาลดความอ้วน ๓๔๔ ตัวอย่าง พบสาร Sibutramine ๔๗ ตัวอย่าง (ร้อยละ ๑๓.๗)
- ตรวจหากลุ่มยานอนหลับ ๑๘๓ ตัวอย่าง พบยา Lorazepam ๑ ตัวอย่าง (ร้อยละ ๐.๕)

(๒) ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

- ตรวจหายารักษาโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ๒๘๗ ตัวอย่าง พบ Sildenafil ๘๖ ตัวอย่าง Tadalafil ๖ ตัวอย่าง Sildenafil ร่วมกับ Tadalafil ๒๔ ตัวอย่าง และ Sildenafil ร่วมกับ Vardenafil ๗ ตัวอย่าง รวม ๑๒๓ ตัวอย่าง (ร้อยละ ๔๒.๙)
- ตรวจหายาลดความอ้วน ๑๘๗ ตัวอย่าง พบ Orlistat ๒๒ ตัวอย่าง (ร้อยละ ๑๑.๘)
- ตรวจหายาลดความอ้วน ๘๔๙ ตัวอย่าง พบ Sibutramine ๑๖๓ ตัวอย่าง (ร้อยละ ๑๙.๒)

นอกจากนี้ ยังมีตัวอย่างผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ที่ตรวจพบทั้งยาโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ Tadalafil และสาร Sibutramine ซึ่งโอกาสที่จะเกิดอันตรายสูงมาก

๓.๒ บทบัญญัติด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ในรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. ๒๕๖๐

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

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

มาตรา ๖๑ บัญญัติว่า “รัฐต้องจัดให้มีมาตรการหรือกลไกที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านความรู้ข้อมูลที่เป็นจริง ด้านความปลอดภัย ด้านความเป็นธรรมในการทำสัญญา หรือด้านอื่นใดอันเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภค”

สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) ได้ดำเนินการพัฒนาร่าง พ.ร.บ.สภาองค์กรผู้บริโภคแห่งชาติ ตามมาตรา ๔๖ ของ รธน.ฉบับปัจจุบัน และได้จัดกระบวนการรับฟังความเห็นจากภาคส่วนต่างๆ ในช่วงต้นปี ๒๕๖๑ กระทั่งได้เสนอผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๑ และอยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เพื่อเตรียมเสนอผ่านคณะรัฐมนตรีอีกครั้ง ก่อนเสนอเข้าสู่การพิจารณาตามกระบวนการนิติบัญญัติ ต่อไป สาระสำคัญของ ร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้

คือการสร้างความมีส่วนร่วมของผู้บริโภค โดยรัฐให้การสนับสนุน เพื่อให้เกิดการรวมพลังของผู้บริโภคขึ้นมาทำหน้าที่ร่วมกับกลไกภาครัฐในการคุ้มครองผู้บริโภค โดยร่างกฎหมายนี้ กำหนดให้บุคคลธรรมดาตั้งแต่ ๑๐ คนขึ้นไป หรือนิติบุคคลที่มีวัตถุประสงค์ในการคุ้มครองผู้บริโภค และไม่แสวงหาผลกำไร มีสิทธิรวมตัวกันจัดตั้งองค์กรของผู้บริโภคได้ และยังได้กำหนดให้มีการตั้งสภาองค์กรผู้บริโภคแห่งชาติ มีคณะกรรมการที่ได้มาโดยการเลือกกันเองจากผู้แทนองค์กรของผู้บริโภค ๑๐ คน และกรรมการผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านอีก ๙ คน โดยมีการตั้งสำนักงานสภาองค์กรผู้บริโภคแห่งชาติ (สอป.) ที่เป็นนิติบุคคล มีความเป็นอิสระ (ไม่ใช่ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของรัฐ) มีอำนาจหน้าที่ด้านธุรการ และทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการ ซึ่งสำนักงานนี้ จะได้รับเงินอุดหนุนทั่วไปที่รัฐบาลจัดสรรให้โดยตรงเป็นรายปีจากงบประมาณแผ่นดิน ซึ่งรัฐบาลจะจัดสรรให้ในจำนวนที่เพียงพอสำหรับการบริหารงานต่อไป

๓.๓ สถานการณ์เรื่องร้องเรียนจากผู้บริโภค

สถิติเรื่องร้องเรียนจากผู้บริโภคทั่วประเทศ ระหว่างมกราคมถึงธันวาคม ปี ๒๕๖๐ จาก ๗ ภูมิภาค และมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มีจำนวน ๓,๖๑๕ เรื่อง โดยเรื่องร้องเรียนสูงสุด ๓ อันดับแรก คือ ๑) ด้านผลิตภัณฑ์อาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน ๘๘๕ เรื่อง (ร้อยละ ๒๔.๕) ๒) ปัญหาด้านสินค้าและบริการทั่วไป จำนวน ๖๘๒ เรื่อง (ร้อยละ ๑๘.๙) และบริการสาธารณสุขจำนวน ๖๓๑ เรื่อง (ร้อยละ ๑๗.๕) (ตารางที่ ๒)

ตารางที่ ๒ แสดงจำนวนเรื่องร้องเรียนของ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และเครือข่ายใน ๗ ภูมิภาค

ลำดับ	หมวด	มกราคม-ธันวาคม 2560									ร้อยละ
		มพป.	ตะวันตก	เหนือ	ใต้	อีสาน	กลาง	ตะวันออก	กทม.	รวม	
1	ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (รวมยา)	37	316	219	45	50	7	21	190	885	24.48
2	สินค้าและบริการทั่วไป	490	62	51	22	2	3	13	39	682	18.87
3	บริการสุขภาพ	27	231	41	42	20	13	94	163	631	17.46
4	การเงินการธนาคาร	421	24	34	7	9	7	6	19	527	14.58
5	บริการสาธารณะ	103	38	90	46	11	36	47	53	424	11.73
6	สื่อและโทรคมนาคม	38	24	32	18	24	13	9	18	176	4.87
7	อสังหาริมทรัพย์	62	3	10	26	2	1	10	13	127	3.51
8	อื่นๆ	28	27	12	11	11	1	7	66	163	4.51
รวม		1,206	725	489	217	129	81	207	561	3,615	100.00
ร้อยละแต่ละศูนย์ร้องเรียน		33.36	20.06	13.53	6.00	3.57	2.24	5.73	15.52	100	

ทั้งนี้ในการร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (รวมถึงยา) พบว่า เป็นการร้องเรียนเรื่องการโฆษณาเกินจริงหรือโฆษณาผิดกฎหมาย มากที่สุดถึง ร้อยละ ๓๕.๙ โดยเป็นการโฆษณาและขายผ่านเว็บไซต์หรือสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ ผ่านวิทยุเคเบิลท้องถิ่นหรือทีวีดาวเทียม ซึ่งกลไกคุ้มครองผู้บริโภคในช่องทางเหล่านี้ยังมีข้อจำกัดมาก

๓.๔ สภาพปัญหาและผลกระทบจากการดื้อยาต้านจุลชีพ

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistance) ของเชื้อแบคทีเรีย ได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ยาต้านจุลชีพที่ในอดีตเคยใช้ได้ผล กลับใช้ไม่ได้ผลแล้วในปัจจุบัน ขณะเดียวกัน อุตสาหกรรมยาทั่วโลกเกือบไม่มีการวิจัยและพัฒนาหรือค้นคิด ยาต้านจุลชีพชนิดใหม่เพื่อต่อสู้กับเชื้อแบคทีเรียดื้อยา สถานการณ์เช่นนี้ทำให้ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเข้าสู่ ‘ยุคหลังยาปฏิชีวนะ (post-antibiotic era)’ ที่การเจ็บป่วยจากการติดเชื้อแบคทีเรียเพียงเล็กน้อยอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

ผลกระทบจากการดื้อยาต้านจุลชีพ พบว่า ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาราวปีละ ๗๐๐,๐๐๐ คน และหากไม่เร่งแก้ไขปัญหา ในปี ๒๕๙๓ (อีก ๓๔ ปีข้างหน้า) คาดว่าการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยา จะสูงถึง 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 ^{๙๙}

นอกเหนือจากการใช้ยาต้านจุลชีพในการรักษาผู้ป่วยแล้ว ยังมีการใช้ยาต้านจุลชีพในวงกว้าง และการกำจัดยาต้านจุลชีพอย่างไม่ถูกวิธีอาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมได้ด้วยเช่นกัน ผลการสำรวจแหล่ง น้ำนิ่งของฟาร์มหมู พบเชื้อดื้อยาสูงกว่าตัวอย่างน้ำจากลำคลองและน้ำจากบ่อเลี้ยงกุ้งและบ่อเลี้ยงปลา นอกจากนี้ พบว่า มีการนำยาต้านจุลชีพไปใช้ในการรักษาโรคพืช เช่น โรคกรีนนิ่งในพืชตระกูลส้ม (Citrus greening disease) ทั้งนี้ในปัจจุบัน ประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลและยังไม่มี การประเมินความเสี่ยงหรือผลกระทบของการใช้ยาต้านจุลชีพในวงกว้าง รวมทั้งยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการกำจัดยาต้านจุลชีพก่อนออกสู่ สิ่งแวดล้อม ที่อาจส่งผลกระทบย้อนกลับมาถึงสุขภาพคนและสัตว์

๓.๕ แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ^{๑๐}

จากสถานการณ์ปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยาที่ทวีความรุนแรงขึ้นในปัจจุบัน คณะกรรมการประสาน และบูรณาการการดื้อยาต้านจุลชีพ ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ และได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๕๙ มีเป้าประสงค์ ที่ต้องการบรรลุภายในปี ๒๕๖๔ คือ ๑) การป่วยจากเชื้อดื้อยาลดลงร้อยละ ๕๐ ๒) การใช้ยาต้านจุลชีพ สำหรับมนุษย์และสัตว์ลดลงร้อยละ ๒๐ และ ๓๐ ตามลำดับ ๓) ประชาชนมีความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและตระหนัก ในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ และ ๔) ประเทศไทยมีระบบจัดการการดื้อยาต้าน จุลชีพที่มีสมรรถนะตามเกณฑ์สากล

ทั้งนี้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ โดยในส่วนที่ สสส.ได้รับการประสานเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นี้ จะอยู่ใน ยุทธศาสตร์ที่ ๕ คือการส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยาและความตระหนักรู้ด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่าง เหมาะสมแก่ประชาชน

^{๙๙} ภานุมาศ ภูมาศ, ตวงรัตน์ โพธิ์, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, อหาร รั้วไพบูลย์, ภูษิต ประคองสาย, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์. ผลกระทบด้านสุขภาพ และเศรษฐกิจจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย: การศึกษาเบื้องต้น.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๕๕;๖(๓):๓๕๒-๓๖๐. (อ้างอิงใน แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)

^{๑๐} แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔

๔. สถานการณ์ และแนวโน้ม ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพะ ภายใต้แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของ สสส. ได้มีการพัฒนายุทธศาสตร์ในช่วงปี ๒๕๕๘ กำหนดจุดเน้นการขับเคลื่อนใน ๒ ประเด็นหลักที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน คือ มลพิษอุตสาหกรรม และสิ่งแวดล้อมในเขตเมือง ดังนั้นการทบทวนสถานการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้อง จึงเน้นใน ๒ ประเด็นหลักดังกล่าว

๔.๑ ของเสียอันตรายที่ตกค้างในประเทศเพิ่มขึ้นทุกปี ขณะที่การนำเข้ายิ่งเพิ่มมากขึ้น^{๑๑๖}

ของเสียอันตราย ได้แก่ ของเสียอันตรายจากชุมชน ของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรม และมูลฝอยติดเชื้อ โดยในปี ๒๕๕๘ ประมาณการของเสียอันตรายที่เกิดขึ้นทั่วประเทศมีจำนวน ๓.๔๕๕ ล้านตัน เพิ่มขึ้น ๐.๗๕๒ ล้านตัน หรือร้อยละ ๒๘ จากปี ๒๕๕๗ ของเสียอันตรายที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรม ๒.๗ ล้านตัน หรือร้อยละ ๘๑ และเป็นของเสียอันตรายจากชุมชน ประมาณ ๐.๕๙๑ ล้านตัน หรือร้อยละ ๑๗ ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๖๕) เป็นซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ (Waste from Electrical and Electronic Equipment : WEEE) รองลงมาเป็น แบตเตอรี่ หลอดไฟ ภาชนะบรรจุสารเคมี (ร้อยละ ๓๕) และของเสียอันตรายที่เหลือเป็นมูลฝอยติดเชื้อ ประมาณ ๕.๔ หมื่นตัน หรือร้อยละ ๒

ทั้งนี้จากรายงานการแจ้งขนส่งของเสียออกนอกบริเวณโรงงานไปจัดการ พบว่ากากอุตสาหกรรมอันตราย ที่สามารถจัดการได้มีเพียง ๐.๙๗ ล้านตัน (ร้อยละ ๓๔.๖) แสดงถึงการมีกากอุตสาหกรรมอันตรายจากในประเทศ ที่ยังไม่มีการจัดการ ตกค้างไม่น้อยกว่า ๑.๗ ล้านตัน ในทุกๆ ปี

ในปี ๒๕๖๑ สถานการณ์ด้านการนำเข้าของเสียอันตรายหรือขยะพิษ เป็นข่าวใหญ่ในหน้าสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพราะได้ก่อมลพิษสร้างความเดือดร้อนต่อประชาชนในพื้นที่รอบโรงงานที่เป็นแหล่งเก็บ-คัดแยก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงงานที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องตามกฎหมาย และหลายแห่งเป็นโรงงานที่ไม่ได้ขออนุญาตหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามที่ขออนุญาตไว้ โดยสิ่งที่ตรวจพบส่วนใหญ่เป็นซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงเศษพลาสติกที่กำจัดได้ยาก สำนักข่าวรอยเตอร์ (๓๐ พ.ค. ๒๕๖๑) รายงานว่า ภายหลังจากสาธารณรัฐประชาชนจีนประกาศห้ามนำเข้าขยะอันตรายในปี ๒๕๖๑ ส่งผลให้ปริมาณขยะพิษที่จีนรับเข้าประเทศทุกปี ราวร้อยละ ๗๐ ของขยะพิษ ๕๐๐ ล้านตัน ที่ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศพัฒนาแล้วทั่วโลก ได้เปลี่ยนเป้าหมายปลายทางมายังประเทศในกลุ่มอาเซียนมากขึ้น^{๑๑๗}

ด้วยเหตุที่กระทรวงอุตสาหกรรมเน้นส่งเสริมการตั้งโรงงานประเภทต่างๆ จึงมีการยกเว้นกฎเกณฑ์หลายประการในหลายปีที่ผ่านมา ส่งผลให้มีการตั้งโรงงานบำบัดของเสียรวม โรงงานคัดแยกขยะ และโรงงานรีไซเคิล^{๑๑๘} เพิ่มขึ้น สำนักข่าวประชาชาติธุรกิจ (๒๕ พ.ค. ๒๕๖๑) รายงานว่า โรงงานอุตสาหกรรมที่ประกอบกิจการรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ มีจำนวน ๑,๗๖๑ โรงงาน แยกเป็นโรงงานการคัดแยก ฝังกลบสิ่งปฏิกูลหรือวัสดุที่ไม่ใช้แล้ว ๑,๒๒๒ โรงงาน และโรงงานผลิตวัสดุที่มาจากผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมที่ไม่ใช้แล้วเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่ ๕๓๙ โรงงาน ซึ่งในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา ถือว่ามีจำนวนโรงงาน

^{๑๑๖} รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี ๒๕๕๘, กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (หน้า ๘๐-๘๒)

^{๑๑๗} <https://www.reuters.com/article/us-thailand-pollution-ewaste/thailand-is-new-dumping-ground-for-worlds-high-tech-trash-police-say-idUSKCN1IIV0T9>

^{๑๑๘} โรงงานบำบัดของเสียรวม (ลำดับที่ ๑๐๑) โรงงานอุตสาหกรรมที่ประกอบกิจการรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ ประเภทโรงงานการคัดแยก ฝังกลบสิ่งปฏิกูลหรือวัสดุที่ไม่ใช้แล้ว (ลำดับที่ ๑๐๕) และประเภทโรงงานผลิตวัสดุที่มาจากผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมที่ไม่ใช้แล้ว เพื่อนำกลับมาใช้ใหม่ (ลำดับที่ ๑๐๖)

อุตสาหกรรมประเภทดังกล่าวจำนวนมาก^{๖๔} นอกจากนั้น การมีคำสั่ง คสช.ที่ ๔/๒๕๕๙ ซึ่งเปิดโอกาสให้โรงงานลำดับที่ ๑๐๑ ๑๐๕ และ ๑๐๖ สามารถตั้งในพื้นที่สีเขียว พื้นที่เกษตรกรรมและพื้นที่ที่ควรรักษาไว้เพื่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นพื้นที่ที่เคยได้รับความคุ้มครองจากกฎหมายผังเมืองรวม แต่การคุ้มครองนี้ได้ถูกยกเลิกจากคำสั่งดังกล่าว ที่มุ่งผลเพื่อสนับสนุนนโยบายรัฐในการจัดการขยะให้เกิดผลโดยเร็ว แต่มาตรการดังกล่าวส่งผลให้โรงงานที่รับกำจัดขยะอันตรายกระจายเข้าไปในพื้นที่สีเขียว ก่อมลพิษและผลกระทบต่อแหล่งผลิตอาหารและที่อยู่อาศัยในระยะยาว

๔.๒ สถานการณ์ด้านขยะมูลฝอย^{๖๕}

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 การใช้ประโยชน์โดยการรีไซเคิล การใช้ประโยชน์จากขยะอินทรีย์ และการแปรรูปมูลฝอยให้เป็นพลังงาน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ๔,๕๔๕ แห่ง หรือร้อยละ ๕๙ ของ อปท.ทั้งหมด ที่ให้บริการเก็บ ขน และรวบรวมขยะมูลฝอยเพื่อนำไปกำจัดและสามารถกำจัดได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ ร้อยละ ๕๔ ของปริมาณขยะที่เก็บขนได้ ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ ๔๖ ถูกนำไปกำจัดโดยไม่ถูกต้อง เช่น การเผากลางแจ้ง และลักลอบทิ้งในพื้นที่สาธารณะ

๔.๓ การปนเปื้อนของมลพิษจากอุตสาหกรรม : กรณีศึกษาการปนเปื้อนสารปรอทในเขตอุตสาหกรรม^{๖๖}

ในปี ๒๕๕๘ รายงานของกรมโรงงานอุตสาหกรรมระบุว่า มีจำนวนสะสมของโรงงานอุตสาหกรรมทุกประเภทที่ได้รับอนุญาตประกอบกิจการตาม พ.ร.บ.โรงงานอุตสาหกรรม พ.ศ. ๒๕๓๕ รวม ๑๓๙,๘๒๑ แห่ง และข้อมูลจากการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทยระบุว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีนิคมอุตสาหกรรม ๘๗ นิคมใน ๑๕ จังหวัด กระจายอยู่ในทุกภาค

เนื่องจากประเทศไทย ยังไม่มีการรายงานเกี่ยวกับสถานการณ์มลพิษจากอุตสาหกรรมอย่างเป็นระบบ ในที่นี้ จึงได้นำกรณีศึกษาเกี่ยวกับการปนเปื้อนของสารปรอทในพื้นที่อุตสาหกรรมแห่งหนึ่งมาเสนอ เพื่อแสดงให้เห็นสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้เช่นกันในพื้นที่อุตสาหกรรมอื่นๆ

จากผลการศึกษาประเมินสถานการณ์สารปรอทระดับโลกเมื่อปี ๒๕๔๕ โดยโครงการสิ่งแวดล้อมแห่งสหประชาชาติ ระบุว่าปลาทั่วโลกมีสารปรอทปนเปื้อนในปริมาณที่ก่อผลเสียต่อมนุษย์และสิ่งมีชีวิต (UNEP 2002) ประกอบกับการตรวจวิเคราะห์เส้นผมเพื่อประมาณระดับสารปรอทอินทรีย์ (เมทิลเมอร์คิวรี) ที่สะสมในร่างกายมนุษย์ถือเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับว่าเชื่อถือได้ และการได้รับสารปรอทอินทรีย์

^{๖๔} <https://www.prachachat.net/economy/news-165532>

^{๖๕} แผนจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

^{๖๖} รายงานการศึกษา “พื้นที่ปนเปื้อนสารปรอทของประเทศไทย แหล่งโรงไฟฟ้าถ่านหิน และโรงผลิตเชื้อเพลิงถ่านหิน อ่างเก็บน้ำห้วยทับทัน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดบึงกาฬ” เป็นส่วนหนึ่งของรายงานการศึกษาในโครงการรณรงค์เพื่ออนาคตอันปลอดภัยปราศจากสารปรอท เครือข่ายระหว่างประเทศว่าด้วยการกำจัดสารพิษตกค้างยาวนานในสิ่งแวดล้อม (International POPs Elimination Network : IPEN) โดย มูลนิธิบูรณะนิเวศ (ประเทศไทย) สมาคมอาร์นิกา (สาธารณรัฐเช็ก) และคณะทำงานด้านโลหะหนัก เครือข่ายระหว่างประเทศว่าด้วยการกำจัดสารพิษตกค้างยาวนานในสิ่งแวดล้อม, มกราคม ๒๕๕๖.

(เมทิลเมอร์คิวรี) ส่วนใหญ่มาจากการบริโภคปลา (Grandjean, Weihe et al. 1998); (Harada, Nakachi et al. 1999); (Knobeloch, Gliori et al. 2007); (Myers, Davidson et al. 2000) ผลเสียของการมีสารปรอทอินทรีย์สะสมในร่างกายมากเกินไปคือทำให้เกิดอาการและโรคมินามาตะ

มูลนิธิบูรณะนิเวศ ซึ่งได้รับการร้องขอจากประชาชนในตำบลท่าตุม อำเภอศรีมหาโพธิ จังหวัดปราจีนบุรี ให้ศึกษาเกี่ยวกับมลพิษในพื้นที่ เนื่องจากตลอดระยะเวลากว่า ๑๐ ปีที่ผ่านมา ประชาชนในพื้นที่ได้ร้องเรียนเรื่องมลพิษทางอากาศ น้ำ และเสียง รวมทั้งฝุ่นถ่านหินจากกองเก็บถ่านหินแบบเปิดของโรงไฟฟ้านอกจากนั้น ยังมีกลิ่นเหม็นอย่างต่อเนื่องจากโรงงานผลิตเยื่อกระดาษ และปลาที่ตายเป็นจำนวนมากในแหล่งน้ำสาธารณะ ซึ่งเกิดขึ้นแทบทุกปี

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

การศึกษาปริมาณปรอทในปลา และในเส้นผมของผู้อาศัยอยู่ในพื้นที่รอบสวนอุตสาหกรรม พบว่าตัวอย่างปลาร้อยละ ๘๕ มีสารปรอทเกิน 0.22 ppm ซึ่งเป็นค่าอ้างอิงของสำนักงานคุ้มครองสิ่งแวดล้อมแห่งสหรัฐอเมริกา (US EPA) และตัวอย่างปลาทั้งหมดมีปรอทเกินค่ามาตรฐานความปลอดภัยของอาหารที่ประเทศไทยกำหนด^{๓๓} ช่องทางที่สารปรอทอาจเข้าสู่คลองชลองแวง ในตำบลท่าตุม ได้แก่ ปล่อยจากโรงไฟฟ้าถ่านหิน และฝุ่นถ่านหินจากกองเก็บถ่านหินแบบเปิด นอกจากนี้ยังมีความเป็นไปได้ที่น้ำเสียปนเปื้อนสารปรอทจากโรงผลิตเยื่อกระดาษอาจรั่วซึมลงคลองชลองแวง กรณีศึกษานี้ บ่งชี้ว่า สวนอุตสาหกรรมบางอย่างที่มีการใช้ถ่านหิน หรือสารปรอทในกระบวนการผลิต หากขาดการควบคุมที่ดีพอ อาจส่งผลให้มีการปนเปื้อนของสารปรอทในสิ่งแวดล้อม ในกรณีอุตสาหกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกัมลพิษจากโลหะหนัก ซึ่งแม้จะมีมาตรการป้องกันควบคุมตามกฎหมาย แต่ก็ยังมีโอกาสก่อมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมได้เช่นกัน หากมาตรการเหล่านั้น ขาดการกำกับดูแลที่เข้มงวดเพียงพอ

๔.๔ สถานการณ์ด้านกฎหมาย นโยบาย และทิศทางการพัฒนาประเทศ

๑) บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. ๒๕๖๐ ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

ในรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. ๒๕๖๐ มี ๒ มาตราที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสิ่งแวดล้อมโดยตรง คือ

มาตรา ๕๗ บัญญัติใน (๒) ว่า ... (รัฐต้อง) อนุรักษ์ คุ้มครอง บำรุงรักษา พื้นฟู บริหารจัดการ และใช้หรือจัดให้มีการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และความหลากหลายทางชีวภาพให้เกิดประโยชน์อย่างสมดุลและยั่งยืน โดยต้องให้ประชาชนและชุมชนในท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมดำเนินการและได้รับประโยชน์จากการดำเนินการดังกล่าวด้วยตามที่กฎหมายบัญญัติ

^{๓๓} เกณฑ์ระดับสารปรอทในปลาน้ำจืดในประเทศไทย กำหนดในมาตรฐานอาหารปนเปื้อน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๔๘ พ.ศ. ๒๕๒๔ อนุญาตให้อาหารมีปรอทปนเปื้อนได้ไม่เกิน 0.02 mg/kg

มาตรา ๕๘ บัญญัติว่า “การดำเนินการใดของรัฐหรือที่รัฐจะอนุญาตให้ผู้ใดดำเนินการ ถ้าการนั้นอาจมีผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติ คุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพ อนามัย คุณภาพชีวิต หรือ ส่วนได้ส่วนเสียสำคัญอื่นใดของประชาชนหรือชุมชนหรือสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง รัฐต้องดำเนินการให้มีการศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนหรือชุมชน และจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสียและประชาชนและชุมชนที่เกี่ยวข้องก่อน เพื่อนำมาประกอบการ พิจารณาดำเนินการหรืออนุญาตตามที่กฎหมายบัญญัติ ...”

บทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังกล่าว เป็นเงื่อนไขสำคัญ ที่หน่วยงานและ ภาคส่วนต่างๆ ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม จะได้ร่วมมือกันปรับปรุงหรือพัฒนากฎหมาย และ/ หรือกลไกต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเอื้อให้มีการดูแลรักษาและใช้ประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุลและ ยั่งยืน และลดผลกระทบของการพัฒนาในรูปแบบต่างๆ ต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน ได้ตาม เจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ

๒) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

ความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ในระยะที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดการ เจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบและความเสียหาย ต่อทรัพยากรโลกเป็นอย่างมาก ประเทศไทยและอีก ๑๘๙ ประเทศทั่วโลก ได้เห็นพ้องในการตั้งเป้าหมาย การพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (MDGs) ในการประชุมสหประชาชาติเมื่อปี ๒๕๔๓ โดยมีระยะเวลา ๑๕ ปี ของการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ซึ่งได้สิ้นสุดลงเมื่อปี ๒๕๕๘ โดยเกิดความสำเร็จเป็นอย่างดี ในหลายประเทศ^{๖๘}

เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการพัฒนาที่ยั่งยืน สหประชาชาติจึงได้กำหนดเป้าหมายขึ้นใหม่ เรียกว่า เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ซึ่งสหประชาชาติ ได้ผลักดันให้เป็นระเบียบวาระการขับเคลื่อนงานพัฒนาที่สำคัญของโลก โดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนาใน ๕ มิติ (People, Prosperity, Planet, Peace และ Partnership) ครอบคลุม ๑๗ เป้าหมาย ๑๖๙ เป้าประสงค์ และกว่า ๒๓๐ ตัวชี้วัด ซึ่งพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้ร่วมแถลงเพื่อย้ำเจตนารมณ์ของไทย ในความร่วมมือกับสหประชาชาติต่อเรื่องนี้ ในการประชุมสหประชาชาติระดับผู้นำ เพื่อรับรองระเบียบวาระ การพัฒนาตามกรอบ SDGs เมื่อเดือนกันยายน ๒๕๕๘ ณ นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา ซึ่งถือเป็นพันธะ ทางการเมืองที่สำคัญในการกำหนดทิศทางการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลกในอีก ๑๕ ปีข้างหน้า

ทั้งนี้ จาก ๑๗ เป้าหมายใน SDGs มี ๓ เป้าหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินงาน ด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ คือ เป้าหมายที่ ๙ “อุตสาหกรรม และนวัตกรรม” เป้าหมายที่ ๑๑ “เมืองและ การตั้งถิ่นฐาน” และเป้าหมายที่ ๑๒ “การผลิตและบริโภคที่ยั่งยืน” ซึ่งในการขับเคลื่อนทั้ง ๑๗ เป้าหมาย ดังกล่าว รัฐบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อจัดทำแนวทางขับเคลื่อนการพัฒนา ที่ยั่งยืนอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ไปสู่เป้าหมายที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศ การจัดลำดับ ความสำคัญของเป้าประสงค์และการพัฒนาตัวชี้วัดที่เหมาะสมของประเทศ การขับเคลื่อนเส้นทางการพัฒนา และปฏิรูปประเทศ พร้อมทั้งมีกลไกการติดตามที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

^{๖๘} <http://sustainabledevelopment.un.org>, <http://www.manpattanalibrary.com/newsdetail.php?id=48>

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ทั้ง ๓ ประเด็น ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ ดังกล่าว รวมถึงแนวทางขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืนอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนตามที่รัฐบาลมีนโยบาย ให้ดำเนินการ จะเป็นกรอบแนวทางการขับเคลื่อนแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพของ สสส. ในระยะต่อไป

จุดเน้นของแผน

จุดเน้นการขับเคลื่อนทั้ง ๔ แผนงาน ภายใต้แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ที่ได้จากกระบวนการพัฒนาแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ในแผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ และในกระบวนการพัฒนาแผนดำเนินงาน พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยความร่วมมือมีส่วนร่วมจากผู้แทนหน่วยงานและภาคีที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

๑. จุดเน้นของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ

การขับเคลื่อนแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศในแผนหลัก สสส. ระยะ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ ยังคงเน้นใน ๒ ประเด็นหลักที่มีผลกระทบสูงต่อสุขภาวะประชากรไทย สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ และตอบสนองการบรรลุเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. (ลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวี) คือ ๑) การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ ๒) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีจุดเน้นที่สำคัญของแผนงาน ดังนี้

๑.๑ สนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้งในระดับส่วนกลาง และในระดับจังหวัด โดยเพิ่มการพัฒนามาตรการดูแลป้องกันในเด็กและวัยรุ่นกลุ่มเปราะบาง และหารูปแบบหรือแนวทางเพิ่มบทบาทความร่วมมือมีส่วนร่วมของเพศชายในการป้องกันปัญหา

มีมาตรการย่อยที่เสนอ ได้แก่

- (๑) พัฒนาต่อยอดจังหวัดที่มีผลสัมฤทธิ์โดดเด่นในการขับเคลื่อน “ภารกิจ ๔ ด้าน” โดยใช้จุดแข็งที่พบจากการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อให้เป็นจังหวัดต้นแบบบูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนหลัก
- (๒) พัฒนามาตรการเพื่อช่วยปกป้องดูแลเด็กและวัยรุ่นกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ นักเรียนพิการทางการได้ยิน นักเรียนพิการทางสายตา เด็กและวัยรุ่นหญิงที่อยู่อาศัยกับพ่อเลี้ยงหรือผู้ปกครองสูงวัย เด็กและวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น โดยพิจารณาใช้ พ.ร.บ.การคุ้มครองเด็ก และ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการทำงานร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว
- (๓) พัฒนามาตรการหรือกลไกที่จะช่วยให้แม่วัยรุ่น มีโอกาสเข้าถึงสิทธิตามมาตรา ๕ ของ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเฉพาะการศึกษาต่อ (ซึ่งควรศึกษาต่อได้ในสถานศึกษาเดิม) และสวัสดิการสังคมที่เหมาะสม
- (๔) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมบทบาทของเด็กและวัยรุ่นชาย ในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ทั้งในการป้องกันและแก้ไขปัญหา

- (๕) หารูปแบบหรือวิธีสร้างการเรียนรู้เรื่องเพศวิถีศึกษา นอกเหนือจากรูปแบบการสอน ในโรงเรียน เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับเด็กและวัยรุ่นกลุ่มที่ไม่ได้อยู่ในระบบโรงเรียนและเป็นมาตรการเสริมสำหรับสถานศึกษาที่ยังไม่สามารถจัดการเรียนการสอนได้อย่างเป็นระบบ

๑.๒ ทำงานร่วมกับสำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) กรมควบคุมโรค พัฒนารูปแบบ (model) เพื่อการยุติปัญหาเอดส์ในระดับจังหวัด ตามแนวทาง “๑๐ มาตรการ”^{๖๔} เพื่อถอดบทเรียนเป็นแนวทางในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ และสังเคราะห์ชุดความรู้จากการดำเนินงาน เพื่อนำไปพัฒนาและผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายระดับชาติ ทั้งนี้ มีข้อเสนอต่อการดำเนินงานเพิ่มเติม คือ

- (๑) การพัฒนาจังหวัดยุติปัญหาเอดส์ ตามแนวทาง “๑๐ มาตรการ” มี ๓ มาตรการที่ควรเน้นพิเศษ เพราะยังขาดรูปแบบการทำงานที่มีประสิทธิผล คือ (ก) การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ (ข) การลดการกีดกัน/เลือกปฏิบัติ (ค) การลดอันตรายจากยาเสพติด ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด
- (๒) พัฒนารูปแบบการดูแลป้องกัน เพื่อการคงผลการตรวจเลือดเป็นลบ (ไม่พบเชื้อเอชไอวี) ในกลุ่มผู้มีความเปราะบางต่อการติดเชื้อ ที่สมัครใจมารับการตรวจเลือด

๑.๓ การรณรงค์สื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติด้านลบ ต่อเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ รวมถึงการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเน้น ๒ ประเด็นในการสื่อสารรณรงค์ คือ

- (๑) ให้ผู้ปกครองสามารถสื่อสารและให้คำปรึกษาเรื่องเพศกับบุตรหลานวัยรุ่นได้
- (๒) ให้การใช้ถุงยางอนามัยเป็นพฤติกรรมปกติในการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง

๒. จุดเน้นของแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

๒.๑ ทำงานร่วมกับกรมสุขภาพจิตและภาคีที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มวัยต่างๆ เพื่อให้ได้มาตรการ (intervention) ที่มีหลักฐานยืนยันประสิทธิผล รวมถึงมีการทดลองขยายผลได้จริงในพื้นที่อื่นๆ เพื่อพัฒนาเป็นมาตรการที่จะช่วยสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิต ในแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ

๒.๒ ค้นหาภาคีที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิต ทั้งในและนอกภาคสุขภาพ เพื่อสนับสนุนและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีดังกล่าว ในการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่สอดคล้องตามแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ

๒.๓ หาแนวทางสื่อสารรณรงค์ เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและมุมมองของคนในสังคมไทย ที่จะช่วยลดอคติ ลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยทางจิตเวช

^{๖๔} “๑๐ มาตรการ” สังเคราะห์ขึ้นจากการวิเคราะห์ช่องว่างในยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๓ ร่วมกับการระดมสมองจากนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย (๑) กลไกการประสานงานการยุติปัญหาเอดส์ (๒) การลดการกีดกัน/เลือกปฏิบัติ และรณรงค์สื่อสาร (๓) การส่งเสริมการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ (๔) การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย (๕) การดำเนินงานลดอันตรายจากสารเสพติด (๖) การจัดการยุติปัญหาเอดส์ในหน่วยบริการสุขภาพ (๗) การป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (๘) การบูรณาการงานยุติปัญหาเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับงานด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (๙) การกำกับ ติดตาม ประเมินผล และพัฒนานวัตกรรม และ (๑๐) การพัฒนาบุคลากร

๓. จุดเน้นของแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

การดำเนินแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ โดยกำหนดจุดเน้นการขับเคลื่อนใน ๒ ประเด็นหลัก คือ ปัญหามลพิษอุตสาหกรรม และปัญหาสิ่งแวดล้อมในเขตเมือง การขับเคลื่อนทั้ง ๒ ประเด็นในปัจจุบันมีทิศทางที่ชัดเจนในการนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ จุดเน้นของแผนงานนี้ ได้แก่

๓.๑ พัฒนาและผลักดัน ข้อเสนอนโยบาย กฎหมาย และมาตรการ ที่จะส่งผลดีต่อการป้องกันและแก้ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านมลพิษอุตสาหกรรม สิ่งแวดล้อมในเขตเมือง และความมั่นคงปลอดภัยทางอาหาร โดยเฉพาะประเด็นที่สอดคล้องกับบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒

๓.๒ สนับสนุนการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการด้านสิ่งแวดล้อม ให้กับภาคประชาชน และชุมชน-ท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม ตามสิทธิที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐

๓.๓ สร้างเครือข่ายการทำงานทางวิชาการ ร่วมกับสถาบันการศึกษา และนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านวิชาการ และเนื่องจากปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมทั้ง ๒ ประเด็นดังกล่าว เป็นปัญหาขนาดใหญ่ที่มีแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลงสูง จึงควรให้เครือข่ายวิชาการนี้ ช่วยจัดทำ “Transformation plan” เพื่อออกแบบและกำหนดเป้าหมายการเปลี่ยนผ่านในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งจะช่วยให้มองเห็นโอกาสการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ชัดเจนขึ้น

๔. จุดเน้นของแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

๔.๑ สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรทำงาน ในกลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา ให้เป็นสถาบันวิชาการที่ทำหน้าที่เฝ้าระวัง สร้างและจัดการความรู้ รวมถึงผลักดันนโยบายหรือกฎหมาย ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและระบบยา เพื่อเสริมสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภคทั้งในภาครัฐและภาคประชาชนให้มีความเข้มแข็ง โดยเน้นเป้าหมายการจัดการปัญหาสินค้าที่ไม่ปลอดภัย เป็นเป้าหมายสำคัญ และสร้างความร่วมมือการทำงานกับหน่วยงานใหม่ๆ เช่น กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับกำกับการกำกับดูแลสื่อออนไลน์สมัยใหม่

๔.๒ สนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้บริโภคภาคประชาชน ให้เป็นองค์กรที่มีคุณภาพ เพื่อรองรับให้เกิดความพร้อมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ตามบทบาทหน้าที่ของสภาองค์กรผู้บริโภค ที่จะเกิดขึ้นตามร่าง พ.ร.บ.สภาองค์กรผู้บริโภค (ตามมาตรา ๔๖ ในรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. ๒๕๖๐)

๔.๓ สนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ โดยเน้นบทบาทที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

วัตถุประสงค์

๑. สร้างความร่วมมือระหว่าง ภาคีหลัก (Boundary Partners) และภาคียุทธศาสตร์ (Strategic Partners) ซึ่งรวมถึงหน่วยงานเจ้าของเรื่อง เพื่อตั้งเป้าหมายการทำงานร่วมกันในแต่ละประเด็น ปัจจัยเสี่ยง และร่วมกันกำหนดจุดคานงัดในการดำเนินงานที่จะสามารถเปลี่ยนหรือพลิกสถานการณ์ของปัญหา และนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยเสริมสร้างสุขภาพ ที่ยั่งยืนได้
๒. เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับหน่วยงานที่เป็นเจ้าของเรื่อง และเสริมสร้างศักยภาพให้กับภาคีและองค์กรภาคประชาสังคมที่มีเป้าหมายสอดคล้องกัน เพื่อสนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ในการพัฒนาให้เกิดนโยบาย กลไก หรือนวัตกรรมในรูปแบบต่างๆ ที่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกการติดตามและประเมินภายใน รวมถึงสนับสนุนการถอดบทเรียนการทำงานของภาคีให้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์และขยายผลของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. มีข้อเสนอนโยบายหรือมาตรการระดับประเทศเพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อาจเป็นอันตราย (ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค) และด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ ที่ได้รับการตอบรับและนำเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของหน่วยงานหรือองค์กร ที่มีอำนาจออกนโยบายหรือมาตรการนั้น อย่างน้อย ๒ เรื่อง
๒. มีจังหวัดนำร่อง ที่ดำเนินมาตรการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเป็นระบบ ๒ จังหวัด^{๑๐} โดยเน้นมาตรการเพิ่มอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มที่เปลี่ยนคู่นอนบ่อย มาตรการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ และมาตรการลดอันตรายในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด (harm reduction) ที่สามารถแสดงผลแนวโน้มการลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่
๓. มีเครื่องมือ คู่มือ หรือแหล่งเรียนรู้ ที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่เพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ โดยมียังน้อย ๒๐ จังหวัด ที่ได้นำเครื่องมือ คู่มือ ไปปรับใช้ในพื้นที่ของจังหวัดนั้นๆ
๔. มีการนำรูปแบบ (model) การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตใน ๒ กลุ่มวัยที่พัฒนาขึ้นในปี ๒๕๖๑ ไปทดลองขยายผลในกลุ่มเป้าหมายทั้ง ๒ กลุ่มวัย อย่างน้อย ๕ พื้นที่/กลุ่มวัย โดยมีการร่วมสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานอื่น

^{๑๐} ในปี ๒๕๖๑ มีการดำเนินงานใน ๒ จังหวัดนำร่อง คือ อุบลราชธานี และกำแพงเพชร เป็นปีแรก ซึ่งทั้ง ๓ มาตรการที่ระบุเพิ่มเติมในตัวชี้วัดปี ๒๕๖๒ ทั้ง ๒ จังหวัด ยังอยู่ในขั้นเริ่มต้นดำเนินงาน และสำนัก ๒ ร่วมกับนักวิชาการที่เกี่ยวข้องเพิ่งออกแบบการทำงานทั้ง ๓ มาตรการได้เป็นระบบชัดเจน

- ๕. มีพื้นที่ต้นแบบ ที่ได้ถอดบทเรียนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาวะทางเพศ หรือด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและระบบยา และเป็นแหล่งเรียนรู้ที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ได้ ๒ แห่ง
- ๖. มีชุดความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาและผลักดันนโยบาย หรือใช้เพื่อพัฒนาแนวทางการสื่อสารสร้างความตระหนักให้กับสังคม ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและระบบยา หรือด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ จำนวน ๒ เรื่อง

ตัวชี้วัดร่วม

- ๗. ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็กเยาวชนและครอบครัว แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และภาคีที่เกี่ยวข้อง ทำงานร่วมกับกรมสุขภาพจิต เพื่อจัดกระบวนการความร่วมมือส่วนร่วมในการพัฒนาแผนปฏิบัติการ ระยะเวลาปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ ที่ตอบสนองยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต ในแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑
- ๘. ร่วมกับแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ พัฒนารูปแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพจิต^{๓๑} ในกลุ่มแรงงาน (งานต่อเนื่อง) และกลุ่มคนจนเมือง โดย
 - ๘.๑ ในกลุ่มแรงงาน มีการดำเนินงานใน ๕ พื้นที่ และมีการถอดบทเรียน รูปแบบบริการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงาน
 - ๘.๒ ในกลุ่มคนจนเมือง มีการจัดทำแผนการดำเนินงานร่วมระหว่างภาคีของทั้ง ๒ แผน และเริ่มมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มคนจนเมือง ๑ พื้นที่
- ๙. ร่วมกับแผนสุขภาวะองค์กร พัฒนา “ระบบพัฒนาทักษะผู้ประกอบการ ให้สามารถสื่อสารเชิงบวก และคุยกับบุตรหลานเรื่องเพศได้” สำหรับผู้ประกอบการที่ทำงานในสถานประกอบการ โดยมีการปฏิบัติการจริงในสถานประกอบการ ๒๐ แห่ง
- ๑๐. ร่วมกับแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ ดำเนินการสื่อสารรณรงค์ในระดับประเทศ อย่างน้อย ๑ ประเด็น ในเรื่องสุขภาวะทางเพศ

แนวทางการดำเนินงาน

๑. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ รวมถึงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

๑.๑ พัฒนาต่อยอดจังหวัดที่มีผลสัมฤทธิ์โดดเด่นในการขับเคลื่อน “ภารกิจ ๙ ด้าน” โดยใช้จุดแข็งที่พบจากการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อให้เป็นจังหวัดต้นแบบบูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนหลัก นำไปสู่การถอดบทเรียนและสังเคราะห์แนวทางหรือเครื่องมือ ที่สามารถนำไปใช้สนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ในจังหวัดหรือพื้นที่อื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

^{๓๑} “การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพจิต” หมายถึง การจัดกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับแรงงาน เช่น การสำรวจข้อมูลสุขภาพจิต การอบรมให้ความรู้ การให้บริการปรึกษาทางจิตวิทยา ฯลฯ ซึ่งสามารถดำเนินการได้โดยกลุ่มแรงงาน ผ่านกลไกอาสาสมัครหรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย

๑.๒ ทำงานร่วมกับหน่วยงานและภาคีหลัก พัฒนากลไก กระบวนการหรือเครื่องมือ ที่จะช่วยสนับสนุน และสร้างความเข้มแข็งการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในทุกจังหวัด ที่สอดคล้อง กับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙

๑.๓ จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการประสานยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทุก ๒ - ๓ เดือน เพื่อช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการทำงานหนุนเสริมกัน และกัน ระหว่างตัวแทนจากหน่วยงานและภาคส่วนหลักที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมถึงสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการระดับชาติ ตาม พ.ร.บ.การป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อหนุนเสริมการขับเคลื่อน มาตรการต่างๆ ที่สอดคล้องกับบทบาท ของ สสส.ในเรื่องนี้ ให้มีประสิทธิภาพ

๑.๔ ติดตามและให้การสนับสนุนทางวิชาการ ในการขับเคลื่อนงานใน ๓ จังหวัดนำร่อง (อุบลราชธานี กำแพงเพชร และชลบุรี) ที่นำ “คู่มือการดำเนินงาน ๑๐ มาตรการ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่มี ประสิทธิภาพ ในระดับจังหวัด” เพื่อมุ่งเป้าหมาย 3 Zero's ตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ไปขับเคลื่อนให้เกิดผลได้จริง โดยเน้นหนักใน ๓ มาตรการ คือ (ก) การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อลดการ ติดเชื้อรายใหม่ (ข) การลดการกีดกัน/เลือกปฏิบัติ (ค) การลดอันตรายจากยาเสพติด ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด

๑.๕ ร่วมกับแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ และภาคีที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์แนวทางการขับเคลื่อน งานสื่อสารณรงค์ เพื่อปรับฐานคิดของสังคมไทยที่เกี่ยวกับเรื่องเพศและการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะเป็น พื้นฐานสำคัญในการป้องกันปัญหาที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในระยะยาว โดยเน้น ๒ ประเด็น ในการสื่อสารณรงค์ คือ

- (ก) ให้ผู้ประกอบการสื่อสารและให้คำปรึกษาเรื่องเพศกับบุตรหลานวัยรุ่นได้
- (ข) ให้การใช้ถุงยางอนามัยเป็นพฤติกรรมปกติในการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง

๒. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

๒.๑ ทำงานร่วมกับกรมสุขภาพจิต รวมถึงนักวิชาการและตัวแทนจากหน่วยงานและภาคส่วนที่ เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะทีมงานและภาคีจากแผนอื่นๆ ของ สสส. และภาคส่วนอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข ในการสังเคราะห์ความรู้ และพัฒนารูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่ม เป้าหมายต่างๆ ที่สอดคล้องกับมาตรการสร้างเสริมสุขภาพจิต ในแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑

๒.๒ ค้นหาภาคีที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิต ทั้งในและนอกภาคสุขภาพ เพื่อสนับสนุนและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีดังกล่าว ในการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการสร้างเสริม สุขภาพจิตที่สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพจิต

๒.๓ นำชุดความรู้ เครื่องมือ และทุนต่างๆ ที่พัฒนาขึ้นโดยแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ไปบูรณาการ และพัฒนาการทำงานร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส. เพื่อสนับสนุนการเพิ่มมิติด้านสุขภาพจิตให้การสร้างเสริม สุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เพื่อตอบสนองและตัวชี้วัด ในแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑

๓. กลุ่มแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

๓.๑ สร้างเครือข่ายนักวิชาการ และสนับสนุนภาคีภาคีวิชาการรวมถึงเครือข่ายภาคประชาสังคม ทำงานร่วมกับตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาและผลักดัน ข้อเสนอ นโยบาย กฎหมาย หรือมาตรการ ที่จะส่งผลดีต่อการป้องกันและแก้ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมทั้งด้านมลพิษอุตสาหกรรม สิ่งแวดล้อมในเขตเมือง และความมั่นคงปลอดภัยทางอาหาร โดยเฉพาะประเด็นที่สอดคล้องกับบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

๓.๒ ทำงานร่วมกับภาคีและสถาบันวิชาการด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาแนวทางการใช้เครื่องมือประเมินสิ่งแวดล้อมเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Environmental Assessment : SEA) ในการกำหนดทิศทางการพัฒนาระยะยาวของพื้นที่ระดับภาค เพื่อสนับสนุนมาตรการที่กำหนดเรื่องนี้ไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

๓.๓ สนับสนุนการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการด้านสิ่งแวดล้อม ให้กับภาคประชาชนและชุมชน-ท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม ตามสิทธิของชุมชนที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐

๓.๔ สนับสนุนภาคีแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ เพื่อเชิญชวนคนรุ่นใหม่ที่สนใจงานด้านสิ่งแวดล้อมเข้าร่วม (recruit) และพัฒนาศักยภาพคนทำงานรุ่นใหม่ด้วยการสร้างโอกาสร่วมขับเคลื่อนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

๔. กลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

๔.๑ สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรทำงาน ในกลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา ให้เป็นสถาบันวิชาการที่ทำหน้าที่เฝ้าระวัง สร้างและจัดการความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและระบบยา รวมถึงการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการให้กับบุคลากรภาครัฐและผูปฏิบัติงานภาคประชาชน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการให้กับกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ทั้งในภาครัฐ และภาคประชาชน โดยเน้นเป้าหมายการจัดการปัญหาสินค้าที่ไม่ปลอดภัย เป็นเป้าหมายสำคัญ

๔.๒ พัฒนาศักยภาพองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชนให้เป็นองค์กรผู้บริโภคคุณภาพ และสนับสนุนให้มีบทบาทการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพร่วมกับ อปท. และหน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภคที่เกี่ยวข้อง เพื่อรองรับให้เกิดความพร้อมในการรวมพลังองค์กรผู้บริโภค ตามบทบาทหน้าที่ขององค์กรที่มีความเป็นอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่จะเกิดขึ้น ตามที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๔๖

๔.๓ ทำงานร่วมกับหน่วยงานเจ้าภาพและภาคีหลัก เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การจัดการดี้อย่างยั่งยืนประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ โดยเน้นบทบาทที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

๔.๔ สนับสนุนให้มีการทำงานร่วมกันของภาคีภายใต้แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา และหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลักดันกฎหมาย นโยบาย หรือมาตรการ และหนุนเสริมการบังคับใช้กฎหมายและมาตรการต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ ในการป้องกันสินค้าที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมถึงการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย

ภาคีหลัก

ภาคีของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ

หน่วยงานรัฐ : กรมอนามัย (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์) กรมควบคุมโรค (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์) กรมสุขภาพจิต กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จังหวัด (โดยมี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด รับผิดชอบ) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ปฏิบัติการ

นักวิชาการ : นักวิชาการ/บุคลากรทางการแพทย์ จาก มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยขอนแก่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

องค์กรระหว่างประเทศ : UNFPA Unicef

องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาวะทางเพศ ได้แก่ มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง มูลนิธิแพชท์เฮลท์ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ สมาคมเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี มูลนิธิรักษ์ไทย

ภาคีของแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

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

นักวิชาการ : นักวิชาการคณะจิตวิทยา จากมหาวิทยาลัยต่างๆ

องค์กรพัฒนาเอกชน : สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (SADA) มูลนิธิและสมาคมที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยจิตเวช

ภาคีของแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

หน่วยงานรัฐ : (ส่วนกลาง) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

- หน่วยงานรัฐ : (ในพื้นที่ปฏิบัติการ) ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- องค์กรวิชาชีพ: สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา
- สถาบันวิชาการ: คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยต่างๆ
- องค์กรพัฒนาเอกชน : มูลนิธิสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ องค์กรผู้บริโภคในจังหวัดต่างๆ

ภาคีของแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

- หน่วยงานรัฐ : (ส่วนกลาง) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- หน่วยงานรัฐ : (ในพื้นที่ปฏิบัติการ) โรงพยาบาลสมุทรสาคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักวิชาการด้านสิ่งแวดล้อม จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันต่างๆ และนักวิชาการอิสระ
- องค์กรพัฒนาเอกชน : มูลนิธิธรรมรัฐเพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม (GSEI) มูลนิธิบูรณะนิเวศ
- องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ปฏิบัติการ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ	๕๐
๒. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต	๔๐
๓. กลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา	๕๕
๔. กลุ่มแผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาวะ	๓๒
๕. กลุ่มกิจกรรมพัฒนาโครงการ การจัดการความรู้และการสื่อสารสังคม	๓
รวม	๑๘๐



แผนสุขภาพ ประชากรกลุ่มเฉพาะ

สถานการณ์และแนวโน้ม

ความเป็นธรรมเป็นสิ่งที่ทุกสังคมพึงปรารถนา ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของประชากรในสังคมที่แตกต่างกัน เป็นปัจจัยหนึ่งที่สะท้อนถึงภาพความเหลื่อมล้ำทั้งในระดับประเทศและในระดับสากล ความเหลื่อมล้ำดังกล่าวเป็นหนึ่งในเป้าหมายที่นานาประเทศต่างก็ให้ความสำคัญเป็นอันดับต้นๆ ในการกำหนดนโยบายสาธารณะของประเทศ

แนวคิดใหม่ที่ถูกผลักดันโดยองค์การอนามัยโลก ได้บ่งชี้ว่าปัญหาความเหลื่อมล้ำของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นจากพฤติกรรมส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังมีปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health : SDH) ซึ่งหมายถึง ปัจจัยที่มีส่วนในการกำหนดสถานะสุขภาพของประชากร ตั้งแต่เกิด ดำรงชีวิต ทำงาน การเข้าสู่ช่วงสูงวัย ไปจนถึงการเสียชีวิต เป็นปัจจัยที่สำคัญที่นำไปสู่ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพ เช่นเดียวกัน

แนวคิดดังกล่าว ได้นำเสนอหลักการที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพ อย่างน้อย ๔ ประการ ได้แก่ หนึ่ง ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพสามารถที่จะแก้ไขหรือลดทอนได้ผ่านการหนุนเสริมปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพให้มีความเท่าเทียมกันมากขึ้น สอง การแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพสามารถเริ่มต้นได้จากการป้องกันไม่ให้เกิดโรค (prevention-based) ซึ่งนอกจากจะช่วยให้ประชากรมีสุขภาพที่ดีมากขึ้นแล้วยังช่วยลดภาระการดูแลสุขภาพของระบบบริการด้านสุขภาพอีกด้วย สาม ปัจจัยที่กำหนดความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพไม่ได้เกิดขึ้นจากปัจจัยเฉพาะส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว ปัจจัยแวดล้อมทั้งครอบครัว ชุมชน สังคม วัฒนธรรม รวมไปถึงบทบาทของภาครัฐต่างก็มีส่วนสำคัญในการกำหนดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ สี่ การพิจารณาผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ควรจะพิจารณาผลลัพธ์ตลอดช่วงชีวิต (across lifespan) มากกว่าที่จะพิจารณาเฉพาะช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต (fragmented care)

งานวิจัยหลายเรื่องในต่างประเทศได้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมมีส่วนอย่างมากต่อความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ เช่น ในประเทศอินเดียที่ยังไม่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้พบความไม่เป็นธรรมในการใช้บริการสุขภาพระหว่างคนรวยคนจนและระหว่างพื้นที่ กล่าวคือ คนที่รวยมีค่าใช้จ่าย

ด้านสุขภาพสูงกว่าคนจน ทั้งที่คนจนมักมีความจำเป็นต่อบริการสุขภาพสูงกว่า และรัฐที่จนและอยู่ห่างไกล ก็มีค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพที่ต่ำกว่ารัฐอื่นๆ^{๑๖๖} ในประเทศโปแลนด์พบความไม่เป็นธรรมระหว่างหญิงและชาย ต่อระบบบริการสุขภาพซึ่งในที่สุดทำให้แนวโน้มพัฒนาการลดการตายที่แตกต่างกันระหว่างเพศ ทั้งนี้ การศึกษาพบว่าเพศชายมักได้รับการเบิกจ่ายการรักษาพยาบาลด้านจิตเวชและการเลิกสารเสพติด ด้านการฟื้นฟูสุขภาพและด้านบริการทางการแพทย์สูงกว่าเพศหญิง และเพศชายมีปัญหาในการได้รับการ ด้านสุขภาพน้อยกว่าหญิง โดยเฉพาะบริการเกี่ยวกับการรักษาระดับปฐมภูมิและการดูแลสุขภาพช่องปาก^{๑๖๗}

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมก็มีผลต่อสุขภาพของประชากรหลากหลายกลุ่มในประเทศไทย เช่นเดียวกัน เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังหรืออยู่ลำพังกับคู่ที่มีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยง ต่อปัญหาการดูแลสุขภาพ ผู้พิการที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือจบเพียงระดับประถมศึกษา และประชากรที่มีปัญหา สถานะบุคคล มีปัญหาในการเข้าถึงสิทธิด้านการรักษาพยาบาล ทั้งๆ ที่ไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มานานแล้ว ผู้หญิงในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างมีอัตราการตายของมารดาสูงที่สุดในประเทศ ผู้ต้องขังหญิง ยังเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรหญิงทั่วไป แรงงานที่ทำงานนอกระบบประสบ ปัญหาด้านอาชีวอนามัย โดยหลักๆ มาจากสาเหตุที่เกี่ยวกับการทำงาน ประชากรมุสลิมมีอัตราการสูบบุหรี่ และสัดส่วนการได้รับควันบุหรี่มือสองสูง คนไร้บ้านเป็นโรคเรื้อรังในอัตราที่สูง เป็นต้น ความแตกต่าง ทางปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมเหล่านี้ได้ทำให้ช่องว่างของสุขภาพของประชากรไทยมีความเหลื่อมล้ำ

การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านประชากรกลุ่มต่างๆ ที่มีปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นเหตุ ที่นำไปสู่ภาวะทางสุขภาพที่เหลื่อมล้ำกันจะช่วยสร้างความเป็นธรรมให้แก่สังคม การศึกษาโดย Diem Tran et al. (2017)^{๑๖๘} เสนอว่า การนำงบประมาณด้านรักษาพยาบาลประมาณ ๕ พันล้านดอลลาร์ในประเทศ สหรัฐอเมริกา มาจัดสรรใหม่โดยเน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้นทดแทนการรักษา จะสามารถป้องกันการ ตายได้ประมาณ ๑๐,๕๐๐ คนต่อปี ซึ่งงบประมาณที่ใช้ไปเพื่อการรักษานี้ไม่ได้มีผลด้านบวกต่อสุขภาพของ ประชากรเลย Diem Tran et al. (2017) พบว่าประมาณร้อยละ ๓๐ ของค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลไม่ได้ช่วย ทำให้ประชากรมีสุขภาพดีขึ้น

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

แม้ว่ากลุ่มคนชายขอบจะมีความหลากหลาย แต่ก็ประสบสถานการณ์ปัญหาที่ทำทลายร่วมกัน ดังนี้ (๑) ไร้ตัวตน ถูกมองข้าม (๒) ถูกผลักรัง (๓) มีความเสี่ยงสูง (๔) ถูกกีดกันออกจากนโยบาย และ (๕) มีจิตสำนึกจ่ายอม หรือยอมจำนน

^{๑๖๖} Dwivedi, R., & Pradhan, J. (2017). Does equity in healthcare spending exist among Indian states? Explaining regional variations from national sample survey data. *International Journal for Equity in Health*, 16(15), 1-12.

^{๑๖๗} Łyszczarz, B. (2017). Gender bias and sex-based differences in health care efficiency in Polish regions. *International Journal for Equity in Health*, 16(8), 1-13.

^{๑๖๘} Diem Tran, L., Zimmerman, F. J., & Fielding, J. E. (2017). Public health and the economy could be served by reallocating medical expenditures to social programs. *Population Health*, 185-191.

ความท้าทายของการทำงานเพื่อบรรลุความเป็นธรรมทางสุขภาพ ก็คือการทำงานลดความเหลื่อมล้ำผ่านปัจจัยทางสังคม ซึ่งจะสร้างการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับวิถีคิดและเชิงโครงสร้างได้ ต้องอาศัยยุทธศาสตร์การสร้างแนวร่วมสนับสนุนจากกลุ่มอื่น นอกเหนือจากการเสริมพลังอำนาจกลุ่มประชากรชายขอบแต่เพียงอย่างเดียว เพราะ (๑) ประชากรทุกกลุ่มในสังคมได้รับประโยชน์จากการลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้าง และ (๒) ผู้คนกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มชายขอบมีอิทธิพลและต้นทุนทางสังคมมากพอที่จะมาหนุนเสริมอำนาจต่อรองของกลุ่มประชากรชายขอบ และสร้างระบบนิเวศของการขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่เกื้อหนุนการตัดสินใจร่วมกันได้

นอกจากนี้ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในปัจจุบันอาจเป็นโอกาสสำคัญในการช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมโดยทำให้ประชากรชายขอบสามารถเข้าถึงความช่วยเหลือได้มากขึ้น ตัวอย่างเช่น การสร้าง Digital ID โดยใช้ข้อมูลส่วนตัวอย่างใบหน้า เสียง และท่าทาง ประกอบกันเป็นตัวตนให้กับกลุ่มประชากรที่ไม่มีบัตรประชาชนหรือมีปัญหาสถานะทางทะเบียนที่เดิมทีเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุข และการให้เงินช่วยเหลือผ่าน E-money ที่ผูกกับ Digital ID โดยไม่จำเป็นต้องเปิดบัญชีธนาคาร ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการให้ความช่วยเหลือและประวัติการให้ความช่วยเหลือทั้งหมดสามารถบันทึกลง Blockchain ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่ไม่สามารถปลอมแปลงได้เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อปรับปรุงการให้ความช่วยเหลือได้ในอนาคต

แม้ว่า สสส. จะกำหนดให้ทุกแผนหลักดำเนินงานโดยคำนึงถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำ แต่ก็มีคามจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับ “ประชากรกลุ่มเฉพาะ” ซึ่งได้แก่ประชากรบางกลุ่มที่มีทั้งความเปราะบาง มีความเสี่ยง หรือต้องการกระบวนการพิเศษในการเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพ สุขภาวะ อันถือเป็นปัจจัยส่งผ่านสังคมกำหนดสุขภาพ (Intermediary Determinants) ที่ทำให้สูญเสียสุขภาพ เข้าไม่ถึงบริการ และไม่ได้รับประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายในภาพรวม การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ จึงต้องมีการทำงานผ่านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในระดับต่างๆ ตั้งแต่การค้นหาสิทธิและพิสูจน์สิทธิ ที่จะนำมาซึ่งการพัฒนาชุดบริการและการเข้าถึงตามความเหมาะสมของกลุ่มประชากร และทำให้ประชากรกลุ่มเฉพาะสามารถเข้าถึงสิทธิและการบริการได้อย่างเป็นธรรม และมีการสื่อสารสังคมให้มีเจตคติที่เหมาะสมสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ

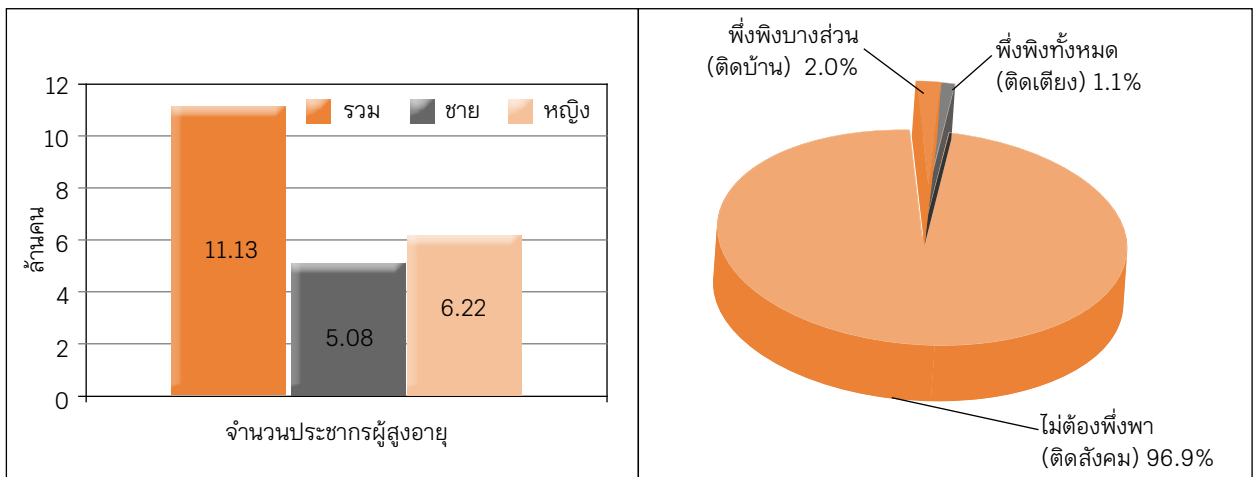
สถานการณ์ปัญหาประชากรกลุ่มเฉพาะที่แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะดำเนินการในปัจจุบันสรุปได้ดังนี้

สถานการณ์ผู้สูงอายุ

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทยในปี ๒๕๖๐^{๓๕} มีผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๑.๓๑ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๗ โดยจำแนกเป็นชาย ๕.๐๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๙ ของประชากรผู้สูงอายุ และเป็นหญิงจำนวน ๖.๒๒ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๑ ของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งคาดว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในปี ๒๕๖๔ หรือ อีก ๓ ปีข้างหน้า ประชากรสูงอายุจะมีถึง ๑ ใน ๕ ทั้งนี้ในปี ๒๕๖๒

^{๓๕} สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ๒๕๖๑. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐.

จะเป็นครั้งแรกที่ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็ก^{๗๖} และจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ในอีกไม่ถึง ๒๐ ปี (ปี ๒๕๗๘) ซึ่งโครงสร้างอายุของประชากรที่เปลี่ยนไปนี้เท่ากับเป็นการเปลี่ยนโครงสร้างของสังคมไทยโดยรวมด้วย ทั้งนี้เมื่อจำแนกประเภทผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น ร้อยละ ๙๖.๙ โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ ๖๐ - ๖๙ ปี มีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งผู้อื่นในบางกิจกรรมของกิจวัตรประจำวันร้อยละ ๒ และมีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดร้อยละ ๑.๑ โดยส่วนใหญ่อยู่ในวัยมากกว่า ๘๐ ปี^{๗๗} ซึ่งผู้สูงอายุในช่วงวัยปลายหรืออายุตั้งแต่ ๘๐ ปีขึ้นไปนั้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงน่าจะสะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ^{๗๘} รวมทั้งการที่อายุที่ยืนยาวขึ้นกลับตามมาด้วยการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยาวนานขึ้น และโอกาสที่จะอยู่ในภาวะพึ่งพิงอันเนื่องมาจากการทุพพลภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยข้อมูลจากผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวลำพังในครัวเรือนร้อยละ ๑๐.๘ และร้อยละ ๒๓.๓ อยู่ลำพังกับคู่สมรส ซึ่งทั้ง ๒ กลุ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความเปราะบางต่อปัญหาต่างๆ นอกจากนี้ก็อีกไม่เกิน ๑๕ ปี ประชากรไทยจะเริ่มเข้าสู่รูปแบบที่วัยแรงงานต้องรับภาระการเลี้ยงดูกลุ่มประชากรผู้สูงอายุและเด็กมากขึ้นเรื่อยๆ 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^{๗๙} นับได้ว่าจากนี้ไปสังคมไทยกำลังอยู่ในสภาวะการณ์ที่มีผู้สูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจะส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ



ภาพที่ ๑ แสดงจำนวนประชากรผู้สูงอายุ และร้อยละผู้สูงอายุจำแนกตามภาวะพึ่งพิง

^{๗๖} มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และสถาบันวิจัยสังคมและประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. ๒๕๖๐. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๙.

^{๗๗} วารวรณ์ ชาญด้วยวิทย์และยศ วัชระคุปต์. ๒๕๖๐. “ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย”

^{๗๘} วิพวรรณ ประจวบเหมาะและชลธิชา อัศวินรัตน์. ๒๕๕๓. “ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ: ศึกษาจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๘๓” ในสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๘๓, ๘๗-๙๘.

^{๗๙} คณะกรรมการปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. ๒๕๕๘. รายงานข้อเสนอปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย. สถาปนิกรูปแห่งชาติ

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ ประเด็นด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ ซึ่งในด้านสุขภาพ^{๕๐} จากผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี ๒๕๕๖^{๕๑} พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ ๔๕ มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคมได้ หากแต่การมีโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีภาวะลูกกลมแทรกซ้อนอาจทำให้สมรรถนะในการปฏิบัติภารกิจชีวิตประจำวันลดลง หรืออาจจะไม่สามารถปฏิบัติภารกิจต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และแนวโน้มมีความรุนแรงสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ปี ๒๕๕๗^{๕๒} พบว่า โรคเรื้อรังที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบ ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต นอกจากนี้ยังมีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วย ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีความชุกร้อยละ ๘.๑ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมนี้ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความคิด ความจำ และความสามารถในการตัดสินใจต่างๆ แล้ว ยังนำมาสู่ผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพกายและสภาพจิตใจอีกด้วย ทั้งนี้มีข้อมูลบ่งชี้ว่า ในด้านงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในประชากรก่อนที่จะมีปัญหาโรคเรื้อรังดังกล่าวจนเป็นเหตุให้เกิดภาวะพึ่งพานั้น มีการเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคอยู่ในระดับไม่สูงนัก โดยมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ ๒๖.๕ มีการออกกำลังกายเป็นประจำ^{๕๓}

ในด้านสังคม พบว่า ในปี ๒๕๖๐ มีผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุร้อยละ ๓๓.๗ ซึ่งเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากเมื่อเทียบกับข้อมูลในปี ๒๕๕๗^{๕๔} ส่วนด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ ๑๐ เคยมีประสบการณ์ในการหกล้ม โดยการหกล้มส่วนใหญ่เกิดภายในบ้าน บริเวณบ้าน และนอกบริเวณบ้าน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน เช่น ราวจับ และการปรับสภาพพื้นที่ในบ้านและนอกบ้านให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุอย่างปลอดภัย ป้องกันการหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บอันจะนำไปสู่ภาวะติดบ้าน และติดเตียงตามมาได้

ในด้านเศรษฐกิจ มีผู้สูงอายุร้อยละ ๓๔.๓ ยังคงเป็นผู้สูงอายุที่ยากจนซึ่งมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน โดยผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐^{๕๕} พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ ๓๕.๑ ยังคงทำงานอยู่ โดยผู้สูงอายุชายทำงานมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ยังทำงานร้อยละ ๔๓.๔ ระบุว่าต้องหารายได้เลี้ยงตนเองหรือครอบครัว ซึ่งแหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุ ร้อยละ ๓๑ มาจากการทำงาน และมีแนวโน้มรายได้จากการทำงานของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยการทำงานส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตรกรรมร้อยละ ๕๘.๘ รองลงมาคือ การค้าและบริการร้อยละ ๓๐.๔ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังคงต้องการทำงานเพื่อมีรายได้ ในขณะที่ภาพรวมการออมของประชากรวัยแรงงานมีเพียง ๑๕ ล้านคนที่อยู่ในระบบการออมเพื่อการเกษียณ แต่เงินออมเฉลี่ยที่มีก็อาจจะไม่เพียงพอกับเงินหลังเกษียณขั้นต่ำที่จะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ในช่วงที่ผ่านมารัฐบาลชุดปัจจุบันได้ให้ความสำคัญกับการรองรับสังคมสูงวัยที่ประเทศไทยกำลังเผชิญ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวม โดยมีการออกนโยบายและมาตรการรองรับที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี โดยเฉพาะการผลักดันประเด็นสังคมสูงวัยให้เป็นระเบียบวาระแห่งชาติ เพื่อให้เกิดการพัฒนาาระบบและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

^{๕๐} วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, (๒๕๕๖), รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๕, สถานที่พิมพ์: โรงพิมพ์ บริษัท เอสเอสพลัส มีเดีย จำกัด, นนทบุรี.

^{๕๑} โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP). ๒๕๕๖ การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๕๖.

^{๕๒} วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, (๒๕๕๖), รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๕, สถานที่พิมพ์ : โรงพิมพ์ บริษัท เอสเอสพลัส มีเดีย จำกัด, นนทบุรี.

^{๕๓, ๕๔, ๕๕} โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP). ๒๕๕๖ การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๕๖.

ในประเด็นเร่งด่วนที่สำคัญ และสนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของหน่วยงานต่างๆ รวมถึงการจัดตั้งคณะกรรมการภาครัฐเพื่อสังคม (E6) ที่มีการดำเนินงานในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเด็นการส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุ การส่งเสริมการออมเพื่อยามเกษียณ และการพัฒนาที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมเพื่อการอยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานเพื่อเตรียมความพร้อมระบบและประชากรเพื่อรองรับสังคมสูงวัย และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในปัจจุบัน ยังคงมีปัญหาและอุปสรรคที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไขและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น การพัฒนากฎระเบียบที่เอื้อต่อการดำเนินงานและใช้งบประมาณขององค์การบริหารท้องถิ่น การจัดระบบการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจร การพัฒนาศักยภาพกำลังคนในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การพัฒนากลไกการเชื่อมโยงและบูรณาการการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของหน่วยงานต่างๆ การพัฒนากลไกและขยายผลการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเมืองที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

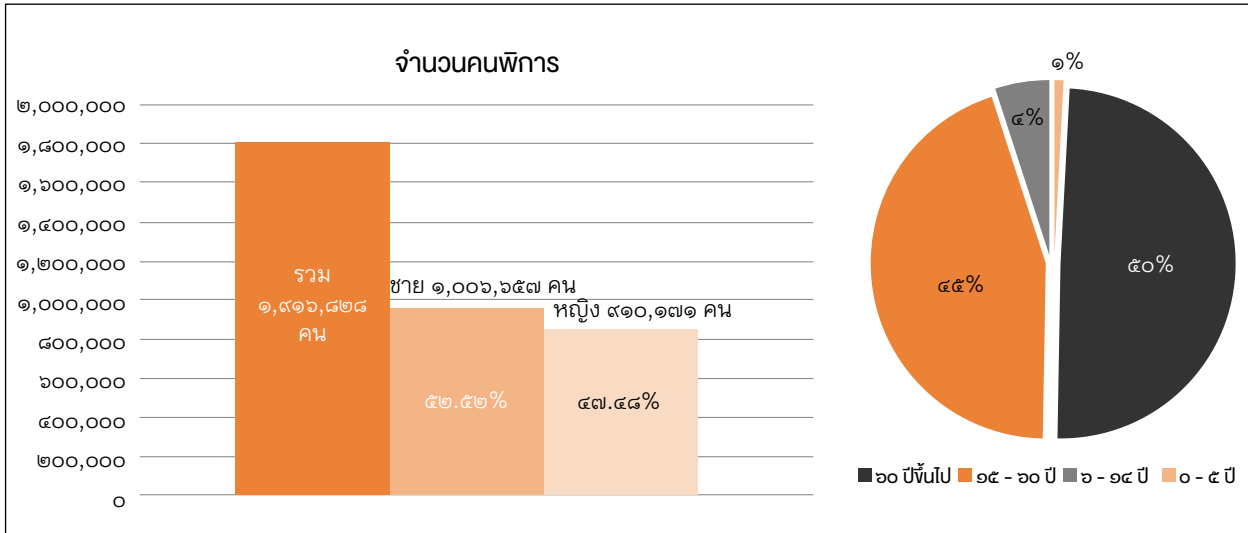
สถานการณ์คนพิการ

ปี ๒๕๖๑ คนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ มีจำนวน ๑,๔๑๖,๘๒๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๘ ของประชากรทั้งประเทศ^{๕๖} จำแนกเป็นชาย ๑,๐๐๖,๖๕๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๕๒ และหญิง ๔๑๐,๑๗๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๔๘ ส่วนใหญ่เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย รองลงมาเป็นคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเห็น ทางจิตหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางออกัสติก และทางการเรียนรู้ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุและประเภทความพิการ พบว่า มีคนพิการในวัยสูงอายุ (อายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป) มากที่สุดจำนวน ๔๐๙,๕๘๒ คน ซึ่งส่วนใหญ่จะพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (ร้อยละ ๕๒.๔๗ ของคนพิการสูงอายุ) วัยเด็กและวัยกำลังศึกษา (แรกเกิด - ๒๑ ปี) พบว่ามีอัตราส่วนของคนพิการทางสติปัญญามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๖๙ ด้านการศึกษา มีคนพิการที่ไม่ได้รับการศึกษา จำนวน ๕๙๖,๕๘๑ คน ในจำนวนนี้พบว่า ส่วนใหญ่เป็นคนพิการที่อายุถึงเกณฑ์แต่ไม่ได้รับการศึกษา และเป็นคนพิการอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๓๗ และ ๕๕.๓๑ ของคนพิการที่ไม่ได้รับการศึกษา สำหรับคนพิการที่ได้รับการศึกษาจำนวน ๑,๒๑๑,๔๔๓ คน ส่วนใหญ่ยังมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ขณะที่คนพิการที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีเพียง ๑๙,๔๗๒ คน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑ เท่านั้น และมีคนพิการที่ได้รับการศึกษานอกระบบ จำนวน ๒๕,๘๖๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๘๒ แต่มีแนวโน้มที่คนพิการจะได้รับโอกาสทางการศึกษาเพิ่มขึ้น ปัจจุบันมีโรงเรียนเฉพาะความพิการจำนวน ๔๖ โรงเรียน มีนักเรียนพิการจำนวน ๑๒,๙๗๕ คน การจัดการศึกษาแบบเรียนร่วมมีนักเรียนพิการจำนวน ๓๘๖,๘๒๓ คน ใน ๒๑,๙๗๒ โรงเรียนทั่วประเทศ และอยู่ระหว่างพัฒนาศูนย์การเรียนเฉพาะความพิการ ๑ อำเภอ ๑ ศูนย์การเรียน^{๕๗} ด้านสุขภาพ เนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพที่ถูกต้องและถูกวิธี มีภาวะโภชนาการที่ส่งผลให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ขาดสารอาหาร ไม่สามารถออกกำลังกายหรือไม่ได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกายที่ถูกวิธี เป็นผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนหรือเกิดการเสื่อมสภาพของอวัยวะ^{๕๘}

^{๕๖} กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, รายงานสถานการณ์ทางสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รายไตรมาส ปี ๒๕๖๑ (มกราคม - มีนาคม), <http://www.dep.go.th/th/news/รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทยประจำเดือนมีนาคม ๒๕๖๑> (สืบค้นเมื่อ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๑) http://www.m-society.go.th/article_20180509110801

^{๕๗} กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๕*, ๒๕๖๐.

^{๕๘} สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, *สู่ความเป็นธรรมระบบบริการสุขภาพคนพิการ*, HSR Forum ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๗ เดือนธันวาคม ๒๕๕๕



ภาพที่ ๒ จำนวนคนพิการ และร้อยละคนพิการจำแนกตามกลุ่มอายุ

ด้านการส่งเสริมอาชีพและการมีงานทำ คนพิการวัยทำงาน (อายุ ๑๕ - ๖๐ ปี) มีจำนวน ๘๑๙,๕๕๐ คน แบ่งเป็นคนพิการที่ประกอบอาชีพ คนพิการที่สามารถทำงานได้แต่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และคนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (เนื่องจากพิการมาก/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้) คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๑๘, ๔๐.๓๑ และ ๒๖.๕๑ อาชีพของคนพิการส่วนใหญ่ คือ เกษตรกรรม ด้านการเข้าถึงสิทธิ^{๘๘} ที่ผ่านมา หน่วยงานรัฐมีการดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาสิทธิประโยชน์และสวัสดิการที่ครอบคลุมทุกมิติ ทำให้คนพิการเข้าถึงสิทธิต่างๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น การเพิ่มสวัสดิการเบี้ยความพิการจาก ๕๐๐ บาท เป็น ๘๐๐ บาท และการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในด้านสุขภาพ เป็นต้น แต่มีคนพิการเพียง ๑ ใน ๒ ที่สามารถร้องเรียนเรื่องสิทธิที่ถูกละเมิดได้ ส่วนคนพิการที่ไม่สามารถร้องเรียนนั้นเกิดจากไม่มีผู้ให้คำปรึกษา และไม่ทราบว่าควรร้องเรียนหน่วยงานใด เรื่องสิ่งอำนวยความสะดวกและการปรับสภาพแวดล้อม คนพิการเพียงร้อยละ ๒๘.๖ ได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือ อีกร้อยละ ๗๑.๔ ไม่ได้รับ และมีคนพิการถึงร้อยละ ๗๐ ไม่ได้รับการฝึกทักษะการดำเนินชีวิต เพราะเชื่อว่าดูแลตัวเองหรือฝึกเองได้ การรวมกลุ่ม ปัจจุบันสมาคมคนพิการประเภทต่างๆ มีความเข้มแข็งแตกต่างกัน สามารถเข้าถึงทรัพยากรและการสนับสนุนจากรัฐไม่เท่ากัน เป็นที่มาของปัญหาความไม่เป็นธรรมอีกประเภทหนึ่ง

จากการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตพิการในกระแสระดับโลก และระดับภูมิภาคสู่การปฏิบัติ ทั้งอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities : CRPD) ยุทธศาสตร์อื่นชอนเพื่อทำสิทธิให้เป็นจริง รวมทั้งเป้าประสงค์การพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) แนวทางสำคัญคือ ไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง (No one left behind) รวมทั้งคนพิการด้วย ตลอดจนพันธกรณีระหว่างประเทศต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ส่งผลให้ประเทศไทยมีการดำเนินการปรับปรุงกฎหมายนโยบายให้สอดคล้องกับกระแสการพัฒนาดังกล่าว มีแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และในช่วงที่ผ่านมา มีการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการระดับจังหวัดทุกจังหวัดและกรุงเทพมหานคร รวม ๗๗ แห่ง

^{๘๘} พรธิดา วิเศษศิลป์พานนท์และคณะ. รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์โครงการการติดตามการเข้าถึงสิทธิของคนพิการและการพัฒนารูปแบบระบบสวัสดิการที่ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิของคนพิการ. ๒๕๕๖. <http://nep.go.th/th/publishdocument>, สืบค้นเมื่อ ๕ เมษายน ๒๕๕๗.

และจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ขององค์กรด้านคนพิการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานรัฐ ตลอดจนหน่วยงานต่างๆ รวมจำนวน ๑,๐๙๖ ศูนย์ ขับเคลื่อนงานด้านคนพิการในระดับพื้นที่ ซึ่งจะทำให้คนพิการในพื้นที่เข้าถึงบริการมากขึ้น^{๙๐}

ด้านสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และมีการแก้ไขเพิ่มเติมในปี ๒๕๕๖ ส่งผลให้เรื่องสุขภาพคนพิการมีขอบเขตกว้างไปกว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การเกิดมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๓ ซึ่งขับเคลื่อนต่อเนื่องมาจนถึง พ.ศ. ๒๕๕๙ และการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีนโยบายกองทุนสุขภาพท้องถิ่นครบทุกตำบลในปี ๒๕๕๒ การเริ่มนโยบายกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัด ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ รวมทั้งกองทุนทันตกรรมใน พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๗ ล้วนมีส่วนในการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพของคนพิการในชุมชนมากขึ้นไป แต่ยังคงพบความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ ทั้งในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล และการรอรับการรักษาที่ต้องใช้เวลานาน ตลอดจนอาคาร สถานที่ อุปกรณ์ หรือสื่อที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ของคนพิการ ประกอบกับความยากจนของคนพิการและครอบครัว ทำให้คนพิการถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสม ไม่สามารถเข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ และมักถูกละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐาน

ในส่วนการจ้างงานคนพิการ และการส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ปี ๒๕๖๑^{๙๑} มีจำนวนสถานประกอบการทั้งสิ้น ๑๓,๓๘๒ แห่ง ต้องจ้างคนพิการจำนวน ๖๔,๓๐๕ คน มีการปฏิบัติตามกฎหมายจ้างงานคนพิการตามมาตรา ๓๓ จำนวน ๒๘,๕๘๖ คน ปฏิบัติตามมาตรา ๓๕ จำนวน ๗,๕๔๘ คน และมีการส่งเงินเข้ากองทุนตามมาตรา ๓๔ จำนวน ๑๔,๑๑๙ อัตรา คิดเป็นเงิน ๑.๖ พันล้านบาท ซึ่งเป็นผลจากในปี ๒๕๖๐ เกิดการขับเคลื่อนงานประชารัฐเพื่อสังคมเรื่องการจ้างงานคนพิการในภาคธุรกิจโดยมุ่งเป้าขับเคลื่อนให้สถานประกอบการจ้างงานคนพิการแทนการส่งเงินเข้ากองทุนฯ จำนวน ๑๕,๐๐๐ อัตรา และขยายผลการจ้างงานคนพิการในหน่วยงานของรัฐ สำหรับคนพิการที่มีงานทำจะมีรายได้เฉลี่ยเพียง ๒ ใน ๓ ของคนธรรมดาเท่านั้น ซึ่งค่าตอบแทนที่ได้เฉลี่ยเดือนละประมาณ ๗,๐๐๐ - ๙,๐๐๐ บาท ซึ่งไม่เพียงพอสำหรับรายจ่ายกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น และการออมเพื่ออนาคต

แม้ว่าการทำงานพัฒนาคนพิการ จะมีหลายองค์กรดำเนินงานทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรภาคสังคม องค์กรเพื่อคนพิการที่สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การศึกษา การมีงานทำ และการมีส่วนร่วม มีการเคลื่อนงานเครือข่ายคนพิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดช่องว่างและอุปสรรคของคนพิการทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม แต่ยังมีจุดอ่อนต่างๆ อาทิ ขาดฐานข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางการแปลงแนวนโยบายไปสู่การขาดระบบบริการที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ ขาดการเชื่อมประสานและบูรณาการการเคลื่อนงานอย่างเป็นระบบ เป็นต้น ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจ ลดความยากจน ตลอดจนเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพแบบองค์รวม จะทำให้คนพิการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การศึกษา อาชีพ และบริการต่างๆ อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

^{๙๐} กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔. ๒๕๖๐ (อ้างแล้ว)

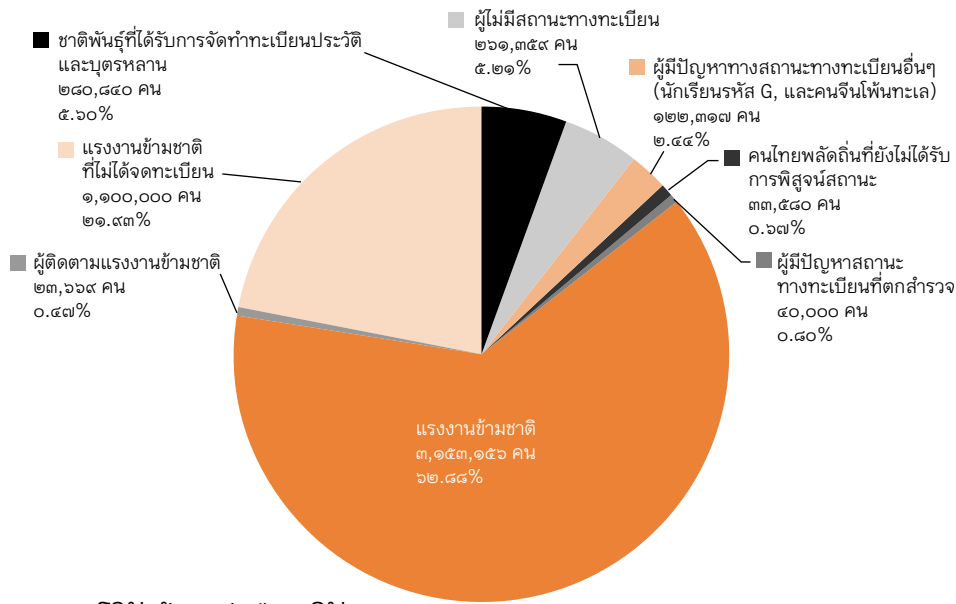
^{๙๑} กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, ณ วันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๑, <http://ejob.dep.go.th/> สืบค้นวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๑

สถานการณ์ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและประชากรข้ามชาติ

ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล เป็นกลุ่มบุคคลที่ไม่สามารถเข้าถึงและใช้สิทธิขั้นพื้นฐาน บริการของรัฐ รวมถึงสิทธิด้านอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเพราะมีปัญหาสถานะบุคคลภายใต้กฎหมายสัญชาติ กฎหมายการทะเบียนราษฎร และกฎหมายคนเข้าเมืองที่ถูกตีความให้เป็นเงื่อนไขในการเข้าถึงสิทธิด้านต่างๆ^{๙๒} ทั้งนี้หากพิจารณาจากจุดเกาะเกี่ยวกับประเทศไทยจะสามารถจำแนกกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคลได้เป็น ๕ กลุ่มหลัก ประกอบด้วย (๑) ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่มีจุดเกาะเกี่ยวที่จะนำไปสู่การมีสัญชาติไทย (๒) ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่มีจุดเกาะเกี่ยวที่จะนำไปสู่การพัฒนาเป็นคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมาย และมีสิทธิอาศัยถาวร (๓) ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่มีจุดเกาะเกี่ยวเกี่ยวกับประเทศไทยและประเทศอื่นในเวลาเดียวกัน (๔) ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่ไม่มีจุดเกาะเกี่ยวที่จะนำไปสู่การมีสัญชาติไทย และ (๕) บุคคลไร้เอกสารพิสูจน์ทราบตัวบุคคล ทั้งนี้ปัจจุบันมีผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่ยังเข้าไม่ถึงสิทธิการบริการทางสุขภาพใดๆ เลยมมากกว่า ๑๕๐,๐๐๐ คน ได้แก่ ผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนที่ได้รับการบันทึกในทะเบียนราษฎร ตาม ม.๓๘ วรรคสอง พ.ร.บ.การทะเบียนราษฎร พ.ศ. ๒๕๓๔ หลังการสำรวจตามยุทธศาสตร์ฯ ๑๗,๐๘๗ คน^{๙๓} เด็กนักเรียนรหัส G ในสถานศึกษาและได้รับงบประมาณรายหัวทางการศึกษาตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๔๕ แต่ตกลำตรวจทางทะเบียนราษฎร ๗๖,๕๔๐ คน และคนดั้งเดิมที่ไม่มีสัญชาติ แต่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร ๔๕,๗๗๗ คน และผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่ตกลำตรวจหรือยังไม่ได้รับการสำรวจอื่นๆ ที่ยังไม่ทราบจำนวนที่แน่ชัด และแม้แต่ในกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่ได้รับสิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพจาก “กองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตามมติคณะรัฐมนตรี ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓” ก็ยังพบกับปัญหาความเหลื่อมล้ำของชุดสิทธิประโยชน์ระหว่างสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิในกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) เช่น เข้าไม่ถึงยาเอชไอวี วัณโรค โรคไต และโรคมะเร็ง ไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิหรือได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีแพทย์รักษาผิดพลาด ตาม ม.๔๑ แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นต้น

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

^{๙๓} กองทุนบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ, พฤษภาคม. ๒๕๖๑



ภาพที่ ๓ แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคล

องค์การสหประชาชาติได้กำหนดความหมายของแรงงานข้ามชาติไว้ในอนุสัญญาว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของแรงงานข้ามชาติและสมาชิกในครอบครัว ว่าหมายถึง บุคคลซึ่งจะถูกว่าจ้างให้ทำงาน กำลังถูกว่าจ้าง หรือเคยถูกว่าจ้างทำงาน โดยได้รับค่าตอบแทนในรัฐที่ตนไม่ได้เป็นคนของชาตินั้น^{๔๔} ทั้งนี้สถิติประชากรข้ามชาติในประเทศไทย ณ เดือนมีนาคม ๒๕๖๑ มีจำนวนทั้งสิ้น ๓,๑๗๖,๘๒๕ คน^{๔๕} โดยเป็นแรงงานข้ามชาติที่กำลังพัฒนาทักษะฝีมือ ๓ สัญชาติ คือ เมียนมา ลาว กัมพูชา ที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้ว ๑,๓๐๕,๖๑๕ คน แรงงานข้ามชาตินำเข้าตามข้อตกลงระหว่างรัฐบาลไทยกับรัฐบาลเมียนมา ลาว กัมพูชา (MOU) ๖๓๗,๗๗๐ คน คนจ้างงานชายแดนแบบไป-กลับหรือตามฤดูกาล ๒๑,๐๙๓ คน และแรงงานข้ามชาติที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่อาศัยและทำงานตามมติคณะรัฐมนตรี (มติคณะรัฐมนตรี ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙) ๑,๑๗๘,๖๗๘ คนและผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติที่ได้รับการผ่อนผันฯ ๒๓,๖๖๔ คน นอกจากนี้ยังมีการประมาณการว่ายังมีแรงงานข้ามชาติระดับล่าง ๔ สัญชาติที่ไม่ได้จดทะเบียนอยู่ในประเทศไทยอีกกว่า ๑,๑๐๐,๐๐๐ คน

ในส่วนของแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาอย่างถูกกฎหมายนั้นได้รับการดูแลจากระบบประกันสังคม หรือ การชื้อบัตรประกันสุขภาพ แต่ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและประชากรข้ามชาติหลายกลุ่มยังเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงสิทธิและบริการ ทั้งจากตัวผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและประชากรข้ามชาติเองที่ยังไม่รับรู้สิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องหรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกลไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ และตัวผู้ให้บริการที่ต้องเผชิญกับภาระงานและงบประมาณที่เพิ่มมากขึ้น อุปสรรคของการสื่อสาร รวมทั้งรูปแบบและกระบวนการเฉพาะที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย อุปสรรคเหล่านี้ทำให้ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและประชากรข้ามชาติที่อยู่ในพื้นที่ประเทศไทยยังเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการมีสุขภาวะที่ดี ทั้งนี้สถานการณ์ปัญหาทางสุขภาพในกลุ่มประชากรข้ามชาติยังมีความแตกต่างกันระหว่างประชากรเพศต่างๆ โดยแรงงานข้ามชาติ

^{๔๔} กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์คนต่างด้าวที่ทำงานในประเทศไทย. แหล่งที่มา: https://www.m-society.go.th/article_attach/9878/14286.pdf. ค้นเมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๙.

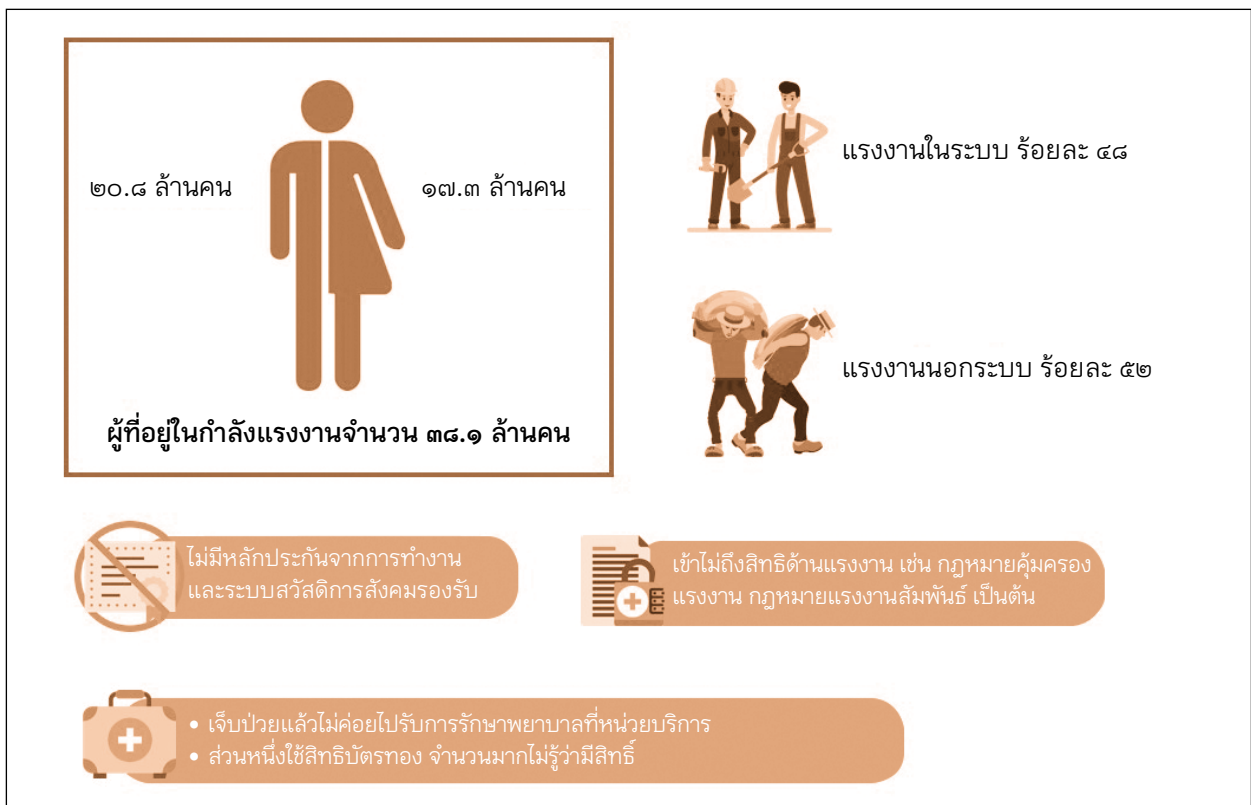
^{๔๕} สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, มีนาคม ๒๕๖๑

เพศหญิงมีความเสี่ยงจากการทำงานและเสี่ยงกับปัญหาสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาวะทางเพศ อันได้แก่ การถูกล่วงละเมิดทางเพศ การถูกทำร้ายร่างกาย การท้องไม่พร้อม การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการติดเชื้อเอชไอวี และด้วยเหตุที่ความสามารถในการควบคุมเนื้อตัวร่างกายของผู้หญิงมีน้อยกว่าผู้ชาย รวมถึงภาษา วัฒนธรรมและระบบบริการสุขภาพที่ไม่เอื้ออำนวยต่อแรงงานข้ามชาตินอกระบบที่เป็นชนกลุ่มน้อย ทำให้แรงงานข้ามชาติหญิงตกอยู่ในสภาวะที่ไร้อำนาจและสิทธิใดๆ (Asia Research Centre for Migration, 2001, นิค ดันลอป, ๒๕๕๔) และจากการศึกษาข้อมูลของแรงงานลาวในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๖๐๐ คน พบว่า อย่างน้อย ๒ ใน ๑๐ แรงงานข้ามชาติชายมีปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ โดยครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีปัญหาเลือกที่จะไม่รักษาใดๆ และแรงงานข้ามชาติชายร้อยละ ๙๐ ไม่มีความรู้หรือไม่เข้าใจระบบการเจริญพันธุ์ เช่น ร้อยละ ๓๗ ของแรงงานข้ามชาติชายชาวลาวเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่ผู้หญิงมีประจำเดือนจะทำให้เกิดการตั้งครรภ์ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าแรงงานที่มีความหลากหลายทางเพศมีการใช้ฮอร์โมนสูงถึงร้อยละ ๗๐ ซึ่งส่วนใหญ่มักบริโภคยาคุมกำเนิด ๑ เม็ดต่อเดือน ซึ่งมีปริมาณฮอร์โมนที่สูงมาก และอาจส่งผลเสียต่อร่างกายในระยะยาวได้ (มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๖๐)

นอกจากนี้ หนึ่งในอุปสรรคของการเข้าถึงสุขภาวะของประชากรข้ามชาติ คือ ทักษะคติเชิงลบของผู้ให้บริการสุขภาพที่มีต่อประชากรข้ามชาติ อย่างไรก็ตาม ทักษะคติเชิงลบยังมีได้จำกัดอยู่แค่ผู้ให้บริการสุขภาพเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงกลุ่มประชากรทั่วไปอีกด้วย เช่น จากการศึกษาโดยองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) พบว่ากว่าร้อยละ ๘๐ ของคนไทยที่ร่วมการศึกษาเชื่อว่าประชากรข้ามชาติก่ออาชญากรรมมากกว่าคนไทย (ILO ROAP, ๒๐๑๑) ทว่าความเชื่อดังกล่าวขาดหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน และจากการวิเคราะห์เหตุอาชญากรรมในจังหวัดตากระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๕๔๑ - ๒๕๔๔ พบว่าประชากรข้ามชาติมีแนวโน้มน้อยกว่าที่จะก่ออาชญากรรมเมื่อเทียบกับคนไทย (Paitoonpong, 2012) และยังพบว่ากว่าครึ่งของคนไทยรู้สึกว่าการที่กว่าร้อยละ ๘๐ ของผู้ร่วมการศึกษาเห็นว่าประชากรข้ามชาติที่เข้าประเทศมาอย่างผิดกฎหมายไม่สมควรมีสิทธิในการทำงาน (ILO ROAP, 2011) ในขณะที่ในอีกเพียง ๓ ปี ประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ ๒๐ และจะเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ นั่นหมายถึงแรงงานประชากรไทยจะมีจำนวนลดลงและไทยจะต้องพึ่งพิงแรงงานข้ามชาติมากขึ้น นอกจากนี้แรงงานข้ามชาติยังช่วยเติมเต็มอุปสงค์ด้านแรงงานในประเภทงานที่คนไทยไม่ประสงค์ที่จะทำอีกด้วย (Martin, 2015) โดยประมาณการกันว่าประเทศไทยจะต้องพึ่งพิงการเข้ามาทำงานของแรงงานข้ามชาติกว่า ๔.๗ ล้านคน ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ การสื่อสารให้ประชากรทั่วไปเห็นความสำคัญของประชากรข้ามชาติในฐานะฟันเฟืองทางเศรษฐกิจเป็นหนทางหนึ่งในการขับเคลื่อนเพื่อสร้างความยอมรับในระยะสั้น อย่างไรก็ตามการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนทัศนคติจากฐานคิดของความเท่าเทียมยังคงมีความจำเป็นเพื่อลดอคติที่มีต่อผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและประชากรข้ามชาติอันเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรของกลุ่มประชากรนี้

สถานการณ์แรงงาน

วัยแรงงานถือเป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศ มีส่วนร่วมสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและขับเคลื่อนสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรไตรมาสที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๑ พบว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไปมีจำนวน ๕๖.๒ ล้านคน แบ่งเป็นชายจำนวน ๒๗.๑ ล้านคน และหญิง ๒๙.๑ ล้านคน เป็นผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานจำนวน ๓๘.๑ ล้านคน (เพศชาย ๒๐.๘ ล้านคน เพศหญิง ๑๗.๓ ล้านคน) ^{๓๖} ในจำนวนนี้มีแรงงานในระบบ ๑๘.๒ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๔๘ แรงงานนอกระบบ ๑๙.๙ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๕๒ ผลการสำรวจแรงงานนอกระบบในปี ๒๕๖๐ พบว่า แรงงานนอกระบบประมาณหนึ่งในสามไม่มีการศึกษาหรือต่ำกว่าระดับประถมศึกษา และมากกว่าครึ่งทำงานในภาคเกษตรกรรม (ร้อยละ ๕๕.๕) รองลงมาทำงานภาคการค้าและบริการ ร้อยละ ๓๓.๔ นอกจากนี้แล้ว พบว่าปัญหาที่เกิดจากการทำงานส่วนมากเป็นปัญหาจากการทำงาน เช่น ค่าตอบแทน ความต่อเนื่องการทำงาน ปัญหาจากความไม่ปลอดภัย เช่น ได้รับสารเคมีเป็นพิษ ใช้เครื่องจักร หรือเครื่องมือที่เป็นอันตราย ได้รับอันตรายต่อระบบหู ระบบตา เป็นต้น และปัญหาที่มาจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน ^{๓๗}



รูปที่ ๔ แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มแรงงาน และปัญหาของกลุ่มแรงงาน

^{๓๖} สำนักงานสถิติแห่งชาติ (๒๕๖๑). การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร (เดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑)

^{๓๗} กลุ่มงานสถิติแรงงาน สำนักงานสถิติเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ (๒๕๕๙). การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. ๒๕๖๐

เนื่องจากแรงงานนอกระบบ คือ ผู้ที่ทำงานโดยไม่มีสัญญาจ้างงาน หรือไม่มีนายจ้างตามกฎหมาย แรงงาน หรือเป็นผู้ประกอบอาชีพอิสระ ไม่ได้ทำงานอยู่ในสถานประกอบการ ส่วนใหญ่ต้องใช้บ้านหรือที่สาธารณะเป็นสถานที่ทำงาน แต่ระบบการดูแลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานยังไม่ชัดเจน ทำให้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยจากการทำงานอย่างมาก เช่น การไม่ได้รับความคุ้มครอง ความไม่เป็นธรรม หรือไม่มีหลักประกันจากการทำงาน ทำให้เกิดปัญหาหรือภาวะต่อการดำรงชีวิต เช่น ได้รับค่าตอบแทนน้อยหรือค่าตอบแทนไม่แน่นอน ทำงานหนัก ไม่มีวันหยุดเพราะทำให้อาจเสียโอกาสในการทำงาน หรือไม่มีระยะเวลาทำงานที่แน่นอน ไม่มีระบบสวัสดิการสังคมรองรับ หากได้รับความเจ็บป่วยจากการทำงานอาจต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วยตนเอง เป็นต้น^{๙๙}

เมื่อพิจารณาสถิติการประสพอันตรายจากการทำงานของแรงงานในระบบ ในปี ๒๕๕๙ พบว่าการประสพอันตรายที่เกิดขึ้นและผู้ประสพเหตุสามารถเข้าถึงการใช้สวัสดิการจากกองทุนเงินทดแทน มีจำนวนทั้งสิ้น ๘๙,๔๘๘ ราย โดยมี ๕๘๔ รายเสียชีวิต และส่วนใหญ่เกิดขึ้นในสถานประกอบการขนาดเล็กที่มีลูกจ้าง ๑ - ๑๐ คน ส่วนกรณีที่ประสพอันตรายจนทำให้ทุพพลภาพ พบ ๑๒ ราย และสูญเสียอวัยวะบางส่วนมีจำนวน ๑,๒๙๐ ราย ซึ่งแรงงานที่ประสพอันตรายส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มช่วงอายุ ๒๐ - ๓๔ ปี เช่นเดียวกับช่วงหลายปีที่ผ่านมา ทั้งนี้มีการจ่ายเงินทดแทนไปทั้งสิ้น ๑,๖๖๖.๙ ล้านบาท^{๑๐๐} ในด้านการเกิดโรคจากการทำงานที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว พบว่า ส่วนมากเป็นโรคทางกล้ามเนื้อและกระดูก รองลงมาคือ โรคผิวหนัง โรคจากสารเคมี และโรคจากสาเหตุทางกายภาพ ตามลำดับ ทั้งนี้งานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ๓ หน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอุตสาหกรรม โดยมีกระทรวงแรงงานเป็นองค์กรหลักที่มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ ครอบคลุมการดูแล ป้องกัน ควบคุมการกระทำหรือสภาพการทำงาน ให้ปลอดภัยจากการที่จะทำให้เกิดการประสพอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย จิตใจ และสุขภาพอนามัยเนื่องจากการทำงาน

แม้แรงงานนอกระบบและแรงงานในระบบจะมีกฎหมายคุ้มครองอยู่แล้ว ได้แก่ พ.ร.บ.คุ้มครองแรงงาน พ.ศ. ๒๕๔๑ พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๕๓ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้รับงานไปทำที่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๓ พ.ร.บ.ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔ แต่กลับพบว่ายังไม่ครอบคลุมสิทธิแรงงานบางด้านหรือสิทธิประโยชน์พื้นฐานบางประเภทตามหลักการ “งานที่มีคุณค่า” ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ ซึ่งหมายถึง งานซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการเกี่ยวกับชีวิตการทำงานของมนุษย์ได้ ซึ่งประกอบด้วย โอกาสในการมีงานทำที่สามารถสร้างรายได้ที่เป็นธรรม ความปลอดภัยในการทำงาน การคุ้มครองทางสังคม การพัฒนาตนเอง และการรวมกลุ่ม การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่างๆ ที่ส่งผลต่อชีวิตและความเท่าเทียมระหว่างเพศ^{๑๐๑} ซึ่งล้วนส่งผลต่อสุขภาพของทั้งแรงงานในระบบและแรงงานนอกระบบในวงกว้างตามมา

^{๙๙} แผนงานติดตามสถานการณ์ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (๒๕๕๖). **ทิศทางแรงงานนอกระบบ : การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจแรงงานนอกระบบ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๘-๒๕๕๙**

^{๑๐๐} สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน (๒๕๕๙). **ข้อมูลสถิติกองทุนเงินทดแทน** https://www.sso.go.th/wpr/main/knowledge/%E0%B8%82%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%B9%E0%B8%A5%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%97%E0%B8%B8%E0%B8%99%E0%B9%80%E0%B8%87%E0%B8%B4%E0%B8%99%E0%B8%97%E0%B8%94%E0%B9%81%E0%B8%97%E0%B8%99_category_list-label_1_169_0 สืบค้นเมื่อ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๑.

^{๑๐๑} International Labour Organization. **Decent work**. แหล่งที่มา: <http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--en/index.htm>. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑

สถานการณ์มุสลิมไทย

รายงานสำมะโนประชากรมุสลิมไทย (มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย, ๒๕๕๓) ระบุว่าประเทศไทยมีประชากรมุสลิมไทยจำนวน ๓,๒๖๐,๑๑๑ คน ในปี ๒๕๕๓^{๑๐๑} เป็นชายร้อยละ ๔๙.๔๗ และหญิงร้อยละ ๕๐.๕๓ ซึ่งประมาณร้อยละ ๔๔ อาศัยอยู่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส) รองลงมาอาศัยอยู่ในจังหวัดต่างๆ ในภาคใต้ประมาณร้อยละ ๓๔ ร้อยละ ๑๑.๗๕ อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ร้อยละ ๘.๖๑ อาศัยอยู่ในปริมณฑลของกรุงเทพฯ และจังหวัดอื่นของภาคกลาง และร้อยละ ๑.๖๔ อาศัยอยู่ในภาคเหนือและภาคอีสาน โดยมุสลิมไทยในแต่ละพื้นที่มีภูมิหลังทางด้านชาติพันธุ์และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ในช่วงที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพชีวิตของมุสลิมไทยหลายดัชนีดีกว่าประชากรไทยโดยเฉลี่ยในประเด็นหลัก คือ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ สังคมและการศึกษา รวมถึงปัญหาสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ด้านพฤติกรรมสุขภาพและการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในมุสลิมไทย พบว่า มุสลิมไทยมีอัตราการบริโภคยาสูบและค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคยาสูบ (๑๐๖.๐๐ บาท/ครัวเรือน) สูงกว่าประชากรทั่วไป (๙๑.๐๐ บาท/ครัวเรือน) แต่หากพิจารณาแนวโน้มระหว่างปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๘ 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^{๑๐๒} พบว่ามีผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบปัจจุบันร้อยละ ๒๗.๖ ซึ่งถือว่ายังคงมีอัตราสูง ในขณะที่มีผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองที่บ้านร้อยละ ๔๓.๗ ส่วนการบริโภคสุราซึ่งเป็นปัญหาในระดับประเทศไม่เป็นปัญหาในมุสลิมไทย ซึ่งปัจจัยสำคัญ คือ คำสอนของศาสนาอิสลามซึ่งควบคุมการบริโภคสุราอย่างเข้มงวด^{๑๐๓} ทั้งนี้งานวิจัยของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย^{๑๐๔} ในปี ๒๕๕๘ พบว่า มุสลิมเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๙.๙ สูงกว่าคนไทยโดยเฉลี่ยที่ร้อยละ ๙.๑ ในการจัดบริการทางสุขภาพ หรือการสื่อสารเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับมุสลิมไทย จำเป็นต้องออกแบบการให้บริการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและหลักศาสนาของมุสลิมไทย เช่น เงื่อนไขการแต่งกายของสตรีมุสลิมตามหลักศาสนา ทำให้เมื่อไปรับบริการทางสุขภาพขึ้นพื้นฐาน อาทิ การฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ การตรวจร่างกายเพื่อคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น ทำให้เกิดข้อจำกัดบางกรณีในการพบแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นเพศชาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีความเคร่งครัดต่อการปฏิบัติตามหลักศาสนา อย่างไรก็ตามหลักศาสนาก็มีข้อยกเว้นในกรณีที่เหมาะสม สำหรับกรณีสตรีมุสลิมเข้ารับการรักษาที่แพทย์ชายได้ตามความเหมาะสม ซึ่งยังต้องอาศัยการตีความ รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องทั้งจากมุสลิมไทยและผู้ให้บริการทางสุขภาพ

^{๑๐๑} มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย. (๒๕๕๓), รายงานสำมะโนประชากรมุสลิมไทย.

^{๑๐๒} ซอฟียะห์ นิมะ, วีระศักดิ์ จงสุวิวัฒน์วงศ์ และสาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย (๒๕๕๘), การประเมินสถานการณ์การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ การเลิกสูบบุหรี่สำเร็จ และการสัมผัสควันบุหรี่มือสองที่บ้าน ในพื้นที่ ๔ จังหวัด และ ๔ อำเภอชายแดนใต้. สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

^{๑๐๓} เซเรซา ถนอมวงศ์, (๒๕๕๙), งานวิจัยศึกษาเปรียบเทียบโครงสร้างรายได้และพฤติกรรมบริการบริโภคของมุสลิมไทยปี ๒๕๕๖-๒๕๕๘.

^{๑๐๔} ศุภวรรณ มโนสุนทร และคณะ. (๒๕๕๕), รายงานสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อกลุ่มประชากรมุสลิม ภายใต้การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ, รายงานวิจัยเสนอต่อแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย.

ด้านเศรษฐกิจ ข้อมูลจากการสำรวจในปี ๒๕๕๘ ^{๑๐๔} ระบุว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมุสลิมไทย (๒๓,๘๖๖ บาท) ต่ำกว่าคนไทยทั่วไป (๒๖,๖๕๒ บาท) ถึงร้อยละ ๑๐ ในด้านปัญหาความยากจน สัดส่วนคนจนของครัวเรือนมุสลิมมีค่าสูงกว่าทั้งประเทศกว่าเท่าตัว และปัญหาความยากจนของมุสลิมรุนแรงมากในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งของมุสลิมไทยอาศัยอยู่ โดยในพื้นที่ที่มีประชากรมุสลิมซึ่งมีปัญหาความยากจนในสัดส่วนสูง ได้แก่ จังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส มีสัดส่วนคนจนมากถึงร้อยละ ๓๗.๔๔ และ ๓๕.๓๑ ตามลำดับ

ด้านการศึกษา จากข้อมูลดัชนีการพัฒนาคคน ปี ๒๕๖๐ ^{๑๐๖} ระบุว่า จังหวัดปัตตานีอยู่ใน ๕ จังหวัดที่มีความก้าวหน้าด้านการศึกษาต่ำที่สุด เยาวชนมุสลิมไทยโดยเฉพาะในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ยังมีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาต่ำ เห็นได้จากคะแนนทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติ ขั้นพื้นฐาน หรือ โอ-เน็ตของนักเรียนในจังหวัดนราธิวาส ปัตตานี และยะลาอยู่ในอันดับรั้งท้ายของประเทศ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มุสลิมไทยเป็นประชากรส่วนใหญ่ สาเหตุเกิดจากปัญหาการเข้าถึงการศึกษาที่เกิดจากความสามารถในการใช้ภาษาไทย อุปสรรคทางเศรษฐกิจ และช่องว่างทางศาสนาและวัฒนธรรม ตลอดจนความจำเป็นที่เยาวชนต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นเพื่อศึกษาศาสนา และจริยธรรม เนื่องจากวิชาเหล่านี้ไม่ได้ถูกบูรณาการอยู่ในหลักสูตรอย่างชัดเจน จึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับลักษณะเฉพาะทางศาสนาและวัฒนธรรม โดยการพัฒนาตำราเรียนที่มีการบูรณาการหลักการทางศาสนาร่วมกับวิชาสามัญ เพื่อลดภาระในการเรียน และมีโอกาสในการเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา รวมถึงเพิ่มเติมการสอนวิชาชีพ เพื่อให้มีโอกาและทักษะในการประกอบอาชีพอิสระต่างๆ หลังจบการศึกษา

เห็นได้ว่าข้อมูลจากหลายแหล่งสอดคล้องกันถึงคุณภาพชีวิตของมุสลิมไทยที่ด้อยกว่าคนไทย โดยทั่วไปในหลายด้าน ทั้งด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เศรษฐกิจ การศึกษา ทั้งนี้ปัญหาดังกล่าวมีความหนักหนาไม่เท่ากันในแต่ละพื้นที่ จึงยังคงจำเป็นต้องค้นหาช่องทางในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตมุสลิม และลดช่องว่างของคุณภาพชีวิตและสุขภาวะระหว่างมุสลิมไทยกับประชากรไทยในภาพรวมอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์คนไร้บ้าน

จากการสำรวจสถานการณ์คนไร้บ้านของหลายหน่วยงานใน ๓ เมืองหลักของประเทศในปัจจุบันพบว่า มีประชากรคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานครทั้งในพื้นที่สาธารณะและศูนย์พักพิงชั่วคราวจำนวน ๑,๓๐๗ คน (เพศชาย ๑,๐๘๗ คน เพศหญิง ๒๐๒ คน หลากหลายทางเพศ ๑๘ คน) เทศบาลนครขอนแก่น จำนวน ๑๓๖ คน (เพศชาย ๑๑๑ คน เพศหญิง ๒๕ คน) และเทศบาลนครเชียงใหม่ จำนวน ๗๕ คน (เพศชาย ๖๗ คน เพศหญิง ๘ คน) โดยสัดส่วนเพศชายร้อยละ ๘๕ และเพศหญิงร้อยละ ๑๕

ผลการสำรวจสถานการณ์คนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร สะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาของคนไร้บ้านในมิติต่างๆ อาทิ

๑. สุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ คนไร้บ้านเป็นกลุ่มประชากรที่ดูจะมีปัญหาทางสุขภาพในสัดส่วนที่มากกว่าคนทั่วไปในหลายมิติอันเนื่องมาจากการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงทั้งทางสังคมและทางกายภาพ คนไร้บ้านร้อยละ ๓๐ มีปัญหาสุขภาพทางผิวหนัง ร้อยละ ๗๐ มีปัญหาสุขภาพ

^{๑๐๔} เซเรซา ถนอมวงศ์, (๒๕๕๙), งานวิจัยศึกษาเปรียบเทียบโครงสร้างรายได้และพฤติกรรมบริการบริโภคของมุสลิมไทยปี ๒๕๕๖-๒๕๕๘.
^{๑๐๖} สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๖๐). ดัชนีความก้าวหน้าของคน ปี ๒๕๖๐.

ช่องปากไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง และร้อยละ ๗๐ มีปัญหาสุขภาพจิต ทั้งนี้คนไร้บ้านส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเอกสาร พิสูจน์สิทธิทางทะเบียนซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนไร้บ้านกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิตามหลักประกันสุขภาพของรัฐได้ นอกจากนี้ คนไร้บ้านอีกจำนวนมากยังต้องประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐจากอุปสรรคในการใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพ อันเนื่องมาจากการไม่ได้หรือไม่สามารถย้ายสิทธิมาขอรับบริการในพื้นที่ที่ใช้ชีวิตปัจจุบัน และคนไร้บ้านยังต้องเผชิญกับทัศนคติในทางลบของผู้ให้บริการทางสุขภาพจำนวนหนึ่งอันส่งผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิ

๒. ความเสี่ยงของการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ คนไร้บ้านส่วนใหญ่มีแนวโน้มทางสุขภาพทางกาย และทางจิตที่ย่ำแย่ลงหลังการออกมาใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ อันส่งผลกระทบต่อต้นทุนการใช้ชีวิต ทั้งการทำงานและการรักษาสุขภาพ ซึ่งหากปล่อยไว้ในระยะยาวจะส่งผลกระทบต่อต้นทุนชีวิตและการพัฒนาฟื้นฟูคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับคนไร้บ้านจำนวนหนึ่ง ได้สะท้อนให้เห็นความเป็นไปได้ที่คนไร้บ้านจะมีอายุขัยเฉลี่ยที่ต่ำกว่าคนปกติ

นอกจากนี้ ข้อมูลวิชาการยังบ่งชี้ข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับการเป็นคนไร้บ้าน โดยพบว่า บุคคลที่กลายเป็นคนไร้บ้านในระยะเวลาน้อยกว่า ๕ ปี จะสามารถกลับคืนสู่สังคมได้ง่ายกว่าคนไร้บ้านที่อยู่ในภาวะไร้บ้านยาวนานกว่า โดยการพัฒนาศักยภาพและการมีงานทำมีรายได้เป็นปัจจัยที่จะเป็นจุดเปลี่ยนหรือสนับสนุน (Supporting Factor) นอกจากนี้ ยังพบว่าประเทศไทยจะมีความสูญเสียทางสังคมและเศรษฐกิจสูงถึง ๑๒๔ ล้านบาทต่อปี หากไม่แก้ไขปัญหาคอนไร้บ้าน^{๑๐๗} ทั้งนี้ในหลายประเทศได้กำหนดให้ “การลดจำนวนคนไร้บ้านเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมของนโยบายสังคมเศรษฐกิจ” อีกด้วย^{๑๐๘}

สถานการณ์ผู้หญิง

ข้อมูลประชากรของประเทศไทยปี ๒๕๖๐ (ธันวาคม ธันวาคม ๒๕๖๐) พบว่ามีประชากรทั้งประเทศ ๖๖.๒ ล้านคน แบ่งเป็นชาย ๓๒.๕ ล้านคน และหญิง ๓๓.๗ ล้านคน^{๑๐๙} แต่คาดการณ์ว่าแนวโน้มของประชากรไทยกำลังอยู่ในสภาพ “คงตัว”^{๑๑๐} ซึ่งความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงจะเพิ่มมากขึ้น โดยจำนวนประชากรเพศหญิงจะมีจำนวนรวมมากกว่าเพศชาย^{๑๑๑} อย่างไรก็ตามจำนวนประชากรเพศหญิงที่มีมากกว่าเพศชายไม่ได้หมายความว่าโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ เท่าเทียมกับเพศชาย และแม้ปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าในการจัดการศึกษา การแพทย์ สาธารณสุข วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในระดับที่ดีกว่าโลกในศตวรรษที่แล้วอย่างมาก แต่หลายประเทศผู้หญิงยังคงไม่สามารถเข้าถึงความก้าวหน้าเหล่านี้โดยเฉพาะ

^{๑๐๗} อนุกรม พิทักษ์ธานี และคณะ. ๒๕๖๑. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

^{๑๐๘} Brackertz, N., Fotheringham, M. and Winter, I. 2016. **Effectiveness of the homelessness service system: Research report.** Victoria: Australian Housing and Urban Research Institute (AHURI).

^{๑๐๙} ระบบสถิติทางการทะเบียน. สถิติประชากรและบ้าน-จำนวนประชากรแยกอายุ. แหล่งที่มา: http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php. ค้นเมื่อวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๑.

^{๑๑๐} สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศ จากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๘๓. แหล่งที่มา: www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/FileUpload/PDF/Report-File-409.pdf. ค้นเมื่อวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๙.

^{๑๑๑} ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒนางศ์. “ความไม่เสมอภาคของประชากรชายและหญิงในประเทศไทย”, ใน ประชากรและสังคม ๒๕๕๑: มิติ “เพศ” ในประชากรและสังคม. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม, ๒๕๕๑.

กลุ่มที่ถูกสังคมนักคิดกันเบียดขับออกไปในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ทั้งความยากจน ความพิการ ภาวะด้อยโอกาสทางสังคม และความเป็นอื่นทางวัฒนธรรม อาทิ กลุ่มชาติพันธุ์ส่วนน้อย และอื่นๆ ดังนั้นความไม่เป็นธรรมเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องเพศจึงยังคงปรากฏและดำเนินไปราวกับเป็นเรื่องปกติ

แม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยจะมีระบบประกันสุขภาพของประชาชนถึง ๓ ระบบ ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ซึ่งผู้หญิงได้รับสิทธิประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพเหล่านั้นด้วยเช่นกัน แต่จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี ๒๕๕๘ พบว่าจำนวนประชากรที่เจ็บป่วยและมีการรักษาพยาบาล แต่ไม่ใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย จำนวน ๕,๒๙๖,๙๗๒ คน เป็นผู้หญิงจำนวน ๒,๘๙๘,๑๕๕ คน โดยมีสาเหตุของการไม่ใช้สวัสดิการ/สิทธิสุขภาพ เช่น การถูกเลือกปฏิบัติ การไม่พึงพอใจในการให้บริการ^{๑๑๑} นอกจากนี้พบว่าชุดสิทธิประโยชน์เหล่านั้นยังไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่จำเป็นสำหรับผู้หญิงบางประการ รวมทั้งยังมีกลุ่มผู้หญิงอีกหลายกลุ่มที่ตกอยู่ในสถานะ “ข้อยกเว้น” และถูกกันออกไป (exclude) จากการได้รับสิทธิขั้นพื้นฐาน และการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดี อาทิ ผู้ต้องขังหญิง ผู้หญิงพิการ ผู้หญิงกลุ่มชาติพันธุ์ ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิ เป็นต้น ขณะที่ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี ๒๕๖๐ รายงานสถานการณ์สุขภาพด้านการเจ็บป่วย พบว่า ผู้หญิงมีสัดส่วนของอาการป่วย/รู้สึกไม่สบาย มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวสูงกว่าผู้ชายอย่างเห็นได้ชัด มีการเจ็บป่วยที่ต้องนอนพักรักษาในสถานพยาบาลสูงกว่าผู้ชาย เป็นต้น^{๑๑๒}

ทั้งนี้กฤตยา อาชวนิจกุลและกุลภา วจนสาระ^{๑๑๓} ได้ให้ภาพสถานะสุขภาพของผู้หญิงไว้ว่า “ผู้หญิงไทยมีชีวิตยืนยาวกว่าผู้ชายไทย ด้วยคุณภาพชีวิตที่ดีต่อกว่า เสี่ยงต่อการตกอยู่ในภาวะซึมเศร้ามากกว่าอยู่กับโรคเรื้อรังและความพิการยาวนานกว่า ขณะที่ความรุนแรงทางเพศเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งของสุขภาพผู้หญิง” ทั้งนี้ยังมีข้อมูลสถานการณ์ความรุนแรงต่อผู้หญิงและบุคคลในครอบครัว ปี ๒๕๖๐ โดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล บ่งชี้ว่า ผู้หญิงและบุคคลในครอบครัว ร้อยละ ๓๔.๖ ยังคงประสบกับความรุนแรง และกว่าร้อยละ ๘๒.๖ เลือกที่จะเผชิญปัญหาด้วยตนเอง ไม่ขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว หรือหน่วยงานของรัฐ เพราะคิดว่าเป็น “เรื่องส่วนตัว” กว่าร้อยละ ๔๕ เคยถูกคุกคามทางเพศบนระบบขนส่งสาธารณะ โดยเกิดขึ้นบนรถเมล์มากที่สุดถึงร้อยละ ๕๐ และกว่าร้อยละ ๘๒.๖ เลือกที่จะเผชิญปัญหาด้วยตนเอง เพราะเป็นเรื่องส่วนตัว นอกจากนี้ยังพบสถานการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน เช่น การถูกทอดทิ้ง การฉ้อโกงทรัพย์สิน การทำร้ายร่างกายและจิตใจโดยส่วนใหญ่เกิดจากคนใกล้ชิด

^{๑๑๑} สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี ๒๕๕๘. กรุงเทพฯ. ๒๕๕๘

^{๑๑๒} สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปสำหรับผู้บริหารการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี ๒๕๖๐. แหล่งที่มา: http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาสวัสดิการสังคม/อนามัยและสวัสดิการ/สำรวจอนามัยและสวัสดิการ_๒๕๖๐/สรุปผู้บริหารสอ๕๖๐.pdf. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑.

^{๑๑๓} กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. มองผ่านเลนส์เพศภาวะและความหลากหลาย: ข้อเสนอการพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อสุขภาพผู้หญิง. นครปฐม: สยามเคพีวีศึกษา. ๒๕๕๘.

สถานการณ์ผู้ต้องขังหญิง

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ต้องขังหญิง ๔๕,๙๓๓ คน (ข้อมูล เดือนมีนาคม ๒๕๖๑)^{๑๑๕} และมีสถิติสูงที่สุดในโลกถึง ๒ ด้าน คือ มีอัตราผู้ต้องขังหญิงต่อจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด (ร้อยละ ๑๔.๖ เปรียบเทียบกับ ร้อยละ ๘.๘ ของสหรัฐอเมริกา) และสัดส่วนผู้ต้องขังหญิงต่อแสนประชากรไทยสูงที่สุดในโลก^{๑๑๖} ข้อจำกัดและผลกระทบเมื่อจำนวนคนมากเกินไปที่เรือนจำหรือทัณฑสถานรองรับได้ ทำให้ภาพรวมของคุณภาพชีวิตในเรือนจำ ทั้งการอยู่อาศัย สุขภาพอนามัย การทำกิจกรรมประจำวัน เรียนหนังสือ ฝึกอาชีพ พักผ่อนนอนหลับ ทั้งหมดล้วนเกิดขึ้นอย่างแออัดในพื้นที่คับแคบของแดนหญิงในเรือนจำหรือทัณฑสถาน ปัญหาหลักที่เกี่ยวข้องบริการทางสุขภาพต่อผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำคือ การเข้าถึงบริการ หรือเข้าถึงได้ช้าในเวลาเจ็บป่วย เพราะบุคลากรในเรือนจำ เช่น พยาบาล หรือผู้คุมที่จะพาไปโรงพยาบาลมีไม่พอ ที่สำคัญคือขาดงบประมาณ เนื่องจากระบบการสนับสนุนเงินงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โอนเงินผ่านไปโรงพยาบาลประจำพื้นที่ที่ให้กรมราชทัณฑ์ไม่เอื้อต่อการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาลภายในเรือนจำ

ปัญหาเชิงรูปธรรมสำคัญของสุขภาพผู้ต้องขังหญิงที่ควรใส่ใจอย่างเร่งด่วน ได้แก่ (๑) ปัญหาอนามัยแม่และเด็กทารก รวมถึงปัญหาด้านสูติรีเวชที่เรือนจำยังขาดการคัดกรองและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านมอย่างเป็นระบบ (๒) ปัญหาผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ จากสถิติพบว่าผู้ต้องขังในเรือนจำมีอัตราการป่วยเป็นวัณโรคที่สูงมาก เนื่องจากความเป็นอยู่แออัด (๓) ปัญหาภาวะโรคติดต่อทางเดินอาหาร ท้องเสีย เพราะการปนเปื้อนในอาหารและน้ำดื่ม (๔) ปัญหาสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ต้องขังมากกว่าร้อยละ ๘๐ มีปัญหาทันตกรรม ซึ่งโรงพยาบาลในพื้นที่ไม่สามารถส่งเจ้าหน้าที่มาดูแลเป็นการเฉพาะ เนื่องจากไม่มีบุคลากรเพียงพอ (๕) ปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า จิตตก บางส่วนมีอาการเหมือนคนวิกลจริตเมื่ออยู่ในเรือนจำไปนานๆ และ (๖) ปัญหาการถูกคุกคามหรือละเมิดทางเพศโดยผู้คุมหรือผู้ต้องขังด้วยตนเอง

ระเบียบปฏิบัติและข้อเสนอแนะระดับนานาชาติที่มีอยู่ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง เช่นมาตรฐานขั้นต่ำของสหประชาชาติเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง ซึ่งกำหนดให้ประเทศสมาชิกถือปฏิบัติเป็นมาตรฐานเบื้องต้นในการบริหารงานเรือนจำและการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังนั้น พบว่ามีการกำหนดเพียงสั้นๆ ถึงหลักปฏิบัติที่เกี่ยวกับผู้ต้องขังหญิงไว้อย่างกว้างๆ และไม่เฉพาะเจาะจง ทำให้ผู้ต้องขังหญิงจำนวนมากยังคงได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม มีการเลือกปฏิบัติ และมีการฝ่าฝืนหลักสิทธิมนุษยชนทั้งด้านสิทธิสตรีและด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สภาพความเป็นอยู่ สำหรับข้อกำหนดที่ตกลงใช้กันในระดับนานาชาติ โดยเฉพาะ ‘ข้อกำหนดกรุงเทพ’ หรือ Bangkok Rules แต่ในทางปฏิบัติก็ยังมีข้อขัดข้องต่างๆ ในการดำเนินงานอยู่มาก การขับเคลื่อนให้เกิดเรือนจำสุภาพ (Healthy Prison)^{๑๑๗} ได้แก่ สร้างให้ผู้ต้องขังหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเอง ลดความเสี่ยงของโรคที่มักเกิดในเรือนจำ สนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน ได้รับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยอย่างทันทั่วทั้ง ให้โอกาสการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่

^{๑๑๕} ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร กรมราชทัณฑ์ <http://www.correct.go.th/stat102/display/result.php?date=2018-03-01&Submit=%E0%B8%95%E0%B8%81%E0%B8%A5%E0%B8%87>

^{๑๑๖} กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. ๒๕๕๘. ผู้ต้องขังหญิง: สถานการณ์และข้อเสนอเชิงนโยบาย. นครปฐม: สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

^{๑๑๗} รศ.ดร.นภาพรณัฏ หะวานนท์ และรศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล. ๒๕๕๙. งานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังหญิง ๒๕๕๘-๒๕๖๐. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

และผู้ต้องขัง ไม่จำกัดสิทธิความเป็นแม่ และส่งเสริมการสร้างโอกาสและการยอมรับของคนในชุมชนผ่านกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้สถาบันเรือนจำมีการประสานงานและสัมพันธ์กับองค์กรภายนอกในการร่วมดูแลสุขภาวะของผู้ต้องขังหญิง โดยเฉพาะองค์กรภาครัฐทั้งในระดับพื้นที่ที่เรือนจำตั้งอยู่ และระดับนโยบายในส่วนกลาง ตลอดจนสื่อมวลชน และสาธารณชนทั่วไป เพื่อให้สังคมทุกภาคส่วนเห็นนัยสำคัญของการมีเรือนจำสุขภาวะที่จะเกิดผลดีต่อทั้งผู้ต้องขังและต่อสังคม

จุดเน้นของแผน

แผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๒ ของแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะที่ได้ทบทวนสถานการณ์และแนวทางดำเนินงานร่วมกับภาคีหลักยังคงเป็นการทำงานที่สอดคล้องกับการดำเนินงานจากแผนหลัก สสส. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ และยกระดับจากแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๑ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ในทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๕) โดยมุ่งเน้นที่การลดความแตกต่างด้านการเข้าถึงสิทธิและโอกาสในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ และไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร

จากกรอบนโยบายในการจัดทำแผนการดำเนินงานข้างต้น สามารถสรุปเป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๒ โดยมีจุดเน้นหลัก ดังนี้

๑. สอดคล้องกับแนวนโยบายการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะ และทิศทางเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส. เพื่อบูรณาการการทำงาน และมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ
๒. ตอบสนองแนวนโยบายการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจ ตามทิศทางของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ และเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs)
๓. ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบรองรับสังคมสูงวัย รวมถึงการประสานภาพรวม เพื่อเตรียมความพร้อมและพัฒนาคนในทุกช่วงวัย เพื่อรองรับสังคมสูงวัย
๔. สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมการทำงาน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างยั่งยืน รองรับยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ และเทคโนโลยียุคดิจิทัล

วัตถุประสงค์

๑. พัฒนาระบบ กลไกการทำงานเพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและความไม่เป็นธรรมทางสังคม ที่เป็นปัจจัยนำไปสู่ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะ
๒. พัฒนาและจัดการข้อมูล องค์ความรู้ นวัตกรรม นโยบาย การสื่อสาร และเครือข่ายวิชาการ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ
๓. ส่งเสริมกลไกการพัฒนายกระดับศักยภาพและคุณภาพชีวิตการทำงานของภาคีเครือข่าย เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานเชิงประเด็นและบูรณาการการทำงานระหว่างเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๔. ปรับเจตคติของสังคมสู่สังคมไร้การกีดกัน เกิดการยอมรับในความหลากหลายของผู้คน และอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. มีพื้นที่นำร่องที่มีกลไกการดำเนินการรองรับสังคมสูงวัย/เตรียมความพร้อมประชากรเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพอย่างน้อย ๕๐ พื้นที่
๒. เกิดนักสร้างเสริมสุขภาพะคนพิการ^{๑๑๔} ในชุมชนอย่างน้อย ๑๐๐ คน ที่สามารถให้บริการคนพิการที่ได้รับการจ้างงานหรือได้รับการสนับสนุนทุนอาชีพ
๓. มีรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมและเป็นมิตรต่อกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคล ชชาติพันธุ์ ชนเผ่า และกลุ่มประชากรข้ามชาติ อย่างน้อย ๑ รูปแบบ
๔. เกิดกลไกการทำงานเชิงรุกเพื่อลดปัญหาความไม่ปลอดภัย ความเสี่ยงจากการทำงานของแรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบ อย่างน้อย ๑ กลไก
๕. มีครอบครัวผู้นำศาสนาอิสลาม หรือ บุคลากรครูสอนศาสนาอิสลาม ไม่น้อยกว่า ๔๐ ครอบครัวที่สามารถทำให้เกิดการ ลด ละ เลิก การบริโภคยาสูบในครอบครัวมุสลิมไทยได้ โดยมีภรรยาและบุตรเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และสามารถเป็นต้นแบบครอบครัวเลิกบุหรี่^{๑๑๕} ในการขยายผลให้กับครอบครัวมุสลิมไทยได้
๖. เกิดระบบหนุนเสริมการเสริมศักยภาพ และยกระดับองค์กรด้านอาชีพของคนไร้บ้านสู่การเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคม อย่างน้อย ๑ ระบบ

^{๑๑๔} นักสร้างเสริมสุขภาพะคนพิการ คือ บุคคลที่มีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองตามความเสี่ยงทั่วไป และ/หรือความเสี่ยงเฉพาะ รวมทั้งมีความสามารถในการประเมินสมรรถนะ ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ และระดับคุณภาพชีวิตคนพิการใน ๔ มิติ ตามนิยามสุขภาพของคนพิการ ก่อนและหลังการจัดบริการ หรือก่อนและหลังได้รับการจ้างงานหรือการประกอบอาชีพ

^{๑๑๕} ต้นแบบครอบครัวเลิกบุหรี่ ๒ ระดับ หมายถึง ครอบครัวที่ไม่มี การสูบบุหรี่ โดยเกิดจากคนในครอบครัวที่ทำให้คนในบ้านเลิกสูบบุหรี่ได้ และเป็นบ้านปลอดบุหรี่ที่สามารถเป็นต้นแบบครอบครัวที่ไม่มี การสูบบุหรี่ในบ้านให้บ้านอื่นๆ ดูเป็นตัวอย่างได้

๗. เกิดพื้นที่นำร่องการบูรณาการในระดับพื้นที่เพื่อลดทอนปัญหา ผลกระทบ และสร้างปัจจัยเอื้อในการเข้าถึงสุขภาวะของผู้หญิง (เน้นประเด็นความรุนแรงบนฐานเพศ และการเข้าถึงสิทธิสุขภาพ) อย่างน้อย ๕ พื้นที่
๘. เกิดต้นแบบเรือนจำสุภาพะ^{๑๐๐} อย่างน้อย ๓ แห่ง และมีเรือนจำซึ่งบรรลุเป้าหมายของเรือนจำสุภาพะในบางมิติอย่างน้อย ๑ แห่ง
๙. เกิดแกนนำประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีขีดความสามารถในการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสังคมและสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ อย่างน้อย ๑๕๐ คน
๑๐. เกิดกระบวนการสื่อสารเพื่อเปิดประสบการณ์ร่วมระหว่างประชากรกลุ่มเฉพาะ และคนในสังคม เพื่อนำไปสู่การเกิดพันธมิตรร่วมของการมองเห็น ยอมรับ และเข้าใจในการเป็นส่วนหนึ่งในสังคมของคนทุกกลุ่ม อย่างน้อย ๓ ประเด็น

ตัวชี้วัดร่วม

๑๑. ร่วมกับแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในการพัฒนารูปแบบหรือแนวทางการจัดบริการ สร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานนอกระบบ และคนจนเมือง (ชุมชนแออัด) อย่างน้อย ๒ รูปแบบ/แนวทาง
๑๒. ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แผนอาหารเพื่อสุภาพะ ในการใช้องค์ความรู้ สำหรับการพัฒนานวัตกรรม ชุดความรู้ หรือรูปแบบ กิจกรรมทางกายและการส่งเสริมการบริโภคอาหารสุขภาพที่เหมาะสมกับประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างน้อย ๒ รูปแบบ เช่น ในกลุ่มผู้สูงอายุ คนพิการ คนไร้บ้าน ผู้หญิง เป็นต้น
๑๓. ร่วมกับแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุภาพะ สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม สำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ อย่างน้อย ๑ กลุ่มประชากร

^{๑๐๐} เรือนจำซึ่งมีสภาวะแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และวัฒนธรรมที่ผู้ต้องขังได้รับการปฏิบัติที่เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีองค์ประกอบอย่างน้อย ๗ ด้าน ได้แก่ (๑) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ต้องขัง (self-care) (๒) ลดความเสี่ยงของโรคที่มักมีในเรือนจำ (๓) เข้าถึงการบริการสุขภาพ (สุขภาพกาย สุขภาพจิต และทันตสุขภาพ) (๔) ผู้ต้องขังมีพลังชีวิต คิดบวก และมีกำลังใจ (๕) มีระบบความสัมพันธ์ที่เป็นมิตรและเอื้ออาทร (๖) ผู้ต้องขังสามารถธำรงบทบาทของการเป็นแม่/พ่อ/ลูก/และสมาชิกของครอบครัว และ (๗) ผู้ต้องขังมีโอกาสสร้างที่ยืนในสังคม

แนวทางการดำเนินงาน

๑. กลุ่มงานพัฒนานวัตกรรม ความรู้ และนโยบาย

พัฒนาความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะ รวบรวมพัฒนา วิเคราะห์ และถ่ายทอด ข้อมูล งานวิชาการ รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือในการปฏิบัติงาน หนุนเสริมการพัฒนาระบบให้มีความครอบคลุม เหมาะสม ลดช่องว่างและนำไปสู่กลไกการขับเคลื่อนของเจ้าภาพหลัก ลดข้อจำกัดหรือการกีดกันการเข้าถึง สิทธิขั้นพื้นฐานหรือบริการด้านสังคม เพื่อนำสู่การขยายผลในระดับต่างๆ โดยมุ่งเน้นที่ระบบสุขภาพ ระบบ สวัสดิการสังคม การปรับสภาพแวดล้อม และเศรษฐกิจ ตลอดจนการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล จัดทำข้อเสนอ นโยบาย เพื่อผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายระดับประเทศ และระดับพื้นที่ รวมทั้งการหนุนเสริมให้เกิด การนำนโยบายสู่การปฏิบัติในประเด็นที่สอดคล้องเชื่อมโยงกับสถานการณ์ และนโยบายของรัฐบาล นโยบาย ระดับประเทศ และนโยบายสากลเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะ

๒. กลุ่มงานด้านการพัฒนาศักยภาพภาคีและเครือข่าย

สร้างเสริมพลังภาคีในระดับบุคคล องค์กร การพัฒนาศักยภาพผู้นำรุ่นใหม่เพื่อให้มีศักยภาพ ขีดความสามารถในการจัดการตนเองและการทำงานเชิงรุกเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาวะในประชากร กลุ่มเฉพาะ รวมทั้งการเพิ่มขีดความสามารถเพื่อยกระดับฐานคิด การทำงานที่มุ่งสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาวะ และมุ่งเน้นการสาน เสริมพลัง เพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงานของ เครือข่ายภาคีด้านการสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาวะของประชากรกลุ่มเฉพาะทั้งในระดับ พื้นที่และระดับประเทศ

๓. กลุ่มงานด้านการสื่อสารสังคม

สนับสนุนการจัดการความรู้ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายประชากรกลุ่มเฉพาะ ผ่านการ รวบรวมข้อมูลจากภาคีเครือข่ายต่างๆ การถอดบทเรียน การวิเคราะห์/การย่อยข้อมูลทางวิชาการ ให้เข้าใจง่ายขึ้น และนำเสนอผ่านรูปแบบที่เหมาะสม เช่น ทางเว็บไซต์ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการ เป็นต้น

รวมถึงการพัฒนารูปแบบการสื่อสารเรื่องความเป็นธรรมทางสุขภาวะ ในการเปลี่ยนมายาคติที่มีต่อ ประชากรกลุ่มเฉพาะ และช่วยสร้างความเข้าใจของสังคมต่อประเด็นที่มีความละเอียดอ่อนต่างๆ รวมทั้ง การสร้างการยอมรับในการอยู่ร่วมกันท่ามกลางความหลากหลายของผู้คนในสังคม

ภาคีหลัก

หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาระบบและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวง วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข วิทยาลัยราชสุดาศา สถาบันวิศวกรรมพื้นฟูสมรรถภาพและเทคโนโลยี

สิ่งอำนวยความสะดวก สถาบันพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ มหาวิทยาลัยศิลปากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง มหาวิทยาลัยนครพนม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ มหาวิทยาลัยพะเยา มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย เป็นต้น

ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และอื่นๆ อาทิ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ เครือข่ายศิลปินดนตรี คนพิการ มูลนิธิโกลด์คิมทอง สมาคมกีฬาคนพิการแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมสถาปนิกสยามในพระบรมราชูปถัมภ์ มูลนิธิผู้หญิง มูลนิธิเพื่อนหญิง มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล มูลนิธิธีรนาถกาญจนอักษร ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาสิทธิผู้หญิง ศูนย์ฝึกอบรมโครงการผู้หญิงเพื่อสันติภาพและความยุติธรรม ศูนย์การศึกษาและพัฒนาสิทธิมนุษยชน สมาคมเพศวิถีศึกษา มูลนิธิเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา เครือข่ายสตรีชนเผ่า มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ศูนย์วิชาการและศูนย์ประสานงานแรงงานนอกระบบ สถาบันการเงิน สภาหอการค้าไทย หอการค้าจังหวัด สมาคมผู้ประกอบการสภาอุตสาหกรรม คณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทย เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือกและเกษตรกรพันธสัญญา มูลนิธิพิพิธภัณฑ์แรงงานไทย มูลนิธิพัฒนาชนกลุ่มน้อยและชาติพันธุ์ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย สมาคมครอบครัวศึกษาแห่งประเทศไทย มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา มูลนิธิชุมชนไทย ศูนย์ปฏิบัติการร่วมเพื่อแก้ปัญหาประชาชนบนพื้นที่สูง มูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท มูลนิธิช่วยไร่พรหมแดน มูลนิธิวิวัฒน์สาธารณสุข ศูนย์ส่งเสริมสิทธิมนุษยชนภาคอีสาน มูลนิธิอารมณ์พงศ์พจน์ มูลนิธินิคม จันทรวินิจร สภาองค์กรลูกจ้างพัฒนาแรงงานแห่งประเทศไทย สถาบันเพื่อชุมชนเกษตรกรรมยั่งยืน เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือกภาคอีสาน มูลนิธินวัตกรรมทางสังคม มูลนิธิสร้างสรรค์สังคมและสุขภาวะ มูลนิธิการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม มูลนิธิวัฒนธรรมชุมชน สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม มูลนิธิอาชีพเวชศาสตร์ไทย สถาบันวิจัยและพัฒนาเพื่อแผ้วถางสภาวะไร้รัฐ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ สมาคมนักขับเคลื่อนสังคม เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาวะ มูลนิธิส่งเสริมความเสมอภาคทางสังคม สมาคมส่งเสริมภาคประชาสังคม มูลนิธิพิทักษ์ดวงตาลำปาง มูลนิธิพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนเพื่อคุณภาพชีวิตดี จังหวัดขอนแก่น มูลนิธิเครือข่ายพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะ มูลนิธิอารยสถาปัตย์เพื่อคนทั้งมวล เครือข่ายสื่อมวลชน เป็นต้น

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานพัฒนานวัตกรรม ความรู้ และนโยบาย	๑๘๔
๒. กลุ่มแผนงานพัฒนาศักยภาพภาคีและเครือข่าย	๔๑
๓. กลุ่มแผนงานสื่อสารสังคม	๑๕
รวม	๒๔๐



แผนสุขภาวะชุมชน

ทุนและศักยภาพของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

การดำเนินงานของแผนสุขภาวะชุมชนต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๕๒^{๑๑๑} โดยรวมตัวกันเป็นเครือข่ายที่ใช้ชื่อว่า “เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่” และดำเนินการพัฒนาทุนทางสังคมและศักยภาพของภาคีเครือข่าย จนมีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาวะทั้ง ๔ มิติ : ภายใจ ปัญญา และสังคม ที่เป็นพื้นฐาน ให้มีความพร้อมในการพัฒนาสุขภาวะที่ยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ สรุปลงเป็นทุนทางสังคมและศักยภาพของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่และภาคร่วมพัฒนาของแผนสุขภาวะชุมชน ประกอบด้วย ๖ ลักษณะ ดังนี้

- ๑) **การบริหารจัดการเครือข่าย** แผนสุขภาวะชุมชนสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) คณะกรรมการพัฒนาตำบล และสถาบันวิชาการ ทำหน้าที่เป็นกลไกการขับเคลื่อนขบวนการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน จำนวน ๒๐๐ แห่ง ซึ่งแต่ละแห่งมีสมาชิกเครือข่าย ๑๕ - ๒๐ ตำบล โดยแต่ละเครือข่ายจะมีกิจกรรมจัดทำข้อมูลตำบล พัฒนาศักยภาพของนักสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน พัฒนานวัตกรรมจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ขยายผลนวัตกรรมทั้งภายในตำบลและในเครือข่าย รวมถึงชี้้นำการพัฒนาสุขภาวะชุมชนจากฐานปฏิบัติการในพื้นที่ของตนเองให้เป็นนโยบายสาธารณะที่ไปหนุนเสริมนโยบายการปฏิรูปประเทศไทย และยุทธศาสตร์ชาติ รวมถึงการผลักดันไปสู่เป้าหมายตามที่ สสส. กำหนด
- ๒) **ศูนย์เรียนรู้**^{๑๑๒} ที่มีการดำเนินงานโดยใช้พื้นที่เป็นฐานการพัฒนา แผนสุขภาวะชุมชนสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคณะกรรมการพัฒนาตำบลที่มีความเข้มแข็งจำนวนกว่า ๒๐๐ แห่ง ยกกระดับทุนทางสังคมเป็นชุดความรู้จากการปฏิบัติและสร้างการเรียนรู้ได้ทำหน้าที่เป็น “แหล่งเรียนรู้”

^{๑๑๑} ปีแรกของทิศทางการคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

^{๑๑๒} ศูนย์เรียนรู้ (ศร.) หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือโดยองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล ที่มีกระบวนการค้นหาทุนทางสังคมและศักยภาพโดยการใช้องค์ความรู้จากกรณีศึกษาและระบบข้อมูลตำบล รวมถึงข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการประสานและเสริมความเข้มแข็งให้ทุนทางสังคมมีศักยภาพในการพัฒนางานและนวัตกรรมเพื่อเสริมสร้างและพัฒนางานด้านการจัดการสุขภาวะในระดับพื้นที่ให้เป็น “ศูนย์การเรียนรู้” โดยมีการพัฒนาผู้นำของแหล่งเรียนรู้ให้มีขีดความสามารถในการเป็น “วิทยากร” ที่สามารถสร้างการเรียนรู้ร่วมกันภายในพื้นที่ของตนเอง และมีกระบวนการออกแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อขยายผลการดำเนินงานได้

ของแต่ละตำบล โดยแต่ละตำบลมีแหล่งเรียนรู้กว่า ๒๕ แหล่ง กระจายตัวในทุกหมู่บ้าน ครอบคลุม ทั้งด้านสังคม สุขภาพ สิ่งแวดล้อม การเมืองการปกครอง การมีส่วนร่วม และเศรษฐกิจ โดย ศูนย์เรียนรู้ที่แผนสุขภาวะชุมชนสนับสนุน ประกอบด้วย (๑) ศูนย์เรียนรู้ด้านการจัดการสุขภาวะชุมชน (๒) ศูนย์เรียนรู้ด้านการควบคุมยาสูบ (๓) ศูนย์เรียนรู้ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ อุบัติเหตุ (๔) ศูนย์เรียนรู้ด้านการดูแลเด็กปฐมวัย (๕) ศูนย์เรียนรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ (๖) ศูนย์เรียนรู้ ด้านการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน (๗) ศูนย์เรียนรู้ด้านการพัฒนาระบบอาหารชุมชน และ (๘) ศูนย์เรียนรู้ด้านการจัดการภัยพิบัติ

- ๓) **กลไกสนับสนุนวิชาการ** แผนสุขภาวะชุมชนได้กำหนดแนวทางการบริหารจัดการแผนที่ผ่าน ความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๓ ซึ่งออกแบบให้มี “กลไกสนับสนุนวิชาการ” โดยแผนสุขภาวะชุมชนดำเนินการร่วมกับกลไกทางวิชาการในฐานะภาคีร่วมพัฒนาที่มีการกำหนด เป้าหมายร่วมและดำเนินการตามแนวทางการบริหารจัดการแผนดังกล่าวมา กลไกสนับสนุน วิชาการของแผนสุขภาวะชุมชนเป็นทุนทางสังคมที่มีศักยภาพในการบูรณาการและเชื่อมโยง ขบวนการสร้างเสริมสุขภาพกับการขับเคลื่อนนโยบายในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด ภูมิภาค และประเทศ โดยกลไกสนับสนุนวิชาการของแผนสุขภาวะชุมชน ประกอบด้วย (๑) ศูนย์วิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (๒) ศูนย์สนับสนุน วิชาการเพื่อการจัดการเครือข่ายระดับภาค จำนวน ๖ แห่ง (๓) ศูนย์สนับสนุนวิชาการเพื่อ การขับเคลื่อนเฉพาะประเด็น จำนวน ๕ แห่ง และ (๔) ศูนย์สนับสนุนการพัฒนาระบบข้อมูล
- ๔) **ศักยภาพและขีดความสามารถของบุคลากร** แผนสุขภาวะชุมชนได้ดำเนินการฝึกอบรมและสร้าง การเรียนรู้ให้กับโครงการที่สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากการดำเนินงานของกลไกสนับสนุน วิชาการตามข้อ ๓) และสำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน (สำนัก ๓) จัดให้มีวิทยากรเชี่ยวชาญเฉพาะ ที่มีความจำเป็นในฐานะของ “นักสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน” โดยจัดออกเป็น ๕ กลุ่มหลัก ประกอบด้วย (๑) ผู้บริหารท้องถิ่น จำนวนกว่า ๕,๐๐๐ คน (๒) นักวิชาการที่เป็นพนักงานขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น จำนวนกว่า ๑๔,๐๐๐ คน (๓) นักจัดการข้อมูลที่ได้รับผิดชอบงานแผนและนโยบายของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนท้องถิ่นจำนวนกว่า ๓๐๐,๐๐๐ คน (๔) นักจัดกระบวนการ ที่มีบทบาทในการสร้างความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น จำนวนกว่า ๕,๐๐๐ คน และ (๕) นักสื่อสารที่เป็นพนักงานผู้รับผิดชอบการสื่อสารประชาสัมพันธ์และผู้นำ ในกลุ่มเด็กและเยาวชนจำนวนกว่า ๕,๕๐๐ คน รวมทั้งทุกกลุ่มทุนทางสังคมระดับบุคคลมีจำนวนกว่า ๓๒๐,๐๐๐ คน ซึ่งกำลังคนดังกล่าวจะเป็นผู้ขับเคลื่อนหลักอันนำไปสู่การบูรณาการงาน สร้างเสริมสุขภาพเข้าสู่งานและกิจกรรมปกติของครอบครัว กลุ่ม และชุมชน จนเป็นวิถีของชุมชน ท้องถิ่นอย่างยั่งยืน
- ๕) **การบูรณาการงานกับภาคียุทธศาสตร์** แผนสุขภาวะชุมชนโดยสำนัก ๓ ทำหน้าที่เป็นกลไกใน การประสานความร่วมมือและจัดการความรู้ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรหลัก ในพื้นที่กับหน่วยงานทางนโยบายที่เป็นภาคียุทธศาสตร์ที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายสนับสนุน ทุกองค์ประกอบของชุมชนท้องถิ่นเพื่อสร้างสุขของคนในชุมชน แผนสุขภาวะชุมชนได้สร้าง กลไกการทำงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ ๔ หน่วยงานหลัก ประกอบด้วย (๑) กรมส่งเสริม

การปกครองท้องถิ่น (๒) กรมการพัฒนาชุมชน (๓) สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) และ (๔) กรมกิจการผู้สูงอายุ นับว่าเป็นการขยายผลชุดความรู้^{๑๒๓} ชุดเครื่องมือ^{๑๒๔} กระบวนการ และแนวทางการดำเนินงานแต่ละเรื่องแต่ละประเด็น^{๑๒๕} ของแผนสุขภาวะชุมชนเข้าสู่ระบบการทำงานของหน่วยงานเชิงนโยบายและภาคียุทธศาสตร์ได้มีเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่น นำอยู่เป็นฐานในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติไปพร้อมกัน

- ๖) **การจัดกิจกรรมเชิงยุทธศาสตร์** แผนสุขภาวะชุมชนได้ดำเนินการ ๓ กิจกรรมที่ส่งผลกระทบ ในวงกว้างทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นนำอยู่ประกอบด้วย (๑) สนับสนุน ให้สถาบันวิชาการเข้ามาเป็นคู่ความร่วมมือกับชุมชนท้องถิ่นเพื่อยกระดับความรู้จากการปฏิบัติ ของชุมชนท้องถิ่นไปเป็นความรู้ทั่วไป การนำใช้หลักทางวิชาการในการแก้ปัญหาที่ชุมชนยังต้องการ หาคำตอบและสร้างการยอมรับได้ด้วยหลักทฤษฎีที่สัมพันธ์กัน และมีความเหมาะสมสอดคล้อง กับสังคมวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ (๒) กำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อเป็นเป้าหมายการขับเคลื่อน สุขภาวะชุมชนร่วมกันในรูปแบบของ “ปฏิญญาเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นนำอยู่” ซึ่ง ครอบคลุมนโยบายสาธารณะ ๘ ด้าน^{๑๒๖} ๘๘ ข้อเสนอ รวมถึงการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและ การดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ ครอบคลุม ๑๓ กลุ่มประชากร^{๑๒๗} และ (๓) การรณรงค์ที่มี การออกแบบให้มีความเหมาะสมกับชุมชนท้องถิ่นทั้งด้านการใช้ภาษาและวาทกรรม การใช้ช่องทาง การสื่อสารผ่านกว่า ๒,๘๐๐ ตำบล และจัดทำสื่อต้นแบบผ่านระบบออนไลน์ ดำเนินการสอดคล้อง กับระเบียบวาระทางสังคม และระเบียบวาระการรณรงค์ของ สสส. เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เช่น “ลดเมา เพิ่มสุข” เพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดอุบัติเหตุจากรถ “เลิกสูบ ก็เจอสุข” เพื่อควบคุมยาสูบ สร้างพื้นที่ปลอดภัยในครัวเรือนและในชุมชนท้องถิ่น “อาสาทำดี” เพื่อส่งเสริม กิจกรรมการทำความดี การอาสา การช่วยเหลือเกื้อกูล รวมถึง “สร้างภูมิคุ้มกันโรค” เพื่อกระตุ้นชุมชน ท้องถิ่นในการใช้ทรัพยากรธรรมชาติและลดภาวะโลกร้อน

จากที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความพร้อมของแผนสุขภาวะชุมชนที่ได้สะสมทุนทางสังคมจาก การดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องพอสังเขป แผนสุขภาวะชุมชนจึงได้กำหนดจุดเน้นของแผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ที่มุ่งเน้นการใช้ประโยชน์จากศักยภาพของทุนทางสังคมและปรับปรุงรายละเอียด เพื่อทำให้แผนสุขภาวะชุมชนเป็นพลังความรู้และพลังเครือข่ายในการขับเคลื่อนไปสู่ทิศทาง เป้าหมาย และ ยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แผนการปฏิรูปประเทศ และนโยบายของหน่วยงานหลัก ที่ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น

^{๑๒๓} ชุดความรู้ หมายถึง ความรู้ที่เกิดจากการถอดบทเรียน การวิจัยและพัฒนา กระบวนการทำงานของพื้นที่และเครือข่ายในการเพิ่มศักยภาพระบบ การจัดการตนเองของพื้นที่สู่การจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น เพื่อนำไปใช้ในการถ่ายทอดให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาพื้นที่และเครือข่าย ต่อไป

^{๑๒๔} ชุดเครื่องมือ หมายถึง เครื่องมือที่ใช้ในการขับเคลื่อนกระบวนการเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นนำอยู่ ทั้งที่พัฒนาขึ้นเอง และพัฒนาโดยองค์กรหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นผลจากการทำงานร่วมกันทั้งผู้ปฏิบัติและนักวิชาการ ประกอบด้วย ๓ กลุ่ม คือ (๑) เครื่องมือ สำหรับการเรียนรู้ (๒) เครื่องมือสำหรับการพัฒนานวัตกรรม และ (๓) เครื่องมือสำหรับการประเมิน

^{๑๒๕} ประเด็นประกอบด้วย ๗ ประเด็นดังนี้ (๑) การพัฒนาระบบอาหารชุมชน (๒) การพัฒนาระบบการดูแลเด็กปฐมวัยโดยชุมชนท้องถิ่น (๓) การเรียนรู้ ของเด็กและเยาวชน (๔) พัฒนาและสร้างระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น (๕) การควบคุมยาสูบ (๖) การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดอุบัติเหตุ และ (๗) การจัดการสิ่งแวดล้อมและรณรงค์

^{๑๒๖} นโยบายสาธารณะ ๘ ด้าน ประกอบด้วย (๑) ด้านการบริหารจัดการท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม (๒) ด้านการจัดสวัสดิการสังคมโดยชุมชน (๓) ด้านเกษตรกรรมยั่งยืน (๔) ด้านการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (๕) ด้านการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน (๖) ด้านการดูแลสุขภาพชุมชนโดยชุมชน (๗) ด้านการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชน และ (๘) การลงทุนด้านสุขภาพของชุมชน

^{๑๒๗} ๑๓ กลุ่มประชากร ประกอบด้วย (๑) เด็ก ๐-๓ ปี (๒) เด็ก ๓-๕ ปี (๓) เด็ก ๖-๑๒ ปี (๔) เด็กและเยาวชน (๕) หญิงตั้งครรภ์ (๖) กลุ่มวัยทำงาน (๗) ผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) (๘) ผู้ป่วยเอดส์ (๙) ผู้ป่วยจิตเวช (๑๐) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (๑๑) ผู้ด้อยโอกาส (๑๒) คนพิการ และ (๑๓) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สถานการณ์และแนวโน้ม

แผนสุขภาพะชุมชนเห็นถึงโอกาสในการใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ที่เกิดจากการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมาของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และแผนสุขภาพะชุมชนเป็นการเฉพาะ จึงสรุปถึงสถานการณ์และแนวโน้มที่แผนสุขภาพะชุมชนจะใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่เป็นเครื่องมือและกลไกร่วมผลักดันนโยบายลงสู่การปฏิบัติและร่วมให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขเพิ่มเติมหรือปรับปรุงกฎหมายหรือระเบียบที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ ภายใต้ ๒ หลักการ คือ (๑) ใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา (Area-Based Development : ABD) และ (๒) คำนี้ถึงสุขภาพในทุกนโยบาย (Health in all Policies) ดังนี้

๑. ด้านนโยบาย

ด้วยแนวโน้มของนโยบายแห่งรัฐและนโยบายของรัฐบาลส่งผลกระทบต่อชุมชนท้องถิ่น ทั้งที่เป็นโอกาสและความจำเป็นของชุมชนท้องถิ่นที่จะต้องเตรียมการรับมือหรือแก้ปัญหา เช่น ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แผนการปฏิรูปประเทศไทย การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง ที่ส่งผลกระทบต่อสถานะของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น จึงเป็นความท้าทายของแผนสุขภาพะชุมชน โดยสรุปดังนี้

(๑) ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ได้กำหนดตัวชี้วัดเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ ๖ ด้าน^{๑๕๖} โดยตัวชี้วัดเป้าหมายที่แผนสุขภาพะชุมชนได้สร้างองค์ความรู้และแนวทางการดำเนินงานไว้พร้อมที่จะใช้ประโยชน์ในการขยายพื้นที่ให้ครอบคลุมโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก

(๒) แผนการปฏิรูปประเทศไทย สสส. โดยแผนสุขภาพะชุมชนถูกกำหนดให้เป็นเจ้าภาพร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนตามแผนปฏิรูปด้านสังคมว่าด้วย “ระบบสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง” โดยเน้นให้ตำบลเป็นพื้นที่การพัฒนาอย่างบูรณาการ (ตำบลเข้มแข็ง ประเทศมั่นคง) ทั้งนี้แผนสุขภาพะชุมชนจะได้ใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่เป็นฐานการเรียนรู้อย่างน้อย ๓ เรื่อง คือ (ก) ระบบการจัดการพื้นที่ (คน-กลไก-ข้อมูล) (ข) การพัฒนานวัตกรรม (งานเชิงประเด็นที่พัฒนาโดยใช้พื้นที่เป็นฐานการพัฒนา) และ (ค) การบูรณาการภายในชุมชนและนอกชุมชน โดยน้อมนำศาสตร์ของพระราชทาน ๓ ประการเป็นหลักการในการขับเคลื่อน ประกอบด้วย (๑) เข้าใจ-เข้าถึง-พัฒนา (๒) ระเบิดจากข้างใน และ (๓) ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

(๓) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่” ซึ่งเป็นกลไกที่ทำหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานของรัฐมีการบูรณาการทั้งบุคลากร งาน และงบประมาณ โดยมี “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)” เป็นกลไกขับเคลื่อนในพื้นที่ นับว่าเป็นโอกาสของแผนสุขภาพะชุมชนที่จะบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพเข้าสู่ภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ โดยประสานและสร้างความร่วมมือกับ พชอ. ผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบลที่ได้รับการสนับสนุน

^{๑๕๖} ยุทธศาสตร์ ๖ ด้าน ได้แก่ (๑) ด้านความมั่นคง (๒) ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน (๓) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ (๔) ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม (๕) ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และ (๖) ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

๒. ด้านการบูรณาการกับภาคียุทธศาสตร์

สถานการณ์และแนวโน้มด้านนโยบายที่กล่าวมาข้างต้นได้เปิดหน้าต่างแห่งโอกาสทางนโยบายให้กับเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ของแผนสุขภาวะชุมชนที่จะขยายองค์ความรู้ของแผนให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ โดยเฉพาะประเด็นที่เป็นระเบียบวาระของสังคมและนโยบายรัฐที่สำคัญ ดังนี้

(๑) **มาตรฐานการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** โดยแผนสุขภาวะชุมชนกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖ ซึ่งได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องครอบคลุมสาระสำคัญของบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ สำหรับปี ๒๕๖๑ ต่อเนื่องไปยังปี ๒๕๖๒ มีแนวโน้มที่จะเน้นประเด็นที่เป็นนโยบายสำคัญ เช่น พัฒนาเด็กปฐมวัยด้วยการส่งเสริมการเล่น (สนามเด็กเล่นสร้างปัญญา) การผนวกองค์ความรู้ของแผนสุขภาวะชุมชนเข้าสู่หลักสูตรการพัฒนาบุคลากรของท้องถิ่น พัฒนาพื้นที่ต้นแบบด้านการจัดขยะและสิ่งปฏิกูลเพื่อใช้ในการสร้างการเรียนรู้ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเตรียมความพร้อมในการรับถ่ายโอนภารกิจด้านการจัดบริการสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

(๒) **ระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น** ซึ่งเป็นระเบียบวาระสำคัญของประเทศไทย โดยร่วมกับกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์ความรู้และความพร้อมของพื้นที่ในเครือข่ายของแผนสุขภาวะชุมชนได้เข้าร่วมเป็นฐานพลังการขับเคลื่อนนโยบายที่เกี่ยวข้องสู่ปฏิบัติการของชุมชน เนื้อหาของการดำเนินงานได้ถูกนำไปใช้เป็นหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพบุคลากร รวมถึงมีกระบวนการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาสู่การเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายระดับท้องถิ่นและนโยบายสาธารณะ

(๓) **การรื้อฟื้นภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหาร** แผนสุขภาวะชุมชนได้ร่วมจัดกิจกรรม “มหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ” กับกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข อย่างต่อเนื่องมา ๒ ปี (๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑) จึงเห็นทุนและศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นที่มีความเป็นไปได้มาก หากถูกกระตุ้นและส่งเสริมให้รื้อฟื้น “ตำรับอาหารพื้นบ้าน” ให้เป็นประเด็นหลักในการขับเคลื่อนระบบอาหารของชุมชนที่สร้างความมั่นคงและปลอดภัย พร้อมกับกระตุ้นให้ครัวเรือนดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ทั้งในการป้องกันและสร้างภูมิคุ้มกันจากการบริโภคอาหารเป็นยา และรักษาโดยใช้สมุนไพรในกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย โดยแผนสุขภาวะชุมชนคาดว่าจะ เป็นเครือข่ายขนาดใหญ่ที่เข้าร่วมในขบวนการรณรงค์สืบสานภูมิปัญญาพื้นบ้าน การสร้างความหลากหลายทางชีวภาพและอนุรักษ์ฟื้นฟูพันธุกรรมท้องถิ่น และลดการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง

(๔) **การดูแลสุขภาพโดยชุมชนท้องถิ่น** ทุกพื้นที่ในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ให้ความสำคัญในการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพในพื้นที่ มีทุนทางสังคมเข้ามาร่วมขับเคลื่อนกันอย่างหลากหลาย และได้ผลดี ในส่วนของแผนสุขภาวะชุมชนได้กระตุ้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ได้ใช้ประโยชน์จาก “กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่” อย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างการเรียนรู้ให้กับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถึงการพัฒนางานและกิจกรรมที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่สนับสนุนได้ สำหรับปี ๒๕๖๑ แผนสุขภาวะชุมชนได้มีโอกาสหารือกับผู้บริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อร่วมมือกันขับเคลื่อนให้กองทุนหลักประกัน

สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ถูกนำไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพของชุมชนโดยชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมถึงการกระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้ประโยชน์จากงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในส่วนของการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่

(๕) การสร้างความเป็นหุ้นส่วนในการขับเคลื่อนนโยบาย การดำเนินงานของแผนสุขภาพชุมชนที่ผ่านมามีข้อบกพร่องเชิงสถาบันและวางกลไกให้เอื้อต่อการขับเคลื่อนนโยบาย เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่จึงมีขีดความสามารถในการสร้างรูปธรรมของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยแผนสุขภาพชุมชนอยู่ระหว่างการประสานความร่วมมือกับภาคีนโยบายอย่างต่อเนื่อง เช่น นโยบายการท่องเที่ยวชุมชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ โครงการวิทย์แก้จนของกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ความร่วมมือกับภาคเอกชนตามนโยบายประชารัฐเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เป็นต้น

๓. ด้านการบูรณาการภายในสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

แผนสุขภาพชุมชนเป็นฐานการดำเนินงานให้กับแผนอื่นภายใน สสส. ในกรณีที่แผนอื่นสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ โดยแผนสุขภาพชุมชนจะนำชุดความรู้ของแผนอื่นใน สสส. ไปออกแบบเป็นชุดกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีของชุมชน สำหรับปี ๒๕๖๒ ดังนี้

(๑) ความร่วมมือกับแผนอื่นใน สสส. เพื่อการขับเคลื่อนนโยบายร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ ซึ่งจะเป็นการบูรณาการทั้งตัวสาระและยุทธศาสตร์ที่ สสส. ได้ดำเนินการมาและพร้อมขยายผล รวมถึงการใช้ศักยภาพหรือเงื่อนไขจากการทำงานของ สสส. ไปสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เช่น ระบบการดูแลผู้สูงอายุ การท่องเที่ยวชุมชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งมีแนวโน้มจะมีเพิ่มมากยิ่งขึ้นต่อไป

(๒) การอำนวยความสะดวกให้แผนอื่นใน สสส. ได้ใช้ข้อมูลตำบลภายใต้การสนับสนุนของแผนสุขภาพชุมชน ในกรณีที่ชุมชนท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ได้รับการสนับสนุนจากแผนอื่นใน สสส. ทั้งนี้ก็เพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์การเทียบเคียงกับข้อมูลระดับชาติอันนำไปสู่การขับเคลื่อนตามทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส.

(๓) ความร่วมมือในการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ โดยการกำหนดพื้นที่ร่วมกับแผนอื่นใน สสส. ซึ่งได้กำหนดไว้ในตัวชี้วัดร่วมของแผนสุขภาพชุมชนและสอดคล้องกับตัวชี้วัดของแผนที่เกี่ยวข้อง

จุดเน้นของแผน

แผนสุขภาพชุมชนจะใช้องค์ความรู้และประสบการณ์ของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ทั้งในระดับตำบลและจังหวัด ที่ร่วมขับเคลื่อนขบวนการสร้างเสริมสุขภาพมาต่อเนื่องกว่า ๒,๘๐๐ แห่งมาสร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ในการดำเนินงานเพื่อบรรลุตัวชี้วัดเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. โดยเน้นที่พื้นที่ระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ดังนี้

๑. ร่วมเป็นหุ้นส่วนในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ ๓ ด้านหลักคือ (๑) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ (ยุทธศาสตร์ที่ ๓) (๒) ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม (ยุทธศาสตร์ที่ ๔) และ (๓) รวมถึงการให้โอกาสชุมชนในการพัฒนานวัตกรรมที่ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม (ยุทธศาสตร์ที่ ๕)

๒. สร้างความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ทั้งระดับนโยบายและสถาบันวิชาการ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพท้องถิ่น ท้องที่ และองค์กรชุมชน ให้มีความพร้อมในการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย หรือได้รับการรับถ่ายโอนภารกิจที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและตามที่กำหนดในแผนการปฏิรูปประเทศ ที่เป็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ รวมถึงที่กำหนดในแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี

๓. สนับสนุนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการพัฒนา “ศูนย์เรียนรู้” ให้เป็นกลไกในการขยายแนวคิด หลักการ และวิธีการ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ที่สอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการของชุมชนท้องถิ่น รวมถึงสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

๔. เสริมสร้างศักยภาพของภาคีสร้างเสริมสุขภาพที่ทำงานร่วมกับแผนสุขภาวะชุมชนให้มีขีดความสามารถในการปรับเปลี่ยนกระบวนการเรียนรู้ที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ ๒๑ โดยเฉพาะการมีพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้โดยใช้ดิจิทัล แพลตฟอร์มอันนำไปสู่การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (ชอ ๕)^{๑๒๙}

๕. ผลักดันให้เกิดการบูรณาการเข้าสู่ระบบ ทั้งภายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อเนื่องจากปี ๒๕๖๑ โดยการนำองค์ความรู้ที่เกิดจากการดำเนินงานของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ทั้งการพัฒนาาระบบข้อมูล ระบบการทำงาน ระบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และกระบวนการพัฒนานโยบายระดับท้องถิ่นและการรณรงค์ ที่ได้รับการสนับสนุนโดยแผนสุขภาวะชุมชน รวมถึงการบูรณาการเข้าสู่ระบบขององค์กรและหน่วยงานที่ได้ลงนามความร่วมมือกับแผนสุขภาวะชุมชน

ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ

๑. ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านความมั่นคง อาทิ เสริมสร้างคนให้มีความเข้มแข็ง มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา น้อมนำและเผยแผ่ศาสตร์พระราชา หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และนำไปประยุกต์ปฏิบัติใช้อย่าง กว้างขวาง

๒. ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน อาทิ เกษตรปลอดภัย ให้ความรู้ สนับสนุน กลไกตลาดเปลี่ยนผ่านสู่เกษตรอินทรีย์ ท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์และวัฒนธรรม

^{๑๒๙} แนวนโยบายและจุดเน้นในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๕ คือ พัฒนานวัตกรรมและใช้เทคโนโลยี คุคดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

๓. ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ อาทิ ปลูกฝังค่านิยม/วัฒนธรรม พัฒนาการเรียนรู้ตลอดชีวิต พัฒนาศักยภาพทุกช่วงวัย ป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยง จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ พัฒนาระบบบริการสุขภาวะ สร้างการอยู่ดีมีสุขของครอบครัว

๔. ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม อาทิ สนับสนุนการพัฒนาพื้นที่โดยใช้ข้อมูล สร้างหลักประกันทางสังคม สร้างความเข้มแข็งชุมชน รองรับสังคมสูงวัย ส่งเสริมชุมชนจัดการตนเอง

๕. ยุทธศาสตร์ที่ ๕ ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม อาทิ การเพิ่มพื้นที่สีเขียว อนุรักษ์ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติ พัฒนาความมั่นคงทางอาหาร การสร้างความหลากหลายทางชีวภาพบนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น

๖. ยุทธศาสตร์ที่ ๖ ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ อาทิ ส่งเสริมการกระจายอำนาจและสนับสนุนบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยืดการทำงานเพื่อประชาชน

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่นำไปใช้ในแผนสุขภาวะชุมชน

๑. สุขภาวะชุมชน หมายถึง ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งด้านการเมืองการปกครอง สังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม และสุขภาพโดยตรง

๒. การจัดการตนเอง หมายถึง การทำงานของชุมชนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นหรือคณะกรรมการพัฒนาตำบล ทั้งระดับหมู่บ้าน กลุ่มของหมู่บ้าน และตำบล ในการ พัฒนางานด้านต่างๆ เพื่อเสริมศักยภาพให้สามารถจัดการเรียนรู้ การปรับตัว และการจัดการปัญหาของตนเอง โดยใช้ข้อมูลและรูปธรรมการจัดการตนเองเป็นฐานในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการ ของประชาชนในพื้นที่

๓. ตำบลน่าอยู่ (จัดการตนเอง) หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือ โดยองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล ที่มีขบวนการและปฏิบัติการสร้างสุขด้วย ๕ สร้าง ประกอบด้วย สร้างคนมีสุข สร้างระบบข้อมูลใช้ร่วมกัน สร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างสุขภาวะ สร้างกิจกรรมสร้างเสริม สุขภาวะ สร้างแผนงานและโครงการสร้าง โดยตำบลจะน่าอยู่สำหรับคนในชุมชนและผู้มาเยือน รวมถึงชุมชน ท้องถิ่นเข้มแข็งพอที่จะรองรับนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔. ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน (ศจค.) หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลโดยองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นหรือโดยองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล ที่มีกระบวนการค้นหาทุนทางสังคมและศักยภาพ มีการระบุชัดเจนถึงทุนทางสังคมที่มีศักยภาพในการทำหน้าที่เป็นผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้ มีการพัฒนาผู้รู้ และแกนนำของพื้นที่ให้มีขีดความสามารถในการสร้างการเรียนรู้ภายในพื้นที่ของตนเอง และมีกระบวนการ ออกแบบการจัดการเรียนรู้ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือโดยองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล เครือข่าย ๑๕ - ๒๐ แห่ง พร้อมทั้งทำหน้าที่กลไกบริหารจัดการเครือข่าย และร่วมกันพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อร่วมสร้างประเทศไทยให้น่าอยู่ที่มีการประกาศปฏิญญาร่วมกัน

๕. **ศูนย์ประสานงานเครือข่ายเฉพาะประเด็น (ศปง.)** หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือโดยองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล ที่มีทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและระบบการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ และมีความพร้อมในการถ่ายทอดกระบวนการดำเนินงาน ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล หน่วยงาน บุคคลและผู้ที่สนใจ รวมถึงทำหน้าที่เป็นกลไกบริหารจัดการเครือข่าย ๑๕ - ๒๐ แห่ง และอำนวยความสะดวกดำเนินงานเฉพาะประเด็นสู่การปฏิบัติและบูรณาการในพื้นที่

๖. **ศูนย์เรียนรู้ (ศร.)** หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือโดยองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล ที่มีกระบวนการค้นหาทุนทางสังคมและศักยภาพโดยการใช้ข้อมูลจากการวิจัยชุมชนและระบบข้อมูลตำบล รวมถึงข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการประสานและเสริมความเข้มแข็งให้ทุนทางสังคมมีศักยภาพในการพัฒนางานและนวัตกรรมเพื่อเสริมสร้างและพัฒนางานด้านการจัดการสุขภาพในระดับพื้นที่ให้เป็น “ศูนย์การเรียนรู้” โดยมีการพัฒนาผู้นำของแหล่งเรียนรู้ให้มีขีดความสามารถในการเป็น “วิทยากร” ที่สามารถสร้างการเรียนรู้ร่วมกันภายในพื้นที่ของตนเอง และมีกระบวนการออกแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อขยายผลการดำเนินงานได้

๗. **เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด** หมายถึง การนำใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด ทำหน้าที่เป็นกลไกในการเชื่อมองค์ความรู้จากปฏิบัติการจริงในแต่ละเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัด โดยการร่วมกันขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหา และมีรูปธรรมการจัดการ อันสอดคล้องกับนโยบายสาธารณะของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่

๘. **สถาบันวิชาการ** หมายถึง หน่วยงาน องค์กร สถาบัน ที่ทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้และสร้างความรู้ใหม่เพื่อหนุนเสริมการดำเนินงานของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ พร้อมทั้งผลักดันกระบวนการกำหนดยุทธศาสตร์ในการสร้างการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย

๙. **องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล** หมายถึง กลไกที่ได้รับการยอมรับในระดับตำบล มี ๒ ลักษณะประกอบด้วย (๑) มีกฎหมายรองรับ เช่น สภาองค์กรชุมชน มูลนิธิ สมาคม เป็นต้น และ (๒) เกิดจากรวมตัวกันของบุคคลหรือคณะบุคคล เช่น คณะกรรมการพัฒนาตำบล คณะกรรมการบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เป็นต้น

๑๐. **เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่** หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันวิชาการหรือองค์กรทางวิชาการ องค์กรชุมชน องค์กรภาคประชาสังคม และสำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน (สำนัก ๓) ที่มีเป้าหมายเพื่อร่วมขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นให้น่าอยู่ โดยมีบทบาทสำคัญในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน การผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับตำบล เครือข่าย และจังหวัด รวมถึงการขับเคลื่อนและรณรงค์ให้มีการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคืนอำนาจให้ชุมชน

๑๑. **การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ** หมายถึง การประเมินและถอดบทเรียนปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่น เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลจากปฏิบัติการที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนดีขึ้น โดยในเบื้องต้นประกอบด้วย ๕ ประเด็น ดังนี้ (๑) ควบคุมยาสูบ (๒) ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดอุบัติเหตุจากรถ (๓) เกษตรกรรมสู่อาหารปลอดภัย (๔) การจัดการสิ่งแวดล้อม และ (๕) การจัดการภัยพิบัติ

๑๒. การดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางและกลุ่มวัย หมายถึง การประเมินและถอดบทเรียน เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลจากปฏิบัติการที่จะส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพจะอันจะทำให้คนในชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น โดยในเบื้องต้นประกอบด้วย ๔ ประเด็น ดังนี้ (๑) ระบบการดูแลผู้สูงอายุ (๒) การเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน (๓) พัฒนาการเด็กปฐมวัย และ (๔) กลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

๑๓. ระบบข้อมูลตำบล หมายถึง การจัดทำข้อมูลตำบลโดยใช้โปรแกรม TCNAP (Thailand Community Networking Appraisal Program) ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องถิ่น ภาคประชาชน และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบ นำใช้ข้อมูล และเป็นเจ้าของ โดยการสร้างทีมพัฒนาฐานข้อมูลตำบลในการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำใช้ข้อมูลของชุมชนเพื่อจัดการกับปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของแต่ละชุมชน จนเกิดการพึ่งตนเองและนำไปสู่การพัฒนาตำบลสู่การเป็นตำบลน่าอยู่ (จัดการตนเอง)

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

๑๕. เครื่องมือการประเมินชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ หมายถึง แนวทางการประเมินและวิเคราะห์ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการตนเอง เพื่อตอบโจทย์และสนับสนุนในเรื่องต่างๆ เช่น ทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แผนการปฏิรูปประเทศ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เป็นต้น

๑๖. ทุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์เชื่อมโยงของคนในชุมชนทั้งงาน เงิน และข้อมูลเสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการตนเองที่เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยมี ๓ องค์ประกอบหลัก คือ (๑) ทุนมนุษย์ (Human capital) (๒) ทุนองค์กร/สถาบัน (Institute capital) และ (๓) ทุนภูมิปัญญา/วัฒนธรรม (Wisdom capital) ทั้งนี้ทุนทางสังคมแบ่งได้เป็น ๖ ระดับ ได้แก่

(๑) ระดับบุคคลและครอบครัว หมายถึง คนเก่ง คนสำคัญ ผู้นำ คนต้นแบบ ปราชญ์ชาวบ้าน คนที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือเป็นผู้ที่ได้รับความเคารพนับถือ เป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือหรือช่วยชี้นำการพัฒนาและกิจกรรมในชุมชน ทั้งด้านสุขภาพสังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม สุขภาพ การเมืองการปกครอง และครอบครัวต้นแบบ

(๒) ระดับกลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชน หมายถึง การรวมตัวกัน เพื่อร่วมคิด ร่วมทำให้เกิดงาน และกิจกรรมโดยมีเป้าหมายเดียวกันคือการช่วยเหลือเกื้อกูล และแก้ไขปัญหาของสมาชิก เช่น กลุ่มอาชีพ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัคร (รวมกลุ่มกันเองในชุมชน) กลุ่มออมทรัพย์ กองทุนประเภทต่างๆ เป็นต้น กลุ่มเหล่านี้มีงาน และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาชุมชน การสร้างการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีให้กับประชาชน ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การจัดการสภาวะแวดล้อม สุขภาพ และการเมืองการปกครอง

(๓) ระดับหน่วยงานและแหล่งประโยชน์ หมายถึง หน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน รวมถึงองค์กรอิสระต่างๆ ที่มีงานและกิจกรรมทั้งทำเอง ร่วมทำ หรือสนับสนุนในพื้นที่ในการช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาชุมชน การสร้างการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นให้กับประชาชน ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม สุขภาพ และการเมืองการปกครอง เช่น หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือเทศบาล โรงเรียน ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน (กศน.) ศาสนสถาน เป็นต้น รวมถึงโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ และแหล่งประโยชน์ที่เป็นส่วนส่งเสริมการขับเคลื่อนงาน เช่น หอกระจายข่าว ศาลาประชาคม อาคาร สถานที่สาธารณะ แหล่งน้ำ ป่าชุมชน เป็นต้น

(๔) ระดับชุมชนหรือหมู่บ้าน หมายถึง ทูทางสังคมทั้งระดับบุคคล และครอบครัว ระดับกลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชนภายในชุมชนหรือหมู่บ้านเดียวกัน ที่มีงาน และกิจกรรมโดดเด่นหรือมีความเชี่ยวชาญ ในการจัดการตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือมีการจัดการครอบคลุมหมู่บ้าน สมาชิกของหมู่บ้าน หรือ เป็นของหมู่บ้าน กลุ่มอาสาสมัคร (ตามนโยบายรัฐ) เช่น กองทุนหมู่บ้าน กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต ฅาปนกิจสงเคราะห์ กองทุนแม่ของแผ่นดิน เป็นต้น

(๕) ระดับตำบล หมายถึง ทูทางสังคมทั้งระดับบุคคล และครอบครัว ระดับกลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชน ที่มีวัตถุประสงค์ และลักษณะการทำงานที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันมีการเชื่อมประสาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้งานและกิจกรรมร่วมกัน ในด้านเทคนิค วิชาการ ข้อมูลและเงินทุน ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างหมู่บ้านอย่างน้อย ๒ หมู่บ้านขึ้นไป หรือเป็นทูทางสังคมที่มีการจัดการเป็นระดับตำบล แต่ไม่นับรวมถึง ทูทางสังคมที่มีการก่อตั้งร่วมกันในระดับหมู่บ้านแล้วมีการแบ่งแยกก่อตั้งหมู่บ้านใหม่ในภายหลังโดยที่ยังใช้ ทูทางสังคมเดิมร่วมกัน เช่น กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบล (ออมวันละบาท) ศูนย์บริการและถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการเกษตรตำบล กองทุนพัฒนาบทบาทสตรีตำบล เป็นต้น

(๖) ระดับเครือข่าย หมายถึง ทูทางสังคมทั้งระดับบุคคล และครอบครัว ระดับกลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชน ที่มีวัตถุประสงค์ และลักษณะการทำงานที่เหมือนกัน หรือคล้ายคลึงกัน มีการเชื่อมประสาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้งานและกิจกรรมร่วมกัน ในด้านเทคนิค วิชาการ ข้อมูล และเงินทุน ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างตำบล หรืออำเภอ หรือจังหวัด อย่างน้อย ๒ พื้นที่ขึ้นไป เช่น วิสาหกิจเครือข่ายเกษตร เครือข่ายจัดการลุ่มน้ำ เป็นต้น

๑๗. การเพิ่มขีดความสามารถ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของชุมชนท้องถิ่นที่สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาแนวคิด ความรู้ ทักษะ วิธีการทำงาน และความสามารถในด้านอื่นๆ ภายใต้กระบวนการ และกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การประชุม การอบรม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสรุปบทเรียน การถอดบทเรียน การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง และการเรียนรู้ข้ามพื้นที่หรือการศึกษาดูงาน เพื่อนำมายกระดับการทำงานในพื้นที่และเครือข่าย

๑๘. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง หมายถึง บุคคลผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ เป็นผู้นำเชิงความคิดของชุมชนท้องถิ่นที่มีความคิดริเริ่ม สามารถสร้างปฏิบัติการให้เกิดผลได้จริง โดยได้รับการยอมรับและศรัทธาจากคนในพื้นที่และจากบุคคลทั่วไปเพื่อพัฒนาต่อยอดและประยุกต์ใช้ในพื้นที่ บูรณาการเข้าสู่งานประจำได้

๑๙. นักสร้างเสริมสภาวะชุมชน หมายถึง บุคคลในหน่วยงาน องค์กร สถาบันหรือภาคประชาชน ที่ทำหน้าที่สนับสนุนการจัดการตนเอง ด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสภาวะ โดยผ่าน

กระบวนการในการพัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ ยกตัวอย่างเช่น การวิจัยชุมชน การพัฒนาระบบข้อมูล การจัดการกระบวนการเรียนรู้ การสื่อสาร การวิเคราะห์และนำใช้ข้อมูล การออกแบบและพัฒนา ระบบการจัดการพื้นที่ การประเมินตนเอง เป็นต้น

๒๐. นโยบายสาธารณะ หมายถึง การประมวลองค์ความรู้และวิเคราะห์กิจกรรมจากปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่นที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยชุมชนท้องถิ่น จนเกิดเป็นปฏิญญาเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่และมีข้อตกลงร่วมของเครือข่ายในภาพรวม ซึ่งสมาชิกของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ได้ใช้เป็นแนวทางการขับเคลื่อนของแต่ละพื้นที่ทั้งระดับตำบล เครือข่าย และจังหวัด

๒๑. บูรณาการภายใน สสส. หมายถึง การทำงานร่วมกันโดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของสำนักที่เกี่ยวข้อง ร่วมคิด ร่วมออกแบบ ร่วมสนับสนุนและร่วมประเมินผลลัพธ์และผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่นำร่อง รวมถึงขยายผลผ่านหน่วยงานและองค์กรที่เป็นเจ้าภาพหลัก

๒๒. บูรณาการเข้าสู่งานประจำ หมายถึง การดำเนินงานที่มีการประสานกลมกลืนกันกับโครงสร้างปกติของหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ทั้งในเรื่องของแผน กระบวนการ ข้อมูล การจัดสรรทรัพยากร การปฏิบัติการ ผลลัพธ์ และการประเมินผล ที่สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันและเชื่อมโยงกันเป็นหนึ่งเดียวอย่างสมบูรณ์และยั่งยืน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล ร่วมกับองค์กรหลักในพื้นที่ เป็นกลไกหลักในการจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนและร่วมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนการปฏิรูปประเทศ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน
๒. เพื่อสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบลร่วมกับองค์กรหลักในพื้นที่สร้างและพัฒนานวัตกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและการดูแลประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มวัย^{๑๓๐} โดยใช้พื้นที่เป็นฐานการพัฒนา
๓. เพื่อสนับสนุนสถาบันวิชาการให้เป็นคู่ความร่วมมือกับชุมชนท้องถิ่นในการสร้างเครื่องมือที่จำเป็นต่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนท้องถิ่นและการขยายผลผ่านงานทางวิชาการ รวมทั้งการใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลไปพร้อมกัน
๔. เพื่อสนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพผู้นำการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนให้มีขีดความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ ๒๑ และน้อมนำศาสตร์ของพระราชมา^{๑๓๑} มาเป็นหลักในการดำเนินงาน

^{๑๓๐} ใช้คำเดียวกับยุทธศาสตร์ชาติ

^{๑๓๑} ศาสตร์ของพระราชมา ๓ ประการ ประกอบด้วย ๑) เข้าใจ-เข้าถึง-พัฒนา ๒) ระเบิดจากข้างใน และ ๓) ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

การตอบสนองต่อแผนนโยบายแห่งรัฐ (ยุทธศาสตร์ชาติและแผนการปฏิรูปประเทศไทย)

๑. เกิดรูปแบบและแนวทางการจัดการข้อมูลร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ในระดับตำบลและอำเภอ ตามที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม
๒. เกิดแนวทางการจัดทำแผนแม่บทชุมชนแบบบูรณาการ (ระดับตำบล) ตามที่กำหนดไว้ในแผนการปฏิรูปประเทศไทยด้านสังคม
๓. เกิดรูปแบบและคู่มือสำหรับการขับเคลื่อนขบวนการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

การตอบสนองต่อทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. (๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) และแผนหลัก สสส. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓

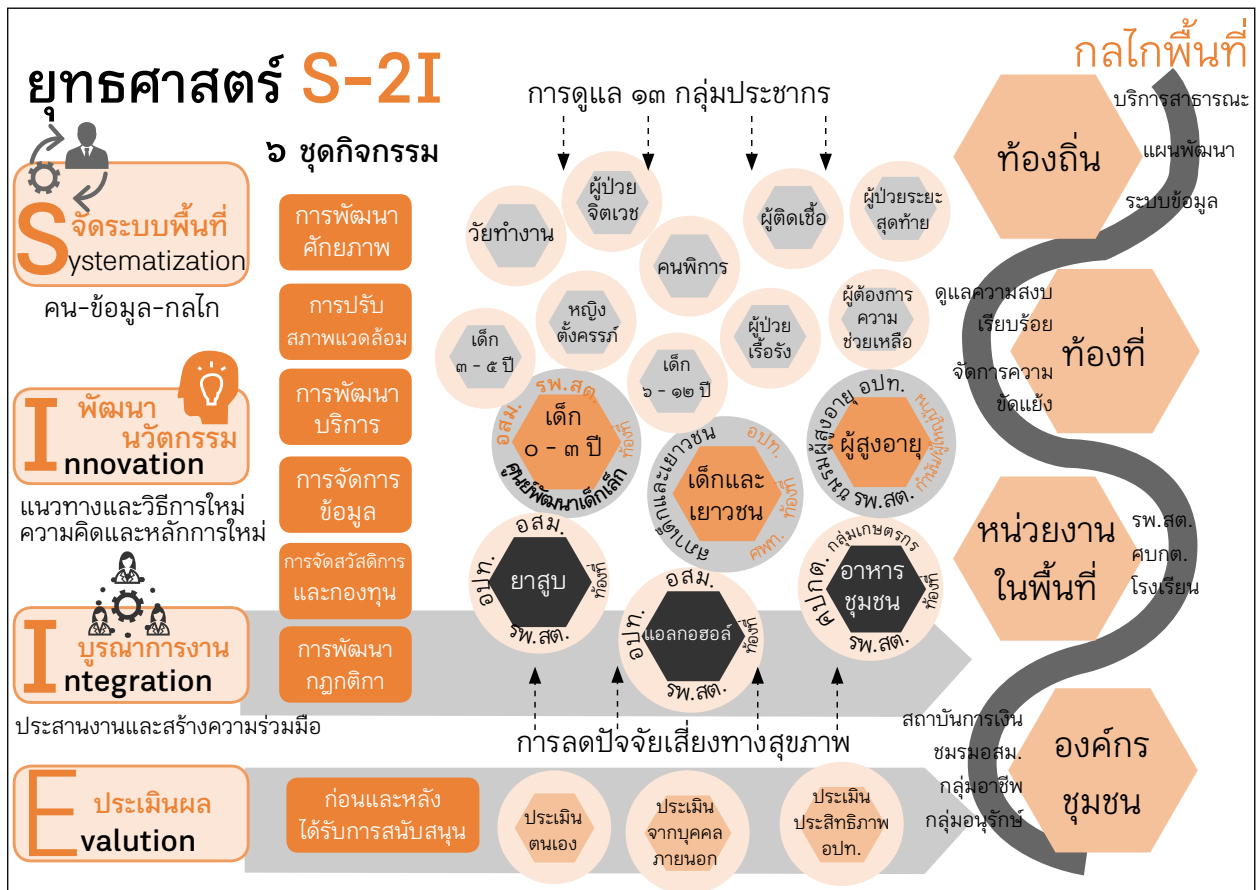
๔. เกิดตำบลนำอยู่ (จัดการตนเอง) จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐๐ แห่ง ที่มีความเข้มแข็งและมีขีดความสามารถในการสร้างการเรียนรู้ให้แก่ภาคีสร้างเสริมสุขภาพและเป็นฐานการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
๕. เกิดเครือข่ายตำบลนำอยู่ (จัดการตนเอง) ในอำเภอเดียวกัน จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๕ อำเภอ เป็นพื้นที่ในการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด
๖. เกิดเครือข่ายตำบลนำอยู่ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มวัย จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๕ แห่ง ทำหน้าที่เป็นกลไกการรณรงค์และขับเคลื่อนนโยบาย
๗. เกิดเครือข่ายตำบลนำอยู่ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๕ แห่ง ทำหน้าที่เป็นกลไกการรณรงค์และขับเคลื่อนนโยบาย
๘. เกิดเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ เครือข่าย โดยความร่วมมือกับกลไกการขับเคลื่อนตามที่กฎหมายกำหนดหรือกลไกเฉพาะกิจที่ได้รับการยอมรับจากหน่วยงานในระดับจังหวัด
๙. มีสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือกับชุมชนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ แห่ง บูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาวะเข้าสู่พันธกิจหลักของมหาวิทยาลัยและสอดคล้องกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติและระเบียบวาระการพัฒนาคำคัญของพื้นที่
๑๐. มีผู้นำการเปลี่ยนแปลง จำนวนไม่น้อยกว่า ๔,๐๐๐ คน ทำหน้าที่สร้างปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่นและสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งและเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี
๑๑. เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ร่วมรณรงค์และขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี

ตัวชี้วัดร่วม

๑๒. ร่วมกับแผนอื่น เช่น แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ แผนอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นต้น เพื่อแสดงข้อมูลผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้มีการใช้ข้อมูลตำบล
๑๓. ส่งเสริมให้เกิดตำบลสุขภาพตามยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายแห่งชาติ

แนวทางการดำเนินงาน

แผนสุขภาพชุมชนออกแบบและกำหนดกิจกรรมตาม “ยุทธศาสตร์ S-2I” โดยมีอย่างน้อย ๔ องค์กรหลักในพื้นที่ ประกอบด้วย (๑) ท้องถิ่น (๒) ท้องที่ (๓) หน่วยงานรัฐในพื้นที่ และ (๔) องค์กรชุมชนและภาคประชาชน รวมตัวเป็นกลไกในการขับเคลื่อนการเสริมสร้างสุขภาพชุมชน สำหรับการดำเนินงานในปี ๒๕๖๒ มีรายละเอียดดังนี้



๑. **สนับสนุนการพัฒนากระบวนการจัดการสุขภาวะของพื้นที่ (S-Systematization)** ตามหลักการ เข้าใจ-เข้าใจ-พัฒนา โดยการค้นหาและเข้าใจถึงศักยภาพทุนทางสังคมและกลไกการทำงานร่วมกันในพื้นที่ของตนเอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการกำหนดเป้าหมายร่วมกันและการออกแบบระบบให้สอดคล้องกับบริบทและเงื่อนไขเฉพาะพื้นที่ของตนเอง ๓ กิจกรรมหลัก ประกอบด้วย (๑) การพัฒนาระบบข้อมูล (๒) การพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนท้องถิ่นและคนทำงาน และ (๓) การสร้างความร่วมมือกับกลไกในพื้นที่โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกหลักในการสร้างความร่วมมือกับอีก อย่างน้อย ๓ องค์กรในพื้นที่ ประกอบด้วย องค์กรชุมชน และหน่วยงานรัฐในพื้นที่นั้น

๒. **สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม (I-Innovation)** ตามหลักการ “ระเบิดจากข้างใน” และ “ความพอเพียง” โดยการกระตุ้นหรือสร้างเงื่อนไขให้กลุ่มทางสังคมและองค์กรหรือหน่วยงานในพื้นที่ได้พัฒนาแนวทางและวิธีการใหม่ๆ ในการพัฒนา รวมไปถึงการนำความคิดหรือหลักการใหม่มาใช้ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาวะของพื้นที่ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันและการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างความร่วมมือกับภาคภายนอกพื้นที่ให้เข้ามาหนุนเสริมกระบวนการพัฒนานวัตกรรม

๓. **ประสานและสร้างความร่วมมือในการบูรณาการงาน (I-Integration)** โดยการค้นหาแนวทางและวิธีการที่จะบูรณาการเข้าสู่ระบบการทำงานปกติขององค์กรหรือหน่วยงาน และสร้างความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ในการนำใช้หลักสูตร แนวทาง และวิธีการ เข้าสู่ระบบการทำงานของหน่วยงานระดับนโยบายเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืน ทั้งนี้ในการบูรณาการงานยังรวมถึงการสร้างระบบการทำงานร่วมกันภายใน สสส.

๔. **จัดกระบวนการให้มีการประเมินของแต่ละตำบลก่อนและหลังได้รับการสนับสนุนจากแผนสุขภาวะชุมชน** โดยใช้เครื่องมือที่เป็นการประเมินตนเอง การประเมินจากบุคคลภายนอก และการประเมินประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกลไกของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นที่เรียกว่า LPA (Local Performance Assessment) รวมถึงการจัดการความรู้เพื่อแสดงผลการดำเนินงานที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) และนโยบายอื่นที่เกี่ยวข้องตามสถานการณ์

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วย ๔ แผนงาน มีรายละเอียดดังนี้

๑. แผนงานสนับสนุนการจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนและขับเคลื่อนนโยบาย

สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบลร่วมกับภาคีหลักในพื้นที่ในการทำหน้าที่เป็นกลไกจัดการเครือข่ายและบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนเข้าสู่ระบบงานประจำของทุกฝ่ายในพื้นที่ หนุนเสริมการขับเคลื่อนนโยบายหลักของรัฐสู่การปฏิบัติ เป็นกลไกเอื้ออำนวยต่อขบวนการปฏิรูปประเทศ และยกระดับเครือข่ายตำบลสุขภาวะให้เป็นกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์จังหวัด รวมถึงคำนึงถึงการคัดสรรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ทำหน้าที่เป็นศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน (ศจช.) และสมาชิกเครือข่ายให้ครอบคลุมพื้นที่ในหลากหลายลักษณะ อาทิ พื้นที่เขตสุขภาพ พื้นที่เขตเมือง พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ

เป้าหมายและตัวชี้วัดมีดังนี้

(๑) เกิดตำบลน่าอยู่ (จัดการตนเอง) จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐๐ แห่ง ที่มีความเข้มแข็งและมีขีดความสามารถในการสร้างการเรียนรู้ให้แก่ภาคีสร้างเสริมสุขภาพและเป็นฐานการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

(๒) เกิดเครือข่ายตำบลน่าอยู่ (จัดการตนเอง) ในอำเภอเดียวกัน จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๕ อำเภอ เป็นพื้นที่ในการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด

(๓) เกิดเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ เครือข่าย โดยความร่วมมือกับกลไกการขับเคลื่อนตามที่กฎหมายกำหนดหรือกลไกเฉพาะกิจที่ได้รับการยอมรับจากหน่วยงานในระดับจังหวัด

(๔) ทบทวนและปรับแผนการดำเนินงานของเครือข่ายตำบลน่าอยู่ (จัดการตนเอง) ให้ทำหน้าที่เป็นกลไกร่วมมือกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รวมถึงสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี

๒. แผนงานสนับสนุนการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน

สนับสนุนการพัฒนารูปธรรมและต้นแบบการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางและกลุ่มวัย โดยใช้ศักยภาพของทุนทางสังคมและบุคลากรของชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานในการพัฒนาจนสามารถยกระดับเป็นกลไกการรณรงค์และขับเคลื่อน ประกอบด้วย ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพชุมชน ศูนย์จัดการเครือข่ายเฉพาะประเด็น ศูนย์เรียนรู้โดยให้ความสำคัญกับการผนวกหรือบูรณาการเข้าสู่ระบบงานประจำของทุกฝ่ายในพื้นที่ และเป็นกลไกในการรณรงค์และกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ตอบสนองต่อทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. รวมถึงการพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีการสื่อสารและรองรับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

เป้าหมายและตัวชี้วัดมีดังนี้

(๑) เกิดเครือข่ายตำบลน่าอยู่ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มวัย จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๕ แห่ง ทำหน้าที่เป็นกลไกการรณรงค์และขับเคลื่อนนโยบาย

(๒) เกิดเครือข่ายตำบลน่าอยู่ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๕ แห่ง ทำหน้าที่เป็นกลไกการรณรงค์และขับเคลื่อนนโยบาย

(๓) ทบทวนชุดความรู้การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและระบบการดูแลประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มวัย ที่สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.

๓. แผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และรณรงค์

พัฒนาและสนับสนุนให้เมืองค์กรหรือหน่วยงานหรือสถาบันหรือคณะบุคคลเข้ามาทำหน้าที่สนับสนุนทางวิชาการและการบริหารจัดการเครือข่ายให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล และองค์กรหลักในพื้นที่เพื่อร่วมสร้างตำบลน่าอยู่ การเพิ่มทักษะด้านการนำข้อมูล

การสื่อสาร และการรณรงค์ ให้แก่บุคลากรของชุมชนท้องถิ่น และการบูรณาการเข้าสู่ระบบการทำงานปกติขององค์กรและหน่วยงาน รวมถึงการสนับสนุนกิจกรรมของยุทธศาสตร์ชาติและแผนการปฏิรูปประเทศ

เป้าหมายและตัวชี้วัดมีดังนี้

(๑) มีสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือกับชุมชนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ แห่ง บูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาวะเข้าสู่พันธกิจหลักของมหาวิทยาลัยและสอดคล้องกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติและระเบียบวาระการพัฒนาที่สำคัญของพื้นที่

(๒) เครือข่ายตำบลน่าอยู่หรือเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัดมีการนำใช้เครื่องมือการประเมินสุขภาวะชุมชน

(๓) เกิดแนวทางการจัดทำแผนแม่บทชุมชนแบบบูรณาการ (ระดับตำบล) ตามที่กำหนดไว้ในแผนการปฏิรูปประเทศไทยด้านสังคม

(๔) เกิดรูปแบบและแนวทางการจัดการข้อมูลร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ในระดับตำบลและอำเภอ ตามที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม

(๕) เกิดรูปแบบและคู่มือสำหรับการขับเคลื่อนขบวนการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๔. แผนงานเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน

การเพิ่มขีดความสามารถสำหรับผู้นำชุมชนท้องถิ่นของเครือข่ายตำบลน่าอยู่และของภาคียุทธศาสตร์ให้มีทักษะในการสร้างความร่วมมือ การบูรณาการในทุกระดับ การออกแบบกิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชนท้องถิ่น การขึ้นนำการพัฒนานวัตกรรมการสร้างสุขภาวะชุมชน และการรู้เท่าทันนโยบายสาธารณะที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนท้องถิ่น โดยการน้อมนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในการออกแบบหลักสูตรและแนวทางการจัดการเรียนรู้เพื่อเพิ่มทักษะดังที่กล่าวมาข้างต้น

เป้าหมายและตัวชี้วัดมีดังนี้

(๑) มีผู้นำการเปลี่ยนแปลง จำนวนไม่น้อยกว่า ๔,๐๐๐ คน ทำหน้าที่สร้างปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่นและสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งและเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี

(๒) เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ร่วมรณรงค์และขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี

(๓) มีเครือข่ายอาสาสมัครสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนที่มีศักยภาพและรอบรู้ด้านสุขภาวะ รวมทั้งมีจิตสาธารณะและมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม

(๔) ทบทวนทุนทางสังคมที่มีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาวะ ป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ

(๕) ทบทวนหลักสูตรการเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการเปลี่ยนแปลง และนักสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน

ภาคีหลัก

๑. ภาคีระดับพื้นที่

๑) **ระดับจังหวัด** เช่น ผู้ว่าราชการจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด หอการค้าจังหวัด สภาอุตสาหกรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัด สมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายกำนันผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น

๒) **ระดับอำเภอ** เช่น คณะกรรมการพัฒนาอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เครือข่ายกองทุนสุขภาพ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

๓) **ระดับตำบล** เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนันผู้ใหญ่บ้าน สภาผู้นำชุมชน องค์กรชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มทางสังคมในหมู่บ้านและตำบล เป็นต้น

๔) **ระดับหมู่บ้าน** เช่น คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง สภาผู้นำชุมชน เป็นต้น

๒. ภาคียุทธศาสตร์

๑) กระทรวงมหาดไทย เช่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการพัฒนาชุมชน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมการปกครอง เป็นต้น

๒) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เช่น สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) กรมกิจการผู้สูงอายุ เป็นต้น

๓) กระทรวงสาธารณสุข

๔) กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

๕) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

๖) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๗) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๘) กระทรวงศึกษาธิการ

๙) กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. แผนงานสนับสนุนการจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน และขับเคลื่อนนโยบาย	๒๐๐
๒. แผนงานสนับสนุนการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาวะ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน	๑๐๐
๓. แผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และรณรงค์	๑๐๐
๔. แผนงานเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน	๓๐
รวม	๔๓๐

๗

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว

สถานการณ์และแนวโน้ม

กรอบทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้กำหนดเป้าหมายเฉพาะ (Specific Strategic Target) ที่ต้องการบรรลุไว้รวมทั้งสิ้น ๑๐ เป้าหมาย โดย แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว มุ่งเน้นดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ ๙ เรื่อง การเพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น เพื่อให้เป็นปัจจัยพื้นฐานของการสร้างเสริมสุขภาวะของสมาชิกในครอบครัว^{๑๓๒} แผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ของแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว จึงยังคงมุ่งเน้นแนวทางพัฒนาให้ครอบครัวมีความอบอุ่น เข้มแข็ง และมีสุขภาวะ พร้อมมุ่งเน้นกับการตอบสนองปัญหาสุขภาวะเร่งด่วนของกลุ่มเด็กปฐมวัยและกลุ่มเยาวชนที่พบในปัจจุบัน มีครอบครัวและสถานศึกษาเป็นฐานหลักของการดำเนินงานอย่างเชื่อมโยงกับพื้นที่ทางสังคมอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยเชิงสภาพแวดล้อม ทั้งนี้ แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว จะดำเนินงานผ่าน ๓ แผนงานเชิงยุทธศาสตร์ ได้แก่ แผนงานสุขภาวะเด็กและครอบครัว แผนงานโรงเรียนสุขภาวะ แผนงานศักยภาพเยาวชน และ ๓ แผนงานสนับสนุน ได้แก่ แผนงานพัฒนาความรู้สู่การปฏิบัติ แผนงานสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลง การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการผลักดันนโยบาย และแผนงานพัฒนาศักยภาพคนทำงานและการจัดการความรู้

จากการรวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว พบว่ามีสาระสำคัญ สรุปได้ดังต่อไปนี้

๑. สถานการณ์และแนวโน้มด้านครอบครัว

๑.๑ รูปแบบครอบครัวของคนไทยในปัจจุบันมีความหลากหลายและมีพลวัตสูงขึ้น

การเกิดที่ลดน้อยลง การย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองเพิ่มมากขึ้น การมีอายุยืนยาวขึ้น คือปัจจัยระดับมหภาคที่ส่งผลให้รูปแบบครอบครัวของคนไทยในปัจจุบันมีความหลากหลายกว่าเดิม โดยพบว่า ร้อยละ ๓๓.๖ เป็นครอบครัวสามรุ่น (ครอบครัวขยาย) ร้อยละ ๒๖.๖ เป็นครอบครัวพ่อแม่และลูก ร้อยละ ๑๖.๒

^{๑๓๒} สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าดัชนีครอบครัวอบอุ่นนับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ อยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ โดยล่าสุดในปี ๒๕๕๙ พบว่าขยับขึ้นมาอยู่ที่ร้อยละ ๖๗.๙๘ ทั้งนี้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กำหนดค่าดัชนีไว้ดังนี้ ระดับดีมาก = ร้อยละ ๙๐.๐-๑๐๐.๐, ระดับดี = ร้อยละ ๘๐.๐-๘๙.๙, ระดับปานกลาง = ร้อยละ ๗๐.๐-๗๙.๙, ระดับต้องปรับปรุง = ร้อยละ ๖๐.๐-๖๙.๙, ระดับต้องเร่งแก้ไข < ร้อยละ ๕๙.๙

เป็นคู่สามี-ภรรยาไม่มีบุตร ร้อยละ ๑๓.๕ เป็นครัวเรือนอยู่คนเดียว ร้อยละ ๗.๑ เป็นครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ร้อยละ ๒.๑ เป็นครอบครัวข้ามรุ่น (ปู่ย่า/ตายาย กับหลาน) และมีครอบครัวที่ไม่ใช่ญาติอีกร้อยละ ๐.๖^{๑๓๓}

๑.๒ ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวมีจำนวนเพิ่มจาก ๔ แสนครอบครัว เป็น ๑.๔ ล้านครอบครัวโดยร้อยละ ๘๐ เป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว และเกือบครึ่งของแม่วัยรุ่นเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวด้วย

ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวคือ ครอบครัวที่มีเพียงพ่อหรือแม่อยู่กับลูกตั้งแต่ ๑ คนขึ้นไป โดยพบว่าร้อยละ ๘๐ ของครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวจำนวนราว ๑.๔ ล้านครอบครัว เป็นครอบครัวแม่เลี้ยงเดี่ยว สาเหตุหลักมาจากการหย่าร้าง สอดคล้องกับสถิติการหย่าร้างของคนไทยที่เพิ่มอย่างต่อเนื่องในช่วงกว่าสิบปีที่ผ่านมา และยังพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของครอบครัวแม่วัยรุ่นเป็นครอบครัวแม่เลี้ยงเดี่ยวด้วย ทั้งนี้ ปัญหาหลักที่ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวต้องเผชิญคือ ปัญหาเรื่องรายได้-โดยเฉพาะแม่เลี้ยงเดี่ยวที่สามีเคยเป็นผู้หารายได้หลัก, ปัญหาการจ้างงาน-โดยเฉพาะแม่เลี้ยงเดี่ยวที่ต้องดูแลลูกเล็ก, การหาที่อยู่อาศัยในราคาที่เหมาะสม ส่งผลให้บางรายต้องย้ายกลับไปอยู่กับพ่อแม่หรือญาติ บางรายส่งลูกไปอยู่กับปู่ย่าตายายในต่างจังหวัด, ปัญหาสุขภาพจิต-ความเครียด โรคซึมเศร้า โดยเฉพาะแม่เลี้ยงเดี่ยว และการขาดระบบช่วยเหลือและสนับสนุนต่างๆ เช่น บริการดูแลเด็กที่มีคุณภาพและเหมาะสม การส่งเสริมการจ้างงานแก่แม่เลี้ยงเดี่ยว การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางจิตใจ เป็นต้น ปัจจุบันยังไม่มีนโยบายสำหรับครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวให้การสนับสนุนด้านสวัสดิการใดเป็นการเฉพาะ^{๑๓๔}

๑.๓ ครอบครัวข้ามรุ่นหรือครอบครัวแห่งกลางมีจำนวนเพิ่มสองเท่าตัว เสี่ยงต่อความยากจนและคุณภาพการเลี้ยงดูเด็ก

ครอบครัวข้ามรุ่นคือ ครอบครัวที่ปู่ย่า/ตายายกับหลานอาศัยอยู่ร่วมกันโดยไม่มีคนวัยแรงงาน/พ่อแม่ของเด็กอยู่ร่วมบ้านด้วย พบว่าในช่วงเวลาไม่ถึง ๓๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๕๖) จำนวนครอบครัวข้ามรุ่นในประเทศไทยมีเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า ปัจจุบันมีครอบครัวข้ามรุ่นมากกว่า ๔๐๐,๐๐๐ ครอบครัว หรือคิดเป็นร้อยละ ๒ ของครัวเรือนทั้งหมดในประเทศไทย และมีแนวโน้มที่คาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ และมีเด็กจำนวนมากถึง ๑.๒๔ ล้านคนที่ปัจจุบันอาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่นดังกล่าวนี้ โดยร้อยละ ๔๗ อยู่ในภาคตะวันออก เฉียงเหนือ พบว่าหัวหน้าครัวเรือนข้ามรุ่นกว่าครึ่งเป็นผู้มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี เกือบร้อยละ ๙๐ เป็นผู้หญิงและเลี้ยงดูหลานเพียงลำพัง นอกจากนี้พบว่าหัวหน้าครอบครัวข้ามรุ่นร้อยละ ๖๐ มีสุขภาพไม่แข็งแรง มีแหล่งรายได้จากเงินที่ลูกส่งมาให้ รายได้จากภาคเกษตรกรรม และเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดย ๑ ใน ๕ มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน มีงานวิจัยที่ศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเด็กที่อยู่กับผู้สูงอายุเมื่อพ่อแม่ย้ายถิ่น พบว่าครัวเรือนที่ไม่มีพ่อแม่อยู่ด้วยเนื่องจากเป็นผู้ย้ายถิ่นมีสถานภาพทางการเงินที่ดีขึ้นจากการส่งเงินกลับ แต่เด็กที่ได้รับการดูแลโดยปู่ย่าตายายที่สูงอายุมีผลการเรียนที่ด้อยกว่าเด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ และพบว่าเด็กที่พ่อแม่ย้ายถิ่นมีแนวโน้มดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่าเด็กที่ไม่มีพ่อแม่ย้ายถิ่น^{๑๓๕}

^{๑๓๓} รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๘: โฉมหน้าครอบครัวไทยยุคเกิดน้อย อายุยืน. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ๒๕๕๙.

^{๑๓๔} รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๘, เฟิ่งอ้าง.

^{๑๓๕} เฟิ่งอ้าง.

๑.๔ นโยบายด้านครอบครัวมีความก้าวหน้าแต่ยังต้องการแนวทางเฉพาะเพื่อตอบสนองครอบครัวในภาวะยากลำบากและกลไกการจัดบริการให้ครอบครัวครอบคลุมครอบครัวในระดับพื้นที่

ในระดับนโยบาย ประเทศไทยมีแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านครอบครัว มีหน่วยงานเจ้าภาพทั้งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์โดยกรมส่งเสริมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว และกระทรวงมหาดไทยโดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ซึ่งร่วมดำเนินงานผ่านกลไกระดับพื้นที่อันได้แก่ศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานลงไปถึงกลุ่มเป้าหมายในระดับพื้นที่ยังคงเป็นความท้าทายเนื่องจากกลไกการปฏิบัติงานยังไม่ครอบคลุม ส่วนใหญ่ยังต้องการการหนุนเสริมศักยภาพในการปฏิบัติงานและการทำงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในปัจจุบันครอบครัวจำนวนมากในพื้นที่เฉพาะ อาทิ ชายแดนพื้นที่สูง ชุมชนแออัดในเขตเมือง ยังต้องการระบบสนับสนุนที่มีความจำเพาะเจาะจง

๒. สถานการณ์และแนวโน้มด้านสุขภาวะเด็กและเยาวชน

๒.๑ ยังมีช่องว่างในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบต่อต้นทุนสุขภาพของเด็ก

จากรายงานสุขภาพคนไทยปี ๒๕๖๑ พบว่าหญิงตั้งครรภ์เกือบ ๑ ใน ๕ มีภาวะโลหิตจาง ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ทารกในครรภ์เติบโตช้าหรือคลอดก่อนกำหนด เด็กที่เกิดมามีโอกาสโลหิตจางมากขึ้นซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญา, ทุกปียังมีเด็กพิการแต่กำเนิดประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน ทั้งๆ ที่ร้อยละ ๕๐ สามารถป้องกันได้โดยการให้ผู้หญิงที่ต้องการตั้งครรภ์กินกรดโฟลิกหรือวิตามินบี ๙ เสริมก่อนตั้งครรภ์^{๑๓๖} นอกจากนี้ยังมีหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า ๒๐ ปีมากกว่า ๑ ใน ๓ ที่ไม่ได้ฝากครรภ์ภายใน ๓ เดือนแรก, ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพมารดาและเด็กวัย ๐ - ๒ ปี ยังต้องการการจัดการเชิงระบบให้มีความครอบคลุม

๒.๒ เด็กปฐมวัยยังไม่ได้รับการดูแลสุขภาพและพัฒนาการอย่างรอบด้านและครอบคลุม

อัตราการกินนมแม่อยู่ในระดับ ๑๘ วันโดยเฉลี่ย, ภาวะทุพโภชนาการส่งผลให้ยังมีปัญหาเด็กเตี้ยและผอมในภาคใต้ ปัญหาเด็กอ้วนในภาคกลางและกรุงเทพมหานคร, กว่าครึ่งของเด็กอายุ ๓ ปีมีปัญหาฟันน้ำนมผุ เพิ่มความเสี่ยงที่ฟันแท้จะผุต่อไปในอนาคต, เด็กเกือบ ๑ ใน ๔ มีปัญหาในพัฒนาการของกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา, เด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านระดับสติปัญญามากกว่าภาคอื่น, เด็กอายุ ๒ - ๕ ปีมีพัฒนาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านทักษะสมองล่าช้ากว่าเกณฑ์เฉลี่ยประมาณร้อยละ ๓๐, กลไกและระบบดูแลเด็กปฐมวัย ๐ - ๖ ขวบยังไม่เชื่อมต่อซึ่งกันและกัน อาทิ ระหว่างครอบครัว-สถานดูแลเด็กเล็ก-สถานพยาบาล

๒.๓ เด็กปฐมวัยจำนวนกว่า ๑ ใน ๓ อาศัยอยู่กับปู่ย่า/ตายาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนมากที่สุด

เด็กอายุ ๑ - ๕ ปี ได้รับการดูแลโดยพ่อแม่เพียงร้อยละ ๖๑ และได้รับการดูแลโดยปู่ย่าหรือตายายมากถึงร้อยละ ๓๔ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนปู่ย่าตายายเป็นผู้เลี้ยงดูหลักสูงสุดถึงร้อยละ ๔๒.๗ นอกจากนี้ ในแต่ละปีมีเด็กทารกถูกทอดทิ้งและเข้าสู่สถานสงเคราะห์ของรัฐอย่างน้อย ๑๕๐ - ๒๐๐ คน จากสาเหตุการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น การหย่าร้าง และความยากจน

^{๑๓๖} ข้อมูลโดย นายกสมาคมเพื่อเด็กพิการแห่งประเทศไทย ให้ข้อมูลเมื่อ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๑.

๒.๔ สถานการณ์เด็กวัย ๓ - ๔ ขวบถูกลงโทษด้วยวิธีรุนแรงทางกายมากกว่าเด็กกลุ่มวัยอื่น

รายงานสุขภาพคนไทย ปี ๒๕๖๐ ยังพบว่าในภาพรวมเด็กปฐมวัยเป็นช่วงอายุที่ถูกทำโทษด้วยวิธีรุนแรงทางร่างกายมากกว่าวัยอื่น โดยราว ๓ ใน ๔ ของเด็กวัย ๓ - ๔ ขวบถูกสมาชิกในครอบครัวทำร้ายร่างกายใน ๑ เดือนที่ผ่านมา และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้เลี้ยงดูเชื่อว่าการลงโทษทางร่างกายเป็นสิ่งจำเป็นในการเลี้ยงเด็ก

๒.๕ กลุ่มเด็กวัยเรียนมีแนวโน้มเผชิญกับสถานการณ์ภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน ฟันผุ และปัญหาด้านความสามารถ เชาวน์ปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่ามาตรฐานสากล

ผลการสำรวจสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนประถมศึกษาเมื่อปี ๒๕๕๗^{๑๓๗} พบว่าเด็กวัยเรียนร้อยละ ๔๘.๘ ดื่มน้ำหวาน ๑ แก้วต่อวัน ร้อยละ ๔๒.๗ ชื่นชอบถูกรอบขนมขบเคี้ยวนอกโรงเรียนอย่างน้อย ๑ - ๒ วันต่อสัปดาห์ ในขณะที่ร้อยละ ๔๓.๒ ของโรงเรียนที่สำรวจ มีร้านค้าขายขนมและน้ำอัดลมอยู่บริเวณรอบรั้วโรงเรียนจำนวน ๑ - ๒ ร้าน นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กไทยมีพฤติกรรมเนือยนิ่งเพราะความนิยมในการใช้สื่อดิจิทัลที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เด็ก ๑ ใน ๕ มีโอกาสเกิดภาวะอ้วนซึ่งจะนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ ก่อนวัยอันควร

๒.๖ ดัชนีการพัฒนาเยาวชนไทยอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยอาเซียน เยาวชนหญิงชายยังคงเผชิญปัญหาสุขภาพหลายด้าน และต้องการเสริมทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างรู้เท่าทัน

ไทยมีดัชนีการพัฒนาเยาวชนอยู่ในลำดับที่ ๘ ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอาเซียนทั้งสิบประเทศ โดยมีเพียงดัชนีเรื่องการศึกษาที่ไทยทำได้ดีกว่าค่าเฉลี่ยของอาเซียน แต่ดัชนีเรื่องสุขภาพะ ดัชนีด้านการจ้างงานและโอกาส และดัชนีด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ล้วนแต่อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยค่อนข้างมาก^{๑๓๘} และจากรายงานภาวะโรคของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะในกลุ่มเยาวชนชาย ๓ ลำดับแรก ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่วนในกลุ่มเยาวชนหญิง ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคซึมเศร้าตามลำดับ นอกจากนี้ การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและสื่อดิจิทัลที่ขยายตัวอย่างรวดเร็วทำให้การเตรียมความพร้อมเยาวชนไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อด้านลบจากการใช้ที่ผิดวิธีตามมา เช่น อี-สปอร์ต เกมออนไลน์ ความฉลาดรู้เรื่องการใช้สื่อดิจิทัลเป็นทักษะที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

๒.๗ นโยบายด้านเด็กและเยาวชนมีความก้าวหน้า แต่ต้องการพลังขับเคลื่อนความร่วมมือสู่การปฏิบัติที่ได้ผลภายใต้เป้าหมาย/แนวทางร่วม และครอบคลุมกลุ่มที่เสียเปรียบทางสังคม

ในภาพรวมนโยบายด้านเด็กและเยาวชนมีความก้าวหน้าเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยอาจจะมีการประกาศใช้ร่างพระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัยในอนาคตอันใกล้ ซึ่งร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้จะมีความครอบคลุมเด็กวัย ๐ - ๘ ปี และเน้นการบูรณาการภาคส่วนต่างๆ เนื่องจากงานพัฒนาเด็กปฐมวัยนั้นอยู่ในการดูแลของ ๔ กระทรวงหลัก คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ กระทรวงมหาดไทย นอกจากนี้ยังมีกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงแรงงานเกี่ยวกับการจัดตั้งศูนย์เลี้ยงเด็กที่สถานประกอบการ และสวัสดิการของบิดามารดาเด็ก กระทรวงยุติธรรม ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิเด็ก ดูแลเด็กที่เกิดในเรือนจำ ฯลฯ ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้จะจัดตั้งคณะกรรมการ

^{๑๓๗} อ้างถึงใน รายงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐. การเดินทางของความสุข. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

^{๑๓๘} First ASEAN Youth Development Index. Jakarta: ASEAN Secretariat, July 2017.

นโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อทำงานบูรณาการนโยบายและแผนงานการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเพื่อบูรณาการงบประมาณการพัฒนาเด็กปฐมวัย พร้อมกำกับติดตามประเมินผลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนกำกับพัฒนาหน่วยบริการเด็กปฐมวัยให้บริการอย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้จะเน้นการดูแลที่จำเพาะเจาะจงเพื่อให้การพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นไปตามความต้องการความจำเป็นพิเศษของเด็กแต่ละคน^{๑๓๙}

ในส่วนของเด็กวัยเรียน พบว่านโยบายและมาตรการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กวัย ๖ - ๑๒ ปียังไม่มี ความเข้มแข็งเท่าที่ควรเนื่องจาก^{๑๔๐} (๑) ขาดการบูรณาการด้านนโยบายระหว่างหน่วยงานหลักในระดับชาติ (๒) ขาดการกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนที่ชัดเจน และมีอัตราการเปลี่ยนงานสูง (๓) ขาดแคลนทรัพยากรและระบบสนับสนุน (๔) ระบบข้อมูลและการรายงานผลมีความซ้ำซ้อนและไม่ได้ถูกให้ความสำคัญ

ด้านเยาวชน มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (ฉบับที่ ๒) เมื่อปลายปี ๒๕๖๐ เพิ่มการกำหนดแนวทางและปรับปรุงวิธีการในการส่งเสริมพัฒนาเด็กและเยาวชนให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพสังคมปัจจุบันโดยให้องค์กรเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมมากขึ้น กำหนดให้มีการจัดตั้งสภาเด็กและเยาวชนระดับตำบลหรือเทศบาล ๗,๗๗๔ แห่งทั่วประเทศ ให้้องการบริหารส่วนตำบลและเทศบาลสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของสภาเด็กและเยาวชนระดับตำบล นับเป็นโอกาสที่ดีของการพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนโดยยกระดับกลไกสภาเด็กและเยาวชนให้สามารถเป็นพื้นที่เรียนรู้และแสดงศักยภาพคนรุ่นใหม่ในการดูแลชุมชนและสังคม

๓. มาตรการที่ได้ผลในการสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว

๓.๑ “มาตรการต้นน้ำ” เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการลงทุนที่มีความคุ้มค่า

การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทย ผนวกกับสถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน หลอดเลือดสมองและหัวใจ ฤงลมโป่งพอง มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุให้คนไทยเสียชีวิตมากถึงร้อยละ ๗๓ ของการเสียชีวิตทั้งหมด และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก^{๑๔๑} ทำให้ต้องเร่งมือในการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาการของเด็กและเยาวชน เพื่อลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง/ไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้ขีดผู้สูบบุหรี่ การกินอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครือข่ายนานาชาติเพื่อการแก้ไขปัญหา NCDs ที่มีสมาชิกมากกว่า ๒,๐๐๐ องค์กรทั่วโลกได้เสนอให้รัฐบาลเร่งดำเนินงาน “มาตรการต้นน้ำ” เพราะการลงทุนสร้างปัจจัยส่งเสริมสุขภาพในวัยเด็กและเยาวชนเป็นการลงทุนที่คุ้มค่ากว่าการรักษาเมื่อเป็นโรค^{๑๔๒}

^{๑๓๙} จากเว็บไซต์ คณะกรรมการอิสระเพื่อการปฏิรูปการศึกษา, <http://www.thaiedreform.org/knowledge/1099/>, เข้าถึงเมื่อ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๒.

^{๑๔๐} รายงานการประเมินบริการอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษา เสนอต่อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. โดย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. ๒๕๖๐.

^{๑๔๑} ความพร้อมและข้อเสนอต่อสังคมไทยในการรับมือวิกฤต NCDs, NCD Forum 2014 Digest, ๑๔ สิงหาคม ๒๕๕๗.

^{๑๔๒} The NCD Alliance, The Early Life-Course Approach to NCDs in the Post-2015 Sustainable Development Goal Context, <https://tinyurl.com/ydyxvogu>, เข้าถึงเมื่อ พฤษภาคม ๒๕๖๑.

๓.๒ การขับเคลื่อนความรู้สมัยใหม่เรื่องพัฒนาการของเด็กสู่ครอบครัวและสังคมคือจุดคานงัดของการพัฒนาประชากรให้มีคุณภาพตั้งแต่แรกเกิด

ที่ผ่านมา สังคมยังไม่นำความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ก้าวหน้าเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก พัฒนาการของสมอง และการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสมกับศตวรรษที่ ๒๑ มาปรับใช้อย่างเต็มที่ ทั้งยังขาดการขยายผลบทเรียนที่ดีบนฐานของการบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วน จึงทำให้ยังไม่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ที่ดีในตัวเด็ก พบว่ามีบทเรียนการดำเนินงานที่ได้ผลในการช่วยสนับสนุนการเลี้ยงดูและการคุ้มครองเด็กโดยเริ่มตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ไปจนถึงตลอดวงจรของการเกิด การเลี้ยงดูทารกแรกคลอด การเลี้ยงดูเด็กก่อนและเด็กปฐมวัย วัยเรียนและวัยรุ่น ซึ่งส่งผลดีต่อพัฒนาการของเด็ก โภชนาการ การเติบโตและพัฒนาศักยภาพ เพื่อเป็นต้นทุนชีวิต ลดโอกาสของการป่วย การตาย ทุพพลภาพ และการบาดเจ็บ ดังนี้^{๑๔๓}

- | | |
|----------------------------|---|
| มาตรการที่ได้ผล | (๑) การดูแลโภชนาการ, อาหารเสริม, ไอโอดีน |
| ในช่วงก่อนตั้งครรภ์ | (๒) การดูแลสุขภาพจิตใจ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า |
| จนถึงการคลอด | |
| มาตรการที่ได้ผล | (๓) การได้รับนมแม่ต่อเนื่อง ๖ เดือนแรกของชีวิต |
| ในช่วงปฐมวัย | (๔) อาหารเสริมและการดูแลโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัย |
| | (๕) การสนับสนุนพ่อแม่ผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วย ความรู้และทักษะในการกระตุ้นพัฒนาการ การสร้างปฏิสัมพันธ์แบบตอบสนองระหว่างพ่อแม่และเด็ก การสร้างวินัยเชิงบวก การพัฒนาทักษะทางสมอง การสร้างความผูกพัน และการสัมผัสที่อบอุ่นช่วยสร้างอารมณ์ที่มั่นคงแก่ทารกและเด็กเล็ก |
| | (๖) การปกป้องคุ้มครองเด็กจากการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง การละเลยทอดทิ้ง รวมถึงความรุนแรงในครอบครัว |
| | (๗) การดูแลเด็กก่อนวัยเรียนทั้งในบ้านและในศูนย์เด็กเล็กรูปแบบต่างๆ มีกุญแจสำคัญคือ คุณภาพของการเล่นทั้งในแง่วัตถุสิ่งของ ปริมาณของเล่น ความหลากหลายของรูปแบบการเล่น, การอ่านแบบ interactive หรือ dialogue, การจัดรูปแบบห้องเรียนสำหรับเด็กที่สร้างบรรยากาศการเรียนรู้และความรู้สึกเชิงบวก, การเอาใจใส่ความรู้สึกและความต้องการของเด็กรายบุคคล |
| | (๘) โครงข่ายการคุ้มครองทางสังคม (social safety net) หรือการจัดบริการทางสังคมในรูปแบบต่างๆ ที่พบว่าได้ผลลัพธ์ที่ดีต่อตัวเด็กคือ การให้เงินอุดหนุนอย่างมีเงื่อนไข เช่น ให้เพื่อเสริมโภชนาการในเด็ก ให้เพื่อเสริมสร้างการเล่นและการเรียนรู้ของเด็ก |

^{๑๔๓} Britto P.R. et al., Nurturing care: promoting early childhood development, The Lancet 2017;389: 91-102.

**มาตรการที่ได้ผล
ในช่วงวัยเรียน^{๑๔๔}**

- (๑) ชุดมาตรการที่ใช้โรงเรียนเป็นฐานในการส่งเสริมสุขภาพในวัยเด็ก
ตอนกลาง (๕ - ๙ ปี) และวัยรุ่นตอนต้น (๑๐ - ๑๔ ปี) องค์การอนามัยโลก
พบว่าโมเดลโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting school)
ได้พิสูจน์ว่าช่วยทำให้เด็กมีสุขภาพดี โดยช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อ NCDs เช่น
ดัชนีมวลกายที่สมส่วน เพิ่มกิจกรรมทางกาย เพิ่มการกินผักและผลไม้
เพิ่มสุขภาพในช่องปาก ลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่
- (๒) การเรียนเพศวิถีศึกษาที่รอบด้าน (Comprehensive Sexuality
Education : CSE), ศูนย์บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น (Youth-Friendly
Health Service : YFHS) ในโรงเรียน, โภชนาการศึกษา, การเรียนรู้ทักษะ
ดูแลสุขภาพจิตและการให้คำปรึกษา

**มาตรการสำหรับ
วัยรุ่นตอนปลาย/
เยาวชน**

- (๑) มาตรการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมถึงการ
คุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี
- (๒) การเรียนเพศวิถีศึกษาที่รอบด้าน (Comprehensive Sexuality
Education : CSE), ศูนย์บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น (Youth-Friendly
Health Service : YFHS) ในโรงเรียน, โภชนาการศึกษา, การเรียนรู้ทักษะ
ดูแลสุขภาพจิตและการให้คำปรึกษา
- (๓) มาตรการส่งเสริมโอกาสและศักยภาพเยาวชน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น
ตอนปลายเพราะเป็นช่วงที่สมองจะมีการพัฒนาและปรับโครงสร้างอีกครั้ง
หากได้รับประสบการณ์ที่ช่วยสร้างคุณค่าในตนเอง จะมีผลส่งเสริมให้เกิด
พฤติกรรมสุขภาพเป็นต้นทุนชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ โดยในวัยนี้จะสร้าง
การเรียนรู้ให้แก่ตนเองผ่านการทดลองและการผจญภัยเป็นวิธีการหลัก
ผสมผสานด้วยมาตรการที่ทำในชุมชน ในระบบสื่อ และในระบบสุขภาพ

ข้อมูลเชิงประจักษ์เรื่องมาตรการที่ได้ผลในการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาการของเด็กและเยาวชน
จะถูกนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมร่วมกับต้นทุนการดำเนินงานของแผนสุขภาพะเด็ก เยาวชน และครอบครัว
ในระยะต่อไป

^{๑๔๔} Bundy, D. A. P., N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison, and G. C. Patton 2018. Optimizing Education Outcomes: High-Return Investments in School Health for Increased Participation and Learning. Washington, DC: World Bank.

จุดเน้นของแผน

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มสำคัญ และกระบวนการพัฒนาแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ สรุปจุดเน้นการดำเนินงานของแผนงานต่างๆ ภายใต้แผนสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ได้ดังนี้

- ๑. แผนงานสุขภาวะเด็กและครอบครัว** มุ่งเน้นการสนับสนุนบทบาทและทักษะการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีลักษณะเฉพาะ ครอบครัวในพื้นที่ยากลำบาก ครอบครัวในองค์กร (workplace) และสนับสนุนการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายครอบครัวที่เข้มแข็ง เพื่อให้เป็นกลุ่มช่วยเหลือและเป็นพลังทางสังคมเพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยนำองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาครอบครัว และการประยุกต์ใช้ความรู้เรื่องพัฒนาการเด็กและทักษะสมอง มาใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดครอบครัวอบอุ่นและมีทักษะในการเลี้ยงดูเด็กทุกช่วงวัยให้มีสุขภาวะและทักษะชีวิต ตลอดจนสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ บริการสังคม ระบบคุ้มครองทางสังคม ให้ตอบสนองความต้องการของเด็กแต่ละช่วงวัยอย่างเข้มแข็งมากขึ้น
- ๒. แผนงานโรงเรียนสุขภาวะ** มุ่งเน้นการสนับสนุนให้สถานศึกษา สามารถดำเนินงานเพื่อเพิ่มผลลัพธ์เชิงสุขภาพให้แก่ผู้เรียนภายใต้เป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปีของ สสส. พัฒนาวุฒิภาวะทางอารมณ์ (EQ) ความฉลาดด้านจริยธรรม (MQ) และทักษะชีวิต เพื่อบ่มเพาะให้เด็กวัยเรียนมีพื้นฐานนิสัยที่เข้มแข็งในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะ โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในโรงเรียน (Whole School Approach) เชื่อมโยงกับครอบครัวและชุมชนโดยรอบ ตลอดจนจนหน่วยบริการสาธารณสุขและผู้นำชุมชน โดยเน้นสถานศึกษาในพื้นที่ยากลำบาก และเน้นการขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการเชิงนโยบายระหว่างหน่วยงานหลัก
- ๓. แผนงานศักยภาพเยาวชน** มุ่งเน้นการสนับสนุนให้กลุ่มเยาวชน ทั้งกลุ่มเยาวชนทั่วไปและสภาเด็กและเยาวชน เข้าถึงกระบวนการเรียนรู้ การฝึกฝนและลงมือทำ เพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงสู่ชุมชน/ผู้ประกอบการทางสังคม (Social Entrepreneurship)/จิตอาสาเพื่อชุมชน รวมถึงการสนับสนุนให้เกิดพื้นที่เยาวชนที่เชื่อมโยงครบทั้งระดับตำบล-อำเภอ-จังหวัด เป็นพื้นที่ของการแสดงศักยภาพ เกิดทักษะชีวิต และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพให้เกิดองค์กรเยาวชน (Youth-led organization) ที่เข้มแข็งเพื่อร่วมพัฒนาสังคม
- ๔. แผนงานพัฒนาและขับเคลื่อนความรู้สู่การปฏิบัติ** สนับสนุนโครงการวิจัยในระดับประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์ความรู้เกี่ยวกับเด็กเจนเอเรชั่นแซดและแอลฟา (Generation-Z, Alpha) และการขับเคลื่อนความรู้ในยุคนิวสู่การปฏิบัติสำหรับบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็ก เยาวชน และครอบครัว อาทิ ความรู้เรื่องการพัฒนาทักษะสมอง วิธีคิดแบบเรียนรู้และเติบโต (Growth mindset) ทักษะด้านการเข้าสังคมและอารมณ์ (Social and Emotional Skills)

๕. **แผนงานสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล** เน้นการทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและภาคีเชิงยุทธศาสตร์เพื่อสร้างความเข้าใจในสังคมและสร้างกระแสสังคมเพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชน ตลอดจนการผลิตและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัล และการสื่อสารเพื่อให้เด็ก เยาวชน และคนในครอบครัวเกิดความรอบรู้ทางสุขภาพ
๖. **แผนงานพัฒนาศักยภาพคนทำงาน** เน้นการพัฒนาทักษะการเป็นผู้ประกอบการทางสังคม/ผู้นำการเปลี่ยนแปลง การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวปฏิบัติที่ดีในการทำงานและขับเคลื่อนประเด็นยุทธศาสตร์ทั้งด้านสุขภาวะเด็กและครอบครัว และศักยภาพเยาวชน ตลอดจนจนความรู้ความเข้าใจและทักษะในการบริหารจัดการโครงการที่มีธรรมาภิบาลและมุ่งผลลัพธ์

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนพื้นที่ต้นแบบที่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร กลไก และภาคีความร่วมมือเพื่อสนับสนุนสุขภาวะครอบครัว สุขภาวะเด็กปฐมวัย และการส่งเสริมศักยภาพเยาวชน ทั้งในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด รวมถึงพื้นที่ที่มีภาวะยากลำบาก เช่น ชายแดน พื้นที่สูง ชุมชนแออัด
๒. กระตุ้นและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีหน่วยงานเจ้าภาพพร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกับภาคีผู้พัฒนานวัตกรรม เพื่อยกระดับการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติที่ได้ผลดีและสามารถขยายผลได้
๓. พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้แก่กลไกการติดตามและประเมินผลภายในแบบเสริมพลัง มุ่งเน้นการพัฒนาต่อยอด และขยายผล ผ่านการสนับสนุนให้เกิดการถอดบทเรียนที่มีความเป็นรูปธรรม และมีความเป็นไปได้ในการขยายผล ตลอดจนการจัดการความรู้ในเครือข่ายภาคีนักสร้างนวัตกรรม

ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว มีความสอดคล้องเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติ ดังนี้

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ การปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรม ทั้งเรื่องการปลูกฝังค่านิยมและวัฒนธรรมผ่านการเลี้ยงดูในครอบครัว การบูรณาการเรื่องความซื่อสัตย์ วินัย คุณธรรม จริยธรรมในการจัดการเรียนการสอนในสถานศึกษา การส่งเสริมจิตสาธารณะและความรับผิดชอบต่อส่วนรวม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต เริ่มตั้งแต่ช่วงการตั้งครรภ์/ปฐมวัย วัยรุ่น/วัยรุ่น และวัยแรงงานตอนต้น

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ การปฏิรูประบบการเรียนรู้ที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ ๒๑ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการเรียนรู้ตลอดชีวิต

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี โดยมุ่งเน้นเรื่องการสร้างความรู้ด้านสุขภาวะ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มุ่งเน้นการสร้างความรู้ที่มีสุขของครอบครัวไทย การส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมของภาครัฐภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว และชุมชนในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การปลูกฝังและพัฒนาทักษะนอกห้องเรียน การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๗ การเสริมสร้างศักยภาพการกีฬาในการสร้างคุณค่าทางสังคมและพัฒนาประเทศ ในเรื่องของการส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาขั้นพื้นฐานให้กลายเป็นวิถีชีวิต โดยผ่านการสนับสนุนสถานศึกษาและครอบครัว

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

1. พื้นที่เรียนรู้ครอบครัวอบอุ่น ๕๐ องค์กร/พื้นที่ มีดัชนีครอบครัวอบอุ่นในระดับที่ดีขึ้น (ดัชนีและฐานข้อมูลครอบครัวอบอุ่นตามนิยามและการเก็บข้อมูลของแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว)
2. อำเภอสุขภาวะ^{๑๔๔} เพื่อการดูแลเด็ก เยาวชน และครอบครัวที่มีความหลากหลายและเปราะบาง ใน ๔ อำเภอและ ๔ ภูมิภาค
3. เกิดกลไก^{๑๔๖} การสร้างเสริมสุขภาวะเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น และเยาวชน จำนวน ๑๐ ตำบล และมีการดำเนินการตามกลไกอย่างน้อย ๓ ตำบล
4. มีโรงเรียนไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ โรงเรียน ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในโรงเรียน ที่ตอบสนองเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปีของ สสส.
5. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในพื้นที่เฉพาะ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในชุมชนแออัด จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๐๐ แห่ง ได้รับการพัฒนา
6. ผลักดันให้ตัวชี้วัดการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัวในแผนปฏิบัติการระดับกระทรวง แผนพัฒนากลุ่มจังหวัด/จังหวัด อย่างน้อย ๑ ประเด็น ถูกนำไปจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการรายปีของภาคีหลักหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
7. เกิดองค์ความรู้หรือนวัตกรรมในการพัฒนาสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว รวมถึงครอบครัวที่มีลักษณะเฉพาะ กลุ่มเด็กและเยาวชนเปราะบาง พื้นที่พิเศษ และพื้นที่เฉพาะที่สนองตอบกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีดิจิทัลไม่น้อยกว่า ๔ เรื่อง

^{๑๔๔} หมายถึง อำเภอที่มีการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในประเด็นการคุ้มครองและส่งเสริมสุขภาวะเด็กและเยาวชนในครอบครัวรูปแบบต่างๆ ที่อยู่ในภาวะเปราะบาง เช่น เด็ก/เยาวชนในครอบครัวข้ามรุ่น เด็ก/เยาวชนในครอบครัวพ่อแม่วัยรุ่น เด็ก/เยาวชนในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว เป็นต้น

^{๑๔๖} หมายถึง การดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับตำบล/เทศบาลที่ประกอบด้วยภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับงานเด็กและเยาวชน อาทิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน

๘. ประเด็นการสื่อสารผ่านช่องทางสื่อต่างๆ ไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง ที่จะสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนทัศนคติของคนในสังคม

ตัวชี้วัดร่วม

๙. เกิดรูปแบบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ด้วยการผลักดัน ๔ มิติ ได้แก่ (๑) ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายยุทธศาสตร์ (๒) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายและแกนนำ (๓) การติดตามประเมินผล และ (๔) การผลักดัน โดยความร่วมมือระหว่างแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และแผนสุขภาพวัยเด็ก เยาวชนและครอบครัว
๑๐. เกิดแผนปฏิบัติการระยะปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ ที่ตอบสนองยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต ในแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ ด้วยกระบวนการพัฒนาแผนแบบมีส่วนร่วมโดยความร่วมมือของแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ แผนสุขภาพประชาชนกลุ่มเฉพาะ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และแผนสุขภาพวัยเด็ก เยาวชนและครอบครัว

แนวทางการดำเนินงาน

๑. กลุ่มแผนงานสุขภาพวัยเด็กและครอบครัว

๑.๑ พัฒนาศักยภาพและยกระดับการดำเนินงานของระบบและกลไกด้านเด็กปฐมวัยในระดับตำบลและอำเภอ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพวัยเด็กปฐมวัยตั้งแต่ในครรภ์มารดาจนถึงอายุ ๖ ปีบริบูรณ์โดยมุ่งเน้นให้มารดาตั้งครรภ์มีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตสมส่วน พัฒนาการสมวัย ร่างกายแข็งแรงและฉลาดใช้เทคโนโลยี ครอบคลุมการดูแลที่ละเอียดอ่อนต่อครอบครัวข้ามรุ่น ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว และครอบครัวแม่เลี้ยงเดี่ยว

๑.๒ พัฒนาศักยภาพและยกระดับกลไกสนับสนุนครอบครัวในระดับตำบลและอำเภอ เพื่อให้สามารถดำเนินงานสนับสนุนครอบครัวในชุมชนและเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านงานพัฒนาครอบครัวในชุมชน ตลอดจนเชื่อมต่อกับระบบและกลไกระดับอำเภอ เพื่อช่วยให้ครอบครัวพัฒนาสัมพันธภาพที่อบอุ่น ลดความรุนแรงในครอบครัว เพิ่มพูนทักษะในการเลี้ยงดูเด็กทุกช่วงวัย โดยให้ความสำคัญแก่การสนับสนุนครอบครัวข้ามรุ่น ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวแม่เลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวในชุมชนชายแดนหรือพื้นที่ทุรกันดาร เพื่อให้ก้าวข้ามภาวะเปราะบาง

๑.๓ ขยายผลการดำเนินงานพัฒนาครอบครัวอบอุ่นในองค์กร/สถานประกอบการรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ส่งผลดีไปถึงเด็ก เยาวชน และสมาชิกครอบครัวของคนทำงาน ตลอดจนถอดบทเรียน/สังเคราะห์แนวทางหรือเครื่องมือที่สามารถนำไปใช้ขยายผลและขับเคลื่อนเชิงนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมความสมดุลระหว่างงานและครอบครัว (Work-Life Balance) ในบริบทขององค์กร/สถานประกอบการ

๑.๔ ส่งเสริมกระบวนการพัฒนาสุขภาพวัยทางปัญญาแก่บุคลากรที่ดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมาย ครอบครัวและเด็กช่วงวัยต่างๆ เพื่อให้สามารถนำความรู้และทักษะไปปรับใช้กับตนเองและประยุกต์ใช้ในงาน เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กและเยาวชนทุกกลุ่มวัย

๑.๕ พัฒนาด้านแบบพื้นที่ส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กเพื่อให้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง โดยไม่จำกัดเฉพาะการเรียนรู้ในห้องเรียน และเป็นการบ่มเพาะพื้นฐานของการเรียนรู้ตลอดชีวิต

๒. กลุ่มแผนงานโรงเรียนสุขภาวะ

๒.๑ สนับสนุนการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก โดยบูรณาการทั้งการสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ การมีกิจกรรมทางกาย ตลอดจนการพัฒนาวุฒิภาวะทางอารมณ์ (EQ) ความฉลาดทางด้านจริยธรรม (MQ) และทักษะชีวิต เพื่อบ่มเพาะให้เด็กวัยเรียนมีพื้นฐานนิสัยที่เข้มแข็งในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะ โดยมุ่งเน้นสถานศึกษาในพื้นที่ยากลำบาก เช่น ชายแดน พื้นที่สูง มีความยากจน เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีความเสียเปรียบในสังคม

๒.๒ พัฒนาเครื่องมือวัดผลการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมสุขภาพของผู้เรียนในโรงเรียนสุขภาวะ และใช้ในการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้เรียน อาทิ ภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน การบริโภคแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ การบริโภคผักและผลไม้

๓. กลุ่มแผนงานศักยภาพเยาวชน

๓.๑ สนับสนุนท้องถิ่นที่มีการพัฒนาศักยภาพกลุ่มเยาวชนให้เกิดทักษะในการทำโครงการเพื่อชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง/ผู้ประกอบการทางสังคม โดยยกระดับให้เป็นแหล่งเรียนรู้และขยายผลสู่ท้องถิ่นใกล้เคียง

๓.๒ พัฒนาระบบและกลไกในระดับตำบลและอำเภอเพื่อคุ้มครองเด็กและเยาวชนที่อยู่ในภาวะเปราะบางให้ได้รับการคุ้มครอง การเสริมพลัง เข้าถึงกระบวนการเรียนรู้ การฝึกฝนและลงมือทำ เพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงสู่ชุมชนและคุณภาพชีวิตของตนเอง

๓.๓ พัฒนาด้านแบบจังหวัดสนับสนุนศักยภาพเยาวชนอย่างน้อย ๑ จังหวัด ที่มีการปฏิบัติงานเชื่อมโยงครบทั้งระดับตำบล-อำเภอ-จังหวัดโดยมุ่งเน้นให้เกิดแนวทางรูปธรรมในการสนับสนุนให้เยาวชนมีทักษะและโอกาสในการทำโครงการเพื่อชุมชนและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาวะในระดับพื้นที่

๔. กลุ่มแผนงานพัฒนาความรู้สู่การปฏิบัติ

๔.๑ พัฒนาองค์ความรู้และแนวทางการเลี้ยงดูและบ่มเพาะเด็กเจเนอเรชันแซดและแอลฟา (Generation-Z, Alpha) ในบริบทของครอบครัว สถานศึกษา และชุมชน

๔.๒ ทบทวนความรู้ด้านการพัฒนาครอบครัวอย่างเป็นระบบ (systematic review) เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ทันสมัย บทเรียนการดำเนินงานที่ได้ผล/ไม่ได้ผล เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับงานด้านสุขภาวะครอบครัวในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล

๔.๓ นำความรู้ด้านทักษะสมอง พัฒนาการเด็กกลุ่มวัยต่างๆ วิถีความคิดแบบเรียนรู้และเติบโต ทักษะการเข้าถึงสังคมและอารมณ์ มาสู่การปฏิบัติให้เป็นชีวิตประจำวันของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กและเยาวชน เช่น พ่อแม่ผู้ปกครอง ปู่ย่าตายาย ครูอาจารย์ บุคลากรสาธารณสุข เป็นต้น

๕. แผนงานพัฒนาศักยภาพคนทำงาน

๕.๑ พัฒนาศักยภาพคนทำงานด้านงานพัฒนาเยาวชน รวมถึงบุคลากรที่เลี้ยงส่งเด็กและเยาวชน ให้สามารถถ่ายทอดทักษะการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง/ผู้ประกอบการทางสังคมแก่เยาวชน และสามารถสร้างความยั่งยืนให้แก่การดำเนินงานระยะยาว

๕.๒ พัฒนาพื้นที่เสมือนเพื่อการจัดการความรู้สำหรับภาคีเครือข่ายการพัฒนาสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัล

๕.๓ นำแนวทางการบริหารจัดการแบบมุ่งผลลัพธ์ มาใช้ในการดำเนินงานสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยพัฒนาศักยภาพคนทำงานและพัฒนาระบบงานภายใน

๖. แผนงานสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลง และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

๖.๑ สื่อสารสังคมในชีวิตประจำวันและในวันสำคัญ เช่น วันเด็ก วันเยาวชน วันครอบครัว โดยเน้นประเด็นเร่งด่วนของสังคม ได้แก่ เด็กเล็กกับการใช้สื่อดิจิทัล สร้างความตระหนักเรื่องผลกระทบที่อาจเกิดกับพัฒนาการของเด็ก, พลังเด็กเปลี่ยนโลก สร้างความตระหนักว่าเด็กและเยาวชนมีศักยภาพและช่วยสร้างสรรค์สังคมที่ดีได้

๖.๒ พัฒนากิจกรรมและความฉลาดรู้ในเรื่องเทคโนโลยีดิจิทัลเด็กและเยาวชนในช่วงปิดเทอม เพื่อเป็นการใช้เวลาอย่างสร้างสรรค์

๖.๓ นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการพัฒนาฐานข้อมูลด้านสุขภาวะเด็ก เยาวชน ครอบครัว รวมถึงการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพแก่พ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก/เยาวชน

๖.๔ สื่อสารสังคมและรณรงค์เชิงนโยบายในประเด็นเร่งด่วนที่ส่งผลสำคัญต่อสุขภาวะเด็ก เยาวชน ครอบครัว โดยร่วมมือกับภาคีเชิงยุทธศาสตร์และเครือข่ายการขับเคลื่อนงานด้านเด็ก เยาวชน ครอบครัว อาทิ การพัฒนาครอบครัวให้เป็นฐานของการสร้างความสุขและสุขภาวะแก่เด็กทุกวัยและสมาชิกครอบครัว การส่งเสริมนโยบายความสมดุลระหว่างงานและชีวิต การส่งเสริมระบบคุ้มครองทางสังคมแก่เด็กและครอบครัว การป้องกันความพิการแต่กำเนิด

ภาคีหลัก

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กรมกิจการเด็กและเยาวชน กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว ราชวิทยาลัย
กุมารแพทย์ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรเอกชน สถาบันการศึกษา สถาบันศาสนา สื่อมวลชน

กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. แผนงานสุขภาวะเด็กและครอบครัว	๖๕
๒. แผนงานโรงเรียนสุขภาวะ	๕๐
๓. แผนงานศักยภาพเยาวชน	๖๐
๔. แผนงานพัฒนาความรู้สู่การปฏิบัติ	๔๒
๕. แผนงานพัฒนาศักยภาพคนทำงาน	๑๕
๖. แผนงานสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	๒๓
รวม	๒๕๕



แผนสร้างเสริมสุขภาพ ในองค์กร

ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙)

การดำเนินงานของแผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี กล่าวคือ

๑. ด้านความมั่นคง สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในกำลังพลกองทัพ และตำรวจ อันจะเป็นการช่วยสนับสนุนการบริหารจัดการสภาวะแวดล้อมของประเทศให้มีความมั่นคง ปลอดภัย และมีความสงบเรียบร้อยในทุกกระดับ และทุกมิติ และสนับสนุนการทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มองค์กรพระพุทธศาสนา โดยสถาบันศาสนา เป็น ๑ ใน ๓ สถาบันหลักของชาติที่เป็นแกนหลักแห่งความมั่นคงของชาติ และศาสนาพุทธเป็นศาสนาที่ประชาชนชาวไทยส่วนใหญ่นับถือ

๒. ด้านการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขัน เน้นการยกระดับศักยภาพของภาคีภาคสาธารณะและภาคเอกชน

๓. ด้านพัฒนาและเสริมสร้างทรัพยากรมนุษย์ สนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพภาคีภาคสาธารณะและภาคเอกชนให้มีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ ๒๑ มีทักษะสื่อสาร และมีคุณธรรม

๔. ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม คำนึงถึงความยั่งยืนของฐานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของภาคีให้เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เกิดผลลัพธ์ต่อความยั่งยืน

๕. ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารภาครัฐ สนับสนุนการปรับเปลี่ยนภาครัฐยึดหลัก “ภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม”

เมื่อพิจารณาประกอบกับ แผนปฏิรูปประเทศ พบว่าแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร มีความเชื่อมโยง ดังนี้

๑. ด้านการบริหารราชการ เน้นการเชื่อมโยงข้อมูล จัดระบบบริหารและบริการให้เป็นดิจิทัล จัดระบบบุคลากรให้มีมาตรฐานกลาง มีคุณธรรมและจริยธรรม และสร้างวัฒนธรรมต่อต้านการทุจริต
๒. ด้านเศรษฐกิจ สนับสนุนให้เกิดผลิตภาพและความสามารถในการแข่งขันของภาคีเครือข่าย ที่มุ่งเน้นการใช้ระบบมาตรฐานและนวัตกรรมในการพัฒนาเศรษฐกิจ อันเป็นการลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ
๓. ด้านทรัพยากรธรรมชาติ สนับสนุนให้เกิดความตระหนัก การรักษา ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นรากฐานในการพัฒนาประเทศ สร้างความสมดุลระหว่างการอนุรักษ์และการใช้ประโยชน์ ทั้งทรัพยากรทางบก ป่าไม้และสัตว์ป่า ดิน แร่ และทางน้ำ ทางทะเลและชายฝั่ง ความหลากหลายทางชีวภาพ และสิ่งแวดล้อม
๔. ด้านสื่อสารมวลชน เทคโนโลยี สนับสนุนการใช้พื้นที่ดิจิทัลเพื่อการสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรอย่างมีจรรยาบรรณ การรับรู้ของประชาชน และในการให้ความรู้แก่ประชาชน ปลุกฝังวัฒนธรรมของชาติ และปลุกฝังทัศนคติที่ดี
๕. ด้านสังคม สนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายมีความตระหนักรู้ในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การมีจิตสาธารณะเพิ่มขึ้น เป็นสังคมแห่งโอกาสและไม่แบ่งแยก และมีความเข้มแข็งสามารถบริหารจัดการองค์กรได้ด้วยตนเอง

สถานการณ์และแนวโน้ม

สถานการณ์สุขภาวะของคนวัยทำงาน

องค์การอนามัยโลก ระบุว่า สถานการณ์ของประชากรวัยทำงานทั่วโลก (ประชากรอายุระหว่าง ๑๕ - ๕๙ ปี) กำลังประสบปัญหาจากการทำงานที่ส่งผลทำให้มีภาวะสุขภาพแยลงและความไม่ปลอดภัยในการทำงาน ประมาณ ๑,๔๐๐ ล้านคน

สำหรับข้อมูลของประเทศไทยผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ณ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า จำนวนผู้มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป มีประมาณ ๕๖ ล้านคน โดยเป็นผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานหรือผู้ที่พร้อมที่จะทำงานประมาณ ๓๘ ล้านคน ประกอบด้วยผู้มีงานทำ ๓๗ ล้านคน ผู้ว่างงาน ๔ แสนคน และผู้ที่รอฤดูกาล ๒ แสนคน ทั้งนี้ผู้มีงานทำ ๓๗ ล้านคน ประกอบด้วยผู้ทำงานในภาคเกษตรกรรม ๑๐ ล้านคน และนอกภาคเกษตรกรรม ๒๗ ล้านคน ซึ่งจะเห็นได้ว่าประชากรวัยทำงาน (อายุ ๑๕ - ๕๙ ปี) เป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศและเป็นกลุ่มที่ต้องทำหน้าที่ดูแลวัยสูงอายุ เด็ก และผู้พิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทยกำลังอยู่ในภาวะที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยมีผู้สูงอายุจำนวน ๑๐ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ และประมาณการว่าในปี พ.ศ. ๒๕๘๓ ประเทศไทยจะมีผู้ที่อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป สูงถึง ๒๑ ล้านคน หรือร้อยละ ๓๒ ของจำนวนประชากรไทยทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตนั้น

จะก่อให้เกิดปรากฏการณ์สำคัญที่มีผลต่อสังคมไทยอย่างมาก คือการมีผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นจากจำนวนเด็กที่ลดลงในขณะที่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกประมาณ ๑๕ ปีข้างหน้า จำนวนเด็กจะพอๆ กับผู้สูงอายุ และหลังจากนั้นจะเกิดปรากฏการณ์มีผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว ประชากรวัยทำงานซึ่งถือเป็นวัยที่เป็นกำลังหลักสำคัญในการพัฒนาประเทศและดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจึงต้องรับภาระหนักมากยิ่งขึ้น แต่ในปัจจุบันกลับพบว่าประชากรวัยทำงานกลับเป็นวัยที่กำลังประสบปัญหาสุขภาพสำคัญหลายอย่าง ดังเช่นจากข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่าประชากรวัยทำงาน ร้อยละ ๙ เป็นโรคเบาหวาน, ร้อยละ ๒๕ เป็นความดันโลหิตสูง, ผู้หญิงร้อยละ ๕๕ และผู้ชายร้อยละ ๔๒ มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน, ผู้หญิงร้อยละ ๒๐ และผู้ชายร้อยละ ๑๙ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ, ผู้หญิงร้อยละ ๒ และผู้ชายร้อยละ ๓๑ สูบบุหรี่ เป็นต้น โดยเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๔๗) และครั้งที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒) อย่างชัดเจน รวมถึงโรคอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเครียด และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ถูกต้อง อาจนำมาซึ่งความสูญเสียทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และศักยภาพการผลิตที่ลดลง จากค่ารักษาพยาบาล การขาด/ลางาน การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

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

ร้อยละ ๑๑.๖ มีปัญหาความดันเลือดสูง

ร้อยละ ๔.๔ น้ำตาลในเลือดสูง

ร้อยละ ๑.๔ มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง

ส่วนด้านจิตใจ มีประชากรวัยทำงานขอรับบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตผ่านสายด่วน ๑๓๒๓ กรมสุขภาพจิตมากที่สุดคือความเครียดหรือวิตกกังวลเช่นจากโรคเรื้อรังนี้สิน๖,๒๓๑ราย รองลงมาคือปัญหาทางจิตเวช๔,๘๔๕ราย ปัญหาความรัก๑,๖๖๖ราย และปัญหาเกี่ยวกับการทำงานเช่นสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงาน เจ้านาย ลูกน้อง ค่าตอบแทนน้อย ต้องการเปลี่ยนงาน ๒๕๖ ราย (ที่มา : แถลงข่าว มาตรการดูแลสุขภาพวัยทำงาน เนื่องในวันความปลอดภัยในการทำงานและอาชีวอนามัยสากล วันที่ ๒๘ เมษายน และวันแรงงานแห่งชาติ ๑ พฤษภาคมของทุกปี เมื่อวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๙ โดย นพ.สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และโฆษกกระทรวงสาธารณสุข นพ.บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนานนท์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษา กรมสุขภาพจิต และนายสมพงษ์ ชัยโอภาณนท์ นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ ด้านโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวง

สาธารณสุข) สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาด้านการเงินเป็นประเด็นสำคัญลำดับแรกที่จะต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาครอบครัวและกลายเป็นภาระของสังคมในท้ายที่สุด

“ศูนย์วิจัยความสุขคนทำงานแห่งประเทศไทย” สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ดำเนินการสำรวจความสุขคนทำงาน (ในองค์กร) ประจำปี ๒๕๖๑ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตและความสุขคนทำงาน “HAPPINOMETER” จัดเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และความสุขของประชากรโดยเฉพาะวัยแรงงาน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนและพัฒนาเศรษฐกิจ เพื่อเป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต และความสุขให้แก่ คนทำงานทุกระดับ และทุกภาคส่วน ได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยวัดผลความสุขบนพื้นฐานสำคัญ ๘ ประการ (Happy 8) ได้แก่ การมีสุขภาพกายดี (Happy Body) ผ่อนคลายดี (Happy Relax) น้ำใจดี(Happy Heart) จิตวิญญาณดี (Happy Soul) ครอบครัวดี (Happy Family) สังคมดี (Happy Society) ใฝ่รู้ดี (Happy Brain) และสุขภาพเงินดี (Happy Money) รวมถึงได้เพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีก ๑ มิติ คือ การงานดี (Happy Work life) ซึ่งเป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับบริบทองค์กร การทำงานและความพึงพอใจของคนทำงานที่มีต่อองค์กร

ผลการสำรวจความสุขคนทำงาน (ในองค์กร) พ.ศ. ๒๕๖๑ พบว่าคะแนนความสุขคนทำงานในองค์กรระดับประเทศ มีค่าคะแนนเฉลี่ย ๕๘.๖๒ คะแนน ซึ่งตามเกณฑ์ของเครื่องมือ HAPPINOMETER จัดอยู่ในระดับ “HAPPY” หรือ “ระดับความสุขตามเป้าหมาย” (ช่วงคะแนน ๕๐.๐๐ - ๗๔.๙๙ คะแนน)

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขคนทำงานในองค์กรระดับประเทศ ในแต่ละมิติความสุขทั้ง ๙ มิติ พบว่า “มิติครอบครัวดี” มีค่าคะแนนสูงที่สุดเท่ากับ ๖๔.๕๐ คะแนน และ “มิติใฝ่รู้ดี” มีค่าคะแนนต่ำที่สุดเท่ากับ ๔๙.๔๖ คะแนน จัดอยู่ในระดับ “Unhappy” หรือ “ระดับความสุขต่ำกว่าเป้าหมาย” เป็นสัญญาณให้ต้องพัฒนาสนับสนุนอย่างจริงจัง (ช่วงคะแนน ๒๕.๐๐ - ๔๙.๙๙ คะแนน) เมื่อนำผลค่าคะแนนเฉลี่ยทุกมิติมาจัดอันดับ พบว่า

อันดับ	มิติความสุข	ค่าคะแนนเฉลี่ย
1	ครอบครัวดี (Happy Family)	64.50
2	จิตวิญญาณดี (Happy Soul)	63.07
3	สังคมดี (Happy Society)	61.72
4	การงานดี (Happy Work - Life)	60.41
5	สุขภาพกายดี (Happy Body)	59.53
6	สุขภาพการเงินดี (Happy Money)	58.77
7	น้ำใจดี (Happy Heart)	55.29
8	ผ่อนคลายดี (Happy Relax)	54.85
9	ใฝ่รู้ดี (Happy Brain)	49.46

เมื่อจำแนกตามสถานภาพการทำงานพบว่า “ลูกจ้างรัฐบาล” (๖๕.๕๔ คะแนน) มีคะแนนความสุขสูงกว่า “ลูกจ้างเอกชน” (๕๖.๐๗ คะแนน)

ผลสำรวจความสุขคนทำงานในองค์กรประจำปี ๒๕๖๑ ในภาพรวมระดับประเทศ คนทำงานส่วนใหญ่มีความสุขเกินครึ่ง สะท้อนให้เห็นว่า นายจ้างมีขีดความสามารถดูแลลูกจ้างให้มีความสุขและใช้ชีวิตในที่ทำงานอย่างมีความสุข เมื่อลงลึกในรายละเอียดพบว่า คนทำงานที่มีความสุขส่วนใหญ่จะมีพื้นฐานครอบครัวที่ดีและอบอุ่น และการได้คะแนนใน มิติใฝ่รู้ดีน้อย อาจเป็นไปได้ว่า ธุรกิจส่วนใหญ่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงแบบหน้ามือเป็นหลังมือ (disruptive) ทำให้คนทำงานไม่สามารถปรับตัวได้ทัน การพัฒนาคนให้มีศักยภาพก้าวทันการเปลี่ยนแปลงไปกับองค์กร

สถานการณ์สุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ จากผลการศึกษาจากโครงการศึกษาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของพระภิกษุสงฆ์เพื่อทำนุบำรุงพระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าพระภิกษุสงฆ์มีปัญหาสุขภาพทางกายเป็นประเด็นสำคัญ จากการวิเคราะห์ดัชนีมวลกายพบว่ามีพระภิกษุสงฆ์ที่อยู่ในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ ๔๕ ส่วนผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อโรคโรคเบาหวานและมะเร็งอีกร้อยละ ๖.๕ และร้อยละ ๔๑ ของพระภิกษุสงฆ์มีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัวที่พระภิกษุสงฆ์กำลังรักษาตัวอยู่ คือ โรคภูมิแพ้ โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ ความดันโลหิตสูง โรคตา เบาหวาน และกล้ามเนื้อ/กระดูกและข้อ ในส่วนของพฤติกรรมเรื่องปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ร้อยละ ๔๓ ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีเพียงร้อยละ ๔๓.๙ ที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่า ๓ วันเป็นประจำ โดยมีพระภิกษุสงฆ์ที่สนใจตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีเพียงร้อยละ ๒๑.๑ เท่านั้น

ประเทศไทยมีจำนวนวัดมากกว่า ๔๑,๑๐๐ แห่งครอบคลุมทั่วประเทศ (ข้อมูลจากกองพุทธศาสนสถาน สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑) และพระสงฆ์เป็น “ทุนทางสังคม” ที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพองค์รวมของคนในสังคมได้ พระสงฆ์สามารถส่งเสริมให้เกิดการนำหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาสู่การประยุกต์เพื่อการพัฒนาสังคมอันรวมถึงประเด็นสุขภาพองค์รวมและการพัฒนาอย่างยั่งยืน และวัดในประเทศไทยซึ่งมีอยู่ทั้งสิ้นกว่า ๔๑,๑๐๐ วัด จะมีการพัฒนาไปสู่การเป็นพื้นที่สาธารณะที่สามารถพัฒนาให้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้สุขภาพได้

ดังนั้น องค์กรพระพุทธศาสนาจึงดำรงศักยภาพขององค์กรในการพัฒนาปรับพฤติกรรมของคนในชุมชน สิ่งแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้สามารถขยายผลในวงกว้างได้อีกด้วย

สถานการณ์คุณภาพชีวิตกลุ่มองค์กรข้าราชการพลเรือน จากการสำรวจคุณภาพชีวิตการทำงานบุคลากรภาครัฐ ด้วยแบบสำรวจ CUQWL ประจำปี ๒๕๖๐ พบว่า

- (๑) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) - ร้อยละ ๕๑.๗ ของบุคลากรภาครัฐมีภาวะน้ำหนักเกินเสี่ยงต่อโรค
- (๒) โรคประจำตัว - ร้อยละ ๓๑.๗ ของบุคลากรภาครัฐมีโรคประจำตัว
- (๓) การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ผัด ทอด ใส่กะทิ เบเกอรี่ - ร้อยละ ๕๔.๘ ของบุคลากรภาครัฐบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง บ่อยครั้งและเป็นประจำ
- (๔) ความรู้สึกเครียดจากปัญหาในการทำงาน - ร้อยละ ๒๒ ของบุคลากรภาครัฐมีความรู้สึกเครียดจากปัญหาในการทำงาน บ่อยครั้งและเป็นประจำ

- (๕) การออกกำลังกายที่ใช้เวลาแต่ละครั้งมากกว่า ๓๐ นาทีขึ้นไป - ร้อยละ ๑๙.๗ ของบุคลากรภาครัฐ มีการออกกำลังกายที่ใช้เวลาแต่ละครั้งมากกว่า ๓๐ นาทีขึ้นไป บ่อยครั้งและเป็นประจำ
- (๖) การทำงานเฉลี่ยเกินสัปดาห์ละ ๔๐ ชั่วโมง หรือเกินเวลาการทำงานปกติ - ร้อยละ ๓๗.๑ ของบุคลากรภาครัฐทำงานเกินเวลาปกติ บ่อยครั้งและเป็นประจำ
- (๗) การมีภาวะมีหนี้สิน - ร้อยละ ๘๙.๑ ของบุคลากรภาครัฐมีภาวะมีหนี้สิน โดยเป็นหนี้ ๑ ล้านบาทขึ้นไป ร้อยละ ๕๑.๔

การพัฒนานิคมอุตสาหกรรมเชิงเศรษฐกิจและเครือข่าย (Eco Town / Eco City)

ในปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย (กนอ.) ได้กำหนดทิศทางการพัฒนาให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ ทั้งในระดับรัฐวิสาหกิจในภาพรวม และระดับองค์กร คือ “ยกระดับนิคมอุตสาหกรรมให้เป็นเมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ และจัดหาพื้นที่ที่มีความเหมาะสมเพื่อรองรับการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรม” โดยมีขอบเขตการดำเนินงาน คือ บริเวณพื้นที่ตั้งโรงงานอุตสาหกรรม และบริเวณโดยรอบรัศมี ๕ กิโลเมตร หรือมากกว่าโดยมีกิจกรรมความเชื่อมโยงอุตสาหกรรม ชุมชนเป็นเครือข่ายที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกันอย่างมีคุณภาพทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับอุตสาหกรรมและชุมชน และในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับอำเภอ จังหวัดหรือขยายไปในระดับประเทศ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพของแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ทาง กนอ.ได้มีแนวทางการพัฒนาและรับรองนิคมอุตสาหกรรมในระดับ Eco-Excellence และ Eco-World Class ซึ่งตัวชี้วัดในมิติสังคมในระดับ Eco-Excellence ได้กำหนดไว้ชัดเจนว่านิคมอุตสาหกรรมและโรงงานในนิคมอุตสาหกรรมมีการดำเนินงานตามแนวทางการเป็นที่ทำงานมีสุข (Happy Workplace) ครบ ๘ ประการ โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

- (๑) เพิ่มขีดความสามารถขององค์กรรองรับกระแส Industry 4.0 ของโลก
- (๒) สร้างการยอมรับต่อการเป็นเมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ ยกระดับความเชื่อมั่นด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
- (๓) ยกระดับความพึงพอใจของชุมชนตามแนวทางของประชารัฐ
- (๔) ยกระดับการให้บริการและการทำงานด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม
- (๕) เพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรรองรับ Thailand 4.0
- (๖) สร้างความเป็นเลิศด้านคุณธรรมและความโปร่งใสขององค์กร

กนอ. 4.0 (4G+ Innovation) 2560-2564

Goal เป็นองค์กรที่เป็นเลิศของอาเซียนในการพัฒนานวัตกรรมเชิงนิเวศ

Vision เป็นองค์กรนำสร้างเมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศสู่เศรษฐกิจอนาคต



แผนงานพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (อีอีซี) (๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

เป็นแผนยุทธศาสตร์ภายใต้ ไทยแลนด์ ๔.๐ ด้วยการพัฒนาเชิงพื้นที่ที่ต่อยอดความสำเร็จมาจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจภาคตะวันออกหรือ Eastern Seaboard ซึ่งดำเนินมาตลอดกว่า ๓๐ ปีที่ผ่านมา สำนักงานเพื่อการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (สกรศ) มีเป้าหมายหลักในการเติมเต็มภาพรวมในการส่งเสริมการลงทุนซึ่งจะเป็นการยกระดับอุตสาหกรรมของประเทศเพิ่มความสามารถในการแข่งขันและทำให้เศรษฐกิจของไทยเติบโตได้ในระยะยาว โดยในระยะแรกจะเป็นการยกระดับพื้นที่ในเขต ๓ จังหวัดคือ ชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา ให้เป็นพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกเพื่อรองรับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพผ่านกลไกการบริหารจัดการภายใต้การกำกับดูแลของ คณะกรรมการนโยบายพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกโดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน

การดำเนินการเป็นไปในแบบบูรณาการ ภายใต้ความร่วมมืออย่างใกล้ชิดของ รัฐบาล-เอกชน-ประชาชน ทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และ ส่วนท้องถิ่น โดยคำนึงถึงการประสานผลประโยชน์ของประเทศ และประชาชนในพื้นที่เป็นเงื่อนไขการพัฒนาที่สำคัญ โดยให้ความสำคัญในการพัฒนาประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีสภาพแวดล้อมเมืองและสิ่งแวดล้อมที่ดี เข้าถึงสถาบันการศึกษาและโรงพยาบาลที่ดีมีคุณภาพ ยกระดับรายได้ให้สูงขึ้นจากโครงการลงทุนและการท่องเที่ยว มังานและโอกาสทางอาชีพที่ดีสำหรับโครงสร้างพื้นฐาน โดยเฉพาะเส้นทางคมนาคม ระบบประปา ไฟฟ้าและระบบกำจัดของเสียจะได้รับการขยาย/ปรับปรุง ครอบคลุมทั่วถึงทั้งพื้นที่รวมทั้งมีการจัดตั้งกองทุนเพื่อพัฒนาชุมชน สนับสนุนการกระจายความเจริญไปสู่ท้องถิ่น สร้างความแข็งแกร่ง สนับสนุนการศึกษาวิจัย สู่การพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืนอย่างสมบูรณ์แบบ

โดยสรุป จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ทำให้ได้ประเด็นที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรที่สำคัญในระยะต่อไป ดังนี้

๑. **คนทำงาน** ส่งเสริมในประเด็นการเพิ่มทักษะการใช้ชีวิตควบคู่กับทักษะการทำงาน การสร้างเสริมสุขภาพ และความรับผิดชอบต่อทางการเงินเพื่อสร้างความภาคภูมิใจในการทำงาน ซื่อสัตย์และรักในองค์กร สุขภาพที่เหมาะสมตามเพศ (มีติผู้หญิงและผู้ชาย) การรองรับสังคมผู้สูงอายุ และการสร้างเสริมครอบครัวอบอุ่น
๒. **องค์กร** ผลักดันการกำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต การปรับระบบจัดการและโครงสร้างองค์กรเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต และการพัฒนากลไกการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพภายในองค์กรที่คำนึงถึงการมีส่วนร่วม การบริหารความหลากหลายทางวัฒนธรรม และการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)
๓. **สังคมและสิ่งแวดล้อม** สนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมขององค์กรให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การยอมรับความหลากหลายของแรงงานต่างเชื้อชาติและต่างวัฒนธรรม ความรับผิดชอบต่อสังคม และการสร้างเสริมสุขภาพของคนทำงานในเมือง
๔. **ระบบและกลไกสนับสนุน** เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร ทั้งด้านนโยบาย องค์กรความรู้และนวัตกรรม ภาคีเครือข่าย และระบบข้อมูลและระบบติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

จุดเน้นของแผน

๑. พัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรสุขภาพเพื่อเป็นฐานรองรับงานสุขภาพเพื่อให้เกิดครอบครัวอบอุ่น และลดโรคจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ
๒. สนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรให้เกิดความยั่งยืนผ่านกลไกการดำเนินงานทั้งในระดับนโยบาย เครือข่าย และความรู้
๓. สนับสนุนให้เกิดการพัฒนานวัตกรรม งานวิจัย ค้นคว้าองค์ความรู้ สนับสนุนการดำเนินงานองค์กรสุขภาพ เช่น การประเมินความคุ้มค่าและผลลัพธ์ในการสร้างองค์กรสุขภาพ
๔. พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นเครื่องมือวัดผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานที่สอดคล้องกับทิศทางยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี รวมทั้งมีข้อมูลเพื่อการวางแผนและพัฒนาในระยะต่อไป

การเชื่อมโยงกับกรอบนโยบายและการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓)

๑. **ใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี** เพื่อการบูรณาการการทำงาน และมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ดำเนินการต่อเนื่อง ในการนำทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. เป็นแนวทางการจัดทำแผน ๓ ปี โดยการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของบุคลากร ในการให้ความรู้ในประเด็นการลดละเลิกเหล้า บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการออกกำลังกาย และส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นและความสุขในการดำรงชีวิต ในกลุ่ม องค์กรภาครัฐ กองทัพ ตำรวจ มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล และองค์กรภาคเอกชน กระตุ้นให้มีการบูรณาการกับกลไกหลักเพื่อมุ่งสู่ทิศทางและเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี โดยมีกลไกการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

๒. ตอบสนองแนวนโยบายการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของยุทธศาสตร์การพัฒนาระประเทศ

สนับสนุนการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของการพัฒนาประเทศที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญและแผนชาติ เช่น แนวนโยบายแห่งรัฐตามรัฐธรรมนูญ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ เป็นต้น โดยการขยายฐานผู้รับประโยชน์ ผ่านการพัฒนาจากทุนความรู้ เพื่อเสริมพลังสังคมให้เกิดความตื่นรู้ในด้านสุขภาพในประชากรที่กว้างขวางขึ้น และมีการขยายความร่วมมือไปยังหน่วยงานองค์กร สถานประกอบการต่างๆ ซึ่งครอบคลุมจำนวนวัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการพัฒนาองค์กรสุขภาพะ ตลอดจนชุมชนใกล้เคียง ส่งผลทำให้เกิดเครือข่ายสุขภาพเพิ่มขึ้น ประกอบด้วย องค์กร/สถานประกอบการ ทั้งหน่วยงานจากภาครัฐและเอกชน หน่วยงานปกครองท้องถิ่น หน่วยงานการศึกษา สถานพยาบาล ในพื้นที่ดำเนินโครงการ

๓. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs)

สร้างความยั่งยืนของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาหลัก สู่เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) ตามที่ประเทศไทยได้ร่วมปฎิญาณกับสหประชาชาติและประชาคมโลก สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงกับระบบและกลไกหลักในการผลักดันให้เกิดร่างนโยบายระเบียบ ยุทธศาสตร์ และ/หรือมาตรการ ที่จะช่วยในการยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในองค์กร ตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) เป้าหมายที่ ๓ สร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาพที่ดีของคน (Good Health and Well-Being) และเป้าหมายที่ ๘ ส่งเสริมการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืนและทั่วถึง และการจ้างงานเต็มอัตรา และงานที่มีคุณค่าสำหรับทุกคน ภายใต้แนวคิดงานดีมีคุณค่า (Decent Work) โดยมีการร่วมมือและดำเนินงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ อันได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม องค์กรข้าราชการพลเรือน กองทัพ ตำรวจ โรงพยาบาล องค์กรพระพุทธศาสนา และมหาวิทยาลัยในการขับเคลื่อนองค์กรสุขภาพอย่างยั่งยืน

๔. เน้นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร

ปรับกระบวนการทำงานให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทในแต่ละพื้นที่ และให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบให้เหมาะสมกับสังคมผู้สูงอายุ ผ่านการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพบุคลากรในองค์กร/สถานประกอบการ ในประเด็นปัจจัยเสี่ยงเรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย เหล้า และบุหรี่ ความรู้ในการบริหารจัดการด้านเงิน ได้แก่ การประกอบอาชีพเสริม การออมและการลงทุน เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ในการจัดการด้านการเงินที่ดีและสามารถดูแลตนเองเพื่อเตรียมพร้อมในวัยเกษียณได้

๕. พัฒนานวัตกรรม และใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

มุ่งพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรองรับยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ และเทคโนโลยี โดยเฉพาะในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง สนับสนุนการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพองค์กร โดยการรวบรวมผลการดำเนินงาน องค์กรความรู้ นวัตกรรม และรายละเอียดกิจกรรมเสริมสร้างองค์กรสุขภาพะในทุกมิติของแต่ละองค์กร และพัฒนาให้เป็นระบบที่สามารถสืบค้นได้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงานองค์กรสุขภาพะที่สามารถค้นหาข้อมูล ติดตามดูสถานะสุขภาพ รวมถึงการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นปัญหานำไปใช้ประโยชน์กับฝ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

๑. ส่งเสริมการพัฒนาและขยายเครือข่ายองค์กรภาคสาธารณะและองค์กรภาคเอกชนสร้างเสริมสุขภาพเพื่อเป็นพื้นที่รองรับงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส.
๒. สนับสนุนการพัฒนานโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรและผลักดันสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและเกิดความยั่งยืน
๓. สนับสนุนให้องค์กรได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และจัดการความรู้เพื่อสร้างการรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กร และเพื่อให้มีการสื่อสารและขยายผลแนวคิดการสร้างเสริมองค์กรสุขภาพในวงกว้าง ตลอดจนประเมินความคุ้มค่าได้
๔. สนับสนุนการพัฒนาระบบและกลไกการทำงานและบริหารจัดการภายในองค์กรที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคลากร ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในองค์กร

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เพื่อให้เกิดกลไกการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม และสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ โดย สสส. มีบทบาทสนับสนุน ส่งเสริม และกระตุ้นให้เกิดกลไกการดำเนินงานร่วมกัน ในรูปแบบนโยบาย ระเบียบ ยุทธศาสตร์ และ/หรือมาตรการ เพื่อสนับสนุนให้เกิดแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรอย่างน้อยจำนวน ๑ ประเด็น/เรื่อง
๒. พัฒนาระดับองค์กรสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยองค์กรสุขภาพ ภาคีเครือข่ายเดิมจำนวน ๑๐,๐๐๐ องค์กร และองค์กรสุขภาพภาคีเครือข่ายใหม่จำนวน ๑,๐๐๐ องค์กร ให้เป็นองค์กรแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ^{๑๔๗} ทั้งภาคสาธารณะและภาคเอกชนตามเป้าหมายเฉพาะจากเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส. ในประเด็นการลดละเลิกเหล้า บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการออกกำลังกาย และส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นและความสุขในการทำงานที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กรจำนวน ๔๐๐ องค์กรโดยมีการวัดผลการปรับเปลี่ยนเชิงพฤติกรรมที่ดีขึ้นไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓๐ ของผู้ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด

^{๑๔๗} องค์กรแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง องค์กรที่พัฒนาจากองค์กรสุขภาพให้เกิดการขับเคลื่อนในประเด็นการลดละเลิกเหล้า บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการออกกำลังกาย และส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นและความสุขในการทำงานที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร โดยมีองค์ประกอบ คือ มีนโยบายแผนงาน คณะทำงาน งบประมาณ มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีผลสัมฤทธิ์เชิงประจักษ์

๓. มีการจัดการองค์ความรู้^{๑๔๔} อาทิ งานวิจัย การศึกษาความคุ้มค่าในการดำเนินงานองค์กรสู่ภาวะการถอดบทเรียนและการสังเคราะห์องค์ความรู้ เครื่องมือ หลักสูตรการเรียนการสอนและการฝึกอบรมที่สนับสนุนการดำเนินงานองค์กรสู่ภาวะที่มีการใช้ขยายผลต่อยอดในการขับเคลื่อนการส่งเสริมองค์กรสู่ภาวะจำนวน ๕ เรื่อง
๔. มีการจัดการระบบฐานข้อมูลเทคโนโลยีดิจิทัล^{๑๔๕} ที่สามารถกำกับติดตามและประเมินผลผลิตและขยายผลการดำเนินงานองค์กรสู่ภาวะ การดำเนินงานองค์กรสู่ภาวะจำนวน ๓๐๐ องค์กร

ตัวชี้วัดร่วม

๕. เกิดแหล่งเรียนรู้ครอบครัวอบอุ่นในองค์กร จำนวน ๕๐ องค์กร ซึ่งมีดัชนีครอบครัวอบอุ่นในระดับที่ดีขึ้น โดยเป็นการบูรณาการร่วมระหว่างแผนสร้างเสริมสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัวและแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
๖. เกิดการสนับสนุนและส่งเสริมให้องค์กรมีการดำเนินกิจกรรมเพื่อการลดละเลิกยาสูบและแอลกอฮอล์ จำนวน ๔๐ องค์กร โดยเป็นการบูรณาการร่วมระหว่างแผนควบคุมยาสูบ แผนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด และแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
๗. เกิดการสนับสนุนให้มีวัดอย่างน้อยจำนวน ๑,๐๐๐ แห่ง มีการดำเนินกิจกรรมลด ละ เลิกบุหรี่ยุติ โดยเป็นการบูรณาการการทำงานระหว่างแผนควบคุมยาสูบ และแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
๘. เกิดกิจกรรมสนับสนุนองค์ความรู้ ต้นแบบการทำงาน และทีมที่ปรึกษาสำหรับสถานประกอบการในการขยายการดำเนินการสร้างมาตรฐานการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน ตามนโยบายคณะทำงานพระราชรัฐเพื่อสังคม โดยเป็นการบูรณาการร่วมระหว่างแผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม และแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
๙. เกิดการรณรงค์ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายระหว่างวัน รณรงค์ส่งเสริมการจัดพื้นที่ให้เอื้อและปลอดภัยต่อการเดินในองค์กร โดยเป็นการบูรณาการร่วมระหว่าง แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายและแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
๑๐. เกิดการพัฒนาทักษะผู้ประกอบการในการสื่อสารเชิงบวกเรื่องเพศแก่บุตรหลาน ภายในองค์กร ต้นแบบสุขภาวะกลุ่มอุตสาหกรรมไฟฟ้า อิเล็กทรอนิกส์ และโทรคมนาคมไทย โดยเป็นการบูรณาการร่วมระหว่างแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

^{๑๔๔} จากการดำเนินงานที่ผ่านมา มีตัวอย่างผลงานองค์ความรู้ที่สามารถจะนำไปขยายผลต่อยอดในแผนการดำเนินงาน ๓ ปี จากนี้ได้ เช่น เครื่องมือวัดความสุขระดับบุคคล (Happinometer) สื่อส่งฟรีไทยไกลโรค หลักสูตรนักสร้างสุข หลักสูตรการบริหารจัดการองค์ความรู้สู่ความสุขในการทำงาน (R2H) หลักสูตรนักสร้างสุของค์กรภาครัฐ สื่อ ๕ ส ในวัด

^{๑๔๕} ระบบฐานข้อมูลเทคโนโลยีดิจิทัลประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ ๑ ระบบฐานข้อมูลที่รวบรวมผลการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย บทความ หนังสือ งานวิจัย สื่อต่างๆ ๒ ระบบ ฐานข้อมูลกิจกรรมองค์กรสุขภาวะขององค์กร ซึ่งปัจจุบันได้เกิดแบบบันทึก (Platform) การบันทึกจัดเก็บข้อมูล ทั้ง ๒ ส่วน และมีการใช้งานจริง ซึ่งในระยะ ๓ ปี จากนี้ ระบบฐานข้อมูลจะถูกพัฒนาให้สมบูรณ์ขึ้น ดังนี้ ส่วนที่ ๑ รวบรวมองค์ความรู้ สื่อต่างๆ ที่ใช้ส่งเสริมกิจกรรมองค์กรสุขภาวะให้สอดคล้องกับแนวคิด Happy 8 ส่วนที่ ๒ จะดำเนินการรวบรวมรายละเอียดการดำเนินงานกิจกรรมองค์กร แขนงนำด้านการสร้างเสริมสุขภาวะให้ครอบคลุมทั้งจำนวน

แนวทางการดำเนินงาน

โดยแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรจะได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์การดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ๕ ด้าน ดังนี้

๑. สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็นฐานที่สามารถรองรับแนวคิดและนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาวะของบุคลากรในองค์กร
๒. สร้างเสริมศักยภาพและสนับสนุนการปรับพื้นฐานเชิงโครงสร้างและนโยบายด้านการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตขององค์กรที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรสุขภาวะ
๓. ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้บริหารและบุคลากรให้ตระหนักถึงความสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคลากรในองค์กรเพื่อสนับสนุนให้เกิดนโยบายและมีการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมในองค์กร
๔. สร้างนวัตกรรมทางสังคมเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
๕. เน้นการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบผลักดันแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรในระบบปกติของการดำเนินงานขององค์กร

กลุ่มแผนงาน

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

๑) กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคสาธารณะ

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์ในการพัฒนาขีดความสามารถในการวางระบบการบริหารจัดการและพัฒนากลไกการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพภายในองค์กรภาคสาธารณะ โดยองค์กรภาคสาธารณะหมายถึง องค์กรภาคพลเรือน องค์กรทหาร องค์กรตำรวจ องค์กรโรงพยาบาล และองค์กรทางศาสนา ให้มุ่งไปสู่การที่บุคลากร ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แนวทางการดำเนินงาน

๑. พัฒนากลไกการทำงานและขยายผลเรื่ององค์กรสุขภาวะร่วมกันร่วมกับหน่วยงานหลักด้านยุทธศาสตร์ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
๒. ร่วมกับองค์กรกองทัพในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพและต้นแบบศูนย์เรียนรู้ในพื้นที่กองทัพ

๓. ร่วมกับโรงเรียนนายร้อยตำรวจ พัฒนาเครื่องมือเกณฑ์ประเมินความสำเร็จ และถอดบทเรียนนำไปสู่การขยายผลต่อยอดในกลุ่มองค์กรตำรวจ

๔. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ในการทำงานเรื่ององค์กรสุขภาวะในกลุ่มโรงพยาบาล และพัฒนาต้นแบบโรงพยาบาลสร้างสุข โดยใช้แนวคิดองค์กรสร้างสุขภาวะ

๕. ร่วมกับเครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างสุข ในการพัฒนาต้นแบบและองค์ความรู้มหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ

๖. ร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับองค์กรพระพุทธศาสนา อาทิ มหาเถรสมาคม สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาแนวทางการทำงานเพื่อสนับสนุนให้เกิดสุขภาวะของพระสงฆ์ และดำเนินการเพื่อให้องค์กรพระพุทธศาสนาเป็นองค์กรสุขภาวะ นำถวายความรู้ด้านสุขภาวะแก่พระสงฆ์เพื่อใช้ในการเทศนาสั่งสอนประชาชน

๒) กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคเอกชน

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์การพัฒนาและขยายองค์กรสุขภาวะต้นแบบในภาคเอกชนในเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นฐานรองรับงานประเด็นสุขภาวะของ สสส. และสร้างความยั่งยืนในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ด้วยการสนับสนุนระบบและกลไกร่วมกับภาคียุทธศาสตร์หลักเพื่อผลักดันนโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนทำงานในทุกมิตินำไปสู่การปฏิบัติและเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม พัฒนานวัตกรรมทางสังคมและองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร รวมทั้งกลไกการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ร่วมกับภาคียุทธศาสตร์กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอุตสาหกรรม ในการขับเคลื่อนและพัฒนาแนวคิดสุขภาวะองค์กรให้เข้าสู่ระบบปกติและกลไกหลักของประเทศ

๒. ร่วมกับกระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม และกลุ่มอุตสาหกรรม ในการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่เหมาะสมตามบทบาทของเพศ ในประเด็นการลดละเลิกเหล้า บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการออกกำลังกาย และส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นและความสุขในการดำรงชีวิต

๓. ร่วมกับหน่วยงานภายใน สสส. ในการพัฒนากลไกการทำงานงานบูรณาการในประเด็นการส่งเสริมสุขภาวะตามเป้าหมายเฉพาะจากเป้าหมาย ๑๐ ปี สสส. ในประเด็นการลดละเลิกเหล้า บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการออกกำลังกาย และส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นและความสุขในการดำรงชีวิต

๔. ร่วมกับสถาบันการศึกษา สมาคม กลุ่มอุตสาหกรรมพัฒนานวัตกรรม งานวิจัย และองค์ความรู้ สนับสนุนการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะ โดยสนับสนุนให้เกิดการศึกษา การวิจัย เชิงความคุ้มค่าในการลงทุน การสร้างเสริมสุขภาพและการเพิ่มผลผลิตในองค์กร

๓) กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์เพื่อพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ประกอบด้วย ระบบฐานข้อมูลและระบบติดตามประเมินผล การจัดการองค์ความรู้และนวัตกรรม การสร้างเสริมศักยภาพภาคีเครือข่าย รวมทั้งการพัฒนากลไกกลางเชื่อมโยงการทำงานระหว่างสำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร และภาคีเครือข่าย เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

แนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ภาพรวม
๒. สนับสนุนการบริหารจัดการงานภายในสำนัก
๓. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการประเมินติดตามผลการดำเนินงานโครงการ

ภาคีหลัก

กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มองค์กรภาคสาธารณะ เช่น กลุ่มข้าราชการพลเรือน เครือข่ายกองทัพทุกเหล่า สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม กลุ่มองค์กรภาคเอกชน เช่น สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สมาคมการจัดการงานบุคคลแห่งประเทศไทย สมาคมบริษัทจดทะเบียนไทย ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย กลุ่มอุตสาหกรรมไฟฟ้า อิเล็กทรอนิกส์และโทรคมนาคมไทย กลุ่มอุตสาหกรรมแฟชั่น กลุ่มอุตสาหกรรมบรรจุภัณฑ์ กลุ่มอุตสาหกรรมเครื่องเรือนและเฟอร์นิเจอร์ และสถานประกอบการภาคธุรกิจ

เพื่อเกิดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตบุคลากรวัยทำงานในกลุ่มองค์กรภาคสาธารณะ และภาคเอกชน เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มคนวัยทำงาน งานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายพัฒนาบุคลากรขององค์กร และงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรเป็นส่วนหนึ่งของการเพิ่มผลผลิตขององค์กร

งบประมาณ

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

๙

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

สถานการณ์และแนวโน้ม

การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (Physical Inactivity) เป็นหนึ่งในสี่ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านสุขภาพที่นำไปสู่การเจ็บป่วยและสูญเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั่วโลก ร่วมกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ และอาหารที่ไม่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปัจจุบันมีประชากรโลกเสียชีวิตจากการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอราวปีละ ๓.๒ ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ ข้อมูลวิจัยในวารสาร Lancet ปี ค.ศ. ๒๐๑๖ ยังแสดงให้เห็นว่า มูลค่าทางเศรษฐกิจที่ทั่วโลกสูญเสียผ่านค่ารักษาร่วมกับค่าเสียโอกาสเมื่อป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเฉพาะส่วนที่เป็นผลมาจากการขาดกิจกรรมทางกายราว ๖๗,๐๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี โดยในส่วนของประเทศไทยพบว่า การตายก่อนวัยอันควรและการเจ็บป่วยพิการของคนไทยคิดเป็นมูลค่าการสูญเสียมากถึง ๙.๓ แสนล้านบาท^{๙๐} โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตราวร้อยละ ๗๓ ของประชากรทั้งหมด หากนับเฉพาะจากการขาดกิจกรรมทางกายคิดมูลค่าการสูญเสียเป็นเงินราว ๕,๙๗๗ ล้านบาท และจากภาวะอ้วนและมีน้ำหนักเกินซึ่งมีความสัมพันธ์กับการขาดกิจกรรมทางกายควบคู่กับการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม คิดเป็นเงินราว ๑๒,๑๔๒ ล้านบาท

การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป ควรออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อย ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนัก ๗๕ นาทีต่อสัปดาห์ ขณะที่ประชากรวัยเด็ก (อายุ ๕ - ๑๗ ปี) ควรออกกำลังกายระดับปานกลางขึ้นไปสะสมอย่างน้อย ๖๐ นาทีทุกวัน และในกลุ่มเด็กปฐมวัย (อายุ ๐ - ๔ ปี) มีกิจกรรมทางกายในระดับใดก็ได้สะสมไม่ต่ำกว่า ๑๘๐ นาทีตลอดช่วงวัย^{๙๑} ซึ่งผลลัพธ์ของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตามคำแนะนำ

^{๙๐} สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (๒๕๖๐) อ้างจาก กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๖). สุขภาพคนไทย ๒๕๖๐. นครปฐม

^{๙๑} ข้อเสนอแนะจาก National Physical Activity Recommendations for Children : Department of Health and Ageing 2010 ประเทศออสเตรเลีย

ดังกล่าว จะส่งผลดีทั้งในมิติของการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยเหตุนี้การส่งเสริมให้ประชากรในแต่ละช่วงวัยได้เพิ่มโอกาสในการมีกิจกรรมทางกายนับเป็นการยกระดับการมีสุขภาพของประชากรในสังคมได้เริ่มตั้งแต่ประชากรช่วงวัยเด็ก การมีกิจกรรมทางกายสามารถส่งเสริมให้เกิดพัฒนาการแบบองค์รวม ทั้งด้านพุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย ผ่านการมีกิจกรรมทางกายและการเคลื่อนไหวเป็นประจำที่สามารถช่วยให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านสมองที่ส่งผลต่อการรับรู้ ความจำ สมาธิ และมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ด้านวิชาการ ส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์ และทักษะในการเข้าสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่งผลดีโดยตรงต่อความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ ช่วยลดความเสี่ยงในการเป็นโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคตสำหรับประชากรวัยทำงาน การมีกิจกรรมทางกายในระดับที่เพียงพอเปรียบเสมือนวิตามินที่จะช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลายชนิด ทั้งที่เป็นการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ อย่างใช้หวัด รวมไปถึงการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากนี้ ในแง่จิตใจ การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอจะช่วยผ่อนคลายความเครียดที่เกิดจากการทำงานอาชีพ และช่วยให้ระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้เกิดศักยภาพในการทำงาน ขณะที่ในกลุ่มประชากรวัยสูงอายุ กิจกรรมทางกายนับเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยขยายช่วงของการมีสุขภาพที่ดี ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและการหกล้มในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอันอาจนำไปสู่ภาวะการป่วยแบบติดเตียงไม่สามารถดูแลตนเองได้ สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคติดต่อไม่เรื้อรัง กิจกรรมทางกายยังสามารถช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วย ส่งเสริมการมีสุขภาพจิตและการเข้าสังคมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

ผลจากการติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์กิจกรรมทางกายระดับประเทศตลอดช่วง ๖ ปีที่ผ่านมา โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. และกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่า ในภาพรวมระดับประเทศ ทิศทางการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ ๖๖.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ (ซึ่งเป็นปีฐานของการสำรวจ) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๗๒.๙ ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ อย่างไรก็ตาม หากศึกษาถึงระดับการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมด้านการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในแต่ละปี จะเห็นได้ว่า ระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทยยังคงมีการแกว่งตัวเป็นระยะ ตัวอย่างเช่น การเพิ่มขึ้นของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอแบบก้าวกระโดดจากร้อยละ ๖๘.๓ เป็นร้อยละ ๗๑.๗ ในระหว่างปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ แต่ทว่าในปีถัดมากลับลดลงมาอยู่ที่ร้อยละ ๗๐.๙ ปรัชญาการณดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นถึงความไม่คงที่เชิงพฤติกรรมที่จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มช่วงวัยจะพบว่า กลุ่มวัยทำงานยังคงเป็นกลุ่มประชากรที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอสูงสุด คือ ร้อยละ ๗๕.๒ รองลงมาคือ กลุ่มประชากรวัยเด็ก วัยสูงอายุ และวัยรุ่นตามลำดับ (ร้อยละ ๗๓.๑, ๖๘.๖ และ ๖๗.๙ ตามลำดับ) ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์เชิงแนวโน้มพบว่า ทุกกลุ่มประชากรมีการเพิ่มขึ้นของระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ อย่างไรก็ตามหากพิจารณาจากข้อมูลเชิงระดับรายปี จะเห็นได้ว่ากลุ่มประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มประชากรที่มีความผันผวนของระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ขณะที่กลุ่มประชากรวัยสูงอายุและวัยรุ่น เป็นกลุ่มประชากรที่มีระดับการมีกิจกรรมทางกายที่คงที่เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงปีที่ผ่านมา

ในส่วนของการสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากรวัยเด็ก จากการสำรวจการมีกิจกรรมทางกายของเด็กและเยาวชนไทย (The 2018) ด้วยการสำรวจตามแนวทาง The Global Matrix 3.0 on Physical Activity for Children and Youth พบว่าเด็กไทยมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำในหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านการเล่นอย่างกระฉับกระเฉง ด้านการมีกิจกรรมทางกายทั่วไปในแต่ละวัน และด้านพฤติกรรมเนือยนิ่ง ที่มีระดับเกรดอยู่ที่ F D- และ D- ตามลำดับ สำหรับการวัดระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอทุกวัน วันละอย่างน้อย ๖๐ นาที ภายใต้เกณฑ์เงื่อนไขที่ต้องมีวันที่มีกิจกรรมทางกายประเภทการเสริมสร้าง การเคลื่อนไหว การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแบบแอโรบิคระดับปานกลางถึงหนัก อย่างน้อย ๓ วันต่อสัปดาห์ พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีประชากรวัยเด็กเพียงร้อยละ ๒๖.๑ มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตามเกณฑ์ดังกล่าว โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๕.๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘

อุปสรรคสำคัญที่ทำให้ประชาชนไทยมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และเด็กไทยมีน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนนั้น มาจากสาเหตุสำคัญหลายประการ ทั้งการขาดนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่บูรณาการความร่วมมือภาคส่วนต่างๆ ในระดับประเทศ การขาดแคลนพื้นที่ที่มีความเหมาะสมสำหรับการมีกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิต รวมไปถึงประชาชนยังคงขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย ทักษะคิด คำนวณ และพฤติกรรมกิจกรรมทางกายที่ไม่เหมาะสมจากรูปแบบวิถีชีวิตในปัจจุบัน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเนือยนิ่งที่สูง (Sedentary Behavior) ในทุกช่วงวัย จากข้อมูลการสำรวจตลอดระยะเวลา ๖ ปี ที่ผ่านมาพบว่า คนไทยมีพฤติกรรมเนือยนิ่งมากกว่า ๑๓ ชั่วโมงต่อวัน โดยล่าสุดในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ผลการสำรวจยังคงยืนยันถึงความจำเป็นในการเร่งรณรงค์ในการลดพฤติกรรมดังกล่าว โดยพบว่า ๓ พฤติกรรมเนือยนิ่งที่คนไทยนิยมปฏิบัติในช่วงระหว่างวัน คือ ๑) นั่งพูดคุย/นั่งประชุม (ร้อยละ ๘๖.๓) ๒) นั่ง/นอนดูโทรทัศน์ (ร้อยละ ๘๒.๘) ๓) นอนนอนเล่นหรือคุยโทรศัพท์มือถือ (ร้อยละ ๕๓.๗) โดยเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า กลุ่มเด็กและกลุ่มวัยรุ่นมีพฤติกรรมอยู่หน้าจอ ได้แก่ การนั่งดูโทรทัศน์ ใช้คอมพิวเตอร์ เข้าร้านเกมส์ รวมถึงการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์พกพาประเภทต่างๆ มากกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยเฉลี่ยแล้วใช้เวลาอยู่หน้าจอเพื่อความบันเทิงสะสม ๓:๐๙ ชั่วโมงต่อวัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของสัดส่วนผู้ที่มีภาวะอ้วนและอ้วนลงพุง คือจากร้อยละ ๒๘.๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เป็นร้อยละ ๓๔.๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ สำหรับภาวะอ้วน นอกจากนี้ฐานข้อมูลโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ พบว่า เด็กไทยอายุ ๕ - ๑๔ ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนที่ร้อยละ ๑๓.๑

อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้กับประชาชน ไม่อาจประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ หากขาดการให้ความสำคัญกับการปรับสภาพแวดล้อมที่ผู้คนอาศัยให้มีความสอดคล้องกับกิจกรรมตลอดช่วงวัน ได้แก่ การเดินทาง การทำงาน และการนันทนาการ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อพฤติกรรมกิจกรรมทางกายของประชากร โดยมีหลักฐานจากงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้าง ต่อการมีกิจกรรมทางกาย ตั้งแต่ในระดับเมืองไปจนถึงระดับสถานที่ ด้วยเหตุดังกล่าว องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายควบคู่กับสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้าง รวมไปถึงสนับสนุนแนวคิดเมืองน่าอยู่คือเมืองที่กระฉับกระเฉง ในกรณีนี้ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย จึงได้พัฒนายุทธศาสตร์กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่สุขภาพที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย โดยอาศัยความร่วมมือของ องค์การภาครัฐ เอกชน สถาบันการศึกษา ภาคประชาสังคม และองค์กรชุมชนต่างๆ เป็น

กลไกผลักดันให้เกิดพื้นที่สุภาพะทั้งในระดับนโยบายสาธารณะและระดับปฏิบัติการในพื้นที่ระดับต่างๆ ด้วยกระบวนการการมีส่วนร่วมตามบทบาทที่เหมาะสมและความเชี่ยวชาญของแต่ละองค์กร เพื่อให้พื้นที่เป้าหมาย ทั้งของภาครัฐและเอกชน สามารถยกระดับเป็นพื้นที่ที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน เป็นพื้นที่ที่ส่งเสริมวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉง และเป็นพื้นที่ทางสังคมของทุกกลุ่มคน ที่ส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จากการออกแบบและกระบวนการบริหารจัดการพื้นที่ รวมไปถึงสามารถพัฒนาเป็นต้นแบบที่มีความยั่งยืนและสามารถขยายผลได้

สสส. โดยแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย มีเป้าหมายในการผลักดันให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอด้วยกระบวนการวิธีต่างๆ รวมไปถึงการมีบทบาทในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมกิจกรรมทางกายทั้งในระดับสากลและระดับชาติ ในฐานะที่ สสส. ได้ร่วมลงนามในกฎบัตรโทรอนโต ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ และมีพันธกิจในการสนับสนุนการมีสุภาพะดีด้วยการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับทุกคน โดยเน้นให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือขององค์กรด้านสุขภาพ ด้านขนส่งและคมนาคม สิ่งแวดล้อม กีฬาและนันทนาการ การศึกษา การผังเมือง วัฒนธรรม และท้องถิ่น เพื่อสร้างเสริมสุภาพะที่ดีอย่างยั่งยืนในสังคมไทย และปัจจุบันเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนเพื่อลดการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอลงร้อยละ ๑๐ ภายในปี ค.ศ. ๒๐๒๕ ในฐานะที่ประเทศไทยเป็นประเทศสมาชิกตามข้อตกลงขององค์การอนามัยโลก

จากการที่ สสส.ได้ร่วมเป็นเจ้าภาพจัดประชุมนานาชาติด้านการมีกิจกรรมทางกายในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ (ISPAH 2016) 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 (SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ นำไปสู่แนวทางเพื่อการปฏิบัติใน ๖ หัวข้อ ได้แก่ (๑) ยืนหยัดในพันธกรณี และเพิ่มการลงทุนในการดำเนินการตามนโยบาย เพื่อนำไปสู่การเพิ่มกิจกรรมทางกาย ลดภาระที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั่วโลก และเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ (๒) สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในระดับชาติ 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 พ.ศ. ๒๕๖๐ ทำให้เกิดการรับรองอย่างเป็นทางการในการจัดทำ A Global Action Plan

on Physical Activity ได้รับการพิจารณาในเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑ และสมัชชาสุขภาพโลก ครั้งที่ ๗๑ ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ เพื่อให้ประเด็นด้านการขาดการมีกิจกรรมทางกาย ได้รับการให้ความสำคัญในฐานะระเบียบวาระหลักด้านสุขภาพในระดับโลก

นโยบายการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านกิจกรรมทางกายในระดับชาติ ซึ่งเป็นผลพวงจากการประกาศกฎบัตรกรุงเทพ ส่งผลให้มีมติคณะรัฐมนตรีกำหนดให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายทุกวันพุธของทำเนียบรัฐบาล และส่วนราชการต่างๆ ในช่วงเวลา ๑๕.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. ทำให้ประเทศไทยได้รับคำชื่นชมจากนานาชาติ โดยเฉพาะองค์การอนามัยโลก และจากการดำเนินงานความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ทุกภาคส่วน ร่วมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ในการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายทุกช่วงวัย ให้เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นในเดือนธันวาคม ๒๕๖๐ นอกจากนี้การขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ ร่วมกับภาคียุทธศาสตร์กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ผลักดันให้เกิดแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ ที่ผ่านการพิจารณากลับกรองจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตามขั้นตอนการเสนอแผนต่อคณะรัฐมนตรี เมื่อเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๑ ที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติ

เพื่อให้การขับเคลื่อนประเด็นกิจกรรมทางกายทั้งในระดับสากลและระดับชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องตามเป้าประสงค์ของกฎบัตรฯ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้วิเคราะห์สถานการณ์ นโยบาย และปัจจัยที่สำคัญด้านต่างๆ จึงเห็นควรดำเนินการขยายผลนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อให้กิจกรรมทางกายเป็นเป้าหมายร่วมในการดำเนินงานในระดับชาติและองค์กร การส่งเสริมให้เกิดการสร้างองค์ความรู้นวัตกรรมด้านการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการสร้างจิตสำนึกแห่งสุขภาพ เกิดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในระดับบุคคล พร้อมทั้งส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันเพื่อประชาชนทุกกลุ่มวัยโดยภาคียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการสนับสนุนกิจกรรมกีฬาให้เป็นกีฬาเพื่อสุขภาพที่ปราศจากอบายมุข และปัจจัยที่ทำลายสุขภาพต่างๆ

จุดเน้นของแผน

คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ ร่วมกับภาคีของแผนฯ ได้ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และเป้าหมายให้มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และแผนระดับชาติอื่นๆ รวมไปถึงเป้าหมายตามทิศทางและเป้าหมาย ๑๐ ปี สสส. แผน ๓ ปี (พ.ศ. 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. สนับสนุนการพัฒนาสุขภาวะด้วยการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อรองรับความเป็นเมือง (Urbanization) จากการศึกษาที่ปัจจุบันโลกมีสัดส่วนประชากรในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท และประเทศไทยกำลังเข้าสู่ภาวะดังกล่าว
๓. การเตรียมความพร้อมกลุ่มวัยผู้สูงอายุเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์อย่างรวดเร็ว ด้วยการให้ความสำคัญกับการมีกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางกายที่ดี ยังคงมีศักยภาพในการทำงาน และมีความสามารถในการดูแลตนเอง
๔. ผลักดันให้งานต้นแบบพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่นหรือระดับชาติ เพื่อให้เกิดการขยายผล โดยหน่วยงานยุทธศาสตร์หลัก อาทิ กรุงเทพมหานคร กระทรวงมหาดไทย สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ การเคหะแห่งชาติ นิคมอุตสาหกรรม หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น
๕. บูรณาการกับแผนเชิงพื้นที่หลัก คือ โรงเรียน สถานประกอบการ/องค์กร และพื้นที่สาธารณะ/ชุมชน เพื่อให้เกิดนโยบายการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และสามารถติดตามผลการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและปัจจัยแวดล้อม ซึ่งจะนำไปสู่การขยายผลที่ต่อเนื่อง
๖. สนับสนุนให้เกิดการสานพลังกลไกการขับเคลื่อนงานระหว่างหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อการสนับสนุนงานในมิติที่สำคัญ ได้แก่ วิชาการ กิจกรรม การรณรงค์ และการสื่อสาร เพื่อการผลักดันสู่นโยบาย
๗. ยกระดับขยายผลแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายแห่งชาติ ให้นำไปสู่การปฏิบัติ โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมร่วมขับเคลื่อนให้เป็นกิจกรรมทางกายเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติ และเป็นเป้าหมายร่วมในนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีหน่วยงานภาคนโยบายที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมร่วมเป็นเจ้าของขับเคลื่อนในลักษณะของพหุภาคี เพื่อเป็นการขับเคลื่อนงานกิจกรรมทางกายระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่น ทั้งในและนอกประเทศ

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่นำมาใช้ในแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

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

พฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary Behavior) หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมในขณะที่ตื่น ที่มีการใช้พลังงานต่ำในระดับ ≤ 1.5 METs มักเกิดขึ้นระหว่างการนั่ง หรือเอนนอน เช่น การนั่งหน้าจอโทรทัศน์หรือคอมพิวเตอร์นานเกินไป การนั่งทำงานนานเกินไป ในระดับสากลใช้เกณฑ์การมีพฤติกรรมเนือยนิ่งติดต่อกันเกิน ๒ ชั่วโมง ถือว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพ และเมื่อสะสมทั้งวันแล้ว ไม่ควรเกินกว่า ๑๒ ชั่วโมงต่อวัน

ปัจจัยแวดล้อม/พื้นที่สุขภาพ (Built Environment/Healthy Space) หมายถึง เงื่อนไขทางกายภาพที่เป็นสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้าง ทั้งในบริเวณเปิดโล่งและในอาคาร ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การผังเมือง ระบบขนส่งสาธารณะ การใช้ประโยชน์พื้นที่ทั้งในพื้นที่สาธารณะ พื้นที่เอกชน รวมไปถึงสถานที่ทางธรรมชาติ ที่ได้รับการออกแบบ หรือการจัดการเพื่อสนับสนุนการสร้างโอกาสการมีกิจกรรมทางกายอย่างเท่าเทียมภายใต้กฎระเบียบข้อตกลงร่วมกัน อาทิ สนามเด็กเล่น ทางเท้า พื้นที่ชุมชน หรือพื้นที่อุทยานทางธรรมชาติ เป็นต้น

เมืองที่เอื้อต่อการเดิน/ใช้จักรยาน (Walkable & Cyclable City) หมายถึง เมือง/ชุมชนที่มีนโยบายส่งเสริมการเดิน และการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันของประชาชน ด้วยการออกแบบและจัดการทั้งด้านกายภาพ เช่น ระบบการคมนาคม ความปลอดภัย ความสะดวก ความสวยงาม และการจัดการด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น ความรู้สึกร่วมกันมีส่วนร่วม อัตลักษณ์ของพื้นที่

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

วัตถุประสงค์

ส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตสุขภาพ และจิตสำนึกแห่งสุขภาพ ด้วยการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง

๑. เพื่อขับเคลื่อนร่วมกับภาคยุทธศาสตร์ให้เกิดนโยบายด้านกิจกรรมทางกายในระดับชาติและระดับสากล
๒. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ และนวัตกรรม ด้านการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง
๓. เพื่อส่งเสริมให้มีพื้นที่สุขภาพ และปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน โดยร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
๔. เพื่อส่งเสริมกิจกรรมกีฬาให้เป็นโอกาสของการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันที่เพียงพอ (อย่างน้อย ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์) ของประชากรวัย ๑๑ ปีขึ้นไป เป็นอย่างน้อยร้อยละ ๗๔ ของจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย^{๑๔๒}
๒. ควบคุมอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียน อายุ ๖ - ๑๔ ปี ให้ไม่เพิ่มขึ้นจากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีสัดส่วนร้อยละ ๑๐^{๑๔๓}
๓. เกิดกระบวนการนโยบายสาธารณะระดับชาติด้านกิจกรรมทางกาย ที่แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ร่วมกันผลักดัน อย่างน้อย ๑ 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. เกิดรูปแบบ กลไกการจัดการ หรือการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านพื้นที่สุขภาวะเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประชาชน อย่างน้อย ๒ รูปแบบการจัดการในเชิงพื้นที่ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓
๘. จำนวนองค์กรกีฬาอย่างน้อย ๑๐ องค์กร มีนโยบายปลอดเหล้าบุหรี่ และการสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัดร่วม

๑. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉงด้วยกิจกรรมทางกาย ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ตามแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๗๓ ด้วย ๓ ยุทธศาสตร์ ได้แก่
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายประชาชนทุกกลุ่มวัย
(๑) ร่วมกับ แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ ในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระหว่างวันในหน่วยงาน องค์กร สถานศึกษา หรือสถานบริการสาธารณสุข
(๒) ร่วมกับแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ ในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อการพัฒนาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ

^{๑๔๒} มีเครื่องมือชี้วัด และฐานข้อมูลที่ได้มาตรฐานทางวิชาการขององค์การอนามัยโลก ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยแผนฯ และร่วมใช้โดย กระทรวงสาธารณสุข สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานสถิติแห่งชาติ

^{๑๔๓} มียุทธศาสตร์และวัดผลร่วมกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

(๓) ร่วมกับแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายบริบทวัฒนธรรมไทย ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การส่งเสริมสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย

(๑) ร่วมกับแผนสุขภาวะชุมชน แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม หรือแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ในการส่งเสริมการจัดการพื้นที่ให้เอื้อและปลอดภัยต่อการเดิน ในโรงเรียน ชุมชน และองค์กร

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาระบบสนับสนุนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

(๑) ร่วมกับแผนระบบสื่อและวิถีชีวิตสุขภาวะในการพัฒนานักสื่อสารสุขภาวะในประเด็นส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

(๒) ร่วมกับแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ ในการผลิต เผยแพร่ และขยายแนวคิดประเด็นส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

(๓) ร่วมกับฝ่ายติดตามและประเมินผลในการพัฒนาศักยภาพการติดตามประเมินผลตามแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๗๓

(๔) ร่วมกับฝ่ายภาคีสัมพันธ์ในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับสากล

๒. ร่วมกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะและฝ่ายติดตามและประเมินผล ในการสนับสนุนแผนสุขภาวะชุมชน แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร และแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น ในการพัฒนาต้นแบบตำบลสุขภาวะ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ระดับประชาชน คือ ลดการกินหวาน/มัน/เค็ม เพิ่มการบริโภคผัก/ผลไม้ เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย และลดการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง

๓. ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว และภาคีเครือข่าย ในการพัฒนารูปแบบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (School Health Promotion) ด้วยการผลักดัน ๔ มิติ ได้แก่ (๑) ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายยุทธศาสตร์ (๒) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายและแกนนำ (๓) การติดตามประเมินผล และ (๔) การผลักดันนโยบาย เพื่อบูรณาการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเข้ากับกิจกรรมเรียนรู้ด้านอื่นๆ ให้เด็กและเยาวชนมีความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาวะ

แนวทางการดำเนินงาน

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

แนวทางขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ๓ กลุ่มวัย ๒ ตัวชี้วัดหลัก

แผนฯ ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายหลัก ๓ กลุ่ม คือ วัยเด็ก วัยทำงาน และ วัยสูงอายุ โดยหมายรวมไปถึงกลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่างๆ โดยนำข้อมูลการมีกิจกรรมทางกายที่สำรวจมาวิเคราะห์ และออกแบบยุทธศาสตร์ เพื่อขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายให้เหมาะสมกับกลุ่มวัย ตาม ๒ ตัวชี้วัดหลัก คือ การเพิ่ม อัตราการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากร และควบคุมอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ในเด็ก ให้สอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และทิศทางและเป้าหมาย ๑๐ ปี ของ สสส. โดยมีรูปแบบหลัก ที่จะดำเนินงาน ได้แก่

๑. การเพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ

(๑) วัยเด็ก : ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพพัฒนาเด็กเล็ก และสถานศึกษาต้นแบบด้านกิจกรรมทางกายด้วยการส่งเสริม Active Play ให้เด็กมีการเคลื่อนไหวออกแรงทั้งในระดับปัจเจกและเป็นกลุ่มเพื่อลดภาวะเนือยนิ่ง พร้อมส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬา ควบคู่ไปกับการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายที่ปลอดภัย อาทิ สนามเด็กเล่นฐานปัญญา ลานอเนกประสงค์ ลานกีฬา ทางเดิน ฯลฯ รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนทัศนคติให้มีวิถีชีวิต กระฉับกระเฉง และมีการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม

(๒) วัยทำงาน : สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับวัยทำงาน และสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิตอย่างเหมาะสม และมีศักยภาพในการดำเนินงาน โดยร่วมมือกับ องค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชน

(๓) วัยสูงอายุ : สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ และกลุ่มผู้ที่มีความต้องการพิเศษ เพื่อสนับสนุนให้มีกิจกรรมทางกายอย่างถูกวิธี สามารถช่วยเหลือตนเอง ป้องกันการหกล้ม และการบาดเจ็บต่างๆ โดยร่วมมือกับ สถานศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน

๒. การควบคุมอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน

(๑) วัยเด็ก : มุ่งเน้นการมีกิจกรรมทางกายควบคู่กับการบริโภคอาหาร และโภชนาการที่เหมาะสมของแม่ที่ตั้งครรภ์ และเด็กทุกช่วงวัย รวมทั้งให้ความสำคัญกับการลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง โดยสนับสนุนการพัฒนาให้เกิดต้นแบบ นำไปสู่การขยายผลกับองค์กรภาครัฐ สถาบันการศึกษา และชุมชนที่เกี่ยวข้อง

แนวทางบูรณาการ

แผนฯ ให้ความสำคัญกับแนวทางบูรณาการตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลักของ สสส. และตาม ทิศทางที่คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ ให้ความสำคัญเรื่องการขับเคลื่อนงานภายใต้มิติของสุขภาวะแบบองค์รวม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต แผนฯ จึงได้กำหนดแนวทางการบูรณาการ ดังนี้

๑. เน้นบูรณาการกับแผนอาหารเพื่อสุขภาพ และแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา โดยกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อการดำเนินงานควบคุมอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียน ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักระยะ ๑๐ ปี ของสสส.
๒. พัฒนาความรู้และต้นแบบของการขับเคลื่อนการเพิ่มกิจกรรมทางกาย ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และลดโรคอ้วน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร โดยแผนฯ จะขยายผลร่วมกับแผนสุขภาพเด็กเยาวชนและครอบครัว แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร แผนสุขภาพชุมชน แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ แผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม และแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ
๓. พัฒนางานสื่อสารณรงค์ในประเด็นส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่งของทุกช่วยวัย ร่วมแผนสุขภาพเด็กเยาวชนและครอบครัว แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร แผนสุขภาพชุมชน และแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ

แนวทางสร้างความยั่งยืน

๑. มุ่งเน้นการทำงานเพื่อสร้างระบบ กลไก ความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และหน่วยงานนอกระบบสุขภาพ ให้มีความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพ ประเด็นส่งเสริมกิจกรรมทางกาย
๒. บูรณาการกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายของประชาชนเพื่อยกระดับเป็นเป้าหมายระดับชาติ และเกิดเจ้าภาพในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
๓. พัฒนาระบบการจัดทำฐานข้อมูลสำรวจกิจกรรมทางกายระดับชาติ ร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง
๔. ร่วมมือกับเครือข่ายสากลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในการผลักดันระเบียบวาระกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง
๕. พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือวิชาการนานาชาติอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนจนประสานเครือข่ายวิชาการด้านกิจกรรมทางกายทั้งในประเทศและต่างประเทศ และพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานในระดับสากล
๖. บูรณาการกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ทั้งระดับชาติและท้องถิ่นในการนำนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสู่การปฏิบัติ

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วย ๓ กลุ่มแผนงาน ได้แก่

๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันตามกลุ่มวัย
๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่และปัจจัยแวดล้อมสุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย
๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา

มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันตามกลุ่มวัย

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๑. รณรงค์สร้างความตระหนักในความสำคัญ และเผยแพร่ความเข้าใจประเด็นการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันในกลุ่มเป้าหมาย ด้วยการสนับสนุน องค์ความรู้ กิจกรรม และการสื่อสารณรงค์อย่างกว้างขวาง 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 อาทิ การสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทยทุกกลุ่มวัย และการวัดผลตอบแทนทางสังคมของการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย
๕. เชื่อมโยงเครือข่ายวิชาการนานาชาติด้านกิจกรรมทางกาย เพื่อการพัฒนานโยบาย การแลกเปลี่ยนความรู้ งานวิจัย การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และการผลักดันนโยบายสาธารณะ
๖. บูรณาการการดำเนินงานในระดับพื้นที่และสถานประกอบการร่วมกับแผนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของ สสส.

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการวิจัยเพื่อสร้างสรรค์ต้นแบบกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในเด็กและวัยรุ่นไทย โครงการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมโอกาสการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในบริบท โครงการการศึกษาและพัฒนาต้นแบบการประเมินพัฒนาการสำหรับกิจกรรมทางกายในเด็ก

โครงการโรงเรียนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โครงการส่งเสริมต้นแบบองค์กรไร้พุง โครงการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุต้นแบบกิจกรรมทางกาย โครงการรณรงค์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในรูปแบบ เดิน วิ่ง ปั่น โครงการพัฒนาข้อเสนอและการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประเทศไทย โครงการศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ในประเด็นการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ฯลฯ

๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนองค์กรภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม องค์กรอิสระ สถาบันการศึกษา และองค์กรชุมชนในพื้นที่เขตเมืองและชนบท เพื่อให้เป็นกลไกดำเนินการระดมเครือข่ายความร่วมมือ และทรัพยากร ในการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะเอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม
๒. พัฒนาต้นแบบของพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน โดยพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการพื้นที่สุขภาวะร่วมกับ สถาบันวิชาการ สมาคมวิชาชีพด้านผังเมือง สถาปัตยกรรมและสิ่งแวดล้อม โดยมุ่งการขยายผลผ่านความร่วมมือกับหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาการที่เกี่ยวข้อง
๓. ขับเคลื่อนกระแสสังคม และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เกิดการดำเนินงาน โดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการพื้นที่หรือโครงสร้างทางกายภาพที่เอื้อต่อการเดิน และใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
๔. ผลักดันหน่วยงานระดับท้องถิ่น ให้มีการจัดการพื้นที่สุขภาวะเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน สำหรับกลุ่มผู้ด้อยโอกาส หรือกลุ่มคนที่เข้าไม่ถึงบริการ เพื่อลดช่องว่างของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการกลไกการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะ โครงการศูนย์ออกแบบและพัฒนาเมือง โครงการศึกษาศักยภาพการเข้าถึงสาธารณูปการที่ส่งเสริมการเดินเท้าและโครงการศึกษาดัชนีศักยภาพการเดินเท้า โครงการศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในสถานประกอบการ โครงการลานกีฬาพัฒนา โครงการพัฒนาความร่วมมือด้านกลไกสนับสนุนทางวิชาการเพื่อนำสู่การสร้างพื้นที่สุขภาวะ โครงการพัฒนาต้นแบบและคู่มือการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อขับเคลื่อนและการบริหารจัดการพื้นที่สุขภาวะในประเทศไทย โครงการทบทวนสถานการณ์และองค์ความรู้พื้นที่สุขภาวะในบริบทไทยเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โครงการพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะชุมชน โครงการพื้นที่สุขภาวะย่านเมืองในพื้นที่ต่างๆ โครงการส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะในชุมชน ฯลฯ

๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนกิจกรรมกีฬาให้เป็นกีฬาปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ และสนับสนุนพื้นที่ในและรอบบริเวณสนามกีฬาให้ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ตามกฎหมาย โดยใช้กลไกทุนอุปถัมภ์กีฬาและการสื่อสารณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักในกลุ่มเป้าหมาย
๒. สนับสนุนกิจกรรมกีฬาให้เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเพื่อสร้างสังคมสุขภาวะและค่านิยมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ
๓. แสวงหาองค์กรพันธมิตรร่วมทุน (Co-sponsorship) ในการขับเคลื่อนกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และกีฬาที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการทุนอุปถัมภ์กีฬาระดับชาติ โครงการทุนอุปถัมภ์กีฬาระดับภูมิภาคและจังหวัด โครงการสนับสนุนความร่วมมือกับสมาคมกีฬาที่ร่วมมรดงศ์ให้เป็นกีฬาปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ ค่ายผู้นำเยาวชน โครงการสนับสนุนกิจกรรมกีฬาตามนโยบายของรัฐบาล โครงการสื่อสารณรงค์ส่งเสริมค่านิยมกีฬาปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ ฯลฯ

ภาคีหลัก

๑. หน่วยงานภาครัฐระดับชาติและท้องถิ่น ที่มีนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย และกีฬาเพื่อสุขภาพ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวัฒนธรรม การกีฬาแห่งประเทศไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร
๒. องค์กรกีฬาภาครัฐ และเอกชนที่ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ อาทิ สมาคมกีฬาระดับชาติและระดับจังหวัด หน่วยงานกีฬาภาครัฐ สมาพันธ์และชมรมกีฬาเพื่อสุขภาพ สมาคมสื่อมวลชนกีฬา
๓. สถาบันวิชาการ หน่วยงานวิจัย และภาคประชาสังคม ที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย อาทิ สถาบันการศึกษา สถาบันวิชาการด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา เครือข่ายการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สื่อมวลชนด้านสุขภาพและกีฬา กลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์ กลุ่มวิชาชีพด้านอาหารและโภชนาการ 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), Japan Sport Association (JSA)

แนวทางการจัดการแผน

กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ โดยสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก ๕) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการที่ยึดหลักธรรมาภิบาล การบริหารที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส เพื่อให้เกิดผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย รวมไปถึงความคุ้มค่า ความยั่งยืน และความน่าเชื่อถือจากสังคม และการสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพของภาคีเครือข่าย

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันตามกลุ่มวัย	๑๓๐
๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย	๕๐
๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา	๔๐
รวม	๒๒๐



แผนระบบสื่อและ วิถีสุขภาวะทางปัญญา

สถานการณ์และแนวโน้ม

ในการขับเคลื่อนให้เกิด “วิถีชีวิตสุขภาวะ” ระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา คือองค์ประกอบหนึ่งของปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีบทบาทสำคัญในการสร้าง “ภูมิคุ้มกัน” ปัจจัยเสี่ยงในลักษณะต่างๆ ผ่านการบ่มเพาะ หล่อหลอม กระตุ้น และสร้างโอกาสให้ประชาชนพัฒนาตนเองสู่ “พลเมืองและนักสื่อสารสุขภาวะที่ดี” ที่มีศักยภาพในการสร้างสรรค์ “วิถีชีวิตสุขภาวะ” (healthy lifestyle) ของตนบนฐานแห่งปัญญาและจริยธรรมได้อย่างเท่าทันกระแสความเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ ในโลกยุคศตวรรษที่ ๒๑

คนไทยกับภูมิทัศน์สื่อยุคหลอมรวม “ไทยแลนด์ ๔.๐”

ในยุคสื่อหลอมรวม (media convergence) ภายใต้นโยบาย “ไทยแลนด์ ๔.๐” คนไทยเปิดรับสื่อแบบหลอมรวม โดยผสมผสานทั้ง “สื่อเก่า” (traditional media) ที่เคยมีอิทธิพลต่อสังคม เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ 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

ข้อเท็จจริงอีกด้านหนึ่งที่ไม่อาจมองข้ามท่ามกลางภูมิทัศน์ของระบบสื่อปัจจุบันที่เปิดโอกาสให้ใช้เป็นเครื่องมือสร้างสรรค์วิถีชีวิตสุขภาพะดั่งกล่าวคือ เนื้อหาที่ไม่เหมาะสมยังพบอยู่ทั่วไป ทั้งด้านการโฆษณาเกินจริง โฆษณาแฝง โฆษณาสิ่งที่เสียดสีหรือก่อพิษภัยต่อสุขภาพ การนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับเพศ ความรุนแรง คำหยาบคาย ฯลฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน “สื่อใหม่” ซึ่งยังขาดทั้งกฎระเบียบที่เท่าทันสถานการณ์ กลไกที่สามารถกำกับดูแลได้อย่างทั่วถึง และเครื่องมือในการกลั่นกรองเนื้อหาในสื่อให้เหมาะสมกับวัยของผู้รับสื่อ

เนื้อหาเสียงที่ปรากฏในสื่อยุคปัจจุบันยังมีลักษณะใหม่ๆ เช่น การสร้างมายาคติและการกำหนดอัตลักษณ์สร้างตัวตนบนโลกออนไลน์อย่างบิดเบี้ยวไม่ตรงกับชีวิตจริง การปลุกเร้าให้เกิดความขัดแย้ง แยกแยะ และเกลียดชัง การเผยแพร่ข่าวลือ ข้อมูลเท็จ หรือข้อมูลที่จงใจสร้างขึ้นเพื่อบิดเบือนความจริง การหลอกล่อให้ผู้รับสื่อเกิดความสนใจ และขยายผลผ่านการส่งต่อข้อมูล (share) ทำให้ข่าวสารที่ก่อความเสี่ยงลูกกลามอย่างรวดเร็วในไม่กี่นาที รวมทั้งยังเกิดการผลิตข่าวปลอมส่งไปทั่วโลก

ปรากฏการณ์ “สื่อเปลี่ยนวิถีชีวิต” ยังส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยพลิกโฉมผู้รับสื่อสู่ฝ่ายรุก เพราะเทคโนโลยีสื่อสารยุคใหม่ทำให้ **คนทุกคนเป็นทั้งผู้ใช้และผู้ผลิตสื่อในเวลาเดียวกัน** ด้วยการนำเสนอหรือแบ่งปัน (share) ประสบการณ์ ข่าวสาร และ ความคิดเห็น ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และที่สำคัญคือ สามารถสร้างผลกระทบต่อผู้คนจำนวนมากได้ภายในเวลาสั้นๆ ผ่านโปรแกรมสังคมออนไลน์ต่างๆ เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ อินสตาแกรม ทวิตเตอร์ ยูทูป

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

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

“ระบบสื่อยุคดิจิทัล” กับผลต่อสุขภาพะ

ภูมิทัศน์และเนื้อหาในระบบสื่อที่เปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดดภายในเวลาสั้นๆ ดังกล่าว ถูกมองว่าเป็นทั้ง “ความเสี่ยง” และ “โอกาส” ต่อการสร้างเสริมสุขภาพะ

ก. **ความเสี่ยง** ราชสมาคมเพื่อสาธารณสุข (Royal Society for Public Health : RSPH) ประเทศอังกฤษ ระบุว่า สื่อใหม่เสียดสีง่ายยิ่งกว่าบุหรี่หรือสุรา อีกทั้งยังมีข้อมูลจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นว่า ระบบสื่อในยุคปัจจุบันนำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาพะในทุกมิติ

ด้านผลกระทบต่อสุขภาพกาย รายงานจากทั่วโลกระบุถึงผลกระทบจากการใช้สื่อดิจิทัลต่อสุขภาพร่างกาย ที่สำคัญคือ การทำให้อวัยวะเสื่อม ภาวะน้ำหนักเกิน เมื่อยล้า อ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอ นอนไม่หลับ โรคระบบทางเดินอาหารและการขับถ่าย จากการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งอยู่หน้าจอต่อเนื่องยาวนาน การติดเชื้อโรค และเกิดโรคมุมแพ่จากฝุ่นละอองที่สะสมในอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และสมาร์ทโฟน **ผลกระทบทางจิต** ในด้านสุขภาพจิต พบว่า การใช้สื่อยุคใหม่ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเสื่อมถดถอยลง เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายชีวิตปกติ เสพติดความรุนแรง เกิดความเครียด นำไปสู่ภาวะติดอินเทอร์เน็ต อาการกลัวตกข่าว หลุดกระแส เสียโอกาสไม่รู้ไม่เห็น ในสิ่งที่คนอาจพูดถึง และการสูญเสียความเชื่อมั่นตนเอง จนมองว่าตนเองด้อยคุณค่า และอาจนำไปสู่การเรียกร้องความสนใจตลอดเวลา หรือเกิดอาการซึมเศร้า **ผลกระทบทางสังคม** การใช้เวลากับสื่อดิจิทัลมากขึ้นได้หล่อหลอมวิถีชีวิตแบบปัจเจก หน่วยทางสังคมที่ได้รับผลกระทบอย่างลึกซึ้งก็คือครอบครัว นอกจากนี้ สื่อดิจิทัลยังเป็นปัจจัยชักนำหรือกระตุ้นความขัดแย้งและความรุนแรง และนำไปสู่ การใช้อารมณ์เหนือเหตุผล และ**ผลกระทบต่อสุขภาพทางปัญญา** พบว่า สื่อดิจิทัลปลูกเร้าให้แสดงอัตตาจากการนำเสนอตัวตนและการแสดงความคิดเห็นอยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้ สภาพทฤษฎีนิยามครอบงำสื่อยังบ่มเพาะความโลภ กระตุ้นให้เกิดความต้องการซื้อหรือเสพสิ่งต่างๆ เกินความจำเป็น ปลูกเร้าเพศสัมพันธ์ การพนัน และความรุนแรง จนยากจะค้นพบความสุขจากวิถีชีวิตที่เรียบง่าย ละเลยการสร้างดุลยภาพระหว่างการรู้โลกกับความสงบภายใน

ข. โอกาส สื่อดิจิทัลเปิดโอกาสให้คนทุกคนแสดงบทบาท “พลเมือง” ที่มีส่วนร่วมกำหนดระเบียบวาระข่าวสารต่อสาธารณะ เอื้อต่อการระดมความคิด และหลอมรวมพลังผลักดันให้เกิดความเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ การหลอมรวมบทบาทผู้รับและผู้ส่งสารไว้ในคนคนเดียว ยังทำให้คนทุกคนมีพลังอำนาจในการนำเสนอแนวคิด และแรงบันดาลใจที่สร้างคุณค่าให้แก่ชีวิตและสังคม โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยทุนหรือพึ่งพาสื่อสารมวลชน

สถานการณ์ด้านระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา

❁ สถานการณ์ด้านระบบสื่อสุขภาพ

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”

(๒) กระทบพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ ข้อมูลจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่า เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี มีแนวโน้มใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มสูงขึ้น โดยส่วนใหญ่ใช้เพื่อความบันเทิง และมีแนวโน้มสู่ “ชีวิตติดสื่อดิจิทัล” บางคนมีอาการเช่นเดียวกับการติดยาเสพติด เรียกว่า ภาวะติดอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจ

การที่ “พื้นที่สีขาว” บนอินเทอร์เน็ตมีสัดส่วนน้อยกว่าพื้นที่เสี่ยง ผู้เชี่ยวชาญระบุว่า จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กที่เติบโตในยุคดิจิทัลในระยะยาว อีกทั้งยังสะท้อนผ่านพฤติกรรมไม่เหมาะสมในระแวกอื่น อย่างเช่นการติดเกม นอกจากนี้ กระแสสนับสนุนให้เด็กติดเกมมากขึ้นจากการยกระดับเกมคอมพิวเตอร์ให้เป็นกีฬาประเภทหนึ่ง ยังทำให้เด็กยุคดิจิทัลเสี่ยงต่อการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพออีกด้วย

ด้านการก่ออาชญากรรมและความรุนแรง พบการกระทำความผิดของกลุ่มเยาวชน พบช่วงอายุที่ก่ออาชญากรรมน้อยลงอยู่ช่วงอายุ ๑๒ ปี โดยไปเกี่ยวข้องกับทั้งยาเสพติด ความรุนแรง และการล่องละเมิดทางเพศ โดยสาเหตุหนึ่งมาจากสื่อออนไลน์ รวมถึงการใช้ความรุนแรง การแสดงความคิดเห็นอย่างสุดโต่งสุดขั้วออกมามากขึ้น โดยมีปัจจัยจาก “ยอดไลค์” ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นให้แสดงออกมากยิ่งขึ้น

(๓) เอื้อให้เกิดการล่องละเมิดเด็กและเยาวชน มีข้อมูลระบุว่า เด็กและเยาวชน ร้อยละ ๔๘ ที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตเคยถูกคุกคามผ่านโซเชียลมีเดีย ทั้งการกระทำโดยตั้งใจและจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของการใช้โซเชียลมีเดียที่กลายเป็น “การกลั่นแกล้งออนไลน์”

จากการทบทวนสถานการณ์เนื้อหาสื่อสำหรับเด็ก เยาวชน และผู้สูงอายุพบว่า แม้อุคดิจิทัลได้หนุนนำให้เกิดช่องทางและเนื้อหาสื่อปริมาณมากและหลากหลายบทบาทวิทัศน์ แต่ประเทศไทยกลับยังขาดการลงทุนเพื่อพัฒนาสื่อที่มีเนื้อหาสร้างสรรค์สำหรับคนกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพและต่อเนื่อง

สื่อดิจิทัลมีอิทธิพลต่อชีวิตของคนไทยสูงยิ่งขึ้น ทั้งด้านการเรียนรู้ บทบาทในชีวิต และผลกระทบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของเด็กและเยาวชน ดังข้อมูลต่อไปนี้

- (๑) ในปี ๒๕๖๑ ค่าเฉลี่ยช่วงเวลาใช้อินเทอร์เน็ตต่อวันของคนไทยอยู่ที่ ๑๐ ชั่วโมง ๕ นาทีต่อวัน สูงขึ้นจากปีก่อนหน้า ๓ ชั่วโมง ๔๑ นาที โดย เจน Y ซึ่งอยู่ในช่วงอายุ ๑๘ - ๓๗ ปี ยังคงเป็นกลุ่มที่ใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุดเป็นปีที่สี่^{๑๕๔}
- (๒) ในปี ๒๕๖๐ เด็กไทยใช้เวลากับหน้าจอตงอินเทอร์เน็ต ๓๕ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลกถึง ๓ ชั่วโมง โดยเข้าถึงอินเทอร์เน็ตผ่านสมาร์ทโฟนสูงสุด (ร้อยละ ๗๓) รองลงมาคือผ่านคอมพิวเตอร์โรงเรียน (ร้อยละ ๔๘) นอกจากนี้ยังใช้โซเชียลมีเดียถึง (ร้อยละ ๙๘) ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก และ ร้อยละ ๕๐ ในจำนวนนี้มีการใช้งานอย่างสม่ำเสมอ (Highly Active User) เช่น โพสต์รูป โพสต์ความเห็น ช้อหรือขายของออนไลน์^{๑๕๕}
- (๓) ด้านความเสี่ยงจากการใช้สื่อ พบว่า เด็กและเยาวชนไทยที่มีอายุ ๘ ถึง ๑๒ ปี มีโอกาสเสี่ยงภัยจากออนไลน์ถึง ร้อยละ ๖๐ สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ ๕๖^{๑๕๖}

^{๑๕๔} อ้างแล้วใน ๑

^{๑๕๕, ๑๕๖} ผลสำรวจ The 2018 DQ Impact Study ซึ่งจัดทำขึ้นในปี ๒๕๖๐ โดย สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล (ดีป้า) กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) กระทรวงศึกษาธิการ และ DQ institute ประเทศสิงคโปร์

- (๔) เด็กและเยาวชนอายุ ๙ - ๑๘ ปี สี่ในห้า เคยเล่นเกมออนไลน์ โดยครึ่งหนึ่งของเด็กผู้ชายที่เล่นเกม เล่นทุกวันหรือเกือบทุกวัน และเสี่ยงติดเกมมากกว่าเด็กผู้หญิง ๒ เท่า ^{๑๕๗}
- (๕) ปัญหาจากการใช้ชีวิตดิจิทัลของเด็กไทยที่พบมากที่สุด ๔ ประเภท คือ (๑) การถูกรังแก ข่มขู่คุกคาม (ร้อยละ ๔๙) (๒) การเข้าถึงสื่อลามกและพูดคุยเรื่องเพศกับคนแปลกหน้าในโลกออนไลน์ (ร้อยละ ๑๙) (๓) ติดเกม (ร้อยละ ๑๒) และ (๔) ถูกล่อลวงออกไปพบคนแปลกหน้า (ร้อยละ ๗) ^{๑๕๘}
- (๖) เด็กและเยาวชน ร้อยละ ๗๔.๙ ระบุว่า เชื่อว่าแก้ปัญหาจากภัยออนไลน์ได้เอง และ ร้อยละ ๖๑.๔ คิดว่าการแก๊งและละเมิดทางเพศจะไม่เกิดขึ้นกันตัวเอง ^{๑๕๙}
- (๗) ค่าเฉลี่ยของการถูกรังแกออนไลน์ของเด็กไทย ซึ่งหมายรวมถึงการถูกกลั่นแกล้งทางออนไลน์ ในรูปแบบต่างๆ เช่น การด่าทอกันด้วยข้อความหยาบคาย การตัดต่อภาพ สร้างข้อมูลเท็จ รวมไปถึง การตั้งกลุ่มออนไลน์กีดกันเพื่อนออกจากกลุ่ม ฯลฯ ยังสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลก ซึ่งอยู่ที่ ร้อยละ ๔๗ ผู้เกี่ยวข้องระบุว่า เรื่องนี้ปัญหาเริ่มทวีความรุนแรงแบบซีมติกและจะส่งผลกระทบต่อปัญหาสังคมไทย ต่อไป ^{๑๖๐}
- (๘) เด็กปฐมวัย (อายุ ๑ - ๕ ปี) สื่อที่เปิดรับมาก ได้แก่ โทรทัศน์ และสื่อออนไลน์ โดยเด็กปฐมวัย ร้อยละ ๔๑ ใช้สมาร์ทโฟนเล่นเกมได้ และ ร้อยละ ๔๔.๘ ใช้แท็บเล็ต และ ร้อยละ ๕๑.๘ ดูโทรทัศน์ ๒ ชั่วโมงหรือมากกว่านั้นต่อวันในช่วงวันหยุด และลดลงเป็น ร้อยละ ๔๐.๙ ในช่วงวันธรรมดา ^{๑๖๑}
- (๙) การสนใจฟังนิทานได้นาน ๕ นาที ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของศักยภาพที่สะท้อนถึงการเข้าใจภาษาที่สมวัย ของเด็กช่วง ๓๐ เดือน พบในเด็กปฐมวัย ร้อยละ ๘๓.๑ ^{๑๖๒}

ผู้สูงอายุ

- (๑) ในส่วนของ ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่ม “ผู้อพยพสู่โลกดิจิทัล” กลุ่มใหญ่อีกกลุ่มหนึ่ง ถูกระบุว่า มีพฤติกรรมการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตน่ากังวลมากที่สุด โดยเกินครึ่งใช้สื่อนี้ในลักษณะที่ขาดความรู้ และไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการก่ออาชญากรรมไซเบอร์ ^{๑๖๓} นอกจากนี้ ร้อยละ ๗๕ ของ ประชากรกลุ่มนี้ยังใช้สื่อดิจิทัลโดยไม่รู้เท่าทัน เช่น การส่งต่อ (share) เนื้อหาโดยขาดการตรวจสอบ ถึง ร้อยละ ๓๐ ^{๑๖๔} และมีอัตราการถูกล่อลวงผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตมากที่สุด
- (๒) ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การหลงเชื่อข้อมูลค่าโฆษณาในสื่อออนไลน์ ผลิตภัณฑ์ที่กระทบต่อสุขภาพ ชัดเจนที่สุด ได้แก่ ยา อาหาร และเครื่องมือแพทย์ โดยกลุ่มเสี่ยงที่สุดคือ ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเฉยๆ และผู้สูงอายุหญิงประสบปัญหามากกว่าผู้ชาย เนื่องจากห่วงใยสุขภาพมากกว่า ^{๑๖๕}

^{๑๕๗} ข้อมูลเผยแพร่ชุด เด็กไทยเสี่ยงภัยออนไลน์ จัดทำโดย COPAT สํารวจเมื่อ พฤศจิกายน-ธันวาคม ๒๕๖๐

^{๑๕๘} ผลสำรวจ The 2018 DQ Impact Study อ้างแล้วใน ๓

^{๑๕๙} ผลสำรวจโดย มูลนิธิอินเทอร์เน็ตเพื่อร่วมพัฒนาไทย อ้างอิงจาก หนังสือพิมพ์ประชาชาติธุรกิจ

^{๑๖๐} ผลสำรวจ The 2018 DQ Impact Study อ้างแล้วใน ๓

^{๑๖๑} รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๑ ส่วน ๑๐ หมวดตัวชี้วัดสุขภาพเด็กปฐมวัย

^{๑๖๒} อ้างแล้วใน ๙

^{๑๖๓} อ้างแล้วใน ๑

^{๑๖๔} สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

^{๑๖๕} การประชุมสมัชชาผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๕๙ หัวข้อ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคกับสังคมสูงวัย อ้างอิงใน หนังสือพิมพ์มติชน ฉบับวันอังคารที่

๑๗ พฤษภาคม ๒๕๕๙ หน้า ๒๓

❁ สถานการณ์ด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญา

- (๑) ผลการจัดอันดับ ประเทศที่มีความสุขที่สุดในโลก ๒๕๖๑ World Happiness Report 2018 ซึ่งพิจารณาจาก ๖ ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม, จิตใจดีต่อหัว, อายุขัยของประชากร, เสรีภาพ, ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่, และความโปร่งใส ระบุว่า ค่าดัชนีความสุขของประเทศไทย ตกจากอันดับ ๓๓ ในปี ๒๕๕๙ มาอยู่ในอันดับที่ ๔๖ จาก ๑๕๖ ประเทศในโลก^{๑๖๖}
- (๒) ขณะที่ ดัชนีการให้ ปี ๒๕๖๐ (World Giving Index 2017) จัดให้ประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ ๑๖ โดยข้อมูลจากคะแนนในแต่ละด้านชี้ให้เห็นว่า คนไทยนิยมทำบุญบริจาคเงิน (ร้อยละ ๖๘) แต่ยังมีจิตอาสาน้อย (ร้อยละ ๑๙)^{๑๖๗} ทั้งนี้ ในประเด็นที่ว่า “คนไทยนิยมทำบุญบริจาคเงิน” ดูจะสอดคล้องกับเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในปี ๒๕๖๐ ที่คนไทยร่วมบริจาคเงินสมทบให้แก่โครงการ “ก้าวคนละก้าว เพื่อ ๑๑ โรงพยาบาลทั่วประเทศ” ที่สามารถระดมทุนจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ได้กว่า ๑,๓๐๐ ล้านบาท ภายในเวลา ๕๕ วัน อย่างไรก็ตาม ข้อสังเกตต่อรูปแบบการให้ของคนไทยที่ว่า “คนไทยสละทรัพย์มาก สละเวลาน้อย และจะบริจาคให้กับวัดเป็นส่วนใหญ่” ยังคงเป็นวิถีปฏิบัติในสังคมไทย
- (๓) ขณะเดียวกัน สถานการณ์ความเป็นไปที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ทั้งด้านความเปลี่ยนแปลงด้านภูมิอากาศ ความขัดแย้งทางการเมือง การก่อการร้าย ภาวะเศรษฐกิจฝืดเคือง สภาพชีวิตที่เร่งรัดขรุขระ เป็นปัจจัยที่กำลังรุกร้าให้เกิดความวิตกกังวลและบั่นทอนความสงบสุขภายในจิตใจของผู้คน
- (๔) ข้อเท็จจริงที่สะท้อนผ่านผลสำรวจในปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ ชี้ว่า คนไทยรู้สึกวิตกกังวลปัญหาและทำร้ายร่างกาย คนเกินครึ่งระบุว่า ไม่มีความสุข รู้สึกเบื่อหน่าย ขณะที่ ร้อยละ ๓๖.๖ ระบุว่า ไม่อยากพบปะผู้คน หมดกำลังใจ (ร้อยละ ๔๘) และ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า (ร้อยละ ๒๙)^{๑๖๘} ในภาพรวม ประชาชนเห็นว่า สังคมเสื่อมโทรมลงและคนเห็นแก่ตัวมากขึ้น^{๑๖๙} ทำให้เรื่องของ การรับฟัง การร่วมรู้สึกและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (empathy) เป็นคุณสมบัติสำคัญสำหรับช่วยเติมเต็มช่องว่างด้านสุขภาวะทางปัญญาในสภาพชีวิตยุคปัจจุบัน
- (๕) วิธีการดำเนินชีวิตในโลกสมัยใหม่ปัจจัยรุกร้าให้คนมีความทุกข์ วิตกกังวล ขาดความไว้วางใจ ซึ่งกันและกัน รีบเร่ง และต้องแก่งแย่ง แข่งขัน จนทำให้ขาดความเห็นใจและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกัน แต่ขณะเดียวกัน เมื่อเผชิญเหตุการณ์วิกฤติที่เป็นความทุกข์หรือสูญเสียร่วมกันคนไทยแสดงออกถึงการมีจิตอาสา สนใจสร้างประโยชน์ต่อสาธารณะ ดังนั้น กิจกรรมที่โน้มน้าวสู่วิถีสุขภาวะจึงเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่งในยุคปัจจุบัน

^{๑๖๖} World Happiness Report 2018

^{๑๖๗} ภาพประกอบการนำเสนอข้อมูล ในการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทางแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ครั้งที่ ๓/๒๕๖๑ วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑ จัดทำโดย สำนัก ๕ สสส.

^{๑๖๘} เอแบคโพลล์ ผลสำรวจเรื่องความสุข มกราคม ๒๕๖๐

^{๑๖๙} ผลสำรวจโดย สวन्दูสิตโพลล์ อ้างอิงจากข่าว “ดุสิตโพลล์ชี้ วิตก สังคมไทยเสื่อมโทรม” ในเว็บไซต์ข่าววอยซ์ทีวี news.voicetv.co.th/thailand/454605.html

- (๖) ขณะที่ข้อมูลจากธนาคารจิตอาสาแสดงให้เห็นว่า เยาวชน เป็นกลุ่มประชากรที่มีความสนใจต่อการให้ในลักษณะนี้มากที่สุด โดยสมาชิกเกินครึ่ง (ร้อยละ ๕๖) เป็นกลุ่มเยาวชน โดยเป็นผู้หญิง (ร้อยละ ๗๙) มากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ ๒๑) งานอาสาที่เยาวชนสนใจมากที่สุดคือ งานที่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และน้อยที่สุดคือ งานศาสนา ปฏิบัติธรรม^{๑๗๐}
- (๗) แนวโน้มในการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาที่น่าสนใจในระดับสากล พบว่า วัยรุ่นทั่วโลกในปัจจุบันให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณ (การค้นหาคุณค่า ความหมายของชีวิต การเชื่อมโยง การมีชีวิตอยู่) มากกว่าศาสนา ในกรณีของวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกา แบ่งได้ ๔ กลุ่ม ประกอบด้วย (๑) กลุ่มที่เชื่อทั้งศาสนาและจิตวิญญาณ (ร้อยละ ๑๔) (๒) กลุ่มที่เชื่อศาสนา แต่ไม่เชื่อจิตวิญญาณ (ร้อยละ ๓๐) (๓) กลุ่มเชื่อจิตวิญญาณ แต่ไม่เชื่อศาสนา (ร้อยละ ๑๕) (๔) กลุ่มไม่เชื่อจิตวิญญาณ และศาสนา (ร้อยละ ๔๐) โดยกลุ่มที่ ๓ และ ๔ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ การแสวงหาช่องทางในการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาที่รักษาจุดสมดุลระหว่างผู้ที่มีความเชื่อศาสนาและกลุ่มที่เชื่อจิตวิญญาณจึงมีความสำคัญ^{๑๗๑}
- (๘) ด้านนโยบายใหม่ที่เกิดขึ้นในปี ๒๕๖๑ ได้แก่ การประกาศธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช ๒๕๖๐ ซึ่งจัดทำขึ้นภายใต้มติมหาเถรสมาคม โดยความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งฝ่ายพุทธจักรและอาณาจักรโดยมีประเด็นสำคัญเกี่ยวกับบทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม โดยยึดหลักการสำคัญคือ “ใช้ทางธรรม นำทางโลก”^{๑๗๒}
- (๙) คณะอนุกรรมการเตรียมคนไทยสู่ศตวรรษที่ ๒๑ (ภายใต้ คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปเพื่อรองรับการปรับเปลี่ยนตามนโยบาย Thailand 4.0 ซึ่งประกอบด้วยภาคีเครือข่ายองค์กรภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม โดย สสส. เป็นหน่วยประสานงานหลัก ประกาศเจตนารมณ์ในการขับเคลื่อนงานปรับเปลี่ยนหลักคิดคนไทย (Mindset) ในประเด็นสำคัญ ได้แก่ “พอเพียง วินัย สุจริต จิตอาสา รับผิดชอบ” ผ่านกิจกรรมระดับชาติจนถึงระดับพื้นที่ทั่วประเทศ^{๑๗๓}
- (๑๐) จากกรณีปฏิบัติการช่วยเหลือเยาวชนและผู้ช่วยฝึกสอนของทีมฟุตบอล “หมูป่าอะคาเดมี” จำนวน ๑๓ คน ที่ติดน้ำฝนไหลป่าปิดทางออกจากถ้ำหลวง-ขุนน้ำนางนอน จังหวัดเชียงราย ถือเป็นเหตุการณ์สำคัญในปี ๒๕๖๑ ที่ทำให้ทั่วโลกเกิดความตระหนักต่อถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาวะทางปัญญา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การฝึกสติ การร่วมรู้สึก (empathy) และพลังของจิตอาสา ซึ่งเป็นปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ ที่ช่วยให้รอดพ้นจากปัญหาได้จริงในยามที่ต้องเผชิญวิกฤติการณ์ได้เป็นอย่างดี^{๑๗๔}

^{๑๗๐} ดร.สรยุทธ รัตนพจนารถ ผู้จัดการธนาคารจิตอาสา นำเสนอข้อมูลในการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทางแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ครั้งที่ ๒/๒๕๖๑ วันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๑

^{๑๗๑} อ้างแล้วใน ๑๔

^{๑๗๒} รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๑

^{๑๗๓} ข่าวกูรู รัฐบาลชูหลักคิด ๕ ประการ เตรียมคนไทย ๔.๐ เชื่อมโยงความดีงามตามแบบไทยนิยม วันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

^{๑๗๔} นพ.ประเวศ วะสี ปาฐกถาพิเศษ ถอดบทเรียนการทำงานของ “ฟังก์แห่งความสุข” และ “การช่วย ๑๓ ชีวิต หมูป่าออกจากถ้ำหลวง” เมื่อ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๑ จัดโดย โครงการผู้นำแห่งอนาคต คณะวิทยาการการเรียนรู้และศึกษาศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์ และ สสส.

มาตรการและปัจจัยสนับสนุนให้เกิดระบบสื่อสุขภาพ

ในสถานการณ์ปัจจุบัน สื่อได้พลิกผันสู่ระบบที่มีความหลากหลาย ซับซ้อน จนไม่มีหน่วยงานหรือองค์กรใดสามารถกำกับ ดูแล และควบคุมได้อย่างเบ็ดเสร็จอีกต่อไป มาตรการด้านการเสริมพลัง เช่น การสนับสนุนให้คนในสังคมมี “ความฉลาดรู้ด้านสื่อ” (media literacy) เป็นสิ่งที่ได้รับความสำคัญในโลกยุคศตวรรษที่ ๒๑ เช่น เรื่อง “ความฉลาดทางดิจิทัล (Digital Intelligence Quotient : DQ) “การเท่าทันสื่อสารสนเทศและดิจิทัล” (Media Information and Digital Literacy : MIDL) ซึ่งถือเป็นศักยภาพที่จำเป็นอย่างยิ่งในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะในโลกปัจจุบันและอนาคต

ในระหว่างปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ เกิดนโยบายสำคัญที่มีส่วนช่วยสนับสนุนให้เกิดระบบสื่อสุขภาพจากหลายส่วน ที่สำคัญ ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๐) ยุทธศาสตร์ส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชน ในการใช้สื่อออนไลน์ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) และแผนแม่บทส่งเสริมวัฒนธรรมการอ่านสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ของไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ รวมทั้งมีนโยบายและกฎหมายอื่น ๆ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องในเชิงสนับสนุน เช่น นโยบายรัฐบาล Thailand 4.0, มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, พ.ร.บ.กองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ เป็นต้น

แผนการปฏิรูปประเทศด้านสื่อสารมวลชน และเทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๖ เมษายน ๒๕๖๑ กำหนดเป้าหมายการปฏิรูปไว้ ๒ ข้อ ได้แก่ (๑) มุ่งเน้นการสร้างดุลยภาพระหว่างเสรีภาพของการทำหน้าที่ของสื่อกับความรับผิดชอบต่อสังคมที่พึงมี และการใช้พื้นที่ดิจิทัลเพื่อการสื่อสารอย่างมีจรรยาบรรณ ดำรงรักษาเสรีภาพของการแสดงออก การรับรู้ของประชาชน ด้วยความเชื่อว่า เสรีภาพของการสื่อสารคือเสรีภาพของประชาชนบนแนวทางประชาธิปไตย และ (๒) สื่อเป็นโรงเรียนของสังคม โดยการให้ความรู้แก่ประชาชนปลูกฝังวัฒนธรรมของชาติ และปลูกฝังทัศนคติที่ดี อีกทั้ง กำหนดประเด็นปฏิรูปไว้ ๒ ประเด็น ได้แก่ (๑) การปฏิรูปการรู้เท่าทันสื่อของประชาชน และ (๒) แนวทางการส่งเสริมจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพสื่อ

อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ช่องว่างนโยบาย พบว่ายังขาดองค์ประกอบที่สำคัญในการเสริมสร้างระบบสื่อสุขภาพ (Healthy Media) ดังนี้

- (๑) ขาดนโยบาย กฎหมาย มาตรการ เพื่อคุ้มครองเด็กและเยาวชนจากภัยที่มากับช่องทางสื่อออนไลน์
- (๒) ขาดกลไกและเครื่องมือเสริมสร้างทักษะการใช้สื่อ สารสนเทศ และดิจิทัลอย่างรู้เท่าทันให้แก่คนทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในหลักสูตรการศึกษา และการเรียนรู้นอกห้องเรียน
- (๓) ขาดกลไกเฝ้าระวังสื่อโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาสังคม ภาคเอกชนและภาครัฐ

การที่ภาคยุทธศาสตร์ของแผน ๑๐ ได้ทำงานในเชิงลึกและเข้มข้นกับกลุ่มเป้าหมายทำให้เกิดการ “ตกผลึก” ทั้งด้านองค์ความรู้ วิเคราะห์ช่องว่างของการพัฒนากับวิถีสุขภาพ และวิสัยทัศน์ในการกำหนดทิศทางให้การพัฒนาระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต กล่าวคือ จุดยุทธศาสตร์ของการสร้างระบบสื่อสุขภาพในยุคสื่อหลอมรวมภายใต้ปรากฏการณ์ “สื่อเปลี่ยนวิถีชีวิต” อยู่ที่ตัวผู้รับสื่อที่มีคุณภาพ ทักษะด้านการเท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (MIDL)

จะเป็นการต่อยอดการเสริมศักยภาพกลุ่มเป้าหมายด้านการรู้เท่าทันสื่อ (ML) ที่สัมพันธ์กับสถานการณ์ปัญหาได้โดยตรง และเป็นจุดแข็งของภาคียุทธศาสตร์ของแผน

ภายใต้ระบบสื่อยุคสื่อหลอมรวม ซึ่งมีสื่อดิจิทัลเป็นสื่อกระแสหลักนั้นมีลักษณะรวดเร็ว หลากหลาย ซับซ้อน จากการเชื่อมโยงเข้าเป็นเครือข่ายไร้พรมแดน และเกาะเกี่ยวกับโครงสร้างสังคมในส่วนอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มิติทางการเมือง และ เศรษฐกิจ/ธุรกิจ ตั้งแต่ระดับประเทศจนถึงระดับโลกอย่างแนบแน่น ขณะเดียวกัน ในปรากฏการณ์ “สื่อเปลี่ยนวิถีชีวิต” ที่ประชาชนขยายบทบาทจากการเป็นแค่ “ผู้รับสื่อ” ไปสู่การรวบรวมบทบาททั้ง “ผู้ใช้และผู้สร้างสื่อ” อีกทั้งยังเกิดนวัตกรรมสื่อใหม่ และทำให้องคาพยพในระบบสื่อทวีความหลากหลายอย่างยิ่ง (biodiversity in media arena) ท่ามกลางปรากฏการณ์ดังกล่าว ประชาชนส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็ก เยาวชน และผู้สูงอายุ ยังรับและใช้สื่ออย่างไม่รู้เท่าทัน จนเกิดผลกระทบต่อสุขภาวะในทุกมิติ การพัฒนา “ผู้ใช้สื่อ” โดยมุ่งที่ การเสริมพลัง “คนไทยฉลาดใช้สื่อให้เป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะ” โดยมีทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อในยุคดิจิทัล ทั้งโดย เป็นผู้รับสาร ที่มีวิจารณญาณในการเลือกสรร ตรวจสอบ กลั่นกรองแหล่งที่มา ช่องทาง เนื้อหา อย่างรู้เท่าทันโลกและเท่าทันตนเอง และทำหน้าที่เป็นผู้ส่งสาร (sender) ที่มีจิตสำนึกการเป็นพลเมืองของสังคม ควบคู่ไปกับการมีทักษะ “รอบรู้ด้านสุขภาวะ” ก็จะเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าในการสนับสนุนการพัฒนาคนสู่เป้าหมายของชาติ และเป็นจุดคานงัดในการเสริมสร้างปัจจัยที่จะโน้มนำคนไทยให้มีวิถีชีวิตสุขภาวะท่ามกลางบริบททางสังคมในยุคศตวรรษที่ ๒๑ อันเป็นภารกิจของ สสส.

เมื่อวิเคราะห์ภาพการดำเนินงานในปัจจุบันกับเป้าหมายการพัฒนาของชาติและเป้าหมาย ๑๐ ปี ของ สสส. ซึ่งจะต้องทำให้บรรลุผลใน ๓ ปี ข้างหน้า (พ.ศ. ๒๕๖๓) ที่ต่างก็มุ่งผลความเปลี่ยนแปลงที่ “คน” จึงเป็นโอกาสในการกำหนดทิศทาง การขับเคลื่อนงานในแผน โดยมุ่งที่การนำนโยบาย กลไก และ องค์ความรู้ ที่มีอยู่ ขับเคลื่อนให้เกิดผลต่อความเปลี่ยนแปลงถึงตัวประชาชน ทั้งนี้ การขยายความร่วมมือไปสู่ภาคียุทธศาสตร์กลุ่มใหม่ๆ ที่มีศักยภาพต่อการขับเคลื่อนงานให้เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายในระบบยุคสื่อเปลี่ยนวิถีชีวิต และสังคมอนาคตจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบรรลุเป้าหมายของแผน

จุดเน้นของแผน

มุ่งให้ “คนไทยฉลาดใช้สื่อเป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะ” โดยเกิดระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ ผ่านการสนับสนุนให้ประชาชนเป็นผู้ใช้และผู้สร้างสรรค์สื่อ ที่มีความเท่าทันสื่อ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และ ตื่นรู้ทางปัญญา โดยมีขีดความสามารถเพียงพอต่อการดำรงชีวิตในยุคศตวรรษที่ ๒๑ ได้อย่างมีสุขภาวะ ดังนี้

๑. จุดคานงัดในการทำงานคือ การพัฒนา “คน” ทุกวัยให้เท่าทันสื่อ สู่การเป็นนักสื่อสารสุขภาวะ ตามแนวคิด MIDL ผ่านการพัฒนาทักษะการเป็นผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพ สู่ประชาชน ผ่านโครงสร้าง ระบบ กลไก ที่มีอยู่แล้วและผลักดันให้เกิดขึ้นทั้งในระดับชาติและระดับชุมชน จนสามารถใช้สื่อเป็นเครื่องมือดูแลตนเองให้มีสุขภาวะ เท่าทันความเปลี่ยนแปลงของโลก เท่าทันตนเอง และมีความรับผิดชอบต่อสังคม บนแนวคิด “การทำให้อาชีพเป็นโรงเรียนของสังคม” ในการสร้างสุขภาวะโดยบูรณาการประเด็น

การพัฒนาาระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาเข้าด้วยกัน พร้อมกับเชื่อมโยงความร่วมมือกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งขยายภาคียุทธศาสตร์ไปสู่กลุ่มผู้นำความเปลี่ยนแปลงที่ทำงานผ่านสื่อที่มีอิทธิพลต่อสังคมทุกรูปแบบ

๒. สนับสนุนปฏิบัติการสื่อสารสุขภาวะที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของประชาชนในทุกจังหวัดอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งให้เกิดเครือข่ายภาคี ทั้งในพื้นที่ชีวิตจริง (Off-line) และพื้นที่เสมือน (Online) อย่างกว้างขวาง และเข้มแข็ง เพื่อให้เกิดระบบนิเวศสื่อสุขภาวะในทุกกระดับ

๓. บูรณาการงานภายใต้แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาเข้ากับประเด็นภายใต้กลุ่มแผนสร้างเสริมวิถีสุขภาวะ เพื่อสนับสนุนให้เกิดผลตามเป้าหมายตัวชี้วัด ๑๐ ปี ของ สสส. โดยบูรณาการงานกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ และแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย บนจุดร่วมเรื่องของการสร้างวิถีสุขภาวะที่ดีทุกช่วงวัย ได้แก่ กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน และ กลุ่มวัยสูงอายุ

๔. จัดการความรู้เพื่อพัฒนาเครื่องมือ ต้นแบบ และนวัตกรรม รวมทั้ง การสื่อสารสุขภาวะเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการเท่าทันสื่อสารสนเทศและดิจิทัล (MIDL), พื้นที่หรือชุมชนสื่อสร้างสรรค์และพื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา ผ่านการเชื่อมโยงหรือบูรณาการกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ

๕. วิเคราะห์และเติมเต็มช่องว่างทางด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับด้านระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาให้เท่าทันสถานการณ์ปัญหาและโอกาส เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่เอื้ออำนวยต่อการบรรลุเป้าหมายของแผนฯ ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น

นิยามศัพท์เชิงยุทธศาสตร์

ระบบนิเวศสื่อเพื่อสุขภาวะ (healthy media ecosystem) หมายถึง ระบบสื่อสารที่มนุษย์ผู้เป็นทั้งผู้ใช้สื่อและผู้สร้างสรรค์สื่อเป็นศูนย์กลางของระบบ ขับเคลื่อนกระบวนการสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องด้วยสื่อกิจกรรม และพื้นที่สร้างสรรค์โดยนักสื่อสารสุขภาวะผ่านชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice : CoP) ที่เชื่อมโยงกับปัจจัยแวดล้อมในบริบทชุมชนทางกายภาพ ชุมชนออนไลน์และปัจจัยแวดล้อมเชิงมหภาคที่สนับสนุนให้เกิดวิถีชีวิตสุขภาวะ ซึ่งครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ ได้แก่ กาย จิตใจ ปัญญา และสังคม

นักสื่อสารสุขภาวะ/ผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่ตื่นรู้ (media users and creators) หมายถึง ประชากรทุกช่วงวัยที่มีศักยภาพในการกำหนดรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับระบบการสื่อสารในโลกปัจจุบันที่แวดล้อมรอบตัวได้อย่างเป็นพลวัต และสามารถปรับให้เหมาะสมตามบริบทที่สอดคล้องกับตนเอง บนฐานศักยภาพแห่งการเท่าทันสื่อและใช้สื่ออย่างสร้างสรรค์ ด้วยสำนึกต่อส่วนรวม บนพื้นฐานของจริยธรรมและการใช้สติ ปัญญา เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ

วิถีสุขภาวะทางปัญญา (spiritual health pathway) คือ ช่องทางหรือโอกาสในการเข้าถึงประสบการณ์ตรง มีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาปัญญา และเกิดสติในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ โดย “โอกาสหรือ หนทาง (pathway)” ในที่นี้ ได้แก่ สื่อที่มีรูปแบบเนื้อหาสร้างแรงบันดาลใจ พื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทาง

ปัญญา กิจกรรมพัฒนาจิตใจ อาทิ สวดมนต์ ภาวนา ศิลปะ ศึกษาธรรมชาติ 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

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ การรับรู้ เข้าถึง เข้าใจ เท่าทันข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และการดูแลสุขภาพด้วยตนเองจนสามารถนำไปใช้ประโยชน์และเกิดเป็นขีดความสามารถที่จะจัดการสุขภาพของตนเองและสังคม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสร้างทักษะแก่กลุ่มเป้าหมายให้มีศักยภาพในการเป็นผู้ใช้และผู้สร้างสรรค์สื่อให้เป็นเครื่องมือสร้างเสริมสุขภาวะแก่ตนเองและสังคม
๒. เพื่อส่งเสริมความพร้อมของปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาที่สนับสนุนให้เกิดวิถีชีวิตสุขภาวะโดยสอดคล้องและเท่าทันความเปลี่ยนแปลงของสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี
๓. เพื่อสนับสนุนการเชื่อมโยงและสร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์และกลุ่มเป้าหมาย ในการพัฒนาระบบนิเวศสื่อสุขภาวะที่มีประชาชนในฐานะ “ผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อ” เป็นศูนย์กลางของระบบ
๔. เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและบูรณาการสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี ของ สสส. โดยการเชื่อมโยงประเด็นสุขภาวะตามเป้าหมาย ๑๐ ปี ของ สสส. มาร่วมขับเคลื่อนผ่านแผนงานพัฒนาระบบสื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดการพัฒนานักสื่อสารสุขภาวะ และ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ที่มีทักษะใน ๔ ด้าน^{๑๗๕} อย่างน้อย ๓,๕๐๐ คนต่อปี เพื่อบรรลุเป้าหมาย อย่างน้อย ๑๐,๐๐๐ คน ภายใน ๓ ปี
๒. เกิดกระบวนการสื่อสารเพื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญาที่เป็นต้นแบบในการขับเคลื่อน และสร้างการเปลี่ยนแปลง ไม่ต่ำกว่า ๕ กรณีต่อปี เพื่อบรรลุเป้าหมาย ๑๕ กรณี ภายใน ๓ ปี
๓. ปฏิบัติการขับเคลื่อนระบบการสื่อสารเพื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญาอย่างต่อเนื่อง ในพื้นที่ ๖๐ จังหวัดในปี ๒๕๖๒ และครบทั้ง ๗๗ จังหวัด ภายใน ๓ ปี
๔. พื้นที่ต้นแบบระบบนิเวศการสื่อสารเพื่อสุขภาวะที่พัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้อย่างน้อย ๗ พื้นที่ ต่อปี เพื่อบรรลุเป้าหมาย ๒๐ พื้นที่ ภายใน ๓ ปี
๕. พัฒนาเครื่องมือที่ได้จากกระบวนการจัดการความรู้ที่สามารถนำไปยกระดับและขยายผลการดำเนินงาน (ตัวอย่างเช่น การจัดทำดัชนีชี้วัด ชุดความรู้กระบวนการพัฒนานักสื่อสารสุขภาวะ และกระบวนการเพื่อพัฒนาทักษะเท่าทันสื่อ ศูนย์ข้อมูลออนไลน์ เป็นต้น) ๒ กรณีในปี ๒๕๖๒ เพื่อบรรลุเป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ๕ กรณี ภายใน ๓ ปี
๖. เกิดการพัฒนาหรือขับเคลื่อนนโยบายในระดับชาติหรือระดับท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนกระบวนการสื่อสารเพื่อสุขภาวะอย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่ ๑ นโยบายต่อปี เพื่อบรรลุเป้าหมาย ๓ นโยบาย ภายใน ๓ ปี

ตัวชี้วัดร่วม

๗. ร่วมกับแผนต่างๆ (บุหรื/เหล่า/ความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม/ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ/ ประชากรกลุ่มเฉพาะ/สุขภาวะในองค์กร/สร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรม/ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย/อาหารเพื่อสุขภาพ/การตลาดเพื่อสังคม/สุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว) พัฒนานักสื่อสารสุขภาวะ นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อการสื่อสารที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ตามแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๗๓

^{๑๗๕} 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

การขับเคลื่อนแผน ๑๐ ภายใต้ยุทธศาสตร์ 3E ด้วยแนวทางดำเนินงาน ๑๐ ด้าน ผ่าน ๖ วิธีการหลัก บนจุดเน้นและทิศทางที่กำหนด เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในตัวชี้วัดของแผนปี ๒๕๖๒ สรุปได้ดังแผนภาพต่อไปนี้

กรอบยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานแผน 10

“คนไทยฉลาดใช้สื่อให้เป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่ชีวิตสุขภาวะ”



E1: Engage

1. พัฒนากลยุทธ์ศาสตร์
2. จัดเวทีความร่วมมือ
3. ค้นหาผู้นำการเปลี่ยนแปลง

E2: Empower

4. เสริมทักษะ 4 ด้าน
5. พัฒนาเครือข่ายผู้นำ

E2: Enable

6. กระตุ้นให้ลงมือปฏิบัติการ
7. จัดการความรู้
8. ขับเคลื่อนนโยบายและกลไก
9. สื่อสารสังคม
10. สนับสนุนทรัพยากร

พัฒนากลยุทธ์
นักสื่อสารสุขภาวะ

สนับสนุนกระบวนการ
สื่อและพื้นที่สร้างสรรค์

จัดการองค์ความรู้
และพัฒนางานวิชาการ

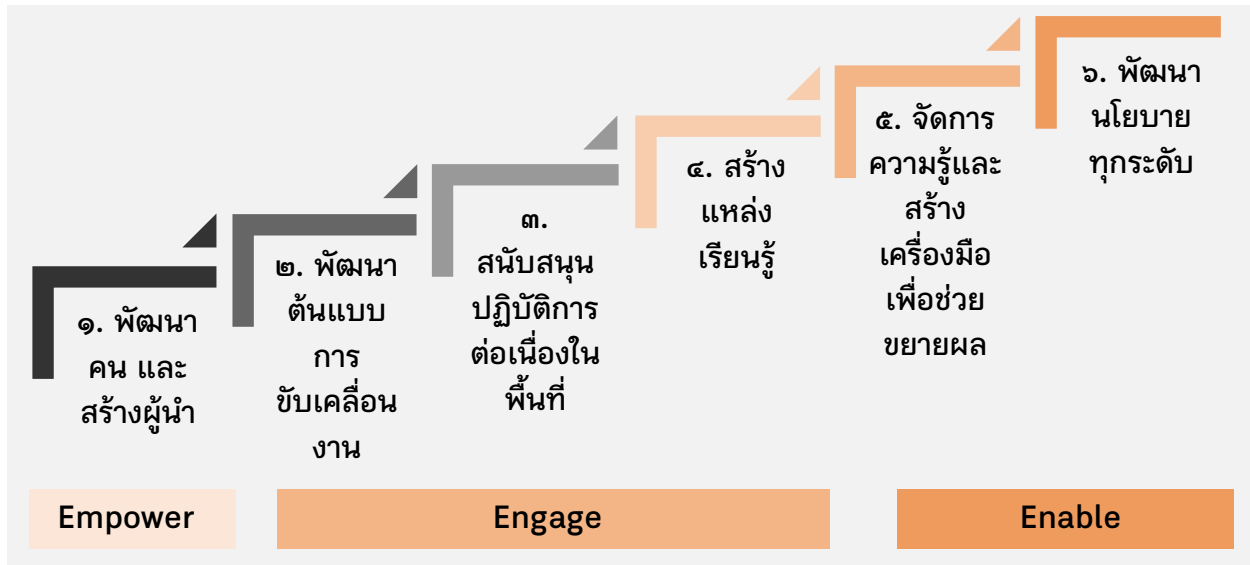
ขับเคลื่อนกลไก
เชิงนโยบาย

บูรณาการงาน
สนับสนุนเข้า 10 ปี สสส.

แผนได้กำหนด ยุทธศาสตร์ 3E ที่ขับเคลื่อนผ่านแนวทางดำเนินงานใน ๑๐ ด้าน ดังนี้

ยุทธศาสตร์	แนวทางดำเนินงาน
<p style="text-align: center;">๑ Engage</p> <p style="text-align: center;">เชื่อมโยงความร่วมมือกับ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>๑. พัฒนากลไกยุทธศาสตร์ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความก้าวหน้า และพัฒนาแนวทางการทำงานร่วมภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อสนับสนุนการทำงานของภาคี</p> <p>๒. สร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานทุกระดับ โดยมุ่งเน้นการทำให้เกิดกลุ่ม Think Tank ที่เชื่อมโยงผู้เชี่ยวชาญ เพื่อร่วมกันพัฒนานวัตกรรมและนโยบายด้านระบบสื่อสารสุขภาพ</p>
<p style="text-align: center;">๒ Empower</p> <p style="text-align: center;">เสริมสร้างพลังและความสามารถ ที่จำเป็นให้แก่กลุ่มเป้าหมายหลัก</p>	<p>๓. ค้นหาผู้นำการเปลี่ยนแปลง ที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มเป้าหมายทุกช่วงวัย ครอบคลุมทุกพื้นที่ปฏิบัติการ ทั้งมิติ offline และ online</p> <p>๔. เสริมทักษะ ๔ ด้าน เพื่อสร้างศักยภาพประชาชนผู้ใช้สื่อ สู่ผู้นำการเปลี่ยนแปลงแห่งศตวรรษที่ ๒๑ และนักสื่อสารสุขภาพ ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) <p>๕. พัฒนาเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงฯ และนักสื่อสารสุขภาพ</p>
<p style="text-align: center;">๓ Enable</p> <p style="text-align: center;">สนับสนุนทรัพยากรและปัจจัย ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายหลักสามารถ ผลักดันการเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ</p>	<p>๖. สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เช่น ความรู้ งบประมาณ ที่ปรึกษา ฯลฯ เพื่อส่งเสริมปฏิบัติการในพื้นที่ของผู้นำ และนักสื่อสาร สุขภาวะ</p> <p>๗. จัดการความรู้ จากองค์ความรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้น และพัฒนาดัชนีชี้วัดที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนการยกระดับการทำงาน และนวัตกรรม</p> <p>๘. ขับเคลื่อนนโยบายและกลไก เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่เอื้ออำนวยต่อการบรรลุเป้าหมายของแผนฯ</p> <p>๙. สื่อสารความก้าวหน้า ความสำเร็จ ประสบการณ์ และบทเรียน จากการทำงานสู่สังคมอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๑๐. ระดมทรัพยากรในพื้นที่ทำงาน เพื่อสนับสนุนการทำงานของผู้นำการเปลี่ยนแปลงฯ และนักสื่อสารสุขภาพให้เกิดความต่อเนื่อง ยั่งยืน</p>

วิธีการขับเคลื่อนงาน เพื่อให้บรรลุผลตามตัวชี้วัดผลสำเร็จตามเป้าหมายในปี ๒๕๖๒ มีด้วยกัน ๖ ด้าน ดังนี้



๑. พัฒนา “คน” และสร้าง “ผู้นำ” พัฒนานักสื่อสารสุขภาวะ และ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา บุคคลหรือองค์กร ที่มีศักยภาพทั้งในการรับสาร การเลือกสรร ตรวจสอบ กลั่นกรอง ผู้ผลิต ช่องทาง และเนื้อหา อย่างรู้เท่าทัน สามารถสร้างสรรค์สารและสื่อที่ส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อของประชาชน ผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ ทั้งในรูปแบบ online และ offline ทั้งที่มีอยู่เดิม หรือการสร้างสรรคช่องทาง/วิธีการสื่อสารใหม่ขึ้นมา และต้องมี Media Information and Digital Literacy : MIDL หรือ ความสามารถในการเลือกใช้สื่อให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาวะ การคิด วิเคราะห์ และวิพากษ์สื่อ ความรู้ในการสร้างสื่ออย่างมีคุณภาพ เป็นพื้นฐาน สามารถนำความรู้และทักษะดังกล่าวใช้ในการสร้างวิถีสุขภาวะทางปัญญา และการเท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัลในพื้นที่ทำงานของตนเองหรือองค์กร และ/หรือ สามารถขยายไปยังพื้นที่ใหม่ๆ ตลอดจนการพัฒนาให้เกิดนักสื่อสารสุขภาวะ

๒. พัฒนาต้นแบบการขับเคลื่อนงาน พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน (Model) สื่อสารเพื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และถอดบทเรียนการดำเนินการให้เห็นองค์ประกอบการดำเนินงาน ขั้นตอนการดำเนินงาน ปัจจัยและเงื่อนไขในการดำเนินงาน สามารถเรียนรู้เข้าใจได้ง่ายและนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้ เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับการขยายผล

๓. สนับสนุนปฏิบัติการต่อเนื่องในพื้นที่ เพื่อให้เกิดปฏิบัติการขับเคลื่อนระบบการสื่อสารเพื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญาอย่างต่อเนื่องในทุกจังหวัด โดยภายหลังเสร็จสิ้นการสนับสนุนของแผนงาน/โครงการอย่างน้อย ๖ เดือน ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ในลักษณะของการดำเนินกิจกรรมด้านสื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา โดยบุคคล หรือองค์กรภาคีต่างๆ ในพื้นที่ดำเนินงานของแผนงาน/โครงการ โดยใช้ความรู้ ทักษะ หรือผลงาน ที่เกิดขึ้นจากการร่วมงานกับแผนงาน/โครงการ ดำเนินการต่อในพื้นที่นั้นๆ ในประเด็นงานอื่นๆ โดยที่สามารถอธิบายการนำไปใช้นั้นได้

๔. พัฒนาแหล่งเรียนรู้ สนับสนุนให้เกิดพื้นที่ต้นแบบระบบนิเวศการสื่อสารเพื่อสุขภาวะที่พัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาระบบนิเวศการสื่อสารเพื่อสุขภาวะ โดยแหล่งเรียนรู้เหล่านี้มีการถอดบทเรียนการพัฒนา ให้เห็นองค์ประกอบและลักษณะของระบบ ขั้นตอนการพัฒนาองค์ประกอบกระบวนการพัฒนาประชาชนในพื้นที่ ตลอดจนปัจจัยและเงื่อนไขของกระบวนการพัฒนาระบบนิเวศสื่อ และมีบุคลากรที่มีศักยภาพในการถ่ายทอดบทเรียนที่ทำให้สามารถเรียนรู้ เข้าใจได้ง่าย

๕. จัดการความรู้และสร้างเครื่องมือเพื่อช่วยขยายผล เช่น กิจกรรม วิธีการทำงาน กระบวนการพัฒนาบุคคล ที่เกิดจากการที่โครงการ/แผนงาน ได้มีการจัดการความรู้ จนได้แนวทางการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น ศูนย์ข้อมูล ตัวชี้วัด กระบวนการ/หลักสูตรพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลง-นักสื่อสารสุขภาวะ กระบวนการพัฒนาระบบนิเวศการสื่อสารเพื่อสุขภาวะ ฯลฯ สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานได้ดีขึ้น ในมิติของความเร็วของการได้ผลหรือเห็นผล ความง่ายของการดำเนินงาน หรือการเพิ่มผลงาน/ผลผลิตที่มากกว่าเดิม อย่างน้อยอย่างใดอย่างหนึ่ง

๖. พัฒนานโยบายทุกระดับ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนามาตรการและกลไกเพื่อสร้างบรรทัดฐานหรือพฤติกรรมใหม่ของสังคมหรือพื้นที่ปฏิบัติการ ในการสนับสนุนการพัฒนาระบบนิเวศการสื่อสารเพื่อสุขภาวะและสุขภาวะทางปัญญา ที่หน่วยงานรัฐทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ ตลอดจนองค์กรและประชาชนในสังคมจะได้ช่วยกันปฏิบัติ กำกับดูแล ในขอบเขตความสามารถของตนเอง เพื่อพัฒนาประชาชนในพื้นที่ให้เกิดการเรียนรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล โดยมีนโยบาย กฎหมาย มาตรการ หรือประกาศ ของหน่วยงานรัฐทั้งในระดับชาติ จังหวัด และท้องถิ่น ตลอดจนข้อตกลงของสังคมหรือพื้นที่ปฏิบัติการระดับต่างๆ ที่เป็นผลผลิตจากการดำเนินการเป็น “เครื่องมือสนับสนุน” การสร้างบรรทัดฐานและพฤติกรรมใหม่นั้น

ทั้งนี้ ในการดำเนินงานจะมุ่งให้ครอบคลุมประชากรทุกช่วงวัย ซึ่งแบ่งได้เป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเด็กและเยาวชน (แรกเกิด - ๒๔ ปี) วัยทำงาน (๒๕ - ๕๙ ปี) และวัยสูงอายุ (๖๐ ปี ขึ้นไป) โดยเน้นให้ความสำคัญกับ ๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ (๑) เด็ก เยาวชน (๒) ผู้สูงอายุ (๓) ผู้ขาดโอกาส และดำเนินการใน ๔ พื้นที่ปฏิบัติการได้แก่ ครอบครัว สถานศึกษา องค์กร ชุมชน

การบูรณาการเชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือแผนอื่นทั้งในมิติของประเด็น พื้นที่ และตามภารกิจหลักของ สสส.

แผนให้ความสำคัญกับแนวทางบูรณาการตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลักของ สสส. และตามทิศทางที่กรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ ให้เน้นเรื่องการขับเคลื่อนงานภายใต้มิติของสุขภาวะแบบองค์รวม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต แผนฯ จึงได้กำหนดแนวทางการบูรณาการ ดังนี้

๑. **การบูรณาการภายในกลุ่มแผนสร้างเสริมวิถีสุขภาวะ** ได้แก่ แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ และแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย บนจุดร่วมเรื่องของกลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก และเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของแผนฯ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่นำร่อง และแผนการสื่อสารสังคมร่วมกัน

๒. **การบูรณาการภายใน สสส.** พัฒนาความรู้ เครื่องมือ ต้นแบบ และนวัตกรรมการสื่อสารสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดทักษะเป้าหมาย ๔ ด้าน รวมทั้งการสร้างโอกาสในการพัฒนาสุขภาพทางปัญญา การพัฒนาพื้นที่หรือชุมชนสื่อสร้างสรรค์และพื้นที่เรียนรู้สุขภาพทางปัญญา ผ่านการเชื่อมโยงหรือบูรณาการกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มกิจกรรมทางกาย บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และลดโรคอ้วน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน ชุมชนและองค์กร โดยแผนฯ จะขยายผลร่วมกับแผนสุขภาพเด็กและเยาวชน แผนองค์กรสุขภาพ แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ และแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม
๓. **การบูรณาการข้ามหน่วยงาน** ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานและองค์กรทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน โดยบูรณาการงานด้วยจุดแข็งของแต่ละหน่วยงาน เพื่อเชื่อมโยงและหนุนเสริมงานไปสู่เป้าหมายร่วมในการพัฒนาพลเมืองนักสื่อสารสุขภาพที่รอบรู้ด้านสื่อและตื่นรู้ทางปัญญา

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/นโยบายหนุนเสริมการทำงานเพื่อขับเคลื่อนระบบนิเวศสื่อเพื่อสุขภาพ
๒. พัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในการพัฒนาหลักสูตรเท่าทันสื่อในกระบวนการเรียนรู้ ในสถานศึกษาทุกช่วงวัย และเตรียมความพร้อมของครูและนักการศึกษาให้มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการพัฒนาทักษะด้านการเท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (MIDL)
๓. แสวงหาความร่วมมือและประสานการทำงานกับภาคีเครือข่าย พันธมิตรภาคธุรกิจเพื่อสังคม และภาคเอกชน เพื่อนำกลไกพัฒนาจิตอาสาและกระบวนการพัฒนาสุขภาพทางปัญญาไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสู่องค์กรที่ตื่นรู้และมุ่งพัฒนาศักยภาพองค์กรภาคีเครือข่ายให้มีความเข้าใจในด้านสุขภาพทางปัญญาและหลอมรวมเข้ากับงาน
๔. พัฒนากระบวนการร่วมกับหน่วยงานภาคเอกชน Start up ซึ่งมีศักยภาพในการพัฒนางาน ด้วยกรอบแนวคิดที่ทันต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงของภูมิทัศน์สื่อ โดยมุ่งสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ในการค้นหาและพัฒนานักสื่อสารสุขภาพที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ และ มีทักษะความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วยกลุ่มแผนงาน ๒ กลุ่ม ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ
 - ๑.๑ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเด็ก เยาวชน และครอบครัว
 - ๑.๒ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายขาดโอกาสทางสังคม
 - ๑.๓ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายนักสื่อสารสุขภาวะ
๒. กลุ่มแผนงานวิถีสุขภาวะทางปัญญา
 - ๒.๑ แผนงานและโครงการส่งเสริมกระบวนการจิตอาสา
 - ๒.๒ แผนงานและโครงการส่งเสริมการพัฒนาจิตตปัญญา
 - ๒.๓ แผนงานและโครงการส่งเสริมการสื่อสารเพื่อสุขภาวะทางปัญญา

มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- ๑.๑ พัฒนาศักยภาพของนักสื่อสารสุขภาวะ อาทิ นักสื่อสารสุขภาวะชุมชน ภาคีเครือข่ายสสส. สื่อมวลชนวิชาชีพ นักวิชาการด้านการสื่อสาร นักสื่อสารภาคเอกชน ครู บุคลากรทางสาธารณสุข พระสงฆ์ นักเรียนนักศึกษา ฯลฯ เพื่อให้เกิดทักษะเท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสารและสร้างความร่วมมือ รวมทั้งส่งเสริมศักยภาพในการใช้สื่อเป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะผ่านประสบการณ์ตรงจากกระบวนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมในประเด็นหรือพื้นที่ โดยให้ความสำคัญกับการค้นหาและบ่มเพาะนักสื่อสารสุขภาวะรุ่นใหม่ที่เกิดเติบโตภายใต้สภาพแวดล้อมสื่อดิจิทัล ที่มีศักยภาพและเจตจำนงในการสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดสังคมสุขภาวะ สนับสนุนกลไกที่ยั่งยืนที่มีชุมชนนักปฏิบัติเป็นฐานและเป็นเครือข่ายสื่อเพื่อสุขภาวะเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายการสร้างนักสื่อสารสุขภาวะและพลเมืองตื่นรู้
- ๑.๒ สนับสนุนกระบวนการและปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ ที่เชื่อมโยงและเสริมพลังเครือข่าย รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในท้องถิ่น เพื่อสร้างสรรค์ให้เกิดเป้าหมายร่วมในการสร้างระบบนิเวศสื่อเพื่อสุขภาวะ ผ่านการพัฒนาสื่อสร้างสรรค์ต้นแบบ กิจกรรม ช่องทางสื่อ และพื้นที่สร้างสรรค์ ที่นำไปสู่ทักษะเท่าทันสื่อ (Media Literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มเด็กเยาวชน กลุ่มขาดโอกาส หรือกลุ่มที่มีความเปราะบาง และกลุ่มผู้สูงอายุ
- ๑.๓ สนับสนุนการขับเคลื่อนกลไกเชิงนโยบายด้านสื่อเพื่อสุขภาวะ โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคนโยบาย ภาคประชาชน และชุมชนท้องถิ่น เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งส่งเสริมรูปแบบ ช่องทาง กลไกการสื่อสารและการเฝ้าระวังสื่อ

ภาคประชาชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งและทักษะเท่ากันสื่อของพลเมืองในทุกๆระดับ ตั้งแต่ระดับ
ปัจเจก ครอบครัว ชุมชน

- ๑.๔ สนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือที่ได้จากกระบวนการจัดการความรู้ที่สามารถนำไปยกระดับและ
ขยายผลการทำงาน อาทิ งานวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านระบบนิเวศสื่อเพื่อสุขภาวะ การวิจัย
และพัฒนาหลักสูตรด้านทักษะเท่ากันสื่อ การพัฒนาเครื่องบ่งชี้และตัวชี้วัด การวิจัยสถานการณ์
ระบบสื่อ ศูนย์ข้อมูลสื่อเพื่อสุขภาวะ องค์ความรู้ด้านสื่อเพื่อสุขภาวะของกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ฯลฯ
- ๑.๕ สนับสนุนการพัฒนากระบวนการภายใต้ยุทธศาสตร์เมือง ๓ ดี สื่อดี พื้นที่ดี ภูมิดี ให้เกิดการนำเอา
คุณค่าของสุนทรียะและภูมิปัญญาชุมชน มาส่งเสริมการเรียนรู้ และการสร้างสุขภาวะทางปัญญา
ของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- ๑.๖ บูรณาการกับแผนหลักต่างๆ ของ สสส. เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ร่วมจากระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ
และวิถีสุขภาวะทางปัญญาที่กลุ่มแผนงานฯ ได้พัฒนาขึ้นตามยุทธศาสตร์ โดยจะหนุนเสริมงาน
ของแผนอื่นๆ ด้วยการร่วมขับเคลื่อนประเด็นสุขภาวะผ่านกระบวนการสื่อเพื่อสุขภาวะและวิถี
สุขภาวะทางปัญญา เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและบูรณาการสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วยแผนงานและโครงการหลักที่จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายสำคัญทั้ง ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มเด็ก
เยาวชนและครอบครัว กลุ่มผู้ขาดโอกาส และกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีตัวอย่างแผนงาน/โครงการ ได้แก่

- ๑) แผนงานหรือโครงการด้านสื่อสร้างสรรค์เพื่อกลุ่มเด็ก เยาวชน และครอบครัว อาทิ แผนงานสื่อ
สร้างสุขภาวะเด็กเยาวชน แผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน แผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรม
สร้างเสริมสุขภาพ โครงการมหัศจรรย์สื่อสร้างสรรค์ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โครงการปลูกใจเมือง
โครงการพื้นที่นี้ดีจัง โครงการนักสื่อสารสร้างสรรค์ขับเคลื่อนงาน ๓ ดี โครงการพลังพลเมือง
เพื่อวิถีสุขภาวะ
- ๒) โครงการกระบวนการสื่อสร้างสรรค์เพื่อกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ อาทิ โครงการเสริมสร้างพลเมือง
สูงวัย สร้างสรรค์สื่อสร้างสุข โครงการพัฒนาศักยภาพเยาวชนกลุ่มเสี่ยงด้วยศิลปะสร้างสุข
โครงการพื้นที่สร้างสรรค์สุขภาวะคนเมืองและชนบท
- ๓) โครงการพัฒนาศักยภาพนักสื่อสารสุขภาวะ อาทิ โครงการสื่อเป็นโรงเรียนของสังคมแห่ง
การเรียนรู้ โครงการสร้างพลังพลเมืองตื่นรู้ด้วยการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ โครงการพัฒนา
นักสื่อสารสุขภาวะเพื่อสร้างสรรค์สื่อออนไลน์และสื่อเสียงสำหรับเด็กและครอบครัว โครงการ
พัฒนาศักยภาพนักสื่อสารเพื่อสุขภาวะ : ค่ายสารคดี โครงการสร้างพลังพลเมืองตื่นรู้...สู่วิถีสุขภาวะ :
พลังคิด พลังคิดส์ โครงการพัฒนาเครือข่ายพลเมืองสร้างสรรค์เพื่อการสื่อสารสุขภาวะ โครงการ
นักสื่อสารสร้างสรรค์ไเอเดียสุขภาวะ ภาคใต้ โครงการเครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างสรรค์สังคม
เพื่อประเทศไทยที่น่าอยู่

รวมถึงโครงการตามวาระพิเศษต่างๆ ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกลุ่มแผนงาน

๒. กลุ่มแผนงานวิถีสุขภาวะทางปัญญา

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- ๒.๑ พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ ให้เป็นนักสื่อสารสุขภาวะที่มีทักษะความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและทักษะการตระหนักรู้เท่าทันและการสะท้อนความคิด สามารถเชื่อมโยงงานสร้างเสริมสุขภาพทุกมิติในระดับปัจเจกและระดับสังคม
- ๒.๒ พัฒนาความพร้อมของปัจจัยแวดล้อมด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญา ด้วยกระบวนการเสริมพลังที่โอบอ้อมให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงวิถีสุขภาวะทางปัญญา อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกใหม่ (Transformation) ผ่านช่องทางการสื่อสารและกระบวนการที่หลากหลาย ได้แก่ กระบวนการพัฒนาจิต อาทิ สวดมนต์ ภาวนา ศิลปะ ศึกษาศาสตร์ สุนทรียศาสตร์ พื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา กลไกส่งเสริมจิตอาสา กระบวนการพัฒนาภาวะผู้นำ สื่อสร้างสุขภาวะทางปัญญาที่มีรูปแบบเนื้อหาสร้างแรงบันดาลใจ เพื่อสร้างพลเมืองที่เรียนรู้ด้วยจิตสำนึกใหม่
- ๒.๓ เชื่อมโยงเครือข่ายวิถีสุขภาวะทางปัญญาให้มีวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วม เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านองค์ความรู้และกระบวนการทำงาน แบ่งปันทรัพยากร และหนุนเสริมงานระหว่างเครือข่าย เพื่อประสานพลังร่วมสร้างจิตสำนึกใหม่ของพลเมืองในสังคม
- ๒.๔ สนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือที่ได้จากกระบวนการจัดการความรู้ด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญา ที่จำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ อาทิ การพัฒนาตัวชี้วัด การพัฒนาเครื่องมือประเมินผลการวิจัยสถานการณ์ด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญาของสังคม การถอดบทเรียนกระบวนการทำงาน ส่งเสริมวิถีสุขภาวะทางปัญญา
- ๒.๕ บูรณาการสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี กับแผนหลักต่างๆ ของ สสส. เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ร่วมจากวิถีสุขภาวะทางปัญญา โดยสร้างความพร้อมทางปัจจัยแวดล้อมด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญาและส่งเสริมการใช้มิติสุขภาวะทางปัญญาเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนสุขภาวะของภาคีเครือข่าย สสส. ด้วยการพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้มีความตื่นรู้ทางปัญญา ซึ่งเป็นรากฐานของความฉลาดรู้ทางสุขภาพ และพัฒนาความเข้มแข็งและภาวะผู้นำของภาคีเครือข่าย สสส. ให้มีการเติบโตทางปัญญา นำไปสู่การเชื่อมโยงงานสุขภาวะองค์รวม

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วยแผนงาน/โครงการที่จำแนกตามวิธีดำเนินงานหลัก ๓ ด้าน ได้แก่

- ๑) ด้านกระบวนการจิตอาสา อาทิ โครงการส่งเสริมงานอาสาสมัครเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน โครงการฉลาดทำบุญด้วยจิตอาสา โครงการปลูกพลังเปลี่ยนไทย จิตอาสาแห่งการเปลี่ยนแปลง พัฒนาสุขภาวะทางปัญญาผู้นำจิตอาสาด้วยศาสตร์พระราชาสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน
- ๒) ด้านการพัฒนาจิตตปัญญา อาทิ โครงการวิถีพัฒนาจิต โครงการธนาคารจิตอาสา โครงการเครือข่ายงานธรรมเพื่อวิถีสุขภาวะทางปัญญา โครงการหยั่งรากจิตตปัญญาสู่สังคมแห่งความสุข โครงการเครือข่ายพัฒนาภาวะผู้นำองค์กรและสังคม โครงการสอนนอกกรอบ ครูผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงภายใน โครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี

- ๓) ด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาวะทางปัญญา อาทิ โครงการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาเพื่อชุมชนเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง โครงการสื่อสารเพื่อส่งเสริมคุณภาพการอยู่อย่างมีความหมายจากไปอย่างมีความสุข พัฒนาศักยภาพนักสื่อสารสุขภาวะทางปัญญารุ่นใหม่

ภาคยุทธศาสตร์

๑. ภาคีสื่อภาคประชาชน อาทิ สถาบันสื่อเด็กและเยาวชน มูลนิธิสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน มูลนิธิสื่อศิลปวัฒนธรรมภาคประชาชน สถาบันพัฒนาสื่อภาคประชาชน มูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย เครือข่ายวิทยุชุมชน สมาคมวิทยุและสื่อเพื่อเด็กและเยาวชน มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว เครือข่ายสื่อเพื่อการปฏิรูป เครือข่ายสื่อภาคประชาชนในภูมิภาคต่างๆ ฯลฯ
๒. ภาคีสถาบันวิถีสุขภาวะทางปัญญา อาทิ ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล หอจดหมายเหตุพุทธทาสอินทปัญโญ ธนาคารจิตอาสา คณะวิทยาการเรียนรู้และศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มูลนิธิหมู่บ้านพลัม สถาบันอาศรมศิลป์ มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม เครือข่ายจิตอาสา เครือข่ายพุทธิกา มูลนิธิบูรณชนบทแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ มูลนิธิเสฐียรโกเศศ-นาคะประทีป และภาคีสถาบันศาสนธรรมและจิตตปัญญา
๓. ภาคีสถาบันนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ อาทิ สำนักงานกองทุนสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์แห่งชาติ หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่มีนโยบายส่งเสริมสื่อสร้างสรรค์ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย และเชื่อมโยงกับเครือข่ายสาธารณสุข อาทิ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กรมอนามัย สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพเพื่อประชาชน และระบบสุขภาพระดับอำเภอ
๔. ภาคีสถาบันวัฒนธรรมด้านสื่อ อาทิ องค์กรกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะ สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย สมาคมนักข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย สภาการหนังสือพิมพ์แห่งชาติ สภาวิชาชีพข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย สมาคมผู้ประกอบการเคเบิลทีวีแห่งประเทศไทย สมาคมผู้ดูแลเว็บไทย เครือข่ายผู้ผลิตแอนิเมชัน สมาคมโฆษณาแห่งประเทศไทย สมาคมผู้จัดพิมพ์และผู้จำหน่ายหนังสือแห่งประเทศไทย ชมรมผู้เขียนบทละคร เครือข่ายและชมรมด้านวิชาชีพสื่อต่างๆ ฯลฯ
๕. ภาคีสถาบันวิชาการ 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



แผนสร้างสรรค์โอกาสและ นวัตกรรมสุขภาวะ

สถานการณ์และแนวโน้ม

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะมีเป้าประสงค์หลักในการขยายโอกาสและพัฒนาศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มบุคคล ชุมชนและองค์กรทั่วไปสามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายสอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาวะของพื้นที่

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะได้ประมวลและวิเคราะห์สถานการณ์แวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ สสส. และแผนฯ สามารถสรุปสถานการณ์และแนวโน้มที่นำมากำหนดทิศทางและจุดเน้นการดำเนินงานสำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้ตอบสนองต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะที่ทำให้กลุ่มประชากรหรือพื้นที่ที่ขาดโอกาสเข้าถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และมุ่งเน้นที่การจัดการพฤติกรรมสุขภาพและ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ดังนี้

๑. สถานการณ์ภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อทิศทางแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ

๑.๑ สถานการณ์สุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ

- (๑) สาเหตุการเจ็บป่วยและการตายสำคัญมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อุบัติเหตุ และการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี เมื่อพิจารณาข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพพบว่า

พฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก เช่น การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ การมีกิจกรรมทางกาย กลุ่มวัยแรงงานมีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกเพิ่มขึ้น ในขณะที่วัยเด็กมีกิจกรรมทางกายน้อยที่สุด

ด้านพฤติกรรมเสี่ยงเชิงลบ พบว่า ประชากรไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๕ ไม่มีความรู้ว่าการบริโภคสุรายาสูบเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งใช้เจ็บ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงภาวะอ้วนและน้ำตาลในเลือดสูง เช่นเดียวกับพฤติกรรมเชิงลบด้านอุบัติเหตุที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงไม่ลดลง เช่น การไม่สวมหมวกกันน็อค เมาแล้วขับ ขับรถเร็ว

(๒) การจัดการความรู้ด้านสุขภาพผ่านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่าแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีเพิ่มขึ้น แต่การนำมาใช้ประโยชน์ต่อการจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพยังมีไม่มาก ดังนั้นการจัดการความรู้โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยสนับสนุนการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพทั้งเชิงบวกและลบจึงมีความสำคัญ และต้องสอดคล้องกับลักษณะประชากรแต่ละช่วงวัย รวมถึงคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมและพื้นที่ด้วย

๑.๒ สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำของประชากรไทย จำแนกการวิเคราะห์ได้ ๔ มิติ ดังนี้

(๑) มิติทางสุขภาพ พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพยังมีความเหลื่อมล้ำสูง ประชากรพื้นที่เขตเมืองเข้าถึงบริการสุขภาพได้สูงกว่าเขตชนบท นอกจากนี้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการเข้าถึงอาหารอินทรีย์ ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยรายได้และพื้นที่เป็นสำคัญ

(๒) มิติเศรษฐกิจ พบว่าปัญหาหนี้สินครัวเรือนเพิ่มสูงมาก สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการใช้จ่ายในสินค้าอุปโภคบริโภคที่สูงขึ้น และเป็นสินค้าในกลุ่มเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น บุหรี่ สุรา การพนัน และอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง

(๓) มิติโครงสร้างสังคมและกลุ่มประชากร พบว่าโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ ทำให้โครงสร้างครัวเรือนมีลักษณะแห่วงกลางมากขึ้น การดูแลเยาวชนทั้งด้านการศึกษาและการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมีข้อจำกัด ผู้สูงอายุประสบปัญหาความยากลำบากในการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มคนพิการในระดับชุมชนไม่ได้รับการดูแลและไม่ได้รับโอกาสเข้าถึงสิทธิสำคัญ ได้แก่ การศึกษา การมีงานทำ และการบริการสุขภาพ รวมถึงข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต ส่งผลให้ปัญหาความเหลื่อมล้ำของประชาชนกลุ่มผู้พิการมีมากขึ้น

(๔) มิติการพัฒนาพื้นที่ รัฐบาลมีความพยายามลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจด้วยนโยบายต่างๆ โดยเฉพาะการพัฒนาด้านอุตสาหกรรม การท่องเที่ยวในระดับภูมิภาค แต่นโยบายเหล่านั้นอาจส่งผลต่อสภาพแวดล้อมทั้งทางสังคมและทางกายภาพที่กระทบต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในอนาคต

๑.๓ นโยบายของรัฐตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่มีการบูรณาการเป้าหมายเข้าสู่ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ มีส่วนที่มุ่งเน้นเรื่องสุขภาพโดยตรง โดยมีจุดเน้นที่การสาธารณสุขและโภชนาการ และให้ความสำคัญต่อโรคติดต่อไม่เรื้อรัง (NCDs) มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวนโยบายของคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและเชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน

๒. สถานการณ์ภายในแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ

๒.๑ ผลการดำเนินงานที่สำคัญตามจุดเน้นของแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ ปี ๒๕๖๑ มีดังนี้

๒.๑.๑ การขยายภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ

- (๑) ขยายภาครายใหม่ของโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในกลุ่มบุคคล องค์กรและชุมชน ได้ถึงร้อยละ ๗๖ ของจำนวนโครงการที่สนับสนุน ๒,๒๐๐ โครงการ โดยมีโครงการเชิงพื้นที่ครอบคลุมทุกจังหวัด ซึ่งมีการกระจายในพื้นที่ภาคกลาง-ตะวันออก-ตะวันตก ร้อยละ ๒๔ รองลงมาคือพื้นที่ภาคเหนือร้อยละ ๒๗.๘ ภาคใต้ร้อยละ ๒๓.๕ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ ๑๔.๗
- (๒) สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายเฉพาะในทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปีของ สสส. คิดเป็นร้อยละ ๖๐ ของจำนวนโครงการที่สนับสนุน ๒,๒๐๐ โครงการ ได้แก่ การลด ละ เลิกบุหรี่ การลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดอุบัติเหตุ เพิ่มกิจกรรมทางกาย เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ ครอบครัวยุวชนและชุมชนเข้มแข็ง
- (๓) สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ คิดเป็นร้อยละ ๑๑ ได้แก่ ผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ และเด็กเยาวชนในพื้นที่ที่ขาดโอกาส
- (๔) ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพทั้งในเชิงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจากการดำเนินโครงการ พบว่า
 - (ก) โครงการที่ดำเนินงานในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ร้อยละ ๘๗.๘ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายและกระตุ้นให้เกิดการสร้างหรือปรับสภาพแวดล้อมในพื้นที่ดำเนินงานทั้งเชิงกายภาพและเชิงสังคม เช่น การกำหนดกติกาของคนในชุมชนให้เอื้อต่อการลด ละ เลิกบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปรับปรุงจุดเสี่ยงในหมู่บ้านให้เหมาะสมและมีความปลอดภัยต่อผู้ใช้รถใช้ถนนเพื่อป้องกันและลดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน
 - (ข) กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการ ๔๑๒,๔๐๐ คน มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจากการดำเนินโครงการคิดเป็นร้อยละ ๔๕.๔ (ในเชิงบุคคล) และร้อยละ ๔๐ (ในเชิงครัวเรือน) เช่น ลด ละ เลิกยาสูบ ลด ละ เลิกแอลกอฮอล์ การบริโภคผักปลอดสารเคมี การออกกำลังกายเป็นประจำ การคัดแยกขยะในครัวเรือน เป็นต้น
 - (ค) เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๒ ของโครงการที่สนับสนุน จำแนกเป็นสภาพแวดล้อมทางกาย เช่น พื้นที่ปลอดบุหรี่ งานบุญประเพณีปลอดเหล้า พื้นที่ต้นแบบหรือพื้นที่เรียนรู้ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน และสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น มาตรการ/กติกา/ข้อตกลงในระดับพื้นที่ บุคคลต้นแบบหรือแกนนำสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ เป็นต้น

๒.๑.๒ การพัฒนาและสนับสนุนกลไกหน่วยจัดการ

หน่วยจัดการ (Node) ถือเป็นกลไกดำเนินการโดยภาคีที่มีบทบาทสำคัญทำให้สามารถกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพไปสู่กลุ่มประชากรและพื้นที่ที่เข้าถึงไม่ถึงโอกาส รวมถึงการขยายภาครายใหม่ของโครงการสร้างเสริมสุขภาพให้กว้างขวางมากขึ้น แผนฯ จึงให้ความสำคัญกับการค้นหาหน่วยจัดการที่มีศักยภาพ และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพเพื่อเพิ่มขีดความสามารถเรื่องการบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์และการติดตามประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา รวมถึงมีแนวทางการยกระดับหน่วยจัดการที่มีความเข้มแข็งให้สามารถขยายพื้นที่สุขภาวะในโจทย์ที่ท้าทายตามประเด็นปัญหาเฉพาะของพื้นที่ โดยบูรณาการความร่วมมือกับกลไกที่มีอยู่เดิม เช่น กองทุนสุขภาพระดับตำบล เขตบริการสุขภาพ เป็นต้น

ปัจจุบันมีหน่วยจัดการทั้งเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น รวมทั้งสิ้น ๑๑๒ หน่วยจัดการ ช่วยกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพไปยังพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมายภาครายใหม่ได้ร้อยละ ๗๐ ซึ่งกระจายไปยังภูมิภาคต่างๆ ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันมากขึ้น หน่วยจัดการมากกว่าร้อยละ ๘๐ มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์ คือ สามารถเสริมพลังและติดตามหนุนเสริมภาครายย่อยให้ดำเนินงานจนเกิดผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามที่กำหนดไว้ในโครงการ

และในปี ๒๕๖๑ ได้สนับสนุนหน่วยจัดการระดับจังหวัด ๕ จังหวัด ได้แก่ จังหวัด นครศรีธรรมราช พัทลุง ลำปาง นครสวรรค์ และสระแก้ว ที่สามารถบริหารจัดการและสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบโจทย์ประเด็นปัญหาเฉพาะของพื้นที่ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ในจังหวัด

๒.๑.๓ การพัฒนากลไกหนุนเสริมการบริหารจัดการของแผน

ปี ๒๕๖๑ แผนฯ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสนับสนุนการบริหารจัดการที่จำเป็นเพื่อหนุนเสริมการทำงานของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนัก หน่วยจัดการ และภาคีผู้รับทุน ดังนี้

- (๑) พัฒนาเครื่องมือนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ เครื่องมือเสนอแนวคิดโครงการ เพื่อให้เข้าถึงโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและค้นหานวัตกรรมจากโครงการ และเครื่องมือขยายผลนวัตกรรมสุขภาพอย่างง่าย ด้วยกระบวนการ Co-creation และห้องทดลองนโยบายนวัตกรรมสังคม (Social Innovation Lab)
- (๒) การจัดการความรู้ (KM) งานสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดผลสำเร็จเพื่อใช้ประโยชน์ในการขยายผล โดยเป็นการถอดบทเรียนร่วมกับสำนักเชิงรุกและศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เช่น ความรู้เรื่องกิจกรรมทางกายนำมาพัฒนาเป็นแนวทางการเสนอโครงการประเด็น “ส่งเสริมกิจกรรมทางกายด้วยศิลปวัฒนธรรม” บทเรียนการดำเนินงานเรื่องเพศในชุมชน บทเรียนเรื่องการจัดการขยะในระดับชุมชน และบทเรียนงานบุญปลอดเหล้าซึ่งสำนัก ๖ นำไปขยายผลสำหรับพื้นที่ที่ไม่เคยได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส.

- (๓) สนับสนุนการประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาหน่วยจัดการจังหวัดและหน่วยจัดการชุดโครงการชุมชนน้อยๆ รวม ๕๒ หน่วยจัดการ (คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๔ ของหน่วยจัดการทั้งหมด) โดยโจทย์หลักของการประเมินผลเป็นการประเมินสมรรถนะหน่วยจัดการและผลลัพธ์ของโครงการในระดับพื้นที่
- (๔) สนับสนุนทีมพัฒนาศักยภาพและเสริมพลังภาคีระดับภูมิภาค เพิ่มขึ้นจำนวน ๔ ทีม จากเดิม ๑ ทีม สำหรับหนุนเสริมความรู้สำคัญให้แก่หน่วยจัดการในพื้นที่ ได้แก่วรรณกรรมเรื่องการพัฒนาโครงการ การติดตามประเมินผลเชิงผลลัพธ์ และการถอดบทเรียน ถือเป็น การกระจายโอกาสการเข้าถึงความรู้ของทีมพี่เลี้ยงภายใต้หน่วยจัดการได้มากขึ้นกว่าเดิม
- (๕) พัฒนาระบบข้อมูลหน่วยจัดการ (Node mapping) ทั้งข้อมูลพื้นฐานและสมรรถนะหน่วยจัดการ สำหรับนำมาวางแผนการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการในอนาคตอย่างเป็นระบบ
- (๖) สนับสนุนให้มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงานโครงการที่เป็นตัวอย่างที่ดีหรือชุดความรู้ต่างๆ ของสำนักผ่านช่องทางที่หลากหลาย

๒.๒ การวิเคราะห์ช่องว่างการดำเนินงาน และโอกาสการพัฒนาของแผน

๒.๒.๑ การวิเคราะห์เรื่องการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

- (๑) แผนสามารถกระจายโอกาสด้านสร้างเสริมสุขภาพไปสู่กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ได้จำนวนตามเป้าหมายที่กำหนด แต่เมื่อพิจารณาการกระจายเชิงประเด็นพบว่า การสนับสนุนโครงการในประเด็นลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเพิ่มกิจกรรมทางกายยังมีสัดส่วนค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับประเด็นอื่นๆ ตามเป้าหมาย ๑๐ ปี สสส. เมื่อพิจารณาประกอบกับสถานการณ์ในภาพรวมของพฤติกรรมสุขภาพในประเทศแล้ว ยังจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนพฤติกรรมเชิงบวกและลดพฤติกรรมเชิงลบอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การสนับสนุนโครงการในปี ๒๕๖๒ ควรมุ่งเน้นในการสนับสนุนกลุ่มเป้าหมายในพฤติกรรมลดการบริโภคน้ำตาลและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเพิ่มกิจกรรมทางกาย เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ให้มากขึ้น รวมถึงการลดภาวะน้ำหนักตัวเกินในเด็ก
- (๒) การกระจายโครงการในกลุ่มประชากรที่ขาดโอกาสหรือประชากรกลุ่มเฉพาะ นอกเหนือจากกลุ่มผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญในลำดับต้นๆ แล้ว ควรสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้พิการโดยพัฒนาและขยายผลจากชุดความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการจากแผนสร้างเสริมสุขภาพภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ เช่น การปรับสภาพแวดล้อม/บ้านผู้พิการในระดับชุมชน การสนับสนุนนักสร้างเสริมสุขภาพระดับหมู่บ้านเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ เป็นต้น

๒.๒.๒ การวิเคราะห์หน่วยจัดการ

- (๑) หน่วยจัดการที่สามารถกระจายโอกาสไปยังประชากรกลุ่มเฉพาะหรือประเด็นที่เป็นทิศทางหลักของสังคมยังมีจำนวนน้อย ดังนั้นการเปิดประเด็นใหม่ๆ ที่มุ่งเป้ากลุ่มขาดโอกาสหรือประชากรกลุ่มเฉพาะ ควรดำเนินการผ่านหน่วยจัดการ โดยมีกระบวนการทำงานในลักษณะภาคีหุ้นส่วน (partnership) กับ สสส. และหน่วยจัดการมีความเป็นเจ้าของประเด็น (owner)
- (๒) หน่วยจัดการจำนวนหนึ่งยังต้องเสริมสมรรถนะในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามบทบาทภารกิจ โดยเฉพาะสมรรถนะเรื่องการติดตามผลลัพธ์และการวิเคราะห์ภาคี ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการจึงมุ่งเน้นให้เฉพาะเจาะจงสอดคล้องกับสมรรถนะและภารกิจ รวมถึงนำการประเมินผลเป็นเครื่องมือสะท้อนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสมรรถนะหน่วยจัดการ
- (๓) การพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการอย่างต่อเนื่องนั้น จำเป็นต้องจัดทำระบบข้อมูลหน่วยจัดการเพื่อสามารถนำมาวางแผนการใช้ประโยชน์ทั้งในเชิงการสนับสนุนและการพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการ และวางแผนการออกแบบตัวแปรร่วมกับระบบประเมินผลและระบบพัฒนาศักยภาพภาคี

๒.๒.๓ การวิเคราะห์กลไกหนุนเสริมการบริหารจัดการของแผน

ในปี ๒๕๖๑ ได้เริ่มพัฒนาระบบสนับสนุนการบริหารจัดการที่จำเป็นเพื่อหนุนเสริมการทำงานของทั้งสำนัก หน่วยจัดการ และภาคีผู้รับทุน ครอบคลุมตั้งแต่การจัดการความรู้ การพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพภาคี การประเมินผลหน่วยจัดการ ระบบคลังข้อมูล และการสื่อสารสาธารณะ ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังพบช่องว่างสำคัญ เช่น งานจัดการความรู้ขาดการเชื่อมโยงไปสู่การขยายหรือกระจายความรู้ การประเมินผลหน่วยจัดการยังไม่สามารถประเมินผลครอบคลุมทุกหน่วยจัดการได้ การพัฒนาศักยภาพภาคีผ่านที่มหาวิทยาลัยระดับภูมิภาคถือว่าการกระจายโอกาสเข้าถึงความรู้ได้ง่ายขึ้นกว่าเดิม แต่ที่มหาวิทยาลัยมีจำนวนจำกัดในแต่ละภูมิภาคยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของพื้นที่ การพัฒนาระบบข้อมูลเริ่มต้นจากระบบข้อมูลหน่วยจัดการ (Node mapping) ซึ่งยังต้องพัฒนาต่อยอดให้รองรับระบบประเมินผลและระบบพัฒนาศักยภาพภาคี รวมถึงการพัฒนาระบบรายงานผลลัพธ์โครงการที่ตอบตัวชี้วัดทางสุขภาพเชิงประเด็น ตัวชี้วัดแผน และตอบเป้าหมาย ๑๐ ปี สสส.

จากช่องว่างดังกล่าวข้างต้น แผนฯ เห็นโอกาสที่จะพัฒนาระบบสนับสนุนการบริหารจัดการที่สามารถหนุนเสริมการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้องให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย เช่น สนับสนุนการค้นหาหรือพัฒนานวัตกรรมสำหรับแก้ปัญหาสุขภาพในประเด็นที่ตอบเป้า ๑๐ ปี สสส. สนับสนุนการจัดการความรู้ที่เชื่อมโยงสู่การขยายผลในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายหรือบริบทพื้นที่ สนับสนุนการค้นหาและพัฒนาที่วิทยากรระดับภูมิภาคเพิ่มขึ้นให้กระจายครอบคลุมพื้นที่และความต้องการของ

หน่วยจัดการ สนับสนุนการนำผลประเมินหน่วยจัดการมาใช้ปรับปรุงและพัฒนา การดำเนินงานของหน่วยจัดการและสำนัก พัฒนาระบบข้อมูลหน่วยจัดการ (Node mapping) และระบบข้อมูลผลลัพธ์ให้เชื่อมโยงกับงานประเมินผลและพัฒนาศักยภาพ ภาควิ

เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องแล้ว ทิศทางและจุดเน้นของแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรม สุขภาวะในปี ๒๕๖๒ จึงมุ่งการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ใน ๒ ลักษณะ คือ

๑. โครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย ๑๐ ปี สสส. และมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพสำคัญของกลุ่มเป้าหมายในการลดการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ รวมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนให้หมู่บ้าน/ ชุมชนและกลุ่มเป้าหมายในเขตชนบทและในพื้นที่ที่มีความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจ มีข้อจำกัดด้าน การศึกษาและการเข้าถึงสิทธิที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต และขาดโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้ดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาพของพื้นที่

๒. โครงการสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นปัญหาเฉพาะของพื้นที่ โดยเน้นการกระจายโอกาสและ หนุนเสริมพื้นที่ผ่านกลไก “หน่วยจัดการ” ที่มีศักยภาพ ซึ่งการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริม สุขภาพ นอกจากเป็นการกระจายทุนสนับสนุน กระจายความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพแล้ว ยังเป็นการ กระจายโอกาสในการพัฒนาหนุนเสริมความเข้มแข็งให้แก่หมู่บ้าน/ชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย สนับสนุน การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในโจทย์ที่ทำภายใต้ประเด็นปัญหาเฉพาะของพื้นที่อีกด้วย

นอกจากนี้ ต้องพัฒนาระบบสนับสนุนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในการหนุนเสริม การดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้องให้ดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ

แผนให้ความสำคัญกับประเด็นการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี โดยเฉพาะ ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม และยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ รวมถึงการเชื่อมโยงกับประเด็นการปฏิรูปภายใต้แผนการปฏิรูปประเทศ ใน ๒ มิติ ดังนี้

๑. การลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม โดยการสร้างสรรคโอกาสสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สุขภาวะในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ และพื้นที่ที่ขาดโอกาสหรือมีความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจ มีข้อจำกัดด้านการศึกษาและการเข้าถึงสิทธิที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต และขาดโอกาสการเข้าถึง บริการสุขภาพ ได้มีโอกาสดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหา สุขภาวะของพื้นที่
๒. การสร้างสังคมและชุมชนเข้มแข็ง โดยมุ่งเน้นให้กลุ่มเป้าหมายในระดับหมู่บ้าน/ชุมชนพัฒนา ขีดความสามารถด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนกลุ่มเด็กและเยาวชนมีส่วนร่วม ในการทำกิจกรรมสร้างสรรคเพื่อพัฒนาศักยภาพและทักษะชีวิต

จุดเน้นของแผน

๑. ส่งเสริมและสนับสนุนให้หมู่บ้าน/ชุมชน และกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่ขาดโอกาสหรือมีความเหลื่อมล้ำในมิติต่างๆ ได้ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาพของพื้นที่
๒. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ในประเด็นที่สอดคล้องกับเป้าหมายเฉพาะในทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. โดยเฉพาะในพฤติกรรมลดการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้
๓. เปิดประเด็นงานใหม่ที่สอดคล้องกับบริบทการเปลี่ยนแปลงและนโยบายสำคัญ เช่น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพในประชากรกลุ่มที่ขาดโอกาส การลดความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ฯลฯ
๔. สร้าง พัฒนา และยกระดับขีดความสามารถของหน่วยจัดการทุกประเภท โดยเฉพาะหน่วยจัดการระดับจังหวัดที่พร้อมยกระดับขับเคลื่อนงานที่มุ่งผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่
๕. พัฒนาและผลักดันระบบสนับสนุนการบริหารจัดการของแผนให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์หรือประยุกต์ใช้กับงานของสำนักและผู้เกี่ยวข้องได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนให้หมู่บ้าน/ชุมชน และกลุ่มเป้าหมายมีขีดความสามารถในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพและ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพได้ตามเป้าหมายโครงการ
๒. เพื่อพัฒนาและยกระดับสมรรถนะการดำเนินงานของหน่วยจัดการให้สามารถทำงานร่วมกับแผนภายใต้เป้าหมายและจุดเน้นเดียวกัน
๓. เพื่อให้เกิดนวัตกรรม ชุมความรู้ทั้งเชิงประเด็นหรือเชิงกระบวนการจากบทเรียนการดำเนินงานของกลุ่มเป้าหมายและหน่วยจัดการ
๔. เพื่อให้เกิดระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ สามารถหนุนเสริมการทำงานของสำนัก หน่วยจัดการ และภาคี ให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายได้

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

การกระจายโอกาส

๑. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ โครงการ โดยเป็นภาครายใหม่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐
๒. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของจำนวนโครงการที่สนับสนุน (๒๐๐ โครงการ)

ความเข้มแข็งของหมู่บ้าน/ชุมชน

๓. ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจากการดำเนินโครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ
๔. เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจากการดำเนินโครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของโครงการที่สนับสนุน
๕. เกิดแกนนำสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นแกนนำรายใหม่ จำนวน ๑๐,๐๐๐ คน (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๐ จากเป้า ปี ๒๕๖๑) ที่มีขีดความสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน

ความสามารถของหน่วยจัดการ

๖. หน่วยจัดการมีขีดความสามารถในการบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของหน่วยจัดการทั้งหมดที่มีสถานะดำเนินการ (Active) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
๗. สนับสนุนหน่วยจัดการระดับจังหวัด เพิ่มขึ้น ๕ จังหวัด ที่มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการ สนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพตามประเด็นปัญหาของพื้นที่ สามารถกระจายอำนาจการตัดสินใจ พิจารณาโครงการสู่กลไกระดับพื้นที่ โดยทำงานประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในระดับจังหวัด
๘. เกิดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพหรือชุดความรู้ อย่างน้อย ๔ เรื่อง ที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์หรือขยายผลการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้

เกิดระบบสนับสนุนการบริหารจัดการที่หนุนเสริมการดำเนินงานของแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๙. มีการประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาหน่วยจัดการเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐
๑๐. หน่วยจัดการจำนวน ๔๙ หน่วยจัดการ (ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยจัดการที่จะได้รับการพัฒนา ศักยภาพในปี ๒๕๖๒) ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องการบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์

- ๑๑. มีระบบข้อมูลหน่วยจัดการ (Node mapping) ที่สามารถแสดงผลการประเมินสมรรถนะของหน่วยจัดการทุกระดับ และระบบข้อมูลผลลัพธ์โครงการ ที่สามารถนำมาสนับสนุนงานประเมินผล และงานพัฒนาศักยภาพภาคีของแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๑๒. มีทีมสื่อสารสาธารณะที่เกาะติดประเด็นงานอย่างน้อย ๔ ประเด็น และสื่อสารต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดร่วม

- ๑๓. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายเฉพาะในทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ (๑,๒๐๐ โครงการ) ของโครงการที่สนับสนุน เช่น
 - (๑) ร่วมกับแผนควบคุมยาสูบ ขยายผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่โดยชุมชนเป็นฐาน สร้างมาตรการหรือสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น
 - (๒) ร่วมกับแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ขยายผลการดำเนินงาน/มาตรการในระดับหมู่บ้าน/ชุมชนเพื่อลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - (๓) ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายและแผนอาหารเพื่อสุขภาพ ขยายผลองค์ความรู้หรือนวัตกรรมดำเนินงานเพื่อเพิ่มกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรกลุ่มวัยต่างๆ ตามแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๗๓ ควบคู่กับส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้ และลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน
 - (๔) ร่วมกับแผนจัดการความปลอดภัยทางถนนและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ขยายผลการสร้างมาตรการระดับหมู่บ้าน/ชุมชนเพื่อความปลอดภัยทางถนน
- ๑๔. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๕ ของโครงการที่สนับสนุน

คำนิยามเชิงปฏิบัติการตามเป้าหมายตัวชี้วัดแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ

- ๑. **การกระจายโอกาส** หมายถึง การกระจายทุนในการสนับสนุน การกระจายความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และการกระจายโอกาสในการพัฒนาหนุนเสริมความเข้มแข็งให้แก่หมู่บ้าน/ชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย
- ๒. **การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงหลักที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ อาทิ การลด ละ เลิก ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การเพิ่มการบริโภคผักผลไม้ การเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย เป็นต้น
- ๓. **สภาพแวดล้อม** หมายถึง สภาพแวดล้อมทางสังคมและ/หรือสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย อาทิ การนำข้อตกลงหรือกติกาชุมชนไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างกลไกการจัดการหมู่บ้าน/ชุมชน การจัดการจุดเสี่ยงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการขับขี่ยานพาหนะในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นต้น

๔. **หน่วยจัดการ** หมายถึง หน่วยงาน องค์กร หรือกลุ่มบุคคลที่ทำงานร่วมกับแผนฯ ในเป้าหมาย และภารกิจที่แผนฯ ออกแบบไว้ มี ๒ ประเภท ได้แก่ หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (หน่วยจัดการระดับจังหวัด) และ หน่วยจัดการเชิงประเด็น

๕. **นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง วิธีการใหม่ที่จะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเป้าหมาย มีสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยและนำไปสู่การมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตใจที่สมบูรณ์อายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยสามารถเข้าถึงได้ง่าย ประหยัด คุ่มค่า และได้ผลลัพธ์ การเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่าวิธีการเดิม

๖. **ชุดความรู้** หมายถึง ชุดความรู้หรือกระบวนการเรียนรู้ใหม่ที่พัฒนาขึ้นเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง ใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาจเกิดจากประสบการณ์การทำงานของแผนฯ หรือเกิดจากแผนงานเชิงรุกที่ปรับให้ เข้ากับแผนในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น คู่มือ e-learning การจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนทุน เมฆความรู้ ใหม่ๆ เป็นต้น

๗. **ประชากรกลุ่มเฉพาะ** หมายถึง ประชากรบางกลุ่มที่มีลักษณะจำเพาะและต้องเผชิญกับปัจจัย ทางสังคมบางประการที่ทำให้มีความเปราะบางต่อการสูญเสียสุขภาพ และอาจจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ จากการส่งเสริมสุขภาพสุขภาพแบบทั่วๆ ไป

แนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ในประเด็นที่สอดคล้องกับเป้าหมายเฉพาะในทิศทาง เป้าหมายและ ยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. โดยเฉพาะในพฤติกรรมลดการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเพิ่ม กิจกรรมทางกาย การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้

๒. เพิ่มการสนับสนุนโครงการประเด็นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น เพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) การจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพ การสื่อสาร

๓. สนับสนุนชุดโครงการ/โครงการที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาต่อยอดและขยายผลเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการสร้างความเข้มแข็งให้หมู่บ้าน/ชุมชนสามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืนและพร้อมที่จะกระจายความรู้และขยายโอกาสไปสร้างพื้นที่ชุมชนสุขภาพะทั่วประเทศ

๔. บูรณาการการทำงานกับแผนเชิงรุกที่สนับสนุนเป้าหมาย ๑๐ปีของ สสส. โดยกำหนดเป้าหมาย เชิงผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นในแต่ละประเด็น เพื่อนำไปใช้ออกแบบ วางแผนและบริหารจัดการชุดโครงการ/ โครงการ คัดเลือกภาคีและหน่วยจัดการที่จะร่วมงานได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งติดตามประเมินผลเพื่อการเรียนรู้ และพัฒนาที่มุ่งสู่การถอดบทเรียนเพื่อจัดการความรู้และต่อยอดขยายผลนวัตกรรมที่มีประโยชน์ต่อไป

๕. สนับสนุนการสร้าง พัฒนา และยกระดับขีดความสามารถของหน่วยจัดการทุกประเภท โดยเฉพาะ หน่วยจัดการระดับจังหวัดที่พร้อมยกระดับการดำเนินงานที่มุ่งผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพในประเด็น ปัญหาสุขภาพะของพื้นที่

๖. พัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งระบบคลังข้อมูล การพัฒนานวัตกรรมและชุดความรู้ใหม่ การพัฒนาศักยภาพภาคี การประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา การจัดการความรู้ และการสื่อสารเชิงรุกให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มแผนงาน

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ ประกอบด้วย ๓ กลุ่มแผนงาน ดังนี้

แผนงานสนับสนุนโครงการและขยายภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ

๑. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายในการลดการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การเพิ่มการบริโภคผักผลไม้ให้มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน

๒. พัฒนาโครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็กในประเด็นที่ตอบเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปีของ สสส. เพิ่มมากขึ้น เช่น ลดภาวะน้ำหนักเกินในเด็กเพื่อเพิ่มทางเลือกให้กับกลุ่มเป้าหมายในการเสนอโครงการที่ตอบเป้า ๑๐ ปี สสส.

๓. เพิ่มการสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มคนพิการ โดยพัฒนาและขยายผลจากชุดความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการของแผนสร้างเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก ๔) เช่น การปรับสภาพแวดล้อม/บ้านของคนพิการในระดับชุมชน การสนับสนุนนักสร้างเสริมสุขภาพระดับหมู่บ้านเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เป็นต้น

๔. เพิ่มการสนับสนุนโครงการประเด็นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น เพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) การจัดการ การสื่อสาร เป็นต้น

๕. พัฒนา ปรับปรุงแนวทางการเสนอโครงการให้ง่ายขึ้น มีข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วนเพื่อประกอบการพิจารณาโครงการ รวมถึงการสร้างแรงจูงใจอื่นๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสนใจเสนอโครงการมายัง สสส. เพิ่มมากขึ้น

แผนงานพัฒนาและสนับสนุนกลไกหน่วยจัดการ

๑. สนับสนุนการค้นหาหน่วยจัดการเพื่อช่วยกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพไปยังพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมายที่เข้าไม่ถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ มุ่งเป้าที่กลุ่มขาดโอกาสหรือประเด็นที่แผนให้ความสำคัญ โดยมีกระบวนการทำงานแบบภาคีหุ้นส่วนกับ สสส. และหน่วยจัดการมีความเป็นเจ้าของประเด็น

๒. พัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการที่มีความเฉพาะเจาะจงสอดคล้องกับสมรรถนะและบทบาทภารกิจ โดยการใช้การประเมินผลเป็นเครื่องมือในการสะท้อนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาของหน่วยจัดการ

๓. พัฒนาเพื่อยกระดับหน่วยจัดการจังหวัดที่มีศักยภาพและมีความพร้อมสู่การเป็นหน่วยจัดการที่สามารถบริหารจัดการสนับสนุนทุนตามประเด็นปัญหาของจังหวัด รวมทั้งถอดบทเรียนการบริหารจัดการของหน่วยจัดการเพื่อเป็นต้นแบบในการขยายผลไปสู่จังหวัดอื่นๆ มากขึ้น

๔. พัฒนาระบบข้อมูลหน่วยจัดการที่ทำให้ทราบถึงสมรรถนะและศักยภาพของหน่วยจัดการ เพื่อนำมาวางแผนพัฒนาศักยภาพหรือยกระดับได้อย่างเฉพาะเจาะจง

แผนงานพัฒนาบุคลากรเสริมการบริหารจัดการ

๑. พัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการความรู้

๑.๑ วางแผนการใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการตัดสินใจ และโมเดลการขยายผลนวัตกรรม

๑.๒ สนับสนุนการค้นหาและพัฒนานวัตกรรมในรูปแบบอื่นๆ นอกเหนือจากการสังเคราะห์ความรู้จากโครงการที่ได้รับทุนจากแผนฯ เพื่อให้เกิดนวัตกรรมมากขึ้น เช่น สนับสนุนการต่อยอดเพื่อพัฒนานวัตกรรมสำหรับการแก้ไขปัญหาสุขภาพะในประเด็นที่ตอบเป้า ๑๐ ปี สสส. โดยค้นหานวัตกรรมจากองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันการศึกษา เป็นต้น

๑.๓ การบูรณาการร่วมกับฝ่ายนวัตกรรม สสส. เพื่อวางแผนและออกแบบการทำงานสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมหรือการขยายผลนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันโดยทำให้การจัดการความรู้และขยายผลทำงานได้อย่างครบวงจร เชื่อมโยงผลของการสังเคราะห์ความรู้ไปสู่การขยายหรือการกระจายความรู้ไปสู่ศูนย์เรียนรู้สุขภาพะให้มากขึ้น

๒. ระบบพัฒนาศักยภาพภาคี

๒.๑ ดำเนินการพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการเพื่อให้ครอบคลุมทุกหน่วยจัดการที่มีสถานะดำเนินการ รวมจำนวน ๔๙ หน่วยจัดการ ได้แก่ หน่วยจัดการระดับจังหวัด ๒๕ หน่วย หน่วยจัดการระดับจังหวัดที่ยกระดับการดำเนินงานที่มุ่งผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นปัญหาสุขภาพะของพื้นที่ (flagship) ๕ หน่วย และหน่วยจัดการเชิงประเด็น ๑๙ หน่วย

๒.๒ พัฒนาศักยภาพทีมวิทยากรระดับภูมิภาค ๔ ทีม ควบคู่กับการค้นหาและพัฒนาทีมวิทยากรเพิ่มขึ้นจากเดิม เพื่อให้สามารถกระจายครอบคลุมพื้นที่และความต้องการของหน่วยจัดการได้มากยิ่งขึ้น โดยการค้นหาทีมวิทยากรเพิ่มเติมจะพิจารณาจากหน่วยจัดการของสำนักที่มีขีดความสามารถในการนำเครื่องมือไปใช้ได้จริงและมีความพร้อมที่จะยกระดับเป็นทีมวิทยากร

๒.๓ สนับสนุนการพัฒนาชุดความรู้ใหม่ เพื่อรองรับการยกระดับหน่วยจัดการ อาทิ จากหน่วยจัดการระดับจังหวัดเป็นหน่วยจัดการระดับจังหวัดที่พร้อมยกระดับการดำเนินงานที่มุ่งผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นปัญหาสุขภาพะของพื้นที่ (flagship) หรือการพัฒนาความรู้เฉพาะสำหรับหน่วยจัดการบางประเภท

๓. ระบบการประเมินผล

๓.๑ สนับสนุนและมีกระบวนการติดตามให้หน่วยจัดการ จำนวน ๕๒ หน่วยจัดการที่ได้รับการประเมินผลในปี ๒๕๖๑ นำผลการประเมินผลไปปรับใช้ในการทำงานได้จริง

๓.๒ สนับสนุนการประเมินผลหน่วยจัดการระดับจังหวัด ๓๐ หน่วยจัดการ และหน่วยจัดการกลุ่มเด็กและเยาวชน ๑๙ หน่วยจัดการ โดยใช้แนวคิดการประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา และมีโจทย์หลักเป็นการประเมินสมรรถนะหน่วยจัดการและผลลัพธ์ของโครงการในระดับพื้นที่

๔. ระบบคลังข้อมูล

๔.๑ พัฒนาต่อยอดระบบข้อมูลหน่วยจัดการ (Node mapping) ให้รองรับข้อมูลจากระบบประเมินผลและระบบพัฒนาศักยภาพภาคี เพื่อให้สามารถแสดงข้อมูลสมรรถนะหน่วยจัดการที่สามารถประมวลผลเพื่อการวางแผนการทำงานหรือพัฒนาศักยภาพของหน่วยจัดการในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๒ พัฒนาระบบการรายงานผลลัพธ์โครงการที่ตอบตัวชี้วัดทางสุขภาพเชิงประเด็น ตัวชี้วัดของแผนฯ และเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี สสส.

๕. การสื่อสารสาธารณะ

๕.๑ ค้นหาและสนับสนุนทีมสื่อสารสาธารณะ เพื่อสื่อสารงานเชิงประเด็น สื่อสารเชิงกลไกหน่วยจัดการ และสื่อสารเชิงผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น เพื่อสร้างความเข้าใจการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และขยายโอกาสที่จะสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ได้มากขึ้น เช่น เขตสุขภาพ เป็นต้น

๕.๒ มุ่งเน้นทิศทางการสื่อสารผ่านโซเชียลมีเดียให้มากขึ้น และพัฒนาช่องทางการสื่อสารกลางของสำนัก เพื่อสร้าง Brand Attribute ให้บุคคลทั่วไปรู้จักสำนัก ๖ รวมทั้งภาคีรับทุนของสำนัก ๖ จะต้องได้รับข่าวสารต่างๆ ของสำนักฯ ผ่านช่องทางกลางของสำนัก โดยพัฒนาเว็บไซต์, facebookfanpage, Instragram, Twitter, Line เป็นต้น

๕.๓ พัฒนาเว็บไซต์เพื่อเก็บฐานข้อมูลโครงการที่ดี และ Clipping ข่าวต่างๆ ของสำนัก ๖ ที่ได้เผยแพร่เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการใช้งาน

ภาคีหลัก

กลุ่ม ชมรม เครือข่ายองค์กรในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน เครือข่ายองค์กรด้านเด็กและเยาวชน เครือข่ายคนพิการ เครือข่ายกลุ่มชาติพันธุ์ องค์กรสาธารณประโยชน์ องค์กรภาคประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข สถาบันการศึกษา สถาบันวิชาการ สถาบันศาสนา และหน่วยงานเอกชน

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. แผนงานสนับสนุนโครงการและขยายภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๘๐
๒. แผนงานพัฒนาและสนับสนุนกลไกหน่วยจัดการ	๙๐
๓. แผนงานพัฒนากลไกหนุนเสริมการบริหารจัดการ	๕๐
รวม	๓๒๐

๑๒

แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ

สถานการณ์และแนวโน้ม

ประชาชนที่มีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งที่ทุกประเทศต่างมุ่งหวัง ที่ผ่านมามาประเทศไทยมีการพัฒนาระบบการแพทย์และการสาธารณสุขได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับในด้านคุณภาพและบริการทั้งจากภายในและภายนอกประเทศ ประกอบกับประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น จึงส่งผลให้แนวโน้มของประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้นโดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทย ใน พ.ศ. ๒๕๖๑ มีค่าประมาณ ๗๒.๒ ปี ในเพศชาย และ ๗๘.๙ ปี ในเพศหญิง^{๑๗๖} ถือได้ว่าประเทศไทยกำลังเผชิญความเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรเป็นสังคมสูงวัย ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังและมีแนวโน้มอยู่คนเดียวมากขึ้น โดยภาพรวม ปัญหาสุขภาพที่คุกคามคนไทยยุคปัจจุบัน คือ โรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่า ๕ อันดับโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะดีในประชากรชาย ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๑, โรคหลอดเลือดสมอง, การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์, โรคหัวใจขาดเลือด และการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ตามลำดับ สำหรับเพศหญิงสาเหตุอันดับแรกของความสูญเสียปีสุขภาวะคือ โรคเบาหวาน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๘.๔ รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด, โรคข้อเสื่อม และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตามลำดับ สำหรับผลการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนไทยจากการตรวจร่างกายครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่าปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่มีแนวโน้มลดลง ได้แก่ การสูบบุหรี่ในประชากรโดยรวมและการดื่มสุรา ส่วนการกินผักผลไม้เพียงพอมีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย แต่การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอยังอยู่ในสถานะเดิม นอกจากนี้ การสำรวจยังพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นโดยเป็นเพศชาย ร้อยละ ๒๑.๕ และเพศหญิง ร้อยละ ๒๑.๓ สำหรับความชุกของโรคเบาหวานพบว่าสูงขึ้นเช่นกันโดยเป็นเพศชาย ร้อยละ ๖.๐ และเพศหญิงร้อยละ ๗.๗ สิ่งที่น่ากังวลใจคือ ร้อยละ ๔๓.๑ ของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน ซึ่งในปัจจุบันมีคนที่เป็นเบาหวานแล้วมากกว่า ๔ ล้านคน ทั้งยังพบกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานอีกถึง ๗.๗ ล้านคน

^{๑๗๖} สารประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปีที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๑

ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคมไทยจำเป็นต้องพิจารณาถึงปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้คน โดยเฉพาะสภาวะแวดล้อมความเป็นเมืองที่มีความแตกต่างและหลากหลาย แต่บางอย่างกลับมีผลกระทบต่อกัน ซึ่งเป็นโจทย์ที่ท้าทายสำหรับระบบสุขภาพประเทศไทย ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ได้มีการคาดประมาณจำนวนประชากร ณ กลางปี ที่อาศัยในเขตเมืองจำนวน ๓๓,๑๕๖,๐๐๐ คน หรือคิดเป็น ร้อยละ ๕๐ ของประชากรทั้งประเทศจำนวน ๖๖,๒๓๔,๐๐๐ คน^{๑๗๗} เมื่อเทียบกับข้อมูลเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๐ (ร้อยละ ๔๗, ๔๘ และ ๔๙ ตามลำดับ) ถือว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้น วิถีชีวิต พฤติกรรม และปฏิสัมพันธ์ของ ผู้คนที่เปลี่ยนแปลงไปจากสังคมชนบทกลายเป็นสังคมเมืองส่งผลให้เกิดประเด็นท้าทายใหม่ครอบคลุมทั้งใน มิติสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม การคมนาคม การศึกษา พลังงาน สาธารณูปโภค ความปลอดภัย ยาเสพติด ฯลฯ ซึ่งหน่วยงานด้านสุขภาพต้องมีการเตรียมการรับมือกับความเปลี่ยนแปลงนี้ โดยเฉพาะการให้บริการ ด้านสาธารณสุข ที่ต้องออกแบบการจัดการทางสุขภาพซึ่งเป็นปัญหาเฉพาะและมีความโดดเด่นที่เกิดขึ้น ในเขตเมือง (โรคเขตเมือง) สอดรับกับสภาพสังคมเมืองที่ได้รับผลกระทบจากพลวัตทางประชากรและ การเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อม ทั้งปัญหา โรคไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า เอชไอวี/เอดส์ วัณโรค การติดเชื้อปอดบวม โรคอุจจาระร่วงรุนแรง ปัญหาการติดยา และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น หอบหืด โรคหัวใจ มะเร็ง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ การบาดเจ็บและความรุนแรง ภัยพิบัติ รวมถึง อันตรายและการบาดเจ็บที่เกิดจากการจราจร โดยให้ความสำคัญกับองค์ประกอบทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพ ควบคู่กับการดูแลสุขภาพประชาชนหรือผู้ป่วยทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ^{๑๗๘} ดังนั้น การดูแลสุขภาพประชาชนในเขตเมืองจึงต้องมีระบบการดูแลที่สอดคล้องตามบริบท และรองรับความต้องการ ของประชาชน พร้อมพัฒนาความสามารถของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพตนเอง ครอบคลุม รวมถึงชุมชนได้ สามารถเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย เมื่อเปรียบเทียบการให้บริการสุขภาพในแต่ละระดับแล้วนั้น “ระบบบริการปฐมภูมิ” ถือเป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชีวิตประชาชนมากที่สุด และครอบคลุมถึงการจัดการ ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพขององค์รวมของประชาชน จึงพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบ สุขภาพระดับปฐมภูมิในลักษณะเครือข่ายที่เรียกว่า “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” (District Health System : DHS) ซึ่งเป็นการประสานระหว่างระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสาธารณสุข ให้กลายเป็นระบบการทำงาน เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ครอบคลุมถึงการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ บูรณาการภาคี เน้น เป้าหมายที่ประชาชนอิงบริบทของแต่ละอำเภอ โดยมีกลไก คือ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ” ภายใต้ “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑” เพื่อ รองรับการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนตามหลักการ “พื้นที่ เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เพื่อการจัดการสุขภาพระดับพื้นที่และสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ทำให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่ทอดทิ้งกัน

^{๑๗๗} สารประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปีที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๑

^{๑๗๘} เวชศาสตร์เขตเมือง, วิชาระบาดวิทยาและเวชศาสตร์เขตเมือง ปีที่ ๖๐ ฉบับที่ ๑ มกราคม-มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙, สาริตศุระทอง, คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

ในขณะเดียวกัน การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพนั้น มีการจัดสรรโครงสร้างการบริหารเรียกว่า “เขตบริการสุขภาพ” (Regional health) เพื่อจัดบริการสุขภาพ “ร่วม” ในระดับเขตพื้นที่ด้วย “แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ” (Service Plan) มีเป้าประสงค์ คือ 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

ด้วยความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันไม่สามารถจำกัดเพียงการบริการแบบตั้งรับโดยการรักษาพยาบาลเป็นหลัก หากแต่จำเป็นต้องเพิ่มการให้บริการเชิงรุกตามบริบทที่จำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ ที่ได้เห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยมาตรา ๒๕๘ บัญญัติว่า “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม คลินิกหมอครอบครัวที่ดำเนินงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ” ส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขจะต้องหันมาทำงานปฐมภูมิด้านการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น สนับสนุนให้บุคคลและชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นในลักษณะที่เฝ้าต่อปัญหาและสอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชน^{๑๗๙} นอกจากนี้ ยังต้องเปิดกว้างในการร่วมมือกับภาคอื่นๆ เช่น สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม บุคลากรสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่กระตุ้น สนับสนุน เสริมพลังให้บุคคล ครอบครัว ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพและจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพ

บุคลากรสุขภาพเป็นกำลังสำคัญที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน และเป็นผู้ขับเคลื่อนระบบสาธารณสุข ซึ่งยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข ได้เน้นย้ำความสำคัญของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรสุขภาพให้มีความพร้อมทั้งด้านวิชาการ มีความรู้เท่าทันสถานการณ์ใหม่ๆ และมีพลังใจในการปฏิบัติงานบริการสุขภาพในด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน นอกจากนี้ การวางแผนด้านกำลังคน การกระจายและสมรรถนะของบุคลากรสุขภาพต้องมีการคำนึงถึงควบคู่กับการพัฒนาระบบการเรียนการสอน หลักสูตร และการพัฒนาอาจารย์ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ใช้โรงพยาบาลชุมชนเป็นฐาน มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งอาศัยระบบการทำงานที่มีส่วนรวมและมีการบูรณาการในระหว่างวิชาชีพ

^{๑๗๙} ศ.นพ. สุรเกียรติ์ อาชานานภาพ, ๒๕๔๑ วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ

จุดเน้นของแผน

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ ในปี ๒๕๖๒ จึงมีจุดเน้นการดำเนินงาน ดังนี้

๑. สนับสนุนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอในการจัดการสุขภาพประชาชนทุกช่วงวัย ผ่านการเสริมกลไก สร้างเครื่องมือ และเสริมสมรรถนะที่หนุนการจัดการและจัดลำดับความสำคัญของประเด็นสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัด และเขตบริการสุขภาพ
๒. สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้และค้นหารูปแบบที่ดีในการบริหารจัดการสุขภาพเขตเมือง รวมถึงวิเคราะห์ศักยภาพของท้องถิ่น และภาคส่วนอื่นในการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ทั้งความเป็นไปได้และอุปสรรคในด้านต่างๆ
๓. สนับสนุนกระบวนการพัฒนาสมรรถนะบทบาทการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ โดยเริ่มจากวิชาชีพพยาบาล ผ่านแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย สอดคล้องกับกลไกการทำงาน และเครือข่ายในพื้นที่
๔. สนับสนุนการทำงานที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งส่งเสริมการใช้งานและพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย หรือนวัตกรรมทางสุขภาพเพื่อการทำงานดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย และบูรณาการการทำงานทั้งในเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในมิติต่างๆ

วัตถุประสงค์

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

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อสุขภาวะให้เกิดการนำไปใช้ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๑ เรื่อง
๒. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยในระดับพื้นที่และเกิดรูปแบบการสร้างสุขภาวะทุกมิติที่สอดคล้องกับเป้าหมาย ๑๐ ปี สสส. ไม่น้อยกว่า ๑๕๐ แห่ง
๓. พัฒนาเขตบริการสุขภาพที่มีระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นกลไกการจัดการปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่เขตบริการสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๑ เขตบริการสุขภาพ
๔. เกิดองค์ความรู้หรือรูปแบบที่ดีในการจัดการสุขภาพเขตเมือง อย่างน้อย ๕ รูปแบบ
๕. บุคลากรสุขภาพที่มีสมรรถนะในการบริหารจัดการสุขภาพเกิดเป็นรูปแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในเชิงประเด็นหรือพื้นที่ระดับตำบลหรืออำเภอ อย่างน้อย ๓๐ รูปแบบ
๖. เกิดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับกลไกวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดแนวทางหลักปฏิบัติ มาตรการ นโยบาย หรือกลไก ที่ผลักดันการสร้างเสริมสุขภาพในวิชาชีพด้านสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๓ เรื่อง
๗. เกิดองค์ความรู้ งานวิจัย หรือนวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่สามารถใช้นับสนุนการจัดการสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยในระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ เรื่อง

ตัวชี้วัดร่วม

๘. ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายสนับสนุนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายแห่งชาติ ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอ
๙. เชื่อมโยงการทำงานกับแผนสุขภาวะชุมชนกับกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาวะในระดับพื้นที่ร่วมกัน

แนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนและเสริมกลไกการจัดการสุขภาพระดับพื้นที่ด้วยการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัด และเขตบริการสุขภาพ ผ่านการเสริมกลไก สร้างเครื่องมือ และเสริมสมรรถนะให้สามารถจัดการประเด็นสุขภาพและบริหารจัดการเครือข่ายในการร่วมกันดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย
๒. สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้และค้นหารูปแบบที่ดีในการบริหารจัดการสุขภาพเขตเมืองในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมถึงวิเคราะห์ศักยภาพของท้องถิ่น และภาคส่วนอื่นในการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ทั้งความเป็นไปได้และอุปสรรคในด้านต่างๆ

๓. สนับสนุนกระบวนการพัฒนาสมรรถนะบทบาทการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ โดยการเชื่อมประสานให้เกิดการขับเคลื่อนงานผ่านกลไกวิชาชีพ โดยเริ่มจากกลุ่มวิชาชีพพยาบาล ให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน ทุกกลุ่มวัย และทำงานสอดคล้องกับกลไกงานและเครือข่ายในพื้นที่
๔. สนับสนุนการทำงานที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งส่งเสริมการนำองค์ความรู้ งานวิจัย หรือนวัตกรรมทางสุขภาพ ไปประยุกต์เพื่อการทำงานดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย และบูรณาการการทำงานทั้งในเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในมิติต่างๆ

กลุ่มแผนงาน

๑. กลุ่มแผนงานสนับสนุนกลไกสุขภาพะพื้นที่ผ่านระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อเขตบริการสุขภาพ

สนับสนุนและเสริมกลไกการจัดการสุขภาพระดับพื้นที่ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัด และเขตบริการสุขภาพ ให้สามารถเชื่อมร้อยการทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ เพื่อการสร้างสุขภาพะแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย เช่น กลไกของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ซึ่งเป็นการประสานระหว่างภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุขให้สามารถดำเนินงานร่วมกัน ในการจัดการปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพ (Health determinants) และหนุนระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care) ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential care) และเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างเหมาะสมต่อการสร้างสุขภาพะ มีแนวทางดำเนินงาน ดังนี้

- ๑.๑ เสริมกลไกเขตบริการสุขภาพที่หนุนการจัดการสุขภาพระดับพื้นที่ผ่านระบบสุขภาพระดับอำเภอ และระดับจังหวัด เพื่อเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายในเขตบริการสุขภาพให้เป็นเจ้าของร่วม ในการจัดการสุขภาพในระดับอำเภอ
- ๑.๒ เพิ่มสมรรถนะการจัดการสุขภาพระดับพื้นที่ด้วยระบบข้อมูล ความรู้ การสื่อสาร และเครื่องมือ แก่บุคลากรสุขภาพและ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ในการดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย
- ๑.๓ ผลักดันการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะในเชิงประเด็น และเชิงพื้นที่ ที่มีการบริหารจัดการ ปัญหาสุขภาพะเพื่อหารูปแบบที่มีประสิทธิภาพ นวัตกรรมกระบวนการใหม่ๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพะระดับอำเภอ และประสานเครือข่ายในประเด็นสุขภาพะที่สำคัญสู่ระดับจังหวัด และเขตบริการสุขภาพ

๒. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง

เพื่อสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ รูปแบบหรือต้นแบบการจัดการสุขภาพเขตเมือง รวมถึงสนับสนุนการพัฒนาแกนนำสุขภาพ การจัดการความรู้ด้านสุขภาพและการพัฒนาเครื่องมือสื่อสารความรู้ เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเชื่อมประสานภาคียุทธศาสตร์ ภาควิชาการร่วมพัฒนา และกลไกการทำงานในพื้นที่ โดยมีแนวทางดำเนินงาน ดังนี้

- ๒.๑ สนับสนุนการวิจัยและพัฒนา การจัดการความรู้ ค้นหารูปแบบการจัดการสุขภาพเขตเมือง เพื่อทราบถึงรูปแบบการจัดการสุขภาพที่ดี ข้อจำกัดในทางปฏิบัติและข้อจำกัดในทางกฎหมาย รวมถึงโอกาสในการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่หลากหลายในการจัดการสุขภาพในเขตเมือง นำมาสู่การสังเคราะห์เป็นรูปแบบการจัดการสุขภาพเขตเมืองที่สอดคล้องกับกลุ่มวัยและวิถีชีวิตของคนเมือง และพัฒนาข้อเสนอและเชิงนโยบาย
- ๒.๒ สนับสนุนการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาต้นแบบ/รูปแบบในการจัดการสุขภาพเขตเมือง ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ที่มีความหลากหลาย เช่น ชุมชนแนวราบ ชุมชนแนวตั้ง และเมืองประเภทต่างๆ เช่น เมืองที่มีรูปแบบการบริหารจัดการท้องถิ่นแบบพิเศษ เขตเทศบาลนคร และเขตเทศบาลเมือง เพื่อขยายแนวคิดและการปฏิบัติที่ดีไปยังพื้นที่เขตเมืองอื่นๆ
- ๒.๓ สนับสนุนการพัฒนาแกนนำสุขภาพในเขตเมือง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครครอบครัว อาสาสมัครหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน
- ๒.๔ สนับสนุนการจัดการความรู้ด้านข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง การพัฒนาเครื่องมือสื่อสารความรู้ให้เหมาะกับวิถีชีวิตคนเมือง เพื่อเสริมหนุนให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสม ในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน

๓. กลุ่มแผนงานเสริมสมรรถนะนักสร้างเสริมสุขภาพ

เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนาสมรรถนะ บทบาทการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ ให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีความรู้ ทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทำงานผ่านกลไกเขตบริการสุขภาพ และเครือข่ายต่างๆ ในการดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย สามารถบริหารจัดการ วางแผนขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ได้ ตลอดจนมีบทบาทในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในการดูแลจัดการสุขภาพตนเอง ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยประกอบด้วยงานหลัก ๓ ด้าน ดังนี้

- ๓.๑ สนับสนุนให้มีการพัฒนาความรู้ หลักสูตร ทักษะที่สำคัญและจำเป็นในการดำเนินงานให้บริการ และบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการนำความรู้ หลักสูตรและทักษะไปใช้เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาบทบาทผู้นำการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพทุกระดับ เช่น การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านวิชาชีพพยาบาลในการทำงานผ่านกลไกเขตบริการสุขภาพ สนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนานักจัดการสุขภาพของประชาชนให้มีทักษะสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคล รวมถึงการบริหารจัดการชุมชน เป็นต้น
- ๓.๒ สนับสนุนการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานที่เอื้อต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของวิชาชีพสุขภาพ โดยเริ่มจากวิชาชีพพยาบาลในการผลักดันกลไก มาตรการการสร้างแรงจูงใจ และการธำรงรักษา รวมไปถึงการดูแลสภาวะของบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงกลไกการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพโดยผู้บริหารการพยาบาลเขตสุขภาพกับกลไกเขตบริการสุขภาพ เป็นต้น

๓.๓ พัฒนารูปแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่โดยบุคลากรสุขภาพ มุ่งหวังให้บุคลากรสุขภาพเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการและระบบสุขภาพชุมชน เช่น การสนับสนุนบุคลากรสุขภาพ โดยเริ่มจากวิชาชีพพยาบาล ในการพัฒนาบทบาทการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ผ่านกลไกเขตบริการสุขภาพ การขยายผล ศูนย์เรียนรู้ทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ การสนับสนุนการถอดบทเรียน องค์ความรู้ บทบาทการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพที่มีความโดดเด่นในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับสถาบันการศึกษาในพื้นที่ เพื่อให้เกิดระบบที่ยั่งยืนต่อไป

๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนกลไกการทำงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

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

- ๔.๑ สนับสนุนการขับเคลื่อนกฎหมาย แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ หรือกลไกเชิงนโยบายที่เอื้อต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ๒๕๖๑ แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๕ แผนยุทธศาสตร์ระบบปฐมภูมิเพื่อสุขภาพ ๔.๐ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๕ และกลไกเขตสุขภาพเพื่อประชาชน
- ๔.๒ สนับสนุนการนำองค์ความรู้ งานวิจัย หรือนวัตกรรมทางสุขภาพไปใช้ได้จริงในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรกลุ่มต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพชุมชน รวมทั้งบุคลากรนอกระบบบริการ เช่น สนับสนุนการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ในการเป็นเครื่องมือพัฒนาคนพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพผ่านเขตบริการสุขภาพ สนับสนุนการสร้างและจัดการความรู้เพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพที่ส่งผลต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรในอนาคต สนับสนุนการขับเคลื่อนด้านความรอบรู้สุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในทุกกลุ่มวัย
- ๔.๓ สนับสนุนการบูรณาการทำงานทั้งเชิงพื้นที่ และเชิงประเด็นร่วมกับสำนักต่างๆ ใน สสส. รวมถึงองค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะในประชาชนทุกกลุ่มวัย เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างคนทำงานที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนการมีส่วนร่วมและความเข้าใจเพื่อการแก้ปัญหา

ภาคีหลัก

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน และองค์กรภาคประชาสังคม

งบประมาณ

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

๑๓

แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

สถานการณ์และแนวโน้ม

๑. สถานการณ์ระดับนานาชาติที่ส่งผลกระทบต่อทิศทางแผน ๑๓ ได้แก่ การพัฒนาความร่วมมือของทั้งโลกมุ่งสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ความสำคัญของระบบสุขภาพโลก (Global Health) ในยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization) ที่มีการขับเคลื่อนสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ เชื่อมร้อยจากระดับโลกสู่ระดับภูมิภาค ระดับประเทศ จนถึงชุมชนท้องถิ่น อันส่งผลกระทบต่อ การดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพข้ามพรมแดน ทำให้ สสส. ต้องการความร่วมมือจากระดับนานาชาติเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหามากกว่าการดำเนินงานภายใต้ขอบเขตของประเทศไทยโดยลำพัง นอกจากนี้ สสส. และภาคีเครือข่าย มีความสำเร็จด้านสร้างเสริมสุขภาพในหลายเรื่อง que เริ่มเป็นที่ประจักษ์และยอมรับในระดับสากล อาทิ รูปแบบองค์กรสร้างเสริมสุขภาพจากภาษีบาป การควบคุมการบริโภคยาสูบ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่สามารถหนุนเสริมการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ของประเทศไทย ดังนั้นการขับเคลื่อนงานวิเทศสัมพันธ์ของ สสส. ในปี ๒๕๖๒ จึงมุ่งเน้นการสร้างการรับรู้และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. ในฐานะองค์กรต้นแบบด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน
๒. สถานการณ์ภายในประเทศที่ส่งผลกระทบต่อทิศทางแผน ๑๓ ได้แก่ การน้อมนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ใช้เป็นหลักการสร้างความยั่งยืนของการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของการพัฒนาประเทศที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญและแผนชาติ เช่น แผนนโยบายแห่งรัฐตามรัฐธรรมนูญ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี กรอบการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติ และการสร้างความสามัคคีปรองดอง รวมถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ เป็นต้น วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของพื้นที่ อาทิ พื้นที่เขตสุขภาพ พื้นที่เขตเมืองที่ขยายตัว พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่ท่องเที่ยว และการให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างๆ ตลอดจน การเข้าสู่การพัฒนาเศรษฐกิจยุค ๔.๐ ที่ประชาชนมีวิถีชีวิตดิจิทัล การพัฒนาทุนมนุษย์จึงกลายเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างสรรค์นวัตกรรมสร้างเสริม

สุขภาพใหม่ๆ เพื่อสนับสนุนกลไกขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น การเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย เพื่อพร้อมรับกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการทำงาน ให้เกิดการหนุนเสริมซึ่งกันและกันในระดับพื้นที่ จึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการขับเคลื่อนงานตามบริบทพื้นที่ นอกจากนี้ การสื่อสารการทำงาน และผลงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ไปยังทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยมุ่งเน้น “การสร้างการรับรู้ในรูปแบบที่หลากหลาย รวมทั้งบน Digital Platform” ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างการรับรู้ เข้าใจ ความเป็นมืออาชีพของการเป็น “องค์กรสร้างเสริมสุขภาพอย่างสร้างสรรค์” (Innovative enabler) นำไปสู่ความร่วมมือและเป็นการกำลังสำคัญในการสร้างสังคมสุขภาวะอย่างยั่งยืน

๓. สถานการณ์ภายใน สสส. ที่ส่งผลกระทบต่อแผน ๑๓ มีดังนี้

๓.๑ คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีมติให้ทุกแผนของ สสส. จัดทำแผนดำเนินการประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยให้ยึดแนวทางตามแนวนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ของ สสส. โดยมีจุดเน้นในการจัดทำแผนดำเนินการประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ดังนี้

(๑) ใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี เพื่อการบูรณาการการทำงาน และมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ : ดำเนินการต่อเนื่องโดยให้ทุกแผนนำทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. เป็นแนวทางการจัดทำแผน ๓ ปีระยะที่สามที่ต่อเนื่องจากสองระยะแรก และกระตุ้นให้มีการบูรณาการกับกลไกหลักเพื่อมุ่งสู่ทิศทางและเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี ซึ่งรวมถึงการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพในประชากรกลุ่มต่างๆ โดยมีกลไกการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

(๒) ตอบสนองแนวนโยบายการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ : สนับสนุนการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของการพัฒนาประเทศที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญและแผนชาติ ได้แก่ แนวนโยบายแห่งรัฐตามรัฐธรรมนูญแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แผนการปฏิรูปประเทศ ๑๑ ด้าน และอีก ๒ เรื่อง แผนการสร้างควมสามัคคีปรองดอง รวมถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

(๓) สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) : สร้างความยั่งยืนของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร สู่เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) ตามที่ประเทศไทยได้ร่วมปฎิญาณากับสหประชาชาติและประชาคมโลก

(๔) เน้นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร : ปรับกระบวนการทำงานให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทในแต่ละพื้นที่ อาทิ พื้นที่เขตสุขภาพ พื้นที่เขตเมืองที่ขยายตัว

เขตเศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่ท่องเที่ยว พื้นที่ที่มีผลิตภัณฑ์มวลรวมเชิงพื้นที่ต่างๆ และให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างๆ อาทิ กลุ่มเปราะบาง กลุ่มวัยรวมถึงเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบให้เหมาะสมกับประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุสมบูรณ์

(๕) พัฒนานวัตกรรม และใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ : มุ่งพัฒนานวัตกรรม การสร้างเสริมสุขภาพรองรับยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการและเทคโนโลยี โดยเฉพาะในยุคเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่คนไทย รวมถึงกระตุ้นและสนับสนุนให้คนไทยมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น

๓.๒ ผลสำรวจภาพลักษณ์ สสส. ประจำปี ๒๕๖๐ และการวิจัยเพื่อทำความเข้าใจภาคี ปี ๒๕๕๗ พบว่าโดยภาพรวมภาคีมีความพึงพอใจต่อ สสส. ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ความคาดหวังของภาคีเครือข่ายนอกจากการสนับสนุนทุนจาก สสส. แล้ว ภาคีเครือข่ายยังมีความคาดหวังจาก สสส. ในด้านกลไกต่างๆ ที่ช่วยสนับสนุนการเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย ระบบสนับสนุนต่างๆ ที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพภาคีอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการสนับสนุนระบบข้อมูลและ องค์ความรู้ที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

๓.๓ ผลการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) คณะผู้ประเมินผลพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานตามเป้าหมายในแผนหลัก คือ ภาคีเครือข่ายมีศักยภาพและมีความเข้มแข็ง ซึ่งผลการประเมินผลดังกล่าวสอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากคณะผู้ประเมินผลระดับนานาชาติจากองค์กรอนามัยโลก ธนาคารโลก และ สสส. ออสเตรเลียว่าการพัฒนางานของ สสส. ในทศวรรษต่อไป นอกจากให้ทุนสนับสนุนเป็นเครื่องมือสำคัญแล้ว สสส. ต้องหันมาให้ความสนใจการเสริมสร้างศักยภาพให้มากขึ้น และให้การเสริมสร้างศักยภาพเป็นส่วนหนึ่งในทุกแผนและโครงการของ สสส. นอกจากนี้ สสส. ยังสามารถช่วยพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ที่สนใจจะเข้าร่วมเป็นภาคีเครือข่ายรายใหม่ รวมถึงการเสริมสร้างศักยภาพเพื่อขยาย หยั่งรากฐาน และสร้างความยั่งยืนให้แก่การสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพเชิงองค์กรและเชิงปฏิบัติการของภาคีในการจัดการประเด็นต่างๆ รวมทั้งพิจารณาจัดตั้งหน่วยงานใหม่เพื่อทำหน้าที่ด้านการเสริมสร้างศักยภาพเพื่อสนองตอบความต้องการของภาคีและเจ้าหน้าที่ของ สสส. และลงทุนเพิ่มขึ้นในการเสริมสร้างศักยภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาหน่วยการสอน สำหรับโครงการฝึกอบรมที่ดำเนินการต่อเนื่องทั้งปี ให้เป็นส่วนหนึ่งของแนวทางใหม่ ในเชิงยุทธศาสตร์และเชิงระบบสำหรับการเสริมสร้างศักยภาพ ดังนั้น ในปี ๒๕๖๒ แผนงานพัฒนาศักยภาพยังคงยึดหลักการสร้างและพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในสังคมไทยและสังคมโลก รวมถึงการสนับสนุนความยั่งยืนให้แก่ภาคี สสส.

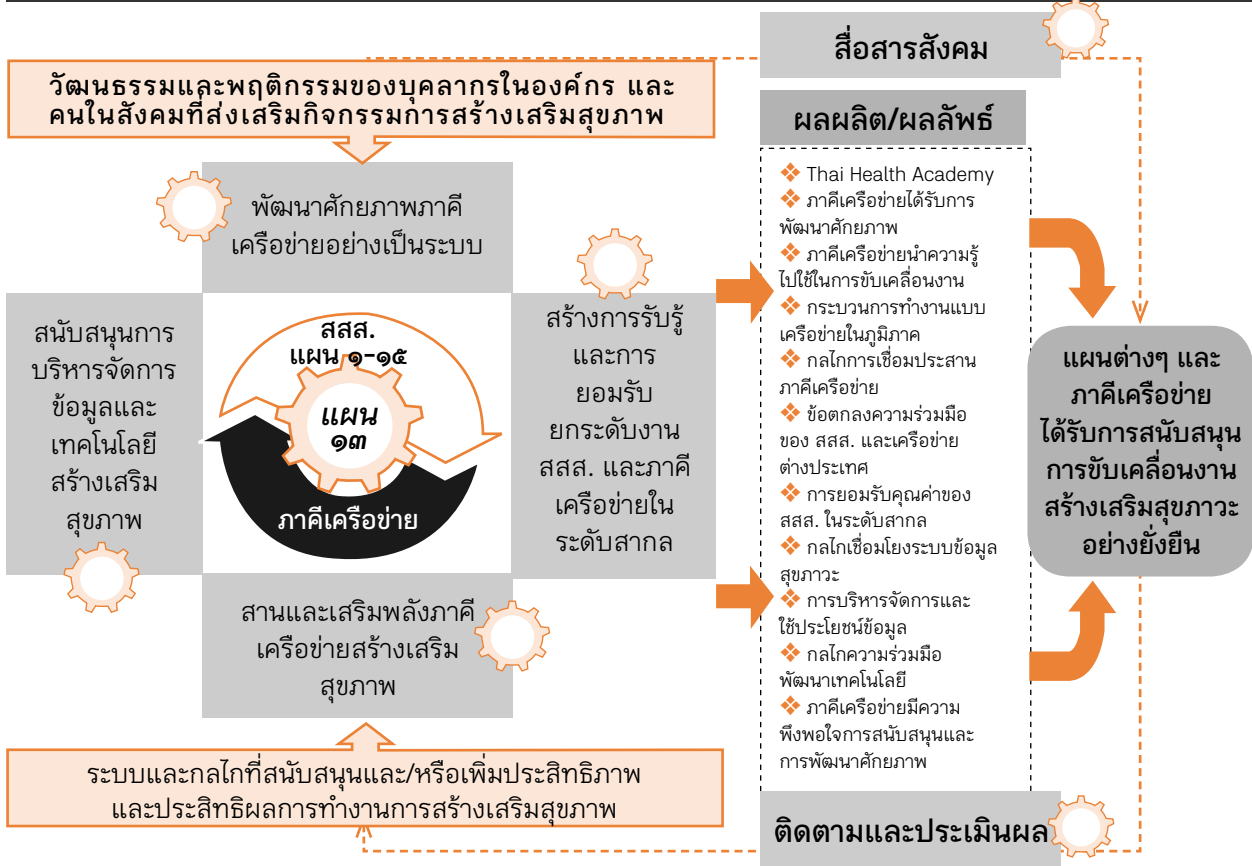
๓.๔ เนื่องจาก สสส. เป็นหน่วยงานของรัฐที่จัดตั้งตามพระราชบัญญัติเฉพาะ โดยมีหน้าที่ในการรายงานผล การดำเนินงานตามกรอบการประเมินผลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) และกรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานทุนหมุนเวียนของกรมบัญชีกลาง ดังนั้น ฝ่ายติดตามและประเมินผล ซึ่งมีหน้าที่ในการสนับสนุนงานด้านการติดตามและประเมินผลของสำนักงานจึงต้องมี การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานขององค์กรในทุกๆระดับ ทั้งระดับองค์กร แผน แผนงาน/โครงการ ทั้งนี้ จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาและจากข้อเสนอแนะต่างๆ ของผู้ทรงคุณวุฒิด้าน การประเมินผล พบว่าระบบการติดตามและประเมินผลยังมีช่องว่างในการพัฒนาหลายด้านรวมทั้งงานของ สสส. และงานด้านการติดตามประเมินผลมีลักษณะเป็นพลวัต จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลทั้งโครงสร้าง องค์ความรู้ บุคลากร เครื่องมือ วิธีการ ระบบฐานข้อมูลและเครือข่ายนักประเมินผล ให้มีความเหมาะสมทันต่อการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยให้การดำเนินงานของ สสส. บรรลุผลตามพันธกิจและเป้าหมายระยะ ๑๐ ปีของ สสส. ที่คำนึงถึง ธรรมภิบาล ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และความเป็นธรรมทางสุขภาพ

จากสถานการณ์และแนวโน้มดังกล่าว แผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๒ ขับเคลื่อนภายใต้กรอบแนวคิด แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (แผน ๑๓) ระยะ ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ดังแผนภาพด้านล่าง ซึ่งดำเนินการภายใต้ ๖ ยุทธศาสตร์ ได้แก่

- (๑) สนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพ
- (๒) พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ
- (๓) สานและเสริมพลังภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ โดยสร้างความเป็นส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
- (๔) สร้างการรับรู้และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. และภาคีเครือข่ายในเวทีโลกและสนับสนุนการยกระดับงาน สสส. และภาคีเครือข่ายในระดับสากล
- (๕) สื่อสารข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพสู่กลุ่มเป้าหมาย
- (๖) พัฒนาและสนับสนุนระบบการติดตามและประเมินผล

โดยบทบาทการทำงานของแผน ๑๓ จะสนับสนุนแผนต่างๆ ของ สสส. และภาคีเครือข่าย (บุคลากรหรือหน่วยงานผู้รับทุนจาก สสส. และองค์กรภาคียุทธศาสตร์ความร่วมมือ) ผ่านระบบและกลไกกลางตาม ๖ ยุทธศาสตร์ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพะอย่างยั่งยืน ดังที่ปรากฏในแผนภาพกรอบแนวคิด แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓

แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓



จุดเน้นของแผน

เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของภาคี สสส. ในปี ๒๕๖๒ ภายใต้แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีจุดเน้นการดำเนินงานใน ๑๐ ประเด็น ดังนี้

๑. ยกระดับ สสส. ให้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy)
๒. พัฒนากลไกสนับสนุน^{๑๐๐} ภาคีเครือข่ายที่มีอยู่ ให้เป็นระบบอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง (Area-Based) ให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ และสร้างความเข้าใจการทำงานสร้างเสริมสุขภาพจากการขับเคลื่อนงานของภาคีเครือข่าย
๓. พัฒนากลไกการใช้ข้อมูลและองค์ความรู้ที่เอื้อต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)
๔. การสร้างการรับรู้และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. ในฐานะองค์กรต้นแบบด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

^{๑๐๐} กลไกสนับสนุน หมายถึง กลไกความร่วมมือที่มีตัวแทนภาคีเครือข่ายสุขภาพในภูมิภาคนั้น อาสาเข้ามาร่วมเป็น “คณะทำงาน” (มีได้แต่งตั้งเป็นทางการ) และจะออกแบบกลไกการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายให้มีความเหมาะสมและมีแผนการดำเนินงานเป็นเครื่องมือดำเนินงานร่วมกันที่ชัดเจน

๕. สนับสนุนและเชื่อมโยงกลไกการทำงาน ระบบข้อมูล สารสนเทศ องค์กรความรู้ ทั้งภายใน สสส. ภาคีเครือข่าย และองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์ข้อมูล สารสนเทศ และ องค์กรความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ
๖. เชื่อมโยงเครือข่ายด้านสุขภาพ กับด้านการศึกษา ด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพ
๗. สนับสนุนการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจแนวทางการทำงานสร้างเสริมสุขภาพที่ทันต่อ สถานการณ์สังคม ผ่านช่องทางการสื่อสารในรูปแบบที่หลากหลาย รวมทั้งบน Digital Platform ที่ตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและร่วมสื่อสารประเด็น การทำงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย
๘. พัฒนาองค์ความรู้ งานวิชาการ ระบบข้อมูล และเครื่องมือ/คู่มือที่ใช้ในการติดตามและประเมินผล ทั้งในระดับองค์กร ระดับแผน และระดับแผนงาน/โครงการ
๙. เสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรที่เกี่ยวข้องและสร้างเครือข่ายนักประเมินผลงานสร้างเสริม สุขภาพ เพื่อช่วยในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในทุกระดับ

วัตถุประสงค์

๑. พัฒนาหลักสูตรตามสมรรถนะหลักที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Core Competencies) ^{๑๔๑} จากองค์ความรู้ บทเรียน วิธีการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ของ สสส. และภาคีเครือข่าย
๒. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายตามสมรรถนะหลักที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
๓. สนับสนุนกลไกการสร้างความร่วมมือร่วมของภาคีเครือข่ายที่เอื้อให้เกิดการหนุนเสริมซึ่งกันและ กันในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
๔. สร้างการรับรู้ และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. และภาคีเครือข่ายในเวทีโลก
๕. สนับสนุนและเชื่อมโยงกลไกการทำงานระบบข้อมูลสารสนเทศ องค์กรความรู้ เพื่อใช้ประโยชน์และ พัฒนานวัตกรรมการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
๖. พัฒนาระบบการสื่อสารให้กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มรับรู้ เข้าใจ แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริม สุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมขยายแนวทางการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ
๗. พัฒนางานติดตามและประเมินผลของ สสส. ที่จำเป็นต่อการรายงานผลการดำเนินงานของ องค์กร ทั้งระดับองค์กรและระดับแผน ที่ครอบคลุมทั้งเครื่องมือ วิธีการ ระบบข้อมูล องค์กรความรู้ และบุคลากรในทุกระดับ

^{๑๔๑} **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.การจัดการความ ยั่งยืน (Sustainability Management)

เป้าหมาย ๑ ปี และตัวชี้วัดหลัก

แผนงานพัฒนาศักยภาพ

๑. ร้อยละ ๗๐ ของภาคีเครือข่ายในกลุ่มขับเคลื่อนงานด้านวิชาการ/ด้านความรู้ ด้านผลักัดนโยบาย ด้านขับเคลื่อนสังคม/ด้านพัฒนาเครือข่าย ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสมรรถนะหลักที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Core Competencies)
๒. ร้อยละ ๗๐ ของภาคีเครือข่ายที่เข้ารับการพัฒนาศักยภาพ มีการนำความรู้ไปใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
๓. ร้อยละ ๘๕ ของภาคีเครือข่ายที่เข้ารับการพัฒนาศักยภาพ มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพในระดับมากขึ้นไป

แผนงานภาคีสัมพันธ์

๔. เกิดกลไกความร่วมมือ ที่มีกระบวนการทำงานเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายที่เป็นระบบ โดยมีการกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง โครงสร้างการบริหารจัดการ และมีแนวทางการทำงาน ตลอดจนมีการติดตามประเมินผล อย่างน้อย ๒ กลไกความร่วมมือ
๕. เกิดการพัฒนาข้อมูลสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านช่องทางการสื่อสาร ที่มีอยู่ ๒๐ ชุดข้อมูล
๖. ร้อยละ ๘๕ ของภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจในระบบสนับสนุนการเชื่อมโยงการทำงานของภาคีเครือข่าย

แผนงานวิเทศสัมพันธ์

๗. เกิดการขับเคลื่อนข้อตกลงความร่วมมือที่ยกระดับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และเครือข่ายสู่ระดับสากลที่สนับสนุนการบรรลุทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. ตลอดจนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ไม่น้อยกว่า ๒ ข้อตกลงความร่วมมือ
๘. การทำงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่ายเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ โดยมีความแตกต่างประเทศเข้าศึกษาดูงาน ไม่น้อยกว่า ๒๐ คณะ โดยเป็นระดับผู้กำหนดนโยบาย/ผู้บริหาร หรือ นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญ ไม่น้อยกว่า ๑๐ คณะ
๙. การทำงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่ายเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ โดยผู้แทน สสส. ได้รับเชิญเข้าร่วมเวทีสากลที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับภูมิภาค และระดับโลก ไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง

แผนงานสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพ

๑๐. กลไกเชื่อมโยงข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพภายใน สสส. และ/หรือภาคีเครือข่าย ที่นำไปสู่การวางแผนการดำเนินงานหรือติดตามการทำงาน เพื่อตอบสนองแนวนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ของ สสส. โดยมีความร่วมมือในการเชื่อมโยงการทำงานด้านข้อมูลและเทคโนโลยีภายใน สสส. และภาคีเครือข่าย โดยเกิดการดำเนินงานร่วมกันอย่างน้อย ปีละ ๑ รูปแบบความร่วมมือ

๑๑. เกิดการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และใช้ประโยชน์ข้อมูล องค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ในรูปแบบที่หลากหลาย เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. โดยรายงาน ผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาวะในภาพรวมของประเทศ อย่างน้อย ๒ เรื่อง และมีการนำข้อมูลและ องค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาวะไปใช้ประโยชน์โดยอาศัยภาคีเครือข่ายของ สสส.
๑๒. เกิดความร่วมมือระหว่าง สสส. และหน่วยงานด้านการศึกษา หรือด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ในการพัฒนาเทคโนโลยีที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในงานสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน ๑ ความร่วมมือ

แผนงานสื่อสารองค์กร

๑๓. วางแผนออกแบบกระบวนการสื่อสาร และพัฒนาเครื่องมือสื่อสารที่เหมาะสมกับเป้าหมาย การทำงานสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างการรับรู้ สร้างความเข้าใจ ตลอดจนร่วมสนับสนุน ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านชุดข้อมูลการสื่อสาร ไม่น้อยกว่า ๕๐๐ ชิ้นงาน

แผนงานติดตามและประเมินผล

๑๔. เกิดเครื่องมือและ/หรือคู่มือที่ใช้ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. อย่างน้อย ๒ เครื่องมือ/คู่มือ
๑๕. เกิดเครือข่ายนักประเมินผลหรือศูนย์กลางการติดตามและประเมินผลในระดับพื้นที่ อย่างน้อย ๒ เครือข่าย
๑๖. เกิดหลักสูตรด้านการติดตามและประเมินผลในระดับองค์กร และ/หรือแผนงาน/โครงการ ที่เหมาะสมกับนักวิชาการของ สสส. อย่างน้อย ๑ หลักสูตร โดยทำงานร่วมกับฝ่ายบริหารงาน บุคคล

แนวทางการดำเนินงาน

๑. พัฒนาหลักสูตรตามสมรรถนะหลักที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Core Competencies)
๒. สร้างความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา หน่วยงาน เครือข่ายด้านการพัฒนาศักยภาพ เครือข่าย นักวิชาการและองค์กรภาคีเครือข่าย
๓. หนุนเสริมกลไกวิชาการในระดับภูมิภาคให้เอื้อต่อการทำงานเชื่อมประสานภาคีเครือข่าย โดยมีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ที่เหมาะสม ให้มีการทำงานที่เป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ
๔. พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอก สสส. เพื่อผลักดันให้เกิดการใช้ ประโยชน์ข้อมูล สารสนเทศ และองค์ความรู้ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนการเผยแพร่แนวคิดและ ผลักดันให้เกิดการพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

๕. สร้างการรับรู้ และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. และภาคีเครือข่ายในเวทีโลกและสนับสนุน การยกระดับงาน สสส. และภาคีเครือข่ายในระดับสากล

๖. สนับสนุนการสื่อสารข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพ โดยผลักดันกระบวนการสื่อสารข้อมูลสร้างเสริม สุขภาพและนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบโจทย์ทันสถานการณ์ทางสังคม ผ่านทุกช่องทางการสื่อสาร

๗. พัฒนาและสนับสนุนการติดตามและประเมินผล ที่ครอบคลุมทั้งโครงสร้าง เครื่องมือ องค์กรความรู้ และบุคลากร เพื่อช่วยให้การดำเนินงานของ สสส. บรรลุตามพันธกิจและเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี ที่ค้ำประกันถึง หลักธรรมาภิบาล และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

กลุ่มแผนงาน

แผนงานพัฒนาศักยภาพ

๑. สร้างความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา หน่วยงาน เครือข่ายด้านการพัฒนาศักยภาพ เครือข่าย นักวิชาการ

๒. ร่วมกับสำนัก ฝ่ายบริหารงานบุคคล และองค์กรภาคีเครือข่ายหลักๆ ออกแบบวางแผนการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ โดยการมีส่วนร่วม เป็นผู้เรียน ผู้วางแผนการพัฒนาบุคลากร ผู้ให้องค์ความรู้

๓. ขยายงานพัฒนาศักยภาพจากส่วนกลางลงสู่ภาคเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และสร้างโอกาส การเข้าถึง

๔. พัฒนาสื่อการเรียนรู้ สร้างช่องทางและกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย

๕. พัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนงานพัฒนาศักยภาพ อาทิ ระบบการติดตามประเมินผล การจัดการ ความรู้ ฐานข้อมูล การสื่อสาร เป็นต้น

แผนงานภาคีสัมพันธ์

๖. จัดกลุ่มภาคีเครือข่าย พร้อมทั้งจัดระดับความสัมพันธ์ เพื่อให้สามารถออกแบบกระบวนการเพื่อ สร้างความเข้าใจ สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมและหนุนเสริมการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสม ตามบริบทของพื้นที่

๗. สนับสนุนกลไกการเชื่อมประสานในรูปแบบคณะทำงานในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการทำงานในระดับ กลุ่มจังหวัด สอดคล้องกับทิศทางการทำงานในบริบทของพื้นที่

๘. เปิดพื้นที่ในการสานสัมพันธ์ และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนให้เกิดการเสริมศักยภาพ ภาคีเครือข่ายทั้งในระดับภูมิภาค ระดับกลุ่มจังหวัด และจังหวัด

๙. สร้างความเป็นส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านกระบวนการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสื่อสาร

๑๐. พัฒนาและขยายผลการใช้ระบบกลไกสื่อสาร ฐานข้อมูล องค์ความรู้ เพื่อประโยชน์ในการสาน และเสริมพลังภาคีเครือข่าย และเพิ่มประสิทธิภาพการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ

แผนงานวิเทศสัมพันธ์

๑๑. สร้างความสัมพันธ์และขับเคลื่อนข้อตกลงความร่วมมือกับองค์กร/เครือข่ายยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับนานาชาติ ที่สามารถสนับสนุนการบรรลุทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. ตลอดจนเป้าหมายโลกด้านการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

๑๒. เผยแพร่รูปแบบขององค์กร สสส. ให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ ในฐานะองค์กรต้นแบบด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา ในภูมิภาคอาเซียน และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขององค์การอนามัยโลก (WHO-SEARO)

๑๓. พัฒนากลไกและระบบวิเทศสัมพันธ์เพื่อสนับสนุน สสส. ในฐานะองค์กรต้นแบบด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาทิ ระบบการรับคณะศึกษาดูงานแบบเสริมพลัง กลไกการสนับสนุนผู้แทน สสส. เข้าร่วมภารกิจต่างประเทศ เป็นต้น

สนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพ

๑๔. พัฒนากลไกการสื่อสารข้อมูล สารสนเทศ และองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การแลกเปลี่ยน และใช้ประโยชน์ข้อมูลภายใน สสส. และภาคีเครือข่าย สำหรับใช้ขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

๑๕. สนับสนุนการจัดการระบบคลังข้อมูลข่าวสารสุขภาพ การรวบรวมข้อมูลสถิติและผลการสำรวจทางสุขภาพทั้งภายในและภายนอก สสส. เพื่อใช้ติดตามและวางแผนการทำงานที่ตอบสนองทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.

๑๖. สนับสนุนการสำรวจและศึกษาวิจัย วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพประชาชนไทย เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนการทำงานและกำหนดทิศทางนโยบายในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ

๑๗. เชื่อมโยงเครือข่ายความร่วมมือระหว่าง สสส. สถาบันการศึกษา หน่วยงานด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ตลอดจนหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการร่วมกันเกี่ยวกับการพัฒนา และเผยแพร่เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ

แผนงานสื่อสารองค์กร

๑๘. สนับสนุนการสื่อสารเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยร่วมกับสำนัก และภาคีเครือข่าย กำหนดประเด็น วางแผน และรวบรวมข้อมูลกิจกรรมและการดำเนินงานต่างๆ ขององค์กร นำไปสู่การผลิต “ชุดข้อมูลสื่อสารสร้างเสริมสุขภาพและนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ” ที่รวดเร็วทันสถานการณ์ และมีประเด็นการสื่อสารที่เข้มแข็ง เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ

๑๙. พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลสื่อสารอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ มีความน่าเชื่อถือ และตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มสื่อมวลชน และกลุ่มผู้นำความคิดเห็นสังคม

แผนงานติดตามและประเมินผล โดยมีการดำเนินการหลัก ดังต่อไปนี้

๒๐. ทำงานร่วมกับสำนักและฝ่ายต่างๆ ของ สสส. ในการพัฒนาเครื่องมือ คู่มือ และระเบียบ วิธีการประเมินผล เพื่อให้เป็นมาตรฐานในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในทุกกระดับ

๒๑. ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิด้านติดตามและประเมินผล และสำนักและฝ่ายต่างๆ ของ สสส. ในการเสริมศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ สสส. ภาควิชาการ และนักประเมินผล เพื่อให้มีทักษะด้านการติดตามและประเมินผลและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒๒. ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการติดตามประเมินผลในการพัฒนารอบ แนวคิด กลไก ระบบและองค์ความรู้ด้านการติดตามประเมินผล เพื่อนำมาใช้ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานขององค์กร

ภาคีหลัก

องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ หน่วยงาน สถาบัน องค์กรด้านการพัฒนาศักยภาพ, ภาควิชาการสร้างเสริมสุขภาพ สสส., เครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ ASEAN University Network - Health Promotion Network (AUN-HPN), กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, มูลนิธิพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, มูลนิธินโยบายสุขภาพ, มูลนิธิหมอชาวบ้าน, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, กระทรวงการต่างประเทศ, มหาวิทยาลัยมหิดล, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์, สำนักพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ, สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ, World Health Organization (WHO), International Network of Health Promotion Foundations (INHPF), Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA), United Nations Agencies, World Bank, Prince Mahidol Award Foundation, IOGT International, คณะกรรมการกองทุนคณะกรรมการประเมินผล คณะอนุกรรมการย่อยภายใต้คณะกรรมการประเมินผล คณะกรรมการบริหารแผน ๘ คณะ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ สสส. ผู้จัดการแผนงาน/โครงการ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานพัฒนาศักยภาพ	๒๗
๒. กลุ่มแผนงานภาคีสัมพันธ์	๑๙
๓. กลุ่มแผนงานวิเทศสัมพันธ์	๓๗
๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยี สร้างเสริมสุขภาพ	๒๙
๕. กลุ่มแผนงานการสื่อสารองค์กร	๕๐
๖. กลุ่มแผนงานติดตามและประเมินผล	๑๘
รวม	๑๘๐

๑๔

แผนอาหารเพื่อสุขภาพ

แนวคิดแผนอาหารเพื่อสุขภาพของสังคมไทย

“อาหาร” เป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ รวมทั้งเป็นรูปธรรมของการสร้างความสุขในชีวิต ตั้งแต่การกินอาหารเพื่อปากท้องของปัจเจกบุคคล ไปจนถึงวัฒนธรรมและระบบอาหารเพื่อการจรรโลงสังคมและสิ่งแวดล้อม แผนอาหารเพื่อสุขภาพได้ดำเนินการในด้านต่างๆ ทั้งการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้านอาหารสุขภาพ การพัฒนาและขยายต้นแบบแหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย แหล่งให้บริการผักผลไม้เพื่อการบริโภคที่ปลอดภัย/ปลอดภัย การบูรณาการทำงานระหว่างภาคีเครือข่าย การพัฒนาต้นแบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กรที่มีการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหาร รวมทั้งยังคำนึงถึงเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และการท่องเที่ยว ตลอดจนมุ่งสู่การรณรงค์สื่อสารเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดี นับเป็นภารกิจในการสร้างเสริมสุขภาพของแผนอาหารเพื่อสุขภาพที่ขับเคลื่อนมาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามแนวคิดอาหารเพื่อสุขภาพนั้นจะถูกขับเคลื่อนและเชื่อมโยงร่วมกับสถานการณ์ความมั่นคงทางอาหาร ความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมผู้บริโภค ทิศทางการพัฒนาระดับโลก นโยบายการพัฒนาของประเทศไทย รวมทั้งเผชิญกับโอกาสและความท้าทายในหลายมิติ

สถานการณ์ความมั่นคงทางอาหาร

ผลการจัดอันดับประเทศผู้ผลิตและส่งออกสินค้าเกษตรและอาหารอันดับต้นๆ ของโลก จากการศึกษาดัชนีชี้วัดความมั่นคงทางอาหารของโลก (Global food security index, 2017)^{๑๘๒} พบว่า ประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ ๕๕ ของโลก เนื่องจากมีความเพียงพอของอาหาร เพราะสามารถผลิตอาหารได้อย่างเพียงพอต่อประชากรและเกินความต้องการบริโภคภายในประเทศ ในด้านเสถียรภาพ (Stability) ยังคงอยู่ในระดับ

^{๑๘๒} ทำการศึกษาจาก ๑๐๕ ประเทศทั่วโลก ผ่านทางตัวชี้วัด ๒๕ ตัว วัดความสามารถในการหาซื้ออาหาร (affordability) การเข้าถึงอาหาร (availability) และคุณค่าทางโภชนาการและความปลอดภัยของอาหาร (Quality and Safety) โดยในปี ๒๐๑๗ ได้มีการเพิ่มตัวชี้วัด คือ ความสามารถในการรับมือกับภัยธรรมชาติและจัดการทรัพยากรทางธรรมชาติ พบว่า ประเทศที่มีความมั่นคงทางอาหารอันดับ ๑ คือ ไอร์แลนด์ อันดับ ๒ คือ สหรัฐอเมริกา และอันดับ ๓ คือ อังกฤษ

ที่ประชากรสามารถได้รับอาหารอย่างเพียงพอในช่วงเวลาประมาณ ๒ - ๓ เดือน แม้ว่าจะไม่มีการผลิตอาหารใดๆ ในช่วงเวลาดังกล่าวก็ตาม แต่หากพิจารณาในรายละเอียดแล้วจะพบว่า ประเทศไทยอาจยังประสบปัจจัยเสี่ยงในด้านการเข้าถึงได้ (Accessibility) เนื่องจากปัญหาความยากจน ความเสื่อมโทรมของฐานทรัพยากรดินและน้ำอันเกิดจากการขาดการบำรุงและฟื้นฟู นอกจากนี้ การใช้ประโยชน์ (Utilization) ก็ยังอาจเป็นปัญหาที่สืบเนื่องมาจากความปลอดภัยด้านอาหาร (Food Safety) จากการใช้สารเคมีทางการเกษตรในปริมาณมากและไม่ถูกต้อง การใช้ที่ดินที่ไม่เหมาะสมต่อการผลิตหรือถูกใช้เพื่อประโยชน์อย่างอื่น (ลดาวัลย์, ๒๕๕๗) ประเด็นสถานการณ์ความมั่นคงทางอาหารดังที่กล่าวข้างต้น คือ ภาพสะท้อนของปัญหาเชิงโครงสร้าง หรือปัญหาระบบอาหารของประเทศไทย ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับปัญหาและองค์ประกอบต่างๆ หลายประการ ทั้งจากภายในและภายนอกประเทศ ทั้งจากปัจจัยที่ควบคุมได้แต่กลับละเลยจนเกิดผลเสียมหากาล และจากปัจจัยเสี่ยงภายนอกที่ควบคุมได้ยากและนับวันจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ เช่น ความแปรปรวนของสภาพอากาศ การขาดแคลนพลังงาน หรือผลกระทบของวิกฤติเศรษฐกิจในระดับโลก (คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๖๐)

สถานการณ์ด้านความปลอดภัยของอาหารจากการตกค้างของสารเคมีทางการเกษตร

ระบบการผลิตอาหารที่มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการในเชิงปริมาณของตลาดและมองกำไรจากผลประกอบการเป็นหลัก จึงนำไปสู่การใช้สารเคมีทางการเกษตรที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจากการได้รับสารเคมีที่เป็นพิษเข้าสู่ร่างกายของเกษตรกร จากการตกค้างของสารเคมีในผลผลิตทางการเกษตร ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพของผู้บริโภคและความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อม รวมทั้งส่งผลต่อความเชื่อมั่นของผู้บริโภคและการส่งออกสินค้าอาหารของประเทศไทย

ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบอันตรายทางการเกษตร ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๖๐

หน่วย : ปริมาณ : ตัน
มูลค่า : ล้านบาท

ปี	สารเคมี									
	สารกำจัดวัชพืช (Herbicide)		สารกำจัดแมลง (Insecticide)		สารป้องกันและกำจัดโรคพืช (Fungicide)		อื่นๆ		รวม	
	ปริมาณ	มูลค่า	ปริมาณ	มูลค่า	ปริมาณ	มูลค่า	ปริมาณ	มูลค่า	ปริมาณ	มูลค่า
๒๕๕๔	๑๑๒,๑๗๗	๑๑,๔๘๐	๓๔,๖๗๒	๕,๙๓๘	๑๒,๑๗๙	๓,๘๗๕	๕,๕๑๑	๗๗๗	๑๖๔,๕๓๘	๒๒,๐๗๐
๒๕๕๕	๑๐๖,๘๖๐	๑๑,๒๙๔	๑๖,๗๙๗	๓,๖๘๖	๖,๙๗๒	๓,๘๘๓	๓,๗๔๘	๔๙๔	๑๓๔,๔๘๐	๑๙,๓๗๘
๒๕๕๖	๑๓๗,๐๔๙	๑๔,๘๗๓	๒๑,๔๘๕	๔,๒๐๑	๑๐,๓๕๐	๔,๘๒๘	๓,๙๔๒	๕๑๔	๑๗๒,๘๒๖	๒๔,๔๑๖
๒๕๕๗	๑๑๗,๖๔๕	๑๓,๔๓๕	๑๓,๙๑๐	๔,๐๑๓	๑๐,๙๘๘	๔,๗๐๘	๔,๘๓๒	๖๕๖	๑๔๗,๓๗๕	๒๒,๘๑๒
๒๕๕๘	๑๑๙,๙๗๑	๑๑,๐๑๖	๑๒,๙๒๗	๓,๖๘๔	๑๑,๐๘๘	๓,๘๓๙	๕,๕๖๐	๗๘๗	๑๔๙,๕๔๖	๑๙,๓๒๖
๒๕๕๙	๑๒๕,๕๙๖	๙,๖๘๘	๑๖,๐๕๖	๓,๘๙๙	๑๒,๙๑๕	๔,๕๐๓	๖,๑๒๐	๒,๔๘๗	๑๖๐,๘๒๔	๒๐,๖๑๘
๒๕๖๐	๑๔๘,๙๗๙	๑๓,๖๘๖	๒๑,๖๐๑	๖,๑๖๖	๑๙,๙๓๓	๖,๙๗๔	๗,๘๑๔	๑,๐๙๖	๑๙๘,๓๑๗	๒๗,๙๒๒

ที่มา : กรมวิชาการเกษตร, สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร (ข้อมูล ณ วันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๑)

จากข้อมูลปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบทางการเกษตรของสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กรมวิชาการเกษตร ในช่วงต้น พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ประเทศไทยมีปริมาณการนำเข้าสารกำจัดแมลงเท่ากับ ๒๑,๖๐๑ ตัน ปริมาณนำเข้าสารกำจัดวัชพืชเท่ากับ ๑๔๘,๕๗๔ ตัน ปริมาณนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืช รวมทุกชนิดเท่ากับ ๑๔๘,๓๑๗ ตัน (ดูตารางหน้า ๒๗๖) จากการคำนวณเทียบกับจำนวนคนไทย ๖๖.๒ ล้านคน พบว่ามีความเสี่ยงต่อการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยเฉลี่ยในปริมาณมากกว่า ๓ กิโลกรัมต่อคนต่อปี

ผลการสุ่มตรวจสารพิษตกค้างในผักและผลไม้ ประจำปี ๒๕๖๐ โดย เครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (Thai-PAN) พบว่า ทั้งผักและผลไม้โดยรวมมีสารพิษตกค้างเกินกว่าค่ามาตรฐาน (Maximum Residue Limits : MRLs) หรือค่าปริมาณสารพิษตกค้างสูงสุดที่อนุญาตให้พบได้ในอาหารสูงถึงร้อยละ ๕๖ ของตัวอย่าง และเป็นที่น่าสนใจว่า แหล่งจำหน่ายที่พบสารพิษตกค้างเกินค่ามาตรฐานมากที่สุด คือ ผักและผลไม้ ที่วางจำหน่ายในห้างโมเดิร์นเทรด โดยพบสารพิษตกค้างมากที่สุดถึงร้อยละ ๗๐.๒ ส่วนผักและผลไม้ที่วางจำหน่ายตามตลาดทั่วไป พบว่า มีสารพิษตกค้างเกินมาตรฐานร้อยละ ๕๒.๒

ในปี ๒๕๖๐ มีการดำเนินการศึกษาปริมาณสารพิษตกค้างที่ผู้บริโภคได้รับจริงจากอาหาร ที่เรียกว่า “Total Diet Study” ซึ่งเป็นการประเมินการได้รับสัมผัสที่องค์การอนามัยโลกยอมรับว่าเป็นการศึกษาที่ให้ ข้อมูลแสดงการได้รับสารพิษจากอาหารได้อย่างแม่นยำใกล้เคียงความเป็นจริงเพื่อประเมินความเสี่ยงของ คนไทย โดยผลการวิเคราะห์พบว่า คนไทยมีความปลอดภัยจากการได้รับสารพิษและสารปนเปื้อนทั้ง ๕ ประเภท จากอาหารที่บริโภค โดยสารพิษตกค้างชนิดที่พบสูงสุด พบเพียงไม่เกินร้อยละ ๑๕ ของค่าปลอดภัย และ ส่วนใหญ่พบไม่ถึงร้อยละ ๑ ของค่าปลอดภัย (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๐) อย่างไรก็ตาม พบว่า ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ได้เกิดความร่วมมือในการบูรณาการทำงานระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ โดยดำเนินโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ภายใต้นโยบาย Green & Clean Hospital ซึ่งช่วยเพิ่มช่องทางการจำหน่ายสินค้าเกษตรปลอดภัยและสร้างแรงจูงใจให้เกษตรกร ในการผลิตสินค้าเกษตรให้ปลอดภัยตามมาตรฐานได้อีกช่องทางหนึ่ง

ความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการบริโภค

การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ความเป็นเมือง นำไปสู่กระแสความนิยมในอาหารที่ “ง่าย” และ “เร็ว” ส่งผลต่อ วิถีชีวิตและพฤติกรรมการบริโภคที่ทำลายสุขภาพ เห็นได้ชัดจากการพึ่งพาอาหารสำเร็จรูปจากร้านสะดวกซื้อ (Convenient store) การบริโภคอาหารจานด่วน และการบริการสั่งอาหารแบบส่งถึงที่ ซึ่งคาดการณ์ว่า อาหารสมัยใหม่มีมูลค่าทางการตลาดถึง ๔,๐๐๐ ล้านบาท นอกจากนี้ ยังพบข้อมูลเชิงสถิติที่น่าสนใจ ดังนี้

(๑) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่า คนไทย บริโภคผักและผลไม้ เฉลี่ยวันละ ๓.๗ ส่วน ต่ำกว่าข้อแนะนำมาตรฐานด้านสาธารณสุข ที่แนะนำให้บริโภค เท่ากับ ๕ ส่วน หรือ ๔๐๐ กรัมต่อวัน โดยพบว่า มีสัดส่วนของประชากรร้อยละ ๗๔.๑ กินผักและผลไม้ ในปริมาณต่อวันต่ำกว่าข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก (๔๐๐ กรัม) คนไทยมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ ๑๔.๒^{๑๔๓} เด็กไทยอายุ ๑ - ๑๔ ปี ทุก ๑ ใน ๑๐ คน มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ส่วนคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พบเกือบ ๓ ใน ๑๐ คนของผู้ชายไทย และ ๔ ใน ๑๐ คนของผู้หญิงไทยอยู่ในเกณฑ์อ้วน^{๑๔๔}

^{๑๔๓, ๑๔๔} รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๗

(๒) ข้อมูลจากโครงการรณรงค์ลดการบริโภคโซเดียมในประเทศไทย พบว่า คนไทยบริโภคโซเดียมเฉลี่ย ๔,๓๕๑.๖๙ มิลลิกรัมต่อวัน เกินมาตรฐานเกือบ ๒ เท่า (มาตรฐาน ๒,๔๐๐ มก./คน/วัน)^{๑๘๕} ทำให้คนไทยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือดและเป็นสาเหตุของการตายเกือบร้อยละ ๓๐ ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศไทย

(๓) ข้อมูลจากโครงการขับเคลื่อนแนวทางดำเนินการนโยบายเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลและอาหารเสริมสำหรับเด็ก พบว่า คนไทยบริโภคน้ำตาลเฉลี่ย ๒๖ ช้อนชาต่อวัน เกินกว่ามาตรฐาน ๔ เท่า (ผู้ใหญ่ไม่ควรบริโภคเกิน ๖ ช้อนชาต่อวัน)^{๑๘๖}

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยพบว่า การบริโภคอาหารมื้อหลักในประชากรอายุ ๖ ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมื้อหลักครบ ๓ มื้อเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ ๘๙.๔ เป็นที่น่าสังเกตว่าอาหารสำเร็จรูป แขนง หรืออาหารพร้อมปรุงแช่เย็นตามร้านสะดวกซื้อ กำลังเป็นที่นิยมของคนทั่วไปนั้น มีการรับประทาน ๑ - ๒ วันต่อสัปดาห์เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๔๖.๖) และพบว่า เด็กวัยประถมศึกษา (๖ - ๑๔ ปี) รับประทานอาหารที่ใช้วิธีทอดมากกว่ากลุ่มอายุอื่นถึงร้อยละ ๓๖.๒ และชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวานสูงสุด ร้อยละ ๓๒.๕

อาหารสุขภาพเริ่มต้นได้ที่วัยเด็ก

การส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีโภชนาการดีโดยได้รับอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอเป็นเรื่องสำคัญ เพราะเป็นโอกาสทองของชีวิตที่จะทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพทั้งด้านสมองและร่างกาย เด็กจะมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน มีความสามารถในการเรียนรู้จดจำ เพิ่มภูมิคุ้มกันต้านโรคทำให้เจ็บป่วยน้อย ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ ในส่วนของการส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้ ประเทศไทยพบว่า ยังคงมุ่งเน้นการรณรงค์ให้ความรู้ และส่งเสริมอาหารกลางวันผ่านโครงการและงบประมาณเป็นครั้งคราว แต่ยังไม่สามารถให้บริการผักและผลไม้แก่นักเรียนเพื่อให้สามารถบริโภคได้อย่างเพียงพอและปลอดภัย รวมทั้งยังไม่มีมาตรการจัดการระบบหรือกลไกที่มีผลต่อการเข้าถึง เช่น มาตรการราคาและภาษี การควบคุมกลไกตลาด การกระจายผักและผลไม้ให้ทั่วถึง

เมื่อสำรวจอาหารกลางวันเด็กนักเรียนในแต่ละประเทศจะพบแนวคิดและวิธีปฏิบัติที่น่าสนใจในการจัดอาหารกลางวันแก่นักเรียน เช่น ในสหรัฐอเมริกาได้จัดให้มีโครงการรณรงค์ให้โรงเรียนใส่ใจเรื่องโภชนาการในโรงเรียนมากขึ้น เช่น ลดจำนวนของทอด เน้นบริโภคผักผลไม้ ขนมปังโฮลวีท และนมเป็นหลัก ในขณะที่ญี่ปุ่นเน้นการเรียนรู้คุณค่าและประโยชน์จากเมนูอาหารกลางวันโดยครูโภชนาการ และการมีส่วนร่วมของ

^{๑๘๕} ข้อมูลจากโครงการรณรงค์ลดการบริโภคโซเดียมในประเทศไทย โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๖๐

^{๑๘๖} ข้อมูลจากโครงการขับเคลื่อนแนวทางดำเนินการนโยบายเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลและอาหารเสริมสำหรับเด็ก โดยมูลนิธิทันตสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๔

เด็กๆ ในช่วงพักกลางวัน เช่น จัดตารางเวรให้เด็กนักเรียนเตรียมอาหารให้กับเพื่อนๆ ในชั้นเรียน นอกจากนี้ ฝรั่งเศส ในบางโรงเรียนจะมีการจัดเซฟให้มาปรุงประกอบอาหารประจำโรงเรียน เพื่อเตรียมอาหารและวัตถุดิบที่เหมาะสมกับโภชนาการของนักเรียนในแต่ละวัย^{๑๘๗}

อย่างไรก็ตาม นักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบล ศาสตราจารย์ James J. Heckman จาก University of Chicago ได้ศึกษาผลกระทบของโครงการพัฒนาเด็กปฐมวัย สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการลงทุนในการพัฒนาทุนมนุษย์ไว้อย่างน่าสนใจว่า “การลงทุนในเด็กที่มีอายุน้อยกว่าจะนำไปสู่อัตราผลตอบแทนที่สูงกว่า”^{๑๘๘}

สถานการณ์ด้านการแข่งขันในระบบธุรกิจอาหาร

การใช้สื่อโฆษณากระตุ้นให้เกิดความต้องการเทียมในการบริโภค การโฆษณาได้สร้างภาพค่านิยมในการบริโภคแบบคนรุ่นใหม่ การโฆษณาเชิงรุกเข้าถึงเด็ก สร้างความนิยมบริโภคอาหารและขนมกรุบกรอบ ซึ่งเป็นอาหารที่มีรสจัดทั้งหวาน มัน เค็ม โดยมีส่วนประกอบที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสจัดดังกล่าวพบได้มากขึ้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมด้านอาหารที่เปลี่ยนไป ทั้งการเติบโตอย่างรวดเร็วของตลาดและอุตสาหกรรมการผลิตอาหารและเครื่องดื่ม การเพิ่มขึ้นของธุรกิจร้านอาหาร ซูเปอร์สโตร์และร้านสะดวกซื้อ ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภค

สถานการณ์ของการเข้าถึงอาหารสุขภาพและผักผลไม้ปลอดภัย

ประเทศไทยจะได้ชื่อว่าเป็นแหล่งอาหารของโลก มีเมนูอาหารที่ชาวต่างชาติชื่นชอบ มีร้านอาหารริมบาทวิถีมากมาย และเป็นประเทศที่มีทรัพยากรอุดมสมบูรณ์ จึงทำให้การเข้าถึงอาหารประเภทต่างๆ ของประชาชน โดยเฉพาะอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ สามารถเข้าถึงได้สะดวกหรือหาซื้อได้ง่าย ทั้งนี้ส่วนใหญ่ มักมีประชากรวัยเด็กและวัยรุ่นเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ อาหารที่วางจำหน่ายมักเป็นอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียม สูงเกินความต้องการที่ร่างกายควรได้รับต่อวัน รวมทั้งผักและผลไม้ที่ปลอดภัยส่วนใหญ่ มักมีราคาแพงและมีการส่งออกผลผลิตที่ได้คุณภาพความปลอดภัยไปยังต่างประเทศ ผักและผลไม้ที่มีการจำหน่ายให้กับผู้บริโภคในประเทศแม้ว่าจะมีปริมาณที่เพียงพอ แต่มักพบว่า มีความไม่ปลอดภัยและขาดคุณภาพอยู่เป็นจำนวนมาก

^{๑๘๗} โปสต์ทูเดย์. ส่องอาหารกลางวันเด็กนักเรียนทั่วโลก ทานอะไรกันบ้าง? หนังสือพิมพ์. วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๑.

^{๑๘๘} Heckman, J. J., S. Moon, R. R. Pinto, P. A. Savellyev, and A. Q. Yavitz (2010): “The rate of return to the Perry Preschool program.” *Journal of Public Economics*.

Heckman, J. J., R. R. Pinto, and P. A. Savellyev (2013): “Understanding the mechanisms through which an influential early childhood program boosted adult outcomes.” *American Economic Review*.

การสร้างความตระหนักและหนุนเสริมความรู้เรื่องการบริโภคอาหารให้เหมาะสมตามหลักโภชนาการและส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัยให้เพียงพอตามข้อเสนอแนะ

สาเหตุที่ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ ยังมีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีพลังงานและไขมันสูง โซเดียมสูง น้ำตาลสูง กรดไขมันอิ่มตัวสูง รวมถึงการทำกิจกรรมทางกายและการบริโภคผักผลไม้ที่น้อยเกินไป มาจากกระแสนิยมบริโภคตามความทันสมัย การเลียนแบบชาวตะวันตก และอีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการ ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องครบถ้วน และอาจยังขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัยเท่าที่ควร ส่งผลให้การบริโภคผักและผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด เกิดปัญหาภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน รวมทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม

สถานการณ์และโอกาสของการผลักดันนโยบาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับโครงสร้างของระบบอาหาร

จากกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ได้กล่าวถึงการดำเนินงานขับเคลื่อนงานด้านอาหารนั้น มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลด้านอาหารอยู่หลายฉบับ และอยู่ในอำนาจหน้าที่ของหลายหน่วยงานในกระทรวง ทบวง กรม ซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงานเกี่ยวกับอาหารในมิติที่แตกต่างกัน ขาดการบูรณาการ ขาดความเป็นเอกภาพ และประสิทธิภาพในการกำกับดูแลการดำเนินงานในห่วงโซ่อาหาร ประกอบกับยังขาดนโยบายและยุทธศาสตร์เกี่ยวกับความมั่นคงด้านอาหาร ทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉิน ตลอดจนการป้องกันการใช้อาหารในการก่อการร้าย รวมทั้งการให้การศึกษาด้านอาหารให้ทันต่อสถานการณ์ของสังคมโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้นในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ สภานิติบัญญัติแห่งชาติจึงเห็นชอบในการออก พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ บังคับใช้เป็นกฎหมายเพื่อให้มี “คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ” เป็นองค์กรหลักในการดำเนินการหรือจัดการด้านความมั่นคงด้านอาหารให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ครอบคลุมมิติที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง สามารถประสานและบูรณาการงบประมาณ หรือทรัพยากรในการจัดการอาหารทั้งภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังเพิ่มเติมมิติอาหารศึกษาเพื่อให้ความรู้หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ประชาชน ผู้ประกอบการและผู้ที่เกี่ยวข้องในวงกว้าง เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันด้านความรู้ที่เพียงพอในการจัดการปัญหาความไม่ปลอดภัยด้านอาหารจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และได้มีการดำเนินงานตามกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทยฉบับแรก (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙) จนกระทั่งในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้มีการปรับปรุงเนื้อหาให้สอดคล้องกับสถานการณ์โลก และสถานการณ์ด้านอาหารภายในประเทศ โดยจัดทำเป็นกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหาร ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๔) โดยมีวิสัยทัศน์ที่ว่า “ประเทศไทยมีความมั่นคงด้านอาหารและโภชนาการ เป็นแหล่งอาหารที่มีคุณภาพสูง ปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการเพื่อชาวไทยและชาวโลกอย่างยั่งยืน” จึงนับเป็นโอกาสสำคัญที่จะขับเคลื่อนนโยบายและดำเนินงานให้สอดคล้องไปกับกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารฉบับนี้

จุดเน้นของแผน

คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ ร่วมกับภาคีเครือข่ายของแผนฯ ได้ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เป้าหมายตามแผน ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และเป้าหมายตามทิศทาง ๑๐ ปี สสส. จึงให้พัฒนาแผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒ ที่สอดคล้องกับทิศทางดังกล่าว และส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัย ลดอาหารหวาน มัน เค็ม และให้พลังงานสูง โดยมีจุดเน้น คือ **“พัฒนาองค์ความรู้ ขับเคลื่อนนโยบาย ขยายต้นแบบ มีแผนบูรณาการ และมุ่งสู่การสื่อสาร”**

๑. พัฒนาให้เกิดศูนย์วิชาการและการจัดการวิชาการ เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้านอาหารสุภาพะ โดยทำงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์เพื่อผลักดันนโยบายที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระบบอาหารสุภาพะ
๒. ส่งเสริมให้เกิดการขยายต้นแบบระบบห่วงโซ่อาหารของพืชผักผลไม้ปลอดภัย/ปลอดสารพิษ/ปลอดภัย/อินทรีย์ โดยบูรณาการทำงานระหว่างภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้บริโภคเข้าถึงแหล่งผลิตแหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการผักผลไม้ปลอดภัย/อินทรีย์ รวมทั้งส่งเสริมการปลูกพืชผักผลไม้แบบผสมผสานทั้งในแบบปลอดสารพิษ/ปลอดภัย/อินทรีย์ ในครัวเรือน โรงเรียน และองค์กร
๓. ส่งเสริมการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุภาพะในพื้นที่ยุทธศาสตร์ โดยให้ความสำคัญกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กรเป็นอันดับแรก พร้อมกับบูรณาการทำงานระหว่างภาคีเครือข่าย และเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ
๔. สื่อสารและรณรงค์การบริโภคอาหารเพื่อสุภาพะ โดยการศึกษาข้อมูลองค์ความรู้และนำมาใช้สื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ โดยเฉพาะช่องทางออนไลน์ เพื่อให้ประชาชนตามกลุ่มวัยมีความรู้เท่าทันทางสุภาพะ และมีทักษะสามารถจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุภาพะ พร้อมทั้งบริโภคผักผลไม้ปลอดภัย และลดอาหารหวาน มัน เค็ม

นิยามศัพท์เชิงยุทธศาสตร์

อาหารเพื่อสุภาพะ (Healthy Food & Nutrition) หมายถึง อาหารที่มีคุณลักษณะทางกายภาพและส่วนประกอบที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และมีความปลอดภัย ไม่ส่งผลกระทบต่อสุภาพะ และเป็นอาหารที่ผ่านกระบวนการผลิตที่ใส่ใจต่อวัฏจักรการหมุนเวียนของทรัพยากรให้เกิดความสมดุลทางธรรมชาติและรักษาความหลากหลายทางชีวภาพ มีปริมาณที่ได้รับเพียงพอ และมีเสถียรภาพ

ปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุภาพะ (Food Environment) หมายถึง คุณลักษณะทางด้านกายภาพ เศรษฐกิจ นโยบาย สังคมวัฒนธรรม การสร้างโอกาสและเงื่อนไข ที่มีผลต่อการเลือกบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และภาวะโภชนาการของประชาชน

การบริโภคผักผลไม้ที่เพียงพอ หมายถึง การบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยและเพียงพอตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (๔๐๐ กรัมต่อวันหรือ ๕ ส่วนมาตรฐาน)

ต้นแบบ หมายถึง ผลจากการดำเนินงานให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม ใน ๓ กรณี คือ การจัดการให้เกิดการบริโภคอาหารคุณภาพและโภชนาการ การจัดการให้เกิดอาหารปลอดภัย/อินทรีย์ และการจัดการให้เกิดฐานทรัพยากรอาหารที่มั่นคงยั่งยืน โดยจะต้องเป็นการจัดการที่บูรณาการหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ใช้ยุทธศาสตร์ของการสร้างความรู้ การสื่อสารขับเคลื่อนสังคม และการผลักดันนโยบาย ซึ่งต้นแบบในที่นี้อาจเกิดเป็นนวัตกรรมได้ โดยมีหน่วยวัดเป็น พื้นที่ องค์กร ชุมชน หรือกลุ่มที่มีบทบาทเคลื่อนไหว (Active participant group)

วัตถุประสงค์

ส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตสุขภาวะ และจิตสำนึกแห่งสุขภาพ ด้วยการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ โดยเพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ และลดอาหารหวาน มัน เค็ม

๑. พัฒนางานวิชาการและหนุนเสริมให้ภาคีเครือข่ายและภาคียุทธศาสตร์ร่วมขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้านอาหารสุขภาวะ ที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระบบอาหารสุขภาวะ
๒. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้บริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ โดยส่งเสริมให้เกิดการผลิต การเข้าถึงแหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการผักผลไม้ปลอดภัย/อินทรีย์ได้อย่างสะดวก รวมทั้งให้มีทักษะและค่านิยมในการปลูกเพื่อบริโภค โดยเน้นที่กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มขาดโอกาส
๓. เพื่อส่งเสริมให้พื้นที่หรือองค์กรยุทธศาสตร์ได้มีการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ ลดอาหารและเครื่องดื่มที่หวาน มัน เค็ม โดยเน้นที่กลุ่มเป้าหมายเด็กวัยเรียน และเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ
๔. เพื่อสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสร้างค่านิยมในการบริโภคอาหารสุขภาวะ และการใช้วิถีชีวิตที่มีสุขภาวะ สำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย ให้มีทักษะความสามารถในการจัดการตนเอง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ พร้อมทั้งบริโภคผักผลไม้ปลอดภัย ลดอาหารและเครื่องดื่มที่หวาน มัน เค็ม

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอตามข้อเสนอองค์การอนามัยโลก (๔๐๐ กรัมต่อวันหรือ ๕ ส่วนมาตรฐาน) ของประชากรเป้าหมายอย่างน้อยร้อยละ ๕๐ (ข้อมูลปี พ.ศ. ๒๕๕๗ คือร้อยละ ๒๕.๔ และเป้าหมายของยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ คือ ร้อยละ ๕๐) โดยวัดผลที่กลุ่มเป้าหมายภายใต้การสนับสนุนของแผน

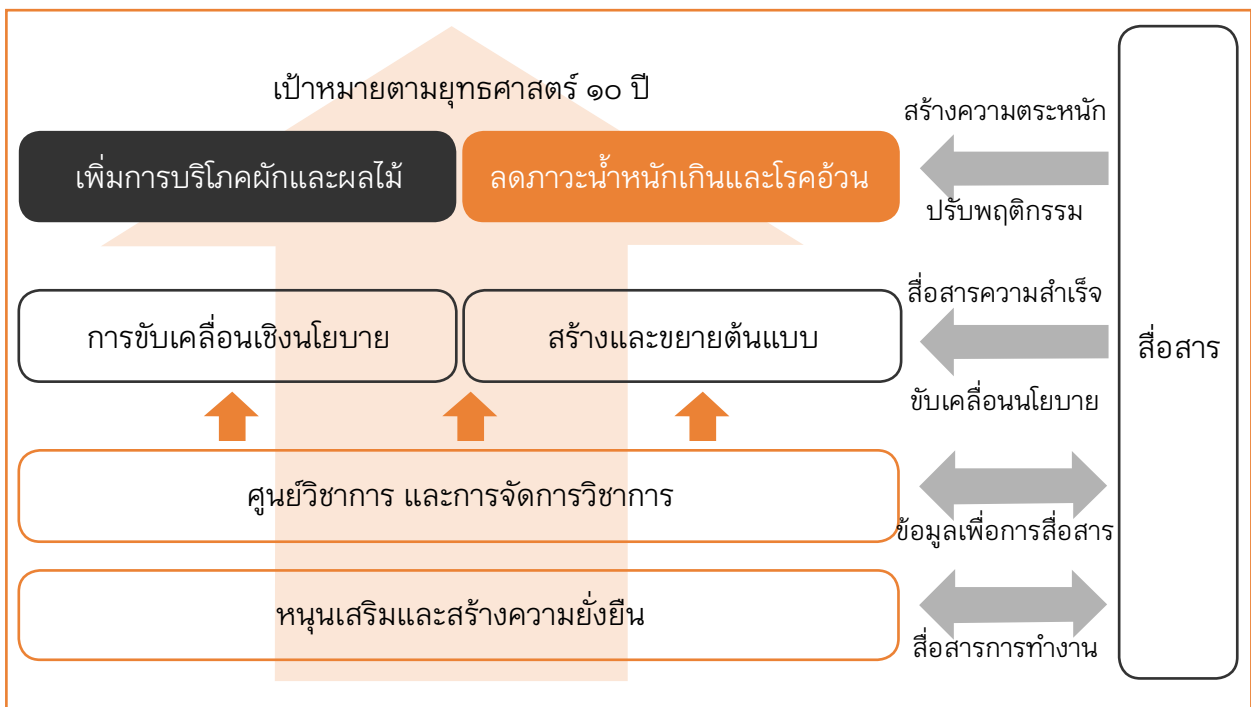
๒. ลดอัตราการชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียน (อายุ ๖ - ๑๔ ปี) ให้น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ (เป้าหมายระยะ ๑๐ ปี อยู่ที่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐) โดยวัดผลที่กลุ่มเป้าหมายภายใต้การสนับสนุนของแผน
๓. มีข้อมูลวิชาการอย่างน้อย ๒ เรื่องที่ใช้สนับสนุนการขับเคลื่อนให้เกิดมาตรการ/นโยบายที่ส่งเสริมให้ประชาชนได้บริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ หรือลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน
๔. เกิดมาตรการ/นโยบายระดับชาติอย่างน้อย ๒ มาตรการ/นโยบาย และระดับท้องถิ่นอย่างน้อย ๑๐ มาตรการ/นโยบาย ที่ส่งเสริมให้ประชาชนได้บริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ หรือลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน
๕. เกิดต้นแบบและการขยายต้นแบบของแหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการ ผักผลไม้เพื่อการบริโภคที่ปลอดภัย/ปลอดภัย/อินทรีย์ รวมทั้ง ๓ ประเภท จำนวน ๕๐ แห่ง
๖. เกิดต้นแบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กรที่มีการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารเพื่อสุขภาพที่ภาคียุทธศาสตร์สามารถนำไปขยายผลต่อได้ อย่างน้อย ๖๐๐ แห่ง
๗. เกิดพื้นที่ต้นแบบการจัดการเชิงบูรณาการเพื่อส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัยและลดอ้วน อย่างน้อย ๓ แห่ง
๘. ผู้บริโภคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย มีความรู้ความเข้าใจและมีแนวโน้มปรับพฤติกรรมเพิ่มการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพ อย่างน้อย ร้อยละ ๖๕

ตัวชี้วัดร่วม

๙. ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายและฝ่ายติดตามและประเมินผล ในการสนับสนุนแผนสุขภาพชุมชน แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร และแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น ในการพัฒนาต้นแบบตำบลสุขภาพ เพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ระดับประชาชน คือ ลดการกินหวาน/มัน/เค็ม เพิ่มการบริโภคผัก/ผลไม้ เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย และลดการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง
๑๐. ร่วมกับแผนต่างๆ (บุหรี่ยุคใหม่/เหล้า/ความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม/ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ/ประชากรกลุ่มเฉพาะ/สุขภาพในองค์กร/สร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม/กิจกรรมทางกาย/ระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา/การตลาดเพื่อสังคม/สุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว) พัฒนานวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อการสื่อสารที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารสุขภาพ/พัฒนารูปแบบบูรณาการงานอาหารในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑ กรณี

แนวทางการดำเนินงาน

ส่งเสริมการขับเคลื่อนให้เกิดศูนย์วิชาการและการจัดการเชิงวิชาการ เพื่อพัฒนางานวิชาการและนวัตกรรม ที่นำไปใช้ขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และสนับสนุนให้เกิดกระบวนการทำงานแบบบูรณาการ เกิดการประสานเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งสนับสนุนการรณรงค์สื่อสารเพื่อร่วมกันสนับสนุนงานให้เป็นไปตามเป้าหมายระยะ ๑ ปีของแผนฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงเป้าหมายของแผนฯ ระยะ ๓ ปี และเป้าหมายระยะ ๑๐ ปีของ สสส. โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของแผนฯ ดังนี้



ภาพแสดงกรอบแนวคิดยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนแผนอาหารเพื่อสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนแผนอาหารเพื่อสุขภาพ

- พัฒนาศูนย์วิชาการและการจัดการเชิงวิชาการ โดยทำหน้าที่รวบรวมองค์ความรู้ วิเคราะห์สังเคราะห์ ศักยภาพ/นวัตกรรม ถอดบทเรียน โดยนำมาจัดทำเป็นฐานข้อมูลงานวิชาการและองค์ความรู้ต่างๆ ไว้ในระบบสารสนเทศ เพื่อนำไปใช้ขยายผลและสื่อสารความรู้สู่สังคมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคของประชาชน รวมทั้งหนุนเสริมการพัฒนาศักยภาพการให้คำปรึกษา การพัฒนานโยบายสาธารณะ ตลอดจนทำการศึกษาในประเด็นที่ยังไม่มีความชัดเจนหรืออยู่ในความสนใจของสาธารณะเป็นสำคัญ เช่น National Food Safety and Foodborne Disease Surveillance System

๒. **หนุนเสริมและสร้างความยั่งยืน** โดยมุ่งเน้นการเชื่อมประสานและทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการระหว่างภาคีเครือข่าย และต่อยอดงานผ่านกลไกการหนุนเสริมศักยภาพให้ภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็งและมีความสามารถดำเนินงานให้เกิดความยั่งยืน ตลอดจนการผลักดันงานไปสู่การขยายผลและเป็นภารกิจหลักของหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์
๓. **การขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ** โดยพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยให้ได้เพียงพอตามคำแนะนำและลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน
๔. **สร้างและขยายพื้นที่ต้นแบบ** โดยการบูรณาการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เพื่อพัฒนาต้นแบบการจัดการปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะ ขยายแหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย แหล่งบริการ และระบบตลาดพืชผักผลไม้ปลอดภัย/อินทรีย์ รวมทั้งนำไปใช้สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายที่ส่งเสริมให้เกิดการขยายผลโดยภาคียุทธศาสตร์อื่นๆ
๕. **สื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของทุกกลุ่มวัย** สร้างความตระหนักรู้ ความรู้เท่าทันทางสุขภาพ จิตสำนึกสุขภาวะ และมีส่วนร่วมในการสร้างค่านิยมและพฤติกรรมบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัย และลดอาหารที่ลดหวาน มัน เค็ม ไปสู่การมีวิถีชีวิตสุขภาวะตลอดทุกช่วงวัย

ทิศทางการขับเคลื่อนแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ พ.ศ. ๒๕๖๒

• เพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

๑. พัฒนาและจัดการองค์ความรู้วิเคราะห์ สังเคราะห์ การศึกษาวิจัย/นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการประมวลองค์ความรู้ ถอดบทเรียนปัจจัยความสำเร็จด้านการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอสู่การขยายผลอย่างยั่งยืน โดยนำมาจัดทำเป็นฐานข้อมูลงานวิชาการ และองค์ความรู้ต่างๆ ไว้ในระบบสารสนเทศ เพื่อนำไปใช้ขยายผลและสื่อสารความรู้สู่สังคม
๒. หนุนเสริมและพัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีศักยภาพการทำงานด้านวิชาการและนวัตกรรม พร้อมทั้งเชื่อมประสานการส่งต่อความสำเร็จไปยังหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ให้ร่วมขับเคลื่อนการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ
๓. ขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้านอาหารสุขภาวะ โดยร่วมกับภาคียุทธศาสตร์เพื่อผลักดันนโยบายที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระบบอาหารสุขภาวะ/ทบทวนนโยบายของภาครัฐที่ยังเป็นอุปสรรค รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดการบังคับใช้หรือการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
๔. ส่งเสริมให้เกิดการขยายต้นแบบของระบบห่วงโซ่อาหารของพืชผักผลไม้ที่ปลอดภัย โดยบูรณาการทำงานภาคีเครือข่ายส่งเสริมการผลิตที่ยั่งยืนและความหลากหลาย รวมทั้งขยายตลาดเขียว/ตลาดชุมชน เพื่อให้ผู้บริโภคเข้าถึงง่าย
๕. ส่งเสริมการปลูกพืชผักผลไม้ของผู้บริโภคในครัวเรือน โรงเรียน และองค์กร รวมทั้งเชื่อมโยงผักผลไม้ปลอดภัย/อินทรีย์ของเครือข่ายและชุมชนเข้าสู่การบริโภคของโรงเรียน และองค์กร

๖. รณรงค์สร้างค่านิยมของการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ ควบคู่ไปกับการสร้างค่านิยมของการมีวิถีชีวิตสุขภาวะ สร้างความรู้เท่าทันทางสุขภาพ โดยสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ และเน้นช่องทางออนไลน์
๗. จัดเวทีหารือร่วมกับภาคีเครือข่ายและคณะกรรมการกำกับทิศทางเพื่อทบทวนการดำเนินงาน และการกำหนดตัวชี้วัดระหว่างทางที่จะทำให้ทราบถึงความก้าวหน้าของการดำเนินงานไปสู่การบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ รวมทั้งเตรียมกำหนดตัวชี้วัดของในระยะต่อไปให้มีการวัดผลที่สอดคล้องไปกับการทำงานของภาคีเครือข่าย

• **ลดอัตราฆูกของน้ำหนักรตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนให้น้อยกว่าร้อยละ ๑๐**

๑. พัฒนาและจัดการองค์ความรู้วิเคราะห์ สังเคราะห์ การศึกษาวิจัย/นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อการประมวลองค์ความรู้ ถอดบทเรียนปัจจัยความสำเร็จด้านภาวะน้ำหนักรตัวเกินและโรคอ้วนสู่การขยายผลอย่างยั่งยืน โดยนำมาจัดทำเป็นฐานข้อมูลงานวิชาการและองค์ความรู้ต่างๆ ไว้ในระบบสารสนเทศ เพื่อนำไปใช้ขยายผลและสื่อสารความรู้สู่สังคม
๒. หนุนเสริมและพัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีศักยภาพการทำงานด้านวิชาการ พร้อมทั้งเชื่อมประสานการส่งต่อความสำเร็จไปยังหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ให้ร่วมขับเคลื่อนการลดภาวะน้ำหนักรตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน
๓. ขับเคลื่อนเชิงนโยบายการจัตรปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาพ การควบคุมระบบการตลาดของอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ
๔. ส่งเสริมให้เกิดการจัตรปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาพ เน้นศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร เป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์สำคัญในการดำเนินงาน รวมทั้งเตรียมรองรับสังคมสูงอายุ
๕. ส่งเสริมการพัฒนาเมนูอาหารสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม โดยประสานความร่วมมือกับภาคผู้ประกอบการ และหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ รวมทั้งส่งเสริมการแสดงผลจากโภชนาการ
๖. พัฒนาชุดความรู้เพื่อนำมาใช้สื่อสาร และสร้างมาตรการทางสังคม เพื่อเพิ่มทักษะประชาชนตามกลุ่มวัย ให้มีความรู้เท่าทันทางสุขภาพ และสามารถจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ลดหวาน มัน เค็ม และส่งผลดีต่อสุขภาพ
๗. จัดเวทีหารือร่วมกับภาคีเครือข่ายและคณะกรรมการกำกับทิศทางเพื่อทบทวนการดำเนินงาน และการกำหนดตัวชี้วัดระหว่างทางที่จะทำให้ทราบถึงความก้าวหน้าของการดำเนินงานไปสู่การบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ รวมทั้งเตรียมกำหนดตัวชี้วัดของในระยะต่อไปให้มีการวัดผลที่สอดคล้องไปกับการทำงานของภาคีเครือข่าย

แนวทางขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ๓ กลุ่มวัย ๒ ตัวชี้วัดหลัก

แผนได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายหลัก ๓ กลุ่ม คือ วัยเด็ก วัยทำงาน และ วัยสูงอายุ และออกแบบยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายตามตัวชี้วัดหลัก ๒ เรื่อง คือ การเพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอตามข้อเสนอแนะและการลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน โดยมีงานเด่นที่จะดำเนินงาน ได้แก่

	ปฐมวัย-วัยเรียน	วัยทำงาน	วัยผู้สูงอายุ
เพิ่มการกินผักผลไม้	<ul style="list-style-type: none"> สร้างระบบห่วงโซ่ผักผลไม้ปลอดภัยเข้าโรงเรียน + ศพด. ขยายโรงเรียนเด็กไทยแก้มใส (เกษตรในโรงเรียน + โภชนาการ) รณรงค์สร้างทัศนคติกินผักผลไม้ สร้างสื่อเรียนรู้สำหรับเด็ก ผู้ปกครอง และครู 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาต้นแบบแหล่งผลิตจำหน่าย และบริการผักผลไม้ปลอดภัยใกล้บ้าน ระบบรับรองความปลอดภัยผักผลไม้ ส่งเสริมสวนผักคนเมือง เพิ่มพื้นที่เกษตรกรรมยั่งยืนและความปลอดภัยทางการเกษตร สื่อสารความรู้ รณรงค์สร้างทัศนคติ 	<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุในการถ่ายทอดภูมิปัญญาอาหารปลอดภัยในศูนย์เรียนรู้ของเครือข่ายอาหารปลอดภัย พัฒนาและเผยแพร่เมนูอาหารสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
ลดอ้วน	<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริม ศพด. อ่อนหวานและโภชนาการสมวัย ส่งเสริมโรงเรียนเด็กไทยแก้มใสและโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อและกลไกการกำกับดูแลโฆษณาขนมในรายการเด็ก ควบคุมการทำตลาดอาหารสำหรับเด็กและเด็กเล็ก สื่อสารความรู้และรณรงค์ (Active Play และ Live Healthier) 	<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมการปรับสูตรผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อสุขภาพ (ลด หวาน มัน เค็ม) ส่งเสริมเมนูสุขภาพในแหล่งบริหารอาหารขององค์กร สร้างต้นแบบและขยายผลองค์กรไร้พุง ผลักดันฉลากสัญลักษณ์โภชนาการ 	<ul style="list-style-type: none"> 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) ส่งเสริมให้เด็กปลูกพืชอาหารในครัวเรือน	(๑) ส่งเสริมให้ชุมชนอนุรักษ์และฟื้นฟูความหลากหลายของผักผลไม้ในท้องถิ่น	(๑) ส่งเสริมผู้สูงอายุในชุมชนให้ถ่ายทอดภูมิปัญญาและวัฒนธรรมอาหาร
	(๒) การทำเกษตรเพื่อการเรียนรู้และบริโภคในโรงเรียน	(๒) ขยายพื้นที่เกษตรผสมผสาน/อินทรีย์/ยั่งยืน	(๒) ส่งเสริมผู้สูงอายุปลูกผักผลไม้ในบริเวณบ้านและชุมชน
	(๓) ส่งเสริมบทบาทชุมชนเชื่อมโยงผักผลไม้ปลอดภัย/อินทรีย์เข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน	(๓) ส่งเสริมสวนผักในเมือง (บ้าน ชุมชน โรงงาน ที่ทำงาน)	
แหล่งจำหน่าย	(๑) เชื่อมโยงห่วงโซ่ผักผลไม้ปลอดภัย/อินทรีย์เข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียน	(๑) สร้างและขยายตลาดผักผลไม้ปลอดภัย/อินทรีย์ทั้งในระดับบ้าน ชุมชน ท้องถิ่น ที่ทำงาน รวมทั้งใช้ระบบ Community-Supported Agriculture : CSA (๒) การรับรองเกษตรอินทรีย์แบบมีส่วนร่วม Participatory Guarantee System : PGS	
	(๒) ส่งเสริมมาตรฐานและการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียน	(๑) ร่วมมือกับผู้ประกอบการเพื่อเฝ้าระวังแหล่งจำหน่ายผักผลไม้ให้ปลอดภัยจากสารเคมี (๒) พัฒนาแหล่งจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพต้นแบบ	
การบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ	(๑) สร้างหลักสูตรการเรียนรู้สำหรับเด็กและเยาวชนและสื่อรณรงค์การกินผักผลไม้ปลอดภัยอย่างเพียงพอ	(๑) พัฒนาเมนูอาหารทางเลือกสุขภาพ (๒) ส่งเสริมการจัดเมนูอาหารสุขภาพในที่ทำงาน (๓) ส่งเสริมองค์กรจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาพ	(๑) พัฒนาเมนูอาหารสุขภาพผู้สูงอายุ (๒) ส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการถ่ายทอดวัฒนธรรมการบริโภคอาหาร และตำรับอาหารพื้นบ้าน
	(๒) จัดทำเมนูอาหารกลางวันที่มีผักผลไม้ปลอดภัย/อินทรีย์ตามหลักโภชนาการ		
	(๓) สื่อสารความรู้และรณรงค์สร้างค่านิยมวิถีชีวิตสุขภาพะ ครอบคลุม ๓ กลุ่มวัย ผ่านช่องทางต่างๆ โดยเน้นช่องทางการสื่อสารออนไลน์		
นโยบายอาหาร	(๑) ส่งเสริมการผลิต/จำหน่าย/บริการผักผลไม้ปลอดภัย/อินทรีย์ (๒) การจัดการอาหารกลางวันและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในโรงเรียน (๓) ส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัย (๔) การจัดการสารเคมีการเกษตร (๕) ทบทวนนโยบายภาครัฐที่เป็นอุปสรรค		

แผนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในกลุ่มวัยเด็ก

ประเด็นยุทธศาสตร์	แนวทางการดำเนินงาน
การผลิตอาหาร	(๑) ส่งเสริมการพัฒนางานวิชาการ การศึกษาวิจัย/นวัตกรรม ในอาหารและเครื่องดื่ม ที่ลดหวาน 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) สื่อสารความรู้และรณรงค์สร้างค่านิยมวิถีชีวิตสุขภาวะผ่านช่องทางต่างๆ โดยเน้นช่องทางการสื่อสารออนไลน์
นโยบายลดอ้วน	(๑) ส่งเสริมการผลิต/จำหน่าย/บริการอาหารลด หวาน มัน เค็ม (๒) การจัดการอาหารที่มีคุณภาพความปลอดภัยและได้โภชนาการ รวมทั้งติดตามเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กในโรงเรียน (๓) การลดบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม (๔) การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย

แนวทางบูรณาการ

แผนฯ ให้คณะกรรมการสำคัญกับแนวทางบูรณาการตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลักของ สสส. และตามทิศทางที่คณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ ให้ความสำคัญเรื่องการขับเคลื่อนงานภายใต้มิติของสุขภาวะแบบองค์รวม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต แผนฯ จึงได้กำหนดแนวทางการบูรณาการทำงานร่วมกัน ดังนี้

- (๑) มุ่งเน้นบูรณาการทำงานกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ภายในสำนัก ๕ โดยจัดประชุมภาคีเครือข่ายเป็นระยะ เพื่อร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด กลุ่มเป้าหมาย จัดทำข้อมูล Mapping พื้นที่ดำเนินงานของแต่ละภาคีเพื่อใช้ประกอบการคัดเลือกพื้นที่นำร่องและเชื่อมการทำงาน รวมทั้งวางแผนการสื่อสารสังคม ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ การมีกิจกรรมทางกาย และความรู้เท่าทันสื่อ โดยมีเป้าหมายร่วมอยู่ที่การสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในกลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยเรียนซึ่งมีแนวโน้มของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนสูงขึ้น รวมทั้งเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ

- (๒) จัดการความรู้และถอดบทเรียนต้นแบบของการขับเคลื่อนเพิ่มการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัย อย่างเพียงพอและลดอาหารหวาน มัน เค็ม ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร เพื่อลด พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยแผนฯ จะนำองค์ความรู้และบทเรียนความสำเร็จ ดังกล่าวไปใช้ขยายผล โดยประสานการทำงานร่วมกับแผนสุขภาพะเด็กและเยาวชน (สำนัก ๔) แผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร (สำนัก ๘) แผนสุขภาพะชุมชน (สำนัก ๓) แผนควบคุมยาสูบ (สำนัก ๑) แผนส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาพะ (ศูนย์เรียนรู้เพื่อสุขภาพะ) และแผนสร้างสรรคโอกาส และนวัตกรรม (สำนัก ๖)
- (๓) ส่งเสริมระบบเกษตรกรรมชุมชนในเขตเมืองเพื่อการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัย เน้นที่ชุมชนเมือง และชุมชนแออัดเขตเมือง เป็นลำดับต้น โดยประสานการทำงานร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรม ทางกาย (สำนัก ๕) ซึ่งมีงานพื้นที่สุขภาพะในชุมชนเมือง แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านระบบบริการสุขภาพ (สำนัก ๗) แผนสุขภาพะชุมชน (สำนัก ๓) แผนสร้างเสริมสุขภาพะองค์กร (สำนัก ๘) แผนส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาพะ (ศูนย์เรียนรู้เพื่อสุขภาพะ) และแผนสร้างสรรคโอกาส และนวัตกรรม (สำนัก ๖)
- (๔) พัฒนาขีดความสามารถของผู้สูงอายุและกลุ่มขาดโอกาส ในการเข้าถึงอาหารและโภชนาการ ที่เหมาะสม อาทิ การพัฒนาเมนูอาหารผู้สูงอายุ การฟื้นฟูแหล่งอาหารชุมชน วัฒนธรรมการบริโภค อาหาร ฯลฯ โดยนำองค์ความรู้ไปเชื่อมการทำงานกับแผนสุขภาพะประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก ๙) และแผนส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาพะ (ศูนย์เรียนรู้เพื่อสุขภาพะ)
- (๕) พัฒนางานสื่อสารอาหารเพื่อสุขภาพะร่วมกับแผนสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม (ฝ่ายสื่อสาร การตลาดเพื่อสังคม) และแผนส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาพะ (ศูนย์เรียนรู้เพื่อสุขภาพะ) เพื่อสื่อสาร สร้างความเข้าใจเรื่องการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพะ ปรับเปลี่ยนทัศนคติของกลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะช่องทางออนไลน์ เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ของคนในยุคปัจจุบัน และขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น
- (๖) ร่วมกับแผนต่างๆ (บุรี เหล้า ความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม สุขภาพะชุมชน สุขภาพะเด็ก เยาวชนและครอบครัว สุขภาพะในองค์กร กิจกรรมทางกาย และระบบบริการสุขภาพะ) ในการพัฒนา ต้นแบบอำเภอสุขภาพะป้องกันโรค NCDs ในพื้นที่นำร่องที่คัดเลือกไว้ โดยมุ่งเป้าให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ที่ระดับประชาชน คือ ลดอัตราการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การลดการกิน หวาน/มัน/เค็ม เพิ่มการบริโภค ผัก/ผลไม้ เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย และลดการมีพฤติกรรม เนือยนิ่ง พร้อมประสานความร่วมมือกับฝ่ายติดตาม และประเมินผลในการออกแบบ และปฏิบัติ การติดตามประเมินผล
- (๗) ร่วมกับแผนต่างๆ ที่ทำเรื่องบุรี เหล้า ความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ปัจจัยเสี่ยง ทางสุขภาพ ประชากรกลุ่มเฉพาะ สุขภาพะในองค์กร และสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรม พัฒนา นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อการสื่อสารที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารสุขภาพะ

แนวทางสร้างความยั่งยืน

- (๑) มุ่งเน้นการทำงานเพื่อเชื่อมประสานระบบและกลไกความร่วมมือกับหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ เช่น คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข ขับเคลื่อนงานตามนโยบาย และผลักดันให้เกิดมาตรการ/นโยบายที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบอาหารเพื่อสุขภาพของประเทศ โดยมีแผนการขับเคลื่อนนโยบายตลอดทั้งปี ๒๕๖๒ อาทิ Food Environment (School) อาหารกลางวัน อาหารว่าง เครื่องดื่ม ผักผลไม้, Food Marketing, Food Labelling ฉลากโภชนาการ (หวาน มัน เค็ม), จัดการกับสารเคมีทางการเกษตร, พ.ร.บ.ความปลอดภัยจากสารเคมีเกษตร, ระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนความปลอดภัยอาหาร, Organic Village Farm, Green Credit, การเพิ่มพื้นที่เกษตรกรรมยั่งยืน/เกษตรผสมผสาน/เกษตรอินทรีย์ การปรับระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างของภาครัฐในการจัดซื้อผักผลไม้ปลอดภัยในเชิงสถาบัน รวมทั้งทบทวนนโยบายภาครัฐที่ยังเป็นอุปสรรค เป็นต้น
- (๒) บูรณาการกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ชุมชน ท้องถิ่น และสถานประกอบการ ให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้บริโภคอาหารของประชาชน และการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอให้เป็นเป้าหมายระดับชาติ และเกิดเจ้าภาพในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- (๓) เชื่อมประสานกับกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงมหาดไทย เพื่อหนุนเสริมการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายครูพี่เลี้ยงหรือนักโภชนาการประจำตำบล ให้มีความสามารถด้านการจัดการอาหารและโภชนาการ และใช้เครื่องมือการติดตามภาวะโภชนาการและสุขภาพของเด็กด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง
- (๔) แสวงหาความร่วมมือและประสานการทำงานกับภาคส่วนใหม่ๆ เช่น ภาคธุรกิจเพื่อสังคม ภาคเอกชน ผู้ประกอบการรุ่นใหม่ Startup เครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ฯลฯ เพื่อนำรูปแบบวิธีการขับเคลื่อนมาใช้ขยายการทำงานของระบบห่วงโซ่อาหารเพื่อสุขภาพให้ประชาชนเข้าถึงได้มากขึ้น และมุ่งพัฒนาศักยภาพองค์กรภาคีให้สามารถขับเคลื่อนระบบอาหารเพื่อสุขภาพได้อย่างยั่งยืน
- (๕) พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือวิชาการนานาชาติ ในโครงการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ภายใต้ข้อตกลงความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลก สำนักงานใหญ่กับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ และการส่งเสริมการบริโภคอาหารสุขภาพลดหวาน มัน เค็ม ภายใต้ข้อตกลงความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลก สำนักงานภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและการขับเคลื่อนงานเชิงรุกด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วย ๒ กลุ่มแผนงานที่คณะกรรมการกองทุนมีมติให้ดำเนินการ 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 ชุมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้เกิดการขยายต้นแบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลตามเป้าหมายในพื้นที่และองค์กรนำร่อง การเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจ เรื่องการบริโภคที่สอดคล้องกับพฤติกรรมกรรมกิจกรรมทางกาย การขับเคลื่อนนโยบายที่เอื้อต่อการส่งเสริมอาหารและโภชนาการที่มีคุณภาพเหมาะสมตามวัยตลอดทุกช่วงวัย โดยเน้นกลุ่มวัยเด็ก และวัยเรียนและสนับสนุนให้มีการบริโภคอาหารตามวัตุดิบและวัฒนธรรมของท้องถิ่น
๔. ร่วมกับแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา กลุ่มสนับสนุนงานการตลาดเพื่อสังคม ฝ่ายสื่อสารองค์กร และศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ วางแผนสื่อสารรณรงค์ให้เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ และสร้างค่านิยมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารคุณภาพและโภชนาการ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตลอดจนการสร้างทักษะชีวิตให้แก่ครอบครัวและชุมชนในการเลือกบริโภคอาหารสุขภาพ การรู้เท่าทันการตลาดอาหาร รวมทั้งการสร้างช่องทางสื่อสารและช่องทางการตลาดเพื่อเชื่อมโยงระหว่างเกษตรกรผู้ผลิต ตลาด และผู้บริโภค

๕. ส่งเสริมความร่วมมือกับภาคผู้ผลิต ให้เกิดต้นแบบและการขยายต้นแบบของอาหารสุขภาพและโภชนาการที่เหมาะสมให้แพร่หลายและเข้าถึงผู้บริโภค
๖. สนับสนุนและผลักดันให้เกิดมาตรการหรือนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวกับการลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เช่น มาตรการจัดการอาหารและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในโรงเรียนและบริเวณโดยรอบ มาตรการฉลากสัญลักษณ์อย่างง่าย มาตรการลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม มาตรการควบคุมการโฆษณาและการตลาด ฯลฯ
๗. ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และระเบียบวาระการจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียนให้สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์อาหารแห่งชาติ

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วย โครงการนมแม่ เพื่อสุขภาพแม่และเด็ก ภาคีร่วมใจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน โครงการขับเคลื่อนแนวทางดำเนินการนโยบายเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลและอาหารเสริมสำหรับเด็ก โครงการรณรงค์ลดการบริโภคโซเดียมในประเทศไทย โครงการเปิดช่องทางแหล่งเรียนรู้เด็กไทยดูดี สุขุมชน โครงการพัฒนาวิชาการเพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งของนโยบายอาหารและโภชนาการ โครงการศูนย์เรียนรู้เด็กไทยแถมใส่ โครงการขับเคลื่อนการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการอาหาร โภชนาการ และกิจกรรมทางกายของท้องถิ่น เพื่อเด็กปฐมวัย และเด็กวัยเรียน เขตสุขภาพที่ ๕ มีโภชนาการสมวัย โครงการศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุแบบยั่งยืนด้านพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคและการออกกำลังกายโดยชุมชน เขตสุขภาพที่ ๔ ฯลฯ

๒. กลุ่มแผนงานความมั่นคงทางอาหารและความปลอดภัยในระบบอาหาร

ครอบคลุมแผนงานและโครงการที่ส่งเสริมการเชื่อมโยงตลอดห่วงโซ่ของระบบอาหาร จากการผลิตถึงการกระจาย และสู่ผู้บริโภค โดยเน้นที่ความมั่นคงของครอบครัว และชุมชนฐานเกษตร ความหลากหลายทางพันธุกรรม การพัฒนาระบบความสัมพันธ์ของผู้ผลิตกับผู้บริโภค การพัฒนาระบบรับรองมาตรฐานความปลอดภัยของผักผลไม้ ตลาดสีเขียว ตลาดชุมชน กิจกรรมเพื่อสังคมที่ส่งเสริมระบบเกษตรกรรมยั่งยืน ฯลฯ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนการรวบรวมและจัดการองค์ความรู้วิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยและพัฒนา และการจัดทำฐานข้อมูล เพื่อให้เกิดการนำองค์ความรู้และงานวิชาการไปเป็นฐานพัฒนายุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนมาตรการและนโยบาย และรณรงค์สร้างค่านิยมในสังคม
๒. พัฒนายุทธศาสตร์และจัดกลไกแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย ให้ครอบคลุมตลอดห่วงโซ่ ตั้งแต่ระบบการผลิต-การกระจาย-การตลาด-การบริโภค ตั้งแต่การเสริมสร้าง พื้นฟู ขยายฐานทรัพยากรอาหารและความหลากหลายทางชีวภาพ ส่งเสริมระบบการผลิตที่ปลอดภัยและยั่งยืนของทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภค สนับสนุนระบบการตรวจสอบรับรองคุณภาพความปลอดภัยของผักผลไม้ที่ปลอดภัยได้มาตรฐานเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้บริโภค การสนับสนุนเครือข่ายความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลระหว่างผู้ผลิตและผู้บริโภค การเชื่อมโยงผลผลิตสู่ตลาด อาทิ ตลาดชุมชน ตลาดสีเขียว ฯลฯ

การพัฒนาปัจจัยต่างๆ ที่จะนำไปสู่ความเข้มแข็งของระบบนิเวศอาหารที่ยั่งยืน การสร้างความตระหนักของสังคมในคุณค่าของวิถีการผลิตที่มั่นคงและยั่งยืนรวมถึงมาตรการที่ส่งผลต่อการควบคุมการเข้าถึงอาหารไม่ปลอดภัยของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก

๓. สนับสนุนให้เกิดการขยายต้นแบบและศูนย์เรียนรู้ของการจัดการพื้นที่และชุมชนที่มีระบบการผลิตและการกระจายอาหารที่ยั่งยืน และการขยายต้นแบบด้านการจัดบริการอาหารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลตามเป้าหมายในพื้นที่และองค์กรนำร่อง โดยจะให้ความสำคัญกับพื้นที่เกษตรยั่งยืน/เกษตรผสมผสานในชุมชนเมือง และชุมชนแออัดเมือง เป็นลำดับต้น
๔. แสวงหาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายภาคธุรกิจเพื่อสังคม ผู้ประกอบการรุ่นใหม่ Startup เพื่อขยายโอกาสของการพัฒนาระบบการจัดการ การตลาดและการกระจาย ผลผลิตและอาหารที่ปลอดภัยสู่ผู้บริโภค ให้เกิดเป็นระบบนิเวศอาหารที่ยั่งยืน
๕. ส่งเสริมการปลูกผักในครัวเรือน สวนผักคนเมือง สวนผักในองค์กร โดยทำให้ความรู้และเครื่องมือมีความแพร่หลาย ผู้บริโภคเข้าถึงได้ง่าย และเกิดเป็นกระแสค่านิยมใหม่ในสังคม
๖. ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์อาหารแห่งชาติ และมติสมัชชาปฏิรูปว่าด้วยการจัดการทรัพยากรในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงของฐานทรัพยากรอาหาร การควบคุมสารเคมีที่ไม่ปลอดภัยทางการเกษตร การขับเคลื่อนงานเกษตรอินทรีย์ในเรื่องศูนย์วิจัยสินค้าอินทรีย์ รวมทั้งการขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายระดับชาติเพื่อส่งเสริมและขยายผลระบบเกษตรกรรมและอาหารที่ยั่งยืนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วย โครงการขับเคลื่อนนโยบายความมั่นคงทางอาหาร เพื่อสุขภาวะและการพัฒนาที่ยั่งยืน โครงการขับเคลื่อนระบบเกษตรกรรมยั่งยืนและอาหารปลอดภัยเพื่อสุขภาวะ โครงการส่งเสริมความมั่นคงทางอาหารเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนชาติพันธุ์และชนเผ่าพื้นเมือง โครงการพัฒนาต้นแบบระบบอาหารปลอดภัยในพื้นที่นำร่อง เช่น โครงการจัดการห่วงโซ่อาหารอินทรีย์สู่ผู้บริโภคเพื่อสุขภาวะที่ดีตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในจังหวัดนครปฐมและจังหวัดใกล้เคียงอย่างยั่งยืน โครงการสร้างเสริมสุขภาพในยุทธศาสตร์อาหารจังหวัดสงขลา โครงการส่งเสริมสนับสนุนการขับเคลื่อนอาหารสุขภาพ ในชุมชนบ้านจัดสรรและศูนย์พัฒนาการเด็ก จังหวัดเชียงใหม่ฯ โครงการสวนผักคนเมือง : เรียนรู้การปลูกและบริโภคผักปลอดภัยเพื่อสุขภาพของคนเมือง โครงการส่งเสริมการจัดการอาหารปลอดภัยและเกษตรอินทรีย์เพื่อสุขภาวะของผู้ผลิตและผู้บริโภคผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ โครงการฟาร์มสร้างสุขภาพด้วยวิถีเกษตรอินทรีย์ โครงการสร้างภาคีเครือข่ายเฝ้าระวังและส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัย โครงการเฝ้าระวังและขับเคลื่อนนโยบายสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อการบริโภคผักและผลไม้ที่ปลอดภัย โครงการพัฒนาระบบสนับสนุนการบริโภคผักผลไม้อินทรีย์ในโรงเรียน เพื่อนำไปสู่การสร้างพื้นที่อาหารสุขภาพในเด็กวัยเรียน

ภาคีหลัก

ประกอบด้วย

ภาคีดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบอาหารเพื่อสุขภาพในทุกมิติ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงมหาดไทย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาคีด้านวิชาการ อาทิ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันโภชนาการ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สถาบันจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ สถาบันวิจัยและสถาบันการศึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการเกษตรและฐานทรัพยากรอาหาร ด้านการตลาดสุขภาพ

ภาคีด้านการขับเคลื่อนสังคม อาทิ เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน เครือข่ายลดเค็ม เครือข่ายลดบริโภคมันส์ เครือข่ายคนไทยไร้พุง เครือข่ายนมแม่ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพด้านอาหาร-โภชนาการและคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายสมัชชาปฏิรูปด้านการจัดการทรัพยากร เครือข่ายสื่อสารสุขภาพจะ เครือข่ายเด็กไทยแก้มใส เครือข่ายตลาดสีเขียว เครือข่ายเกษตรอินทรีย์

ภาคีภาคธุรกิจเพื่อสังคม อาทิ เครือข่ายปลูกพลังเปลี่ยนไทย สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย ผู้ประกอบการธุรกิจเพื่อสังคม ผู้ประกอบการรุ่นใหม่ Startup

แนวทางบริหารจัดการแผน

แผนอาหารเพื่อสุขภาพจะ ดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการกำกับทิศทางแผนอาหารเพื่อสุขภาพ โดยกำหนดให้มีการประชุมคณะกรรมการฯ อย่างต่อเนื่อง เพื่อคอยติดตามการดำเนินงานและให้คำแนะนำเพื่อให้สามารถดำเนินงานได้บรรลุตามแผนฯ ที่ตั้งไว้ พร้อมทั้งรายงานผลให้กับคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ ทราบความก้าวหน้าเป็นระยะ โดยมีสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาพ (สำนัก ๕) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการโดยยึดหลักการบริหารที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ผลกระทบ ความคุ้มค่า ความยั่งยืน และความน่าเชื่อถือจากสังคม พร้อมไปกับการสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพของภาคีเครือข่าย

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาวะ	๗๐
๒. กลุ่มแผนงานความมั่นคงและความปลอดภัยในระบบอาหาร	๑๓๐
รวม	๒๐๐

๑๕

แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ

สถานการณ์และแนวโน้ม

ด้านนโยบาย การเมือง และเศรษฐกิจ

๑. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒^{๑๔๔} จัดทำขึ้นตามนโยบายยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ซึ่งเป็นแผนแม่บทหลักของการพัฒนาประเทศ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) รวมทั้งการปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ “ประเทศไทย ๔.๐”^{๑๔๕} ด้วยโมเดลการขับเคลื่อนประเทศที่เน้นเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรม เพื่อให้ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน^{๑๔๖} โดยใช้พลัง “ประชารัฐ” การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ภาคการเงิน การธนาคาร มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยต่างๆ เน้นตามความถนัดและจุดเด่นของแต่ละองค์กร โดยมีภาครัฐเป็นผู้สนับสนุน
๒. โดยทรัพยากรสำคัญของโมเดล “ประเทศไทย ๔.๐” คือ ทรัพยากรมนุษย์ที่เต็มเปี่ยมไปด้วยศักยภาพและความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งสอดคล้องกับหนึ่งในหลักการสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ก็คือ ยึด “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” มุ่งสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีสำหรับคนไทย พัฒนาคอนให้มีความเป็นคนที่สมบูรณ์ มีวินัย ใฝ่รู้ มีความรู้ มีทักษะ มีความคิดสร้างสรรค์ มีทัศนคติที่ดี รับผิดชอบต่อสังคม มีจริยธรรมและคุณธรรม พัฒนาคอนทุกช่วงวัยและเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ
๓. นโยบาย “ประเทศไทย ๔.๐” มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจใหม่ในรูปแบบ “เศรษฐกิจดิจิทัล” ที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นกลไกสำคัญ^{๑๔๗} ในการสร้างระบบธุรกิจ การค้า และบริการ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงคนได้จำนวนมาก โดยเฉพาะประชาชนในพื้นที่ห่างไกล และผู้ประกอบการ

^{๑๔๔} อ้างอิงจาก : แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙) (<http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2559/A/115/1.PDF>)

^{๑๔๕} อ้างอิงจาก : หนังสือ Thailand 4.0 มิติด้านการพัฒนาสังคม โดย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

^{๑๔๖} อ้างอิงจาก : รายงานสรุป Thailand 4.0 ด้านสาธารณสุข โดย สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (http://ict.moph.go.th/upload_file/files/f458b9e53681c00be9b974f6f22e8f76.pdf)

^{๑๔๗} อ้างอิงจาก : กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. ๒๐๑๖. Thailand Digital Economy, (<http://www.digitalthailand.in.th/digital-economy>)

สามารถเลือกเข้าถึงสินค้าหรือบริการที่ตอบโจทย์ความต้องการของตนเองได้ ในขณะเดียวกัน แนวโน้มการทำงานในอนาคตจะเน้นการเป็นเครือข่ายร่วมกันมากขึ้น โดยสินค้าและบริการ รวมถึงสื่อต่างๆ จะปรับรูปแบบดิจิทัลมากขึ้น เช่น การให้บริการห้องสมุด หนังสือ หรือเอกสาร ต่างๆ

พฤติกรรมด้านการเรียนรู้ และการรับข้อมูลของประชาชน

๑. จากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับสื่อของประชาชนไทย พบว่า สื่อโทรทัศน์ยังเป็นสื่อที่เข้าถึงประชาชนได้ทุกกลุ่มอายุ และทุกพื้นที่ โดยเปลี่ยนรูปแบบจากระบบแอนะล็อกไปสู่ระบบดิจิทัลส่งผลให้ประชาชนมีทางเลือกในการรับสื่อได้มากขึ้น สามารถรับชมช่องรายการที่ตรงกับความสนใจของตน สื่อที่สามารถเข้าถึงประชาชนได้ อันดับสอง คือ สื่อดิจิทัล โดยมีแนวโน้มเข้าถึงประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มุ่งเน้นการเปิดรับช่องทางสื่ออินเทอร์เน็ตทดแทนสื่อโทรทัศน์ และพบว่าอัตราการเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ตในต่างจังหวัดมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน สำหรับสื่อที่เข้าถึงประชาชนอันดับ ๓ คือ สื่อนอกบ้าน เช่น สื่อป้ายกลางแจ้ง สื่อยานพาหนะ และสื่อโรงภาพยนตร์ โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครและบริเวณหัวเมืองต่างๆ
๒. สื่อดิจิทัลเป็นช่องทางสื่อที่มีการเติบโตมากที่สุด ทั้งในด้านการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและงบประมาณค่าใช้จ่ายสำหรับการสื่อสาร จากผลสำรวจพบว่า ประชากรไทยจำนวน ๖๘.๑ ล้านคน มีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตถึง ๓๘ ล้านคน โดยร้อยละ ๘๒.๗ ใช้สำหรับการเล่นสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ ๕๖.๖ ใช้สำหรับการค้นหาข้อมูล และร้อยละ ๕๒.๒ ใช้สำหรับการรับข้อมูลข่าวสาร^{๑๙๓} โดยช่องทางเฟซบุ๊ก จะเป็นช่องทางสื่อดิจิทัลที่เข้าถึงคนไทยมากที่สุด พบว่า ประเทศไทยมีผู้ใช้งานเฟซบุ๊ก ๒๘ ล้านผู้ใช้งานต่อวัน เฉลี่ยวันละ ๒ ชั่วโมง ๓๐ นาที^{๑๙๔} ซึ่งแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมของประชากรไทยอยู่ในโลกออนไลน์มากขึ้น มีการสื่อสาร การรับข้อมูลข่าวสารต่างๆ มากขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลที่ตรงกับความสนใจ ส่งผลให้การออกแบบข้อมูลในการสื่อสาร การออกแบบพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการต่างๆ จะต้องสอดคล้องกับแนวโน้มเทคโนโลยีและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป
๓. ปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีการกลั่นกรอง วิเคราะห์ข้อมูล ในเชิงลึก มาใช้วิเคราะห์พฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลให้เข้าใจกลุ่มเป้าหมายได้อย่างลึกซึ้ง และสามารถนำมาปรับปรุง แก้ไข หรือ ออกแบบวิธีการสื่อสาร การพัฒนาสินค้าและบริการต่างๆ ที่ตอบโจทย์กลุ่มเป้าหมายได้อย่างแท้จริง รวมทั้งเป็นการสร้างประสบการณ์ที่สอดคล้องความสนใจของกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม/แต่ละบุคคล ได้อย่างเหมาะสมและเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น^{๑๙๕}

^{๑๙๓} อ้างอิงจาก : ETDA, Thailand Internet User Profile, 2015

^{๑๙๔} อ้างอิงจาก : Thais on Facebook (Commissioned by Facebook), June 2014

^{๑๙๕} อ้างอิงจาก : <http://www.telecomjournalthailand.com/tag/big-data>

พฤติกรรมด้านสุขภาพในสังคมไทย

- นอกจากนี้คนในสังคมยุคดิจิทัลปัจจุบันยังมีความเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกลุ่มโรค NCDs เพิ่มมากขึ้น โดยในปี ๒๕๕๗ ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มากถึง ๓๖ ล้านคน หรือร้อยละ ๖๓ ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด ซึ่งมีสาเหตุหลักจากการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และจากผลการสำรวจข้อมูลการมีกิจกรรมทางกายระดับประเทศ โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. และกระทรวงสาธารณสุข^{๑๙๖} พบว่า คนไทยมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง เพิ่มขึ้นจาก ๑๓.๒๕ ชั่วโมงต่อวันในปี ๒๕๕๕ เป็น ๑๓.๕๕ ชั่วโมงต่อวันในปี ๒๕๕๘ ส่งผลให้เกิดการสะสมไขมันความอ้วน และยิ่งหากมีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมอื่นๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ หวาน มัน เค็ม และพักผ่อนไม่เพียงพอ ความเครียด ยิ่งเสี่ยงต่อการเป็นโรค NCDs ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตสูงเป็นอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ สำหรับในประเทศไทย พบว่า ผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs เพิ่มขึ้นจาก ๓๑๔,๓๕๐ คนในปี ๒๕๕๒ เป็น ๓๕๙,๐๙๐ คนในปี ๒๕๕๖ ซึ่งส่งผลให้เกิดความสูญเสียด้านทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นวัยทำงาน และยังเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างมากมาย^{๑๙๗}
- ผลการสำรวจประชากรสูงวัย ในปี ๒๕๕๗ พบว่ามีผู้สูงวัยเพียงร้อยละ ๔ เท่านั้นที่มีรายได้หลักจากเงินออม/ดอกเบี้ยว ในขณะที่ผู้สูงวัยส่วนใหญ่ร้อยละ ๓๗ ได้รายได้จากบุตรหรือญาติพี่น้องในการดำรงชีพ และอีกร้อยละ ๓๔ มีรายได้จากการทำงาน ซึ่งผู้สูงวัยมีแนวโน้มที่มีรายได้จากการทำงานเพิ่มมากขึ้น จากนโยบายการขยายการจ้างงานแรงงานสูงวัยในสถานประกอบการ ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงวัยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี ลดภาระและการพึ่งพิงครอบครัวและสังคมได้ ขณะเดียวกันก็เป็นการส่งเสริมให้ประชากรที่ใกล้เข้าสู่วัยสูงอายุมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพและเป็นพลังของสังคมได้ยาวนาน

ผลงานสำคัญของแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ ในปี ๒๕๖๑ (ข้อมูลถึงเดือนมีนาคม ๒๕๖๑)

- การพัฒนาหนังสือสารการตลาดที่สร้างความตระหนัก ความเข้าใจ อย่างมีประสิทธิภาพกับกลุ่มเป้าหมาย อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของคนไทย ด้วยความร่วมมือกับสำนักเชิงรุกและภาคีเครือข่าย สร้างสรรค์และผลิตโครงการรณรงค์ อาทิ โครงการรณรงค์สิ่งเล็กๆ ที่สร้างลูก, โครงการรณรงค์กลับบ้านปลอดภัย ปีใหม่ ๒๕๖๑, โครงการรณรงค์ส่งกรานต์กลับบ้านปลอดภัย ๒๕๖๑, โครงการรณรงค์ป้องกันโรคติดต่อที่มีุงกลายเป็นพาหะ, โครงการรณรงค์ให้เหล่าเทากับแข่งปี ๒๕๖๐, โครงการประชาสัมพันธ์กิจกรรม “วิ่งสู่วิถีใหม่ Thai Health Day Run” ปี ๒๕๖๐, โครงการรณรงค์ตรวจสุขภาพ สี่วิถีโอการบริหารร่างกายประกอบดนตรี และโครงการรณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลก “บุหรี่ยำร้ายหัวใจ”

^{๑๙๖} อ้างอิงจาก : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๕๘. รายงานผลการวิจัยโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๘.

^{๑๙๗} อ้างอิงจาก : สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. ๒๕๕๙. รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ ๒ : มุ่งหน้าสู่เป้าหมายระดับโลก (kick off to the goals)

๒. เกิดพันธมิตรเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อขยายผลองค์ความรู้สู่สาธารณะ จำนวน ๑๔ แห่ง โดยการพัฒนาความร่วมมือ และเชื่อมโยงกิจกรรมของศูนย์เรียนรู้สู่สาธารณะ กับแหล่งเรียนรู้ หน่วยงานองค์กร และภาคีเครือข่ายต่างๆ รวมทั้งเกิดการลงทุนร่วม/จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันและเชื่อมโยงกิจกรรม ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ : พันธมิตรเครือข่ายในการขยายผลองค์ความรู้สู่สาธารณะและจัดการในการกระจายสื่อ จำนวน ๑๐ แห่ง ได้แก่ ๑) มหาวิทยาลัยบูรพา ๒) มหาวิทยาลัยขอนแก่น ๓) การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย ๔) บริษัท นครชัยแอร์ จำกัด ๕) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ๖) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ๗) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ๘) กองทัพบก ๙) สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต ๒๙ และ ๑๐) เทศบาลนครอุบลราชธานี

กลุ่มที่ ๒ : พันธมิตรเครือข่าย “ศูนย์เรียนรู้สู่สาธารณะภูมิภาค” แห่งใหม่จำนวน ๔ แห่งใน ๓ ภูมิภาคที่มีการลงทุนร่วม ทั้งการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันและเชื่อมโยงกิจกรรมการดำเนินงาน ได้แก่ ๑) ห้องสมุดประชาชนเทศบาลนครอุดรธานี ๒) ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษานครสวรรค์ ๓) โรงพยาบาลน่าน ๔) อุทยานการเรียนรู้นครภูเก็ต

๓. ระบบการจัดการคลังความรู้ สสส. (Digital Object Library : DOL) เพื่อเป็นคลังในการรวบรวมและบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ องค์ความรู้ และสื่อส่งเสริมการเรียนรู้สู่สาธารณะอย่างเป็นระบบในรูปแบบดิจิทัล
๔. การสร้างเสริมความเข้าใจสู่สาธารณะให้ประชาชนโดยการจัดแสดงนิทรรศการเพื่อการเรียนรู้ สู่สาธารณะในหลากหลายรูปแบบ และสัญจรไปตามภูมิภาคมากกว่า ๒๐ จังหวัดทั่วประเทศ รวมถึง กิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สู่สาธารณะในประเด็นสาธารณะทั้ง ๔ มิติ เพื่อพัฒนาทักษะการใช้ชีวิตที่รู้เท่าทัน รวมถึงการใช้ชีวิตอย่างสมดุลให้แก่กลุ่มเด็กและเยาวชน ตลอดจนประชาชนทั่วไป อาทิ กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย กิจกรรมพัฒนาและเสริมสร้างทักษะชีวิต
๕. การพัฒนาชุดองค์ความรู้และสื่อสู่สาธารณะต่างๆ อาทิ ชุดนิทรรศการยืมคืน ชุดความรู้พร้อมใช้ ชุดสื่อการเรียนรู้ นิตยสาร และสื่อองค์ความรู้ต่างๆ ที่เหมาะสำหรับกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น ทั้งในรูปแบบของดิจิทัลไฟล์ด้วย

ในปี ๒๕๖๒ แผนสร้างเสริมความเข้าใจสู่สาธารณะ จึงมุ่งเน้นการดำเนินงานต่อยอดจากฐานเดิมซึ่งประสบผลสำเร็จทั้งในด้านกระบวนการทำงาน ผลลัพธ์เชิงรูปธรรม และผลกระทบต่อสังคมวงกว้าง โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพทั้งระดับบุคคล ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) และองค์กรต่างๆ ให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสร้างพันธมิตรเครือข่ายเพื่อการสื่อสารและขยายผลองค์ความรู้สู่สาธารณะ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ และ/หรือแนวทางใหม่ๆ ที่สอดคล้องเหมาะสมกับพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ตลอดจนการสร้างสรรค่นวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานด้วยการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมากขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน และผลลัพธ์ผลกระทบต่ออันนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพในสังคมไทยและความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น

จุดเน้นของแผน

๑. การพัฒนาศักยภาพบุคคลและผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ มุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะให้กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ผ่านการสร้างสรรคและพัฒนาางานสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะโดยมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการทำงานด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล

๒. ขยายฐานผู้รับประโยชน์เน้นความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร ด้วยการสร้างระบบกลไกการทำงานเพื่อขยายโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายต่างๆ สามารถเข้าถึงองค์ความรู้สุขภาวะมากขึ้น โดยมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือดำเนินงานบูรณาการกับพันธมิตรเครือข่ายที่มีศักยภาพ รวมทั้งการสร้างสรรค และการพัฒนาออกแบบเครื่องมือการวิเคราะห์ฐานผู้รับประโยชน์ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อให้เกิดกลไกการใช้ข้อมูลสุขภาวะอย่างมีประสิทธิภาพ

๓. พัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารสร้างเสริมสุขภาพ มุ่งเน้นการวิเคราะห์ ออกแบบหาแนวทาง กลไกการแก้ไขปัญหาและสร้างเสริมประเด็นสุขภาวะ ผ่านการพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้และสื่อสารสาธารณะที่รองรับยุคดิจิทัล ทั้งด้านความรู้ พฤติกรรม การสื่อสาร และเทคโนโลยี เพื่อสร้างการสร้างเสริมสุขภาพให้คนไทย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ

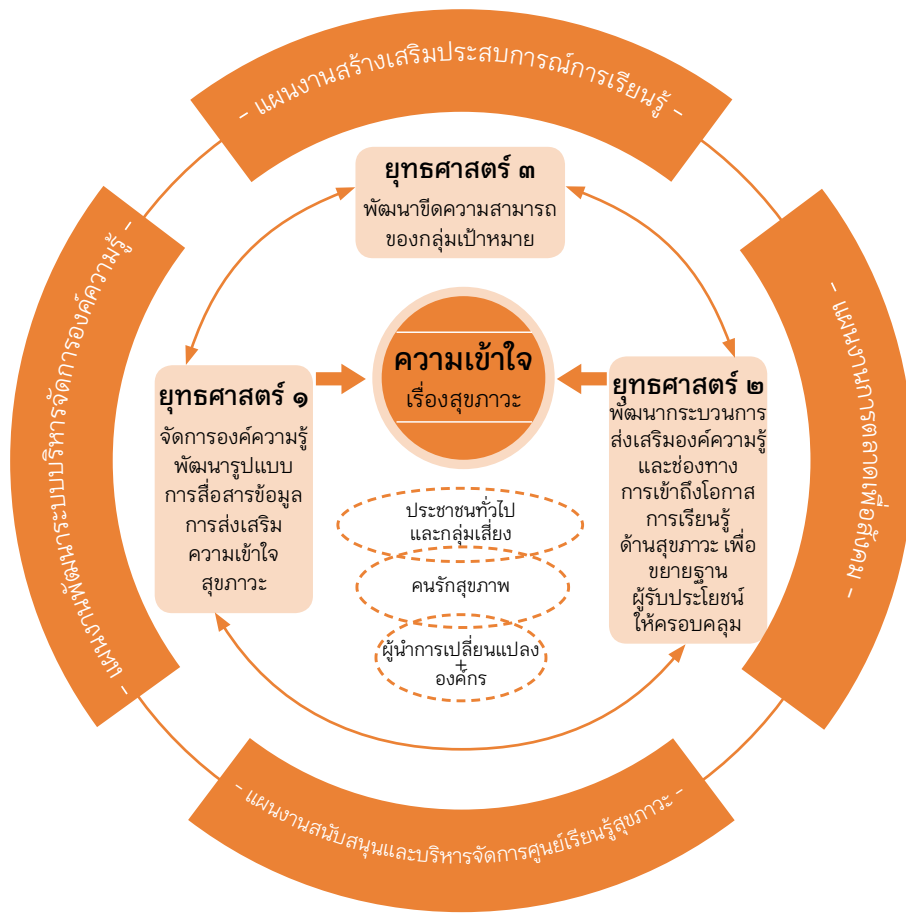
วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักด้านการสร้างเสริมสุขภาวะกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งระดับบุคคล และองค์กร อันนำไปสู่แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย

๒. เพื่อสร้างพันธมิตรเครือข่ายในการดำเนินงานขยายผลองค์ความรู้ การร่วมพัฒนาสื่อ และเผยแพร่ขยายผลสื่อสร้างเสริมสุขภาวะกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

๓. เพื่อพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารสร้างเสริมสุขภาวะ ที่สร้างความเข้าใจ ความตระหนัก รวมไปถึงการมีส่วนร่วม และ/หรือแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน



๑. บริหารจัดการองค์ความรู้ พัฒนารูปแบบการสื่อสาร ข้อมูลการสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ ผ่านการพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารที่รองรับยุคดิจิทัล เพื่อสอดคล้องกับแนวโน้มเทคโนโลยี และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป
๒. พัฒนาระบบการส่งเสริมองค์ความรู้ ขุดความรู้ ช่องทางการเข้าถึงโอกาสการเรียนรู้ ด้านสุขภาวะ เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้ครอบคลุมเหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. พัฒนาขีดความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งบุคคลและผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ และเกิดความรู้ด้านสุขภาพ สามารถนำความรู้ไปปรับใช้กับวิถีชีวิตประจำวัน ตลอดจนสามารถขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะได้

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก

๑. การพัฒนาศักยภาพบุคคลและผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะ ผ่านการสร้าง ความตระหนัก ความเข้าใจ และการรับรู้

๑.๑ ประชาชนทั่วไป

- (๑) ประชาชนทั่วไปรับรู้การสร้างเสริมสุขภาวะจากทุกช่องทางโดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ สำหรับโครงการรณรงค์ขนาดใหญ่ (งบประมาณด้านช่องทางสื่อมากกว่า ๓๐ ล้านบาท)
- (๒) ประชาชนทั่วไปรับรู้การสร้างเสริมสุขภาวะจากทุกช่องทางโดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ สำหรับโครงการรณรงค์ขนาดปกติ (งบประมาณด้านช่องทางสื่อ ๒๐ - ๓๐ ล้านบาท)
- (๓) การใช้งบประมาณสื่อโฆษณาออนไลน์สำหรับการรับชมเนื้อหาวิดีโอ (VDO Content) ในกลุ่มประชาชนสังคมออนไลน์ (CPV : Cost Per View) มีมูลค่าไม่เกิน ๑ บาทต่อการรับชมวิดีโอ ๑ ครั้ง
- (๔) ประชาชนทั่วไปเข้าใจสื่อรณรงค์สร้างเสริมสุขภาวะโดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

๑.๒ ผู้ใช้บริการ

- (๑) ผู้ใช้บริการของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะจากทุกช่องทาง เกิดแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างน้อยร้อยละ ๘๐

๑.๓ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง

- (๑) เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านการอบรมและกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ จำนวน ๕๐๐ คน

๒. ขยายฐานผู้รับประโยชน์เน้นความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร

- ๒.๑ เกิดสื่อ และ/หรือ ชุดความรู้เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะและพัฒนาทักษะชีวิตในรูปแบบต่างๆ ที่ออกแบบให้เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร อาทิ โครงการรณรงค์ ชุมชนรณรงค์ หลักสูตรฝึกอบรม ชุดความรู้พร้อมใช้ 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 เพิ่มขึ้น อย่างน้อย ๑๕ แห่ง

๓. พัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ

- ๓.๑ เกิดนวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาวะที่สอดคล้องกับสถานการณ์ กลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ และทำให้เกิดการมีส่วนร่วม และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเชิงทัศนคติ และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๒ ชิ้น

กลุ่มแผนงาน

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

แนวทางการดำเนินงาน

๑. แผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้

แผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้ มุ่งเน้นการส่งเสริมการจัดการองค์ความรู้ และการขยายผลงาน หรือนวัตกรรมที่สำคัญที่ สสส.และภาคีเครือข่ายได้พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ ผ่านการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล องค์ความรู้ ตลอดจนเผยแพร่โมเดลต้นแบบ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในประเด็น/มิติต่างๆ เพื่อนำมาใช้ขยายผลในหลากหลายรูปแบบ

จุดเน้นในปี ๒๕๖๒

๑. พัฒนาศูนย์กลางรวบรวมองค์ความรู้ ชุดข้อมูล และสื่อสร้างเสริมสุขภาพ (Thaihealth Resource Center) ที่น่าเชื่อถือ เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูล องค์ความรู้ งานวิชาการ ต้นแบบ นวัตกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนข้อมูลความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป และเป็นกลไกในการสนับสนุนการขยายผลองค์ความรู้สุขภาพของ สสส.และภาคีเครือข่าย สร้างเสริมสุขภาพ โดยเป็นช่องทางในการขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สุขภาพ เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
๒. พัฒนากลไกจัดการในพื้นที่ (node) เพื่อเพิ่มขีดความสามารถให้กับผู้นำการเปลี่ยนแปลง ในการต่อยอดและขยายผลองค์ความรู้สุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

แนวทางการดำเนินงาน

๑. รวบรวมองค์ความรู้ ชุดข้อมูล และสื่อด้านสุขภาพจากองค์กร/หน่วยงานต่างๆ ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ อาทิ หนังสือ วารสาร ฐานข้อมูล สื่อวีดิทัศน์ ฯลฯ พร้อมให้บริการที่ศูนย์กลาง รวบรวมองค์ความรู้และสื่อสร้างเสริมสุขภาพและห้องสมุดสร้างปัญญา โดยเน้นการวางแผน เพื่อนำไปสู่ระบบดิจิทัล
๒. พัฒนาศูนย์กลางรวบรวมองค์ความรู้ ชุดข้อมูล และสื่อสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นแหล่งรวบรวม ข้อมูล องค์ความรู้ งานวิชาการ ต้นแบบนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนข้อมูลความรู้ ในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป และเป็นช่องทางในการขยายฐานผู้รับประโยชน์ จากองค์ความรู้สุขภาพ โดยสร้างกลไกการบริหารจัดการสื่อเพื่อให้เกิดการรวบรวมและเผยแพร่ องค์ความรู้สุขภาพอย่างเป็นระบบ

๓. ปรับปรุงและบริหารจัดการระบบฐานข้อมูลกลางของ สสส. (Data Repository) โดยส่งเสริมการจัดเก็บและการใช้ข้อมูลจากระบบจัดเก็บและบริหารจัดการสื่อและทรัพยากรสารสนเทศของ สสส. และภาคีเครือข่าย (Digital Object Library : DOL) อย่างเต็มรูปแบบ เพื่อให้เกิดการต่อยอดขยายผลข้อมูล องค์ความรู้สารสนเทศ ของ สสส. ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ
๔. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลและองค์ความรู้ด้านสุขภาวะ เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาเป็นสื่อองค์ความรู้ในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับพฤติกรรมและกระบวนการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในระดับผู้นำการเปลี่ยนแปลง และระดับประชาชนทั่วไป อาทิ ชุดความรู้ หลักสูตรฝึกอบรม สื่อส่งเสริมการเรียนรู้ต่างๆ โดยมีการเผยแพร่ผ่านช่องทางออนไลน์เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น และเพื่อขยายผลงานสร้างเสริมสุขภาวะของ สสส. และภาคีเครือข่าย
๕. พัฒนากลไกการติดตามประเมินผลการใช้ประโยชน์ฐานข้อมูล องค์ความรู้ ตลอดจนสื่อการเรียนรู้ สร้างเสริมสุขภาวะต่างๆ

๒. แผนงานสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้

แผนงานสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้ มุ่งสร้างแรงบันดาลใจ เสริมทักษะชีวิต และสร้างประสบการณ์ตรงจากการเรียนรู้ด้านสุขภาวะแบบองค์รวมทั้ง ๔ มิติ (กาย ใจ ปัญญา และสังคม) ผ่านการสังเคราะห์และแปลงองค์ความรู้มาเสนอในรูปแบบที่หลากหลาย เน้นความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร ด้วยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีส่วนในการพัฒนาระบบกลไก เครื่องมือดำเนินงาน อาทิ นิทรรศการเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะ นิทรรศการหมุนเวียน ห้องสมุดหลักสูตรฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ โครงการ/กิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ต่างๆ ตลอดจนพื้นที่สร้างประสบการณ์ในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และสร้างประสบการณ์ด้านสุขภาวะแก่ประชาชน รวมถึงกลุ่มองค์กร โดยเฉพาะกลุ่มผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลงที่พร้อมนำองค์ความรู้ไปต่อยอดขยายผล โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

จุดเน้นในปี ๒๕๖๒

๑. พัฒนาพื้นที่การเรียนรู้ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สสส. โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่วนจัดแสดงนิทรรศการเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะ โดยมุ่งเน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Active Learning) ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในยุคดิจิทัล
๒. สร้างพันธมิตรเครือข่ายการดำเนินงานทั้งในเชิงองค์กรและพื้นที่ โดยเฉพาะความร่วมมือในระดับองค์กรหน่วยงานรัฐและเอกชน เพื่อขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ จากความร่วมมือพัฒนาและเชื่อมโยงกิจกรรมของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ออกแบบ จัดทำ และบริหารจัดการกระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้และสร้างประสบการณ์ด้านสุขภาวะ ผ่านช่องทางต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีส่วนในการสร้างการเรียนรู้และความน่าสนใจ ได้แก่

- (๑) นิทรรศการเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะ มุ่งเน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยนำเสนอประเด็นการเปลี่ยนแปลง กระแสสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ โดยจัดแสดงภายในอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะและสัญจรตามพื้นที่ต่างๆ ทั้งในกรุงเทพฯ และส่วนภูมิภาค เน้นกลุ่มเด็กเยาวชน และวัยทำงาน เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างกว้างขวาง เพื่อสร้างความตระหนักแรงบันดาลใจ และนำข้อองค์ความรู้สุขภาวะในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม
 - (๒) พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะผ่านกิจกรรมที่เน้นเข้าถึงกลุ่มประชาชนทุกช่วงวัย เพื่อพัฒนาทักษะการใช้ชีวิต และความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านการเสวนา/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ ฯลฯ ที่สามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน อีกทั้งยังเพิ่ม ช่องทางการเรียนรู้ผ่านออนไลน์
 - (๓) อบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำสร้างเสริมสุขภาวะ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการต่อยอดและขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะที่เหมาะสมกับบริบทในเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร
 - (๔) พัฒนาช่องทางให้บริการเผยแพร่ข้อมูลองค์ความรู้สุขภาวะ ทั้งในรูปแบบห้องสมุดสร้างปัญญา เว็บไซต์ และแอปพลิเคชัน SOOK Library ให้เป็นจุดรวบรวมสื่อสุขภาวะที่มีความหลากหลาย ทันสมัย มีความน่าเชื่อถือ กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก
 - (๕) พัฒนาพื้นที่ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาคและแหล่งเรียนรู้สุขภาวะในภูมิภาคต่างๆ เพื่อให้เกิดเป็นพื้นที่เรียนรู้ด้านสุขภาวะ
๒. พัฒนานวัตกรรมของผลิตภัณฑ์และบริการต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เพื่อนำเสนอทางเลือกสู่การมีสุขภาพดี ผ่านผลิตภัณฑ์และบริการที่มีคุณภาพและน่าเชื่อถือ โดยมุ่งหวังให้กลุ่มเป้าหมายได้รับประโยชน์ และตอบสนองความต้องการของประชาชนในยุคปัจจุบัน
 ๓. เชื่อมประสาน สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาวะในรูปแบบต่างๆ ให้กับกลุ่มเป้าหมาย
 ๔. ประมวลผลความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการต่างๆ จากศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการให้มีคุณภาพทันสมัยและสอดคล้องกับความสนใจและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย
 ๕. ถอดองค์ความรู้จากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำไปใช้พัฒนาเนื้อหา รูปแบบ และเผยแพร่สู่สาธารณะ รวมทั้งส่งกลับไปยังแผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาและต่อยอดการดำเนินงานของแผนงาน/โครงการต่างๆ ต่อไป
 ๖. ประสานและพัฒนาความร่วมมือกับพันธมิตรเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ อาทิ แหล่งเรียนรู้/พิพิธภัณฑ์ โรงพยาบาล โรงเรียน หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace) ทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุน และต่อยอดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมผ่านโครงการ/กิจกรรมต่างๆ อาทิ นิทรรศการ กิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ เครือข่ายห้องสมุด และหน่วยบริหารจัดการสื่อองค์ความรู้ เป็นต้น

๗. พัฒนาพื้นที่ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาคและแหล่งเรียนรู้สุขภาวะในภูมิภาคต่างๆ อาทิ พื้นที่เขตสุขภาพเพื่อประชาชน ๑๓ เขตทั่วประเทศ เพื่อเป็นพื้นที่เรียนรู้ด้านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ แก่กลุ่มเด็กเยาวชน ครอบครัว และบุคคลทั่วไป เน้นความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยประสานเชื่อมโยงกับเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการต่อยอดขยายผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. แผนงานสนับสนุนและบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ

แผนงานสนับสนุนและบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้สุขภาวะมุ่งเน้นการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุน พัฒนา ออกแบบแนวทางการให้บริการต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้ สุขภาวะให้กว้างขวางขึ้น ทั้งกลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง ภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนประชาชนทั่วไป ผ่านการวิเคราะห์ฐานผู้รับประโยชน์ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล พัฒนาการสื่อสาร ช่องทางต่างๆ ทั้งทางออนไลน์ และกิจกรรมเพื่อการขยายฐานผู้รับประโยชน์ อันจะนำไปสู่การปรับทัศนคติและเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของสาธารณชนไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

จุดเน้นในปี ๒๕๖๒

๑. เน้นการขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สุขภาวะของ สสส. และภาคีเครือข่าย ให้กว้างขวางขึ้น โดยการพัฒนาช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลองค์ความรู้สุขภาวะ และการสื่อสาร ให้ครอบคลุม เหมาะสมกับบริบทเชิงพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมาย
๒. เน้นการพัฒนาออกแบบเครื่องมือวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้รับประโยชน์ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อให้ เกิดกลไกการใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สุขภาวะของ สสส. และภาคีเครือข่ายผ่านช่องทางต่างๆ ดังนี้
 - (๑) วางแผนกลยุทธ์การตลาดเพื่อสนับสนุนให้การดำเนินงานของกิจกรรม ผลิตภัณฑ์ สื่อ องค์ความรู้ และบริการต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ บรรลุวัตถุประสงค์ของแผนงาน
 - (๒) พัฒนารูปแบบการสื่อสารให้มีเนื้อหาที่น่าสนใจและเหมาะสมกับแต่ละช่องทางและกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายต่างๆ สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลองค์ความรู้ เพื่อต่อยอด การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ ตลอดจนการนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้
 - (๓) สร้างความต่อเนื่องของกิจกรรมการตลาด (Below the Line) โดยมุ่งเน้นการสร้าง ประสบการณ์ตรงที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย กระจายสู่พื้นที่ต่างๆ ทั้งเมืองและภูมิภาค
๒. พัฒนาระบบการสื่อสารและการบริหารงานลูกค้าสัมพันธ์ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มการเข้าถึง กลุ่มเป้าหมายต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. วิเคราะห์พฤติกรรมผู้ใช้บริการ เพื่อวางแผนการบริหารจัดการงานลูกค้าสัมพันธ์ รวมถึงวางแผน ช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ได้อย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ

๔. บริหารงานศูนย์เรียนรู้สุขภาวะในส่วนงานอาคารและสถานที่ และระบบสนับสนุนต่างๆ ให้มีความพร้อมให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด โดยจัดทำแผนบริหารจัดการต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้ตอบสนองความต้องการ และธรรมชาติในการเรียนรู้ของผู้ใช้บริการ
๕. โดยที่รัฐบาลปัจจุบันให้ความสำคัญแก่การสร้างเสริมสุขภาวะและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ดังที่ได้ออกระเบียบคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติว่าด้วยการจัดให้มีศูนย์รับเลี้ยงเด็ก ในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๑ และมีผลบังคับใช้นับแต่วันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๑ เป็นต้นมา อีกทั้งกระทรวงการคลัง ร่วมกับกระทรวงแรงงาน ได้สร้างแรงจูงใจด้วยมาตรการยกเว้นภาษีเงินได้ให้สถานประกอบกิจการภาคเอกชนที่ดำเนินการจัดตั้งสถานรับเลี้ยงเด็ก แต่พบว่าสถานประกอบกิจการยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินการดังกล่าว สสส.เล็งเห็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องจัดให้มี “ศูนย์เด็กเล็กสาธิต” เพื่อการศึกษาและพัฒนาต้นแบบให้เป็นแหล่งเรียนรู้ดูงานและสนับสนุนช่วยเหลือให้สถานประกอบกิจการ ตลอดจนหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ได้ดำเนินการให้มีศูนย์เด็กเล็กที่ดีมีคุณภาพเพื่อให้การคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กและครอบครัว ตอบสนองต่อสังคมไทยยุคเกิดน้อยอายุยืน เพื่อให้เกิดพลเมืองรุ่นใหม่ที่มีคุณภาพในการดูแลสังคมสูงวัย สืบต่อไป

๔. แผนงานการตลาดเพื่อสังคม

แผนงานการตลาดเพื่อสังคม เป็นอีกหนึ่งเครื่องมือสำคัญในงานสร้างเสริมสุขภาวะ และการสร้างแนวคิดของวิถีสุขภาวะให้เกิดขึ้นทั้งโดยตรงและโดยอ้อมไปยังกลุ่มเป้าหมายและประชาชนโดยรวม ซึ่งการกำหนดทิศทางและเป้าหมายในงานการตลาดเพื่อสังคมมีความสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายการวางยุทธศาสตร์ฐานหลักขององค์กร โดยแผนงานสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมมีหน้าที่วางแผนกลยุทธ์ และออกแบบแผนงานการตลาดที่สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมาย พร้อมกับการนำเสนอนวัตกรรม หรือชุดความรู้ใหม่ที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการเชื่อมประสานเครือข่ายพันธมิตร เพื่อร่วมดำเนินการพัฒนาสื่อรณรงค์ หรือร่วมเผยแพร่สื่อรณรงค์สร้างเสริมสุขภาวะกับกลุ่มเป้าหมายอันนำไปสู่กระแสในวงกว้าง และประสิทธิภาพการสร้างสังคมสุขภาวะไปด้วยกัน

จุดเน้นในปี ๒๕๖๒

๑. ออกแบบระบบฐานข้อมูล เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลดิจิทัลในอนาคต และการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงลึกของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อใช้ประโยชน์ในด้านการพัฒนางานสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม ทั้งด้านความคิดสร้างสรรค์ การวางแผนช่องทางสื่อ และการประเมินผล
๒. จัดระบบการออกแบบองค์ความรู้ โดยใช้กลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ เพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ออกแบบระบบฐานข้อมูล เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลดิจิทัลในอนาคต
 - (๑) ประสานเชื่อมร้อยความร่วมมือหน่วยงานภายใน สสส. และภาคีเครือข่ายในการเชื่อมระบบฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย และการใช้ประโยชน์ของข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย
 - (๒) เชื่อมประสานความร่วมมือพันธมิตรผู้เชี่ยวชาญระบบข้อมูลดิจิทัล เพื่อออกแบบกระบวนการพัฒนาระบบฐานข้อมูลในอนาคต
๒. ออกแบบระบบจัดการองค์ความรู้ เพื่อนำมาใช้พัฒนาแผนการทำงาน อันนำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือสื่อสาร และช่องทางสื่ออย่างมีประสิทธิภาพ
๓. ดำเนินการพัฒนาและสร้างสรรค์โครงการรณรงค์ประเด็นสุขภาวะเพื่อตอบสนองแผน ๑๐ ปีของ สสส. ทั้งสนับสนุนประเด็นลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดการสูบบุหรี่ ลดอุบัติเหตุลดการตั้งครกในวัยรุ่น ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย ส่งเสริมการทานผัก สนับสนุนการสร้างชุมชนยั่งยืน การเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ และประเด็นสนับสนุนการทำงานของภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคล และกลุ่มเสี่ยง โดยมีการดำเนินงานดังนี้
 - (๑) เชื่อมประสานสำนักเชิงรุก และภาคีเครือข่าย ในการพัฒนาโจทย์การรณรงค์
 - (๒) สนับสนุนกระบวนการจัดการองค์ความรู้สุขภาวะ การวิเคราะห์ ออกแบบ และหากลไกการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ร่วมกับสำนัก และภาคีที่รับผิดชอบ นำไปสู่การขยายผลสู่ประชาชนทั่วไป
 - (๓) วางแผนกลยุทธ์การสื่อสาร วิจัย ออกแบบเนื้อหาและวิธีการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาวะที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย
 - (๔) เชื่อมประสานพันธมิตรผู้ออกแบบ และผู้ผลิตสื่อสุขภาพเพื่อร่วมดำเนินการพัฒนาสื่อรณรงค์ สร้างเสริมสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมาย
 - (๕) จัดหาและบริหารจัดการช่องทางการสื่อสาร อาทิ สื่อโทรทัศน์ สื่อดิจิทัล สื่อนอกบ้าน สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อวิทยุ สื่อยานพาหนะ สื่อโรงภาพยนตร์ และดำเนินการจัดหาช่องทางสื่อใหม่ที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น
 - (๖) วิจัยประเมินงานการตลาดเพื่อสังคมเชิงปริมาณและหรือเชิงคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาสร้างสรรค์และออกแบบสื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะอย่างมีประสิทธิภาพ

ภาคีหลัก

คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพ
อำเภอ ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ สถาบัน
ส่งเสริมสุขภาพไทย แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สภาเภสัชกรรม
ทันตแพทยสภา สมาคมหมออนามัย สภาเทคนิคการแพทย์ สมาคมแพทย์แผนไทย มูลนิธิส่งเสริมวิจัย
ทางการแพทย์ มูลนิธิใบไม้เขียว สมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม มูลนิธิเพื่อนหญิง เครือข่ายยุวทัศน์
เครือข่ายหมออนามัย เครือข่ายพระ มูลนิธิสร้างสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาล
แห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย สื่อมวลชนภาคธุรกิจเอกชนต่างๆ
หน่วยราชการทุกกระทรวง โดยเฉพาะกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงยุติธรรม
กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้	๑๕
๒. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมประสิทธิภาพการเรียนรู้	๑๒๖
๓. กลุ่มแผนงานสนับสนุนและบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้สุขภาพ	๗๑
๔. กลุ่มแผนงานการตลาดเพื่อสังคม	๒๘๒
รวม	๔๙๔

งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง

สถานการณ์และแนวโน้ม

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาเรื่องงานใหม่ ประเด็นใหม่ เพื่อให้สอดคล้องและทันต่อสถานการณ์ทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา นอกจากการดำเนินงานและประสานงานในรูปแบบต่างๆ แล้ว สสส. ยังได้พัฒนารูปแบบการบูรณาการงานใหม่ที่มีลักษณะประสานและต่อยอดจากฐานงานเดิมที่มีอยู่ โดยเพิ่มการจัดการและงบประมาณที่จำเป็น

กระบวนการพัฒนากลุ่มแผนงานกลางจะเน้นการดำเนินงานในเรื่องที่มีการพิจารณาร่วมกันว่าเป็นประเด็นใหม่ที่ สสส. ควรดำเนินงานเพิ่มเติม และมีความเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของหลายแผน โดยมีการประมวลหลักการ สถานการณ์ มาตรการ “งานใหม่” ที่ต้องการพัฒนา ร่วมกับการประมวล “งานเก่า” ที่มีอยู่ในแผนต่างๆ แล้วพัฒนาเป็น “ภาพรวมของกลุ่มงานใหม่” อย่างไรก็ตาม เมื่อกลไกกลางนี้ประสานให้เกิดการดำเนินงานขึ้นแล้ว ก็จะค่อยปรับตัวเป็นการประสานภายใต้แผนปกติต่อไป

ที่ผ่านมากลุ่มแผนงานกลางได้พัฒนางานในประเด็นใหม่ๆ ซึ่งล้วนมีความสำคัญและเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ส่งผลกระทบต่อ การสร้างเสริมสุขภาพของคนไทยหลายประเด็น และบางประเด็นได้มีการส่งให้แผนที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบประสานงานต่อเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน อาทิ การลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การเฝ้าระวังความเป็นธรรมทางสุขภาพในสังคมไทย การประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ในประเทศไทย เป็นต้น

จุดเน้นของแผน

โดยในช่วง ๓ ปีข้างหน้า กลุ่มแผนงานนี้ก็จะเน้นการตอบสนองงานใหม่และงานบูรณาการตามแนวนโยบายและจุดเน้นการดำเนินงานที่คณะกรรมการกองทุนมอบหมาย โดยมีสาระสำคัญของแผนที่ครอบคลุมทั้งงานสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพตามแผนหลักของ สสส. งานขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมรองรับปัญหาสุขภาพเร่งด่วนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต พัฒนาและต่อยอดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลวัตที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากรในอนาคต รวมถึงสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์ชาติ และการเปลี่ยนผ่านในช่วงของการปฏิรูปประเทศ เป็นต้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพในเชิงประเด็นใหม่ และประเด็นที่มีเนื้องานกระจายในหลายแผน โดยเฉพาะงานบูรณาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ งานสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. เพื่อรองรับประเด็นปัญหาสุขภาพะเรงด่วน และพลวัตการเปลี่ยนแปลงที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
๓. เพื่อสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายรัฐบาล และแผนปฏิรูปประเทศ ทั้ง ๑๑ ด้าน และ ๒ เรื่อง

เป้าหมาย ๑ ปี และตัวชี้วัด

๑. มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ
๒. มีแผนและงบประมาณรองรับภารกิจใหม่และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสมและทันสถานการณ์

แนวทางการดำเนินงาน

๑. เชื่อมโยงประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข องค์กรสุขภาพต่างๆ และสำนักงานผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยในการพัฒนาเครือข่ายลดปัญหาจากโรคไม่ติดต่อ โดยเชื่อมโยงกับภาคีด้านปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การควบคุมยาสูบ การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และอาหารและโภชนาการ เข้ากับองค์กรด้านการควบคุมป้องกันโรคหลักๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และภาวะความดันโลหิตสูง
๒. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสื่อสารสร้างสุขภาพตั้งแต่ระดับ บุคคล องค์กร ภาค นโยบาย มุ่งสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของร่วม จนเกิดการร่วมผลักดันประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสังคม
๓. สนับสนุนการพัฒนาและต่อยอดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลวัตทั้งในเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากรในอนาคต รวมถึงสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์ชาติ และการเปลี่ยนผ่านในช่วงของการปฏิรูปประเทศ

กลุ่มแผนงาน

กลุ่มแผนงานจัดการกลุ่มงานกลาง

สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ อีกทั้งร่วมกับแผนต่างๆ เพื่อพิจารณาประเด็นใหม่ที่มีความเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของทั้ง ๑๕ แผนซึ่ง สสส. ควรดำเนินงานเพิ่มเติม แล้วจัดกลไกประสานให้เกิดการดำเนินงานขึ้น ก่อนปรับให้เป็นการประสานภายใต้แต่ละแผนต่อไป นอกจากนี้ยังดำเนินการพัฒนางานวิชาการเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ การประเมินสถานการณ์ รวมทั้งการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานเพื่อเตรียมพร้อมและรับมือกับปัญหาสุขภาพะเรงด่วนที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งพัฒนาและต่อยอดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลวัตที่อาจส่งกระทบต่อสุขภาพทั้งในเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากรในอนาคต รวมถึงสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์ชาติ และการเปลี่ยนผ่านในช่วงของการปฏิรูปประเทศ

การบริหารจัดการ

สำนักงานบริหารจัดการในลักษณะกลุ่มงานกลางภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงาน

งบประมาณ ^{๑๔๘}

กลุ่มงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานจัดการกลุ่มงานกลาง	๑๖๐
รวม	๑๖๐

^{๑๔๘} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้

งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน

สถานการณ์และแนวโน้ม

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกลไกหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ โดยเป็นองค์กรขนาดเล็กที่เน้นความยืดหยุ่นและใช้นวัตกรรมในการบริหารจัดการ มุ่งสร้างการมีส่วนร่วมหรือแสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในลักษณะเจ้าภาพร่วม

โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นต้นมา กองทุนมีการจัดทำแผนบริหารจัดการสำนักงานขึ้นมาอย่างเป็นทางการเป็นครั้งแรก เพื่อมุ่งพัฒนาให้การทำงานของ สสส. เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และมีการบริหารจัดการแบบมืออาชีพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ สสส. ได้รับรางวัลและคำชมเชยจากหลายหน่วยงาน ในขณะที่การประสานงานกับการตรวจสอบ และการปฏิบัติตามกฎหมายบ้านเมือง รวมถึงระเบียบข้อบังคับต่างๆ ก็ทำได้ดีขึ้นด้วย

จากผลสำเร็จดังกล่าว ในการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้บริหารเพื่อกำหนดจุดเน้นฯ เมื่อวันที่ ๒๗ - ๒๘ เมษายน ๒๕๖๐ ได้เห็นควรให้มีการจัดทำแผนบริหารจัดการสำนักงานประจำปีเป็นประจำทุกปี และจะมีการดำเนินการต่อเนื่องในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ ต่อไป โดยแผนในส่วนนี้จะประกอบด้วย ๔ หน่วยงาน ได้แก่ ฝ่ายอำนวยการ ฝ่ายบัญชีและการเงิน ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ ฝ่ายบริหารงานบุคคล ฝ่ายสนับสนุนงานนวัตกรรม ฝ่ายสื่อสารองค์กร^{๑๙๙} ฝ่ายตรวจสอบภายใน ฝ่ายติดตามและประเมินผล^{๒๐๐} และสำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์

จุดเน้นของแผน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ สำนักงานจะมุ่งเน้นการสร้างมาตรฐานการทำงานอย่างมืออาชีพ โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวกับการสนับสนุนแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพของทุกหน่วยงานใน สสส. และภาคีเครือข่ายที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ และปรับปรุงดำเนินการให้สอดคล้องกับกฎหมายบ้านเมือง รวมถึงให้เป็นไปตามมาตรฐานตามกรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานทุนหมุนเวียนของกรมบัญชีกลาง และองค์กรกำกับต่างๆ ควบคู่การใช้ระบบดิจิทัลช่วยในการบริหารจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ และคุ้มค่าตามนโยบาย “องค์กรสร้างเสริมสุขภาพมืออาชีพ” รวมถึงบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล มีระบบควบคุมภายในที่เชื่อมโยงและประสานกับระบบการตรวจสอบภายในและสามารถบริหารจัดการความเสี่ยงและลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้

^{๑๙๙} เฉพาะการประชาสัมพันธ์ภาพลักษณ์องค์กร

^{๒๐๐} เฉพาะส่วนงบประมาณสนับสนุนคณะกรรมการประเมินผล

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่ายตามทิศทางและแนวนโยบายที่คณะกรรมการกองทุนมอบไว้
๒. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนและสำนักงานในด้านต่างๆ ให้ได้มาตรฐานตามนโยบาย “องค์กรสร้างเสริมสุขภาพมืออาชีพ” และสอดคล้องกับระเบียบและข้อบังคับที่เปลี่ยนแปลงไป
๓. เพื่อเสริมสร้างกลไกการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล การบริหารความเสี่ยง และการควบคุมภายใน

เป้าหมาย ๑ ปี และตัวชี้วัด

๑. ได้รับการประเมินผลการดำเนินงานในด้านบริหารจัดการจากคณะกรรมการประเมินผลในระดับดี (๔.๐๐ คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม ๕.๐๐ คะแนน) ^{๓๐๐}
๒. ได้รับการประเมินระดับธรรมาภิบาล ^{๓๐๑} ในองค์กรจากคณะกรรมการประเมินระดับธรรมาภิบาล ในระดับดี (๔.๐๐ คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม ๕.๐๐ คะแนน)
๓. ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนการทำงานอย่างน้อยร้อยละ ๘๐
๔. เกิดกระบวนการทำงาน/แนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐานและเตรียมความพร้อมยกระดับสู่การเป็นองค์กรอิเล็กทรอนิกส์
๕. กลุ่มเป้าหมายรู้จักและเข้าใจบทบาทการดำเนินงานของ สสส. ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ และมีความพึงพอใจโดยรวม

แนวทางการดำเนินงาน

ด้านการพัฒนาบุคลากรและองค์กร

๑. เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารงานบุคคลและระบบโครงสร้างพื้นฐานสนับสนุนระบบบริหารงานบุคคล โดยการทบทวน/ปรับปรุงโครงสร้างองค์กร อัตรากำลังที่สอดคล้องกับภารกิจองค์กร และพัฒนา/ทบทวน/ปรับปรุงระบบบริหารงานบุคคลที่สำคัญให้เป็นมาตรฐาน รวมถึงใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อความถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ
๒. พัฒนาบุคลากรให้เป็นนักสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมืออาชีพตามกรอบ Health Promotion Enabler Development Roadmap อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และยกระดับขีดความสามารถของบุคลากรในกระบวนการบริหารโครงการและการใช้งานระบบที่เกี่ยวข้อง เพื่อรองรับการเข้าสู่การเป็นองค์กรอิเล็กทรอนิกส์

^{๓๐๐} ประเมินโดยคณะกรรมการประเมินผล ซึ่งประยุกต์ใช้กรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานทุนหมุนเวียนของกรมบัญชีกลางเป็นแนวทางในการประเมิน

^{๓๐๑} คณะอนุกรรมการการประเมินระดับธรรมาภิบาลเป็นคณะอนุกรรมการของคณะกรรมการประเมินผล

๓. เสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร และแบรนด์ (Internal Branding) ควบคู่กับการส่งเสริมการจัดการความรู้ และสนับสนุนการพัฒนาสู่ความเป็นองค์กรมืออาชีพ

ด้านการเงิน การบัญชี พัสดุ และตรวจสอบแผนงานโครงการ

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับนโยบายของผู้จัดการที่ต้องการจะสร้าง “องค์กรมืออาชีพ” รวมถึงตอบสนองต่อจุดเน้นของส่วนสนับสนุนที่จะสร้างมาตรฐานการทำงานอย่างมืออาชีพ โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวกับการสนับสนุนแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพ และปรับปรุงดำเนินการให้สอดคล้องกับกฎหมายบ้านเมือง รวมถึงต่อยอดงานเดิมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการสำนักงาน ลดค่าใช้จ่าย ลดเวลา และลดภาระงานหลักและภาคี จึงยังคงจุดเน้นการดำเนินงานไว้เหมือนปีงบประมาณที่ผ่านมาและปรับเปลี่ยนเนื้อหา โดยสรุปได้ดังนี้ ได้แก่

๑. เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ลดต้นทุนทั้งในทางตรงและต้นทุนค่าเสียโอกาส รวมถึงสร้างความมั่นคงทางการเงินให้แก่องค์กร โดยร่วมกับมหาวิทยาลัยชั้นนำ และสภาวิชาชีพการบัญชีในพระบรมราชูปถัมภ์ เพื่อศึกษาและทบทวนมาตรฐานบัญชี นโยบายบัญชี การจัดประเภทบัญชี และการทำ Cost Allocation ที่เหมาะสมกับองค์กรอย่าง สสส.

๒. ร่วมกับคณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน คณะอนุกรรมการตรวจสอบภายใน และคณะกรรมการที่ปรึกษาในการปรับปรุงระบบการตรวจสอบโครงการในการใช้ระบบการตรวจสอบโครงการสามารถดำเนินการได้ทั้งระบบ พร้อมศึกษาและถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุงการทำงาน

๓. พัฒนาหลักสูตรบัญชีการเงินภาคีแบบ e-Learning โดยดำเนินการให้แล้วเสร็จและพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่การทำงานระบบต่างๆ

๔. ร่วมกับคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ และสำนัก/ฝ่ายที่เกี่ยวข้องปรับปรุงและแก้ไขจุดที่เคยเป็นประเด็นและข้อสังเกตของหน่วยงานตรวจสอบ

๕. ร่วมกับสำนัก/ฝ่ายที่เกี่ยวข้องยกระดับสู่การเป็นองค์กรอิเล็กทรอนิกส์ในกระบวนการยืมเงินจ่ายค่าตอบแทน ค่าเบี้ยประชุม และสร้าง/ทบทวนพิมพ์เขียวระบบให้ทุนเพื่อยกระดับสู่ e-Granting และลดปัญหาและยกระดับสู่ระบบอิเล็กทรอนิกส์ในทุกขั้นตอน ตั้งแต่แผนปฏิบัติการจนถึงปิดโครงการ รวมถึงลดต้นทุน

ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

๑. ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องยกระดับกระบวนการทำงานสู่การเป็นองค์กรอิเล็กทรอนิกส์

๒. การจัดการกระบวนการทำงานสู่ความเป็นดิจิทัล โดยปรับปรุงกระบวนการทำงาน และพัฒนาระบบสารสนเทศที่สอดคล้อง เพื่อเน้นคุณภาพ และก้าวเข้าสู่ความเป็นดิจิทัล เพื่อจัดเก็บข้อมูลและความรู้สำหรับการนำไป ควบคู่กับการบริการบุคลากรและภาคีผ่านระบบออนไลน์ที่ครบวงจร เพื่อให้บริการได้อย่างรวดเร็วขึ้น ด้วยข้อมูลชุดเดียวกันสำหรับการทำงานร่วมกัน และสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ให้ความสำคัญกับข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เพื่อสร้างความสัมพันธ์และความพึงพอใจแก่ผู้ใช้งาน และลดต้นทุนการดำเนินงาน

๓. การจัดการข้อมูลและความรู้ เน้นการมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและฐานข้อมูลที่สนับสนุนการจัดการข้อมูลและความรู้ รวมถึงสร้างวัฒนธรรมและแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการข้อมูลและความรู้

๔. การรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ เน้นการมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มั่นคงปลอดภัยในการใช้งาน พร้อมสร้างความรู้ความตระหนักในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยให้กับผู้ใช้บริการ

๕. การพัฒนาขีดความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังขององค์กร ทั้งบุคลากรภายใน สสส. และภาคีเครือข่าย รวมถึงสร้างความเข้าใจด้วยการสื่อสารที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ ผ่านช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย

ด้านอำนวยการบริหารจัดการสำนักงาน

๑. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานประจำ และปรับปรุงกระบวนการทำงานให้ตอบสนองกับความต้องการของผู้รับบริการ โดยลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ลดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ และร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องยกระดับกระบวนการทำงานสู่การเป็นองค์กรอิเล็กทรอนิกส์

๒. พัฒนาคู่มือ และเครื่องมือ เพื่อสนับสนุนการทำงานให้มีมาตรฐาน โดยการจัดการความรู้ที่เกิดจากการทำงานให้เป็นระบบ และนำไปพัฒนาคู่มือ/เครื่องมือในการทำงานที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้ทราบและเข้าใจตรงกัน

ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์

เพื่อรองรับการทบทวนทิศทางและยุทธศาสตร์การดำเนินงานระยะ ๑๐ ปี และให้สอดคล้องกับจุดเน้นการดำเนินงาน และวัตถุประสงค์ รวมถึงเชื่อมโยงกับแผนบริหารจัดการสำนักงานในปิงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยจะยกระดับสู่องค์กรอิเล็กทรอนิกส์และสนับสนุนกระบวนการหลักขององค์กร จึงกำหนดแนวทางการดำเนินงานดังนี้

๑. จัดกระบวนการทบทวนทิศทางและยุทธศาสตร์การดำเนินงานระยะ ๑๐ ปีและการดำเนินการตามแผน รวมถึงปรับปรุงกระบวนการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี เพื่อให้ผู้บริหารได้มีส่วนร่วมและเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาลมากขึ้น

๒. เพื่อคุณภาพในการจัดทำแผนการบริหารจัดการสำนักงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ และสามารถขับเคลื่อนแผนได้อย่างเป็นรูปธรรม

๓. ร่วมกับสำนัก/ฝ่ายที่เกี่ยวข้องยกระดับสู่องค์กรอิเล็กทรอนิกส์ในกระบวนการยืมเงิน จ่ายค่าตอบแทน ค่าเบี้ยประชุม และสร้าง/ทบทวนพิมพ์เขียวระบบให้ทุนเพื่อยกระดับสู่ e-Granting และลดปัญหาและยกระดับสู่ระบบอิเล็กทรอนิกส์ในทุกขั้นตอน ตั้งแต่แผนปฏิบัติการจนถึงปิดโครงการ รวมถึงลดต้นทุน

ด้านการตรวจสอบภายใน

เนื่องจากลักษณะการดำเนินงานขององค์กรแบบ สสส. มีความหลากหลายและยืดหยุ่นสูง ทำให้จำเป็นต้องใช้วิธีการตรวจสอบให้เหมาะสม เพื่อให้ทราบถึงจุดแข็ง จุดอ่อนของการบริหารงานภายในด้านต่างๆ จากนั้นจึงรวบรวมข้อบกพร่องต่างๆ จัดทำเป็นรายงาน เสนอแนะฝ่ายบริหาร เพื่อพิจารณาสั่งการแก้ไขปรับปรุงต่อไป การตรวจสอบภายในจึงใช้ยุทธศาสตร์เชิงบวก “การตรวจสอบแบบกัลยาณมิตรและเพิ่มมูลค่าการปฏิบัติงาน” เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพด้านการตรวจสอบภายใน และนำเสนอผลการตรวจสอบพร้อม

ข้อเสนอแนะที่เหมาะสม และเป็นไปได้ ส่งมอบให้หน่วยรับตรวจเพื่อนำข้อมูลไปพิจารณาดำเนินการปรับปรุง พัฒนาระบบงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเกิดประสิทธิผลสูงสุด

ด้านการสื่อสารองค์กร

๑. วิจัยและสำรวจความคิดเห็น เพื่อรับรู้ทัศนคติ ความเข้าใจ และความต้องการของทุกกลุ่มเป้าหมาย นำไปสู่กับพัฒนากิจกรรมสื่อสาร และชุดข้อมูลให้ตรงกับความต้องการ นำเสนออย่างครอบคลุม ครบถ้วน และเป็นมิตร นำไปสู่การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องด้วยเจตคติที่ดี

๒. จัดทำชุดข้อมูลเพื่อสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับ ๑๕ แผนงาน ภายใต้ยุทธศาสตร์ สร้างเสริมความเข้าใจองค์กร (Corporate Communication Strategy : CCS) เพื่อสร้างการรับรู้ เข้าใจ เห็นคุณค่า บทบาทและหน้าที่ของ สสส. ในฐานะ “องค์กรสร้างเสริมสุขภาพอย่างสร้างสรรค์” ก่อให้เกิดความรู้สึกร่วมกับทุกกลุ่มเป้าหมาย

๓. วางระบบจัดการประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อองค์กรจากสื่อทุกแขนง โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์ มีกระบวนการติดตาม ตรวจสอบ และจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

๔. สนับสนุนการทำงานของส่วนงานต่างๆ ขององค์กร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะการสื่อสารภายในองค์กรในประเด็นการสื่อสารเพื่อความเข้าใจองค์กร และการสร้างภาพลักษณ์องค์กร

ด้านการสนับสนุนงานนวัตกรรม

เพื่อพัฒนากระบวนการเรียนรู้ ระบบและกลไกสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพใน สสส. ให้เกิดความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการพัฒนานวัตกรรม ตามกรอบแนวคิดที่อ้างอิงได้กับมาตรฐานสากล และพัฒนาตัวชี้วัดด้านนวัตกรรมของ สสส. ที่สามารถวัดได้ ซึ่งจะช่วยให้ สสส. เป็นองค์กรสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมในสังคม (Innovative Enabler) โดยมีแนวทางการดำเนินการดังนี้

๑. สำรวจ, รวบรวม, วิเคราะห์ และสังเคราะห์เครื่องมือด้านการจัดการความรู้จากแหล่งต่างๆ และพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและ/ หรือ พัฒนา

๒. ร่วมกับสำนักและฝ่ายที่เกี่ยวข้องพัฒนาระบบ, กลไกการดำเนินงาน

ด้านการติดตามและประเมินผล

สนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการประเมินผลของ สสส. รวมทั้งคณะกรรมการย่อยชุดต่างๆ ที่คณะกรรมการประเมินผลแต่งตั้ง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ เช่น การจัดทำรายงานการประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. การศึกษา/ประเมินประเด็นพิเศษต่างๆ การศึกษาดูงานในพื้นที่ต่างๆ

ด้านการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงรับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย กำกับดูแลและให้ข้อเสนอแนะ โดยยึดแนวทางการดำเนินงานตามหลักสากล และสอดคล้องกับวัฒนธรรมองค์กร โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ จะเน้นการทำงานร่วมกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพงานด้านบริหารความเสี่ยง และมาตรการความเสี่ยงขององค์กรให้เป็นไปตามมาตรฐาน ISO 31000

งบประมาณ ^{๒๐๓}

กลุ่มงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. เงินเดือน ค่าจ้าง และการพัฒนาบุคลากร	๑๗๗.๕
๒. การติดตามและประเมินผล	๕.๐
๓. การเงิน การบัญชี การพัสดุ และการตรวจสอบ	๔๓.๔
๔. การพัฒนายุทธศาสตร์ บริหารความเสี่ยง สนับสนุนงานนวัตกรรม	๗.๔
๕. การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ	๓๒.๗
๖. การอำนวยการและบริหารสำนักงาน	๕๐.๐
๗. การสื่อสารองค์กร เผยแพร่ข้อมูล และประชาสัมพันธ์	๒๓.๐
รวม	๓๓๕.๐

๓๒๐

แผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

^{๒๐๓} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้

ส่วนที่

๓

เอกสารแนบ

๑. กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ สสส. ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
๒. ข้อบังคับกองทุน ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและ
กิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙
๓. การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ
พ.ศ. ๒๕๖๒

กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ สสส. ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

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
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	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

ฝ่ายสื่อสารองค์กร	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานสื่อสารองค์กร	๕
รวม	๗

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

ฝ่ายบริหารงานบุคคล	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานบุคคล	๓
นักบริหารงานทั่วไป	๙
รวม	๑๔

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

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 หุ่นส่วนผู้จัดการ กรรมการผู้จัดการ ผู้บริหาร หรือผู้มีอำนาจในการบริหารจัดการกิจการของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคลที่เสนอแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการเพื่อขอรับทุนจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และให้หมายความรวมถึงการเป็นกรรมการหรือผู้มีอำนาจในการบริหารจัดการกิจการของมูลนิธิ 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 และให้หมายความรวมถึงหน่วยงานอื่นของรัฐที่จัดตั้งตามกฎหมาย

ข้อ ๕ ทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี แผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี

การกำหนดทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี แผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี จะต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนและกิจการของกองทุนตามมาตรา ๕ และมาตรา ๙ (๔)

๕.๑ การจัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี

(๑) ให้คณะกรรมการกำหนดให้มีการจัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี ที่มีรายละเอียดสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนและกิจการของกองทุน 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 ที่มีรายละเอียดสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนและกิจการของกองทุนตามมาตรา 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 ภายใต้วงเงินงบประมาณตามกรอบการทบทวงงบประมาณรายปีโดยคณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน 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 เมื่อครบวาระแล้วหากยังมีได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผนขึ้นใหม่ให้คณะกรรมการบริหารแผนซึ่งพ้นจากการปฏิบัติหน้าที่ตามวาระนั้นปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่าคณะกรรมการบริหารแผนซึ่งได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

นอกจากการครบวาระการปฏิบัติหน้าที่แล้ว คณะกรรมการบริหารแผนจะพ้นจากการปฏิบัติหน้าที่เมื่อตาย ลาออก คณะกรรมการให้พ้นจากหน้าที่ หรือเมื่อแผนที่คุณแลเสร็จสิ้นหรือยุติลง

๖.๔ การประชุมของคณะกรรมการบริหารแผนให้นำมาตรา ๒๒ มาใช้บังคับโดยอนุโลม เว้นแต่คณะกรรมการบริหารแผนจะมีมติกำหนดแนวปฏิบัติไว้เป็นอื่นโดยไม่ขัดแย้งกับหลักการของมาตรา ๒๒

๖.๕ ให้นำจรรยาบรรณของคณะกรรมการมาใช้เป็นหลักการและแนวปฏิบัติสำหรับประธานกรรมการและกรรมการในคณะกรรมการบริหารแผนด้วยโดยอนุโลม

ให้กองทุนแจ้งถึงจรรยาบรรณแก่ประธานกรรมการและกรรมการในคณะกรรมการบริหารแผนเป็นลายลักษณ์อักษรให้ทราบตั้งแต่แรกเริ่มปฏิบัติหน้าที่

๖.๖ ให้คณะกรรมการบริหารแผนมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

(๑) กำหนดแนวทางและกำกับดูแลการดำเนินงานตามแผนให้บรรลุผล รวมถึงพัฒนาแผนในระยะต่อไปข้างหน้า โดยสามารถปรับปรุงรายละเอียดของแผนนั้นๆ ได้ ภายในกรอบงบประมาณของแผน ที่คณะกรรมการเห็นชอบไว้

(๒) พิจารณาให้ทุนหรือพิจารณาเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติ ตามข้อ ๙.๕ (๒)

(๓) แต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษาและในกรณีที่เห็นสมควรอาจมอบหมายอำนาจหน้าที่เพื่อกำกับทิศทางของแผนงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผน

(๔) เสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณาแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิทดแทนกรรมการบริหาร แผนที่พ้นจากการปฏิบัติหน้าที่ 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 โดยให้ จัดให้มีการประชุมอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

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) สามารถอุทิศเวลาปฏิบัติงานได้จริงตามข้อตกลง

(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 ปฏิบัติการในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 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 อาจจะมาจากการทำงาน 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) ชั้นการกลั่นกรองทางวิชาการ

(๒) ชั้นพิจารณาตัดสิน

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 คนโดยมีกรรมการบริหารแผนหรืออนุกรรมการเฉพาะกิจรวมอยู่ด้วยอย่างน้อย 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 รวมถึงการกลั่นกรองทางวิชาการสำหรับโครงการย่อยที่มีได้ทำสัญญาเงินทุนกับกองทุนโดยตรงด้วย ทั้งนี้ให้กรรมการกำกับทิศทางเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตามบัญชีนี้โดยอัตโนมัติและให้สามารถกลั่นกรองทางวิชาการได้เช่นเดียวกับผู้ทรงคุณวุฒิที่คณะกรรมการบริหารแผนเห็นชอบ

๙.๕ อำนาจในการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณให้เป็นไปตามกรอบวงเงิน ดังนี้

(๑) วงเงินไม่เกิน ๒๐ ล้านบาท ให้ผู้จัดการพิจารณาอนุมัติแล้วรายงานให้คณะกรรมการทราบ

(๒) วงเงินเกิน ๒๐ ล้านบาท ให้คณะกรรมการพิจารณาอนุมัติ

ในกรณีที่มีเหตุผลหรือความจำเป็นต้องให้องค์กร มูลนิธิ หรือผู้รับทุนรายใดดำเนินแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการที่มีความต่อเนื่อง ให้ระบุเหตุผลหรือความจำเป็นนั้นประกอบการขออนุมัติตามวรรคหนึ่งให้ชัดเจน

๙.๖ หลังจากผู้มีอำนาจตามข้อ ๙.๕ พิจารณาอนุมัติแล้ว ให้ผู้จัดการจัดทำสัญญากับผู้รับทุนตามระเบียบกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยสัญญาสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙

ก่อนการจัดทำสัญญาตามวรรคหนึ่ง ให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้รับทุนแต่ละรายว่าเป็นผู้รับทุนที่กรรมการ ที่ปรึกษาของคณะกรรมการ กรรมการบริหารแผน กรรมการประเมินผล ผู้จัดการ หรือผู้ปฏิบัติงาน มีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมหรือไม่ หากปรากฏว่าบุคคลดังกล่าวมีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมในกิจการของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคลนั้นที่เป็นผู้รับทุน ห้ามผู้ปฏิบัติงานจัดทำสัญญากับผู้รับทุนดังกล่าวทุกราย พร้อมทั้งให้แจ้งให้ผู้รับทุนทราบโดยเร็ว

ผู้รับทุนที่ต้องห้ามมิให้ทำสัญญากับกองทุนตามวรรคสอง อาจอุทธรณ์คำสั่งดังกล่าวต่อผู้จัดการภายใน ๑๕ วันนับแต่วันที่ได้รับแจ้ง พร้อมทั้งต้องแสดงเหตุผลของการอุทธรณ์และเอกสารที่เกี่ยวข้องมาด้วย และให้ผู้จัดการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์พร้อมทั้งแจ้งผลให้ผู้อุทธรณ์ทราบภายใน ๑๕ วันนับแต่วันที่ได้รับอุทธรณ์ ทั้งนี้ การวินิจฉัยอุทธรณ์ของผู้จัดการให้ถือเป็นที่สุด และให้รายงานคำวินิจฉัยอุทธรณ์นั้นให้คณะกรรมการทราบด้วย

ข้อ ๑๐ การกำกับติดตามและประเมินผลเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานตามแผน

๑๐.๑ ให้สำนักงานกองทุนจัดให้มีการประเมินผลภายในของแผนงานที่มีวงเงินสูงกว่าปีละ ๑๐ ล้านบาท โดยบุคคลที่ต้องไม่มีส่วนได้เสียในแผนงานที่ทำการประเมินผลนั้น และให้จัดทำรายงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานของแผนงานเสนอต่อคณะกรรมการบริหารแผนโดยตรงหรือโดยเสนอผ่านคณะกรรมการกำกับทิศทางที่คณะกรรมการบริหารแผนแต่งตั้งอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้งหรือตามที่คณะกรรมการบริหารแผนกำหนด

๑๐.๒ ให้คณะกรรมการบริหารแผนจัดทำรายงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานของแผนเสนอต่อคณะกรรมการอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง หรือตามที่คณะกรรมการกำหนด

๑๐.๓ รายงานตามข้อ ๑๐.๒ ให้นำเสนอต่อคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนตามมาตรา ๓๗ เพื่อทราบด้วย

๑๐.๔ ให้คณะกรรมการบริหารแผนพิจารณาจัดให้มีการประเมินผลเชิงลึกสำหรับแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ขนาดใหญ่ที่มีวงเงินงบประมาณเกินกว่า ๒๐ ล้านบาท โดยเริ่มดำเนินการอย่างช้าภายในกึ่งหนึ่งของระยะเวลาของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการนั้น

๑๐.๕ ให้คณะกรรมการบริหารแผนจัดให้มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของแผนอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสามปี และรายงานให้คณะกรรมการทราบ

๑๐.๖ คณะกรรมการหรือคณะกรรมการบริหารแผน อาจจัดให้มีการติดตามและประเมินผล นอกเหนือจากการรายงานและทบทวนในข้อ 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 ที่ปรึกษาของคณะกรรมการบริหารแผน กรรมการประเมินผล ผู้จัดการ หรือผู้ปฏิบัติงานมีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อม ในกิจการของผู้รับทุนรายใด ให้คณะกรรมการระงับการให้ทุนแก่ผู้รับทุนรายนั้นในทันที และให้สำนักงานกองทุน ดำเนินการจัดหาผู้รับทุนรายใหม่เข้าดำเนินการแทนผู้รับทุนรายเดิม ทั้งนี้ ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๙๐ วัน นับแต่วันที่ข้อบังคับนี้ประกาศใช้บังคับ

ข้อ ๑๕ ในระหว่างที่ยังมิได้มีการออกระเบียบหรือประกาศตามข้อบังคับนี้ให้นำระเบียบ ประกาศ คำสั่ง หรือกฎที่ใช้บังคับอยู่ในวันก่อนวันที่ข้อบังคับนี้ใช้บังคับมาใช้บังคับโดยอนุโลมเพียงเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับข้อบังคับนี้

ข้อ ๑๖ ให้ประธานกรรมการรักษาการตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

พลเรือเอก



(ณรงค์ พิพัฒนาศัย)

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

ตามที่คณะกรรมการประเมินผลได้มีการประเมินผลการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลของ สสส. ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ จนถึงปัจจุบัน และที่ผ่านมาสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มีการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการด้านการประเมินการบริหารจัดการที่ดี^{๓๐๔} มาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ สสส. ได้มีการปรับปรุงกรอบการประเมินธรรมาภิบาล เพื่อให้การประเมินมีความชัดเจนและสอดคล้องต่อกระบวนการดำเนินงานและพันธกิจหลักที่สำคัญของ สสส. ให้มากยิ่งขึ้น โดยแบ่งการประเมินออกเป็น ๒ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ : การประเมินธรรมาภิบาลด้านกระบวนการ โดยเน้นกระบวนการดำเนินงานที่สำคัญของ สสส. ๓ กระบวนการ ได้แก่ (๑) การวางแผนยุทธศาสตร์ (๒) การสนับสนุนทุน และ (๓) การประเมินผล และส่วนที่ ๒ : การประเมินธรรมาภิบาลด้านผลลัพธ์ของทั้ง ๓ กระบวนการ รวมทั้งยังคงยึดตามกรอบการประเมินการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล 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 ทั้งนี้ในการจัดทำแผนการดำเนินงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ สสส. ได้ดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในทุกขั้นตอน ดังนี้

๑. หลักการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน

สสส. มีการเผยแพร่แนวทางการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์อย่างเป็นทางการในการประชุมพิจารณาแผนของคณะกรรมการบริหารแผนทุกคณะ มีกระบวนการกลั่นกรองผลประโยชน์ทับซ้อนในขั้นตอนการพิจารณาแผน ซึ่งพบว่าคณะกรรมการบริหารแผนมีการปลอดจากผลประโยชน์ทับซ้อนตามระเบียบของ สสส. รวมทั้งมีการสื่อสารถึงแนวทางปฏิบัติในการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

๒. หลักการแสดงความรับผิดชอบต่อผลงาน

สสส. มีการทบทวนทิศทาง เป้าหมายและ ยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี และเน้นย้ำเป้าหมายตามแผนหลัก ๓ ปีของ สสส. ในการวางแผนการดำเนินงานทั้งในภาพรวมและรายแผน โดยทุกแผนได้มีการประเมินทางเลือกต่างๆ อย่างรอบคอบและใช้ข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผน มีการชี้แจงผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ทราบ รวมทั้งมีการกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่ชัดเจน

^{๓๐๔} ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการประเมินผล

๓. หลักการมีส่วนร่วม

สสส. มีการแจ้งให้สาธารณชนทราบล่วงหน้า โดยมีการระบุกรอบระยะเวลาและช่องทางการมีส่วนร่วม ในการวางแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในหลายช่องทาง รวมทั้งกำหนดให้มีความหลากหลายของภาคีเครือข่าย ที่เข้าร่วมเวที/กระบวนการวางแผนตามความเหมาะสม

๔. หลักความโปร่งใส

สสส. มีการเผยแพร่ข้อมูลต่างๆ โดยมีการจัดระบบข้อมูล/เอกสารหลักที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผน อย่างเป็นระบบ แบ่งเป็นประเภท/หมวดหมู่ เพื่อให้สะดวกต่อการเข้าถึงของสาธารณะ มีการระบุช่องทางการเปิดเผยข้อมูลในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน และแจ้งให้สาธารณชนทราบล่วงหน้า

๕. หลักนิติธรรม

สสส. มีการรวบรวมระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน เพื่อความสะดวกในการเข้าถึง และ ได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของกระบวนการและรายงานให้ผู้บริหาร คณะกรรมการบริหารแผน คณะกรรมการกองทุน ฯลฯ ได้รับทราบก่อนตัดสินใจอนุมัติร่างแผน/แผนในแต่ละขั้นตอน

๖. หลักความถูกต้องชอบธรรม

สสส. มีการเน้นย้ำเพื่อสร้างความตระหนักเรื่องหลักความถูกต้องชอบธรรมในทุกขั้นตอน มีกระบวนการพิจารณาของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อกลั่นกรองความถูกต้องชอบธรรมทั้งในระดับแผนและ ในภาพรวม รวมถึงเปิดให้มีช่องทางการร้องเรียนหากพบว่าการดำเนินการที่ไม่ถูกต้อง

การประเมินการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลของ สสส. เป็นการประเมินโดยสำนักงาน ร่วมกับผู้ประเมินภายนอก ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการด้านการประเมินการบริหารจัดการที่ดี โดยในแต่ละปีสำนักงานจะนำเสนอรายงานการประเมินผลการดำเนินงานตลอดปีงบประมาณ ต่อคณะกรรมการ ประเมินผล เพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะต่อสำนักงานในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงาน ด้านการบริหารจัดการที่ดี ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้การปฏิบัติงานของ สสส. มีระบบบริหารจัดการ และการกำกับดูแลกิจการที่ดี มีความชัดเจน โปร่งใส และมีธรรมาภิบาลเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง



สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ



สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

๔๔/๘ อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ

เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๒๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๓๔๓ ๑๕๐๐

www.thaihealth.or.th