



แผนหลัก สสส. ๒๕๖๑ – ๒๕๖๓

ThaiHealth Master Plan 2018-2020

ทุกคนบนแผ่นดินไทย มีขีดความสามารถ
สังคม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาวะ





แผนหลัก สสส. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ ThaiHealth Master Plan 2018-2020

ทุกคนบนแผ่นดินไทย มีขีดความสามารถ
สังคม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาพ

คำนำ

ตามข้อบังคับกองทุน สสส. ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจการ พ.ศ. ๒๕๕๙ ข้อ ๕.๒ (๑) และ (๒) กำหนดให้ผู้จัดการกองทุนจัดทำแผนหลักที่ประกอบไปด้วยแผนต่างๆ ที่มีรายละเอียดสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนและกิจการของกองทุนตามมาตรา ๕ และมาตรา ๙ (๕) ไม่เกิน ๑๕ แผน และแนวทางของทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี และให้ผู้จัดการจัดประชุมคณะกรรมการบริหารแผนและภาคีเพื่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนหลัก รวมถึง ข้อ ๕.๒ (๓) ที่กำหนดให้คณะกรรมการนโยบายทางการเงินวิเคราะห์และเสนอกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีของกองทุน โดยจัดทำเป็นระยะเวลา ๓ ปี แล้วให้เสนอต่อคณะกรรมการกองทุนเพื่อพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนพฤษภาคมของทุกปีนั้น

ในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๐ คณะกรรมการกองทุนได้เห็นชอบให้ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) นำผลประเมินการดำเนินงานตามแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) ซึ่งดำเนินการโดยผู้ประเมินอิสระจากภายนอก มาใช้เป็นปัจจัยตั้งต้น ร่วมกับการใช้ข้อมูลบ่งชี้จากรายงานการทบทวนสภาพแวดล้อมการดำเนินการสำคัญในช่วง ๓ ปีข้างหน้า (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และข้อมูลเชิงวิชาการภาคีเครือข่ายวิชาการจากแต่ละแผน รวมถึงมีการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในด้านต่างๆ เพื่อใช้ประกอบการกำหนดแนวนโยบายในจัดทำแผนหลัก ๓ ปีฉบับนี้ด้วย

โดยแนวนโยบายในช่วง ๓ ปีข้างหน้า กำหนดให้ สสส. ดำเนินการต่อเนื่องจากแผนหลัก ๓ ปีฉบับก่อน โดยใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี เพื่อการบูรณาการการทำงาน และมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ การตอบสนองแนวนโยบายการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญและแผนชาติ เช่น แนวนโยบายแห่งรัฐตามรัฐธรรมนูญ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี กรอบการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติและการสร้างความสามัคคีปรองดอง รวมถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ เป็นต้น ควบคู่กับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืนตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ที่ประเทศไทยได้ร่วมปฏิญญากับสหประชาชาติและประชาคมโลก รวมทั้งเน้นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทในแต่ละพื้นที่ การให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างๆ อาทิ กลุ่มเปราะบาง กลุ่มวัยเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบให้เหมาะสมกับประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุสมบูรณ์ พร้อมทั้งเน้นการพัฒนานวัตกรรม และใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ให้แก่คนไทย

ในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ซึ่งดำเนินการพร้อมกับการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ นั้น สำนักงานได้ให้ความสำคัญกับการจัดทำแผนตามหลักธรรมาภิบาล มีความโปร่งใสตรวจสอบได้ มีการจัดกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การมองทิศทางในอนาคต โดยใช้ข้อมูลที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ พร้อมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนและสะท้อนผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcome) ที่สำคัญ

สำนักงานขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ภาควิชาเครือข่าย และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนฉบับนี้เพื่อใช้เป็นกรอบการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกันตามวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาพจะเข้าถึงประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สารบัญ

ส่วนที่ ๑ ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๔)

๑. วิสัยทัศน์และพันธกิจในการสร้างเสริมสุขภาพ	๙
๒. เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	๑๑
๓. ยุทธศาสตร์	๑๗

ส่วนที่ ๒ ภาพรวมแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓)

๑. สรุปผลการประเมินผลแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)	๒๑
๒. วิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงาน	๒๗
• สถานการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพใน ๓ ปีข้างหน้า	๒๗
• สรุปการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงานรายแผน	๓๐
๓. บริบทและแนวโน้มนโยบายในการจัดทำแผน	๓๗
๔. รูปแบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	๓๙
๕. งบประมาณ	๔๓
๖. การบริหารจัดการ การกำกับติดตามและประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง	๔๙
๗. การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ	๕๓

ส่วนที่ ๓ รายละเอียดแผนหลัก

๑. แผนควบคุมยาสูบ	๕๙
๒. แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๖๗
๓. แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	๗๙
๔. แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๘๙
๕. แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๙๗
๖. แผนสุขภาวะชุมชน	๑๑๕
๗. แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๑๓๑
๘. แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๑๓๙
๙. แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๑๕๓
๑๐. แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๑๖๓
๑๑. แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	๑๗๗
๑๒. แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๑๘๕
๑๓. แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๙๑
๑๔. แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	๒๐๑
๑๕. แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	๒๑๑
งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	๒๒๑
งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน	๒๒๓

ส่วนที่ ๔ ภาคผนวก

๑. กระบวนการการปรับปรุงแผนหลัก	๒๓๑
๒. หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	๒๓๓
๓. กรอบอัตรากำลัง ๓ ปี	๒๔๒
๔. การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓)	๒๔๓

ส่วนที่ ๑

ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๔)

๑. วิสัยทัศน์และพันธกิจในการสร้างเสริมสุขภาวะ
๒. เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์
๓. ยุทธศาสตร์



วิสัยทัศน์และพันธกิจในการสร้างเสริมสุขภาวะ

วิสัยทัศน์

“ทุกคนบนแผ่นดินไทย มีขีดความสามารถ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาวะ”

หมายถึง ทุกคนบนผืนแผ่นดินไทย ไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ สัญชาติ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ล้วนมีความรู้ ความสามารถ ที่จะดูแลตนเองและครอบครัวให้มีสุขภาวะที่ดี

สังคมไทยและสภาพแวดล้อม ทั้งทางกายภาพ ค่านิยม วัฒนธรรม และระบบสุขภาพโดยรวม ของไทย สนับสนุนให้ทุกคนมีสุขภาวะดีถ้วนหน้า

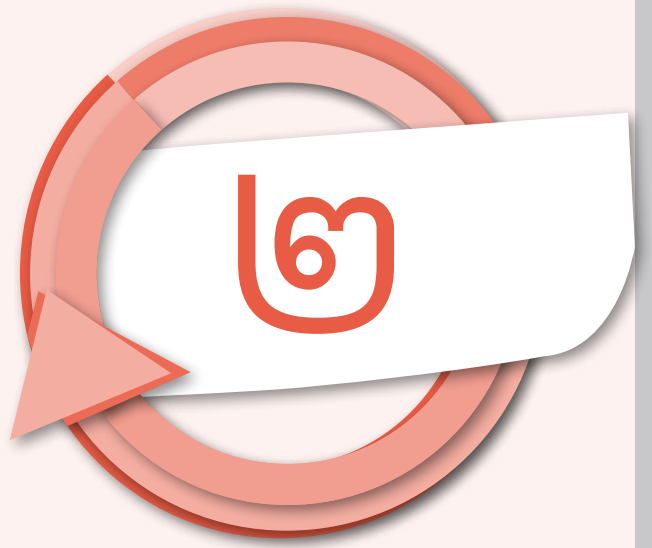
พันธกิจ

พันธกิจของกองทุนกำหนดขึ้นโดยใช้กรอบวัตถุประสงค์ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔^๑ และ เพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์

“จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลัง บุคคล และองค์กรทุกภาคส่วน ให้มีขีดความสามารถ และสร้างสรรค์ระบบสังคม ที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ”

^๑ โปรดดูภาคผนวก ๒





เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์

กรอบแนวคิดในการทำงานของ สสส. มุ่งเน้นการเสริมและสานพลังภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และชุมชนท้องถิ่น เพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน

ดังนั้นการกำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์จึงเป็นการพัฒนาจากเป้าหมายหลักของประเทศที่กำหนดในแผนพัฒนาที่สำคัญต่างๆ และเป้าหมายที่กองทุนสมควรจะมีบทบาท ตามวัตถุประสงค์ในพระราชบัญญัติ วิทยาลัย ศักดิ์ พิษณกิจ ทั้งที่มีอยู่แล้ว และที่ สสส. จะเข้าไปร่วมกระบวนการจัดทำขึ้น

การบรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ จึงเกิดจากการที่ สสส. ดำเนินการ “จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลัง บุคคลและองค์กรทุกภาคส่วน” เป็นหลัก ไม่ใช่เป็นงานที่ สสส. จะไปปฏิบัติการโดยตรง

ทั้งนี้เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์เป็นทั้งเป้าหมายที่บรรลุร่วมกัน เป็นเครื่องมือและแนวทางการเรียนรู้สำหรับการทำงานร่วมกันของภาคี สสส. ทั้งหมด โดย สสส. ร่วมกับภาคีจะพัฒนาฐานข้อมูล และตัวชี้วัดที่ใช้วัดความก้าวหน้าของการดำเนินงาน และจะปรับตัวชี้วัดเป็นระยะตามพัฒนาการของเครื่องมือ ระบบข้อมูล และแนวทางการตั้งเป้าหมายระดับชาติ

เป้าหมายที่กำหนดไว้เป็นเป้าหมายหลัก จะวัดทั้งระดับของสถานการณ์ในภาพรวม และวัดความเท่าเทียมทางสังคม (social equity) ในการบรรลุเป้าหมายในประชากรกลุ่มต่างๆ ด้วย

เป้าหมายอื่นที่เป็นเป้าหมายระดับรองลงไปที่จะสนับสนุนเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์จะปรากฏอยู่ในเป้าหมายของแผนต่างๆ ของกองทุน

เป้าหมายทั่วไป

ทุกคนมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างมีสุขภาพ^๑

มีตัวชี้วัดดังนี้

๑. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นจาก ๗๒ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็น ๗๖ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๗๔
๒. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดที่มีสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก ๖๖ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็น ๗๒ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๗๔

^๑ หมายถึง การมีอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวอย่างมีสุขภาพดี มีระยะเวลาการเจ็บป่วย (หนัก) หรือพิการในช่วงบั้นปลายชีวิตลดลง ซึ่งจะต้องลดความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรและลดความสูญเสียจากภาวะความบกพร่องทางสุขภาพ ด้วยการป้องกันปัจจัยเสี่ยงสุขภาพต่างๆ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี



เป้าหมายเฉพาะ

เป้าหมายเฉพาะในแต่ละเรื่องยึดตามเป้าหมายระดับชาติที่ได้กำหนดไว้แล้ว และ/หรือ ที่ สสส. และผู้เกี่ยวข้องจะร่วมกันกำหนดขึ้น

เป้าหมาย	สถานการณ์เป้าหมายชาติ	แหล่งข้อมูล
(๑) ลดอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ไม่เกิน ร้อยละ ๑๖.๗	อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย <ul style="list-style-type: none"> ใน พ.ศ. ๒๕๕๘ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เท่ากับ ร้อยละ ๑๙.๙ 	การสำรวจพฤติกรรม การดื่มสุราและสูบบุหรี่ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
(๒) ลดปริมาณการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต่อหัวประชากรผู้ใหญ่ ในปี ๒๕๖๓ ให้น้อยกว่า ๖.๖๑ ลิตร แอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ต่อคนต่อปี	อัตราการดื่มสุราของคนไทย <ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลปี ๒๕๕๘ ปริมาณ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต่อหัวประชากรผู้ใหญ่ เท่ากับ ๖.๙๕ ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ต่อคนต่อปี 	กรมสรรพสามิต
(๓) ลดการติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่ให้เหลือปีละ ไม่เกิน ๑,๐๐๐ ราย ภายในปี ๒๕๗๓	อุบัติการณ์การติดเชื้อเอ็ดส์ <ul style="list-style-type: none"> สถานการณ์เมื่อถึงสิ้นปี ๒๕๕๘ โดยใช้แบบจำลอง AIDS Epidemic Model และ Spectrum (เมื่อเมษายน ๒๕๕๙) คาดประมาณว่า ในปี ๒๕๕๘ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ ๖,๙๐๐ คน (เฉลี่ยวันละประมาณ ๑๙ คน) จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ ในปี ๒๕๕๘ ลดลงร้อยละ ๗๗ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๕๓ ที่มีประมาณ เกือบ ๓๐,๐๐๐ คน และลดลง มากกว่าร้อยละ ๙๕ เมื่อเทียบกับ ปี ๒๕๓๓ ที่มีผู้ติดเชื้อใหม่ถึงกว่า ๑๕๐,๐๐๐ คน 	การเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ โดยการตรวจโลหิต สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมาย	สถานการณ์เป้าหมายชาติ	แหล่งข้อมูล
(๔) เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้ อย่างเพียงพอ ตามข้อเสนอแนะ (๔๐๐ กรัมต่อวัน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๔	อัตราการบริโภคผักและผลไม้ <ul style="list-style-type: none"> ใน พ.ศ. ๒๕๕๗ อัตราการบริโภคผักและผลไม้เพียงพอ เท่ากับร้อยละ ๒๙.๘ 	การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย
(๕) เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำของ คนไทยอายุ ๑๑ ปีขึ้นไป ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๔	อัตราการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ และ/หรือ การออกกำลังกายเป็นประจำของคนไทยอายุ ๑๑ ปีขึ้นไป <ul style="list-style-type: none"> ใน พ.ศ. ๒๕๕๙ กิจกรรมทางกายของคนไทยอายุ ๑๑ ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ ๗๐.๙ 	ผลสำรวจสถานการณ์กิจกรรมทางกาย โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. และกระทรวงสาธารณสุข
(๖) ลดความชุกของภาวะ น้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก ให้น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒	ความชุกของสภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็ก <ul style="list-style-type: none"> อัตราชุกของผู้มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ในกลุ่มเด็กวัยเรียน (เด็กที่มีอายุตั้งแต่ ๕ - ๑๔ ปี) พบว่าเด็กวัยเรียน ร้อยละ ๑๓.๑ มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน 	การสำรวจสถานการณ์อัตราชุกของผู้มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
(๗) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน สัดส่วนไม่เกิน ๑๐ ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. ๒๕๖๓	อัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน <ul style="list-style-type: none"> ใน พ.ศ. ๒๕๕๘ อัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนเท่ากับ ๙.๕๔ ต่อประชากรแสนคน^๓ 	ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย

^๓ จากการบูรณาการข้อมูลการตายจากข้อมูล ๓ ฐาน ได้แก่ ข้อมูลจากมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย เป็นระบบลงทะเบียนการตายของผู้เสียชีวิตทุกรายที่มีการแจ้งตาย ข้อมูลจากระบบ POLIS เป็นระบบบันทึกข้อมูลคดี และข้อมูลจากระบบ E-Claim เป็นระบบบันทึกข้อมูลสำหรับเบิกจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนส่วนใหญ่เป็นรถจักรยานยนต์ ซึ่งคณะอนุกรรมการด้านบริหารจัดการข้อมูล ติดตาม ประเมินผล ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน รับผิดชอบโดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการบูรณาการข้อมูล พบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตในปี ๒๕๕๗ เท่ากับ ๓๒,๙๙ ต่อแสนประชากร



เป้าหมาย	สถานการณ์เป้าหมายชาติ	แหล่งข้อมูล
(๘) ร้อยละของประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่มีความสุขเท่ากับหรือสูงกว่าคนทั่วไปอย่างน้อยร้อยละ ๘๕ ในปี ๒๕๖๔	<p>ดัชนีที่แสดงการมีสุขภาพทางจิต</p> <ul style="list-style-type: none"> ร้อยละของคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่มีคะแนนความสุขระดับปกติขึ้นไปในปี ๒๕๕๖ เท่ากับร้อยละ ๘๙.๘ พ.ศ. ๒๕๕๗ เท่ากับ ๘๔.๔ และ พ.ศ. ๒๕๕๘ เท่ากับ ๘๓.๖ สสส. ร่วมกับ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ในการจัดทำบัญชีประชาชาติด้านการอยู่ดีมีสุข/สนับสนุน คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ ขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณา 	<p>การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-economic Survey : SES) ในปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗ และการสำรวจภาวะทำงานของประชากรในปี ๒๕๕๘ โดยผนวกแบบประเมินสุขภาพจิตคนไทย ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และจัดทำเป็นรายงานผลสำรวจความสุขคนไทย (สุขภาพจิต)</p>
(๙) เพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น	<p>ดัชนีที่แสดงถึงครอบครัวอบอุ่น^๔</p> <ul style="list-style-type: none"> ดัชนีครอบครัวอบอุ่น ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ อยู่ในระดับต้องปรับปรุงที่ร้อยละ ๖๓.๐ สสส. ร่วมกับ กยค. สค. พม. กสค ในการกำหนดตัวชี้วัดครอบครัวอบอุ่นระดับชาติและร่วมทำร่างนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว 	<p>(๑) ข้อมูลทะเบียนราษฎร (๒) ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของครัวเรือนและข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้าน (กชช. ๒ ค) กระทรวงมหาดไทย</p> <p>สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติจัดทำดัชนีชี้วัดประกอบด้วย</p> <p>(๑) สัมพันธภาพในครอบครัว (อัตราการหย่าร้าง อัตราการจดทะเบียนสมรส และสัดส่วนของครัวเรือนที่มีความอบอุ่น) และ (๒) การพึ่งตนเอง สสส. จะทำงานร่วมกับภาคีเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดและวิธีการจัดเก็บข้อมูล โดยจะมีการตั้งเป้าหมายในระยะต่อไป</p>

^๔ สสส. ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ และภาคีการพัฒนาหลายองค์กร ร่วมกันจัดทำบัญชีประชาชาติด้านความอยู่ดีมีสุข เห็นว่าประเทศที่มีความเจริญก้าวหน้า ในด้านชีวิตครอบครัวและชุมชน ควรให้ความสำคัญกับ ๕ เรื่องได้แก่ (๑) คนในครอบครัวและชุมชนมีความรักความสามัคคี (๒) ความรุนแรงและปัญหาในครอบครัวหรือชุมชนลดลง (๓) คนในชุมชนรู้จักและมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (๔) เด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส ที่ถูกทอดทิ้งมีจำนวนลดลง และ (๕) คนในครอบครัวหรือชุมชนมีกิจกรรมร่วมกัน

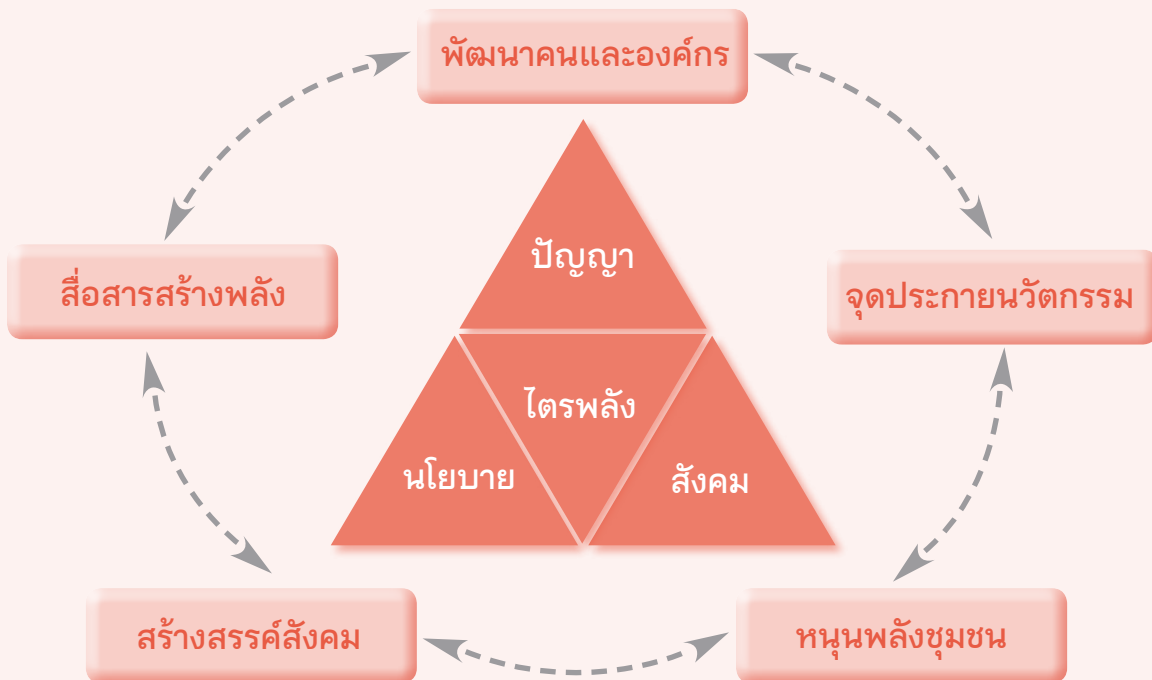
เป้าหมาย	สถานการณ์เป้าหมายชาติ	แหล่งข้อมูล
(๑๐) ชุมชนและท้องถิ่นเข้มแข็ง	<p>ดัชนีที่แสดงถึงชุมชนเข้มแข็ง^๕</p> <ul style="list-style-type: none"> ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ ดัชนีชุมชนเข้มแข็งอยู่ในระดับต้องปรับปรุงเท่ากับ ๖๑.๒ สสส. ร่วมกับ สถ. พช. พอช. พัฒนาตัวชี้วัดชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง/พัฒนาองค์กรประกอบชุมชนเข้มแข็ง และมีการทดลองใช้ตัวชี้วัดชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งในพื้นที่นำร่อง ๔๐ ตำบล ตามข้อตกลงร่วมกันของกรมการพัฒนาชุมชนและสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน 	<p>ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของครัวเรือนและข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้าน (กชช. ๒ ค) กระทรวงมหาดไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จัดทำดัชนีชี้วัดจากข้อมูลจปฐ. โดยใช้ดัชนีสี่ตัวประกอบด้วย (๑) ชุมชนพึ่งตนเองได้ (๒) การเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาด้วยกันอย่างต่อเนื่อง (๓) ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน (๔) ชุมชนเกื้อกูลกัน (การมีสวัสดิการชุมชน) สสส. จะทำงานร่วมกับภาคีเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดและวิธีการจัดเก็บข้อมูล โดยจะมีการตั้งเป้าหมายในระยะต่อไป</p>

^๕ สสส. ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ และภาคีการพัฒนาหลายองค์กร ร่วมกันจัดทำบัญชีประชาชาติด้านความอยู่ดีมีสุข เห็นว่าประเทศที่มีความเจริญก้าวหน้า ในด้านชีวิตครอบครัวและชุมชน ควรให้ความสำคัญกับ ๕ เรื่องได้แก่ (๑) คนในครอบครัวและชุมชนมีความรักความสามัคคี (๒) ความรุนแรงและปัญหาในครอบครัวหรือชุมชนลดลง (๓) คนในชุมชนรู้จักและมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (๔) เด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส ที่ถูกทอดทิ้งมีจำนวนลดลง และ (๕) คนในครอบครัวหรือชุมชนมีกิจกรรมร่วมกัน





ยุทธศาสตร์



ยุทธศาสตร์หลัก : สามพลัง

ยุทธศาสตร์ “สามพลัง” ประกอบด้วยพลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังนโยบาย เป็นยุทธศาสตร์หลักสำหรับขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขปัญหาสุทธภาวะที่ยากและสำคัญในสังคมไทยอย่างสร้างสรรค์ที่กองทุนได้ใช้อย่างได้ผลตลอดมา กองทุนยังคงใช้ยุทธศาสตร์นี้เป็นยุทธศาสตร์หลักต่อไป โดยกองทุนเป็นกลไกที่ช่วยสร้างความเข้มแข็ง และสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมโยงของ “พลัง” ทั้งสาม



ยุทธศาสตร์เฉพาะ

๑. **พัฒนาขีดความสามารถ ของบุคคลและองค์กร ให้เท่าทันพลวัตของปัจจัยต่างๆ ที่กระทบต่อสุขภาพ** รวมทั้งให้มีขีดความสามารถในการทำงานเชิงรุก ทั้งที่เป็นงานเฉพาะด้านและการบูรณาการเชื่อมโยงข้ามภาคส่วน (รัฐ วิชาการ เอกชน ประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ฯลฯ) ข้ามประเด็น และข้ามพรมแดนในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับภูมิภาคและระดับโลก
๒. **พัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและนวัตกรรมทางสังคม** เพื่อให้มีกลไกและวิธีการใหม่ๆ ในการตอบสนองต่อปัญหาใหม่ๆ และต่อความต้องการของภาคส่วนต่างๆ ที่หลากหลาย ทั้งนวัตกรรมด้านมาตรการ ปฏิบัติการ และกิจการสังคม
๓. **เสริมสร้างศักยภาพของชุมชนและท้องถิ่น** สนับสนุนกิจกรรมเพื่อการพัฒนา ความเข้มแข็งเชิงระบบและการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น อันรวมถึงผู้นำ กลุ่ม องค์กร ชุมชน ทั้งในเชิงพื้นที่ และในลักษณะอื่นๆ
๔. **พัฒนาระบบและกลไกทางสังคม ที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะ** ซึ่งรวมถึง ระบบและกลไก นโยบาย กฎหมาย และกลไกทางสังคมอื่นๆ ที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะให้เอื้อต่อการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาวะ
๕. **พัฒนาระบบการเรียนรู้และสื่อสารสาธารณะ** โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพในด้านการจัดการความรู้ ข้อมูล การสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ ทั้งในองค์กร สสส. เองและภาคีทั้งหมด ให้เหมาะสมกับบริบทการสื่อสารใหม่

ส่วนที่ ๒

ภาพรวมแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓)

๑. สรุปผลการประเมินผลแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)
๒. วิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงาน
 - ๗ สถานการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะใน ๓ ปีข้างหน้า
 - สรุปการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงานรายแผน
๓. บริบทและแนวโน้มนโยบายในการจัดทำแผน
๔. รูปแบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
๕. งบประมาณ
๖. การบริหารจัดการ การกำกับติดตามและประเมินผลและการบริหารความเสี่ยง
๗. การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ



สรุปผลการประเมินผลแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)

สสส.ให้ความสำคัญกับการติดตามและประเมินผลโดยจัดให้มีการประเมินผลในทุกระดับ ทั้งระดับแผนงาน/โครงการ ระดับแผน และระดับองค์กร โดยการประเมินผลที่สำคัญหนึ่งคือการประเมินผลการดำเนินงานของแผนหลัก ๓ ปี ซึ่งกำหนดไว้ในหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙ ว่าจะให้คณะกรรมการบริหารแผนจัดให้มีการประเมินผลผลลัพธ์ของแผนอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสามปี ในปี ๒๕๖๐ สำนักงานจึงได้จัดให้มีการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลักระยะ ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) ในระดับแผนทั้ง ๑๕ แผน โดยได้แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการจัดการประเมินผลผลลัพธ์ของแผนตามแผนหลักระยะ ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)^๖ ที่มีผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกเป็นประธาน และมีผู้แทนจากคณะกรรมการบริหารแผนทั้ง ๘ คณะ เพื่อทำหน้าที่ในการกำหนดขอบเขตและกำกับดูแลการประเมินผล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำผลการประเมินนี้มาใช้ในการปรับปรุง พัฒนา และวางแผนการดำเนินงานของ สสส. ในระยะ ๓ ปีต่อไป

กระบวนการประเมินผลการดำเนินงานระดับแผนทั้ง ๑๕ แผน ตามแผนหลักระยะ ๓ ปี ดำเนินการโดยคณะผู้ประเมินผลภายนอก โดยประกาศเปิดรับเป็นการทั่วไป ผู้ประเมินผลภายนอกยื่นข้อเสนอโครงการผ่านคณะกรรมการอำนวยการฯ พิจารณาคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งคณะกรรมการฯ ได้พิจารณาคัดเลือกและมอบหมายให้คณะผู้ประเมินผลภายนอก ๕ คณะ^๗ ตามกรอบการประเมินผล CIPP (Context/ Input/Process/Product)

^๖ คำสั่งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพที่ ๑๖/๒๕๕๙ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการจัดการประเมินผลผลลัพธ์ของแผนตามแผนหลักระยะ ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)

^๗ รายชื่อคณะผู้ประเมินผลการดำเนินงานแผนหลักระยะ ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)

๑. ดร.นพดล กรรณิกาและคณะ (บริษัท เคเอ็มคอนซัลแตนท์ จำกัด) รับผิดชอบแผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด และแผนจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ
๒. ดร.อริศรา เล็กสรรเสริญและคณะ (คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล) รับผิดชอบแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และแผนอาหารเพื่อสุขภาพ
๓. รศ.ดร.ทัศนีย์ ลักษณ์ภินชัชและคณะ (สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาสังคม มูลนิธิเพื่อการบริหารสังคม) รับผิดชอบแผนสุขภาพประชากร กลุ่มเฉพาะ แผนสุขภาพชุมชน และแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ
๔. ดร.ปรีชา ผาติชลและคณะ (บริษัท มาร์เกตเมทริกซ์ เอเชีย จำกัด) รับผิดชอบแผนสุขภาพเด็ก เยาวชนและครอบครัว แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร และแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ
๕. ศ.ดร.ปาริชาติ สกลปานานท์และคณะ (คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) รับผิดชอบแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ



ทั้งนี้ คณะกรรมการฯ ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินผล ดังนี้

- ๑) เพื่อประเมินผลบริบท กระบวนการบริหารจัดการ การดำเนินงาน และผลสัมฤทธิ์ของแผน/แผนงาน/ชุดโครงการ/โครงการ พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ว่ามีความสอดคล้องกับเป้าหมายระยะ ๓ ปีของแผน และทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปีของ สสส. หรือไม่ อย่างไร
- ๒) เพื่อค้นหาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ และ/หรือ ไม่สำเร็จของแผน รวมทั้งช่องว่างในการดำเนินงานที่ผ่านมา
- ๓) เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะการขับเคลื่อนแผน เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการในระยะต่อไป และเพื่อนำไปสู่การบรรลุต่อทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปีของ สสส.

ประมวลสรุปผลและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางานในภาพรวมระยะต่อไป

๑. ผลสัมฤทธิ์ (product)

ผลการประเมินผลในภาพรวมพบว่า แผนต่างๆ ของ สสส. สามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัดแผนหลักระยะ ๓ ปี ได้เกือบทั้งหมด ส่วนที่ยังไม่บรรลุผลก็มีแนวโน้มที่จะบรรลุผลได้ในช่วงเวลาแผนหลักที่เหลือ อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่า ตัวชี้วัดแผนหลักระยะ ๓ ปี บางตัวมีความแตกต่างและไม่เชื่อมโยงกับทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปีของ สสส. ได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้เป็นไปได้ว่า สสส. ต้องดำเนินการในประเด็นงานอื่นๆ ที่ส่งผลสนับสนุนต่อเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี และมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายทั่วไปของ สสส.

อย่างไรก็ตาม หาก สสส. ต้องการใช้เป้าหมายระยะ ๑๐ ปีเป็นตัวชี้วัดหลักขององค์กร (Corporate KPIs) สสส. ควรดำเนินการเพื่อให้เกิดความชัดเจนของการทำงาน ดังนี้

- ๑) ควรมีการถ่ายทอดหรือกระจายตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (cascade KPIs) ที่เชื่อมโยงอย่างชัดเจนไปสู่แผนหลักของแต่ละแผน
- ๒) ควรพิจารณาการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมกับน้ำหนักที่ต้องมุ่งเน้นการบรรลุเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี
- ๓) ในกรณีที่ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของแผนหลัก ๓ ปี ไม่ส่งผลโดยตรงต่อการบรรลุเป้าหมาย ๑๐ ปี ควรระบุเหตุผลความจำเป็นที่ชัดเจน

๒. บริบท (context)

- ๑) เพื่อให้สามารถบรรลุผลสำเร็จตามทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี สสส. ควรมีแผนบูรณาการการทำงานในระดับแผนต่างๆ ที่มีความชัดเจน โดยการกระจายภาระงาน ความรับผิดชอบและกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานแผนหลักระยะ ๓ ปี ของแต่ละแผนให้ตอบสนองต่อเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี รวมทั้งควรมุ่งจุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังภาคี เครือข่ายต่างๆ ให้เกิดการดำเนินงานร่วมในลักษณะ Collective Impacts ให้ครบทุกเป้าหมาย

- ๒) เนื่องจากเป้าหมายระยะ ๑๐ ปีของ สสส. เป็นเป้าหมายระดับชาติที่อาศัยการทำงานร่วมกันของทุกฝ่าย ซึ่งผลสำเร็จหรือไม่สำเร็จที่เกิดขึ้นนั้น ไม่สามารถที่จะสะท้อนประสิทธิภาพประสิทธิผลการดำเนินงานของ สสส. ได้ชัดเจน ดังนั้น สสส. ควรพิจารณากำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานระดับองค์กรเพิ่มเติม โดยเป็นตัวชี้วัดในระดับรองที่สามารถสะท้อนผลสัมฤทธิ์ตามบทบาทหน้าที่ และพันธกิจของ สสส. ได้โดยตรง
- ๓) การกำหนดทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี ในระยะต่อไป สสส. ควรนำเอาเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ของสหประชาชาติ มาเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการพิจารณา
- ๔) เพื่อให้สามารถทราบความก้าวหน้าการดำเนินงานที่กำลังดำเนินอยู่สนองต่อทิศทางเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปีอย่างน้อยเพียงใด แผนต่างๆ ควรกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ระยะกลาง (Intermediate Outcome) เพื่อทำหน้าที่เชื่อมทิศทางการดำเนินงานระยะ ๑๐ ปี และปรับตัวชี้วัดในระยะ ๓ ปีและ ๑ ปีให้สะท้อนผลสัมฤทธิ์ที่จะส่งถึงผลลัพธ์ระยะกลาง และเป้าหมาย ๑๐ ปี รวมทั้งควรมีการกำหนดนิยามความหมายของตัวชี้วัดให้มีความชัดเจนทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ
- ๕) แผนต่างๆ ของ สสส. มีต้นแบบ รูปแบบที่ประสบความสำเร็จเป็นจำนวนมาก ดังนั้น จึงควรนำเอาต้นแบบ รูปแบบความสำเร็จเหล่านั้น ไปต่อยอดและขยายผลในระดับพื้นที่ ชุมชน และท้องถิ่นให้มากยิ่งขึ้น โดยผ่านช่องทางหน่วยงานหลัก เช่น กระทรวง กรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ เพื่อให้เกิดสัมฤทธิ์ผลอย่างครอบคลุม

๓. ปัจจัยนำเข้า (input)

- ๑) ด้วย สสส. เป็นหน่วยงานที่มีได้เป็นหน่วยปฏิบัติ จึงได้วางอัตรากำลังพลไว้จำกัด แต่ด้วยการเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบต่างๆ ที่ผ่านมามีการระงับงานด้านธุรการ และการประสานงานด้านธุรการให้กับผู้รับทุนเพิ่มสูงขึ้นมาก ส่งผลให้นักวิชาการไม่สามารถทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาทางวิชาการ และติดตามการดำเนินงานของภาคีได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ดังนั้น หากเป็นไปได้ สสส. ควรพิจารณาจัดให้มีศูนย์บริการด้านการเงิน ภาษี และธุรการอื่นๆ เป็นการเฉพาะ
- ๒) งานสร้างเสริมสุขภาพที่ สสส. ดำเนินการอยู่นั้นเป็นการสร้างการเปลี่ยนแปลงในจุดที่เป็นคานงัดสำคัญ โดยใช้บุคลากรจำนวนไม่มาก ดังนั้นเพื่อให้บุคลากรในทุกระดับสามารถบริหารจัดการ และขับเคลื่อนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผล สสส. ควรเร่งบรรจุกำลังพลให้เต็มอัตรากำลังเพื่อลดภาระงาน และควรเพิ่มการพัฒนาศักยภาพ ขีดความสามารถของบุคลากรในทุกระดับทั้ง ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ สสส. รวมทั้งภาคีเครือข่ายต่างๆ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
- ๓) สำหรับแผนเชิงรุก ควรพิจารณาเพิ่มการสนับสนุนภาคีรับทุนในลักษณะโครงการนวัตกรรมขนาดเล็กในประเด็นงานของแผน โดยอาจร่วมมือกับแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ เพื่อให้มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน และขยายฐานภาคีให้มีความหลากหลาย และเกิดประสิทธิภาพในระยะยาวมากขึ้น



- ๔) ควรพิจารณาบทบาทของการจัดสรรงบประมาณให้เกิดการดำเนินงานที่กระจายลงระดับจังหวัด และระดับพื้นที่มากยิ่งขึ้น

๔. กระบวนการบริหารจัดการ (process)

- ๑) ควรเพิ่มเติมการสื่อสารถึงบทบาท ภารกิจ ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ของ สสส. ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทั้ง บุคลากร สสส. ผู้ทรงคุณวุฒิ ภาคีเครือข่าย ฯลฯ ให้มีความเข้าใจที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น
- ๒) ควรทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีองค์ประกอบที่มาจากผู้บริหารกระทรวงและส่วนราชการต่างๆ ให้มีบทบาทที่ชัดเจนขึ้น ในการช่วยสนับสนุนเชิงนโยบาย และการประสานงานกับหน่วยงานราชการต่างๆ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนงานของ สสส.
- ๓) ควรกำหนดยุทธศาสตร์และดำเนินการด้านการสื่อสารสาธารณะให้มีความเข้มข้นและต่อเนื่อง ทั้งเรื่องผลการดำเนินงาน แนวทางการบริหารจัดการ ประโยชน์สาธารณะที่เกิดขึ้น เพื่อให้สังคมเข้าใจและเชื่อมั่นต่อ สสส.
- ๔) ควรเน้นให้ทุนวิจัยในการศึกษาเชิงทดลอง (Quasi - Experimental Study) ประเด็นการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน สำหรับโครงการที่ดำเนินการมาต่อเนื่อง สร้างผลลัพธ์สูง และมีโอกาสจะขยายขนาดหรือทำซ้ำได้ทั่วประเทศ เพื่อนำไปสู่การขยายผลในเชิงผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมต่อไป
- ๕) ด้วยระเบียบการทางการเงินและภาษีที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ทำให้ภาคีบางส่วนเกิดข้อจำกัดในการร่วมงานกับ สสส. โดยเฉพาะภาครายย่อยในพื้นที่ สสส. จึงควรจะทำ ความเข้าใจ ให้คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกแก่ภาคีให้มากขึ้น

๕. สรุปข้อเสนอแนะที่สำคัญจากการประเมินผลนโยบายของ สสส.

ในช่วงระยะเวลาเดียวกันกับการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลักระยะ ๓ ปีนั้น ทางคณะกรรมการประเมินผล สสส. ได้จัดให้มีการประเมินผลนโยบายของ สสส. โดยมอบหมายให้ คณะอนุกรรมการพิจารณาการประเมินผลนโยบายของ สสส.^๕ ทำหน้าที่กำกับดูแลการประเมิน ทั้งนี้ ภายหลังจากการพิจารณาผลการประเมินผล คณะอนุกรรมการฯ ได้ประมวลสรุปข้อเสนอแนะต่อ สสส. ที่สำคัญ ดังนี้

- ๑) เนื่องจาก สสส. เป็นหน่วยงานที่ดำเนินงานในการจุดประกาย กระตุ้น สานและเสริมพลัง ภาคส่วนต่างๆ ให้ร่วมทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของชาติ ดังนั้น กองทุนควรกำหนด กรอบในการทำหน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนที่นอกเหนือจากบทบาทในการพิจารณา

^๕ คำสั่งคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ ๒/๒๕๕๙ เรื่องแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาการประเมินผลนโยบายของ สสส.

ให้ความเห็นชอบในประเด็นต่างๆ โดยเน้นบทบาทในการเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่ช่วยในการขับเคลื่อนงานโดยรับไปประสานหรือดำเนินการตามบทบาทพันธกิจของหน่วยงานตนเอง ทั้งนี้ สำนักงานในฐานะของฝ่ายเลขานุการควรจะต้องนำเสนอเนื้อหาในเชิงของการขอให้กรรมการช่วยขับเคลื่อนงานของ สสส. ตามบทบาทของหน่วยงานหรือภาคส่วนนั้นๆ

- ๒) ควรพิจารณาให้มีกลไกเฉพาะในการขับเคลื่อนงานตามทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี ที่ทำหน้าที่ในการกำหนดบทบาทหน้าที่ และพันธกิจของ สสส. ให้สอดคล้องเชื่อมโยงกับเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี และทำหน้าที่ในการบูรณาการเชื่อมโยงระหว่างแผน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การทำงานรวมทั้งภายใน สสส. และภาคีภายนอกของ สสส. ทั้งหมด
- ๓) ควรให้ความสำคัญกับการประเมินผลในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กร โดย สสส. และภาคีเครือข่ายควรมุ่งเน้นการเรียนรู้จากการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อไปสู่การพัฒนาคุณภาพและผลลัพธ์ของการทำงานในระยะต่อไป



วิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงาน

๗ สถานการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะใน ๓ ปีข้างหน้า

จากการที่ สสส. ร่วมกับสถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และภาคีเครือข่ายวิชาการในแต่ละแผน รวมถึงการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในด้านต่างๆ พบว่า มี ๗ สถานการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของทุกคนบนแผ่นดินไทยและการทำงานของ สสส. ในช่วง ๓ ปีข้างหน้า (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ได้แก่

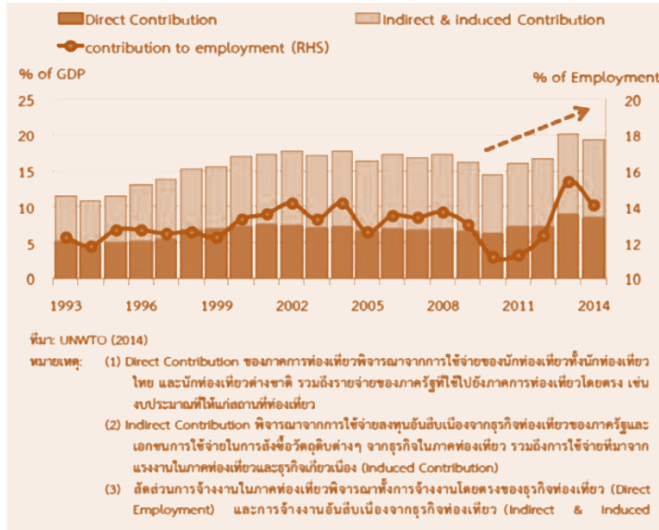
๑. นโยบายรัฐ ที่หมายรวมถึงการมีรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ที่มีหลายส่วนเกี่ยวข้องกับงาน สสส. หรือการที่ประเทศอยู่ในช่วงเวลาของการปฏิรูปในหลายๆ ด้าน และการมียุทธศาสตร์ชาติฉบับต่างๆ ทั้งในระยะยาว ระยะกลาง และระยะสั้น ซึ่งทั้งหมดล้วนแล้วแต่เป็นการวางกรอบทิศทางของการดำเนินการทั้งแบบกว้างและแบบเฉพาะเจาะจงซึ่งจะเป็นการกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพในอนาคต และมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับ สสส. ในหลายๆ แผนกิจกรรมที่จะดำเนินการขับเคลื่อน รวมถึงการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐที่มีกลุ่มเป้าหมายเหมือนกัน หรือใกล้เคียงกันจะเป็นกุญแจที่สำคัญในการดำเนินการของ สสส. ในอนาคต

๒. ทิศทางเศรษฐกิจของประเทศ จากการคาดการณ์ของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย บ่งชี้ว่า อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของไทยเริ่มเข้าสู่ช่วงขยายตัวอีกครั้งในรอบ ๓ ปีข้างหน้า (๒๕๖๐ - ๒๕๖๒) ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นไปตามวัฏจักรทางเศรษฐกิจ^๑ รวมถึงได้รับผลจากมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจภายในประเทศของภาครัฐ รวมถึงการขยายตัวของภาคการท่องเที่ยวที่นับวันจะทวีความสำคัญขึ้นมาก อย่างไรก็ตาม ภาคการผลิตและบริการของไทยยังคงพึ่งพาแรงงานต่างด้าวเป็นสำคัญ ทั้งหมดนี้ส่วนหนึ่งนำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาวะ เช่น ความแออัดในพื้นที่ท่องเที่ยว มลภาวะต่อชุมชนโดยรอบแหล่งท่องเที่ยว เพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการเดินทางและในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวโรคติดต่อ และโรคอุบัติใหม่ และปัญหาจากแรงงานต่างด้าวต่างๆ

^๑ ธนาคารแห่งประเทศไทย คาดการณ์ว่าโดยเฉลี่ยเศรษฐกิจไทยจะโตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒.๓ ต่อปี มาเป็นร้อยละ ๓.๓ ต่อปี ที่มา : TDRI



Travel & Tourism Contribution to GDP and Employment, 1993- 2014



“จากผลการศึกษาขององค์การการท่องเที่ยวโลกแห่งสหประชาชาติ (UNWTO) ที่วิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลจากบัญชีประชาชาติด้านการท่องเที่ยว (Tourism Satellite Account: TSA) ชี้ว่าในช่วงกว่า ๒ ทศวรรษที่ผ่านมาภาคบริการท่องเที่ยวของไทยได้สร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่เศรษฐกิจไทยอย่างต่อเนื่องทั้งผลทางตรงและผลทางอ้อม”

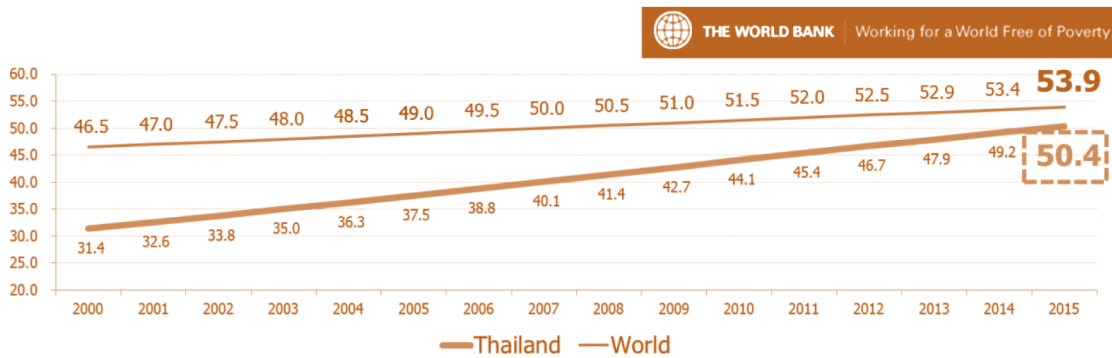
ที่มา ธปท.



๓. **ความเป็นเมือง/พลวัตเชิงพื้นที่** ซึ่งจากข้อมูลของธนาคารโลกพบว่าตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๙ ประเทศไทยมีพื้นที่ที่อยู่ในเขตเทศบาลเกินกว่าร้อยละ ๕๐ ของพื้นที่ทั้งหมดแล้ว^{๑๐} นอกจากการเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ที่กลายเป็นเมืองในเชิงกฎหมายมากขึ้นแล้ว วิถีชีวิตและพฤติกรรมผู้บริโภคของคนในพื้นที่ยังเปลี่ยนแปลงไปด้วย เช่น การพึ่งพาอาหารสำเร็จรูปจากร้านสะดวกซื้อและร้านอาหาร

^{๑๐} <http://data.worldbank.org/indicator/SP.URB.TOTL.IN.ZS>

งานด่วน หรือการใช้บริการสั่งอาหารแบบส่งถึงที่ซึ่งล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้บริโภคทั้งสิ้น อีกทั้งการที่ยุทธศาสตร์และแผนฉบับต่างๆ ของชาติยังทำให้เกิดพื้นที่พิเศษและพื้นที่เฉพาะทั้งในเชิงความมั่นคงและเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น หรือการแบ่งเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขก็ล้วนแต่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อมกับ สสส. ทั้งสิ้น ทั้งนี้ สสส. จึงจำเป็นต้องปรับโครงสร้างเพื่อขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่ให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป

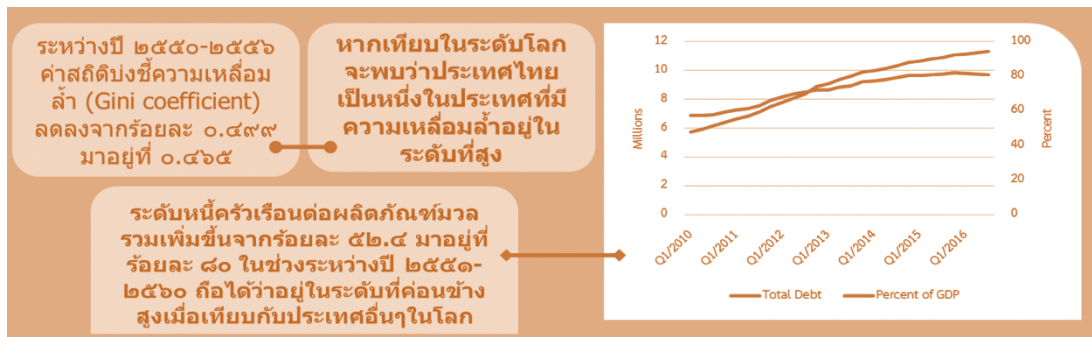


ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๙ มีผลบังคับใช้วันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๕๙

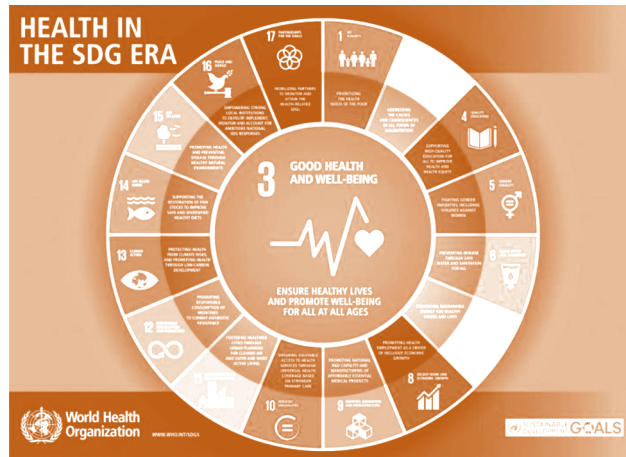
เขตสุขภาพเพื่อประชาชน หมายถึง เขตพื้นที่สำหรับการดำเนินการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพให้เกิดการบูรณาการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมและให้เกิดความสอดคล้องต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ครอบครัว และชุมชน



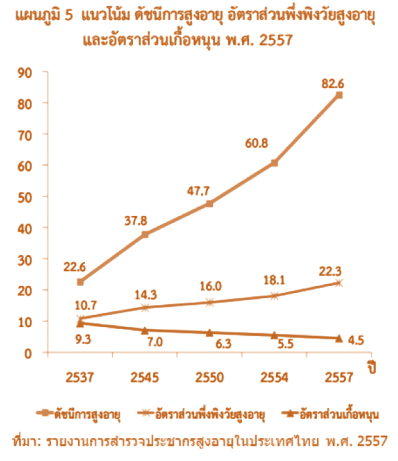
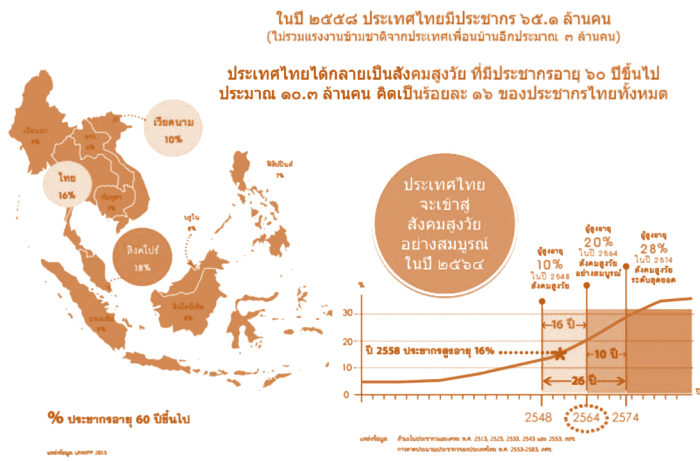
๔. ความเหลื่อมล้ำ ที่ผ่านมามาประเทศไทยยังมีปัญหาความยากจนอยู่บ้าง แต่ปัญหาสำคัญ คือ ความเหลื่อมล้ำและระดับหนี้ครัวเรือนที่สูง ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น และจะส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของคนไทยได้ในอนาคต



๕. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs : The Sustainable Development Goals) ภาครัฐได้มีการบูรณาการเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ค.ศ. ๒๐๓๐ ของสหประชาชาติเข้ากับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปีและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ซึ่งจะส่งผลดีทำให้ภาครัฐเข้ามาขับเคลื่อนในการดูแล แก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาวะของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ การที่ภาครัฐให้ความสำคัญกับการผลักดันเป้าหมาย SDGs จะมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ สสส. ในหลายด้าน เช่น กลุ่มงานที่ดูแลด้านโรคติดต่อเช่น AIDs กลุ่มงานที่ดูแลปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มงานที่ดูแลปัญหาการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุและภัยธรรมชาติ ตลอดจนกลุ่มงานด้านการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

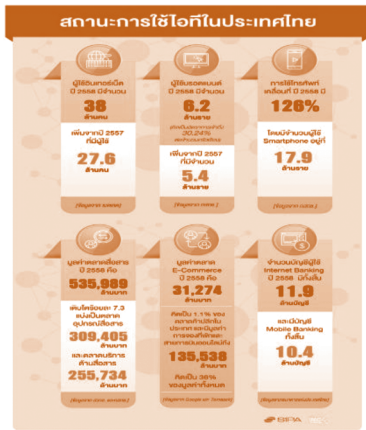


๖. สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ เป็นต้นมา ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัย และมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปประมาณ ๑๐.๓ ล้านคน ในปี ๒๕๕๘ คิดเป็นร้อยละ ๑๖ ของประชากรไทยทั้งหมด^{๑๑} เช่นเดียวข้อมูลบ่งชี้ต่างๆ ที่ระบุสถานการณ์ผู้สูงอายุ เช่น ดัชนีการสูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรืออัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกันส่งผลให้อัตราส่วนเกื้อหนุนมีแนวโน้มลดลง^{๑๒} ทำให้มีผลต่อความมั่นคงทางการเงินของประชาชน และการเสริมสร้างสุขภาพอนามัยทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ



^{๑๑} รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี ๒๕๕๘
^{๑๒} รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๗

๗. เทคโนโลยี ที่รวมถึงการเข้าถึงเนื้อหาในรูปแบบ Digital Context ต่างๆ ที่ทำได้ง่ายขึ้น ผ่านช่องทางเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตทั้งแบบมีสายและแบบไร้สายที่เพิ่มขึ้น รวมถึงการที่อุปกรณ์สารสนเทศที่ทันสมัยและมีราคาถูกลงก็ส่งผลทั้งทางบวกและลบต่อสุขภาพของคนไทยได้เช่นกัน



ที่มา: สำนักงานส่งเสริมอุตสาหกรรมซอฟต์แวร์แห่งชาติ (องค์การมหาชน)



เทคโนโลยีทำให้คนเข้าถึงข่าวสารได้ง่ายขึ้น และอาจตกเป็นเหยื่อได้ง่ายขึ้นด้วยเช่นกัน

สรุปการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงานรายแผน

แผนควบคุมยาสูบ การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทยล่าสุดปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ) พบว่า ในจำนวนประชากรที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีผู้สูบบุหรี่ร้อยละ ๑๙.๔ โดยอัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง ๒๑.๘ เท่า มาตรการควบคุมยาสูบได้ผลดีในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ในขณะที่กลุ่มอายุ ๑๕ - ๑๘ ปี อัตราการลดการบริโภคยาสูบลดลงเพียงร้อยละ ๓๔.๒๒ และเมื่อพิจารณาตามเขตการปกครอง และปัจจัยทางภูมิศาสตร์ พบว่ามาตรการควบคุมยาสูบได้ผลดีในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย อัตราการบริโภคยาสูบในภาคอีสานมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์และมาตรการในการควบคุมยาสูบที่ต่อเนื่องและครอบคลุมทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี และ ๒๕ - ๕๔ ปีเพิ่มขึ้นร้อยละ ๖.๐ โดยอายุเฉลี่ยของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก เฉลี่ยเริ่มต้นดื่มเมื่ออายุ ๒๐.๘ ปี เพศชายเริ่มที่อายุต่ำกว่าเพศหญิง (๑๙.๔ ปี และ ๒๕.๐ ปี ตามลำดับ) ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลงจากปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ที่ ๘.๐๙ เป็น ๖.๙๕ ลิตรต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มสูงสุดเมื่อพิจารณาตามเขตการปกครอง และปัจจัยทางภูมิศาสตร์ ได้แก่ เบียร์เป็นที่นิยมทั้งผู้อยู่ในและนอกเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาลนิยมสุราขาว/สุรากลั่น หรือยาดองเหล้า/สุราจีน/วอดก้าและอื่นๆ รวมถึงสุราแช่พื้นบ้าน จึงต้องทำการควบคุมปริมาณการบริโภค ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ การลดความเสี่ยงของการบริโภค และจำกัดและลดความรุนแรงของปัญหา



แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม สถิติผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจร ในปี ๒๕๕๘ ลดลงร้อยละ ๕๕.๒๓ จากสถิติการเสียชีวิตของผู้ใช้รถประเภทต่างๆ พบว่า ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่ารถประเภทอื่นๆ ถึง ๓.๔ เท่า เนื่องจากการก่อสร้างสาธารณูปโภค เช่น ทางข้าม ทางยกระดับ อุโมงค์ลอดทางแยกที่ไม่ได้คำนึงถึงผู้ใช้จักรยานยนต์ และการเข้าถึง จักรยานยนต์ได้ง่าย และการขาดการคำนึงถึงมาตรฐานด้านความปลอดภัย แม้ว่าในปี ๒๕๕๘ มีรถจักรยานยนต์จดทะเบียนคิดเป็นร้อยละ ๕๔ ของรถจดทะเบียนทั้งหมดซึ่งลดลงจากปี ๒๕๕๘ อัตราการสวมหมวกนิรภัยในเขตเมืองมีร้อยละ ๗๒ แต่ในเขตชนบทมีเพียงร้อยละ ๒๙ เหตุผลสำคัญของการไม่สวมหมวกนิรภัยคือ เดินทางระยะใกล้และความประมาท ในปี ๒๕๕๘ ผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนมีการใช้แอลกอฮอล์มีจำนวนลดลงเหลือร้อยละ ๒๐.๗๖ รถกระบะเป็น ๑ ใน ๓ ของยานพาหนะที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุการใช้ความเร็ว คือ รถกระบะและรถยนต์นั่ง ร้อยละ ๕๐ ซึ่งมีสาเหตุของการขับรถเร็วมาจากความเร่งรีบ ถนนโล่ง

แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ อัตราการคลอดในวัยรุ่นกลุ่ม ๑๕ - ๑๙ ปียังคงอยู่ในอัตราที่สูง เมื่อเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่นในปี ๒๕๕๘ มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ ๗๐ แม้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยจะเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง แต่อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี กลับยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จากการมีคู่เพศสัมพันธ์หลายคนและการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันเพิ่มขึ้น เมื่อสิ้นปี ๒๕๕๘ ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใหญ่ ร้อยละ ๑.๐ ผู้ใหญ่เพศชาย ร้อยละ ๑.๑ ผู้ใหญ่เพศหญิงร้อยละ ๐.๗ อนึ่ง จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (SES) ในปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗ และ การสำรวจภาวะทำงานของประชากรในปี ๒๕๕๘ พบว่า อัตราส่วนคนไทยที่มีความสุขมีแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ ๑๖.๔ ในปี ๒๕๕๘ ซึ่งส่งผลสืบเนื่องต่อโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) อันดับที่ ๑ ในเพศหญิง และอันดับที่ ๓ ในเพศชาย แรงงานนอกระบบมีระดับความสุขในชีวิตต่ำกว่าคนปกติ เฉลี่ยร้อยละ ๖๔ เนื่องจากไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงาน ทั้งความมั่นคงในงาน ความไม่แน่นอนของรายได้ ความไม่เป็นธรรมในการใช้สิทธิต่างๆ

แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ ประชากรกลุ่มเฉพาะมีปัจจัยเสี่ยงที่แสดงให้เห็นความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพได้รุนแรงและชัดเจนกว่ากลุ่มประชากรอื่น ตัวอย่างของประชากรกลุ่มเฉพาะได้แก่ คนไร้บ้าน ผู้สูงอายุ มุสลิม แรงงานข้ามชาติ คนพิการ และกลุ่มผู้ต้องขังหญิง ซึ่ง ๓ ใน ๔ ของคนพิการที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่มีอาชีพและรายได้อื่น นอกจากได้รับเบี้ยความพิการเดือนละ ๘๐๐ บาท อีกร้อยละ ๗๑.๔ ไม่ได้รับการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกและการปรับสภาพแวดล้อม และมีคนพิการถึงร้อยละ ๗๐ ไม่ได้รับการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตเพราะเชื่อว่าดูแลตัวเองหรือฝึกเองได้ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวลำพังร้อยละ ๘.๗ และร้อยละ ๑๘.๘ อยู่ลำพังกับคู่สมรส ซึ่งทั้ง ๒ กลุ่มจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความเปราะบางต่อปัญหาต่างๆ ได้แก่ โรคเรื้อรัง มีภาวะสุขภาพทรุดโทรมอาจทำให้สมรรถนะในการปฏิบัติการกิจชีวิตประจำวันลดลง หรืออาจจะไม่สามารถปฏิบัติการกิจต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และแนวโน้มมีความรุนแรงสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น ด้านปัญหาความยากจนสัดส่วนคนจนของครัวเรือนมุสลิมมีค่าสูงกว่าทั้งประเทศกว่าเท่าตัว และปัญหาความยากจนของมุสลิมรุนแรงมากในจังหวัดชายแดนภาคใต้

ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งของมุสลิมไทยอาศัยอยู่ รวมถึงแรงงานข้ามชาติไม่สามารถเข้าถึงสิทธิสุขภาพ สิทธิทางการศึกษา และช่องทางการศึกษา ด้วยเหตุนี้ การทำงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้าง หรือปัจจัยสังคมไม่ได้กระทำต่อกลุ่มประชากรชายขอบเพียงกลุ่มเดียว หากครอบคลุมถึงกลุ่มประชากร ทุกกลุ่มในสังคม

แผนสุขภาวะชุมชน การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการจัดการพื้นที่ให้มีขีดความสามารถ ในการรองรับการเปลี่ยนแปลงที่กระทบต่อสุขภาวะชุมชน (Community Resilience) และการสนับสนุน ให้เกิดปฏิบัติการของชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองต่อรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ และเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ โดยเฉพาะในส่วนที่มุ่งเน้นการพัฒนาตามหลักปรัชญา ของเศรษฐกิจพอเพียง รวมถึงการให้ความสำคัญต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) จึงทำให้การดำเนินงานของแผนสุขภาวะชุมชนที่มีเป้าหมายเพื่อชุมชน ท้องถิ่นเข้มแข็งไปในทิศทางเดียวกับการพัฒนาประเทศ รวมถึงตอบสนองต่อแนวนโยบายและจุดเน้น ของแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ของ สสส.

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว สถานการณ์ของเด็ก เยาวชน และครอบครัว พบว่า ครอบครัวที่เปราะบาง การใช้ความรุนแรงในครอบครัวและในสังคม และการทำบชบชพททหน้าทีที่ที่เหมาะสม ของครอบครัว และปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบโดยตรงต่อความเข้มแข็งและมั่นคงของสถาบันครอบครัว เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม วิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ของ เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) พบว่าร้อยละ ๒๐ มีพัฒนาการล่าช้าทางภาษา ร้อยละ ๕ ล่าช้าด้าน ปฏิภาณไหวพริบและการเข้าสังคม ซึ่งพัฒนาการทั้ง ๒ ด้านมีผลต่อระดับสติปัญญา การเรียนรู้ทั้งทักษะ ด้านการอ่าน การเขียน เด็ก (๖ - ๑๔ ปี) มีปัญหาเรื่องภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ขาดสารอาหารที่จำเป็น ต่อร่างกาย พฤติกรรมติดเกม สื่อโทรทัศน์/ภาพยนตร์ และการเล่นอินเทอร์เน็ต เยาวชน (๑๕ - ๒๔ ปี) มีปัญหาด้านสุขภาพ การเรียนรู้ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการตั้งครรภ รวมทั้งปัญหาเด็กต่างชาติ แรงงานต่างชาติ เด็กย้ายถิ่นที่ยังเข้าไม่ถึงบริการของรัฐ

แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ใช้แนวทาง Healthy Workplace Framework ประยุกต์ให้ สอดคล้องเพื่อสนับสนุนงานด้านองค์กรสุขภาวะ โดยจัดการกับปัญหาขององค์กรภาคสาธารณะ และ องค์กรภาคเอกชน ดังนี้ บุคลากรภาครัฐมีปัญหามาจากโรคประจำตัวที่เพิ่มมากขึ้น โดยเป็นโรคเรื้อรัง อาทิ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง มีปัญหาเรื่องการบริหารจัดการความเครียดที่เพิ่มขึ้น และจำเป็นต้อง อยู่แยกจากครอบครัวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๓๐ ในปี ๒๕๕๙ มีบุคลากรภาครัฐมากกว่าร้อยละ ๘๕ ที่มีภาระหนี้สินจากบัตรเครดิตที่ใช้ในครัวเรือนซึ่งมาจากผลกระทบจากค่าครองชีพและที่อยู่อาศัยที่มี ราคาสูงขึ้น องค์กรกองทัพมีปัญหาเรื่องความเครียดจากงานในหน้าที่ ในขณะที่องค์กรภาคเอกชน ได้แก่ ประชากรวัยทำงานไทย (ช่วงอายุ ๑๕ - ๕๙ ปี) มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ มีแรงกดดันในการทำงาน หนักวันละ ๑๐ - ๑๒ ชั่วโมง เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพหรือกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) เช่น ภาวะอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น



แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ในปี ๒๕๕๙ คนไทยมีกิจกรรมทางกายเพียงพอเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๗๐.๙ ของประชากรทั้งประเทศ แต่สถานการณ์พฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary behavior) ในปี ๒๕๕๙ พบว่า คนไทยยังมีพฤติกรรมเนือยนิ่งสูงถึงวันละ ๑๓ : ๒๕ ชั่วโมง ในขณะที่เวลาที่มีความกระฉับกระเฉงมีเพียง ๒ : ๒๘ ชั่วโมง ซึ่งพฤติกรรมเนือยนิ่ง ๔ อันดับแรกของคนไทยที่ทำติดต่อกันนานกว่า ๑ ชั่วโมงต่อครั้ง คือนั่ง/นอนดูโทรทัศน์ (ร้อยละ ๕๐.๐) นั่งคุย/นั่งประชุม (ร้อยละ ๒๘.๔) นั่งทำงาน/นั่งเรียน (ร้อยละ ๒๗.๐) และนั่งเล่นเกม โทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ (ร้อยละ ๒๐.๑) ซึ่งสอดคล้องกับสัดส่วนผู้ที่มีภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงในปี ๒๕๕๘ พบว่า เด็กไทยอายุ ๕ - ๑๔ ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนที่ร้อยละ ๑๒.๕ ดังนั้นภาครัฐจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทเมืองผ่านสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างประเภทต่างๆ หรือสนับสนุนให้เกิดวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉงในวิถีชีวิต

แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา คนไทยเข้าถึงอินเทอร์เน็ตร้อยละ ๖๗ จากจำนวนประชากรทั้งหมด การใช้อินเทอร์เน็ตของคนไทยจัดอยู่ลำดับที่ ๑๘ ของโลก พฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตของคนไทยคือ ใช้อินเทอร์เน็ตไปกับ social network ถึงร้อยละ ๙๖.๑ ซึ่งเป็นเรื่องของ การพูดคุย แชร์ภาพถ่าย แสพข้อมูลข่าวสารเรื่องส่วนตัวของบุคคลรอบๆ ตัวเป็นหลัก จนทำให้ช่องทางสื่อขยายตัวเพิ่มขึ้น เกิดการแข่งขันระหว่างผู้ผลิตสื่อ จนทำให้เกิดปัญหาดังนี้ คือ โฆษณาสินค้าเสี่ยงรุกรังถึงตัว กลุ่มเป้าหมายได้ทุกที่ ทุกคน การขยายความขัดแย้ง และการเผยแพร่พฤติกรรมเสี่ยงในรูปแบบต่างๆ ไปสู่คนทุกกลุ่มได้อย่างกว้างขวางและรวดเร็ว นำข้อมูลมาประมวลผลแล้วป้อนเนื้อหาที่สอดคล้องกับพฤติกรรมและความสนใจกลับไปให้กับแต่ละคนแบบ “โดนใจ” ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นในการหนุนให้เกิดกลไกที่ขับเคลื่อนระบบสื่อที่สร้างสุขภาวะเด็กและเยาวชนในสังคม และส่งเสริมให้เด็กและเยาวชน มีขีดความสามารถในการใช้สื่อ ข้อมูลสารสนเทศ และดิจิทัลอย่างเท่าทัน รวมถึงส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนมีความรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมโดยใช้กระบวนการสื่อสร้างสรรค์ และต้องร่วมมือกันสร้างปัจจัยแวดล้อมด้านสื่อและพื้นที่สร้างสรรค์ให้เอื้อต่อการพัฒนา

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ ซึ่งมีเป้าประสงค์หลักในการขยายโอกาสและพัฒนาศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาวะโดยโครงการส่วนใหญ่เป็นการพัฒนาสุขภาวะเด็กและเยาวชนในรูปแบบต่างๆ คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๖ รองลงมาคือ ส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ ร้อยละ ๑๘.๓ การลดเหล้าบุหรี่ ร้อยละ ๑๓.๖ และ ชุมชนน่าอยู่ร้อยละ ๑๒.๗ ซึ่งกระจายเชิงพื้นที่ครอบคลุมทุกจังหวัด แบ่งเป็น ร้อยละ ๓๐ กระจายในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือพื้นที่ภาคใต้ ร้อยละ ๒๖ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก ร้อยละ ๒๔ และภาคเหนือร้อยละ ๒๐ จึงทำให้มีบทบาทเรียนการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนจำนวนมาก หน่วยจัดการเหล่านี้มีขีดความสามารถในการเสริมพลังชุมชน รวมถึงนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพจะช่วยให้เกิดรูปแบบการนำไปทำซ้ำโดยแผนฯ ไม่จำเป็นต้องไปลงทุนอย่างสิ้นเปลืองทรัพยากร และยังสามารถช่วยทำให้กลุ่มเป้าหมายที่ไม่สามารถเข้าถึงทรัพยากรได้รับประโยชน์จากการใช้นวัตกรรม

แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ มีการวางยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุขเพื่อให้มีการปฏิรูปการศึกษาสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพ กำหนดกรอบทิศทางการพัฒนากลไกที่จะนำไปสู่การดำเนินงานเพื่อให้ได้กำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ มีการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นธรรม สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข ทุกเขตสุขภาพจัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเขตสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยแบ่งการทำงานออกเป็น ๒ ด้าน คือ การจัดการสุขภาพในเขตเมือง และผลการสำรวจสุขภาพ โดยการตรวจร่างกาย เช่น การดูแลสุขภาพในเขตเมืองจะต้องปรับปรุงสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในความดูแล ตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน คุ้มครองทางการเงินต่อภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเจ็บป่วย ผลสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่มีสัดส่วนลดลงในเรื่องต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกาย และอื่นๆ

แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการเกี่ยวกับการลงทุนในการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable Diseases : NCDs) ของประเทศกำลังพัฒนาว่าจะใช้เงินเพียง ๑๗๐,๐๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐเท่านั้นก็จะป้องกันความสูญเสียทางเศรษฐกิจจำนวน ๗ ล้านล้านเหรียญสหรัฐที่จะเกิดขึ้นในระหว่างปี ๒๕๕๔ - ๒๕๖๘ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่ง สสส. ต้องร่วมกันผลักดันการบรรลุเป้าหมายหลักที่ ๓ ว่าด้วยเรื่องสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ได้ผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนงานในระดับภูมิภาคและภาคีเครือข่าย ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย เพื่อหยั่งรากฐาน ขยายผลและสร้างความยั่งยืนให้กับองค์กร รวมถึงมีการลงทุนเพิ่มในการสร้างศักยภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนากลไกระดับภาค เช่น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สสส. มีการร่วมงานกับศูนย์ประชาสังคมและการจัดการองค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อพัฒนากลไกเชื่อมโยงในระดับจังหวัดและระดับภาคโดยใช้เขตสุขภาพเพื่อประชาชนเป็นพื้นที่แบ่งเขตกลุ่มจังหวัด

แผนอาหารเพื่อสุขภาพ คนไทยวัยผู้ใหญ่ร้อยละ ๘๒.๓ ยังบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ เนื่องจากผักผลไม้มีราคาแพงกว่าอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการไม่เหมาะสม มีการตรวจพบสารเคมีตกค้างในผักผลไม้เกินมาตรฐานเป็นระยะๆ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทยมีทิศทางที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนทั้งในประชากรชายและหญิง โดยโรคอ้วนในชายไทยปัจจุบันมีความชุกสูงเป็นอันดับที่ ๔ ขณะที่หญิงไทยแซงหน้าไปอยู่ในอันดับที่ ๒ เปรียบเทียบกับใน ๑๐ ประเทศอาเซียน เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ ปัจจัยทางพันธุกรรม อัตราเมตาโบลิซึมพื้นฐาน (basal metabolic rate) และอื่นๆ ประเทศไทยมีการดำเนินการแล้ว ๖ มาตรการ คือ การลดการบริโภคเกลือ การสร้างความตระหนักให้ประชาชนเกี่ยวกับเรื่องอาหาร การควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มต่อเด็ก การจัดการภาษีและการชดเชย การให้ความรู้ในสถานประกอบการ และการสนับสนุนการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ในโรงเรียน แต่ยังไม่มีการดำเนินการใน ๓ มาตรการในระดับประเทศ คือ การใช้ไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนแทนไขมันทรานส์ การใช้ไขมันไม่อิ่มตัวแทนไขมันอิ่มตัว และนโยบายการให้คำปรึกษาในสถานพยาบาลปฐมภูมิ



แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ: ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา มีสมาชิกศูนย์เรียนรู้สุขภาพทุกช่องทางเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๘.๓ ต่อปี เกิดพันธมิตรเครือข่ายแหล่งเรียนรู้จำนวน ๗๔ แห่ง ภายในระยะเวลา ๒ ปี ศูนย์เรียนรู้สุขภาพ มีผู้ใช้บริการทุกช่องทางคิดเป็นเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ ๘๘ ต่อปี ประชาชนทั่วไปเกิดการรับรู้และตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ ๗๘ และเกิดการตระหนักเห็นด้วยและสนับสนุนในเนื้อหาประเด็นสุขภาพที่ได้สื่อสาร ร้อยละ ๘๘.๒๕ ผลจากการดำเนินงานของศูนย์เรียนรู้สุขภาพคือ สามารถขยายผลสู่การจัดตั้งเป็นศูนย์เรียนรู้สุขภาพภูมิภาค เกิดพันธมิตรในการร่วมขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพในสังคมไทยอย่างเข้มแข็ง เกิดกระแสความสนใจและความตระหนักในการดูแลสุขภาพมากขึ้น รวมถึงขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สุขภาพ



บริบทและแนวนโยบายในการจัดทำแผน

ในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) สสส. ได้นำทั้งข้อเสนอแนะจากการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) ซึ่งดำเนินการโดยผู้ประเมินผลอิสระจากภายนอก โดยมี ดร.อุทัย ดุลยเกษม อดีตกรรมการในคณะกรรมการประเมินผล ทำหน้าที่เป็นประธานคณะทำงาน กำกับฯ มาใช้เป็นปัจจัยตั้งต้น ร่วมกับใช้ข้อมูลบ่งชี้จากรายงานการทบทวนสภาพแวดล้อมการดำเนินการสำคัญในช่วง ๓ ปีข้างหน้า (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และข้อมูลเชิงวิชาการภาคีเครือข่ายวิชาการจากแต่ละแผน รวมถึงมีการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในด้านต่างๆ เพื่อทำการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมในการดำเนินงานจนสามารถสรุปออกมาเป็น ๗ สถานการณ์สำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพใน ๓ ปีข้างหน้าอย่างครอบคลุม ทั้งด้านนโยบายรัฐ ทิศทางเศรษฐกิจของประเทศ ความเป็นเมืองและพลวัตเชิงพื้นที่ ความเหลื่อมล้ำ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ รวมถึงเทคโนโลยี

อนึ่ง ในการประชุมคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ ๕/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ที่ประชุมมีมติให้ความเห็นชอบแนวนโยบายและจุดเน้นในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ ๒๕๖๑ ที่ผ่านการพิจารณาของทั้งผู้บริหารและการกลั่นกรองจากคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาแล้ว จำนวน ๕ ข้อ โดยมีสาระสำคัญต่อไปนี้

๑. ใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี เพื่อการบูรณาการการทำงาน และมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ

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



๒. ตอบสนองแนวนโยบายการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ

สนับสนุนการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของการพัฒนาประเทศที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญและแผนชาติ เช่น นโยบายแห่งรัฐตามรัฐธรรมนูญ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี กรอบการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติและการสร้างความสามัคคีปรองดอง รวมถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ เป็นต้น

๓. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs)

สร้างความยั่งยืนของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาหลัก ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร สู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนตามที่ประเทศไทยได้ร่วมปฏิญญากับสหประชาชาติและประชาคมโลก

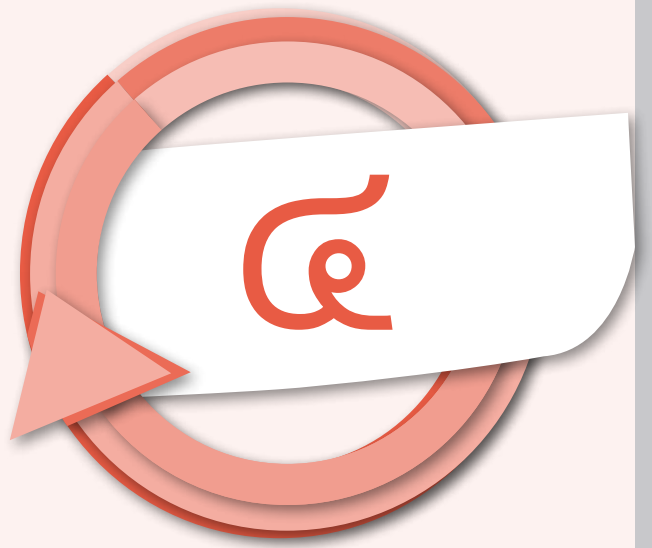
๔. เน้นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร

ปรับกระบวนการทำงานให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทในแต่ละพื้นที่ อาทิ พื้นที่เขตสุขภาพ พื้นที่เขตเมืองที่ขยายตัว พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่ท่องเที่ยว และให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างๆ อาทิ กลุ่มเปราะบาง กลุ่มวัย รวมถึงการเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบให้เหมาะสมกับประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุสมบูรณ์

๕. พัฒนานวัตกรรม และใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

มุ่งพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรองรับยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ และเทคโนโลยี โดยเฉพาะในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่คนไทย

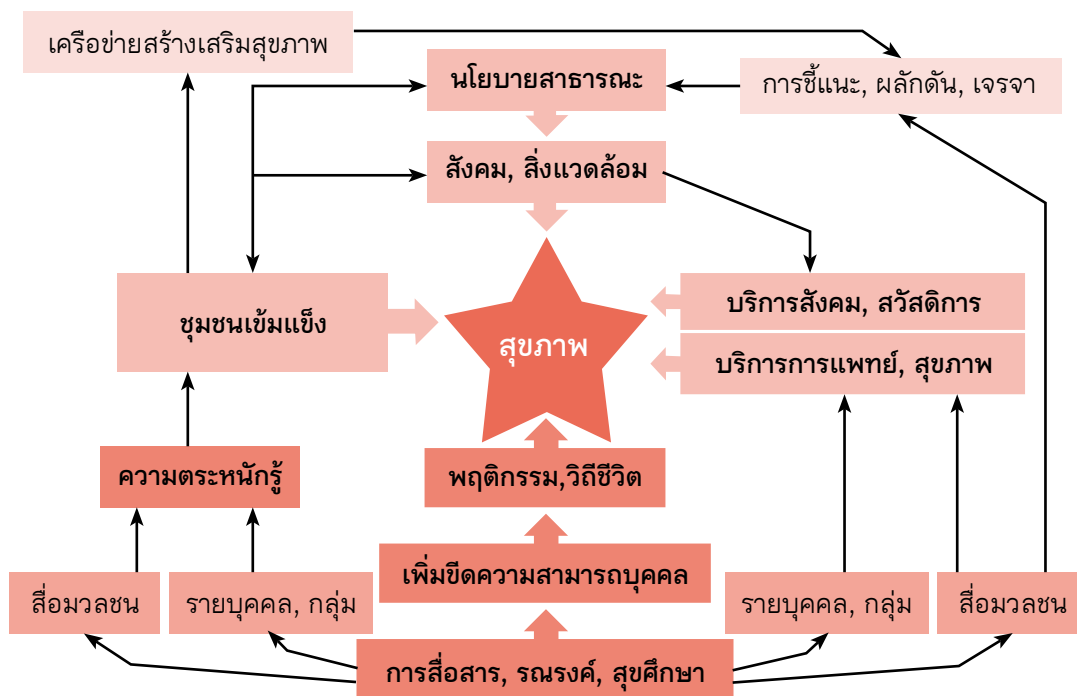
เมื่อคณะกรรมการกองทุนให้ความเห็นชอบแล้ว เลขาธิการคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะ ได้ร่วมกับคณะกรรมการบริหารแผนทำการยกร่างแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ของ สสส. ตามแนวนโยบายและจุดเน้นการดำเนินงานนี้



รูปแบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นยุทธวิธีที่จะต่อสู้กับปัญหาด้านสุขภาพและเป็นยุทธวิธีในเชิงรุกที่จะให้ผลในการแก้ปัญหาสุขภาพได้ดีที่สุด โดยเป็นกระบวนการ (๑) การป้องกันไม่ให้เกิดคนต้องตกอยู่ในสภาพการเจ็บป่วยโดยกำจัดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (๒) การควบคุมมิให้ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านั้นมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชากร รวมทั้งทำลายปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านั้น และ (๓) มุ่งให้ประชาชนหลีกเลี่ยงความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพทั้งหลายโดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละบุคคลจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพสู่พฤติกรรมที่ปลอดภัยซึ่งจะนำไปสู่วิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละคนจนกลายเป็นค่านิยม วิถีปฏิบัติในด้านพฤติกรรมสุขภาพของสังคมและนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ



Green & Tones, 2012 อ้างถึงใน แนวคิดร่วมสมัยของการสร้างเสริมสุขภาพ



แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Green & Tones เป็นการแสดงให้เห็นถึงกระบวนการทำงานที่ทำให้คนมีสุขภาพดีด้วยการทำงานแบบผสมผสานกันไปเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ขึ้นอยู่กับบริบท รวมทั้งชี้ให้เห็นถึงทักษะในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการเป็น **“ผู้สร้างเสริมสุขภาพ” (Health Promoter)** ที่จะผลักดันให้ประชาชนมีสุขภาพดีระยะยาวทั้งในเชิงโครงสร้างการทำงานในเชิงนโยบายและมาตรการทางสังคม การบริการด้านสุขภาพ รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ และวิถีชีวิตของคน โดยมีความสอดคล้องกับหลักของการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอตตาวา คือ

สุขภาพคือเป้าหมายหลัก การทำงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจะมีทั้ง (๑) **กระบวนการทั้ง การสื่อสาร การรณรงค์ การให้ความรู้** เพื่อเพิ่มความรู้และขีดความสามารถทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือวิถีชีวิตทำให้สุขภาพดีขึ้น (๒) **การสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง** ทั้งชุมชนท้องถิ่น องค์กร หน่วยงาน สถานที่ทำงาน (๓) **การเปลี่ยนหรือสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ** เพื่อมุ่งไปสู่ (๔) **การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ** และ (๕) **การปรับทึระบบบริการสุขภาพ** เพื่อการเข้าถึงบริการที่ทำให้มีสุขภาพที่ดี ผ่านกลยุทธ์ทั้งการชี้แนะ ผลักดัน เจรจา

การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแบบ สสส.

ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ ได้กำหนดเจตจำนงและเงื่อนไขสำคัญหลายประการที่เอื้อต่อ สสส. ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในระยะยาวและสนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงภาคส่วนต่างๆ ได้มากกว่าระบบหลักซึ่งมีข้อจำกัดในการดำเนินงานค่อนข้างมาก นอกจากนั้น สสส. ยังถูกออกแบบให้เป็นองค์กรนวัตกรรมที่มีขนาดกะทัดรัด รวมถึงสนับสนุนการทำงานอย่างสร้างสรรค์และไม่ทับซ้อนกับหน่วยงานอื่นๆ ที่มีอยู่แล้ว แต่จะทำงานตามบทบาทในพันธกิจ ทั้งจุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังผ่านเครือข่ายทั้งที่เป็นบุคคล หน่วยงานของรัฐ องค์กรไม่แสวงผลกำไร สถานศึกษาและอื่นๆ ซึ่งมีตั้งแต่ในระดับท้องถิ่นจนถึงระดับชาติ โดยมีมาตรการทางการเงินซึ่งได้มาจากเงินบำรุงจากผู้มีหน้าที่เสียภาษีสุราและยาสูบเป็นเครื่องมือสำคัญควบคู่กับการใช้เครื่องมืออื่นๆ ทำให้ สสส. สามารถขยายขอบเขตการทำงานไปได้อย่างกว้างขวางแม้ว่าจะมีจำนวนบุคลากรที่จำกัด

แม้ว่า สสส. จะมีที่มาของรายได้ที่แน่นอน ถึงกระนั้นค่าใช้จ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ก็คิดเป็นสัดส่วนเพียงไม่ถึงร้อยละ ๑ ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเมื่อเทียบกับงบประมาณในการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ สสส. มักจำต้องหลีกเลี่ยงงานที่เป็นลักษณะงานประจำ (routine) และงานที่ยังไม่มีความชัดเจน (chaos) แต่จะมุ่งทำงานในลักษณะที่เป็นนวัตกรรม (innovative) หรืองานพัฒนาต่อยอด (improvement) เสียมากกว่า อันเป็นที่มาของการกำหนดจุดยืนขององค์กร (positioning) ในการเป็นองค์กร **“ผู้สร้างเสริมสุขภาพอย่างสร้างสรรค์” (Innovative Enabler)** ซึ่งหมายถึงการพัฒนาและขยายผลด้วยอย่างไรก็ตาม จากลักษณะโดยธรรมชาติของงานนวัตกรรมที่มักจะไม่ชัดเจน ต้องค้นคว้า บุกเบิก พิสูจน์ใหม่ หรือเรียนรู้จากก้าวแรก เพื่อกำหนดก้าวที่สอง และเป็นงานที่ต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม ทำให้มีความเสี่ยงที่จะล้มเหลว แต่ก็อาจเกิดเป็นสิ่งใหม่ที่ก่อผลกระทบที่สูงมากได้เช่นกัน

รูปแบบการทำงานของ สสส.

รูปแบบการทำงานตามแผนหลัก สสส. ทั้ง ๑๕ แผน สามารถแบ่งออกได้เป็น ๓ แบบ คือ

๑. แผนเชิงประเด็น (Issues - Based) ดำเนินการในเชิงประเด็นยาสูบ แอลกอฮอล์ ยาเสพติด อุบัติเหตุ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย อาหารและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอื่นๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อ

๑.๑ ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ด้านยาสูบ แอลกอฮอล์ อุบัติเหตุ สร้างสุขนิสัยในการออกกำลังกายและบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ โดยการบังคับใช้กฎหมาย สร้างมาตรการและสิ่งแวดล้อม แผนปฏิบัติการ นโยบายและระบบเฝ้าระวัง และ

๑.๒ พัฒนากลไกที่ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพด้านอื่นๆ

๒. แผนเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย (Setting - Based) ดำเนินการกับพื้นที่องค์กร ชุมชน และกลุ่มเป้าหมายเด็ก เยาวชน และครอบครัว ประชากรกลุ่มเฉพาะ รวมไปถึงระบบบริการสุขภาพและระบบสวัสดิการสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อ

๒.๑ พัฒนากลไกที่ลดปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

๒.๒ สร้างขีดความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ

๒.๓ เพิ่มขีดความสามารถเชิงสถาบัน และส่งเสริมบทบาทของชุมชนและองค์กรในการพัฒนาสุขภาวะ

๒.๔ พัฒนาระบบงาน ต้นแบบ กลไกขยายผลเพื่อมุ่งพัฒนาสังคมสุขภาวะในระยะยาวอย่างยั่งยืน

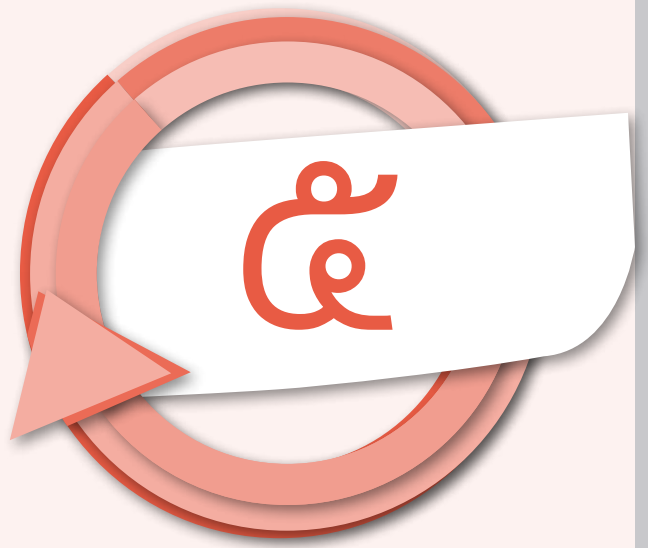
๒.๕ เพิ่มสมรรถนะระบบบริการและระบบสนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาพและเพิ่มประสิทธิภาพ กลไกในการบริหารจัดการ

๓. แผนเชิงระบบ (System - Based) ดำเนินการด้านสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม ศูนย์เรียนรู้ สุขภาวะ ระบบและกลไกสนับสนุน งานพัฒนาและจัดการกลาง การเปิดรับทั่วไปและนวัตกรรม ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อ

๓.๑ สร้างค่านิยมและโอกาสเรียนรู้ในการสร้างเสริมสุขภาวะ

๓.๒ ขยายโอกาสและพัฒนาศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

๓.๓ เพิ่มสมรรถนะระบบบริการและระบบสนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาพและเพิ่มประสิทธิภาพกลไกการบริหารจัดการ



งบประมาณ

ตามข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙ กำหนดไว้ใน ข้อ ๕.๒ (๓) ว่า “ให้คณะกรรมการนโยบายทางการเงินวิเคราะห์และเสนอกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีของกองทุน โดยจัดทำเป็นระยะเวลา ๓ ปี แล้วให้เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนพฤษภาคมของทุกปี”

กรอบนโยบายทางการเงิน

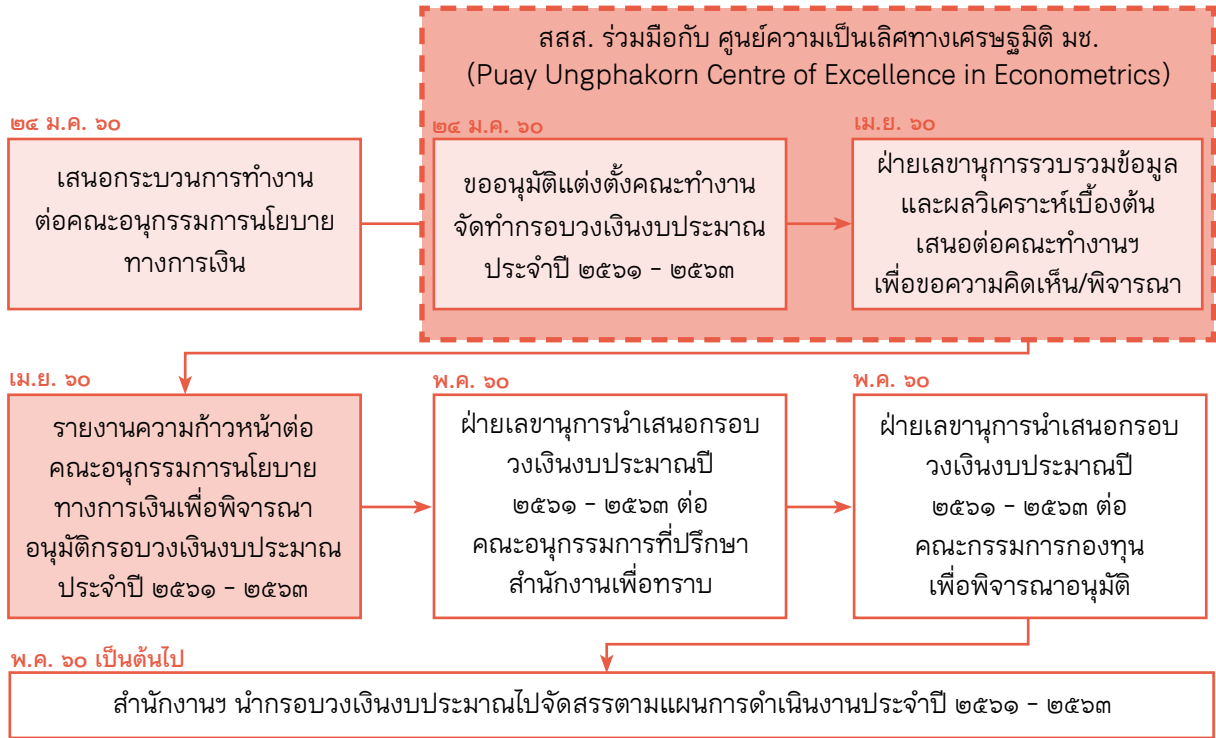
ในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) คณะกรรมการนโยบายทางการเงินในการประชุม ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐ ได้เห็นชอบให้คงกรอบนโยบายทางการเงินจำนวน ๔ ข้อไว้ ดังนี้

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

กระบวนการในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณ

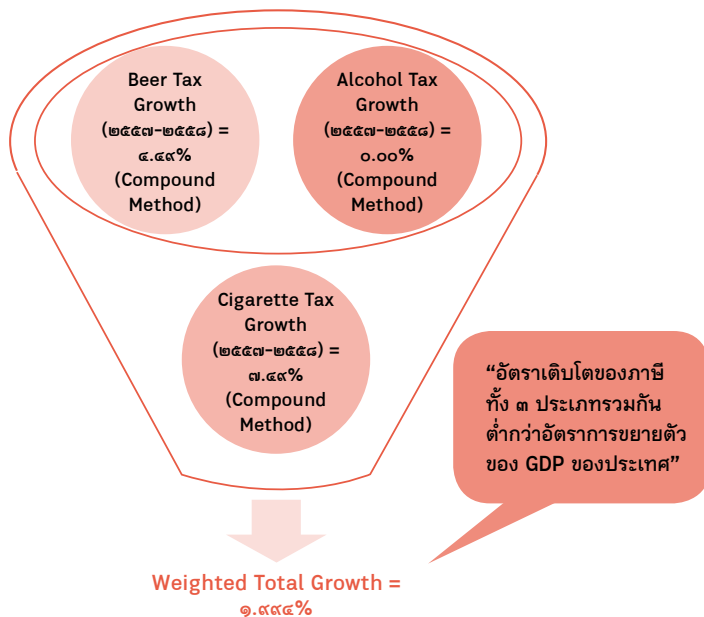
ในการประชุมวันเดียวกัน คณะกรรมการนโยบายทางการเงินยังได้เห็นชอบกระบวนการและหลักการในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) โดยให้ สสส. ร่วมกับศูนย์ความเป็นเลิศทางเศรษฐมิติ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทำการทบทวนประมาณการทางการเงินในช่วง ๓ ปีข้างหน้า ตามกระบวนการโดยสรุปดังนี้





สาระสำคัญของงบประมาณ และคำอธิบายเกี่ยวกับประมาณการรายรับ - รายจ่าย

จากการที่ศูนย์ความเป็นเลิศทางเศรษฐมิติ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ทำการประมาณการรายรับของ สสส. ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ โดยใช้ข้อมูลการจัดเก็บภาษีสุรา เบียร์ รวมถึงยาสูบในช่วง ปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ และทำการคำนวณอัตราการขยายตัวโดยวิธี Compound Method พร้อมทั้งเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักตามปริมาณภาษีสรรพสามิตรวมทุกประเภทที่รัฐจัดเก็บได้ (Weighted Total Growth) เพื่อใช้ในการคำนวณรายได้ภาษีของ สสส. ในช่วง ๓ ปีข้างหน้า พบว่า รายได้จากภาษีของ สสส. ขยายตัวตามรายได้ภาษีสรรพสามิตทั้งสามประเภทที่เติบโตประมาณร้อยละ ๒.๐๐ ซึ่งเป็นที่น่าสนใจว่าอัตราเติบโตของภาษีสรรพสามิตทั้ง ๓ ประเภทรวมกันต่ำกว่าอัตราการขยายตัวของ GDP ของประเทศ





อย่างไรก็ตาม ในการกำหนดสมมุติฐานนั้น สสส. ได้คำนึงถึงโอกาสที่จะมีการกำหนดเพดานรายรับจากภาษีของ สสส. ซึ่งอาจทำให้รายได้ของ สสส. ลดลงมาอยู่ที่ ๔,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี และเพื่อรักษาวินัยทางการเงินของ สสส. จึงกำหนดให้งบประมาณรายจ่ายรวมในแต่ละรอบจะขยายตัวไม่เกินอัตราการขยายตัวของเฉลี่ยรายได้^{๑๓} โดยคงระดับเงินทุนให้อยู่ในระดับนโยบายฯ และเพื่อรองรับการกำหนดเพดานรายรับจากภาษีของ สสส. ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระดับเงินทุนสำรองจนทำให้ไม่อยู่ในระดับนโยบายฯ สสส. จึงทำการปรับงบประมาณอุดหนุนโครงการให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยมีสมมุติฐานในการจัดทำงบประมาณรายจ่าย ดังนี้

- งบประมาณรายจ่ายบริหารจัดการสำนักงาน ประกอบด้วย
 ๑. งบประมาณรายจ่ายด้านบุคลากร คำนวณโดยใช้ปี ๒๕๕๘ เป็นปีฐาน ซึ่งกำหนดให้ขยายตัวในระดับเดียวกับตลาดที่ร้อยละ ๗.๐๐ ต่อปีเพื่อรักษาบุคลากร และเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่จาก ๑๗๐ คนเป็น ๑๔๐ คนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ (ต้นปี) เป็นต้นไป
 ๒. งบประมาณจ่ายด้านการบริหารจัดการสำนักงานอื่น ๆ ขยายตัวเฉลี่ยประมาณร้อยละ ๒.๐๐ คำนวณโดยใช้ SARIMA Model^{๑๔}
 ๓. Depreciation = Constraint
- งบประมาณรายจ่ายอุดหนุนโครงการใหม่ ประกอบด้วย
 ๔. คำนวณด้วยวิธีถ่วงน้ำหนักกับค่าใช้จ่ายอื่นๆ โดยกำหนดให้อัตราเติบโตไม่เกินกว่าอัตราการขยายตัวของรายได้ (ร้อยละ ๒.๐๐)^{๑๕}
- งบประมาณรายจ่ายอุดหนุนโครงการต่อเนื่อง^{๑๖}
 ๕. คำนวณโดยใช้ยอดภาระผูกพันที่ต้องจ่ายในปีนั้นๆ คูณด้วยค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของอัตราส่วนการเบิกจ่ายโครงการต่อเนื่อง/ยอดภาระผูกพันคงเหลือ ๘ ปีย้อนหลัง

^{๑๓} ยกเว้นเงินเบิกจ่ายโครงการต่อเนื่องซึ่งมีการผูกพันตามข้อตกลงฯ ไว้แล้ว และภาคีจะดำเนินการใช้จ่ายเงินในส่วนนี้อย่างประหยัดตามข้อตกลงฯ แทน สสส. หากมีเงินเหลือก็จะบันทึกเป็นเงินรับคืนโครงการต่อไป

^{๑๔} ในแต่ละปีจะขยายตัวไม่เท่ากัน เพื่อรองรับนโยบายการพัฒนาสำนักงาน $B_0(1+r_0)(1+r_0)^n(1+r_0)^t = B_0(1+0.02)^t$

^{๑๕} $A_0(1+0.02)^t + B_0(1+0.02)^t + C_0(1+x)^t = (A_0 + B_0 + C_0)(1+0.02)^t$

^{๑๖} คำนวณโดย สสส.

จากการทบทวนประมาณการทางการเงินในช่วง ๓ ปีข้างหน้า สสส. จึงได้จัดทำเป็น ๒ สถานการณ์ ดังรายละเอียด

	สถานการณ์ ๑					สถานการณ์ ๒		
	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
วงเงินอนุมัติโครงการใหม่ในปีงบประมาณ	๔,๘๗๐.๐๐	๔,๑๖๕.๐๐	๔,๑๗๖.๐๐	๔,๑๘๑.๐๐	๔,๑๘๘.๐๐	๓,๙๑๓.๐๐	๓,๙๕๐.๐๐	๓,๙๘๐.๐๐
รายได้จากผู้เสียภาษี	๔,๒๘๕.๕๔	๔,๓๗๑.๒๕	๔,๔๕๘.๖๗	๔,๕๔๗.๘๕	๔,๖๓๘.๘๐	๔,๐๐๐.๐๐	๔,๐๐๐.๐๐	๔,๐๐๐.๐๐
รายได้อื่น	๑๕๖.๐๖	๑๕๖.๐๖	๑๕๖.๐๖	๑๕๖.๐๖	๑๕๖.๐๖	๑๕๖.๐๖	๑๕๖.๐๖	๑๕๖.๐๖
รายได้รวม	๔,๔๔๑.๖๐	๔,๕๒๗.๓๑	๔,๖๑๔.๗๓	๔,๗๐๓.๙๑	๔,๗๙๔.๘๖	๔,๑๕๖.๐๖	๔,๑๕๖.๐๖	๔,๑๕๖.๐๖
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนโครงการ	๓,๙๑๑.๓๘	๔,๔๒๖.๒๓	๔,๓๒๑.๑๙	๔,๓๒๖.๔๗	๔,๓๓๒.๘๑	๔,๐๙๒.๐๕	๓,๖๖๗.๐๒	๓,๖๕๑.๐๑
เบิกจ่ายโครงการใหม่	๑,๓๑๓.๔๔	๑,๔๖๖.๐๘	๑,๔๖๙.๙๔	๑,๔๗๑.๖๗	๑,๔๗๔.๐๖	๑,๓๗๗.๒๑	๑,๒๑๔.๔๕	๑,๒๒๔.๘๘
เบิกจ่ายโครงการต่อเนื่อง	๒,๕๙๗.๙๔	๒,๙๖๐.๑๕	๒,๘๕๑.๒๕	๒,๘๕๕.๗๙	๒,๘๕๘.๗๕	๒,๗๗๔.๘๔	๒,๔๕๒.๕๗	๒,๔๒๖.๑๓
Personnel Cost	๑๓๗.๒๒	๑๕๖.๐๐	๑๘๖.๕๖	๑๙๙.๖๒	๒๑๓.๕๙	๑๘๖.๕๖	๑๙๙.๖๒	๒๑๓.๕๙
ค่าใช้จ่ายอื่น (Operating Cost)	๑๓๒.๓๗	๑๓๔.๗๘	๑๕๗.๖๕	๑๓๒.๙๗	๑๓๒.๓๗	๑๕๗.๖๕	๑๓๒.๙๗	๑๓๒.๓๗
ค่าเสื่อมราคา	๑๒๐.๖๓	๑๒๐.๖๓	๑๒๐.๖๓	๑๒๐.๖๓	๑๒๐.๖๓	๑๒๐.๖๓	๑๒๐.๖๓	๑๒๐.๖๓
ค่าใช้จ่ายรวม	๔,๓๐๑.๖๑	๔,๘๓๗.๖๕	๔,๗๘๖.๐๓	๔,๗๗๙.๖๙	๔,๗๙๙.๔๐	๔,๕๕๖.๙๐	๔,๑๒๐.๒๔	๔,๑๑๗.๖๐
รายรับสูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	๑๓๙.๙๙	- ๓๑๐.๓๔	- ๑๗๑.๓๐	- ๗๕.๗๘	- ๕.๕๔	- ๔๐๐.๘๔	๓๕.๘๑	๓๘.๔๖
สถานะเงินลงทุนปลายงวดสุทธิ ณ สิ้นปี	๑,๗๘๔.๑๕	๑,๔๓๘.๓๘	๑,๒๓๑.๖๕	๑,๑๒๐.๔๔	๑,๐๘๐.๔๗	๑,๐๐๒.๑๑	๑,๐๐๒.๕๐	๑,๐๐๕.๕๓
ค่าใช้จ่ายสำนักงาน	๒๖๙.๕๙	๒๙๐.๗๙	๓๔๔.๒๑	๓๓๒.๕๙	๓๔๕.๙๖	๓๔๔.๒๑	๓๓๒.๕๙	๓๔๕.๙๖
ค่าใช้จ่ายสำนักงานต่องบประมาณทั้งหมด	๕.๕%	๗.๐%	๘.๒%	๘.๐%	๘.๓%	๘.๘%	๙.๖%	๙.๙%

และในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๐ คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินได้เห็นชอบให้เสนอกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ตามสถานการณ์ที่ ๑ โดยมีวงเงินอนุมัติโครงการใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ รวมจำนวน ๔,๑๗๖ ๔,๑๘๑ และ ๔,๑๘๘ ล้านบาท ตามลำดับ เนื่องจากกรอบวงเงินงบประมาณดังกล่าวจะทำให้ สสส. สามารถรักษาวินัยทางการเงินไว้ได้ในอนาคต รวมถึงได้คำนึงถึงข้อสังเกตของหน่วยตรวจสอบรวมถึงรองรับความเสี่ยงด้านรายได้ไว้แล้ว แต่ก็ยังมีงบประมาณเพียงพอต่อการทำงานตามภารกิจขององค์กร และต่อมาในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๐ คณะกรรมการกองทุนได้เห็นชอบกรอบวงเงินงบประมาณสนับสนุนโครงการตามที่คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินเสนอ

แนวทางการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ จำแนกรายแผน

ทั้งนี้ในการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในแต่ละแผนนั้น สสส. ได้คำนึงถึงความสอดคล้องกับแนวนโยบายในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) จำนวน ๕ ข้อ รวมถึงความจำเป็นเร่งด่วนของประเด็นปัญหาสุขภาพตามลำดับของภาระโรค ตลอดจนคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการบริการจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย โดยมีการจัดสรรงบประมาณรายแผนรวม ๑๕ แผน และยังได้จัดสรรงบประมาณในงานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลางเพื่อรองรับภารกิจใหม่และงานบูรณาการที่อาจเกิดขึ้น

การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ จำแนกรายแผนรวม ๑๕ แผน และ ๑ งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง

หน่วย: ล้านบาท

	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
๑ แผนควบคุมยาสูบ	๓๕๐	๓๖๐	๓๖๐
๒ แผนควบคุมแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๓๕๐	๓๖๐	๓๖๐
๓ แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	๓๑๐	๒๖๒	๒๙๐
๔ แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๑๕๐	๑๘๐	๒๐๐
๕ แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๒๓๔	๒๓๐	๒๒๐
๖ แผนสุขภาวะชุมชน	๔๕๐	๔๕๐	๔๓๐
๗ แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๒๙๐	๒๗๐	๒๗๐
๘ แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๑๖๐	๑๖๐	๑๕๐
๙ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๒๒๐	๒๒๐	๒๒๐
๑๐ แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๒๔๐	๒๔๐	๒๔๐
๑๑ แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	๓๒๐	๓๒๐	๓๒๐
๑๒ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๑๒๐	๑๓๐	๑๓๐
๑๓ แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๖๔	๑๗๘	๑๘๐
๑๔ แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	๒๐๐	๒๐๐	๒๐๐
๑๕ แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	๔๓๘	๔๔๑	๔๕๐
รวม ๑๕ แผน	๓,๙๙๖	๔,๐๐๑	๔,๐๒๐
งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	๑๘๐	๑๘๐	๑๖๘
รวมงบประมาณ	๔,๑๗๖	๔,๑๘๑	๔,๑๘๘



การบริหารจัดการ การกำกับ ติดตาม และประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง

แผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ของ สสส. ดำเนินการตามบทบัญญัติของกฎหมาย กฎ และระเบียบที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ ข้อบังคับกองทุนว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงิน เพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยมีโครงสร้างการดำเนินงาน ประกอบด้วย (๑) ด้านนโยบายและการกำกับดูแลกองทุน (๒) ด้านการบริหารจัดการกองทุนและการนำนโยบาย ไปปฏิบัติ และ (๓) ด้านการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

ด้านนโยบายและการกำกับดูแลกองทุน

สสส. มีกลไกในการกำกับนโยบายและกำกับดูแลกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีคณะกรรมการ กองทุนทำหน้าที่ควบคุมดูแลการดำเนินกิจการกองทุนในระดับนโยบาย และกำหนดงบประมาณ ในภาพรวม ออกหลักเกณฑ์ กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ที่สำคัญในการดำเนินงาน ให้ความเห็นชอบแผนการ ดำเนินงาน กำกับดูแลฝ่ายบริหาร รวมทั้งควบคุมผลการปฏิบัติงานของผู้จัดการซึ่งเป็นหัวหน้าฝ่ายบริหาร ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ นอกจากนี้ คณะกรรมการกองทุนยังได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผน และ คณะอนุกรรมการเฉพาะด้าน เช่น คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงานกองทุน คณะอนุกรรมการพัฒนา กฎระเบียบของ สสส. คณะอนุกรรมการกำกับดูแลการตรวจสอบภายใน คณะอนุกรรมการนโยบาย ทางการเงิน คณะอนุกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อทำหน้าที่ในการกำกับดูแลและให้คำปรึกษา สำนักงานในด้านต่างๆ

ด้านการกำกับติดตาม สสส. มีแนวทางในการกำกับดูแลแผนงาน/โครงการ ซึ่งแบ่งตามขนาดของ วงเงินงบประมาณ โดยเฉพาะกรณีแผนงานและโครงการที่มีวงเงินงบประมาณสูงหรือมีความสำคัญ คณะกรรมการบริหารแผนจะแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศ เพื่อกำกับดูแล ชี้แนะ กำกับทิศทาง และ กำหนดกรอบในการประเมินผลแผนงาน/โครงการ นอกจากนี้ สสส. ยังมีการพัฒนาระบบและกลไก เพื่อช่วยสนับสนุนการกำกับติดตามแผนงาน/โครงการ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การกำหนด



เงื่อนไขกำกับการเบิกจ่ายเงินงวด การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อติดตามผล กระบวนการติดตามงาน ระดับแผนและแผนงานโดยคณะกรรมการบริหารแผน การตรวจเยี่ยมแผนงาน/โครงการ และการตรวจสอบและพัฒนา

ด้านการบริหารจัดการกองทุน และการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ในการบริหารจัดการกองทุนนั้น การบริหารจัดการภายในสำนักงานมีผู้จัดการกองทุนเป็นผู้บริหารสูงสุดโดยผู้อำนวยการสำนักต่างๆ และเจ้าหน้าที่ มีบทบาทและหน้าที่ในการดำเนินงาน “อย่างมืออาชีพ” ตามนโยบายของกองทุน ภายใต้การกำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน หรือคณะกรรมการเฉพาะกิจ ซึ่งโครงสร้างของสำนักต่างๆ จะแบ่งตามลักษณะการดำเนินงาน โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกอบด้วย ๑๐ สำนัก ดังนี้

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

แต่ละสำนักดำเนินการศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์ช่องว่างจากผลการดำเนินงาน เพื่อการพัฒนาระบบและวิธีปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะและขีดความสามารถของบุคลากรและภาคีเครือข่าย ส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้ รวบรวม จัดเก็บบทเรียนและผลงานวิชาการ เผยแพร่และส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากความรู้ดังกล่าวทั้งภายในองค์กร สสส. และแก่สาธารณชน ทั้งนี้ การบริหารจัดการแผนงาน/โครงการ นั้น สสส. เป็นเพียงน้ำมันหล่อลื่นที่สำคัญ โดยมีภาคีเครือข่าย ซึ่งมีได้อยู่ในโครงสร้างของสำนักงาน เป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งในส่วนของโครงการและกิจกรรมต่างๆ เป็นกัลยาณมิตรที่มีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมเรียนรู้ ร่วมพัฒนา ตลอดจนร่วมลงทุนด้วยในบางกรณี เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย อันมีประชาชนเป็นผู้รับประโยชน์สูงสุด

กลไกและแนวทางการแปลแผนหลักสู่การปฏิบัติ กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน หรือ คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจ การปฏิบัติตามแผนหลักจะดำเนินงานโดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีหลัก และภาคียุทธศาสตร์ ผ่านกระบวนการพัฒนาชุดโครงการหรือโครงการร่วมกันกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนของ สสส. ซึ่งเป็นการจุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลัง ให้แก่ภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ ในการดำเนินงานตามแนวปฏิบัตินั้นจะมีกระบวนการพิจารณาทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของข้อเสนอชุดโครงการหรือโครงการกับวัตถุประสงค์ตามมาตรา ๕ แห่งพระราชบัญญัติ

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๔ รวมทั้งความสอดคล้องกับแผนหลักและแผนการดำเนินงานประจำปี ต่อจากนั้นสำนักงานจึงจะทำการเสนอเพื่อพิจารณาขอรับการอนุมัติสนับสนุนชุดโครงการหรือโครงการในแต่ละระดับต่อไป ขั้นตอนการดำเนินงานเหล่านี้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของกองทุน สสส. ซึ่งกำหนดให้เป็นความรับผิดชอบร่วม (shared accountability) ระหว่างสำนักงานคณะกรรมการบริหารแผน ผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งภาคีหลักกับภาคียุทธศาสตร์ ที่จะกลั่นกรองโครงการให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์กองทุน และแผนหลัก รวมทั้งยังสามารถปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดประสิทธิผลต่อไป

ด้านการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

การประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน แบ่งเป็น ๒ ส่วน ได้แก่ (๑) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามขนาดของวงเงินงบประมาณโดยคณะกรรมการกองทุน ผ่านระบบและกลไกของคณะกรรมการกองทุน คณะกรรมการบริหารแผน หรือสำนักงาน และ (๒) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่เป็นอิสระจากคณะกรรมการกองทุน โดยคณะกรรมการประเมินผลซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้ง โดยมีอำนาจหน้าที่ (๑) ประเมินผลด้านนโยบายและการกำหนดกิจกรรมของกองทุน (๒) ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน (๓) รายงานผลการปฏิบัติงานพร้อมทั้งข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการกองทุนในทุกกรอบปี โดยให้คณะกรรมการประเมินผลมีอำนาจเรียกเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับกองทุน จากบุคคลใด หรือเรียกบุคคลใดมาชี้แจงข้อเท็จจริงเพื่อประกอบการพิจารณาประเมินผลได้ สสส. ยังคงสนับสนุนให้งานติดตามและประเมินผลของคณะกรรมการประเมินผลเป็นไปตามแผนการดำเนินงานที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดกลไกที่มีความชัดเจนมีมาตรฐาน และให้บรรลุตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการประเมินผล ตามมาตรา ๓๘ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๔

ด้านการบริหารความเสี่ยง

ใน ๓ ปีข้างหน้า สสส. จะทำการทบทวนรายการความเสี่ยงที่มีผลกระทบกับองค์กรให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยยังคงรักษาคุณภาพของกระบวนการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานสากล และให้ความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงทั้งจากปัจจัยภายนอกที่เกิดจากสถานการณ์ทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี และปัจจัยภายในองค์กรที่มีผลกระทบต่อการทำงาน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในองค์กรทั้งกระบวนการ มีการระบุวิเคราะห์ประเมินกำหนดมาตรการดูแล ตรวจสอบ และควบคุมความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับกิจกรรม หน้าที่ และกระบวนการทำงาน เพื่อให้ความเสี่ยงขององค์กรอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน นอกจากนี้ สสส. จะเพิ่มความเข้มข้นในการจัดทำตัวชี้วัดความเสี่ยงที่สำคัญ (Key Risk Indicators) ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจในทุกขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยง รวมถึงให้มีการบริหารความเสี่ยงในระดับแผนงาน/โครงการ ซึ่งจะมีส่วนช่วยรับประกันการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานของ สสส. ภายใต้การใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม





การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ

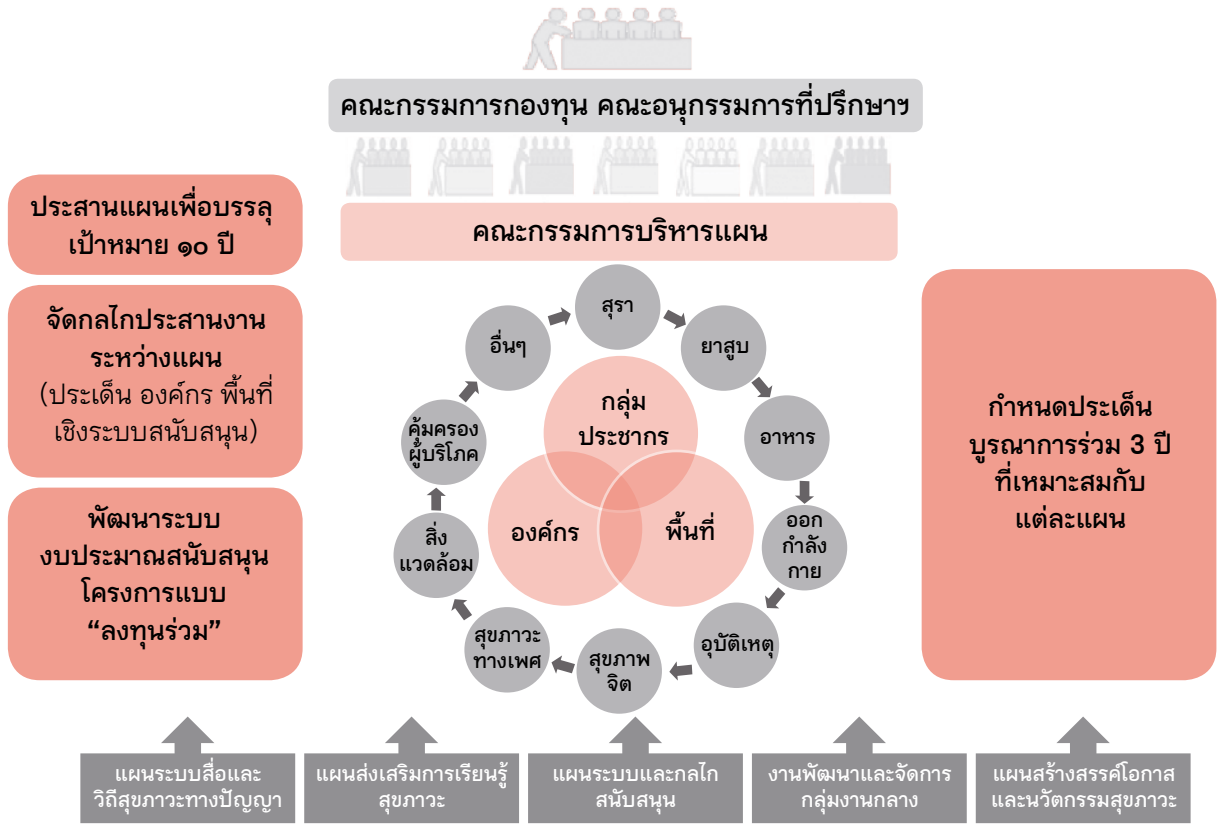
หลักการ

สสส. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามช่องทางการดำเนินงานต่างๆ ทั้งเชิงประเด็น หน่วยภารกิจ พื้นที่ และกลุ่มประชากรเป้าหมาย จำแนกได้ ๑๕ แผน โดยสนับสนุนการดำเนินโครงการต่างๆ เป็นจำนวนมาก ดังนั้น สสส. จึงให้ความสำคัญกับการบูรณาการการทำงานร่วมกัน โดยผสมผสานและบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้งทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรทางการเงิน ทุนทางสังคมขององค์กรและภาคี และเวลาให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างประสานสอดคล้อง ราบรื่น ลดความซ้ำซ้อน และมีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จตามความมุ่งหวังในระดับครอบครัว ประชาชน ชุมชน ของกลุ่ม/พื้นที่เป้าหมาย รวมถึงทำให้เกิดการพัฒนาในทิศทางที่ดีขึ้น

กลไกและกระบวนการในการบูรณาการ

๑. จัดทำแผนที่ทางเดิน (road map) ในแต่ละเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี โดยระบุเจ้าภาพหลักและเจ้าภาพร่วมทั้งภายในและภายนอก สสส. พร้อมประเด็นความร่วมมือ
๒. จัดกระบวนการเพื่อร่วมกันหารือระหว่างเจ้าภาพหลักกับเจ้าภาพร่วม ก่อนแต่ละแผนจะพัฒนาแผนและนำรายละเอียดที่ได้บรรจุไว้ในแผน พร้อมกำหนดเป็นเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมของทุกแผนที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม
๓. จัดกลไกการประชุมภายใน สสส. ที่มีความสม่ำเสมอ เพื่อประสานการทำงานระหว่างแผนเชิงประเด็น แผนเชิงองค์กร แผนเชิงพื้นที่ และแผนเชิงระบบสนับสนุน
๔. มอบหมายให้คณะกรรมการบริหารแผนที่รับผิดชอบเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปีนั้น ให้เป็นผู้กำกับดูแลในการบูรณาการ



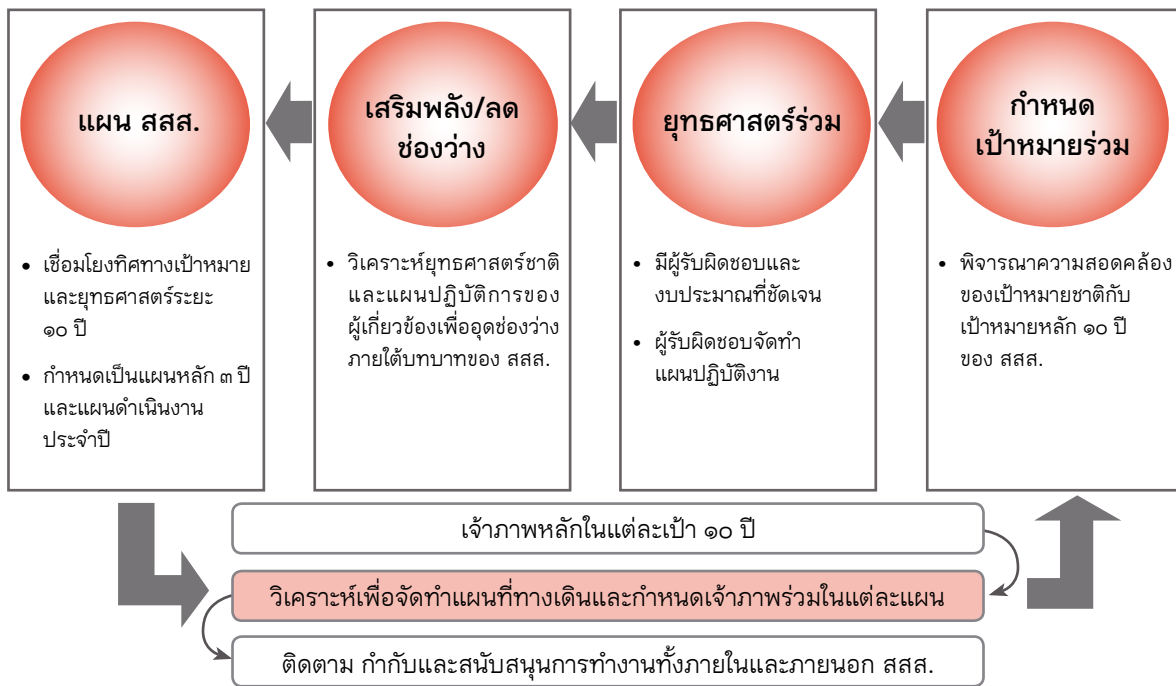


การจัดทำแผนอย่างบูรณาการ

ในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) สสส. ให้ความสำคัญกับการประสานแผนเพื่อบรรลุเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส. ที่ว่า “ทุกคนมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างมีความสุขภาวะ” ซึ่งมีเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ควบคู่กับการประสานงานระหว่างแผนเชิงประเด็น แผนเชิงองค์กร แผนเชิงพื้นที่ และแผนเชิงระบบสนับสนุน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากลักษณะสำคัญของเป้าหมาย สสส. คือ เป็นเป้าหมายระดับชาติและต้องทำงานที่ได้ผลในระดับประชากร ซึ่งมีภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมารวมกันกำหนด รวมถึงมีการดำเนินงานเพื่อนำมาสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกัน โดยเจ้าภาพหลักในแต่ละเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ได้มีการวิเคราะห์แผนตาม “กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของ สสส.” ทั้ง ๕ ขั้นตอน ได้แก่ (๑) การใช้องค์ความรู้ในการทบทวนเป้าหมายร่วม หรือหากยังไม่มีเป้าหมายร่วมก็ต้องมีการวิเคราะห์ประโยชน์ร่วมและประโยชน์เฉพาะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อยู่ในเป้าหมาย ๑๐ ปีอย่างถ่องแท้ ทั้งในมิติของเศรษฐศาสตร์ การสัมพันธ์หรือสังคม ก่อนนำมาสู่การกำหนดเป้าหมายร่วม และ (๒) ทบทวนยุทธศาสตร์ร่วมซึ่งมีผู้รับผิดชอบเพื่อทำความเข้าใจบทบาทและพันธกิจของผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วน รวมถึงทรัพยากร ตลอดจนแผนปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบนั้น หากยังไม่มียุทธศาสตร์การดำเนินงานก็ควรวางแผนยุทธศาสตร์ร่วมเสียก่อน โดยในการวางแผนยุทธศาสตร์ร่วมนั้นจำเป็นต้องนำความรู้ทางกฎหมาย นโยบาย สถานการณ์ ข้อมูลวิชาการหรือการถอดองค์ความรู้จากผู้ที่มิประสบการณ์ในการทำงานร่วมประกอบการวางแผนยุทธศาสตร์ (๓) ทำการวิเคราะห์จากยุทธศาสตร์ร่วมของประเทศและแผนปฏิบัติการของผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาช่องว่างในการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบทบาทของ สสส. (๔) จัดทำเป็นแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และ

แผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ที่เชื่อมโยงเป้าหมายและยุทธศาสตร์ของประเทศในแต่ละช่วงเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือตอบสนองต่อทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (๕) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานเพื่อตอบสนองเป้าหมายเฉพาะใดๆ นั้น มักจะต้องการการบูรณาการการทำงานและการสนับสนุนจากหลายๆ แผนใน สสส. แผนที่เป็นเจ้าภาพหลักจึงต้องมีการ วิเคราะห์ เพื่อจัดทำแผนที่ทางเดินร่วมกับแผนอื่นๆ ที่เป็นเจ้าภาพร่วม โดยคำนึงถึงขอบเขตการทำงานในแต่ละแผนตามตัวแบบการทำงานระดับองค์กรของ สสส.^{๑๗}

กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของ สสส.



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

ทั้งนี้ เพื่อให้การบูรณาการการทำงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ภายในแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ จึงมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมรวมทั้งสิ้น ๓๒ และ ๒๗ ตัวชี้วัด ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เน้นไปที่การตอบสนองแนวทางการจัดทำแผนที่คณะกรรมการกองทุนมอบให้ รวมถึงเน้นการมุ่งสู่เป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ทั้งเรื่องการของลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยเสริมทางสุขภาพ รวมถึงการร่วมมือกันสร้างต้นแบบพื้นที่เพื่อลดกลุ่มโรค NCDs อย่างไรก็ตาม ไม่เพียงแต่เป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมเท่านั้นที่ส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการการทำงาน แต่จะสังเกตได้ว่าเป้าหมายและตัวชี้วัดหลักในหลายแผนก็เป็นการกำหนดในลักษณะผลลัพธ์ซึ่งต้องอาศัยการบูรณาการการทำงานด้วยเช่นกัน

^{๑๗} เจ้าภาพหลักทุกแผนได้จัดส่งข้อมูลแผนยุทธศาสตร์ที่ผ่านการวิเคราะห์แล้วให้ สสส. เพื่อสังเคราะห์และส่งให้กับเจ้าภาพร่วม

ส่วนที่ ๓

รายละเอียดแผนหลัก

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



แผนควบคุมยาสูบ

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

แผนควบคุมยาสูบ ยึดหลักการดำเนินงานที่สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ สสส. ระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) เป็นแนวทางการจัดทำแผน ๓ ปีระยะที่สามที่ต่อเนื่องจากสองระยะแรก และกระตุ้นให้มีการบูรณาการกับกลไกหลักเพื่อมุ่งสู่ทิศทางและเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี ซึ่งรวมถึง การสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพในประชากรกลุ่มต่างๆ โดยมีกลไกการติดตามและประเมินผลที่มี ประสิทธิภาพ และมีการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์หลัก “สามสามพลัง” ประกอบด้วยพลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังนโยบาย โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อลดพฤติกรรมการบริโภคยาสูบในประชากร ทุกกลุ่ม โดยเฉพาะในกลุ่มเพศชายและผู้ที่มีอายุอยู่ในเขตชนบท การพัฒนาและผลักดันให้เกิดมาตรการ ทางนโยบายที่สำคัญด้านการควบคุมยาสูบ การพัฒนาให้เกิดมาตรการและสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการบริโภค ยาสูบและลดอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสอง การสนับสนุนให้เกิดการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มแข็งและมี ประสิทธิภาพ การป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในกลุ่มเด็ก เยาวชน และผู้หญิง การพัฒนารูปแบบนวัตกรรม และการใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และการพัฒนามาตรฐานบริการเลิกบุหรี่ ในสถานบริการระดับต่างๆ

แผนการดำเนินงานระยะ ๓ ปี ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ ตั้งเป้าหมายลดอัตราการสูบบุหรี่ของ คนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในปี ๒๕๖๒ ไม่เกินร้อยละ ๑๖.๗ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒ โดยมียุทธศาสตร์การดำเนินงานตามหลักการ ของสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ได้แก่ (๑) การพัฒนานโยบายและการบังคับใช้กฎหมาย (๒) การพัฒนาระบบ ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เพื่อใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนนโยบายและการรณรงค์ (๓) การพัฒนาเครือข่าย เพื่อการรณรงค์ สนับสนุนนโยบายในการควบคุมการบริโภคยาสูบ รวมถึงการสนับสนุนให้มีระบบบริการ เลิกบุหรี่ โดย สสส. มีบทบาทในการเชื่อมประสานเครือข่ายต่างๆ ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ดังกล่าว และทำงานเชื่อมโยงระบบรวมถึงกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาหลัก สู่เป้าหมายการพัฒนา ที่ยั่งยืน ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมถึงเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยง การดำเนินงานกับแผนงานอื่นๆ ของ สสส. แผนควบคุมยาสูบจึงได้กำหนดแนวทางการดำเนินงาน ในระยะ ๓ ปีต่อไป ดังนี้



๑. สนับสนุนการออกมาตรการ กฎหมาย และนโยบายที่จำเป็นต่อการลดการบริโภคยาสูบ อาทิ มาตรการทางภาษีและราคา การขยายพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ การจำกัดใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่ เป็นต้น รวมถึงการทำให้เกิดการปฏิบัติ/บังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ
๒. พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร องค์กรความรู้ งานวิชาการเพื่อสนับสนุนการผลักดันนโยบาย การขับเคลื่อนรณรงค์เพื่อการควบคุมยาสูบ รวมถึงการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ
๓. พัฒนาต้นแบบ นวัตกรรมหรือรูปแบบการดำเนินงานใหม่ๆ ที่ช่วยลดอัตราการบริโภคยาสูบ และสื่อสารต้นแบบหรือนวัตกรรมในวงกว้าง เพื่อขยายผลทั้งในเชิงกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่
๔. ขยายภาคีเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อให้มีแนวร่วมในการดำเนินงานควบคุมยาสูบให้มากขึ้น และพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายที่มีอยู่เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งในการดำเนินงานเพื่อการควบคุมยาสูบ
๕. ขยายการเข้าถึงบริการช่วยเหลือบุหรี่ทั้งในและนอกระบบบริการสาธารณสุข รวมถึงผลักดันให้มีรายการการเสพติดนิโคตินในบัญชียาหลักให้มากขึ้น เพื่อการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ
๖. พัฒนาชุดความรู้ ต้นแบบการดำเนินงานเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs
๗. บุรณาการ และขยายการมีส่วนร่วมของชุมชน พื้นที่ และองค์กรอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอก สสส. ในการดำเนินงานเพื่อการควบคุมยาสูบ

จุดเน้นของแผน

๑. ด้านการพัฒนา นโยบาย และการบังคับใช้กฎหมาย

- ๑.๑ สนับสนุนการออกกฎหมายลำดับรองจากราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐
- ๑.๒ สื่อสารพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ ให้ประชาชนรับรู้โดยทั่ว เพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายฯ และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ เช่น ชุมชน ท้องถิ่น สื่อมวลชน เป็นต้น ในการบังคับใช้กฎหมายฯ
- ๑.๓ สนับสนุนและผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนและการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๒
- ๑.๔ สนับสนุนและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนนโยบายด้านการควบคุมยาสูบต่อผู้กำหนดนโยบายทางตรง เช่น การยื่นหนังสือ การเข้าหารือกับผู้กำหนดนโยบายอย่างไม่เป็นทางการ เป็นต้น และผลักดันนโยบาย/มาตรการ/กฎหมายที่สำคัญเพื่อการควบคุมยาสูบทั้งด้านอุปทาน (supply side) และอุปสงค์ (demand side) อาทิ

- (๑) การผลักดันให้มีการเพิ่มยารักษาการเสพติดนิโคตินเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติให้มากขึ้น โดยเข้าไปมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้เกิดการต่อรองารายารักษาการเสพติดนิโคติน
 - (๒) การผลักดันให้มีการขึ้นภาษี/กำหนดอัตราภาษีบุหรี่ที่เหมาะสมภายใต้ประมวลกฎหมายสรรพสามิต พ.ศ. ๒๕๖๐
 - (๓) ผลักดันให้มีการขึ้นค่าธรรมเนียมใบอนุญาตร้านค้าปลีกบุหรี่เพื่อควบคุมจำนวนและความหนาแน่นของร้านจำหน่ายบุหรี่
 - (๔) การควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า
- ๑.๕ สนับสนุนการผลักดันนโยบายและการรณรงค์ผ่านการสื่อสารสาธารณะ ทั้งสื่อหลัก เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ และสื่อออนไลน์ รวมถึงการจัดเวทีเพื่อการขับเคลื่อนนโยบาย เช่น เวทีวิชาการระดับภูมิภาค/ระดับชาติ/นานาชาติ การจัดเวทีแถลงข่าว การจัดเวทีเสวนา เป็นต้น

๒. ด้านวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

- ๒.๑ พัฒนาระบบฐานข้อมูลที่จำเป็น การศึกษา/พัฒนาความรู้ทางระบาดวิทยา การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ การพัฒนาฐานข้อมูลระดับจังหวัด และกรณีศึกษาของสถานการณ์ต่างๆ เพื่อการควบคุมยาสูบ และพัฒนาความรู้เพื่อความเข้าใจระบบสังเคราะห์นโยบาย งานวิจัย และงานวิชาการให้ถ่ายทอดการนำไปใช้งาน/สื่อสาร
- ๒.๒ พัฒนางานวิจัย/วิชาการ และการจัดการความรู้ที่มีผลต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การรณรงค์ และนำความรู้ที่ได้ มาสื่อสารเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคม
- ๒.๓ พัฒนาความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ (action research) นำไปสู่การใช้ประโยชน์ เช่น การรณรงค์ระดับชุมชน การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ
- ๒.๔ พัฒนารูปแบบและวิธีการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการประเมินผลลัพธ์ในเชิงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม

๓. ด้านเครือข่ายการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่

- ๓.๑ มุ่งเน้นการป้องกันนักสูบหน้าใหม่โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและผู้หญิง ลดการสูบบุหรี่ในผู้ขาย/ผู้ที่อยู่ในชนบท/กลุ่มอาชีพศึกษา
- ๓.๒ เน้นการป้องกันการได้รับควันบุหรี่มือสองและมือสามโดยการขยายพื้นที่รูปธรรมปลอดบุหรี่ทั้งตามที่กฎหมายกำหนดและรณรงค์เพิ่มเติม เช่น การรณรงค์บ้านปลอดบุหรี่ เป็นต้น
- ๓.๓ เน้นการสื่อสารเพื่อปรับค่านิยมให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ อุตสาหกรรมยาสูบ และผู้สูบบุหรี่เป็นสิ่งไม่ปกติธรรมดา (de-normalization)



- ๓.๔ สนับสนุนคณะกรรมการควบคุมยาสูบ-สุราระดับจังหวัด และกลไกการทำงาน ประเด็นยาสูบ-สุราในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้มีการดำเนินงานในการควบคุม ยาสูบ-สุราในระดับจังหวัดที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการผลักดันให้เกิดพื้นที่ต้นแบบ ในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ-สุราในระดับจังหวัด หรือระดับเขต พร้อมแสดงให้เห็นถึง การวัดผลลัพธ์จากการดำเนินงานอย่างจริงจัง และสื่อสารผลสำเร็จนั้นในวงกว้าง
- ๓.๕ สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมเชิงบวกในกลุ่มเด็กและเยาวชน เพื่อให้เด็กและเยาวชนภาคภูมิใจ ในตนเอง พร้อมฝึกฝนทักษะชีวิต อันจะส่งผลให้เด็กและเยาวชนห่างไกลพฤติกรรม การสูบบุหรี่ เช่น การจัดทำคลิปวิดีโอ การแสดงดนตรี การเป็นจิตอาสาเพื่อสังคม เป็นต้น รวมถึงการเพิ่มพื้นที่สร้างสรรค์เพื่อให้เยาวชนมีพื้นที่ในการแสดงศักยภาพ

๔. ด้านบริการเลิกบุหรี่

- ๔.๑ เพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยเลิกบุหรี่ โดยผลักดันให้มีารักษาการเสพติดนิโคติน ในบัญชียาหลักแห่งชาติให้มากขึ้นเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ
- ๔.๒ สนับสนุนให้เกิดการเลิกบุหรี่โดยชุมชน
- ๔.๓ พัฒนานวัตกรรมและใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัล เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการ เลิกบุหรี่

๕. สนับสนุนการป้องกันโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

- ๕.๑ สนับสนุนการศึกษาข้อมูลความรู้ทางวิชาการทั้งระดับประเทศและระดับพื้นที่ เพื่อใช้เป็น แนวทางการแก้ไขปัญหาโรค NCDs และสนับสนุนให้เกิดการนำความรู้มาใช้เพื่อสื่อสาร สังคมและรณรงค์ในประเด็น “ลดบุหรี่/เหล้า เพิ่มอาหารสุขภาพ/ออกกำลังกาย” เพื่อหลีกเลี่ยงโรค NCDs
- ๕.๒ สนับสนุนให้เกิดการดำเนินการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานในประเด็น รูปแบบ เนื้อหา และช่องทางการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพเพื่อป้องกัน การเกิดโรค NCDs
- ๕.๓ สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมประสาน/สร้างกลไกการทำงานให้เกิดการศึกษาในประเด็น การลดการบริโภคหวาน (น้ำตาล) และเค็ม (เกลือ) เพื่อหลีกเลี่ยงโรค NCDs และนำ องค์ความรู้ที่ได้ไปผลักดันต่อในระดับนโยบาย โดยเชื่อมประสานการทำงานกับกระทรวง สาธารณสุข เพื่อส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมตามยุทธศาสตร์ การพัฒนาประเทศ
- ๕.๔ สนับสนุนให้เกิดเวทีทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร เครือข่าย ศูนย์วิชาการประเด็น พฤติกรรมเสี่ยงทั้ง ๔ องค์กรสนับสนุนงบประมาณต่างๆ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาโรค NCDs

วัตถุประสงค์

๑. ลดอัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนไทย และป้องกันนักสูบหน้าใหม่
๒. พัฒนาระบบข้อมูล พัฒนาความรู้และต้นแบบ รวมถึงการจัดการความรู้ที่จำเป็นต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ
๓. พัฒนาให้เกิดมาตรการ สิ่งแวดล้อม นโยบายและกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ และสนับสนุนให้เกิดการบังคับใช้นโยบายและกฎหมายที่มีอยู่
๔. พัฒนาการสื่อสารเพื่อให้เกิดรับรู้ สร้างความตระหนัก และปรับเปลี่ยนค่านิยมทางสังคม ในประเด็นการไม่สูบบุหรี่ในประชาชนกลุ่มต่างๆ
๕. พัฒนากลไกพื้นฐานและการสร้างนวัตกรรมเพื่อการดำเนินงานควบคุมยาสูบ
๖. พัฒนารูปแบบและบริการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ
๗. พัฒนาให้เกิดเครือข่าย องค์ความรู้ ต้นแบบในการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. ลดอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ไม่เกินร้อยละ ๑๖.๗ (ข้อมูลปี ๒๕๕๘ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยโดยรวมร้อยละ ๑๙.๙๐) (อ้างอิงตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒)
๒. เกิดนโยบาย กฎหมาย มาตรการและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อแนวโน้มการลดลงของอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรไทย/ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ในระดับต่างๆ อย่างน้อย ๓ นโยบาย กฎหมาย หรือมาตรการ โดยพัฒนา/ผลักดันนโยบาย กฎหมาย มาตรการ แนวปฏิบัติเพื่อการควบคุมยาสูบให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒
๓. เกิดต้นแบบจังหวัดควบคุมยาสูบ ด้านบังคับใช้กฎหมาย/บำบัด/รณรงค์ ภายใต้โครงการจังหวัดควบคุมยาสูบและสุราที่สามารถถอดบทเรียนเป็นแนวทางให้จังหวัดอื่นๆ สามารถเรียนรู้เพื่อพัฒนาการดำเนินงานได้ อย่างน้อย ๕ จังหวัด
๔. เกิดองค์ความรู้จากการวิจัยที่จำเป็นสำหรับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๐ เรื่อง และมีเวทีวิชาการระดับชาติทุกปี
๕. เกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นการไม่สูบบุหรี่มากขึ้นในประชากรไทยอย่างน้อย ๓ ประเด็น

๖. เกิดการพัฒนามาตรฐานการบริการเลิกบุหรี่ในระดับบริการต่างๆ ทั้งจากเครือข่ายวิชาชีพต่างๆ ตลอดจนการบริการสายด่วนเลิกบุหรี่ และโครงการอื่นๆ อันเป็นผลให้มีจำนวนผู้ติดบุหรี่มาใช้บริการรวมไม่น้อยกว่า ๔,๐๐๐ รายต่อเดือน และมีจำนวนผู้เลิกบุหรี่ได้ไม่ต่ำกว่า ๘๐๐ รายต่อเดือน
๗. เกิดการพัฒนาเวทีทำงานข้ามภาคส่วนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค NCDs

ตัวชี้วัดร่วม

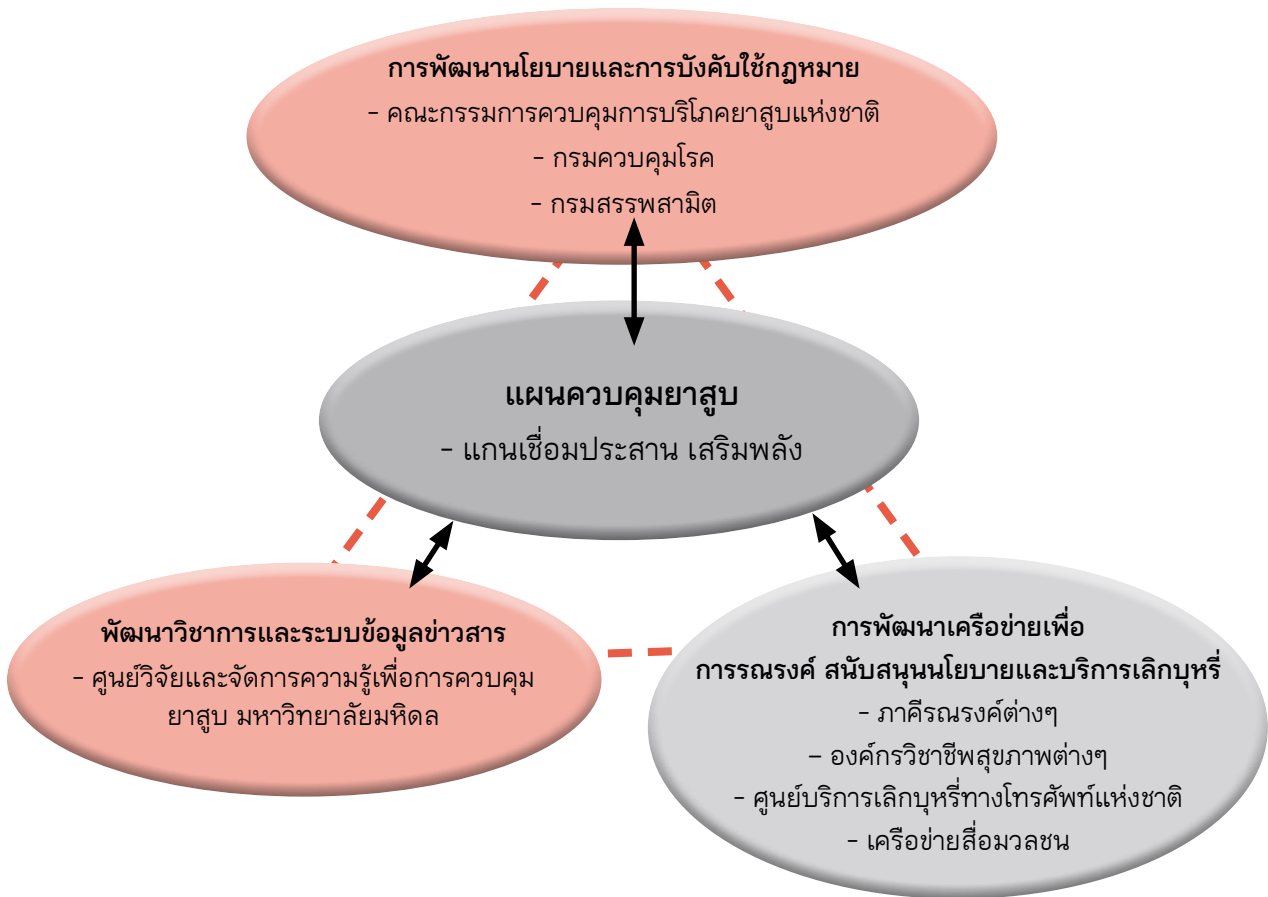
๑. ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และแผนอาหารเพื่อสุขภาพ ในการสนับสนุนแผนสุขภาพชุมชน แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ และแผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร ในการพัฒนาต้นแบบอำเภอสุขภาพป้องกันโรค NCDs แบบเต็มพื้นที่ ทุกตำบล ทุกโรงเรียน และส่วนใหญ่ขององค์กรต่างๆ ในอำเภอ โดยมุ่งเป้าให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ที่ระดับประชาชน คือ (๑) ลดอัตราการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และ (๒) เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการมีกิจกรรมทางกาย โดยมุ่งพัฒนาต้นแบบทั้งหมด ๔ อำเภอใน ๔ ภูมิภาคของประเทศไทย และ ๕ ชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร
๒. พร้อมด้วยแผนสุขภาพชุมชน แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ และแผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร ร่วมกับฝ่ายติดตามและประเมินผล ในการออกแบบและปฏิบัติการติดตามและประเมินผลการพัฒนาต้นแบบอำเภอสุขภาพป้องกันโรค NCDs ๔ อำเภอ ใน ๔ ภูมิภาคของประเทศไทย และ ๕ ชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร
๓. สนับสนุนชุดความรู้/ข้อมูลทางวิชาการให้แก่แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะในการดำเนินงาน เพื่อให้หน่วยบริการในชุมชนพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานหรือสถานประกอบการต้นแบบในพื้นที่ดำเนินงาน อย่างน้อยร้อยละ ๓๐ มีการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการลดการบริโภคบุหรี่
๔. สนับสนุนชุดความรู้/ข้อมูลทางวิชาการให้แก่แผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ ในการขยายผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่ โดยชุมชนเป็นฐานสร้างมาตรการหรือสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดอัตราการสูบบุหรี่ใน ๑๐๐ พื้นที่

ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบ ประกอบด้วย

๑. ยุทธศาสตร์หลัก

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การขับเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ ตามหลักของสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาในการควบคุมยาสูบ



๒. ยุทธศาสตร์รอง ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ ได้แก่

- ๑) ยุทธศาสตร์สนับสนุนการสร้างเสริมพัฒนาความรู้และต้นแบบ (knowledge generation & model development)
- ๒) ยุทธศาสตร์สนับสนุนการผลักดันนโยบาย (policy advocacy)
- ๓) ยุทธศาสตร์สนับสนุนการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมสังคม (cultural change/ health literacy communication)
- ๔) ยุทธศาสตร์สนับสนุนการพัฒนากลไกพื้นฐานและการสร้างนวัตกรรม (system enhancing mechanism building)
- ๕) ยุทธศาสตร์สนับสนุนการขยายการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงระบบ
- ๖) การกำกับ ติดตามและประเมินผล (monitoring and evaluation)

ซึ่งการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ดังกล่าว เป็นการสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒ ซึ่งประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (๑) สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ (๒) ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ (๓) ช่วยให้ผู้เสพลิกใช้ยาสูบ (๔) ควบคุมและเปิดเผยส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ (๕) ทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับผู้ และ (๖) ใช้มาตรการทางภาษีเพื่อเพิ่มราคา และปราบปรามเพื่อควบคุมยาสูบ





งบประมาณ^{๑๘}

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
แผนควบคุมยาสูบ	๓๕๐	๓๖๐	๓๖๐

^{๑๘} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้



แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

ด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด วางแผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับทิศทางเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. เป็นแนวทางการจัดทำแผน ๓ ปีระยะที่สามที่ต่อเนื่องจากสองระยะแรก และกระตุ้นให้มีการบูรณาการกับกลไกหลักเพื่อมุ่งสู่ทิศทางและเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี ซึ่งรวมถึงการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพในประชากรกลุ่มต่างๆ โดยมีกลไกการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีเป้าหมายเฉพาะที่จะต้องบรรลุ คือ ลดอัตราการดื่มสุราของคนไทยในปี ๒๕๖๓ ให้เหลือน้อยกว่า ร้อยละ ๒๗ เพื่อลดปัญหาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเสพติด สนับสนุนการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของการพัฒนาประเทศที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญและแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมขนาดและความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย และเน้นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทในแต่ละพื้นที่และกลุ่มประชากร ตลอดจนพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพรองรับยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ และเทคโนโลยี โดยเฉพาะในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้แก่สังคมไทย

ดำเนินงานสอดคล้องตามแนวทางของยุทธศาสตร์โลกในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (*Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*) รวมทั้งมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาหลัก สู่เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน ตามที่ประเทศไทยได้ร่วมปฏิญญากับสหประชาชาติและประชาคมโลก

แผนการดำเนินงานระยะ ๓ ปี ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ ตั้งเป้าหมายลดอัตราการดื่มสุราของคนไทยในปี ๒๕๖๓ ให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ ๒๗.๐ โดยมียุทธศาสตร์การดำเนินการตามหลักสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาอันได้แก่ (๑) การสร้างมาตรการ นโยบายสาธารณะ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (๒) การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ความรู้ เพื่อให้ความรู้และผลักดันมาตรการ



(๓) การพัฒนาเครือข่ายเพื่อรณรงค์และสนับสนุนนโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการส่งเสริมให้มีระบบบริการเลิกสุรา และ สสส. มีบทบาทในการเชื่อมประสานเครือข่าย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินการตามแนวทางยุทธศาสตร์ดังกล่าว โดยเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์และ ผลประเมินระยะ ๓ ปีที่ผ่านมาแล้ว จึงมีทิศทางเป้าหมายที่เน้นในช่วง ๓ ปี ต่อไป ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ มีแนวทาง ดังนี้

- ๑) สนับสนุนการออกมาตรการ กฎหมาย และนโยบายที่จำเป็นต่อการลดการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ อาทิ มาตรการทางภาษีและราคา มาตรการจำกัดใบอนุญาตและเพิ่มค่าธรรมเนียม มาตรการห้ามโฆษณา และเพิ่มการจำกัดสถานที่และเวลาขาย รวมถึงการพัฒนา นโยบาย ยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัด
- ๒) สนับสนุนการเพิ่มประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๓) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ งานวิชาการ และวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อตอบสนองกับ การผลักดันนโยบายและขับเคลื่อนรณรงค์ รวมทั้งการวิจัยเพื่อประเมินผล
- ๔) พัฒนาต้นแบบ นวัตกรรมหรือรูปแบบการดำเนินงานใหม่ๆ ที่ทำให้เกิดการลดอัตราการบริโภค ยาสูบ และสื่อสารต้นแบบ หรือนวัตกรรมในวงกว้างเพื่อขยายผลทั้งในเชิงกลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่
- ๕) ขยายภาคีเชิงยุทธศาสตร์ พัฒนาศักยภาพและความก้าวหน้าของเครือข่าย และพัฒนา มาตรการชุมชนเพื่อลดละเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการสื่อสารรณรงค์ ที่เป็นระบบ และเน้นเพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่
- ๖) พัฒนาองค์ความรู้ งานวิชาการ และวิจัยศึกษาแนวทางการจัดระบบบริการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา ในระบบบริการสาธารณสุข เพื่อตอบสนองการผลักดันนโยบายและขับเคลื่อนรณรงค์ รวมทั้งการวิจัยเพื่อประเมินผล
- ๗) บูรณาการและตั้งเป้าหมายร่วมกับแผนอื่นๆ ของ สสส. ในการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในกลุ่มเป้าหมาย องค์กร ชุมชน และพื้นที่ต่างๆ

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดต้องมีการทำงานแบบบูรณาการของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และประชาชน และการพัฒนานโยบายหรือมาตรการที่อิงกับข้อมูล/หลักฐาน ทางวิชาการเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการวางนโยบายให้ถูกทิศทางและใช้การขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วม จะให้ผลที่ยั่งยืนกว่าการปราบปรามระยะสั้น ดังนั้น ในการจัดทำแผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ จึงจะ ดำเนินการสนับสนุนภาคีเครือข่ายนักวิชาการ นักวิจัย และผู้ปฏิบัติงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาสังคม และชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ หรือข้อมูลเชิงประจักษ์ของผลลัพธ์และผลกระทบของ โครงการมาตรการหรือนโยบายที่ได้ดำเนินการไปแล้ว เพื่อกระตุ้นให้เกิดวงจรการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพ ในด้านการป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพสารเสพติดในระบบสาธารณสุข ระบบยุติธรรม และ ชุมชน เพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้สารเสพติดและมาตรการ ในการจัดการและป้องกันปัญหา และเพิ่มความตระหนักและการมีส่วนร่วมของบุคคลทุกภาคส่วนในสังคม ในการจัดการกับปัญหายาเสพติด

จุดเน้นของแผน

๑. พัฒนาระบบนโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑.๑ สนับสนุนการออกกฎหมายมาตรการและนโยบายสาธารณะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความจำเป็นทั้งเร่งด่วนและระยะยาว รวมทั้งกฎหมายที่อยู่ในกระบวนการแล้ว โดยสนับสนุนภาคีระบบหลัก ภาครัฐ ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ในการพัฒนากฎหมาย มาตรการ และนโยบายสาธารณะ ทั้งมาตรการด้านอุปสงค์ และด้านอุปทาน รวมถึงผลักดันให้เกิดกลไกการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ทุกภาคส่วน และทุกระดับ ทั้งระดับพื้นที่ และระดับชาติ เช่น

- ๑) มาตรการ หลักเกณฑ์ การห้ามโฆษณาผ่านโซเชียลมีเดีย สื่อออนไลน์รูปแบบต่างๆ และกิจกรรมส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ
- ๒) มาตรการจำกัดจำนวนใบอนุญาต/เพิ่มค่าธรรมเนียม กำหนดหลักเกณฑ์ในการขอ/ต่อใบอนุญาต และอัตราโทษการขึ้นภาษี และปกป้องการแทรกแซงนโยบายแอลกอฮอล์จากการค้าเสรี
- ๓) เสนอมาตรการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (demand side) ของประชาชน และเยาวชน เช่น มาตรการห้ามขาย ห้ามดื่มในเด็กที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี

๑.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อเร่งอัตราการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาทิ การศึกษาทบทวนและพัฒนามาตรฐานเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย และการตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย/เรื่องร้องเรียน รวมทั้งการประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและปราบปรามการกระทำผิดพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑

๑.๓ สนับสนุนให้เกิดการจัดทำแผนงานควบคุมยาสูบ-เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัด เป็นงานประจำของกระทรวงสาธารณสุข

๑.๔ สนับสนุน ส่งเสริม ผลักดันให้ภาคีนอกภาครัฐ เช่น ภาคีภาคสื่อมวลชน ภาคีภาคธุรกิจ ร่วมดำเนินด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดอย่างเป็นระบบ

๑.๕ สนับสนุนการออกนโยบายระดับชุมชน พื้นที่/จังหวัด และท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องกับงานเทศกาลงานบุญประเพณี เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนให้เกิดผลเชิงระบบ

๒. การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๒.๑ การพัฒนาความรู้เชิงระบาดวิทยาและกรณีศึกษาของสถานการณ์ต่างๆ

๒.๒ การพัฒนาความรู้เพื่อความเข้าใจระบบที่มีประสิทธิภาพต่อการสร้างเสริมสุขภาพ/การสังเคราะห์นโยบาย



- ๒.๓ สนับสนุนให้มีการมีการพัฒนาต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพเชิงโปรแกรม พื้นที่/องค์กร และ สนับสนุนให้เกิดการถอดบทเรียน รวบรวมต้นแบบและสังเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์จากการจัดงานเทศกาล งานบุญประเพณีปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ ต่อยอดและขยายผล
- ๒.๔ การพัฒนางานวิจัย/งานวิชาการที่มีผลต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย (evidence-based policy) และการขับเคลื่อนของเครือข่ายรณรงค์ และนำความรู้ที่ได้สื่อสารเพื่อให้เกิด การปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคม
- ๒.๕ การพัฒนาความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ (action research) นำไปสู่การใช้ประโยชน์ เช่น การรณรงค์ระดับชุมชน การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ
- ๒.๖ พัฒนารูปแบบและวิธีการประเมินผลต่างๆ (นโยบาย/กฎหมาย/แผน) ที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการประเมินผลลัพธ์ในเชิงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม
- ๒.๗ พัฒนาศักยภาพนักวิจัย นักวิชาการ นักประเมินผล ให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นใน การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
- ๒.๘ สนับสนุนการสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างประเทศ
- ๒.๙ สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการศึกษาวิจัย และการจัดการความรู้ด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ สิ่งเสพติด อาหาร การออกกำลังกาย และพัฒนาระบบฐานข้อมูล/จัดการความรู้ด้าน สุขภาวะ
- ๒.๑๐ สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการข้อมูล ด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ สิ่งเสพติด อาหาร การออกกำลังกาย และพัฒนากลไกการเฝ้าระวังโดยการมีส่วนร่วมของทั้งภาครัฐและ ภาคประชาสังคม

๓. การพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ๓.๑ สนับสนุนคณะกรรมการควบคุมยาสูบ-สุราระดับจังหวัด และกลไกการทำงานประเด็นยาสูบ-สุราในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้มีการดำเนินงานในการควบคุมยาสูบ-สุราในระดับ จังหวัดที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการผลักดันให้เกิดพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงานควบคุม ยาสูบ-สุราในระดับจังหวัด หรือระดับเขต พร้อมแสดงให้เห็นถึงการวัดผลลัพธ์จาก การดำเนินงานอย่างจริงจัง และสื่อสารผลสำเร็จนั้นในวงกว้าง
- ๓.๒ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา รูปแบบกิจกรรมการรณรงค์และมาตรการใหม่ๆ ที่เข้าถึงและ สอดคล้องเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน กลุ่มอาชีวศึกษา ผู้หญิง ผู้ชาย/ ผู้ที่อยู่ในชนบท
- ๓.๓ สนับสนุนให้เกิดการสร้างเครือข่ายคนหัวใจหิน (คนงดเหล้าครบพรรษา) และคนเลิกเหล้า ตลอดชีวิต (คนหัวใจเพชร) เพื่อให้มีบทบาทเป็นคนเลิกเหล้ารณรงค์ ชวนคนเลิกเหล้า ในองค์กรต่างๆ เช่น โรงเรียน โรงงาน หน่วยงานราชการ สถานประกอบการต่างๆ ต่อเนื่อง และเป็นกลไกสำคัญในการรณรงค์งดเหล้าตามเทศกาล งานบุญประเพณีต่างๆ

- ๓.๔ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนากิจกรรม “ความสุขทางเลือก” (สุขได้ไร้แอลกอฮอล์) ในรูปแบบต่างๆ กิจกรรมความสุขทางเลือกในงานเทศกาลหรือบุญประเพณีต่างๆ ที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนค่านิยมชุมชนสังคม
- ๓.๕ สนับสนุนและขยายผลรณรงค์ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเทศกาลและงานประเพณี เช่น เทศกาลเข้าพรรษา งานประเพณี งานศพ เทศกาลประจำท้องถิ่นและผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นเจ้าของปัญหา
- ๓.๖ สนับสนุนให้เด็กและเยาวชนได้มีโอกาสแสดงศักยภาพ ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การแสดงดนตรี การทำคลิปวิดีโอ การทำหนังสือ จิตอาสาเพื่อสังคม
- ๓.๗ สนับสนุนให้เกิดการสื่อสารโดยใช้ฐานองค์ความรู้/งานวิจัย/งานวิชาการ มาสังเคราะห์ให้เข้าใจง่าย (evidence-based communication) พัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรองรับยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ และเทคโนโลยี โดยเฉพาะในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้แก่สังคมไทย โดยนำเสนอในรูปแบบที่น่าสนใจ (creative communication) เช่น คลิปวิดีโอ อินโฟกราฟฟิก เสียงตามสาย การจัดเสวนาวิชาการ โดยให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เด็กและเยาวชน ประชาชนทั่วไป คนทำงานในพื้นที่ ผู้กำหนดนโยบาย เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยมสังคมทัศนคติ พฤติกรรม
- ๓.๘ สนับสนุนให้เกิดการสื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างบรรทัดฐานสังคมให้เห็นว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าไม่ธรรมดา (de-normalization) อย่างต่อเนื่อง และการตอบโต้ธุรกิจแอลกอฮอล์ เรื่องการทำตลาดที่ขาดความรับผิดชอบ โดยเฉพาะในงานกิจกรรมดนตรี กีฬาและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน เช่น การติดตามข่าวผลกระทบที่เกิดกับเด็กและเยาวชน ปัญหาความรุนแรง อันมีสาเหตุจากการดื่ม เพื่อสื่อสารให้สังคมรับรู้อย่างต่อเนื่อง
- ๓.๙ สนับสนุนการขยายและเชื่อมเครือข่ายทั้งการสร้างผู้นำรุ่นใหม่และขยายเครือข่ายนักวิชาการในระดับพื้นที่รวมทั้งขยายภาคียุทธศาสตร์ เช่น กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น
- ๓.๑๐ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายคนทำงานด้านรณรงค์ ให้มีขีดความสามารถในการชักจูง เชื่อมร้อยและขยายเครือข่าย พัฒนาความรู้ความเข้าใจในกฎหมาย นโยบายและมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะในการสื่อสารสาธารณะเพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคมต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๓.๑๑ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาแบบติดตาม/ประเมินผล เพื่อประเมินผลลัพธ์ เช่น ระดับการรับรู้ระดับความตระหนัก การลด ละ เลิก และการบอกต่อของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละโครงการรณรงค์ รวมถึงการประเมินผลเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และประเมินเพื่อปรับปรุงให้ต่อเนื่อง เพื่อหาแนวทางการรณรงค์ที่มีประสิทธิภาพ



๓.๑๒ สนับสนุนและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนนโยบายการป้องกันและควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต่อผู้กำหนดนโยบายทางตรง เช่น การยื่นหนังสือ การเข้าหารือกับผู้กำหนดนโยบายอย่างไม่เป็นทางการ

๓.๑๓ สนับสนุนการผลักดันนโยบายผ่านการสื่อสารสาธารณะ ทั้งสื่อหลัก ได้แก่ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ และสื่อออนไลน์ รวมถึงการจัดเวทีเพื่อการขับเคลื่อนนโยบาย เช่น เวทีวิชาการระดับภูมิภาค/ระดับชาติ/นานาชาติ การจัดเวทีแลกเปลี่ยน การจัดเวทีเสวนา

๔. การสนับสนุนทุนอุปถัมภ์ทดแทนธุรกิจแอลกอฮอล์

๔.๑ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนากลยุทธ์ในการให้ทุนอุปถัมภ์กิจกรรมต่างๆ ให้ครอบคลุมทั้งกิจกรรมด้านประเพณีวัฒนธรรมและกิจกรรมด้านอื่นๆ เช่น การกำหนดยุทธศาสตร์ การช่วงชิงพื้นที่เทศกาลอาหาร ดนตรี กีฬา เป็นต้น

๔.๒ สนับสนุนให้เกิดการสื่อสารสาธารณะเพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคมในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานเทศกาล บุญประเพณีต่างๆ

๔.๓ สนับสนุนให้หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับงานเทศกาล งานบุญประเพณี เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนให้เกิดผลเชิงระบบ

๔.๔ สนับสนุนให้เกิดการสรุปบทเรียน รวบรวมต้นแบบและสังเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์จากจัดงานเทศกาล งานบุญประเพณีปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ ต่อยอดและขยายผล

๕. การพัฒนารูปแบบและระบบบริการเลิกสุรา

๕.๑ พัฒนารูปแบบระบบการบำบัดและส่งต่อให้ชัดเจน มีประสิทธิภาพ และเพิ่มการเข้าถึงบริการ ช่วยเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

๕.๒ สนับสนุนให้เกิดการเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน

๕.๓ สนับสนุนองค์ความรู้และพัฒนาเครื่องมือการให้คำปรึกษา การคัดกรอง การรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

๖. สนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

๖.๑ พัฒนาศูนย์วิชาการการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเพื่อให้มีความคล่องตัวในการพัฒนางานวิชาการอย่างต่อเนื่องทันต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด

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

- ๖.๓ พัฒนางานเชิงระบบ สร้างนวัตกรรมในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการแก้ไขและจัดการปัญหาเสพติด เพื่อสามารถรองรับสถานการณ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว
- ๖.๔ เสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาเสพติดและมาตรการในการจัดการและป้องกันปัญหาเสพติด รวมถึงการสนับสนุนการทำงานของภาคประชาชนและประชาสังคมในการจัดการปัญหาเสพติด
- ๖.๕ พัฒนาและเชื่อมประสานกับหน่วยงานภาครัฐ และเครือข่ายภาคประชาชนในการป้องกัน ดูแล และแก้ไขปัญหาเสพติด

วัตถุประสงค์

- ๑. ลดอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนไทย และป้องกันนักเสพหน้าใหม่
- ๒. พัฒนารฐานข้อมูล องค์ความรู้ และการจัดการความรู้ที่จำเป็น เพื่อการควบคุมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๓. พัฒนาให้เกิดมาตรการ สิ่งแวดล้อม นโยบายและกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสนับสนุนให้เกิดการบังคับใช้นโยบายและกฎหมายที่มีอยู่
- ๔. พัฒนาเครือข่ายการมีส่วนร่วมจากประชาชนและองค์กรต่างๆ ในการสื่อสารและสร้างการรับรู้ ความตระหนักในสังคมและในประชาชนกลุ่มต่างๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนค่านิยมในสังคม และการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๕. พัฒนากลไกพื้นฐานและระบบที่สำคัญ เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๖. พัฒนารูปแบบและบริการเลิกสุราที่มีประสิทธิภาพ
- ๗. พัฒนาพัฒนาให้เกิดเครือข่าย องค์ความรู้ ฐานข้อมูล และการจัดการความรู้ที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

- ๑. ลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรผู้ใหญ่ไทยในปี ๒๕๖๓ ให้เหลือน้อยกว่า ๖.๖๑ ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี (ข้อมูลปี ๒๕๕๘ ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรผู้ใหญ่ไทย เท่ากับ ๖.๔๕ ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี)

๒. เกิดนโยบาย กฎหมาย มาตรการและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อแนวโน้มการลดลงของอัตราการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์หรือนโยบายด้านการบริการสนับสนุนการเลิกตี๋มสุรา ในประเทศไทย/ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ในระดับต่างๆ อย่างน้อย ๓ นโยบาย กฎหมาย หรือ มาตรการ^{๑๔}
๓. เกิดต้นแบบจังหวัดควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ด้านบังคับใช้กฎหมาย/บ้ำบัต/รณรงค์ ภายใต้โครงการจังหวัดควบคุมยาสูบและสุราที่สามารถถอดบทเรียนเป็นแนวทางให้จังหวัดอื่นๆ สามารถเรียนรู้เพื่อพัฒนาการดำเนินงานได้ อย่างน้อย ๕ จังหวัด
๔. เกิดองค์ความรู้จากการวิจัยที่จำเป็นสำหรับการควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๐ เรื่อง และมีเวทีวิชาการระดับชาติทุกปี
๕. เกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นการลด ละ เลิกการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์มากขึ้น ในประเทศไทยอย่างน้อย ๓ ประเด็น
๖. เกิดกิจกรรมเพื่อทดแทนทุนอุปถัมภ์ของธุรกิจแอลกอฮอล์โดยในส่วนของประเพณีวัฒนธรรม ในงานประเพณี และในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ อย่างน้อยปีละ ๑๕๐ งาน ซึ่งส่งผลต่อการส่งเสริม นโยบายสาธารณะด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์
๗. เกิดการพัฒนามาตรฐานการบริการเลิกตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ในระดับบริการต่างๆ ทั้งจากเครือข่ายแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการตี๋มสุรา ตลอดจนการบริการ สายด่วนเลิกเหล้า และโครงการอื่นๆ อันเป็นผลให้มีจำนวนผู้ตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ มาใช้บริการรวมไม่น้อยกว่า ๔,๐๐๐ รายต่อเดือน และมีจำนวนผู้เลิกตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ได้ไม่ต่ำกว่า ๔๐๐ รายต่อเดือน
๘. เกิดองค์ความรู้ งานวิชาการ ระบบข้อมูล และฐานข้อมูลวิชาการในด้านการป้องกัน บ้ำบัต รักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพสารเสพติด (อาจเกี่ยวพันประเด็นการเสพสุราและบุหรืด้วย) ที่สอดคล้องต่อการดำเนินงานของภาคส่วนต่างๆ หรือเกิดนวัตกรรมในการจัดการกับ ปัญหาเสพติดอย่างน้อย ๕ เรื่อง

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ ในการสนับสนุนแผน สุขภาวะชุมชน แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านระบบบริการสุขภาพ และสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ในการพัฒนาต้นแบบอำเภอ สุขภาวะป้องกันโรค NCDs แบบเต็มพื้นที่ ทุกตำบล ทุกโรงเรียน และส่วนใหญ่ขององค์กร ต่างๆ ในอำเภอ โดยมุ่งเป้าให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ที่ระดับประชาชน คือ (๑) ลดอัตราการสูบบุหรื การตี๋มสุรา และ (๒) เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการมีกิจกรรม ทางกาย โดยมุ่งพัฒนาต้นแบบทั้งหมด ๔ อำเภอใน ๔ ภูมิภาคของประเทศไทย และ ๕ ชุมชน ในเขตกรุงเทพมหานคร

^{๑๔} การดำเนินการเพื่อพัฒนา/ผลักดันนโยบาย กฎหมาย มาตรการ แนวปฏิบัติเพื่อการควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์ การควบคุมแอลกอฮอล์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓

๒. พร้อมด้วยแผนสุขภาพชุมชน แผนสุขภาพวัยเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ และสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร ร่วมกับฝ่ายติดตามและประเมินผล ในการออกแบบและปฏิบัติการติดตามและประเมินผลการพัฒนาต้นแบบอำเภอสุขภาพป้องกันโรค NCDs ๔ อำเภอ ใน ๔ ภูมิภาคของประเทศไทย และ ๕ ชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร
๓. สนับสนุนชุดความรู้/ข้อมูลทางวิชาการให้แก่แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะในการดำเนินงานเพื่อให้หน่วยบริการในชุมชนพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานหรือสถานประกอบการต้นแบบในพื้นที่ดำเนินงานอย่างน้อยร้อยละ ๓๐ มีการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๔. สนับสนุนชุดความรู้/ข้อมูลทางวิชาการให้แก่แผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาพในการขยายผลการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่โดยชุมชนเป็นฐานสร้างมาตรการหรือสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน ๑๐๐ พื้นที่

ยุทธศาสตร์

การดำเนินการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ประกอบด้วย

๑. ยุทธศาสตร์หลัก

ด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการพัฒนารูปแบบบริการเลิกสุรา และการทดแทนทุนอุปถัมภ์จากธุรกิจแอลกอฮอล์ ซึ่งสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

พลังความรู้



- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา
- เครือข่ายนักวิชาการสาขาต่างๆ



ระบบเล็กสุรา

- กรมสุขภาพจิต
- แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา
- เครือข่ายสถานบริการสุขภาพ



นโยบาย

- ก.มหาดไทย (กรมปภ./กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น)
- ก.การพัฒนาสังคม
- ก.วัฒนธรรม
- ก.การท่องเที่ยวและกีฬา
- ก.ศึกษาธิการ
- ก.คมนาคม
- สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
- กรมสรรพสามิต
- กรมการขนส่งทางบก
- กรมคุมประพฤติ
- กรมทางหลวง
- กทม.
- คณะกรรมการจังหวัด
- กรมการศาสนา
- สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

สสส.
สนับสนุน
และ
เชื่อมประสาน

พลังสังคม



เครือข่ายองค์กรงดเหล้า

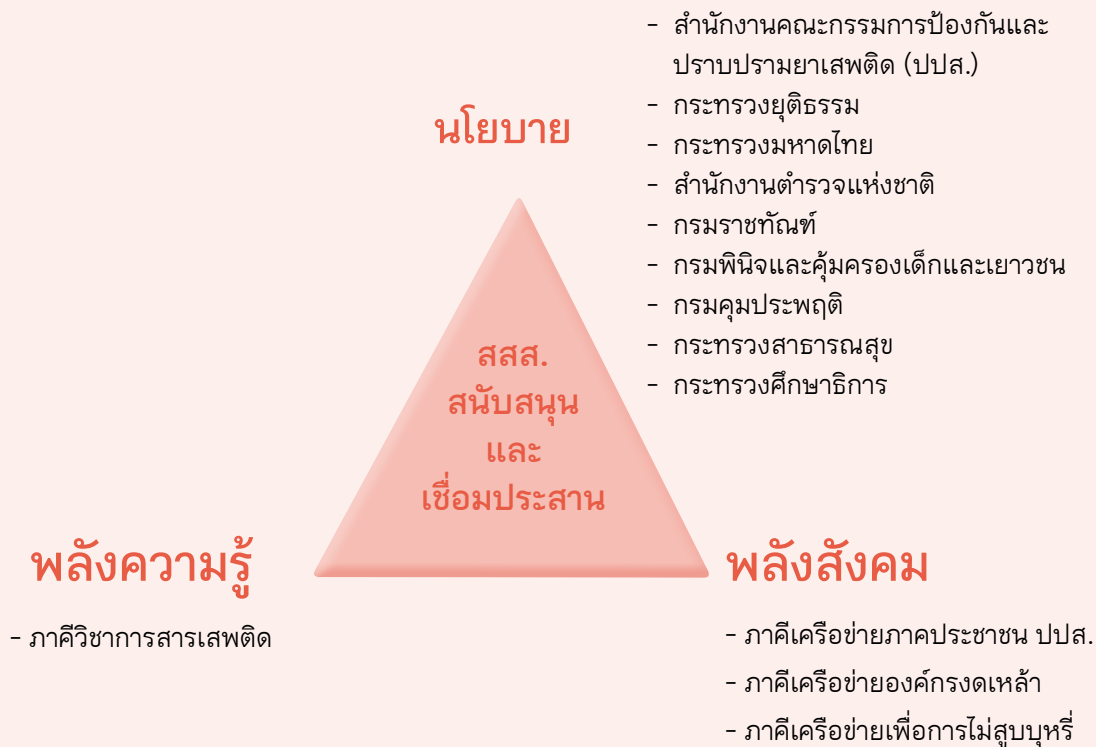
ทุนอุปถัมภ์

- ประชาคมภาค/จังหวัด
- เครือข่ายเยาวชน
- เครือข่ายแพทย์ชนบท
- เครือข่ายมหาวิทยาลัย
- เครือข่ายกลุ่มเป้าหมายฯ
- มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล
- มูลนิธิสื่อเพื่อเยาวชน

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด

การทำงานแบบบูรณาการของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และประชาชน และการพัฒนานโยบายหรือมาตรการที่อิงกับข้อมูล/ หลักฐานทางวิชาการเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการวางนโยบายให้ถูกทิศทางและใช้การขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วม

ภาคีเครือข่าย



๒. ยุทธศาสตร์รอง ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ได้แก่

๑. ยุทธศาสตร์สนับสนุนการสร้างเสริมและพัฒนาความรู้และต้นแบบ (knowledge generation & model development)
๒. ยุทธศาสตร์สนับสนุนผลักดันนโยบาย (policy advocacy)
๓. ยุทธศาสตร์สนับสนุนการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมสังคม (cultural change/health literacy communication)
๔. ยุทธศาสตร์สนับสนุนการพัฒนากลไกพื้นฐานและการสร้างนวัตกรรม (system enhancing mechanism building)
๕. ยุทธศาสตร์สนับสนุนการขยายการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงระบบ

๖. การกำกับ ติดตามและประเมินผล (Monitoring and evaluation)

ซึ่งการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ดังกล่าว เป็นการสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติในการจัดการกับปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสนับสนุนนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๓๕๐	๓๖๐	๓๖๐
งบประมาณ			



แผนการจัดการความปลอดภัย และปัจจัยเสี่ยงทางสังคม

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม มุ่งตอบสนองเป้าประสงค์ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ที่กล่าวถึงการลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ลดความสูญเสียที่เกิดจากภัยพิบัติ และยุติความยากจนทุกรูปแบบ โดยแผนจะมุ่งดำเนินการให้เกิดผลลัพธ์สำคัญ ๓ ด้าน ประกอบด้วย ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน ด้านการจัดการภัยพิบัติ และด้านการลดปัญหาจากการพนัน

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน สนับสนุนการดำเนินงานตามทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ ของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ซึ่งได้ลดการสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจรของประชาชนไทยลงอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนกลไกการกำกับติดตามการดำเนินงานตามทศวรรษแห่งความปลอดภัย (ทั้ง ๕ สาขาหลัก) พัฒนานโยบายสาธารณะใหม่ เช่น การลดความเร็วของการขับขี่ในเขตเมือง การเพิ่มโทษผู้ดื่มแล้วขับและเป็นเหตุให้ผู้อื่นเสียชีวิต สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลการกระทำผิดซ้ำ ส่งเสริมให้เกิดมาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน มาตรการองค์กรส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย ยกระดับความปลอดภัยของรถโดยสารสาธารณะ สนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างการทำงานเรื่องความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทยให้เป็นโครงสร้างทางนโยบายที่ยั่งยืน มุ่งสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและสร้างจิตสำนึกโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ทั้งการเลือกกรดยโดยสารปลอดภัย และการมีพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนปลอดภัย ผลักดันให้เกิดการสานพลังเชื่อมภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน ท้องถิ่น ในระดับอำเภอและพื้นที่มากขึ้น เพิ่มจำนวนจังหวัดต้นแบบ สนับสนุนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับต่างๆ ให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะ ศปถ.อำเภอ และ ศปถ.อปท. พัฒนางานวิชาการและงานวิจัยที่มุ่งสู่การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนที่ทันสถานการณ์และเหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรม สืบค้นมาตรการสำคัญที่มีผลต่อการลดปัญหาและนำไปสู่การขยายผลดำเนินการ ตลอดจนการสนับสนุนให้มีระบบข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุจราจรที่ถูกต้อง ทันเหตุการณ์ ที่มีความน่าเชื่อถือ เผยแพร่สู่สาธารณะได้



ด้านการจัดการภัยพิบัติ สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาคประชาสังคม ท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐ โดยพัฒนาให้เกิดการจัดการเชิงระบบในระดับจังหวัดหรือกลุ่มจังหวัดในการป้องกัน แก้ไขปัญหาตามประเภทภัยหลักๆ เช่น อุทกภัย ภัยแล้ง อัคคีภัย การจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี รวมทั้งการติดตาม/ถอดรหัสการเกิดภัยและการตอบสนองที่เกิดขึ้น เพื่อมุ่งเสนอนโยบายสาธารณะ ในการป้องกันแก้ไข้ปัญหา

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน มุ่งการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์ และการพัฒนานโยบายและมาตรการที่จำเป็นสำหรับการควบคุมปัญหาจากการพนัน การสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักต่อสังคมถึงผลกระทบจากการพนัน เน้นปัญหาจากการพนันที่ก่อผลกระทบสูงก่อน โดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชน และการขยายและพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายให้เป็น เจ้าภาพร่วม เพื่อสนับสนุนการสร้างความตระหนักต่อสังคมด้านผลกระทบจากการพนัน การปกป้อง เด็กและเยาวชนจากภัยการพนัน และการสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่มีทิศทางไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน

จุดเน้นของแผน

คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๑ ได้ทบทวนสถานการณ์และแนวทางการดำเนินงานร่วมกับ ภาคีเครือข่าย และเห็นชอบให้ยังคงจัดกลุ่มแผนงานตามที่ทำอยู่ในปีที่ผ่านมา โดยกำหนดจุดเน้นในการดำเนินการในช่วงปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ ดังนี้

๑. ด้านการพัฒนา นโยบาย และสร้างเป้าหมายร่วม

- ๑.๑ **ผลักดันนโยบายและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายในประเด็นสำคัญ** เช่น ลดความเร็วของการขับขี่ในเขตเมือง เพิ่มโทษผู้ดื่มแล้วขับและเป็นเหตุให้ผู้อื่นเสียชีวิต (เมา + ขับ = จับ + ชัง) สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมฐานข้อมูลการกระทำความผิดซ้ำ เป็นต้น
- ๑.๒ **สนับสนุนการขับเคลื่อนงานของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) และแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน** ในประเด็นสำคัญ เช่น การขับเคลื่อนการปรับแก้กฎหมายในประเด็นสำคัญ ๕ ประเด็น (ดื่มแล้วขับ ขับรถเร็วเกินกำหนด ใบอนุญาตขับขี่รถโดยสารสาธารณะ เข็มขัดนิรภัย) สนับสนุนโครงสร้างการจัดการที่เข้มแข็งในทุกกระดับ โดยเฉพาะในระดับอำเภอและพื้นที่ เป็นต้น
- ๑.๓ **ขยายความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรระหว่างประเทศ** ให้มีการร่วมลงทุนและดำเนินงานเรื่องความปลอดภัยทางถนน เพื่อให้เกิดเจ้าภาพขับเคลื่อนงานมากขึ้น พร้อมส่งเสริมการสร้าง “มาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน” ในองค์กรทุกระดับเพื่อดูแลความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนของบุคลากร ตลอดจนการขยายบทบาทเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป.) ผ่านกระทรวงแรงงานให้ครอบคลุมการทำงานความปลอดภัยทางถนน
- ๑.๔ **สนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างการทำงานเรื่องความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย** ให้เป็นโครงสร้างทางนโยบายที่ยั่งยืน (institutionalization) เพื่อให้มีหน่วยงานหลักที่มีภารกิจและรับผิดชอบเรื่องนี้โดยตรง

๒. ด้านเครือข่ายภาคีภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

- ๒.๑ ขยายความร่วมมือเพื่อเสริมความเข้มแข็งด้านความปลอดภัยทางถนนกับหน่วยงานองค์กร ภาคธุรกิจ สถาบันการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิ ภาคประชาสังคม และองค์กรต่างประเทศ
- ๒.๒ มุ่งสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย เจาะจงประเด็นเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การเลือกใช้รถอย่างปลอดภัย (รถจักรยานยนต์ รถโดยสารสาธารณะ รถโรงเรียน) พฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย (ความเร็ว ตีมีดไม่ขับ หมวกนิรภัย เข็มขัดนิรภัย การจอดรถข้างทาง) เพื่อสร้างจิตสำนึกความปลอดภัยโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็กและเยาวชน กลุ่มแรงงานผู้ใช้รถจักรยานยนต์ เป็นต้น
- ๒.๓ สร้างความเข้มแข็งและขยายให้เกิดเครือข่ายรณรงค์ที่หลากหลายเพิ่มขึ้น เช่น เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุทางถนน เครือข่ายผู้ใช้จักรยาน เครือข่ายผู้ใช้รถจักรยานยนต์ เป็นต้น
- ๒.๔ เน้นการทำงานสร้างความตระหนักเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนโดยเฉพาะกับกลุ่มเด็กและเยาวชน ปลุกฝังความรู้ด้านสุขภาพ เริ่มจากระดับปฐมวัย การสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง และมองโอกาสในการเชื่อมประสานผ่านกลไกของกระทรวงศึกษาธิการ
- ๒.๕ พัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังระดับพื้นที่ (Road Safety Watch) โดยเชื่อมประสานเครือข่ายวิชาการในระดับภูมิภาคหรือจังหวัด (สอจร.) กับ เครือข่ายสื่อภูมิภาค ให้เป็นผู้นำความรู้และสื่อสารกับประชาชนในพื้นที่ เพื่อร่วมสร้างความปลอดภัยทางถนน
- ๒.๖ สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีเสริมการสื่อสารสาธารณะ เช่น เครื่องตรวจจับความเร็ว บ้ายดิจิทัลแสดงความเร็ว กล้องติดหน้ารถ การสื่อสารผ่าน social media เป็นต้น

๓. ด้านโครงสร้างและการบูรณาการระดับพื้นที่

- ๓.๑ ส่งเสริมให้เกิดการขยายบทเรียนการทำงานที่สำเร็จ/ต้นแบบความปลอดภัยทางถนนให้กระจายออกไปในทุกๆระดับ โดยเฉพาะในระดับอำเภอ/พื้นที่ รวมทั้งยกระดับการขับเคลื่อนไปสู่แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด อำเภอ และพื้นที่
- ๓.๒ เพิ่มจำนวนจังหวัดต้นแบบ ขยายให้มียุบายจังหวัดที่ดำเนินการอย่างเข้มข้น สร้างความตระหนักกับผู้ว่าราชการจังหวัดให้ความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยทางถนน
- ๓.๓ สนับสนุนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับต่างๆ ให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะระดับอำเภอ/พื้นที่ พร้อมขยายต้นแบบกลไกการจัดการระดับอำเภอ/พื้นที่ เช่น ศปถ. อำเภอ ศปถ.อปท. กลไกอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง (สธ.) เป็นต้น ตลอดจนการบรรจุในกลไกการทำงานของระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)

- ๓.๔ สนับสนุนและผลักดันให้เกิดการใช้ข้อมูล “สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัด (Ranking)” เพื่อกำกับติดตามการทำงานในระดับจังหวัดให้มากขึ้น เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัด ตลอดจนการติดตามประเมินแผน (PDCA) โดยให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback loop) ผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด
- ๓.๕ ผลักดันให้เกิดการสานพลังเชื่อมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน ท้องถิ่น ในระดับอำเภอ และพื้นที่มากขึ้น เพื่อสร้างมาตรการทางสังคม/มาตรการองค์กร/มาตรการชุมชน เพื่อลดอุบัติเหตุทางถนน
- ๓.๖ ขยายและเสริมภาคีทำงานในพื้นที่เพิ่มขึ้นเพื่อร่วมสนับสนุนให้เกิดการบูรณาการทำงานในระดับพื้นที่ให้มากขึ้นอย่างกว้างขวาง ทั้งภาคีด้านการสื่อสาร ภาคขับเคลื่อนภาคประชาชนเสริมงาน สจร.

๔. ด้านการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้อุบัติเหตุจราจร

- ๔.๑ พัฒนางานวิชาการ/วิจัย ที่มุ่งสู่การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ที่ทันสถานการณ์และเหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรม และเจาะจง (Focus) สู่รากฐานของการสืบสวนสาเหตุอุบัติเหตุจราจร ศึกษาเชิงลึกเพื่อเตรียมพร้อมสู่สังคมสูงวัย ตลอดจนการศึกษาผลกระทบจากความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์
- ๔.๒ สนับสนุนให้เกิดระบบข้อมูลและกลไกติดตามกำกับกับการดำเนินงานใน ๕ เสาหลัก พร้อมทั้งสนับสนุนและร่วมกับ คณะทำงานด้านข้อมูล ศปถ. และหน่วยงานหลักให้สามารถจัดการข้อมูลด้านความปลอดภัยทางถนน ตลอดจนการสนับสนุนการตรวจสอบความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Audit) โดยหน่วยงานที่เป็นกลาง
- ๔.๓ จัดทำสถานการณ์ราย “จังหวัด” ตาม ๕ เสาหลัก เพื่อกำกับติดตาม (Monitoring) สถานการณ์ได้ชัดเจนขึ้น และผลักดันงานวิชาการเข้าสู่กลไกจัดการในระดับพื้นที่ นำสู่การปฏิบัติจริงเพื่อแก้ปัญหา โดยเฉพาะจุดจัดการในระดับอำเภอ ท้องถิ่น และกลไกในระดับหน่วยงานองค์กร
- ๔.๔ สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้เพื่อการสื่อสารสาธารณะในระดับหน่วยงานองค์กร และโดยเฉพาะในระดับพื้นที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ อำเภอ ท้องถิ่นและชุมชน ในทุกรูปแบบ
- ๔.๕ ศึกษาค้นหามาตรการสำคัญ (Key Success Factors) และต้นแบบที่มีผลต่อการลดปัญหาอุบัติเหตุจราจร เพื่อนำไปสู่การขยายผลดำเนินการในจังหวัด/พื้นที่
- ๔.๖ สนับสนุนกลไกติดตามภาควิชาการและภาคประชาชน เกาะติดและสะท้อนปัญหาอุบัติเหตุทางถนนให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๕. ด้านการจัดการภัยพิบัติ

- ๕.๑ พัฒนากลไกการป้องกันและแก้ไขปัญหาตามประเภทภัยหลัก เช่น อุทกภัย ภัยแล้ง และ อัคคีภัย ผ่านพื้นที่ต้นแบบ รวมถึงการสรุป/ถอดบทเรียนจากความรู้เชิงปฏิบัติการ

- ๕.๒ เชื่อมเครือข่ายการทำงานที่เน้นการจัดการเชิงระบบในระดับจังหวัด/กลุ่มจังหวัดที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างภาคประชาสังคมและท้องถิ่นกับหน่วยงานภาครัฐ โดยพัฒนาอย่างเป็นกระบวนการรวมทั้งการเชื่อมโยงความรู้ การจัดการข้อมูล-สารสนเทศ ระบบการควบคุม-สั่งการ ระบบการสนับสนุนทรัพยากร ระบบเฝ้าระวัง ระบบสาธารณสุข และสนับสนุนความรู้วิชาการให้กับกลไกภาคีเครือข่ายตามความจำเป็นอย่างต่อเนื่อง
- ๕.๓ เฝ้าระวังสถานการณ์ภัยพิบัติ ติดตาม/ถอดรหัสการเกิดภัย การตอบสนองที่เกิดขึ้น เจาะลึกเชิงพื้นที่ วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง (mapping) เพื่อเน้นดำเนินการกลุ่มเป้าหมายเชิงพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง ศึกษาเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะในการป้องกันแก้ไขปัญหา
- ๕.๔ ส่งเสริมการให้ความรู้ที่เหมาะสมด้านภัยพิบัติกับสาธารณะ ความรู้การเตรียมพร้อม และการป้องกันภัยภาคปฏิบัติกับประชาชน ตลอดจนการสื่อสารนโยบายสาธารณะ
- ๕.๕ สนับสนุนการป้องกันแก้ไขปัญหาการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ในการดำเนินงานเชิงป้องกันทั้งส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม สร้างบทเรียนภาคปฏิบัติระดับชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และสถานศึกษา เพื่อให้เกิดต้นแบบในกลุ่มต่างๆ เพื่อให้สามารถนำไปขยายผลสู่พื้นที่อื่นๆ ได้

๖. ด้านการลดปัญหาการพนัน

- ๖.๑ ติดตาม จัดทำข้อเสนอแนะ และผลักดันให้มีการปรับปรุงนโยบายและกฎหมายการพนันที่ทันสมัย เท่าทันสถานการณ์การพนันที่ซับซ้อนและมีพลวัต ตลอดจนประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลักดันนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องทั้งระดับชาติ และระดับพื้นที่ (กลไกการป้องกันชุมชน) อันจะนำไปสู่การบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิภาพ
- ๖.๒ ศึกษาแนวทางการพัฒนาโครงสร้างการทำงานและยุทธศาสตร์เพื่อลดปัญหาการพนันของประเทศ
- ๖.๓ พัฒนาการองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานวิจัยสู่สาธารณะ โดยมุ่งประเด็นสำคัญ เช่น การติดตามสถานการณ์การพนันและผลกระทบที่เกิดขึ้น การพนันที่ก่อผลกระทบสูง (พนันฟุตบอล พนันออนไลน์ พนันในบุญประเพณี) ทั้งในเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น
- ๖.๔ ขยายงานด้านการป้องกันในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น การพัฒนาสื่อออนไลน์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เท่าทันปัญหาพนันกลุ่มเด็กและเยาวชน การพัฒนาชุดการเรียนรู้เรื่องพนันสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ และการลดผลกระทบด้านสุขภาวะจากปัญหาการพนัน เป็นต้น
- ๖.๕ ขยายและพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมให้เป็นเจ้าภาพร่วม ในการพัฒนานโยบายสาธารณะและการรณรงค์สร้างความตระหนักต่อสังคม

- ๖.๖ สร้างและพัฒนาศักยภาพแกนนำ นักรณรงค์ รวมถึงแกนนำคนเล็กพ่น ตลอดจนผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาการพนัน เพื่อเป็นเครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารให้สังคมตระหนัก สร้างความรู้เท่าทันการพนัน (Gambling Literacy) ถึงผลกระทบด้านสุขภาพจากปัญหาการพนัน
- ๖.๗ เชื่อมประสานการทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ กองทุนสลากฯ เพื่อพัฒนาสังคม เป็นต้น เพื่อพัฒนาแนวทางการสื่อสารให้สังคมเกิดความตระหนักถึงผลกระทบจากการพนัน

วัตถุประสงค์

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

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

๑. ลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ให้เหลือไม่เกิน ๑๐ ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. ๒๕๖๓ ตามเป้าหมายทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ (ข้อมูลปี ๒๕๕๘ อัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจร เท่ากับ ๙.๕๔, สำนักงานตำรวจแห่งชาติ) โดยพิจารณาประกอบกับข้อมูลจากการบูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน^{๑๐}
๒. เกิดนโยบายสาธารณะใหม่ มาตรการ แนวปฏิบัติที่ส่งผลต่อการลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ผ่านกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับต่างๆ (ได้แก่ ศปถ. ศปถ. จังหวัด ศปถ.อำเภอ และ ศปถ.อปถ.) อย่างน้อย ๓ เรื่อง

^{๑๐} ณ ปัจจุบันมีการรายงานข้อมูลการเสียชีวิตจากการบูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน ของปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๗ แล้ว พบว่า การบูรณาการข้อมูลจะล่าช้ากว่าปัจจุบันราว ๓ ปี เนื่องจากต้องรอข้อมูลจากหน่วยงานหลักต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์ต่อไป

๓. เกิดกระแสสังคมและความตื่นตัวของประชาชนในด้านความปลอดภัยจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์อย่างน้อย ๖ ประเด็น
๔. เกิดจังหวัดที่มีกลไกการจัดการอุบัติเหตุทางถนนในระดับจังหวัด (ศปถ.จังหวัด) ลงสู่ระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) อย่างน้อย ๑๕ จังหวัด
๕. เกิดการพัฒนาระบบข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ที่ถูกต้อง การรายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด (Ranking) ที่มีความน่าเชื่อถือ สามารถเผยแพร่สู่สาธารณะได้^{๓๑}
๖. เกิดองค์ความรู้และการจัดการความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนที่จำเป็น ชุดความรู้ การสรุปบทเรียน (Key Success) รายงานผลการประเมินนโยบายข้อสั่งการสำคัญ อย่างน้อย ๑๕ เรื่อง และมีการประชุมวิชาการระดับชาติอย่างต่อเนื่องทุกสองปี

การจัดการภัยพิบัติ

๗. เกิดตัวอย่างกลไกการป้องกันและแก้ไขปัญหาตามประเภทภัยหลักๆ อย่างเป็นรูปธรรม ที่เน้นการจัดการเชิงระบบในระดับจังหวัด/กลุ่มจังหวัดที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างภาคประชาสังคมและท้องถิ่นกับหน่วยงานภาครัฐ อย่างน้อย ๓ กรณีตัวอย่าง
๘. เกิดการสื่อสารสาธารณะสร้างความตระหนักต่อการป้องกันและเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ อย่างน้อย ๓ ประเด็น

การลดปัญหาจากการพนัน

๙. เกิดนโยบายสาธารณะ มาตรการ การปรับปรุงกฎหมายหรือกลไกที่เกี่ยวข้องกับการลดผลกระทบจากการพนันในระดับชาติหรือท้องถิ่น อย่างน้อย ๕ เรื่อง
๑๐. สังคมเกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นปัญหาที่เกิดจากการพนันที่ส่งผลกระทบสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กและเยาวชน อย่างน้อย ๓ ประเด็น
๑๑. เกิดองค์ความรู้เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์และการพัฒนานโยบายและมาตรการที่จำเป็น สำหรับการควบคุมปัญหาจากการพนันและเผยแพร่ผลงานสู่สาธารณะ อย่างน้อย ๖ เรื่อง

ตัวชี้วัดร่วม

๑. การบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนอื่นๆ โดยสนับสนุนให้เกิดการถอดบทเรียนจากกรณีความสำเร็จ เพื่อพัฒนาต้นแบบ หรือรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน (model) และเชื่อมประสานกับแผนงานอื่นเพื่อขยายผลทั้งในเชิงของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ อย่างน้อย ๓ เรื่อง เช่น
 - (๑) ขยายการเสริมสร้างความปลอดภัย (อุบัติเหตุ การจมน้ำ) ในกลุ่มศูนย์เด็กเล็ก เพิ่มจำนวนสถาบันการศึกษาที่ดำเนินมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน ผ่านแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว และแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ

^{๓๑} ความน่าเชื่อถือ หมายถึง รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด ที่มีการอ้างอิงหรือระบุแหล่งที่มาของข้อมูล มีกระบวนการศึกษาวิเคราะห์และจัดทำถูกต้องตามหลักวิชาการมีหน่วยงาน/องค์กร นำรายงานสถานการณ์ไปใช้ในการกำกับติดตามการดำเนินงาน หรือใช้ในการประเมินผลการทำงาน ในเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของหน่วยงาน/องค์กร รวมถึงการนำไปใช้อ้างอิงต่างๆ

- (๒) ร่วมพัฒนาหลักสูตร Survival swimming รวมถึงการการจัดโปรแกรม Survival swimming โดยพิจารณาความจำเป็นและความเหมาะสม ผ่านแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย
- (๓) ร่วมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ/อปท. ผ่านแผนสุขภาวะชุมชน
- (๔) ขยายการดำเนินการมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนนตามนโยบายภาครัฐในพื้นที่ ๔ ภูมิภาคของประเทศ และ ๕ ชุมชนของกรุงเทพมหานคร ผ่านแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
- (๕) ร่วมสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะในประเด็นความปลอดภัยทางถนนและอัคคีภัยให้กับหน่วยบริการชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน ผ่านแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

ยุทธศาสตร์

การจัดการความปลอดภัยทางถนน

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การขับเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบาย ให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการพัฒนาสมรรถนะขององค์กรและบุคลากรที่จำเป็น และการบูรณาการยุทธศาสตร์ทั้งด้านการรักษากฎหมาย (Enforcement) การให้ข้อมูล/ความรู้ (Education) วิศวกรรมจราจร (Engineering) การจัดระบบบริการฉุกเฉิน (EMS) และการประเมินผล (Evaluation) ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ทั้งในนโยบายระดับชาติ และระดับจังหวัด



นโยบายดังกล่าวนำไปสู่การสนับสนุนกรอบยุทธศาสตร์ตามแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ ทั้ง ๕ ประการ ได้แก่

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

การจัดการภัยพิบัติ

สร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ โดยให้ความสำคัญในช่วงก่อนเกิดภัย ทั้งด้านการป้องกันและลดผลกระทบ (prevention and mitigation) ด้านการเตรียมความพร้อม (preparedness) โดยเชื่อมประสานความร่วมมือระหว่างภาคประชาสังคมและท้องถิ่น เครือข่ายนักวิชาการ และหน่วยงานภาครัฐ ตลอดจนการสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา นโยบายสาธารณะที่เหมาะสมทั้งระดับพื้นที่ จังหวัด และประเทศ

ยุทธศาสตร์ไตรพลัง (การจัดการภัยพิบัติ)



การลดปัญหาจากการพนัน

ประสานและเชื่อมโยงการทำงานกับทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ขยายปริมาณทูลความรู้ สื่อสารเพื่อให้สาธารณชนได้ตระหนักถึงความสำคัญและรู้เท่าทันสถานการณ์ของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพนัน พัฒนาและผลักดันการขับเคลื่อนข้อเสนอนโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อให้เกิดกลไกการควบคุม ป้องกัน และการลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาการพนัน

ยุทธศาสตร์ไตรพลัง (การลดปัญหาจากการพนัน)

(กฎหมาย)

- พ.ร.บ. การพนัน พ.ศ. ๒๕๓๘
- พ.ร.บ. สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ. ๒๕๑๗
- พ.ร.บ. คุ่มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๖
- มาตรา ๔๔ (๑๑/๒๕๕๘) มาตรการแก้ไขปัญหาการจำหน่ายสลาก
- ระเบียบสำนักงานสลาก การบริหารกองทุนสลากเพื่อพัฒนาสังคม ปี ๕๘



ปลั่งนโยบาย

(ภาครัฐ)

- ก.มหาดไทย
- ก.พม.
- ก.วัฒนธรรม
- ก.ศึกษาธิการ
- กสทช.
- กรมสุขภาพจิต
- สดช.
- สำนักงานสลาก



ปลั่งปัญญา



สนับสนุนและเชื่อมประสาน



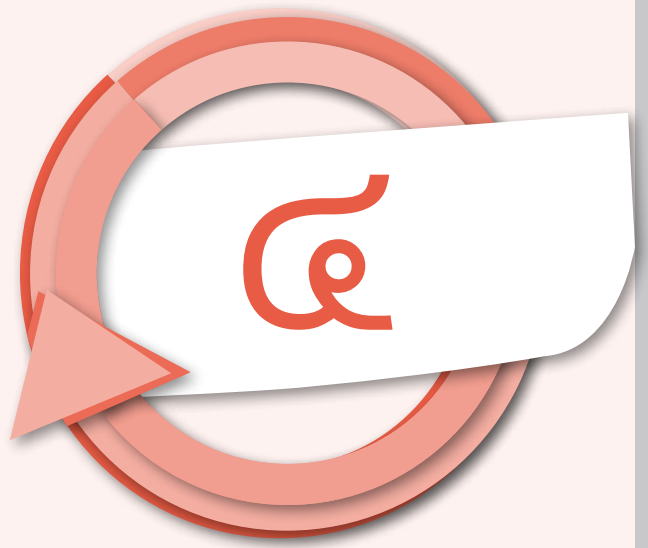
ปลั่งสังคม

- เครือข่ายนักวิชาการสาขาต่างๆ ให้ครอบคลุม (การเพิ่มประเด็นนี้ เข้าไปในเงื่อนไขทุนวิจัยของแหล่งทุนต่างๆ)

- เครือข่ายชุมชน
- เครือข่ายสื่อมวลชนภูมิภาค/สื่อพื้นบ้าน
- เครือข่ายคุ่มครองผู้บริโภค
- เครือข่ายที่ทำงานกับเด็กและเยาวชน

งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
แผนการจัดการความปลอดภัยทางถนนและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	๓๑๐	๒๖๒	๒๙๐



แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในแผนนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ นอกเหนือไปจากปัจจัยเสี่ยงหลักที่ สสส. กำหนดไว้ในแผนเฉพาะแล้ว ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุทางถนนและอุบัติเหตุ การขาดการออกกำลังกาย และปัจจัยเสี่ยงด้านอาหาร นอกจากนี้ การเลือกประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเพื่อดำเนินการในแผนนี้จะเน้นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนส่วนใหญ่ และมีแนวทางที่สามารถขับเคลื่อนได้ตามวัตถุประสงค์และยุทธศาสตร์ของ สสส. โดยใช้ทรัพยากรอย่างจำกัด มุ่งขับเคลื่อนในประเด็นการดำเนินงานที่เป็นจุดคานงัด เพื่อควบคุมหรือลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จึงมุ่งผลักดันให้มีนโยบายหรือมาตรการ รวมถึงกลไกการขับเคลื่อนนโยบายหรือมาตรการดังกล่าว ทั้งในระดับพื้นที่และในระดับประเทศ เพื่อให้สามารถควบคุมหรือป้องกันปัญหาที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนจำนวนมาก ซึ่งในระยะแผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ ยังคงกรอบการดำเนินงานใน ๔ แผนงาน คือ

๑. แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการติดเชื้อเอชไอวี
๒. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต
๓. แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา
๔. แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

จากรายงานการประเมินผลการดำเนินงานแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ตามแผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ช่วงเวลาการประเมินระหว่างธันวาคม ๒๕๕๙ - เมษายน ๒๕๖๐ มีข้อค้นพบว่าการดำเนินงานของแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ มีความสอดคล้องกับทิศทางและสามารถตอบเป้าหมาย ในระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) ของ สสส. โดยเฉพาะเป้าหมายเรื่องลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวี และการเพิ่มสัดส่วนคนไทยที่มีความสุข ซึ่งมีการขับเคลื่อนแผนงานภายใต้แผนที่มุ่งไปสู่



การบรรลุเป้าหมายดังกล่าว โดยมีปัจจัยภายนอกในเชิงนโยบายระดับชาติที่เอื้อต่อการทำงาน รวมถึงการมีภาคีร่วมงานที่เข้มแข็ง และมีการทำงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ (หน่วยงานเจ้าของเรื่อง) ที่เกี่ยวข้องได้เป็นอย่างดี รวมถึงการมีกลไกคณะกรรมการบริหารแผนและคณะกรรมการอื่นๆ ตลอดจนกลไกการสนับสนุนและการกำกับติดตามที่ช่วยหนุนเสริมการขับเคลื่อนทั้ง ๔ แผนงาน ให้มีความก้าวหน้าใกล้เคียงกับเป้าหมายที่วางไว้ จึงควรรักษาแรงขับเคลื่อนการดำเนินงานในทิศทางเดิมต่อไป

นอกจากนั้น รายงานการประเมินผลดังกล่าวยังได้ให้ข้อเสนอแนะหลายประการ ที่ทีมงานสำนักควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ได้นำมาใช้พิจารณาประกอบกับข้อมูลนำเข้าอื่นๆ ได้แก่ การประเมินบทบาทสถานการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้อง เวทีการหารือร่วมกับคณะกรรมการบริหารแผน ภาคีและภาคส่วนต่างๆ (เมื่อวันที่ ๑๖ และ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๐) ผลการประเมินภายนอกสำหรับบางแผนงานที่ได้รับรายงานแล้ว รวมถึงกรอบนโยบายการปรับปรุงแผนที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด ซึ่งจากการทบทวนและวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าดังกล่าวแล้ว สำนัก ๒ จึงได้ยกร่าง **“ทิศทางและเป้าหมาย”** ของแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ในแผนหลัก สสส.ระยะ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ และได้เสนอขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๒ ในการประชุมเมื่อวันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ซึ่งที่ประชุมได้ให้ความเห็นชอบแล้ว ดังนี้

๑. การขับเคลื่อนตาม ๔ แผนงานเดิม ยังมีความสำคัญและมีภารกิจต่อเนื่องในระยะ ๓ ปีข้างหน้า ซึ่งต้องเน้นการบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนต่างๆ ภายใน สสส. และกับหน่วยงานเจ้าภาพหลักในแต่ละประเด็นปัจจัยเสี่ยงให้มีรูปธรรมชัดเจนมากขึ้น
๒. ทำงานร่วมกับภาคีและหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์กฎหมาย นโยบาย แผน ยุทธศาสตร์ รวมถึงสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์และแนวทางการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน ตลอดจนวิเคราะห์หาแนวทางเสริมศักยภาพในการขับเคลื่อนภารกิจของภาคีและหน่วยงานเหล่านั้นให้มากขึ้น
๓. พัฒนาและสร้างความเข้มแข็ง ให้กับกลไกการติดตามและประเมินผลภายใน รวมถึงการถอดบทเรียนการทำงานของแต่ละแผนงานให้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์และขยายผลในระดับที่กว้างขึ้น จนถึงระดับประชากร
๔. สร้างความร่วมมือที่ใกล้ชิดมากขึ้น ระหว่างแผนงานต่างๆ กับแผนการตลาดเพื่อสังคม เพื่อวางแผนและออกแบบการขับเคลื่อนสังคม ด้วยสื่อสาธารณะอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อสร้างความรับรู้หรือสร้างค่านิยมของสังคมที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการขับเคลื่อนเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในแต่ละประเด็น

จุดเน้นของแผน

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



๑. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ

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

๑.๑ ยกระดับการขับเคลื่อน “ภารกิจ ๙ ด้าน” ในบางจังหวัดที่มีความพร้อมพัฒนาเป็นจังหวัด **ต้นแบบบูรณาการ**การทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนภารกิจตามยุทธศาสตร์ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ เพื่อนำไปสู่การ **ถอดบทเรียน** และสังเคราะห์แนวทางหรือเครื่องมือ ที่สามารถนำไปใช้สนับสนุนการขับเคลื่อน การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในจังหวัด หรือพื้นที่อื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นย่อยที่ภาคส่วนต่างๆ เสนอให้ริเริ่มดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้เกิดมาตรการ ที่จะช่วยป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระยะยาว ได้แก่

- (๑) การเสริมพลัง (empower) ในกลุ่มเด็กหญิงตั้งแต่ช่วงวัย ๑๐ - ๑๔ ปี ให้เท่าทันและมีพลังอำนาจในการต่อรอง เพื่อปกป้องสุขภาพทางเพศของตนเอง
- (๒) การพัฒนากลไกและเครื่องมือ ที่ช่วยเสริมพลังและสนับสนุนให้วัยรุ่น ได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ในการร่วมขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินงานของภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้วัยรุ่น ได้เข้าถึงสิทธิของตน (ตามมาตรา ๕) ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙
- (๓) การสนับสนุนให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับวัยรุ่นและสตรีที่ประสบปัญหาจากการตั้งครรภ์ (สายด่วน ๑๖๖๓) ได้รับการยกระดับเป็นบริการสุขภาพที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นทางการ จากระบบของรัฐ

๑.๒ การขับเคลื่อนงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ผ่านมา เพิ่งเริ่มต้นขับเคลื่อนได้อย่าง มีทิศทางที่ชัดเจน จึงยังคงดำเนินงานต่อเนื่องพร้อมทั้งเตรียมการให้มีการประเมินผลที่ชัดเจน โดยทำงานร่วมกับหน่วยงานหลัก คือ กรมควบคุมโรค โดยสำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) ติดตามสนับสนุนการพัฒนา รูปแบบ (model) เพื่อการยุติปัญหา เอดส์ในระดับจังหวัด ตามแนวทาง “๑๐ มาตรการ”^{๓๑} ที่เน้นการบูรณาการการทำงาน ร่วมกัน ระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อถอดบทเรียนเป็นแนวทางสำหรับการขยายผลไปยัง พื้นที่อื่น ๆ และสังเคราะห์ชุดความรู้จากการดำเนินงาน เพื่อนำไปพัฒนาและผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายระดับชาติ

^{๓๑} “๑๐ มาตรการ” สังเคราะห์ขึ้นจากกรวิเคราะห์ช่องว่างในยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๓ ร่วมกับการ ระดมสมองจากนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย (๑) กลไกการประสานงานการยุติปัญหาเอดส์ (๒) การลดการกีดกัน/เลือกปฏิบัติ และรณรงค์สื่อสาร (๓) การส่งเสริมการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ (๔) การส่งเสริม การใช้ถุงยางอนามัย (๕) การดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด ในกลุ่มผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (๖) การจัดการยุติปัญหาเอดส์ในหน่วย บริการสุขภาพ (๗) การป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (๘) การบูรณาการงานยุติปัญหาเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กับงานด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (๙) การกำกับ ติดตาม ประเมินผลและพัฒนานวัตกรรม และ (๑๐) การพัฒนาบุคลากร

- ๑.๓ โดยที่ทัศนคติและความเชื่อของคนในสังคมไทยในด้านลบต่อเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ รวมถึงการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยังเป็นช่องว่างและอุปสรรคสำคัญต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมถึงการขับเคลื่อนงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นการรณรงค์สื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติด้านลบดังกล่าว จึงเป็นอีกจุดเน้นสำคัญของการขับเคลื่อนแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศในระยะ ๓ ปี ข้างหน้า

๒. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

- ๒.๑ ทำงานร่วมกับกรมสุขภาพจิตและภาคีที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนารูปแบบ (model) การสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มวัยต่างๆ เพื่อให้ได้มาตรการ (intervention) ที่มีหลักฐานยืนยันประสิทธิผลในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมายนั้น ๆ รวมถึงมีการทดลองขยายผลได้จริงในพื้นที่อื่นๆ เพื่อพัฒนาเป็นมาตรการที่จะช่วยสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิต ในยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพจิต
- ๒.๒ ค้นหาภาคีที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิต ทั้งในและนอกภาคสุขภาพ เพื่อสนับสนุนและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีดังกล่าว ในการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพจิต

๓. แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

- ๓.๑ สนับสนุนการพัฒนากลไกการทำงาน ในกลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา ให้เป็นสถาบันวิชาการที่ทำหน้าที่เฝ้าระวัง สร้างและจัดการความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและระบบยา เพื่อเสริมสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภคในภาครัฐและภาคประชาชนให้มีความเข้มแข็ง
- ๓.๒ ทำงานร่วมกับหน่วยงานเจ้าภาพและภาคีหลัก เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ โดยเน้นบทบาทที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
- ๓.๓ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความเข้มแข็งขององค์กรผู้บริโภคภาคประชาชนให้เป็นองค์กรที่มีคุณภาพ เพื่อรองรับให้เกิดความพร้อมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ตามบทบาทหน้าที่ขององค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ ๒๕๖๐ มาตรา ๔๖
- ๓.๔ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความเข้มแข็งขององค์กรผู้บริโภคภาคประชาชนให้เป็นองค์กรที่มีคุณภาพ เพื่อรองรับให้เกิดความพร้อมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ตามบทบาทหน้าที่ขององค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ ๒๕๖๐ มาตรา ๔๖

๔. แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ ภายใต้แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของ สสส. ได้มีการพัฒนายุทธศาสตร์ในช่วงปี ๒๕๕๘ โดยกำหนดจุดเน้นการขับเคลื่อนใน ๒ ประเด็นหลักที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และมีแนวทางการขับเคลื่อนที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของแผนฯ คือ ปัญหามลพิษอุตสาหกรรมและปัญหาสิ่งแวดล้อมในเขตเมือง ซึ่งการขับเคลื่อนในทั้ง ๒ ประเด็นดังกล่าว ในช่วงที่ผ่านมา เริ่มมีทิศทางที่ชัดเจนในการนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ จุดเน้นการขับเคลื่อนใน ๒ ประเด็นดังกล่าว มีดังนี้

- ๔.๑ พัฒนาและผลักดัน ข้อเสนอนโยบาย กฎหมาย และมาตรการ ที่จะส่งผลดีต่อการป้องกันและแก้ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมทั้งด้านมลพิษอุตสาหกรรม และสิ่งแวดล้อมในเขตเมือง โดยเฉพาะประเด็นที่สอดคล้องกับบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ ได้แก่ การปรับปรุงกฎหมายในการทำ EIA การพัฒนาแนวทางการใช้ SEA (Strategic Environmental Assessment) กำหนดทิศทางการพัฒนาพื้นที่ในระยะยาว
- ๔.๒ สนับสนุนการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการด้านสิ่งแวดล้อม ให้กับภาคประชาชนและชุมชน-ท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม ตามสิทธิที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐

วัตถุประสงค์

๑. สร้างความร่วมมือระหว่าง ภาคีหลัก (Boundary Partner) และภาคียุทธศาสตร์ (Strategic Partner) ซึ่งรวมถึงหน่วยงานเจ้าของเรื่อง เพื่อตั้งเป้าหมายการทำงานร่วมกันในแต่ละประเด็นปัจจัยเสี่ยง และร่วมกันกำหนดจุดคานงัด ในการดำเนินงานที่จะสามารถเปลี่ยนหรือพลิกสถานการณ์ของปัญหา และนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยเสริมสร้างสุขภาพที่ยั่งยืนได้
๒. กระตุ้นและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับหน่วยงานที่เป็นเจ้าของเรื่อง พร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันกับภาคีอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนานโยบาย หรือสร้างนวัตกรรมในรูปแบบต่างๆ ที่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. พัฒนาและสร้างความเข้มแข็ง ให้กับกลไกการติดตามและประเมินภายใน รวมถึงสนับสนุนการถอดบทเรียนการทำงานของภาคีให้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์และขยายผลของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ



เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. มีข้อเสนอนโยบายระดับประเทศเพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ที่ได้รับการตอบรับ และนำเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของหน่วยงานหรือองค์กร ที่มีอำนาจออกนโยบายหรือกฎหมายนั้น อย่างน้อย ๖ เรื่อง
๒. มี ๒ จังหวัดต้นแบบที่ดำเนินมาตรการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเป็นระบบ สามารถแสดงผลลัพธ์ที่บ่งชี้แนวโน้มการลดลงของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเป้าหมาย และมีการสังเคราะห์ชุดความรู้จากการดำเนินงาน นำไปพัฒนาข้อเสนอแนะเพื่อขยายผลในระดับประเทศ
๓. มีเครื่องมือ คู่มือ หรือแหล่งเรียนรู้ ที่พัฒนาขึ้นจากผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในจังหวัดที่รับทุนสนับสนุนจาก สสส. ที่สามารถนำไปสนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ เพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ในพื้นที่อื่นๆ ได้ โดยมีอย่างน้อย ๓๕ จังหวัดที่ได้นำเครื่องมือ คู่มือ หรือสิ่งที่ได้เรียนรู้จากแหล่งเรียนรู้ไปปรับใช้ในพื้นที่ของจังหวัดนั้นๆ
๔. มีรูปแบบ (model) การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย (ที่สังเคราะห์จากพื้นที่ต้นแบบ) ที่ได้รับการตอบรับ นำไปสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพจิตของประเทศ อย่างน้อย ๒ รูปแบบ
๕. มีพื้นที่ต้นแบบ ที่ได้ถอดบทเรียนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และเป็นแหล่งเรียนรู้ที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ได้ อย่างน้อย ๖ แห่ง
๖. มีชุดความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาและผลักดันนโยบาย หรือใช้เพื่อพัฒนาแนวทางการสื่อสารสร้างความตระหนักให้กับสังคม ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จำนวน ๖ เรื่อง

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พัฒนาการจัดการความรู้เรื่องผลของการออกกำลังกายต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต และนำมาใช้ขับเคลื่อนสังคม ให้เกิดความตระหนักและเพิ่มพฤติกรรมออกกำลังกายมากขึ้น
๒. ร่วมกับแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ ในการพัฒนาและขับเคลื่อนรูปแบบหรือแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพจิต^{๓๓} ในกลุ่มแรงงานนอกระบบ เพื่อเสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

^{๓๓} “การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพจิต” หมายถึง การจัดกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับแรงงานนอกระบบที่ดำเนินการในชุมชน เช่น การสำรวจข้อมูลสุขภาพจิต การอบรมให้ความรู้ การให้บริการปรึกษาทางจิตวิทยา ฯลฯ ซึ่งสามารถดำเนินการได้โดยกลุ่มแรงงานนอกระบบผ่านกลไกอาสาสมัคร หรือนุเคราะห์ทางด้านสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย

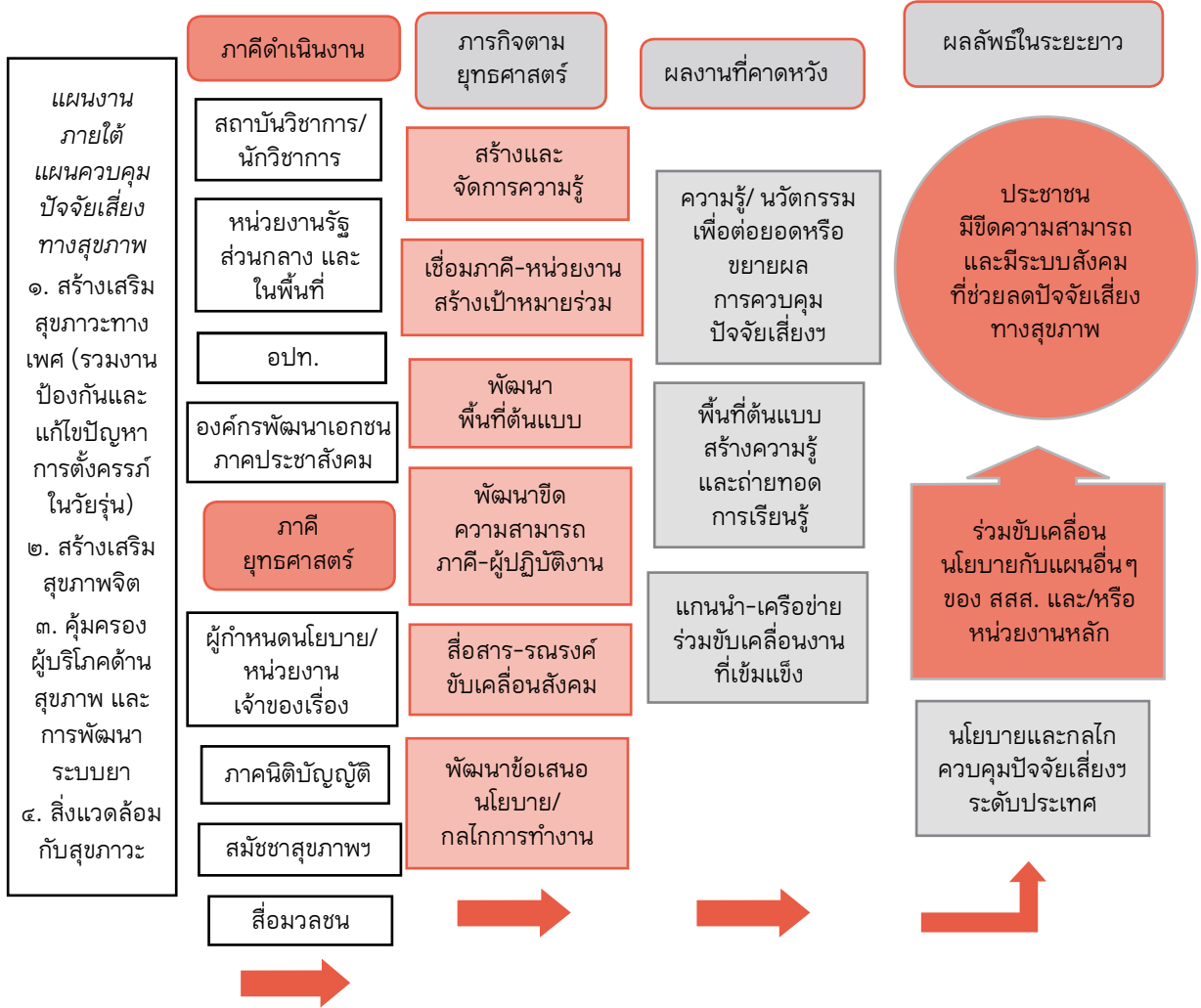
๓. ร่วมกับแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร พัฒนา “ระบบพัฒนาทักษะผู้ประกอบการ ให้สามารถสื่อสารเชิงบวกและคุยกับบุตรหลานเรื่องเพศได้” สำหรับผู้ประกอบการที่ทำงานในสถานประกอบการ จำนวน ๑๐๐ แห่ง
๔. ร่วมกับ แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ ดำเนินการสื่อสารรณรงค์ในระดับประเทศ อย่างน้อย ๒ ประเด็น

ยุทธศาสตร์

๑. สร้าง รวบรวมและจัดการความรู้ ที่จำเป็น เพื่อนำไปใช้ขับเคลื่อนงาน
๒. พัฒนา และเสริมสร้างศักยภาพที่จำเป็นสำหรับภาคีหลัก แกนนำเครือข่าย และแกนนำ ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ เพื่อให้มีสมรรถนะในการขับเคลื่อนการทำงานในแผนงานต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. ขับเคลื่อนสังคม ผ่านการสื่อสารสาธารณะ และการรณรงค์ในรูปแบบต่างๆ บนพื้นฐานของ องค์ความรู้ เพื่อสร้างความตระหนักและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคล ชุมชน รวมถึงเป็นแรงสนับสนุนในการผลักดันนโยบาย
๔. พัฒนาพื้นที่ต้นแบบ ในการควบคุมหรือลดปัจจัยเสี่ยง เพื่อถอดบทเรียนและประสานให้เกิด การต่อยอดและขยายผล โดยบูรณาการการทำงานกับแผนอื่นๆ ของ สสส. ที่ทำงานในกลุ่ม เป้าหมายเดียวกัน
๕. พัฒนาและผลักดันนโยบาย รวมถึงมาตรการ หรือกลไกที่จำเป็น ทั้งในระดับประเทศและ ระดับท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงนั้นๆ ในระยะยาว

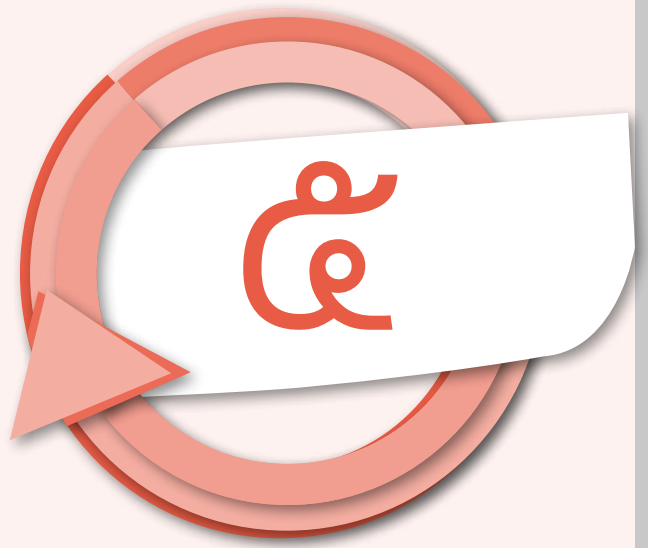
แผนภาพ แสดงยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนแผน และผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ



งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๑๕๐	๑๘๐	๓๐๐



แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

ประชากรกลุ่มเฉพาะถือว่าเป็นกลุ่มเปราะบางและมีปัจจัยเสี่ยงที่แสดงให้เห็นความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพได้รุนแรงและชัดเจนกว่ากลุ่มประชากรอื่น เป็นต้นว่า คนไร้บ้านมีสุขอนามัยในระดับต่ำและมีอัตราป่วยทางจิตเวชสูงกว่าคนทั่วไป ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเป็นคนพิการมากกว่าคนกลุ่มอื่น คนทำงานที่มีรายได้น้อยอย่างกลุ่มแรงงานนอกระบบเข้าถึงระบบประกันสังคมได้น้อยกว่าแรงงานในระบบ ผู้หญิงมีรายได้และเข้าถึงตลาดงานน้อยกว่าผู้ชาย กลุ่มผู้ต้องขังหญิงเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ต้องคลอดและเลี้ยงบุตรในเรือนจำฯ ปรากฏการณ์ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพที่ปรากฏในสังคมผ่านกลุ่มคนชายขอบจึงเป็นตัวชี้วัดที่ชัดเจนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างของสังคมโดยรวม

ดังนั้น การทำงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้างหรือปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจึงไม่ใช่เป็นเพียงการบรรเทาทุกข์ให้กลุ่มประชากรกลุ่มเฉพาะหรือคนบางกลุ่มเท่านั้น หากเป็นการลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้างของสังคมโดยรวม เพราะโครงสร้างความเหลื่อมล้ำนั้นไม่ได้กระทำต่อกลุ่มประชากรชายขอบเพียงกลุ่มเดียว หากครอบคลุมถึงกลุ่มประชากรทุกกลุ่มในสังคม

แม้ว่าประชากรกลุ่มเฉพาะจะมีความหลากหลาย แต่ก็ประสบสถานการณ์ปัญหาที่ท้าทายร่วมกัน ดังนี้ (๑) ไร้ตัวตน ถูกมองข้าม (๒) ถูกผลักภาระ (๓) มีความเสี่ยงสูง (๔) ถูกกีดกันออกจากรายการและสังคม (๕) มีจิตสำนึกจำยอม หรือยอมจำนน

ความท้าทายของการทำงานเพื่อบรรลุความเป็นธรรมทางสุขภาพ ก็คือ การทำงานลดความเหลื่อมล้ำผ่านปัจจัยทางสังคม ซึ่งจะสร้างการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับวิถีคิดและเชิงโครงสร้างได้ต้องอาศัยยุทธศาสตร์การสร้างแนวร่วมสนับสนุนจากกลุ่มอื่น นอกเหนือจากการเสริมพลังอำนาจกลุ่มประชากรชายขอบแต่เพียงอย่างเดียว เพราะ (๑) ประชากรทุกกลุ่มในสังคมได้รับประโยชน์จากการลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้าง และ (๒) ผู้คนกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มชายขอบมีอภิสิทธิ์และต้นทุนทางสังคมมากพอที่จะมาหนุนเสริมอำนาจต่อรองของกลุ่มประชากรชายขอบ และสร้างระบบนิเวศของการขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่เกื้อหนุนการตัดสินใจร่วมกันได้



แม้ว่า สสส. จะกำหนดให้ทุกแผนหลักดำเนินงานโดยคำนึงถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำ แต่ก็มี ความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับ “ประชากรกลุ่มเฉพาะ” ได้แก่ ประชากรบางกลุ่ม ที่มีทั้งความเปราะบาง (vulnerability) มีความเสี่ยง (risk) หรือต้องการกระบวนการพิเศษในการ เข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพสุขภาวะ อันถือเป็นปัจจัยส่งผ่านสังคมกำหนดสุขภาพ (intermediary determinants) ที่ทำให้สูญเสียสุขภาพเข้าไม่ถึงบริการ และไม่ได้รับประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพ ตามนโยบายในภาพรวม การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ จึงต้องมีการทำงาน ผ่านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในระดับต่างๆ

ประเด็นที่ใช้พิจารณาในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะมีดังนี้ (๑) สิทธิและการเข้าถึงบริการสุขภาพ (๒) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และสังคมที่นำไปสู่ สุขภาวะที่ดีขึ้น (๓) การเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานะหนึ่งไปสู่สถานะใหม่ และ (๔) การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านกระบวนการสร้างความรู้ การพัฒนาฐานข้อมูลด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

จากแนวทางการดำเนินงานของแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะเพื่อสร้างความเป็นธรรมทาง สุขภาพ การเข้าถึงบริการและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ สามารถสรุป สถานการณ์ตามกลุ่มประชากรโดยสรุป ต่อไปนี้

ผู้สูงอายุ ในปี ๒๕๕๙^{๓๔} มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๐,๗๗๔,๗๐๑ คน คิดเป็น ร้อยละ ๑๖ ซึ่งคาดว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ในปี ๒๕๖๔ หรือ อีก ๔ ปีข้างหน้า และเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ในอีก ๒๐ ปี (ปี ๒๕๗๘) ซึ่งโครงสร้างอายุของประชากรที่เปลี่ยนไปนี้ เท่ากับเป็นการเปลี่ยนโครงสร้างของสังคม ไทยโดยรวมด้วย ทั้งนี้ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ ประเด็นด้านสุขภาพ ซึ่งจากผลการสำรวจสุขภาพ ผู้สูงอายุไทยปี ๒๕๕๖^{๓๕} พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ ๔๕ มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ แต่ยังสามารถ ดำเนินชีวิตประจำวันได้ หากแต่การมีโรคเรื้อรังมีภาวะลุกลามแทรกซ้อนจนอาจทำให้สมรรถนะในการ ปฏิบัติภารกิจชีวิตประจำวันลดลง หรืออาจจะไม่สามารถปฏิบัติภารกิจต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ยังพบ ข้อมูลว่าผู้สูงอายุมีการเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคอยู่ในระดับไม่สูงนัก ในขณะที่ประเทศไทย กำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์อย่างรวดเร็ว แต่กลับมีเวลาเตรียมความพร้อมน้อยกว่าประเทศ อื่นๆ ส่งผลให้ระบบต่างๆ เพื่อรองรับสังคมสูงวัยยังมีไม่ครบถ้วน หรือต้องพัฒนาประสิทธิภาพของ ระบบ ในขณะที่การติดตามและประเมินแผนผู้สูงอายุ ฉบับที่ ๒ ยังคงพบว่า ประชากรไทยจำนวนมาก ยังขาดการเตรียมความพร้อมทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต

คนพิการ ในปี ๒๕๕๙ คนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ มีจำนวน ๑,๗๒๕,๖๐๑ คน อยู่ในวัยทำงาน (อายุ ๑๕ - ๖๐ ปี) จำนวน ๗๔๙,๓๔๒ คน แบ่งเป็นคนพิการที่ประกอบอาชีพ คนพิการที่สามารถ ทำงานได้แต่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และคนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (เนื่องจากพิการมาก/ช่วยเหลือ ตนเองไม่ได้) คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๐๗, ๖๑.๖๐ และ ๑๔.๓๓^{๓๖} ตามลำดับ ในด้านสุขภาพ คนพิการยังขาดความรู้

^{๓๔} United Nations. ๒๐๑๕. **World Population Prospects, the ๒๐๑๕ Revision**

^{๓๕} โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP). ๒๕๕๖ การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๕๖.

^{๓๖} ศูนย์ข้อมูลคนพิการและเทคโนโลยีสารสนเทศ, รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทยประจำเดือนธันวาคม ๒๕๕๙ ข้อมูลสิ้นสุด ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙, <http://dep.go.th/th/news/รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย ประจำเดือนธันวาคม ๒๕๕๙>, (สืบค้นเมื่อ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๐)



ในการดูแลรักษาสุขภาพ ทั้งการออกกำลังกายและภาวะโภชนาการที่ถูกต้องและถูกวิธี เป็นผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนหรือการเสื่อมสภาพของอวัยวะ^{๓๓} ตลอดจนอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ของคนพิการ ประกอบกับความยากจนของคนพิการและครอบครัว ทำให้คนพิการถูกทอดทิ้ง ไม่ได้ได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสม และมักถูกละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐาน จากการขับเคื่อนเพื่อลดช่องว่างและอุปสรรคของคนพิการทางด้านเศรษฐกิจ สามารถส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ ทำให้คนพิการมีส่วนร่วมในสังคม เกิดการจ้างงานคนพิการในพื้นที่ดำเนินงาน รวม ๓,๘๐๗ อัตรา^{๓๔} ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจ ลดความยากจน และเข้าถึงบริการด้านสุขภาพแบบองค์รวม จึงมีความจำเป็นและเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของตัวคนพิการ ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรภาคสังคม เครือข่ายคนพิการ และองค์กรเพื่อคนพิการในทุกระดับ

ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติ ปัจจุบันยังมีกลุ่มชาติพันธุ์และชนเผ่าพื้นเมืองที่ยังไม่ได้รับการรับรองสัญชาติไทยอีกกว่า ๓๐๐,๐๐๐ คน^{๓๕} ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิสุขภาพ แม้จะมีมติอนุมติเรื่องการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ แต่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิบางกลุ่ม นอกจากนี้แม้แต่กับกลุ่มที่มีสิทธิในบริการสุขภาพแล้วก็ยังพบปัญหาการเข้าถึง ด้วยอุปสรรคต่างๆ เช่น ภาษา การสื่อสาร ฯลฯ หรือการได้รับบริการที่ไม่มีคุณภาพหรือไม่เป็นมิตร

แรงงาน ประชากรวัยแรงงานถือเป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศ มีส่วนร่วมสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและขับเคลื่อนสังคม ในปี ๒๕๖๐ พบว่า ผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงาน ๓๘.๓ ล้านคน^{๓๖} ในจำนวนนี้เป็นแรงงานในระบบจำนวน ๑๗.๐ ล้านคน (ร้อยละ ๔๔.๔) และแรงงานนอกระบบ ๒๑.๓ ล้านคน (ร้อยละ ๕๕.๖) ปัญหาที่เกิดจากการทำงานของแรงงานส่วนมากเป็นปัญหาจากความไม่ปลอดภัย เช่น ได้รับสารเคมีที่เป็นพิษ ใช้เครื่องจักร หรือเครื่องมือประกอบการทำงานที่เป็นอันตราย เป็นต้น รongลงมาเป็นปัญหาที่มาจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน และปัญหาจากการทำงาน^{๓๗} โดยมีแรงงานนอกระบบที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงานจำนวน ๒.๔๒ ล้านคน (ร้อยละ ๗๒.๕๘) และไม่ได้ไปรับการรักษาพยาบาล เนื่องจากแรงงานนอกระบบไม่ได้รับความคุ้มครอง หรือไม่มีหลักประกันจากการทำงาน ไม่มีระบบสวัสดิการสังคมรองรับ ทำให้เกิดปัญหาหรือภาระต่อการดำรงชีวิต สำหรับแรงงานในระบบพบว่า ในปี ๒๕๕๗ การประสบอันตรายที่เกิดขึ้นและผู้ประสบเหตุสามารถเข้าถึงการใช้สวัสดิการจากกองทุนเงินทดแทน มีจำนวนทั้งสิ้น ๑๐๐,๓๙๒ ราย โดยมี ๖๒๕ รายเสียชีวิต และส่วนใหญ่เกิดขึ้นในสถานประกอบการขนาดเล็กที่มีลูกจ้าง ๑ - ๑๐ คน ส่วนกรณีที่ประสบอันตรายจนทำให้ทุพพลภาพพบ ๑๔ ราย และ สูญเสียอวัยวะบางส่วนมีจำนวน ๑,๔๘๕ ราย ซึ่งแรงงานที่ประสบอันตรายส่วนใหญ่

^{๓๓} สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **สู่ความเป็นธรรมระบบบริการสุขภาพคนพิการ**. HSRI Forum ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๗ เดือนธันวาคม ๒๕๕๕

^{๓๔} ข้อมูลเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๐. มูลนิธินวัตกรรมทางสังคม.

^{๓๕} ผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนที่ได้รับการสำรวจตามยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล พ.ศ. ๒๕๔๘ (กองทุนบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ, พฤษภาคม.๒๕๕๙), ผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนที่ได้รับการบันทึกในทะเบียนราษฎรตามม.๓๘ วรคสอง พ.ร.บ.การทะเบียนราษฎร พ.ศ. ๒๕๓๔ หลังการสำรวจตามยุทธศาสตร์ (กองทุนบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ, พฤษภาคม.๒๕๕๙), ประมาณการผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่ตกสำรวจหรือยังไม่ได้รับการสำรวจ

^{๓๖} สำนักงานสถิติแห่งชาติ (๒๕๖๐). **การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร** (เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐).

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

อยู่ในกลุ่มช่วงอายุ ๒๐ - ๓๔ ปี ในด้านการเกิดโรคจากการทำงานที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว พบว่า ส่วนมากเป็นโรคทางกล้ามเนื้อและกระดูก รองลงมาคือ โรคผิวหนัง โรคจากสารเคมี และโรคจากสาเหตุทางกายภาพตามลำดับ^{๓๒}

มุสลิม การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม ปี ๒๕๕๗ พบว่า ประชากรไทยอายุ ๑๓ ปีขึ้นไป ที่นับถือศาสนาอิสลามมีจำนวน ๒.๓๔ ล้านคน (ร้อยละ ๔.๒)^{๓๓} โดยส่วนใหญ่กว่าร้อยละ ๗๐ อาศัยอยู่ในภาคใต้ จากการศึกษาในช่วงที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพชีวิตของมุสลิมไทยที่วัดด้วยดัชนีหลายดัชนีดีต่อกว่า ประชากรไทยโดยเฉลี่ยในประเด็นหลัก คือ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ สังคมและการศึกษา ในด้านสุขภาพ พบว่า มุสลิมไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๙.๙ สูงกว่าคนไทยที่โดยเฉลี่ยร้อยละ ๙.๑ ด้านพฤติกรรมสุขภาพและการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในมุสลิมไทย พบว่า มุสลิมไทยมีอัตราการบริโภคยาสูบและค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคยาสูบ (๑๐๖.๐๐ บาท/ครัวเรือน) สูงกว่าประชากรทั่วไป (๙๑.๐๐ บาท/ครัวเรือน)^{๓๔} ซึ่งวัฒนธรรม สังคม และวิถีชีวิตมุสลิมไทย ถือว่าเป็นปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของมุสลิมไทยและอาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการต่างๆ เช่น รูปแบบการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขที่ไม่สอดคล้องกับหลักศาสนาบางประการทำให้เกิดปัญหาการเข้าไม่ถึงระบบบริการของสตรีมุสลิมในแต่ละช่วงวัย การใช้ภาษามลายูท้องถิ่นสื่อสารในบางพื้นที่ทำให้กระบวนการสื่อสารให้ความรู้ยังพบข้อจำกัด การออกกำลังกายที่ต้องคำนึงถึงวิถีชีวิต สังคม และวัฒนธรรมไม่แต่งกายรัดรูป เปิดเผยเรือนร่างหรือการใช้ท่าทางที่ไม่เหมาะสมในการออกกำลังกายบางประเภท พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวานจัด การสูบบุหรี่/ยาเส้น/ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ ที่มีอัตราสูงในบางพื้นที่ของภาคใต้และมีความรุนแรงมากกว่าคนไทยกลุ่มอื่น

คนไร้บ้าน จากการสำรวจสถานการณ์คนไร้บ้านของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน ๓ เมืองหลักของประเทศในช่วงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ พบว่า มีประชากรคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานครจำนวน ๑,๓๐๗ คน^{๓๕} เทศบาลนครขอนแก่น จำนวน ๑๓๖ คน^{๓๖} และเทศบาลนครเชียงใหม่ จำนวน ๗๕ คน^{๓๗} โดยสัดส่วนเพศชายอยู่ที่ประมาณร้อยละ ๘๕ และเพศหญิงประมาณร้อยละ ๑๕ นอกจากนี้พบว่ามีคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ๑๑ แห่งทั่วประเทศ ที่อาจจัดได้ว่าส่วนหนึ่งประกอบด้วยคนไร้บ้านจำนวน ๔,๓๙๑ คน^{๓๘} จากผลการสำรวจดังกล่าวยังพบว่า คนไร้บ้านมีปัญหาทางสุขภาพในสัดส่วนที่มากกว่าคนทั่วไปในหลายมิติ อันเนื่องมาจากการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงทั้งทางสังคมและทางกายภาพ แต่กลับไม่สามารถเข้าถึงสิทธิ

^{๓๒} สำนักความปลอดภัย กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน (๒๕๕๘). สถานการณ์การดำเนินงานด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัยของประเทศไทย ปี ๒๕๕๘.

^{๓๓} สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสภาวะทางสังคมและสุขภาพจิต (ความสุข) ความสุขคนไทย พ.ศ. ๒๕๕๗. [ออนไลน์], สืบค้นจาก: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/soc-culFullReport๕๗.pdf>. (วันที่สืบค้น : ๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๙).

^{๓๔} แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย (เพื่อการพัฒนา). สามะโนประชากรมุสลิมไทยปี ๒๕๕๓. มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย.

^{๓๕} อนรรฆ พิทักษ์ธานิน และคณะ. การสำรวจข้อมูลทางประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, ๒๕๕๙.

^{๓๖} พรทิพย์ จอมพุก และระณภูมิ สามัคคีคารมย์, รายงานตัวเลขการสำรวจสถานการณ์คนไร้บ้านและผู้ป่วยข้างถนนเทศบาลนครขอนแก่น. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, ๒๕๕๘.

^{๓๗} อนรรฆ พิทักษ์ธานิน และคณะ. รายงานความก้าวหน้าแผนงานสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, ๒๕๖๐.

^{๓๘} กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. สรุปสถิติผู้ใช้บริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ๑๑ แห่ง ประจำเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๐. เอกสารอัดสำเนา.



ตามหลักประกันสุขภาพของรัฐได้อันเนื่องมาจากปัญหาด้านเอกสารพิสูจน์สิทธิทางทะเบียน ในทางเดียวกัน คนไร้บ้านอีกจำนวนมากยังต้องประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐจากอุปสรรคในการใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพ อันเนื่องมาจากการไม่ได้หรือไม่สามารถย้ายสิทธิมาขอรับบริการในพื้นที่ใช้ชีวิตปัจจุบัน นอกจากนี้ คนไร้บ้านยังต้องเผชิญกับทัศนคติในทางลบอันส่งผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิอันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไร้บ้านที่ยั่งยืน

ผู้หญิง ข้อมูลจำนวนประชากรไทยตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙ พบว่า มีประชากรรวม ๖๕.๙ ล้านคน แบ่งเป็นชาย ๓๒.๓ ล้านคน และหญิง ๓๓.๕ ล้านคน^{๙๙} โดยผู้หญิงไทยสามารถได้รับสิทธิประโยชน์ และการคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาลภายใต้นโยบายส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพของประเทศไทยที่มุ่งลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของประชาชนสัญชาติไทยทุกคนให้มีสุขภาพดีและเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย สิทธิสวัสดิการ การรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพ ๓๐ บาท^{๑๐๐} อย่างไรก็ตามพบว่า ยังมีผู้หญิงบางกลุ่มที่ถูก “กีดกัน (exclude)” เลือกปฏิบัติด้วยเหตุปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม อาทิ ผู้หญิงพิการ ผู้หญิงกลุ่มชาติพันธุ์ ผู้หญิงมุสลิม ผู้หญิงสูงอายุ ผู้หญิงนักบวช เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิสุขภาพ และสวัสดิการที่พึงรับได้ อันจะนำไปสู่การมีสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตอยู่ในภาวะเปราะบางและเสี่ยงสูง ดังนั้นเพื่อสร้างความเสมอภาคเท่าเทียมในการเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพ และสวัสดิการขั้นพื้นฐานของรัฐที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี จึงจำเป็นต้องมีกลไก และ/หรือกระบวนการเฉพาะที่เหมาะสมกับบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมเพื่อจัดปัจจัยกีดกันในการเข้าถึงสุขภาพของผู้หญิงในกลุ่มที่มีข้อมูลบ่งชี้ว่าสถานะทางสุขภาพและสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ผู้ต้องขังหญิง ประเทศไทยมีจำนวนผู้ต้องขังหญิง ๔๕,๑๔๑ คน ปัญหาหลักที่เกี่ยวข้องบริการทางสุขภาพต่อผู้ต้องขังหญิงในเรื่องจำคือ การเข้าไม่ถึงบริการ หรือเข้าถึงได้ช้าในเวลาเจ็บป่วย เพราะบุคลากรในเรื่องจำ เช่น พยาบาล หรือผู้คุมที่จะพาไปโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอ ปัญหาเชิงรูปธรรมสำคัญของสุขภาพผู้ต้องขังหญิงที่ควรใส่ใจอย่างเร่งด่วน ได้แก่ (๑) ปัญหาอนามัยแม่และเด็กทารก รวมถึงปัญหาด้านสูตินรีเวชที่เรือนจำยังขาดการคัดกรองและเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ (๒) ปัญหาผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ (๓) ปัญหาภาวะโรคติดต่อทางเดินอาหาร (๔) ปัญหาสุขภาพช่องปาก (๕) ปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งมีข้อกำหนดที่ตกลงใช้กันในระดับนานาชาติ โดยเฉพาะ ‘ข้อกำหนดกรุงเทพ’ หรือ Bangkok Rules แต่ในทางปฏิบัติก็ยังมีข้อขัดข้องต่างๆ ในการดำเนินงานอยู่มาก

จุดเน้นของแผน

แผนสุขภาพจะประชากรกลุ่มเฉพาะได้ทบทวนสถานการณ์และแนวทางการดำเนินงานร่วมกับภาคีหลัก พร้อมทั้งนำทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) และข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๒ เป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนดำเนินการ ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) โดยมีจุดที่ต้องเน้นหลัก ดังนี้

^{๙๙} กรมการปกครอง. ประกาศกรมการปกครอง เรื่องแจ้งข้อมูลทางการปกครอง, ๒๕๖๐

^{๑๐๐} สำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ๑๐ เรื่องควรรู้ สิทธิหลักประกันสุขภาพ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ๒๕๕๖

๑. สอดคล้องกับแนวนโยบายการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะ และทิศทางเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส. โดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยง (บุหรี่/สุรา/อุบัติเหตุ) และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (ออกกำลังกาย/การบริโภคอาหาร)
๒. วิเคราะห์ประเด็นงานจากสถานการณ์ทางสุขภาพของกลุ่มประชากรผ่านกรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ เช่น การเข้าถึงสิทธิและบริการภาครัฐอย่างเป็นธรรม การลดความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ การพัฒนาระบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย และการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม เป็นต้น
๓. หนุนเสริมการพัฒนาประเทศที่สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของการพัฒนาประเทศที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญและแผนชาติ สู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนใหม่ๆ
๔. การทำงานเพื่อกระตุ้น เชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนหลักเข้าสู่ระบบการทำงานปกติ ทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ ร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องอย่างบูรณาการผ่านกระบวนการการมีส่วนร่วมทั้งภาคประชาสังคม ภาครัฐ และภาคเอกชนอย่างเหมาะสม ควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพของภาคีและเครือข่ายการทำงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความยั่งยืนในการดำเนินงาน
๕. สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมการทำงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างยั่งยืน รองรับยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ และเทคโนโลยี เพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ ให้แก่ประชากรกลุ่มเฉพาะ

จุดเน้นของแผนตามกลุ่มประชากร

ผู้สูงอายุ

สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาระบบและกลไกที่มีประสิทธิภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัย เพื่อการสร้างความตระหนักและการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมกับทุกช่วงวัยเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทุกพื้นที่ ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี และเป็นพลังของสังคมชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผ่านการขับเคลื่อนนโยบาย การทำงานแบบบูรณาการกับทุกภาคส่วน สอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยและนโยบายรัฐบาล

คนพิการ

สนับสนุนนวัตกรรม/กลไก/รูปแบบ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในด้านสุขภาพและการศึกษาที่เหมาะสมต่อการดำรงชีพของบุคคลอย่างมีสุข และต่อยอดการเตรียมความพร้อมคนพิการในการมีงานทำ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติ

ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ และบริการสาธารณสุขที่เป็นมิตรสำหรับกลุ่มชาติพันธุ์ ชนเผ่าพื้นเมือง และประชากรข้ามชาติ ผ่านการขับเคลื่อนนโยบาย การพัฒนากลไก และรูปแบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตร และสื่อสารสาธารณะเพื่อปรับทัศนคติ โดยสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และประเทศเพื่อนบ้าน กับองค์กรพัฒนาเอกชน และกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดเครือข่ายการทำงานเชิงบูรณาการภายในประเทศ และสร้างเครือข่ายการทำงานระหว่างประเทศ

แรงงาน

ยกระดับคุณภาพชีวิตแรงงานโดยให้ความสำคัญเรื่องลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ มีความปลอดภัยในการทำงาน ออกแบบกลไกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและสังคม สอดคล้องกับนโยบายความปลอดภัยและอาชีวอนามัยของประเทศไทย (Safety Thailand) รวมถึงลดช่องว่างของความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและทางสังคมที่เหมาะสมตามบริบทหรือวิถีชีวิตของแรงงาน

มุสลิมไทย

มุสลิมไทยมีคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดี ลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ ทางเศรษฐกิจ และทางสังคม ภายใต้แนวทางการดำเนินการโดยยึดหลักการศาสนาและการสร้างกลไกทางสังคมและเศรษฐกิจที่เหมาะสมกับบริบทสังคมมุสลิมไทย

คนไร้บ้าน

พัฒนาและเสริมศักยภาพพลกลไกลดข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิสุขภาพ สวัสดิการขั้นพื้นฐาน และการส่งเสริมให้คนไร้บ้านมีศักยภาพ มีความพร้อมในการกลับคืนสู่สังคมอย่างมีคุณภาพ ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันการศึกษา และภาคประชาสังคม รวมทั้งการสร้างกลไกป้องกันการเกิดคนไร้บ้านรายใหม่โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ผู้หญิง

ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาวะผู้หญิงในกลุ่มที่มีข้อมูลบ่งชี้ว่าสถานะทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ โดยการขจัดปัจจัยกีดกัน (exclude) ผู้หญิงจากการเข้าถึงการมีสุขภาวะที่ดี ทั้งปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ รวมทั้งการขจัดความรุนแรงที่มีต่อผู้หญิง เพื่อหนุนเสริมการบรรลุเป้าหมายระดับชาติด้านสุขภาวะผู้หญิง อาทิ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ผ่านการพัฒนาต้นแบบกระบวนการ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะผู้หญิง และการพัฒนาศักยภาพแกนนำ จากฐานงานวิชาการ องค์ความรู้ และการเชื่อมโยงเครือข่าย

ผู้ต้องขังหญิง

สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาต้นแบบเรือนจำสุขภาวะ (healthy prison) เพื่อให้เป็นพื้นที่พักพิงเยียวยาชีวิตชั่วคราวของผู้ต้องขังที่ก้าวพลาดไปให้กลับยืนหยัดขึ้นมาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้อีกครั้งหนึ่ง โดยสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรภาครัฐในระดับพื้นที่ ระดับนโยบายส่วนกลางและสังคมทุกภาคส่วนในการร่วมดูแลสุขภาวะของผู้ต้องขังหญิง



ค่านิยมเชิงปฏิบัติที่นำไปใช้ในแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

ความเป็นธรรมทางสุขภาพ หมายถึง ความเสมอภาค เท่าเทียมด้านสิทธิและโอกาสที่จะเข้าถึง การมีสุขภาพที่ดีตามความจำเป็นทางสุขภาพ โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะ ประชากร อาชีพ เพศ สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา ชนชั้น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการมีส่วนร่วม ในการจัดระบบสุขภาพและบูรณาการแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนที่ยอมรับในระดับสากล

ความเป็นธรรมทางสังคม หมายถึง ความเป็นธรรมในทุกมิติของสังคมที่มนุษย์พึงได้รับ ตามมาตรฐานทางสากล และหลักมนุษยธรรม โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ มีความเสมอภาค เท่าเทียมในการ เข้าถึงสิทธิ โอกาส และทรัพยากรต่างๆ ที่พึงได้รับการปฏิบัติจากรัฐ และได้รับความคุ้มครองตาม กฎหมายอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมเพื่อสร้างโอกาสในการมีสุขภาพที่ดี

ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ หมายถึง ความแตกต่างระหว่างคนกลุ่มต่างๆ ด้านสถานะสุขภาพ เช่น อายุคาดเฉลี่ย อัตราการเจ็บป่วย ภาระโรค ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพอาจมีได้เกิดจากความไม่เป็นธรรม ทางสังคมและความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพเสมอไป อาจมีปัจจัยอื่นๆ เกี่ยวข้อง เช่น เพศ อายุ พันธุกรรม ซึ่งมีผลให้คนกลุ่มต่างๆ มีสถานะสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไรก็ดี แนวคิดเรื่อง SDH เชื่อว่าความไม่เป็นธรรม ทางสังคมเป็นสาเหตุหลักของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในประเทศต่างๆ

ความเหลื่อมล้ำทางสังคม หมายถึง ความแตกต่างด้านสภาพแวดล้อมการดำรงชีวิตระหว่างคน กลุ่มต่างๆ ในสังคม เช่น ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ความเหลื่อมล้ำในการถือครองที่ดิน ความเหลื่อมล้ำ ในด้านผลสัมฤทธิ์การศึกษา ความเหลื่อมล้ำด้านความเสี่ยงต่อภัยพิบัติ ความเหลื่อมล้ำทางสังคมอาจ มีได้เกิดจากความไม่เป็นธรรมทางสังคมเสมอไป อาจมีปัจจัยอื่นๆ เกี่ยวข้อง แต่สังคมที่มีความเหลื่อมล้ำ สูงส่วนใหญ่มักมีสาเหตุสำคัญมาจากปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสังคม ในทางกลับกันสังคมที่มีพื้นฐาน ความไม่เป็นธรรมในบางเรื่องสูง แต่มีนโยบายและมาตรการป้องกันมิให้ส่งผลกระทบต่อความไม่เป็นธรรม ในเรื่องอื่นๆ ก็อาจทำให้เป็นสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำต่ำได้

นวัตกรรมสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ หมายถึง รูปแบบ วิธีการทำงานใหม่ การสร้างสิ่งแวดล้อม หรือเงื่อนไขใหม่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ที่มีมูลค่าทางสังคม เศรษฐกิจ หรือสิ่งแวดล้อม ที่เกิดจาก วิธีคิดใหม่ หรืออาจใหม่จากการเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยมีโดยที่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงสถานะ ของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในทางที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และสามารถนำไปใช้ขยายผลได้กว้างขวาง

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการเข้าถึงข่าวสารความรู้ ด้านสุขภาพจากแหล่งความรู้ที่หลากหลาย มีความเข้าใจในเนื้อหาต่างๆ สามารถประเมินความน่าเชื่อถือ และความเหมาะสมของเนื้อหากับตนเอง ใช้ความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลในการให้ความสำคัญกับข่าวสาร ความรู้เหล่านั้นๆ ตลอดจนนำไปสู่การตัดสินใจนำมาลองปฏิบัติและประเมินผลการทดลองจนสามารถเกิดการ ใช้ในชีวิตประจำวันได้

บริการสุขภาพที่เป็นธรรม หมายถึง การจัดบริการด้านสุขภาพ โดยคำนึงถึงความเสมอภาค ไม่เลือก ปฏิบัติจากความแตกต่างของเพศ เพศภาวะ สังคม และวัฒนธรรม เอื้อต่อการเข้าถึง และตอบสนองต่อ ความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย



ผู้นำการเปลี่ยนแปลง หมายถึง ประชากรกลุ่มเฉพาะ และคนทำงานเพื่อความเป็นธรรมทางสังคม และสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะที่สร้าง ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน ๓ ระดับ ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงในตนเอง (self transformation) การเปลี่ยนแปลงองค์กรและชุมชน (organization and community transformation) และการเปลี่ยนแปลงสังคม (social transformation) โดยผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะมีคุณลักษณะสำคัญ ได้แก่ มีความสามารถสร้างความสมดุลในชีวิตและการทำงาน มีความเข้าใจเรื่องความเป็นธรรมทางสังคมและสุขภาพ เข้าใจภาวะการนำร่วม และสามารถทำงานแบบใช้อำนาจร่วม ให้ความสำคัญของการทำงานที่เป็นเครือข่ายและการทำงานในขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม

การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย หมายถึง การเตรียมความพร้อมในส่วนของระบบ และการเตรียมความพร้อมของประชากรทุกช่วงวัยเพื่อรองรับผลกระทบของสังคมในภาพรวมที่จะเกิดจากสถานการณ์สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์และสังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอนาคต เช่น การจัดบริการสุขภาพและบริการสาธารณะต่างๆ การขาดแคลนกำลังแรงงาน เป็นต้น ทั้งนี้การเตรียมความพร้อมของระบบจะมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการภาครัฐที่มีอยู่ให้สามารถรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มเติมระบบที่เป็นช่องว่างหรือขาดหายไป เพื่อให้มีระบบรองรับสังคมสูงวัยอย่างครบถ้วน ในขณะที่การเตรียมความพร้อมของประชากรทุกช่วงวัยก่อนสูงอายุมุ่งเน้นการสร้างกระบวนการเตรียมความพร้อมในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจหรือหลักประกันทางรายได้ สังคม และสภาพแวดล้อม เพื่อให้สามารถเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต

สุขภาพของคนพิการ หมายถึง สุขภาวะหรือสุขภาพที่เหมาะสมในการดำรงชีพของบุคคลอย่างมีสุข แบ่งเป็น (๑) ทางกาย คือ การดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง มีระดับสมรรถนะในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้เต็มตามศักยภาพ ไม่เกิดโรคเพิ่มจากการทำงาน มีการตรวจสุขภาพประจำปี ลดปัจจัยเสี่ยงหลักที่ก่อให้เกิดผลกระทบกับร่างกาย ได้แก่ บุหรี่ เหล้า เพิ่มกิจกรรมทางกาย เลือกรับประทานอาหารที่ไม่เป็นโทษต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (๒) ทางสังคม คือ สามารถพึ่งพาตนเองได้ (อาจต้องใช้อุปกรณ์หรือผู้ช่วยตามความเหมาะสม) และมีส่วนร่วมในชุมชน (๓) ทางเศรษฐกิจ คือ การมีงานทำและมีรายได้ต่อเนื่อง สามารถลด/ปลดหนี้ได้ (๔) ทางปัญญา คือ การเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเอง มีความสุขและภาคภูมิใจในตนเอง

เรือนจำสุขภาพ หมายถึง เรือนจำซึ่งมีสภาวะแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และวัฒนธรรมที่ผู้ต้องขังได้รับการปฏิบัติที่เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีองค์ประกอบอย่างน้อย ๗ ด้าน ดังนี้ (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^{๑๑}

สถาบันปอเนาะสุขภาพ หมายถึง สถาบันสอนศาสนาอิสลามที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และวัฒนธรรมที่เอื้อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสถาบันปอเนาะ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมให้ผู้เรียนเป็นสุข โดยการปรับสภาพแวดล้อม ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จัดโครงสร้างและ

^{๑๑} รศ.ดร.นภาพร หนะวานนท์ และรศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล. ๒๕๕๙. งานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังหญิง ๒๕๕๘-๒๕๖๐. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

ระบบต่างๆ ให้ โรงเรียน ครอบครัว และชุมชนเป็นพื้นที่ปลอดภัย รวมถึงการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้เรียนทั้งด้านกาย ใจ ปัญญา และสังคม ยกย่องคุณภาพชีวิตของผู้เรียนได้

เพศภาวะ หมายถึง สิ่งที่ถูกประกอบสร้างทางวัฒนธรรมเพื่อกำหนดบทบาท พฤติกรรม การกระทำ และอัตลักษณ์พื้นฐานที่บ่งบอกถึงความเป็นหญิง ความเป็นชาย และความเป็นเพศอื่นๆ รวมทั้งปฏิสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศที่ถูกกำหนดและควบคุมด้วยเงื่อนไขของบริบทสังคมวัฒนธรรมหนึ่งๆ

การออกแบบเพื่อทุกคน (Universal Design) หมายถึง การออกแบบและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน บริการภาครัฐ บริการสาธารณะ และผลิตภัณฑ์ต่างๆ เพื่อให้ทุกคนที่อยู่ในสังคมสามารถใช้ประโยชน์จากสิ่งเหล่านั้นได้อย่างเต็มที่และเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้เจ็บป่วย หรือผู้ที่มีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันแตกต่างจากบุคคลทั่วไปด้วยข้อจำกัดทางร่างกาย

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและความไม่เป็นธรรมทางสังคม
๒. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้สนับสนุนงานนวัตกรรมและนโยบายสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ
๓. เพื่อส่งเสริมกลไกการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตการทำงานของภาคีเครือข่าย เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
๔. เพื่อปรับเจตคติของสังคมสู่สังคมไร้การกีดกัน เกิดการยอมรับในความหลากหลายของผู้คน ให้อยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดระดับเป้าหมาย (ultimate goals) ในการเตรียมความพร้อม การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ลดข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

๑. ประชากรทุกช่วงวัยก่อนสูงอายุในพื้นที่ดำเนินงานร้อยละ ๖๐ มีความตระหนักรู้และเกิดการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต^{๑๒} ในบริบทสังคมสูงวัย
๒. คนพิการที่ได้รับการจ้างงานภายใต้พื้นที่ดำเนินงาน ในปี ๒๕๖๐^{๑๓} ตามมาตรา ๓๓ และ ๓๕ ในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาชีวิตคนพิการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ อย่างน้อย ร้อยละ ๕๐ มีสุขภาวะที่ดีขึ้น

^{๑๒} นิยามความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (๒๕๔๕-๒๕๖๔) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๒

^{๑๓} แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแบบครบวงจร: สุขภาวะจากการทำงาน ได้ดำเนินการเชื่อมประสานให้เกิดการจ้างงานจำนวนรวม ๓,๘๐๗ อัตรา จากบริษัท ๓๖๓ แห่ง แบ่งเป็น มาตรา ๓๓ จำนวน ๘๑๓ อัตรา และมาตรา ๓๕ จำนวน ๒,๙๙๔ อัตรา (จ้างเหมาบริการ ๑,๘๘๐ อัตรา, ส่งเสริมอาชีพ ๑,๑๑๔ อัตรา). ข้อมูลเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๐. มูลนิธินวัตกรรมทางสังคม.

๓. คนไร้บ้าน เข้าถึงสิทธิ สวัสดิการของรัฐ และมีศักยภาพ ความพร้อมในการกลับคืนสู่สังคม^{๔๔} ได้อย่างน้อยร้อยละ ๑๐ ของจำนวนคนไร้บ้านในพื้นที่ดำเนินการ
๔. กลุ่มชาติพันธุ์ ชนเผ่าพื้นเมือง และประชากรข้ามชาติเข้าถึงสิทธิในการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น จากเดิมอย่างน้อยร้อยละ ๒๐ จากฐานของประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ ชนเผ่าพื้นเมือง และ ประชากรข้ามชาติที่เข้าถึงสิทธิในการบริการสุขภาพ ในพื้นที่ดำเนินการ ในปี ๒๕๖๐
๕. ผู้หญิงกลุ่มที่มีข้อมูลบ่งชี้ว่าสถานะทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ^{๔๕} อย่างน้อย ร้อยละ ๒๐ เข้าถึงสิทธิและบริการสุขภาพที่เป็นธรรม
๖. แรงงานในและนอกระบบในพื้นที่ดำเนินการ^{๔๖} ที่พบปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการทำงาน ซึ่งเป็นผลกระทบต่อสุขภาพ ความปลอดภัยในการทำงาน และสภาพแวดล้อม ลดลงร้อยละ ๑๐ จากปี ๒๕๖๐^{๔๗}
๗. การเปลี่ยนแปลงอัตราการสูบบุหรี่ของมุสลิมไทยในพื้นที่ดำเนินการ^{๔๘} เป็นไปในทิศทาง ที่ดีกว่าการเปลี่ยนแปลงของอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรรวม^{๔๙}

^{๔๔} ศักยภาพ และความพร้อมในการกลับคืนสู่สังคมของคนไร้บ้าน หมายถึง การมีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง การมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง มีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีพ มีการออม และมีเครือข่ายช่วยเหลือ

^{๔๕} จากข้อมูลของกฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ (๒๕๕๘) และมูลนิธิสร้างสุขหัวใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (๒๕๖๐) ระบุว่าผู้หญิงกลุ่มที่มีข้อมูลบ่งชี้ว่าสถานะทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ประกอบด้วย ผู้หญิงพิการ ผู้หญิงกลุ่มชาติพันธุ์ ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิ ผู้หญิงมุสลิม ผู้หญิงสูงอายุ ผู้หญิงนักบวช ผู้ต้องขังหญิง ผู้หญิงบริการ ผู้หญิงที่อยู่กับเชื้อเอชไอวี ผู้หญิงท้องไม่พร้อม และผู้หญิงต่างชีวิตทางเพศ

^{๔๖} พื้นที่ดำเนินการ คือ ๑.เขตเมืองหรือปริมณฑล ๒.จังหวัดใน ๕ เขตสุขภาพสาธารณสุขจำนวน ๒๐ จังหวัด ได้แก่ เขต ๑ เชียงใหม่ (ลำพูน เชียงใหม่ ลำปาง พะเยา) เขต ๕ ราชบุรี (สุพรรณบุรี กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี) เขต ๗ ขอนแก่น (ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม กาฬสินธุ์) เขต ๘ อุดรธานี (อุดรธานี หนองบัวลำภู สกลนคร นครพนม) และ เขต ๑๒ สงขลา (สงขลา สตูล ปัตตานี นราธิวาส)

^{๔๗} จำนวนผู้มีงานทำที่อยู่ในแรงงานในระบบและนอกระบบ พบปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการทำงาน จำนวน ๓,๐๙๔,๑๓๓ คน และปัญหาจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน จำนวน ๔,๓๕๘,๐๓๐ คน, สำนักงานสถิติแห่งชาติ (การสำรวจประชากรและเคหะ), ปี ๒๕๕๙

^{๔๘} พื้นที่จังหวัดในภาคใต้ตอนล่างซึ่งมีประชากรมุสลิมไทยอาศัยอยู่มากที่สุดในประเทศไทย (ร้อยละ ๔๕ ของประชากรมุสลิมไทยทั้งหมด) และมีการทำงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภคยาสูบ รวมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ปัตตานี นราธิวาส ยะลา สงขลา

^{๔๙} การเปลี่ยนแปลงอัตราการสูบบุหรี่ของมุสลิมไทยเป็นไปในทิศทางที่ดีกว่าการเปลี่ยนแปลงของอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรรวม เช่น อัตราการลดลงของอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรรวมเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ ๐.๕ มุสลิมไทยต้องมีอัตราการลดลงของการสูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ ๐.๕



เป้าหมาย ๓ ปี	สถานการณ์	แหล่งข้อมูล
<p>๑. ประชากรในช่วงวัยก่อนสูงอายุในพื้นที่ดำเนินงานร้อยละ ๖๐ มีความตระหนักรู้และเกิดการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ</p>	<p>จากการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ ในปี ๒๕๕๔ ในยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพพบว่า สัดส่วนของประชากรอายุ ๓๐ - ๕๙ ปี มีการเตรียมการเพื่อเป็นผู้สูงอายุ อย่างน้อย ๑ - ๒ ประเด็น มีเพียงร้อยละ ๒๒.๓ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ ร้อยละ ๕๐</p>	<p>๑. การติดตามประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ ปี ๒๕๕๔</p> <p>๒. สสส. จะทำงานร่วมกับภาคีในการพัฒนาเครื่องมือและจัดเก็บข้อมูลในพื้นที่ดำเนินงานโดยใช้ข้อคำถามลักษณะเดียวกับการติดตามประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ ในยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ</p>
<p>๒. คนพิการที่ได้รับการจ้างงานภายใต้พื้นที่ดำเนินงาน ในปี ๒๕๖๐ ตามมาตรา ๓๓ และ ๓๕ ใน พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาชีวิตคนพิการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ อย่างน้อยร้อยละ ๕๐ มีสุขภาวะที่ดีขึ้น</p>	<p>ปัจจุบันคนพิการวัยทำงาน (อายุ ๑๕ - ๖๐ ปี) มีจำนวน ๗๙๙,๓๔๒ คน ปี ๒๕๕๙ มีจำนวนสถานประกอบการทั้งสิ้น ๑๓,๒๐๑ แห่ง ต้องจ้างคนพิการจำนวน ๖๑,๖๑๒ คน มีการปฏิบัติตามกฎหมายจ้างงานคนพิการตามมาตรา ๓๓ จำนวน ๓๒,๔๒๘ คน ปฏิบัติตามมาตรา ๓๕ จำนวน ๗,๒๗๓ คน และมีการส่งเงินเข้ากองทุนตามมาตรา ๓๔ จำนวน ๒๐,๓๔๓ อัตรา การดูแลและติดตามผลดำเนินงานของคนพิการที่ได้รับการจ้างงาน จะมีพื้นที่การทำงานที่สามารถออกแบบกลไกการทำงานเป็นเครือข่ายได้ ได้แก่ (๑) จังหวัดลำปาง โดยมูลนิธิพิทักษ์ดวงตาลำปาง (๒) จังหวัดขอนแก่น โดยกลุ่มกายภาพบำบัด รพ.ศูนย์ขอนแก่น (๓) จังหวัดกาฬสินธุ์ โดย รพ.สมเด็จพระยุพราช และ (๔) จังหวัดสงขลา โดยสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน และขยายระดับการทำงานออกเป็นหน่วยเชื่อมประสานโอกาสไปยังหน่วยงานในชุมชน (Nodes) จำนวน ๕๐ Nodes และหน่วยมอบหมายและกำกับงานคนพิการในพื้นที่ (นจพ.) จำนวนกว่า ๑,๐๐๐ นจพ. ทั่วประเทศไทย</p>	<p>สสส. ร่วมกับเครือข่ายภาคีในพื้นที่ดำเนินงานมีการดูแล เชื่อมประสาน พัฒนา แก้ปัญหา ติดตาม และประเมินผล การทำงาน รวมทั้งเชื่อมประสานโอกาสไปยังหน่วยงานในชุมชน ได้แก่ เครือข่ายองค์กรด้านคนพิการ/องค์กรสาธารณประโยชน์ ประกอบด้วย มูลนิธิสมาคม ชมรม หรือกลุ่มของคนพิการ/ผู้ปกครอง หรือ มูลนิธิอื่นที่ทำงานเกี่ยวข้องด้านคนพิการ กลุ่มงานส่งเสริมอาชีพ (กลุ่มงานเกษตร กลุ่มการผลิต กลุ่มการบริการ) เครือข่ายสถานประกอบการและเครือข่ายหน่วยงานภาครัฐ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p>

เป้าหมาย ๓ ปี	สถานการณ์	แหล่งข้อมูล
<p>๓. คนไร้บ้าน และผู้ป่วยข้างถนนเข้าถึงสิทธิสวัสดิการของรัฐ และมีศักยภาพ ความพร้อมในการกลับคืนสู่สังคมได้อย่างน้อยร้อยละ ๑๐ ของจำนวนคนไร้บ้านในพื้นที่ดำเนินการ</p>	<p>จากการสำรวจสถานการณ์คนไร้บ้านในพื้นที่นำร่อง ๓ จังหวัด (กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ และขอนแก่น) พบจำนวนคนไร้บ้าน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. กรุงเทพมหานคร จำนวน ๑,๓๐๗ คน (ข้อมูล ณ ปี ๒๕๕๘) ๒. ขอนแก่น จำนวน ๑๓๖ คน (ข้อมูล ณ ปี ๒๕๕๗) ๓. เชียงใหม่ จำนวน ๗๖ คน (ข้อมูล ณ ปี ๒๕๖๐) 	<p>จากการพัฒนาวิธีวิทยาในการสำรวจสถานการณ์คนไร้บ้าน (เชิงปริมาณ และคุณภาพ) ของสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยการสนับสนุนของ สสส. มีหน่วยงานร่วมสำรวจ เช่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยศิลปากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลขอนแก่น บ้านมิตรไมตรีกรุงเทพมหานคร ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดเชียงใหม่ เป็นต้น</p>
<p>๔. กลุ่มชาติพันธุ์ ชนเผ่าพื้นเมือง และประชากรข้ามชาติเข้าถึงสิทธิในการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นจากเดิม อย่างน้อยร้อยละ ๒๐ จากฐานของประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ ชนเผ่าพื้นเมือง และประชากรข้ามชาติที่เข้าถึงสิทธิในการบริการสุขภาพในพื้นที่ดำเนินการ ในปี ๒๕๖๐</p>	<p>ปัจจุบัน มีผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่ลงทะเบียนกับกองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิจำนวน ๕๗๓,๑๓๓ คน โดยยังมีกลุ่มที่ตกหล่นจากกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ตามมติคณะรัฐมนตรี ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ และมติคณะรัฐมนตรี ๒๐ เมษายน ๒๕๕๔ จำนวน ๑๐๒,๗๘๗ คน มีคนไทยพลัดถิ่นที่ขึ้นทะเบียนกับกรมการปกครองแล้วประมาณ ๑๘,๐๐๐ คน และประมาณการว่ายังมีคนไทยพลัดถิ่นที่รอการพัฒนาสถานะอีกกว่า ๓๐,๐๐๐ คน</p> <p>ทั้งนี้ โครงการปัจจุบันภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติ มีพื้นที่ดำเนินการอยู่ใน ๖๒ อำเภอใน ๑๗ จังหวัด ข้อมูลประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ ชนเผ่าพื้นเมือง และประชากรข้ามชาติที่เข้ารับบริการสุขภาพ ในพื้นที่ดำเนินการ ในปี ๒๕๖๐ จะได้มาจากการประสานงานกับโรงพยาบาลและภาคีในพื้นที่ ณ สิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐</p>	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ภาคี สสส. ในพื้นที่ดำเนินงานประสานกับโรงพยาบาล, ท้องถิ่นเพื่อเก็บข้อมูลจำนวนกลุ่มชาติพันธุ์ ชนเผ่าพื้นเมือง และประชากรข้ามชาติเข้าถึงสิทธิในการบริการสุขภาพ ๒. กองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ



เป้าหมาย ๓ ปี	สถานการณ์	แหล่งข้อมูล
<p>๕. ผู้หญิงกลุ่มที่มีข้อมูลบ่งชี้ว่าสถานะทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ อย่างน้อยร้อยละ ๒๐ เข้าถึงสิทธิและบริการสุขภาพที่เป็นธรรม</p>	<p>ข้อมูลสถานการณ์ของผู้หญิงกลุ่มที่มีข้อมูลบ่งชี้ว่าสถานะทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ในพื้นที่ประเทศไทยมีหลากหลายกลุ่ม แต่ละกลุ่มมีความเปราะบางต่อการถูกเลือกปฏิบัติกีดกัน ในมิติที่เหมือนและต่างกันไปด้วยอย่างเช่น</p> <p>๑. ผู้หญิงพิการ จำนวน ๘๐๒,๓๖๘ คน ถูกกีดกันด้วยความพิการ และอคติ</p> <p>๒. ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิ จำนวนกว่า ๓๐๐,๐๐๐ คน ทั่วประเทศ ถูกกีดกันด้วยปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความเป็นอื่นทางวัฒนธรรม ภาษา ความห่างไกล และสถานะทางทะเบียน เป็นต้น</p> <p>๓. นักบวชหญิง (ภิกษุณี และแม่ชี) จำนวนประมาณ ๒,๑๐๐ คน ถูกกีดกันและเลือกปฏิบัติด้วยปัจจัยสถานะทางกฎหมาย ความยากจน เป็นต้น</p> <p>๔. ผู้ต้องขังหญิง จำนวน ๔๕,๑๔๑ คน ถูกกีดกันด้วย สิทธิ สถานภาพ การถูกกักขังในเรือนจำ เป็นต้น</p> <p>๕. แม่วิัยรุ่น จำนวน ๑๐๔,๒๙๑ คน ถูกกีดกันด้วยปัจจัยทางเศรษฐกิจ การศึกษา เป็นต้น</p> <p>๖. ผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี จำนวน ๑๗๙,๕๙๐ คน ถูกกีดกันด้วยปัจจัยอคติ การถูกเลือกปฏิบัติ เป็นต้น</p> <p>*หมายเหตุ: อยู่ระหว่างการศึกษาสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้หญิง ดังนั้นกลุ่มผู้หญิงข้างต้นจึงเป็นเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น ไม่ใช้กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด</p>	<p>๑. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (๒๕๖๐) สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการจำแนกตามภูมิภาคและเพศ.</p> <p>๒. กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ (๒๕๕๘) มองผ่านเลนส์เพศภาวะและความหลากหลาย: ข้อเสนอการพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อสุขภาวะผู้หญิง. นครปฐม: สมาคมเพศวิถีศึกษา.</p> <p>๓. มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง (๒๕๖๐) การศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางการจัดทำฐานข้อมูลสถานการณ์และปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาวะผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ</p> <p>๔. สำนักบรรดาวิทยากรมควบคุมโรค (๒๕๕๘) สรุปลักษณะผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี ๒๕๕๘.</p>

เป้าหมาย ๓ ปี	สถานการณ์	แหล่งข้อมูล
<p>๖. แรงงานในและนอกระบบในพื้นที่ดำเนินการ ที่พบปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการทำงาน ซึ่งเป็นผลกระทบต่อสุขภาพความปลอดภัยในการทำงาน และสภาพแวดล้อม ลดลงร้อยละ ๑๐ จากปี ๒๕๖๐</p>	<p>จำนวนแรงงานปี ๒๕๖๐ มี ๓๘.๓ ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นแรงงานในระบบจำนวน ๑๗.๐ ล้านคน (ร้อยละ ๔๔.๔) และแรงงานนอกระบบ ๒๑.๓ ล้านคน (ร้อยละ ๕๕.๖) ซึ่งในการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยจากการทำงานในปี ๒๕๕๙ พบว่า จำนวนผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ในแรงงานในระบบและนอกระบบ พบปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการทำงานจำนวน ๓,๐๙๔,๑๙๓ คน และปัญหาจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน จำนวน ๔,๓๕๘,๐๓๐ คน ซึ่งเมื่อพิจารณาข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ จนถึง ๒๕๕๙ พบว่า การลดลงของแรงงานที่พบปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการทำงานลดลงแต่ละปีประมาณร้อยละ ๕</p>	<p>๑. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ณ เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ</p> <p>๒. การสำรวจประชากรและเคหะ ปี ๒๕๕๙ โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำรวจทุกปี)</p>
<p>๗. การเปลี่ยนแปลงอัตราการสูบบุหรี่ของมุสลิมไทยในพื้นที่ดำเนินการ เป็นไปในทิศทางที่ดีกว่าการเปลี่ยนแปลงของอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรรวม</p>	<p>สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่นับถือศาสนาอิสลาม พบว่า ผู้นับถือศาสนาอิสลามมีอัตราการบริโภคยาสูบร้อยละ ๒๕.๒ ส่วนผู้ที่ไม่นับถือศาสนาอื่น ๆ มีอัตราการบริโภคยาสูบร้อยละ ๑๙.๖ ส่วนสถานการณ์โดยรวมของประเทศไทย มีการบริโภคยาสูบที่ร้อยละ ๑๙.๙ จะเห็นได้ว่า ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมีอัตราการบริโภคยาสูบสูงกว่าศาสนาอื่น ๆ และภาพรวมของประเทศ ดังนั้น การทำให้อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มมุสลิมไทยในพื้นที่เป็นไปในทิศทางที่ดีกว่าการเปลี่ยนแปลงของอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรรวมจึงเป็นความท้าทาย ทั้งนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลปี ๒๕๕๐ ถึง ๒๕๕๔ พบว่า การบริโภคยาสูบของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป มีอัตราลดลงเฉลี่ยร้อยละ ๐.๕ ต่อปี</p>	<p>๑. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี ๒๕๕๘ โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำรวจทุก ๒ ปี)</p>



ตัวชี้วัดระดับผลผลิต (output)

๘. การพัฒนานวัตกรรม และระบบ/กลไก^{๔๐} การดำเนินงาน

- ๘.๑ เกิดนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาวะ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ สวัสดิการทางสังคมอย่างเป็นธรรมสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างน้อย ๑๕ นวัตกรรม เช่น นวัตกรรมการสร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ นวัตกรรมช่วยเรียนสำหรับเด็กพิการ นวัตกรรมเรือนจำสุขภาวะ เป็นต้น
- ๘.๒ เกิดระบบ/กลไกเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ สวัสดิการทางสังคมอย่างเป็นธรรมสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ เพื่อขับเคลื่อนเข้าสู่ระบบการทำงานปกติอย่างน้อย ๑๒ ระบบ/กลไก เช่น กลไกสนับสนุนการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในระดับพื้นที่ ระบบ/กลไกเฝ้าระวังกลุ่มคนที่กำลังเข้าสู่ภาวะไร้บ้านและกลุ่มคนไร้บ้านที่ตั้งหลักชีวิต กลไกสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มมุสลิมไทย กลไกการประสานงานสำหรับการปรับสภาพแวดล้อมตามหลักการออกแบบเพื่อทุกคน เป็นต้น

๙. การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

- ๙.๑ มีข้อเสนอเชิงนโยบายและขับเคลื่อนให้เกิดระบบรองรับสังคมสูงวัยในส่วนที่เป็นช่องว่างการดำเนินงาน อย่างน้อย ๓ ประเด็น
- ๙.๒ มีข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและสังคมสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ ทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา การพัฒนาสถานะทางกฎหมาย การเข้าถึงสิทธิ การพัฒนาคุณภาพชีวิต การปรับสภาพแวดล้อมและบริการสาธารณะอื่นๆ อย่างน้อย ๑๐ ประเด็น

๑๐. การพัฒนาศักยภาพแกนนำ คนทำงานประชากรกลุ่มเฉพาะให้มีขีดความสามารถในการขับเคลื่อนงาน และร่วมผลักดันนโยบายเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสังคมและสุขภาพ

- ๑๐.๑ เกิดแกนนำคนทำงานด้านประชากรกลุ่มเฉพาะ อย่างน้อย ๓๐๐ คน ที่มีขีดความสามารถในการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสังคมและสุขภาพ
- ๑๐.๒ เกิดพื้นที่นาร่องในการขับเคลื่อนร่วม เพื่อสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำของประชากรกลุ่มเฉพาะ และสามารถเป็นพื้นที่ฐานการทำงานเพื่อหนุนเสริมการบรรลุเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) ของ สสส. อย่างน้อย ๕ พื้นที่

^{๔๐} ระบบ หมายถึง ขั้นตอนการปฏิบัติงานที่มีการกำหนดอย่างชัดเจนว่าต้องทำอะไรบ้าง เพื่อให้ได้ผลออกมาตามที่ต้องการ โดยเน้นที่กระบวนการ, กลไก หมายถึง สิ่งที่ทำให้ระบบมีการขับเคลื่อนหรือดำเนินการอยู่ได้ โดยมีการจัดสรรทรัพยากร มีการจัดองค์กร หน่วยงาน หรือกลุ่มบุคคลให้เป็นผู้ดำเนินการ ดังนั้น ระบบและกลไก ซึ่งหมายถึง ขั้นตอนการดำเนินงานต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยบุคลากร ทรัพยากร กฎเกณฑ์ มาตรการ แนวปฏิบัติ และปัจจัยต่างๆ เป็นกลไกให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

๑๑. การสื่อสารสาธารณะ และสร้างเครือข่ายด้านการสื่อสารสังคม

- ๑๑.๑ เกิดกระบวนการสื่อสารเพื่อเปิดประสบการณ์ร่วมระหว่างประชากรกลุ่มเฉพาะ และคนในสังคม เพื่อนำไปสู่การเกิดมโนทัศน์ร่วมของการมองเห็น ยอมรับ และเข้าใจในการเป็นส่วนหนึ่งในสังคมของคนทุกกลุ่ม อย่างน้อย ๓ ประเด็น เช่น การเกิดกระบวนการสื่อสารผ่านกิจกรรมทางสังคมที่คนพิการและคนทั่วไปสามารถทำร่วมกันได้ การแสดงดนตรีผู้สูงอายุร่วมกับคนรุ่นใหม่ เป็นต้น
- ๑๑.๒ เกิดกระบวนการพัฒนาเครือข่ายคนทำงานให้มีทักษะและความชำนาญด้านการสื่อสารในการเปิดประสบการณ์ร่วม เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ อย่างน้อย ๓ เครือข่าย

ตัวชี้วัดร่วม

๑. การลดพฤติกรรมเสี่ยง การสร้างเสริมสุขภาพและการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ

- ๑.๑ หน่วยบริการในชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน อย่างน้อยร้อยละ ๕๐ ของพื้นที่ดำเนินการ^{๑๑} มีการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (บุหรี่ยาสูบ และอุบัติเหตุ) โดยใช้องค์ความรู้จากแผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด และแผนการจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ
- ๑.๒ ร่วมกับแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในการพัฒนาและขับเคลื่อน รูปแบบหรือแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานนอกระบบ เพื่อเสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ๑.๓ ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายในการพัฒนานวัตกรรม ชุดความรู้ หรือรูปแบบกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างน้อย ๓ รูปแบบ เช่น ในกลุ่มผู้สูงอายุ คนพิการ คนไร้บ้าน เป็นต้น
- ๑.๔ ร่วมกับแผนอาหารเพื่อสุขภาพในการใช้องค์ความรู้เพื่อส่งเสริมให้มีการบริโภคอาหารสุขภาพ (ลดหวานมันเค็ม) เพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้ ที่สอดคล้องกับการมีวิถีชีวิตสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างน้อย ๓ รูปแบบ เช่น ในกลุ่มผู้สูงอายุ คนพิการ มุสลิมไทย เป็นต้น

๒. ร่วมกับแผนสุขภาพชุมชน สนับสนุนองค์ความรู้หรืองานวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุผ่านศูนย์การเรียนรู้การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย ๕๐ แห่ง

^{๑๑} ในปี ๒๕๕๙ มีหน่วยบริการชุมชน จำนวน ๒๘ หน่วย ในพื้นที่ ๑๐ จังหวัด ได้แก่ เชียงราย พะเยา เพชรบูรณ์ อุดรดิตถ์ เชียงใหม่ น่าน สุรินทร์ สมุทรปราการ กระบี่ และยะลา ปี ๒๕๖๐ อยู่ระหว่างขยายผลเพิ่มขึ้นอีก ๖ จังหวัด และเป้าหมายปี ๒๕๖๑ มีหน่วยบริการชุมชน ๑๖๐ แห่ง เป้าขยายเพิ่มปีละ ๑๐ แห่ง/จังหวัด ดังนั้นปี ๒๕๖๓ มีหน่วยบริการเกิดขึ้นไม่น้อยกว่า ๔๘๐ แห่ง



- ๓. ร่วมกับแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม สำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ อย่างน้อย ๓ กลุ่มประชากร เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีปัญหาด้านบุคลิกภาพ คนพิการ เป็นต้น

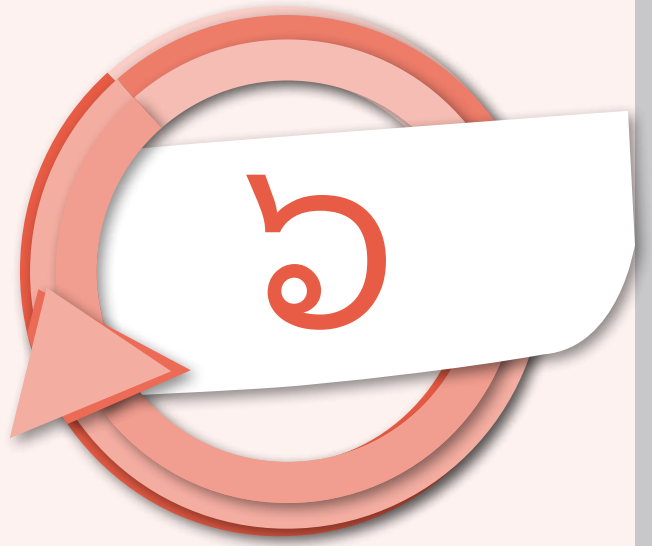
ยุทธศาสตร์

สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ไตรพลัง ของ สสส. คือ ความรู้ นโยบาย สื่อสารและขับเคลื่อนสังคม โดยเพิ่มเติมเรื่องการพัฒนาศักยภาพภาคีและแกนนำประชากรกลุ่มเฉพาะเพื่อสนับสนุนการรวมกลุ่มและการพัฒนาภาคีและองค์กรตัวแทนประชากรกลุ่มเฉพาะให้เข้มแข็ง

- ๑. **ความรู้** ได้แก่ การพัฒนาความรู้ นวัตกรรม งานนำร่องเพื่อนำสู่การขยายผลในระดับต่างๆ โดยมุ่งเน้นที่ระบบสวัสดิการสังคม ระบบสุขภาพ ระบบรองรับสังคมสูงวัย การปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพและกลไกการปกครองส่วนท้องถิ่น
- ๒. **นโยบาย** ได้แก่ การสนับสนุนการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล จัดทำข้อเสนอ นโยบาย เพื่อผลักดันนโยบาย รวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ
- ๓. **สังคม** ได้แก่ การสื่อสารสังคม ปรับเจตคติของคนในสังคมสู่ สังคมสามอาชีพ สังคมสวัสดิการ และสังคมไร้การกีดกัน สร้างการยอมรับในความหลากหลายของผู้คนในการอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข
- ๔. **พัฒนาศักยภาพภาคีและแกนนำ** เป็นการเสริมพลังภาคีในระดับบุคคล องค์กร การพัฒนาศักยภาพผู้นำรุ่นใหม่ เพื่อให้มีศักยภาพ ชีตความสามารถในการจัดการตนเอง และการทำงานเชิงรุกเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาวะในประชากรกลุ่มเฉพาะ รวมถึงการหนุนเสริมพลังเครือข่ายภาคี การพัฒนาระบบ กลไก และสภาพแวดล้อมที่ยั่งยืนในการเสริมพลังเครือข่ายที่ทำงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาวะของประชากรกลุ่มเฉพาะ

งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๒๓๔	๒๓๐	๒๒๐



แผนสุขภาวะชุมชน

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานของแผนสุขภาวะชุมชนสามารถสรุปออกเป็น ๔ ส่วน คือ (๑) ทู่นและศักยภาพของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ (๒) สถานการณ์และแนวโน้ม (๓) การประเมินผลแผนสุขภาวะชุมชน ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ และ (๔) ข้อเสนอแนะจากภาคี โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ทู่นและศักยภาพของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

การดำเนินงานของแผนสุขภาวะชุมชนมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ ทำให้เกิดทุนทางสังคมและศักยภาพของภาคีเครือข่ายที่มีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาวะทั้ง ๔ มิติ : กาย ใจ ปัญญา สังคม ซึ่งเป็นพื้นฐานของการขับเคลื่อนแผนสุขภาวะชุมชน ดังนี้

๑.๑ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน ๒,๘๑๖ แห่ง (ร้อยละ ๓๕.๘๕ จากจำนวน อปท. ทั้งหมด ๗,๘๕๒ แห่งทั่วประเทศ ข้อมูลกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐) เข้าร่วมเป็นภาคีเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาตำบลสุขภาวะ และรูปแบบการเรียนรู้และเกื้อกูลกันในลักษณะ “เครือข่าย” จนเป็นที่ยอมรับได้ว่าสามารถกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาสุขภาวะชุมชนได้ ซึ่งทุนทางสังคมเหล่านี้ถือเป็นศักยภาพการจัดการตนเองที่แผนสุขภาวะชุมชนใช้เป็นฐาน (platform) ในการพัฒนาประเด็นต่างๆ

๑.๒ วัฒนธรรมการใช้ข้อมูลความรู้ในกระบวนการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของชุมชนท้องถิ่น ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นกลไกการขับเคลื่อนแผนสุขภาวะชุมชน ด้วยการใช้ “เครื่องมือการประเมินชุมชนด้วยวิธีการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน” (Rapid Ethnographic Community Assessment Process : RECAP) และ “ระบบข้อมูลตำบล” โดยใช้โปรแกรม Thailand Community Network Appraisal Program : TCNAP ในการกำหนดแนวทางการจัดการสุขภาวะชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมและการร่วมกันกำหนดเป้าหมายการพัฒนาโดยใช้พื้นที่เป็นฐานขององค์กรหลักในพื้นที่ และเชื่อมโยงการพัฒนาต่อบริการภายนอกอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะศักยภาพในการนำข้อมูลและความรู้เพื่อการพัฒนางานประจำ การประเมินความก้าวหน้าการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นและการเปรียบเทียบกับชุมชนท้องถิ่นอื่น



๑.๓ ผู้ขับเคลื่อนงานหลัก ที่เป็นองค์กรและบุคคลที่มีภารกิจและบทบาทเกี่ยวข้องกับการพัฒนา งานเพื่อสุขภาวะชุมชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยมีขีดความสามารถในการ เป็นกลไกการขับเคลื่อนการพัฒนางานต้นและสานพลังร่วมทำงานกับองค์กรภาคีอื่นได้ ซึ่งผู้ขับเคลื่อน งานหลักมาจาก ๔ ส่วน คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องที่ หน่วยงานรัฐ หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรชุมชนและภาคประชาชน รวมทั้งองค์กรภาคเอกชน ตลอดจนเครือข่ายกลุ่มองค์กรต่างๆ

๑.๔ ศักยภาพและขีดความสามารถของบุคลากร ที่มีทักษะในการจัดการและขับเคลื่อนงานพัฒนา สุขภาวะชุมชนตามบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน และ องค์กรหลักอื่นในพื้นที่ เป็นศักยภาพในการบูรณาการเข้าสู่งานประจำอันเป็นความยั่งยืนของการขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ของแผนสุขภาวะชุมชน ประกอบด้วย ผู้บริหารท้องถิ่น จำนวน ๕,๖๓๒ คน นักวิชาการที่เป็นพนักงาน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๑๔,๐๘๐ คน นักจัดการข้อมูลที่รับผิดชอบงานแผนและนโยบาย ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๓๕๒,๐๐๐ คน นักจัดกระบวนการที่มีบทบาทในการสร้างความ ร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ จำนวน ๕,๖๓๒ คน และนักสื่อสารที่เป็น พนักงานผู้รับผิดชอบการสื่อสารประชาสัมพันธ์ จำนวน ๕,๖๓๒ คน รวมทั้งสิ้น ๓๘๒,๙๗๖ คน โดย คนทำงานที่กล่าวมาได้รับการพัฒนาศักยภาพด้วยหลักสูตรเฉพาะที่แผนสุขภาวะชุมชนจัดขึ้น และด้วย กระบวนการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมการจัดการความรู้ของแผนสุขภาวะชุมชนด้วย

๑.๕ กลไกการขับเคลื่อนภาคีเครือข่าย ในการเพิ่มขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ให้ทำหน้าที่เป็นศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน ทำหน้าที่เป็นกลไกขับเคลื่อนการเรียนรู้ ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกว่า ๒,๘๐๐ แห่ง ทั้งนี้ประกอบด้วย รูปแบบ รูปธรรม และแนวทาง การจัดการเครือข่ายโดย “ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน” จำนวน ๑๐๐ แห่ง รูปแบบ รูปธรรมและ แนวทางการสนับสนุนวิชาการเพื่อการจัดการเครือข่ายระดับภาค โดย “ศูนย์สนับสนุนวิชาการเพื่อการ จัดการเครือข่ายระดับภาค (ศวภ.)” จำนวน ๖ แห่ง และรูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเฉพาะ ประเด็น ที่มีรูปธรรมการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยมี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่เป็น “ศูนย์ประสานงานเครือข่ายเฉพาะประเด็น (ศพง.)” ได้แก่ (๑) การควบคุมการบริโภคยาสูบ (๒) การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดอุบัติเหตุ จราจร (๓) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ (๔) การพัฒนาระบบอาหารชุมชน (๕) การพัฒนาการเรียนรู้ ของเด็กและเยาวชน จำนวนกว่า ๓๐ แห่ง ทั้งนี้ มีรูปแบบ รูปธรรม และแนวทางการสนับสนุนวิชาการ เพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเฉพาะประเด็น คือ “ศูนย์สนับสนุนวิชาการเพื่อการขับเคลื่อนเฉพาะ ประเด็น” (ศวฉ.) จำนวน ๖ แห่ง รวมถึง รูปแบบ รูปธรรม และแนวทางการพัฒนาองค์ความรู้จากการปฏิบัติ อย่างเชี่ยวชาญของพื้นที่ให้เป็นชุดความรู้ที่เป็นหลักสูตรของการพัฒนางานประจำขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ด้วยรูปธรรมของ “มหาวิทยาลัย” หรือ “ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะ” จำนวน ๒ แห่ง

๑.๖ กลไกการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับจังหวัด ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด องค์กรบริหาร ส่วนจังหวัด หน่วยงานหลักของจังหวัด สถาบันวิชาการ และเครือข่าย ที่มีขีดความสามารถ ทักษะ กำลังคน รูปแบบ รูปธรรมและแนวทางในการขับเคลื่อนเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงาน องค์กร ชุมชน เครือข่ายการพัฒนาเชิงประเด็น ให้มุ่งสู่เป้าหมายการพัฒนา “จังหวัดน่าอยู่” ซึ่งอาจมีจุดเน้น

การพัฒนาและประเด็นของการขับเคลื่อนที่แตกต่างกันตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมและปัญหาของพื้นที่ ที่สามารถเป็นรูปธรรมเพื่อสร้างการเรียนรู้ได้ (ต้นแบบ) จำนวน ๒๐ จังหวัด

๑.๗ กลไกการจัดการความรู้การพัฒนาสุขภาวะชุมชน โดยสถาบันวิชาการที่มีความรู้และทักษะในการทำงานโดยใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนาร่วมกับชุมชนท้องถิ่น มีขีดความสามารถในการสรุปชุดความรู้จากปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่น สร้างการยอมรับได้ด้วยหลักทฤษฎีที่สัมพันธ์กัน และความเหมาะสมสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ รวมทั้งมี รูปแบบ รูปธรรม และแนวทางในการนำสู่งานประจำของสถาบันได้ จำนวน ๑๕ แห่ง

๑.๘ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในระดับชาติ โดยการรวมตัวกันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็น “เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่” ที่สามารถกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อเป็นเป้าหมายการขับเคลื่อนสุขภาวะชุมชนร่วมกัน ในรูปแบบของ “ปฏิญญาเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่” ซึ่งครอบคลุมการจัดการนโยบายสาธารณะ ๘ ด้าน ๘๘ ข้อเสนอ การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ ๑๖ ประเด็น ครอบคลุม ๑๓ กลุ่มประชากร

๑.๙ การ “รณรงค์” ให้เกิดการเคลื่อนไหวในพื้นที่ โดยการร่วมสร้างสุขภาวะในชุมชนด้วยทักษะของบุคลากร ข้อมูลของชุมชนท้องถิ่น และแนวทางการรณรงค์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรหลักในพื้นที่ อันเป็นการหนุนเสริมชุมชนท้องถิ่นให้สามารถสร้างความเข้าใจร่วม สื่อสาร และดำเนินการผลักดันให้องค์กร หน่วยงาน กลุ่มทางสังคม ที่เกี่ยวข้องเกิดการจัดการตนเองได้ ด้วยการใช้ต้นแบบและรูปธรรมงานต่างๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่เป็นสื่อกลางด้วย ซึ่งเน้นการรณรงค์ในพื้นที่ตนเอง ในเครือข่าย และในระดับชาติ โดยเฉพาะการรณรงค์เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ “กิจกรรมลดเมา เพิ่มสุข” เพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดอุบัติเหตุจราจร “กิจกรรมเลิกสูบ ก็เจอสุข” เพื่อควบคุมยาสูบ สร้างพื้นที่ปลอดภัยในครัวเรือนและในชุมชนท้องถิ่น “กิจกรรมอาสาทำดี” เพื่อส่งเสริมกิจกรรมการทำความดี การอาสา การช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นต้น

๑.๑๐ ขีดความสามารถในการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ เป็นการนำใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพที่กล่าวมาข้างต้นในการพัฒนานโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรหลักในพื้นที่ของชุมชน ได้ทำหน้าที่พัฒนาสุขภาวะชุมชนได้ โดยพัฒนากลไกประสานความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ ๓ หน่วยงานหลัก ประกอบด้วย (๑) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (๒) กรมการพัฒนาชุมชน (๓) สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) ร่วมสร้างแนวทางการทำงานร่วมมือกัน ๕ เรื่องคือ บูรณาการข้อมูล ใช้ข้อมูลในการจัดทำแผน เพิ่มขีดความสามารถแกนนำและบุคลากร พัฒนาตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็ง และสนับสนุนชุมชนท้องถิ่นต้นแบบ อันจะเป็นการถ่ายทอดความรู้และวิธีการทำงานจากแผนสุขภาวะชุมชนสู่องค์กรภาคีอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ เพื่อให้บรรลุทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. โดยเน้นการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ การเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน การควบคุมยาสูบ การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการลดอุบัติเหตุจราจร



๒. สถานการณ์และแนวโน้ม

๒.๑ ด้านนโยบายที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนงานของแผนสุขภาวะชุมชน

แผนสุขภาวะชุมชนได้ดำเนินการเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการจัดการพื้นที่ให้มีขีดความสามารถในการรองรับการเปลี่ยนแปลงที่กระทบต่อสุขภาวะชุมชน (community resilience) และการสนับสนุนให้เกิดปฏิบัติการของชุมชนอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนและวิเคราะห์นโยบายหลักของประเทศไทย พบว่าการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเป็นเป้าหมายของการขับเคลื่อนในทุกนโยบาย สรุปพอสังเขปดังนี้

(๑) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยแผนสุขภาวะชุมชนดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง ดังปรากฏชัดเจนในหมวดสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทยและหมวดหน้าที่ของปวงชนชาวไทย เมื่อผนวกเข้ากับหมวดหน้าที่ของรัฐ ก็จะส่งผลให้ชุมชนท้องถิ่นมีขีดความสามารถในการเป็นฐานในการพัฒนาประเทศอย่างได้ผลที่สอดคล้องและชี้้นำการดำเนินงานของ สสส. ในภาพรวม และแผนสุขภาวะชุมชนเป็นการเฉพาะด้วย

(๒) ยุทธศาสตร์ชาติที่มุ่งไปสู่การพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน ที่ได้บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ ช่วงที่ผ่านมา แผนสุขภาวะชุมชนได้ดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนขบวนการสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความพร้อมที่จะเป็นกลไกและฐานของปฏิบัติการในชุมชนท้องถิ่นในการขับเคลื่อนเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ โดยเฉพาะในส่วนที่มุ่งเน้นการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี พัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทย การดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและรับผิดชอบต่อสังคมในสังคมสูงวัย พร้อมกับการสร้างความเข้มแข็งของสถาบันทางสังคม สร้างความมั่นคงและลดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจและสังคม จัดการทุนทางวัฒนธรรม และพัฒนาสื่อสารมวลชนให้เป็นกลไกสนับสนุนการพัฒนา

(๓) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ที่ได้กำหนดทิศทางการพัฒนาที่มุ่งสู่การเปลี่ยนผ่านประเทศไทยจากประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ไปสู่ประเทศที่มีรายได้สูง มีความมั่นคงและยั่งยืน สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข โดยยึดหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง-การพัฒนาที่ยั่งยืน-คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” ซึ่งสอดคล้องกับนวัตกรรมจากขบวนการร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นที่สนับสนุนโดยแผนสุขภาวะชุมชน

(๔) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ที่รัฐบาลไทยได้ไปลงนามขานรับ “เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน” ร่วมกับสมาชิกสหประชาชาติประเทศอื่นอีก ๑๙๒ ประเทศ ยังผลให้ภาครัฐได้มีการบูรณาการเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ค.ศ. ๒๐๓๐ ของสหประชาชาติเข้ากับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปีและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ซึ่งจะส่งผลดีทำให้ภาครัฐเข้ามาขับเคลื่อนในการดูแล แก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาวะของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ การที่ภาครัฐให้ความสำคัญกับการผลักดันเป้าหมาย SDGs จะมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของแผนสุขภาวะชุมชนในหลายด้าน อาทิ การขจัดความยากจน การขจัดความหิวโหย การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การศึกษาที่เท่าเทียม การจัดการน้ำและสุขาภิบาล พลังงานสะอาดที่ทุกคนเข้าถึงได้

แผนการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน การรับมือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การใช้ประโยชน์จากมหาสมุทรและทรัพยากรทางทะเล การใช้ประโยชน์จากระบบนิเวศทางบก สังคมสงบสุข ยุติธรรม ไม่แบ่งแยก

จากที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินงานของแผนสุขภาวะชุมชนที่มีเป้าหมายเพื่อชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งไปในทิศทางเดียวกับการพัฒนาประเทศ ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่แผนสุขภาวะชุมชนจำเป็นต้องออกแบบให้ตอบสนองต่อนโยบายของประเทศและสามารถหนุนเสริมการขับเคลื่อนทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. รวมถึงตอบสนองต่อแผนนโยบายและจุดเน้นของแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ของ สสส. ไปด้วยกันอย่างมีพลังและเกื้อกูลกัน

๒.๒ ด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและความเป็นเมือง

สถิติผู้สูงอายุ^{๕๒} ในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ กับข้อมูลบ่งชี้ต่างๆ ที่ระบุสถานการณ์ผู้สูงอายุ เช่น ดัชนีการสูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรืออัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน ส่งผลให้อัตราส่วนเกื้อหนุนมีแนวโน้มลดลง^{๕๓} ทำให้มีผลต่อความมั่นคงทางการเงินของประชาชน และการเสริมสร้างสุขภาพอนามัยทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ รวมถึงตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาเกิดกระแสการย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เมืองหลวงและเมืองใหญ่ ซึ่งเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาการบริหารจัดการเมืองเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน และในขณะเดียวกันจำเป็นต้องมีการจัดการสิ่งอำนวยความสะดวกรองรับ ทำให้จำเป็นต้องใช้ยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน อีกทั้งความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี เช่น การซื้อของผ่านระบบออนไลน์ การพึ่งพาอาหารสำเร็จรูปจากร้านสะดวกซื้อและร้านอาหารจานด่วน เป็นต้น ความก้าวหน้าดังกล่าวข้างต้นส่งผลทั้งทางบวกและลบต่อสุขภาพคนไทย และยังเป็นตัวกำหนดวิถีชีวิตและพฤติกรรมบริโภคของคนในชุมชน รวมถึงพฤติกรรมการเลียนแบบวัฒนธรรมต่างชาติของประชาชนในเขตเมืองเองด้วย

๒.๓ การตอบสนองต่อทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.

การดำเนินงานของแผนสุขภาวะชุมชนได้กำหนดกิจกรรมที่ตอบสนองต่อทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. อย่างน้อย ๔ เรื่อง ดังนี้

(๑) การพัฒนาขีดความสามารถของบุคคลและองค์กร แผนสุขภาวะชุมชนได้เพิ่มขีดความสามารถบุคลากรของชุมชนท้องถิ่นให้จัดการตนเองได้ด้วยทุนทางสังคมและศักยภาพของตนเอง พร้อมๆ กับการเพิ่มขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบูรณาการงานและกิจกรรมขององค์กรในพื้นที่เขตรับผิดชอบของตนเอง

(๒) การพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แผนสุขภาวะชุมชนได้สนับสนุนให้มีการพัฒนานวัตกรรมที่มีความเฉพาะตามบริบทของแต่ละพื้นที่โดยร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน

^{๕๒} สถิติผู้สูงอายุในเครือข่ายฯ คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๕ (ข้อมูลจาก TCNAP ผู้สูงอายุในเครือข่ายฯ ๑,๐๙๐,๙๔๐ คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด ๖,๕๕๖,๒๘๕ คน)

^{๕๓} สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๗



กว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ในการขับเคลื่อนการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการควบคุมยาสูบ^{๔๔} และการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^{๔๕}

(๓) การเสริมสร้างศักยภาพระบบการจัดการพื้นที่ แผนสุขภาพะชุมชนกระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับภาคีร่วมพัฒนาในพื้นที่ให้ความสำคัญกับการใช้ข้อมูลในการกำหนดเป้าหมายและวิธีการทำงาน จนเป็นวัฒนธรรมของการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพะโดยแผนสุขภาพะชุมชนได้ผนวกการพัฒนาาระบบข้อมูลไว้ในทุกโครงการที่สนับสนุน

(๔) การพัฒนาระบบการเรียนรู้และสื่อสาร แผนสุขภาพะชุมชนได้สนับสนุนให้มีการวิจัยชุมชนและการพัฒนาระบบข้อมูลตำบล มีการจัดการความรู้ด้วยการถอดบทเรียนจากการปฏิบัติและสอบถามกับหลักทางวิชาการ และมีการสื่อสารทั้งเพื่อการเรียนรู้ในชุมชนและเครือข่าย รวมถึงสื่อสารกับสาธารณะ

จากที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินงานของแผนสุขภาพะชุมชน ที่ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนท้องถิ่นสามารถรองรับและพร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและความเป็นเมืองที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป

๓. การประเมินผลแผนสุขภาพะชุมชน ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐

คณะผู้ประเมินผลภายนอกได้สรุปและให้ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของแผนสุขภาพะชุมชน ในระยะต่อไป ดังนี้

๓.๑ กรอบแนวคิดของการดำเนินงานของแผนสุขภาพะชุมชน มีภารกิจหลักในการยกระดับคุณภาพชีวิตโดยการเสริมพลังชุมชนท้องถิ่นให้จัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health : SDH) ซึ่งเป็นพื้นฐานในการจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและบูรณาการแนวทางการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพกับมาตรฐานการปฏิบัติงานของชุมชนท้องถิ่นให้มีความพร้อมที่จะเป็นฐานในการขยายงานและกิจกรรมให้ครอบคลุมสุขภาพะ ๔ มิติ โดยแผนสุขภาพะควรให้ความสำคัญกับนำชุดความรู้ด้านการพัฒนาสุขภาพะ บูรณาการเข้าไปในปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่นมากขึ้น ผ่านแผนอื่นของ สสส. และการใช้ความเข้มแข็งของเครือข่ายสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายจังหวัดและรองรับการปฏิรูปประเทศ

๓.๒ การบริหารจัดการแผนสุขภาพะชุมชนมีกลไกสนับสนุนวิชาการ ทำหน้าที่ในการพัฒนาศักยภาพคนทำงาน บริหารจัดการเครือข่าย การจัดการเรียนรู้ สนับสนุนให้มีการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูล ซึ่งส่งผลให้แผนสุขภาพะชุมชนสามารถผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพะเข้าสู่ระบบการจัดการของชุมชนท้องถิ่น องค์กรหลักในพื้นที่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมในขบวนการสร้างเสริมสุขภาพะ ซึ่งส่งผลให้เกิดความตระหนักของคนในชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเองจนเกิดเป็นบรรยากาศของชุมชนท้องถิ่นนำอยู่จากพลังของการมีส่วนร่วมภายใน ซึ่งเป็นจุดแข็งของแผนสุขภาพะชุมชน

^{๔๔} สถิติการสูบบุหรี่ในเครือข่าย คิดเป็นร้อยละ ๘.๗๘ (ข้อมูลจาก TCNAP ผู้สูบบุหรี่ในเครือข่าย ๑,๐๙๐,๙๔๐ คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด ๖,๕๕๖,๒๘๕ คน (อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป)) สถิติการสูบบุหรี่ในประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ ๑๙.๙๐ (ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๘: โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการฯ และโครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา)

^{๔๕} สถิติการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในเครือข่าย คิดเป็นร้อยละ ๗.๙๗ (ข้อมูลจาก TCNAP ผู้ดื่มในเครือข่าย ๕๗๕,๙๘๘ คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด ๖,๕๕๖,๒๘๕ คน (อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป)) สถิติการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ ๓๔.๐๐ (ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๘: โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการฯและโครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา)

๓.๓ กระบวนการดำเนินงานของแผนสุขภาวะชุมชน ผ่านกลไกการบริหารจัดการใน ๓ ระดับ ประกอบด้วย กลไกการขับเคลื่อนระดับแผน กลไกการขับเคลื่อนระดับพื้นที่ และกลไกสนับสนุนการพัฒนา และบูรณาการ ซึ่งส่งผลให้แผนสุขภาวะชุมชนสามารถสร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบสนับสนุนหรือตัวชี้วัดความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นเพื่อนำใช้ในกระบวนการตัดสินใจในการสนับสนุน รวมถึงเป็นกลไกรองรับการปฏิรูปประเทศและขับเคลื่อนนโยบายจังหวัด

๓.๔ การออกแบบการดำเนินงานในเชิงกระบวนการของแผนสุขภาวะชุมชน ให้ความสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพคนให้เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงสามารถจัดการความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถสร้างความร่วมมือและจัดการเครือข่ายได้ดี สามารถกำหนดนโยบายที่ตอบสนองกับสถานการณ์และบริบทของชุมชนท้องถิ่น สร้างการมีส่วนร่วม สร้างความรู้สึกรับผิดชอบและสร้างวัฒนธรรมการทำงานในการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ ซึ่งสะท้อนถึงความยั่งยืนและต่อเนื่อง

๓.๕ เครื่องมือหลักในการดำเนินงานของแผนสุขภาวะชุมชน ประกอบด้วย ระบบข้อมูลตำบล (TCNAP) และ วิจัยชุมชน (RECAP) มีความสำคัญต่อการปรับแนวคิดและหลักการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่อยู่บนฐานการใช้ข้อมูลและการเรียนรู้ โดยเครื่องมือทั้งสองยังต้องมีการปรับให้มีความง่ายทั้งในด้านการจัดการข้อมูลและการนำใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่จัดทำไว้

๔. ข้อเสนอแนะจากภาคี

แผนสุขภาวะชุมชน ได้จัดประชุมทบทวนและสรุปบทเรียนการทำงานของภาคีผู้รับทุนร่วมกับแผนสุขภาวะชุมชน พร้อมทั้งรับฟังข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๓ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีบทบาทในการกลั่นกรองทางวิชาการ กรรมการบริหารแผนคณะที่เกี่ยวข้อง และภาคียุทธศาสตร์ รวมถึงการหารือกับผู้บริหารสำนักภายใน สสส. สรุปโดยภาพรวมข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ดังนี้

๔.๑ ควรสนับสนุนให้มีการดำเนินต่อเนื่อง (ทำซ้ำ) ในพื้นที่ที่มีประสบการณ์กับการทำงานร่วมกับแผนสุขภาวะชุมชนโดยเน้นการบูรณาการเข้าสู่งานประจำผ่านการเสริมทักษะของคนทำงานในพื้นที่จากทุกภาคส่วน การใช้กระบวนการประเมินแบบเสริมพลังที่สอดคล้องกับแนวทางการประเมินขององค์กรที่กำกับดูแลหน่วยงานในพื้นที่ รวมถึงการออกแบบให้กลไกการจัดการเครือข่ายของแผนสุขภาวะชุมชนได้ทำหน้าที่เป็นกลไกร่วมขับเคลื่อนนโยบายจังหวัดและการปฏิรูปประเทศ

๔.๒ ควรพัฒนาหรือยกระดับพื้นที่ที่มีศักยภาพ ให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะจนเป็นพื้นที่ต้นแบบหรือพื้นที่นำร่องที่สามารถใช้เป็นฐานการขยายแนวคิดและวิธีการด้วยการเรียนรู้จากปฏิบัติการจริง โดยภาคีสนับสนุนเข้าไปหนุนเสริมการทำงานสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนท้องถิ่นให้เกิดเป็นความต่อเนื่องและเข้าสู่ระบบบริหารจัดการปกติ

๔.๓ ควรให้ความสำคัญในเรื่องการบูรณาการในลักษณะเสริมพลังและเชื่อมประสานกันได้ทั้งภายใน สสส. และหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง รวมถึงมีการบูรณาการสู่ระบบงานปกติขององค์กรและหน่วยงานเพื่อความต่อเนื่องยั่งยืน



จุดเน้นของแผน

ในช่วง ๓ ปีจากนี้ (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) แผนสุขภาวะชุมชนจะมุ่งเน้นการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพเข้าสู่งานประจำขององค์กรที่มีบทบาทเกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการพัฒนาสุขภาวะชุมชน โดยใช้ทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. เป็นตัวกำหนดประเด็นการดำเนินงาน ควบคู่กับประเด็นปัญหาในพื้นที่ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของชุมชนทั้งในระดับบุคคล กลุ่ม องค์กร และชุมชน รวมทั้งสร้างพื้นที่ต้นแบบที่ทำงานในมิติบูรณาการ สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

ทั้งนี้ แผนสุขภาวะชุมชนยังคงยึด ๒ หลักการ คือ (๑) ใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา และ (๒) คำนิยามถึงสุขภาพในทุกนโยบาย โดยได้กำหนดจุดเน้นในการดำเนินงานในช่วง ๓ ปีต่อไป ดังนี้

๑. การนำเอาทุนทางสังคมและศักยภาพของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นเข้าไปมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายการปฏิรูปประเทศ สู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และหนุนเสริมองค์กรและหน่วยงานหลักที่มีบทบาทในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น รวมถึงการแปลงนโยบายรัฐสู่การปฏิบัติให้เป็นพื้นที่นำร่องหรือพื้นที่ต้นแบบ
๒. สานพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องที่ หน่วยงานรัฐ หน่วยงานเอกชน ภาคประชาสังคม และสถาบันวิชาการ รวมทั้งภาคียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมพัฒนารูปธรรมและต้นแบบการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะที่นำไปขยายผลได้อย่างง่าย รวมถึงการจัดการความรู้และรณรงค์ในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ให้สอดคล้องกับวาระของประเทศและ สสส.
๓. เพิ่มขีดความสามารถให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องที่ หน่วยงานรัฐ หน่วยงานเอกชน ภาคประชาสังคม และสถาบันวิชาการ ในการรองรับการเปลี่ยนแปลงที่กระทบต่อสุขภาวะชุมชน

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่นำไปใช้ในแผนสุขภาวะชุมชน

การจัดการสุขภาวะชุมชน หมายถึง การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นด้วยกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นสู่การเป็นชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ (สุขภาวะ) โดยการเสริมพลังความร่วมมือให้องค์กรหลักในชุมชนทำบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างเต็มศักยภาพ อันมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้เชื่อมประสานให้เกิดการพัฒนาแนวทางการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งด้านการเมืองการปกครอง สังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม และสุขภาพ จนเกิดเป็นระบบสนับสนุนการปฏิบัติการต่างๆ ขององค์กรหลัก แกนนำ กลุ่ม และเครือข่ายของประชาชน ซึ่งส่งผลให้มีผู้นำ-แกนนำ มีทักษะในการจัดการชุมชนตนเองมีศักยภาพในการสร้างและนำใช้ความรู้ที่เกิดจากปฏิบัติการที่ได้ผลดีของชุมชนโดยชุมชน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และขับเคลื่อนกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นอย่างเป็นพลวัตควบคู่ไปกับปฏิบัติการจริงอย่างต่อเนื่อง



การจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น หมายถึง การจัดการระบบการทำงานของพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งระดับหมู่บ้าน กลุ่มของหมู่บ้าน และตำบล ในการพัฒนางานด้านต่างๆ เพื่อเสริมศักยภาพให้สามารถจัดการเรียนรู้ ปรับตัว และจัดการปัญหาของตนเอง โดยใช้ข้อมูลและรูปธรรมการจัดการตนเองเป็นฐานในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ นำสู่การพัฒนานโยบายท้องถิ่นและนโยบายระดับชาติ

ตำบลน่าอยู่ (สุขภาวะ) หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลในเขตรับผิดชอบโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือโดยคณะผู้นำท้องถิ่น (กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน) ที่มีขบวนการและปฏิบัติการสร้างสุขด้วย ๕ สร้าง ประกอบด้วย สร้างคนมีสุข สร้างระบบข้อมูลใช้ร่วมกัน สร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างสุขภาวะ สร้างกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาวะ สร้างแผนงานและโครงการสร้าง โดยตำบลจะน่าอยู่สำหรับคนในชุมชนและผู้มาเยือน รวมถึงชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งพอที่จะรองรับนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน (ศจค.) หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลในเขตรับผิดชอบโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือโดยคณะผู้นำท้องถิ่น (กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน) ที่มีกระบวนการค้นหาทุนและศักยภาพ มีการระบุชัดเจนถึงทุนที่มีศักยภาพในการทำหน้าที่เป็นผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้ มีการพัฒนาผู้รู้และแกนนำของพื้นที่ให้มีขีดความสามารถในการสร้างการเรียนรู้ภายในพื้นที่ของตนเองและมีกระบวนการออกแบบการจัดการเรียนรู้ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย ๒๐ แห่ง พร้อมทั้งทำหน้าที่กลไกบริหารจัดการเครือข่าย และร่วมกันพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อร่วมสร้างประเทศไทยให้น่าอยู่ที่มีการประกาศปฏิญญาร่วมกัน

ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะ (ศชข.) หมายถึง ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนที่มีความชำนาญเฉพาะที่เป็นทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนท้องถิ่น และสามารถทำหน้าที่จัดการฝึกอบรมให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น องค์กร หน่วยงาน บุคคลและผู้ที่สนใจ

ศูนย์ประสานงานเครือข่ายเฉพาะประเด็น (สปง.) หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลในเขตรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ ที่มีทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและระบบการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ และมีความพร้อมในการถ่ายทอดกระบวนการดำเนินงาน ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่าย หน่วยงาน บุคคลและผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงทำหน้าที่เป็นกลไกบริหารจัดการเครือข่ายและการอำนวยความสะดวกให้การขับเคลื่อนงานเฉพาะประเด็นสู่การปฏิบัติและบูรณาการในพื้นที่

ศูนย์เรียนรู้ (ศรร.) หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลในเขตรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ ที่มีกระบวนการค้นหาทุนและศักยภาพโดยการใช้ข้อมูลจากการวิจัยชุมชนและระบบข้อมูลตำบล มีการประสานและเสริมความเข้มแข็งให้ทุนทางสังคมมีศักยภาพในการพัฒนางานและนวัตกรรมในประเด็นเฉพาะเพื่อเสริมสร้างและพัฒนางานด้านการจัดการสุขภาวะในระดับพื้นที่ให้เป็น “ศูนย์เรียนรู้” เฉพาะประเด็น โดยมีการพัฒนาผู้นำของแหล่งเรียนรู้ให้มีขีดความสามารถในการเป็น “วิทยากร” ที่สามารถสร้างการเรียนรู้ร่วมกันภายในพื้นที่ของตนเอง และมีกระบวนการออกแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อขยายผลการดำเนินงานได้

สถาบันวิชาการ หมายถึง หน่วยงาน องค์กร สถาบัน ที่ทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้ และสร้างความรู้ใหม่เพื่อหนุนเสริมการดำเนินงานของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ พร้อมทั้งผลักดันกระบวนการกำหนดยุทธศาสตร์ในการสร้างการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย

เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด หมายถึง การนำใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด ทำหน้าที่เป็นกลไกในการเชื่อมองค์ความรู้จากปฏิบัติการจริงในแต่ละเรื่อง เชื่อมโยงกับการพัฒนา คุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัด โดยการร่วมกันขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะที่สอดคล้อง กับสถานการณ์ ปัญหา และมีรูปธรรมการจัดการ อันสอดคล้องกับนโยบายสาธารณะของเครือข่าย ร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่

เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันวิชาการหรือ องค์กรทางวิชาการ องค์กรชุมชน องค์กรภาคประชาสังคม และสำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน ที่มีเป้าหมาย เพื่อร่วมขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นให้น่าอยู่ โดยมีบทบาทสำคัญในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน การผลักดัน ให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับตำบล เครือข่าย และจังหวัด รวมถึงการขับเคลื่อนและรณรงค์ให้มีการ กระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคืนอำนาจให้ชุมชน

ผู้นำการเปลี่ยนแปลง หมายถึง บุคคลผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ เป็นผู้นำเชิงความคิดของชุมชน ท้องถิ่นที่มีความคิดริเริ่ม สามารถสร้างปฏิบัติการให้เกิดผลได้จริง โดยได้รับการยอมรับและศรัทธาจาก คนในพื้นที่และจากบุคคลทั่วไปเพื่อพัฒนาต่อยอดและประยุกต์ใช้ในพื้นที่ บูรณาการเข้าสู่งานประจำได้

เครื่องมือการประเมินชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ หมายถึง แนวทางการประเมินและวิเคราะห์ความเข้มแข็ง ของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการตนเอง เพื่อตอบโจทย์และสนับสนุนในเรื่องต่างๆ เช่น ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) นโยบายรัฐบาล เป็นต้น

นโยบายสาธารณะ หมายถึง การประมวลองค์ความรู้และวิเคราะห์กิจกรรมจากปฏิบัติการของ ชุมชนท้องถิ่นที่ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยชุมชนท้องถิ่น จนเกิดเป็นปฏิญญาเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ของแต่ละภูมิภาคและมี ข้อตกลงร่วมของเครือข่ายในภาพรวม ซึ่งสมาชิกของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ได้ใช้เป็น แนวทางการขับเคลื่อนของแต่ละพื้นที่ทั้งระดับตำบล เครือข่าย และจังหวัด

การวิจัยชุมชน หมายถึง การประเมินชุมชนด้วยการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน (Rapid Ethnographic Community Assessment Process : RECAP) ในการพัฒนาทักษะด้านการถอด บทเรียนและการเขียนสรุปข้อมูลทุนทางสังคมและศักยภาพของกลุ่มหรือแหล่งปฏิบัติการในพื้นที่ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง โดยการนำใช้ศักยภาพในการจัดการปัญหา สู่อำนาจจัดการตนเองในระดับพื้นที่ รวมถึงการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงกับองค์กรและหน่วยงานหนุนเสริม เพื่อเข้ามาเกื้อกูลให้ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองได้ดีขึ้น



ระบบข้อมูลตำบล หมายถึง การจัดทำข้อมูลตำบลโดยใช้โปรแกรม TCNAP (Thailand Community Networking Appraisal Program : TCNAP) ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ตรวจสอบ นำใช้ข้อมูล และเป็นเจ้าของ โดยการสร้างทีมพัฒนาฐานข้อมูลตำบลในการเก็บรวบรวม ข้อมูลและนำใช้ข้อมูลของชุมชนเพื่อจัดการกับปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของแต่ละ ชุมชน จนเกิดการพึ่งตนเองและนำไปสู่การพัฒนาตำบลสู่การเป็นตำบลสุขภาวะที่ยั่งยืน

การเพิ่มขีดความสามารถ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของชุมชนท้องถิ่นที่สนับสนุนและส่งเสริม ให้เกิดการพัฒนาแนวคิด ความรู้ ทักษะ วิธีการทำงาน และความสามารถในด้านอื่น ๆ ภายใต้กระบวนการ และกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การประชุม การอบรม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสรุปบทเรียน การถอดบทเรียน การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง และการเรียนรู้ข้ามพื้นที่หรือการศึกษาดูงาน เพื่อนำมา ยกระดับการทำงานในพื้นที่และเครือข่าย

การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ หมายถึง การประเมินและถอดบทเรียนนวัตกรรมการของชุมชนท้องถิ่น เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลจากปฏิบัติการที่จะส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน ดิขึ้น โดยในเบื้องต้นประกอบด้วย ๕ ประเด็น ดังนี้ (๑) การควบคุมยาสูบ (๒) การควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และลดอุบัติเหตุจากรถ (๓) เกษตรกรรมสู้อาหารปลอดภัย (๔) การจัดการสิ่งแวดล้อม และ (๕) การจัดการภัยพิบัติ

ระบบการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ หมายถึง การประเมินผลและถอดบทเรียน เพื่อแสดง ให้เห็นถึงผลจากปฏิบัติการที่จะส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาวะ อันจะทำให้คนในชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น โดยในเบื้องต้นประกอบด้วย ๓ ประเด็น ดังนี้ (๑) ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (๒) การเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน และ (๓) พัฒนาการเด็กปฐมวัย

บูรณาการเข้าสู่งานประจำ หมายถึง การดำเนินงานที่มีการประสานกลมกลืนกันกับโครงสร้างปกติ ของหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ทั้งในเรื่องของแผน กระบวนการ ข้อมูล การจัดสรรทรัพยากร การปฏิบัติการ ผลลัพธ์ และการประเมินผล ที่สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันและเชื่อมโยงกัน เป็นหนึ่งเดียวอย่างสมบูรณ์และยั่งยืน

บูรณาการภายใน สสส. หมายถึง การทำงานร่วมกันโดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของสำนัก ที่เกี่ยวข้อง ร่วมคิด ร่วมออกแบบ ร่วมสนับสนุนและร่วมประเมินผลลัพธ์และผลกระทบต่อ การสร้างเสริม สุขภาวะของประชาชนในพื้นที่นำร่อง รวมถึงขยายผลผ่านหน่วยงานและองค์กรที่เป็นเจ้าภาพหลัก

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่เป็นกลไกหลักในการสร้างชุมชนท้องถิ่น ร่วมกับองค์กรหลักในพื้นที่ โดยทุกองค์กรบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนเข้าสู่ งานประจำและตอบสนองต่อนโยบายในทุกระดับสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

๒. เพื่อสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะโดยใช้พื้นที่เป็นฐานและบูรณาการกับภาคียุทธศาสตร์อันนำไปสู่การตอบสนองต่อการปฏิรูปประเทศและการพัฒนาอย่างยั่งยืน
๓. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือการพัฒนาและประเมินสุขภาวะชุมชนโดยร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ที่มีบทบาทในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน รวมถึงการบูรณาการเข้าสู่งานประจำขององค์กรหลักในพื้นที่
๔. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาผู้นำการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนให้มีขีดความสามารถในการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนเข้าสู่งานประจำขององค์กรและหน่วยงานโดยยึดหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

ตัวชี้วัด	๒๕๖๑ - ๒๕๖๓	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
๑. เกิดตำบลน่าอยู่ (สุขภาวะ) จำนวนไม่น้อยกว่า ๖๐๐ แห่ง ที่บูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนเข้าสู่งานประจำขององค์กรและเป็นกลไกขับเคลื่อนนโยบายระดับจังหวัดและการปฏิรูปประเทศ	๖๐๐	๒๐๐	๒๐๐	๒๐๐
๒. เกิดเครือข่ายตำบลน่าอยู่ที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ ^{๕๖} จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แห่ง ที่ทำหน้าที่เป็นกลไกการรณรงค์และขับเคลื่อนนโยบาย	๑๐๐	๓๕	๓๕	๓๐
๓. เกิดเครือข่ายตำบลน่าอยู่ที่เชี่ยวชาญด้านการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ^{๕๗} จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แห่ง ที่ทำหน้าที่เป็นกลไกการรณรงค์และขับเคลื่อนนโยบาย	๑๐๐	๓๕	๓๕	๓๐
๔. เกิดเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด ^{๕๘} จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๕ เครือข่าย โดยบูรณาการกับยุทธศาสตร์จังหวัด	๑๕	๕	๕	๕

^{๕๖} ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนาการเด็กปฐมวัย การเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน เป็นต้น

^{๕๗} ควบคุมยาสูบ ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดอุบัติเหตุจราจร เกษตรกรรมสู่อาหารปลอดภัย สิ่งแวดล้อม การจัดการภัยพิบัติ เป็นต้น

^{๕๘} เป็นการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้ทุนและศักยภาพของเครือข่ายระดับตำบล เชื่อมโยงกับเครือข่ายเฉพาะเรื่องเฉพาะประเด็นระดับจังหวัด

ตัวชี้วัด	๒๕๖๑ - ๒๕๖๓	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
๕. มีสถาบันวิชาการ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ แห่ง ทำงานร่วมกับเครือข่ายตำบลน่าอยู่และมีการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนเข้าสู่ระบบการจัดการเรียนรู้ตามบทบาทและภารกิจของสถาบันวิชาการ	๑๐	๕	๕	-
๖. มีผู้นำการเปลี่ยนแปลง จำนวนไม่น้อยกว่า ๔,๐๐๐ คน ที่มีขีดความสามารถในการสนับสนุนกระบวนการปฏิรูปประเทศและนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ต่อเนื่อง ๓ ปี)	๔,๐๐๐ (ดำเนินการ ต่อเนื่อง ๓ ปี)	๔,๐๐๐	๔,๐๐๐	๔,๐๐๐
๗. มีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ร่วมรณรงค์และขับเคลื่อนนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพทุกระดับ รวมถึงสนับสนุนการปฏิรูปประเทศ	๒,๐๐๐ (ดำเนินการ ต่อเนื่อง ๓ ปี)	๒,๐๐๐	๒,๐๐๐	๒,๐๐๐
๘. เกิดเครื่องมือการพัฒนาและประเมินสุขภาวะชุมชนที่บ่งบอกถึงความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น โดยความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งที่พัฒนาร่วมกันถูกนำมาใช้ในระบบการพัฒนา	/ (ดำเนินการ ต่อเนื่อง ๓ ปี)	/	/	/
๙. เกิดกลไกการจัดการข้อมูลร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ และบูรณาการเข้าสู่ระบบการทำงานปกติ	/ (ดำเนินการ ต่อเนื่อง ๓ ปี)	/	/	/

ตัวชี้วัดร่วม^{๔๔}

เกิดจากการทำงานร่วมกันโดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของสำนักที่เกี่ยวข้อง รวมถึงบูรณาการกับภาคียุทธศาสตร์ผ่านการร่วมคิด ร่วมออกแบบ ร่วมสนับสนุนและร่วมประเมินผลลัพธ์และผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่นาร่อง

^{๔๔} แผนที่เกี่ยวข้อง อาทิ แผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ ใหมเบื้องต้น โดยในปี ๒๕๖๒ และ ๒๕๖๓ อาจจะมีเพิ่มเติม



ตัวชี้วัด	๒๕๖๑-๒๕๖๓	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
๑. พัฒนาเครือข่ายบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพทุกมิติ จำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของจำนวนตำบลใน ๔ อำเภอ และ ๕ ชุมชนในกรุงเทพมหานคร	๙ (ตัวชี้วัดร่วมใช้พื้นที่เดิม ดำเนินการต่อเนื่อง ๓ ปี)	๙	๙	๙
๒. ประเมินผลตอบแทนทางสังคม จำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของจำนวนตำบลใน ๔ อำเภอ และ ๕ ชุมชนในกรุงเทพมหานคร	/ (ตัวชี้วัดร่วมใช้พื้นที่เดิม ดำเนินการต่อเนื่อง ๓ ปี)	-	-	/

ยุทธศาสตร์

แผนสุขภาวะชุมชนได้ใช้ “ยุทธศาสตร์สามสร้างยกกำลังสาม” อันประกอบด้วย สร้างการเรียนรู้ สร้างความเป็นพลเมือง และสร้างผลกระทบ มาต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ จนปัจจุบันได้ทบทวนการดำเนินงานร่วมกับสมาชิกเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ จนได้ตกลงร่วมกันปรับยุทธศาสตร์ของแผนสุขภาวะชุมชนเป็น “ยุทธศาสตร์ S-2I” ซึ่งสอดคล้องกับ “ยุทธศาสตร์สามพลัง” ภาพรวมของ สสส. คือ พลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังทางนโยบาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ จัดระบบการจัดการสุขภาวะในพื้นที่ (S-Systematization)

การค้นหาและเข้าใจถึงศักยภาพทุนทางสังคมและกลไกการทำงานร่วมกันในพื้นที่ของตนเอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการกำหนดเป้าหมายร่วมกันและการออกแบบระบบให้สอดคล้องกับบริบทและเงื่อนไขเฉพาะพื้นที่ของตนเอง ผ่านกิจกรรมเชิงยุทธศาสตร์ ๓ กิจกรรมหลัก ประกอบด้วย (๑) การพัฒนาระบบข้อมูล (๒) การพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนท้องถิ่นและคนทำงาน และ (๓) การจัดการความรู้และติดตามประเมินผล โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกหลักในการสร้างความร่วมกับอีก ๓ องค์กรในพื้นที่ประกอบด้วย ท้องที่ องค์กรชุมชน และหน่วยงานรัฐในพื้นที่นั้น

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนานวัตกรรม (I-Innovation)

กระตุ้นหรือสร้างเงื่อนไขให้กลุ่มทางสังคมและองค์กรหรือหน่วยงานในพื้นที่ได้พัฒนาแนวทางและวิธีการใหม่ๆ ในการพัฒนา รวมไปถึงการนำความคิดหรือหลักการใหม่มาใช้ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาสุขภาวะในพื้นที่ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันและการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างความร่วมมือกับภาคีภายนอกพื้นที่ให้เข้ามาหนุนเสริมกระบวนการพัฒนานวัตกรรม

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ บูรณาการงาน (I-Integration)

การสร้างหลักสูตรพัฒนาศักยภาพคนทำงานและการจัดการเรียนรู้ร่วมกันในพื้นที่และข้ามพื้นที่ข้ามภาค ข้ามภูมิสังคม ในการค้นหาแนวทางและวิธีการที่จะบูรณาการเข้าสู่ระบบการทำงานปกติขององค์กรหรือหน่วยงาน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมกับทุกฝ่ายในพื้นที่ และมีเอกภาพในการสร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ รวมทั้งเป็นเงื่อนไขให้ภายในได้มีการบูรณาการภายใน สสส. ไปพร้อมกันด้วย

แผนงาน

ประกอบด้วย ๔ แผนงาน

๑. แผนงานสนับสนุนการจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนและขับเคลื่อนนโยบาย

สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับภาคีหลักในพื้นที่ในการทำหน้าที่เป็นกลไกจัดการเครือข่ายและบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนเข้าสู่ระบบงานประจำของทุกฝ่ายในพื้นที่ หนุนเสริมการขับเคลื่อนนโยบายหลักของรัฐสู่การปฏิบัติ เป็นกลไกเอื้ออำนวยต่อขบวนการปฏิรูปประเทศ และยกระดับเครือข่ายตำบลสุขภาวะให้เป็นกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์จังหวัด รวมถึงคำนึงถึงการคัดสรรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ทำหน้าที่เป็นศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน (ศจค.) และสมาชิกเครือข่ายให้ครอบคลุมพื้นที่ในหลากหลายลักษณะ อาทิ พื้นที่เขตสุขภาพ พื้นที่เขตเมือง พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ

๒. แผนงานสนับสนุนการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาวะโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน

สนับสนุนการพัฒนาบูรณาการและต้นแบบการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและระบบการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยใช้ศักยภาพของทุนทางสังคมและบุคลากรของชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานในการพัฒนาจนสามารถยกระดับเป็นกลไกการรณรงค์และขับเคลื่อนใน ๓ ประเภท ประกอบด้วย ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะ ศูนย์จัดการเครือข่ายเฉพาะเรื่องเฉพาะประเด็น ศูนย์เรียนรู้ โดยให้ความสำคัญกับการผนวกหรือบูรณาการเข้าสู่ระบบงานประจำของทุกฝ่ายในพื้นที่ และเป็นกลไกในการรณรงค์และกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ตอบสนองต่อทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. รวมถึงการพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีการสื่อสารและรองรับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

๓. แผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และรณรงค์

พัฒนาและสนับสนุนให้เมืององค์กรหรือหน่วยงานหรือสถาบันหรือคณะบุคคลเข้ามาทำหน้าที่สนับสนุนทางวิชาการและการบริหารจัดการเครือข่ายให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรหลักในพื้นที่เพื่อร่วมสร้างตำบลน่าอยู่ การเพิ่มทักษะด้านการนำใช้ข้อมูล การสื่อสาร และการรณรงค์ ให้แก่บุคลากรของชุมชนท้องถิ่น และการบูรณาการเข้าสู่ระบบการทำงานปกติขององค์กรและหน่วยงาน รวมถึงการสนับสนุนกิจกรรมของขบวนการปฏิรูปประเทศ

๔. แผนงานเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน

การเพิ่มขีดความสามารถสำหรับผู้นำชุมชนท้องถิ่นของเครือข่ายตำบลน่าอยู่และของภาคียุทธศาสตร์ ให้มีทักษะในการสร้างความร่วมมือ การบูรณาการในทุกกระดับ การออกแบบกิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชนท้องถิ่น การขึ้นนำการพัฒนานวัตกรรมการสร้างสุขภาวะชุมชน และการรู้เท่าทันนโยบายสาธารณะที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนท้องถิ่น โดยการน้อมนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในการออกแบบหลักสูตรและแนวทางการจัดการเรียนรู้เพื่อเพิ่มทักษะดังที่กล่าวมาข้างต้น

งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
แผนสุขภาวะชุมชน	๔๕๐	๔๕๐	๔๓๐



แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

แนวโน้มสถานการณ์ที่ส่งต่อการพัฒนาสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่จะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ โดยสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๙.๘ ของจำนวนประชากรทั้งหมด และจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ ๓๐.๒ ในปี ๒๕๗๙ ในขณะที่จำนวนประชากรวัยแรงงานได้เริ่มลดลงตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ เป็นต้นมา และคาดว่าประชากรวัยแรงงาน (อายุ ๑๕ - ๕๙ ปี) มีจำนวนและสัดส่วนลดลงอย่างต่อเนื่อง เหลือร้อยละ ๕๖.๓ ในปี ๒๕๗๙ ส่งผลกระทบต่อปัญหาขาดแคลนแรงงานในภาวะที่ผลิตภาพแรงงานไทยยังต่ำ เนื่องจากปัญหาคุณภาพแรงงาน จึงเป็นข้อจำกัดในการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

โครงสร้างของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปส่งต่อการเลี้ยงดูเด็ก และเยาวชน แนวโน้มครัวเรือนไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่ขนาดโดยเฉลี่ยเล็กลงอย่างต่อเนื่อง และมีความหลากหลายของรูปแบบของครอบครัว ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่าภาพรวมครอบครัวไทย ในช่วง ๒๕ ปีที่ผ่านมา มีครอบครัวสามรุ่น (ปู่ย่า/ตายาย+ลูก+หลาน) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นครอบครัวประเภทหลักในปัจจุบัน โดยเฉพาะในเขตชนบท ในขณะที่ครอบครัวพ่อแม่ลูก ซึ่งเคยเป็นครอบครัวประเภทหลัก ลดลงครึ่งหนึ่ง นอกจากนี้ยังมีครอบครัวคู่สามี ภรรยาที่ไม่มีบุตร ครัวเรือนอยู่คนเดียว ครอบครัวข้ามรุ่น และครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ซึ่งลักษณะครอบครัวเหล่านี้ ล้วนส่งผลกระทบต่อ การเลี้ยงดูเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะพัฒนาการของกลุ่มเด็กปฐมวัย การเรียนรู้ ทักษะชีวิตและทักษะสุขภาพของเด็กและเยาวชน ทำให้ครอบครัวอบอุ่น ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขของประเทศ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ (ร้อยละ ๖๕.๓๔ ในปี ๒๕๕๘)

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการสื่อสารอย่างรวดเร็ว นำสังคมไทยไปสู่สังคมดิจิทัลมากขึ้น ส่งต่อการจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งทำได้บนฐานของนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล ในขณะที่ประเทศไทยยังมีข้อจำกัดด้านการศึกษา ผลลัพธ์ทางการศึกษาของคนไทยยังอยู่ในระดับต่ำ เห็นได้จาก



ปีการศึกษาเฉลี่ยของคนวัยแรงงาน (อายุ ๑๕ - ๕๔ ปี) เท่ากับ ๙.๓ ปี คุณภาพการศึกษา ถ้าพิจารณาจากคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน นักเรียนระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน (O-NET) มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ ๕๐ ผลคะแนนสอบ PISA อยู่ต่ำกว่าหลายประเทศที่มีระดับการพัฒนาใกล้เคียงกัน

การเรียนรู้ตลอดชีวิตของคนไทยอยู่ในระดับต่ำ การใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มสูงถึง ๒๖ ล้านคน แต่เป็นการใช้เพื่อการเรียนรู้เพียงร้อยละ ๓๑.๗ อัตราการอ่านหนังสือร้อยละ ๘๑.๘ และใช้เวลาอ่านเฉลี่ยวันละ ๓๗ นาที

ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อม ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมเป็นสาเหตุสำคัญ ซึ่งเป็นปัญหาสำหรับคนไทย โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การบริโภคผักผลไม้ และการมีกิจกรรมทางกาย แม้ว่าการพัฒนาระบบสาธารณสุขจะทำให้คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่ปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพก็มีแนวโน้มสูงขึ้น

สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำในสังคมไทย การพัฒนาประเทศส่งผลให้ความยากจนลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ความเหลื่อมล้ำไม่ได้ปรับตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในภาพรวมยังมีความแตกต่างระหว่างคนรวยกับคนจน ผลประโยชน์ส่วนใหญ่จากการเติบโตทางเศรษฐกิจตกอยู่กับคนกลุ่มเล็ก โดยกลุ่มคนรวยที่สุดร้อยละ ๑๐ มีรายได้เป็น ๓๕.๔ เท่าของกลุ่มคนจนสุดร้อยละ ๑๐ ความเหลื่อมล้ำทางสังคมด้านการศึกษา ยังมีความเหลื่อมล้ำของโอกาสทางการศึกษาระดับสูงระหว่างกลุ่ม และความเหลื่อมล้ำของคุณภาพการศึกษาระดับพื้นที่ ด้านสาธารณสุข มีความเหลื่อมล้ำของบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างพื้นที่ ด้านการคุ้มครองทางสังคม แรงงานนอกระบบส่วนมากยังไม่ได้เข้าสู่ระบบประกันสังคม ผู้สูงอายุและผู้พิการยังไม่ได้รับโอกาสการทำงานอย่างเท่าเทียม

ทุนการทำงานของแผนสุขภาพะเด็ก เยาวชน และครอบครัว

การดำเนินงานในช่วงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ แผนให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็ก และเยาวชนตามช่วงวัยไปพร้อมกับการพัฒนาตัวชี้วัด และรูปธรรมของการพัฒนาผ่านพื้นที่ องค์กร และกลุ่มเยาวชน ซึ่งผลการดำเนินงานสอดคล้องกับกรอบนโยบายการจัดทำแผน ๓ ปี สรุปได้ ดังนี้

๑. การพัฒนาสุขภาพะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ดังนี้
 - (๑) มีการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัย ให้มีพัฒนาการตามวัย ขณะนี้มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นศูนย์เรียนรู้จำนวน ๕๕ แห่ง และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเครือข่าย จำนวน ๑,๐๐๐ แห่ง ทั่วประเทศ
 - (๒) มีการพัฒนาคุณภาพโรงเรียนให้เป็นโรงเรียนสุขภาพะ ทั้งระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน อาชีวศึกษา และอุดมศึกษา เพื่อเป็นฐานการทำงานประเด็นตามเป้าหมายเฉพาะของ สสส. อาทิ ลดบุหรี่ ลดแอลกอฮอล์ เพิ่มกิจกรรมทางกาย และเพิ่มการกินผัก ผลไม้ ซึ่งผลการพัฒนาโรงเรียนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กและเยาวชน จำนวน ๒,๕๐๐ แห่ง ทั่วประเทศ

- (ค) พัฒนาตัวชี้วัดครอบครัวอบอุ่น และทดลองใช้ในการวัดผลระดับชุมชนท้องถิ่น โรงเรียน และสถานประกอบการ เพื่อหารูปธรรมของกิจกรรมที่สร้างความอบอุ่นของครอบครัว ตามองค์ประกอบ ๓ ด้าน ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพของคนในครอบครัว ด้านบทบาทหน้าที่ของคนในครอบครัว และด้านความมั่นคงของครอบครัว
- (ค) สนับสนุนการพัฒนากระบวนการดูแลเด็กและเยาวชนในกระบวนการยุติธรรม เด็กพิการแต่กำเนิด เด็กในสถานสงเคราะห์ และเด็กด้อยโอกาสในระบบการศึกษา เพื่อมุ่งลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน

๒. ขยายฐานผู้รับประโยชน์จากศูนย์เรียนรู้ และต้นแบบ ถึงระดับบุคคล ได้แก่ เด็กปฐมวัย เด็กวัยเรียน เด็กวัยรุ่น เยาวชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว ไม่น้อยกว่า ๑๐๐,๐๐๐ คน ซึ่งการพัฒนาคุณภาพเด็กและเยาวชน ถือเป็นส่วนสำคัญในการเตรียมความพร้อมของประชาชนสู่สังคมผู้สูงอายุ

๓. มีการทำงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ อาทิ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ เพื่อจัดทำข้อเสนอนโยบาย มาตรการการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว อาทิ ข้อเสนอการสร้างการมีส่วนร่วมของเยาวชนในการพัฒนาสังคม โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

๔. เกิดนวัตกรรมเพื่อการพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้ทักษะชีวิตของเด็ก และเยาวชน อาทิ หลักสูตรลูกเสือทักษะชีวิต ที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานลูกเสือแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน นำไปใช้เป็นหลักสูตรการเรียนการสอนลูกเสือ นวัตกรรมการใช้กระบวนการ PLC (Professional Learning Community : PLC) ของครูในการพัฒนากระบวนการเรียนการสอน การใช้กระบวนการจิตศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการศึกษา และ การใช้กระบวนการ active learning ในกระบวนการเรียนการสอน

จุดเน้นของแผน

- ๑. เน้นผลลัพธ์เชิงสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัวที่สอดคล้องกับสถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี สสส. โดยกระบวนการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายภายนอก และบูรณาการการทำงานภายใน สสส.
- ๒. เน้นยุทธศาสตร์การดำเนินงานเชิงรุก โดยสร้างเสริมพลังภาคียุทธศาสตร์และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการสร้างสุขภาวะสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อตอบสนองแนวนโยบายปฏิรูปสังคมและสุขภาพ ตามทิศทางของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ มุ่งสู่เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน
- ๓. เน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบการทำงานแบบมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ในการสร้างสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเฉพาะเปราะบาง และในเขตพื้นที่พิเศษ/พื้นที่เฉพาะ



๔. สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ และนวัตกรรม เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้แก่เด็ก เยาวชน และครอบครัว
๕. ส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารสร้างความเข้าใจ ความตระหนักต่อสังคม ในการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่นำไปใช้ในแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว

ครอบครัวอบอุ่น (รศ.ดร.จิตตินันท์ เดชะคุปต์, ๒๕๖๐) หมายถึง ครอบครัวที่สมาชิกอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข ด้วยสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ และสามารถพึ่งพิงตนเองในการดำรงชีวิตและการหาเลี้ยงชีพ อันส่งผลให้ครอบครัวมีสุขภาพที่ดีและพร้อมเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบครอบครัว มีองค์ประกอบตัวชี้วัดเป็น ๓ องค์ประกอบหลัก คือ (๑) สัมพันธภาพในครอบครัว (๒) บทบาทหน้าที่ของครอบครัว และ (๓) การพึ่งพิงตนเองของครอบครัว

ครอบครัวที่มีลักษณะเฉพาะ หมายถึง ครอบครัวที่มีลักษณะแตกต่างจากครอบครัวปกติทั่วไป มีลักษณะสำคัญอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างต่อไปนี้เป็นองค์ประกอบ คือ (๑) โครงสร้างและองค์ประกอบของครอบครัวไม่สมบูรณ์ (๒) มีการใช้ชีวิตด้วยความดิ้นรน เดือดร้อน (๓) มีความยากลำบากเนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถดำเนินชีวิตครอบครัวได้เหมือนอย่างครอบครัวปกติทั่วไป (๔) มีความเสี่ยงกับการเกิดปัญหาครอบครัว (๕) ไม่ได้รับการปกป้องคุ้มครองสถานะครอบครัวทางกฎหมาย และ/หรือ (๖) มีลักษณะเฉพาะอื่นๆ ก็ตาม

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

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

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

พื้นที่พิเศษ/พื้นที่เฉพาะ หมายถึง พื้นที่ที่มีความยากลำบาก ต้องการการพัฒนา อาทิ พื้นที่ชายแดน พื้นที่บนภูเขา ชุมชนแออัด

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง ทักษะหรือความสามารถ ในการเข้าถึง เข้าใจ ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนให้เด็ก เยาวชน ที่เป็นกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะ หรือเปราะบางได้รับการพัฒนา ศักยภาพ ให้สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมอย่างเป็นธรรม
๒. เพื่อส่งเสริมให้เด็ก เยาวชน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง ๒๔ ปี มีสุขภาพที่เหมาะสมตามช่วงวัย ทั้งทางด้านกาย จิต ปัญญา และสังคม รวมทั้ง ครอบครัวมีความอบอุ่น เข้มแข็ง สามารถพึ่งพาตนเองได้เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงสู่ยุคเทคโนโลยีดิจิทัล
๓. เพื่อสนับสนุนการสร้างโอกาส และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมให้เด็ก เยาวชน และครอบครัว ให้ได้รับการพัฒนาคุณภาพเต็มศักยภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคียุทธศาสตร์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน
๔. เพื่อพัฒนาและเชื่อมโยงระบบ กลไกการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว ที่สอดคล้องกับ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายในการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายรัฐบาล แผนปฏิบัติการระดับกระทรวง และแผนพัฒนา กลุ่มจังหวัด/จังหวัด
๕. เพื่อสร้างความตระหนักและทัศนคติที่ถูกต้องแก่สังคม ในด้านการพัฒนาสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

เป้าหมาย

๑. เด็ก เยาวชน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง ๒๔ ปี ที่เป็นกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะ หรือเปราะบาง ไม่น้อยกว่า ๓ กลุ่ม อาทิ เด็กยากจน เด็กถูกทำร้ายทารุณ และเด็กในกระบวนการยุติธรรม ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ให้สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมอย่างเป็นธรรม ครอบครัวเปราะบาง มีความอบอุ่น สามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่น้อยกว่า ๒ กลุ่ม อาทิ ครอบครัวข้ามรุ่น และครอบครัวที่มีแต่คนชรา
๒. เด็ก เยาวชน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง ๒๔ ปี มีสุขภาพที่เหมาะสมตามช่วงวัย ทั้งทางด้านกาย จิต ปัญญา และสังคม โดย **เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี)** ในพื้นที่เป้าหมาย มีพัฒนาการ สมวัย สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๘๐ **เด็กวัยเรียน (๖ - ๑๑ ปี)** ในพื้นที่เป้าหมาย มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน และโรคอ้วนไม่เกินร้อยละ ๑๐ **เยาวชน (๑๒ - ๒๔ ปี)** ในพื้นที่เป้าหมาย มีการบริโภคแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ลดลง
๓. เด็ก เยาวชน และครอบครัว ได้รับการพัฒนาคุณภาพเต็มศักยภาพ ได้รับโอกาส และอยู่ใน สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคียุทธศาสตร์และภาคีที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน

๔. เพิ่มศักยภาพของระบบ กลไกการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว ให้มีความเข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ และมีผลการดำเนินงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมาย ในการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบาย รัฐบาล แผนปฏิบัติการระดับกระทรวง แผนพัฒนากลุ่มจังหวัด/จังหวัด
๕. สังคมมีความเข้าใจ ตระหนัก ในความสำคัญของการพัฒนาสุขภาวะเด็กและเยาวชนตามช่วงวัย และครอบครัวอบอุ่น

ตัวชี้วัดหลัก

๑. พื้นที่เรียนรู้ครอบครัวอบอุ่น ๑๐๐ องค์กร/พื้นที่ มีดัชนีครอบครัวอบอุ่นในระดับที่ดีขึ้น (ดัชนีและฐานข้อมูลครอบครัวอบอุ่น ปี ๒๕๖๑ ตามนิยามและการเก็บข้อมูลของแผนสุขภาวะ เด็ก เยาวชน และครอบครัว)
๒. ต้นแบบอำเภอสุขภาวะเพื่อการดูแลเด็ก เยาวชน และครอบครัวที่มีความหลากหลายและ เปราะบาง ใน ๔ อำเภอ และ ๔ ภูมิภาค โดยร้อยละ ๑๐ ของกลุ่มเป้าหมาย เข้าถึงสิทธิและ สวัสดิการของรัฐ ตามบริบทของกลุ่มเป้าหมายหรือบริบทของพื้นที่
๓. ตำบลต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาวะเด็กวัยเรียน วัยรุ่น และเยาวชน ใน ๑๐ ตำบล โดยร้อยละ ๒๐ ของกลุ่มเป้าหมาย มีพฤติกรรมสุขภาวะที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการลดอัตราการสูบบุหรี่ ลดอัตราการดื่มสุรา เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ และการมีกิจกรรมทางกาย
๔. เด็กและเยาวชนกลุ่มเป้าหมายในโรงเรียนสุขภาวะ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ โรงเรียน มีการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาวะ ที่ตอบสนองเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ของ สสส.
๕. เด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมายในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย^{๖๐} ที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน อาทิ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในพื้นที่เฉพาะ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในชุมชนแออัด จำนวน ไม่น้อยกว่า ๓๐๐ แห่ง มีพัฒนาการที่ดีขึ้น และสูงตีสมส่วนเพิ่มขึ้น
๖. ตัวชี้วัดการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัวในแผนปฏิบัติการระดับกระทรวง แผนพัฒนา กลุ่มจังหวัด/จังหวัด อย่างน้อย ๓ ประเด็น ถูกนำไปจัดทำแผนปฏิบัติการรายปีของภาคีหลัก หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๗. เกิดองค์ความรู้หรือนวัตกรรมในการพัฒนาสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว รวมถึง ครอบครัวที่มีลักษณะเฉพาะ กลุ่มเด็กและเยาวชนเปราะบาง พื้นที่พิเศษและพื้นที่เฉพาะ ที่สนองตอบกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีดิจิทัล ไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง และสามารถนำสู่การปฏิบัติหรือขยายผลได้อย่างเป็นรูปธรรม ไม่น้อยกว่า ๓ เรื่อง
๘. ประเด็นการสื่อสารผ่านช่องทางสื่อต่างๆ ไม่น้อยกว่า ๓๐ เรื่อง ที่สร้างความตระหนักและ ปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ถูกต้องของสังคม ต่อการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว

^{๖๐} ในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ มาตรา ๑๘ (๑) ได้ให้ความหมายของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ได้แก่ ศูนย์เด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนเกณฑ์ของสถาบันศาสนา ศูนย์บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มของเด็กพิการและเด็กซึ่งมีความต้องการ พิเศษ หรือสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่เรียกชื่ออย่างอื่น

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ต้นแบบอำเภอสุขภาพะป้องกันโรคไม่ติดต่อ (NCDs) แบบเต็มพื้นที่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของจำนวนตำบลใน ๔ อำเภอ ใน ๔ ภูมิภาค และ ๕ ชุมชน ในเขตกรุงเทพมหานคร ร่วมกับแผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนสุขภาพะชุมชน แผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ และแผนอาหารเพื่อสุขภาพะโดยแผนสุขภาพะเด็ก เยาวชน และครอบครัว มุ่งเป้าหมายให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ที่เด็ก และเยาวชน คือ ลดอัตราการสูบบุหรี่ ลดอัตราการดื่มสุรา เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ และการมีกิจกรรมทางกาย ด้วยการพัฒนาโรงเรียนสุขภาพะตามบริบทของโรงเรียน โดยเด็กวัยเรียน (๖ - ๑๑ ปี) มีภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ไม่เกินร้อยละ ๑๐ และ เยาวชน (๑๒ - ๒๔ ปี) มีการบริโภคแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ลดลง
๒. ชุดเครื่องมือการวัดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของนักเรียน ในการลดอัตราการสูบบุหรี่ ลดอัตราการดื่มสุรา เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ และการมีกิจกรรมทางกาย ในโรงเรียน ร่วมกับแผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แผนอาหารเพื่อสุขภาพะ และฝ่ายติดตามและประเมินผล

ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เสริมสร้างพลังภาคียุทธศาสตร์และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพะเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อให้เด็ก เยาวชน และครอบครัว ให้ได้รับการพัฒนาคุณภาพเต็มศักยภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคียุทธศาสตร์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน และมีการเชื่อมโยงระบบ กลไกการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว อย่างมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สนับสนุนการรวบรวม พัฒนาองค์ความรู้ และการจัดการความรู้ รองรับการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้แก่เด็ก เยาวชน และครอบครัว

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ สนับสนุนการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความตระหนักและทัศนคติที่ถูกต้องแก่สังคม ในด้านการพัฒนาสุขภาพะเด็ก เยาวชน และครอบครัว

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ เสริมสร้างพลังการทำงานใน สสส. เพื่อสนับสนุนการดำเนินการของภาคี โดยเน้นผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมสุขภาพะที่เป็นรูปธรรมของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ที่สอดคล้องกับสถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีดิจิทัล



งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๒๙๐	๒๗๐	๒๗๐



แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ระบุว่า สถานการณ์ของประชากรวัยทำงานทั่วโลก (ประชากรอายุระหว่าง ๑๕ - ๕๙ ปี) กำลังประสบปัญหาจากการทำงานที่ส่งผลทำให้มีภาวะสุขภาพเสื่อมลงและความไม่ปลอดภัยในการทำงาน ประมาณ ๑,๙๐๐,๐๐๐,๐๐๐ คน

สำหรับข้อมูลของประเทศไทยผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๙ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าจำนวนผู้มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป มีประมาณ ๕๖ ล้านคน โดยเป็นผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานหรือผู้ที่พร้อมที่จะทำงานประมาณ ๓๘ ล้านคน ประกอบด้วยผู้มีงานทำ ๓๗ ล้านคน ผู้ว่างงาน ๕ แสนคน และผู้ที่รอฤดูกาล ๕ แสนคน ทั้งนี้ผู้มีงานทำ ๓๗ ล้านคน ประกอบด้วย ผู้ทำงานในภาคเกษตรกรรม ๑๐ ล้านคน และนอกภาคเกษตรกรรม ๒๗ ล้านคน ซึ่งจะเห็นได้ว่าประชากรวัยทำงาน (อายุ ๑๕ - ๕๙ ปี) เป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศและเป็นกลุ่มที่ต้องทำหน้าที่ดูแลวัยสูงอายุ เด็ก และผู้พิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทยกำลังอยู่ในภาวะที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยมีผู้สูงอายุจำนวน ๑๐ ล้านคน ในปี ๒๕๕๗ และประมาณการว่าในปี ๒๕๘๓ ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป สูงถึง ๒๑ ล้านคน หรือร้อยละ ๓๒ ของจำนวนประชากรไทยทั้งหมด

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตนั้น จะก่อให้เกิดปรากฏการณ์สำคัญที่มีผลต่อสังคมไทยอย่างมาก นั่นคือการมีผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นจากจำนวนเด็กที่ลดลงในขณะที่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกประมาณ ๑๕ ปีข้างหน้า จำนวนเด็กจะพอๆ กับผู้สูงอายุ และหลังจากนั้นจะเกิดปรากฏการณ์มีผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว ประชากรวัยทำงานซึ่งถือเป็นวัยที่เป็นกำลังหลักสำคัญในการพัฒนาประเทศและดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจึงต้องรับภาระหนักมากยิ่งขึ้น แต่ในปัจจุบันกลับพบว่าประชากรวัยทำงานกลับเป็นวัยที่กำลังประสบปัญหาสุขภาพสำคัญหลายอย่าง เช่น จากข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๗ ดำเนินการโดยมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ประชากรวัยทำงานร้อยละ ๙ เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ ๒๕ เป็นความดันโลหิตสูง ผู้หญิงร้อยละ ๕๕ และผู้ชายร้อยละ ๔๒ มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ผู้หญิงร้อยละ ๒๐ และ



ผู้ชายร้อยละ ๑๔ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ผู้หญิงร้อยละ ๒ และผู้ชายร้อยละ ๓๑ สูบบุหรี่ เป็นต้น โดยเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งที่ ๓ (๒๕๔๖ - ๒๕๔๗) และครั้งที่ ๔ (๒๕๕๑ - ๒๕๕๒) อย่างชัดเจน รวมถึงโรคอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเครียด และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ถูกต้อง อาจนำมาซึ่งความสูญเสียทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และศักยภาพการผลิตที่ลดลง จากคำปรึกษาพยาบาล การขาด/ลางาน การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

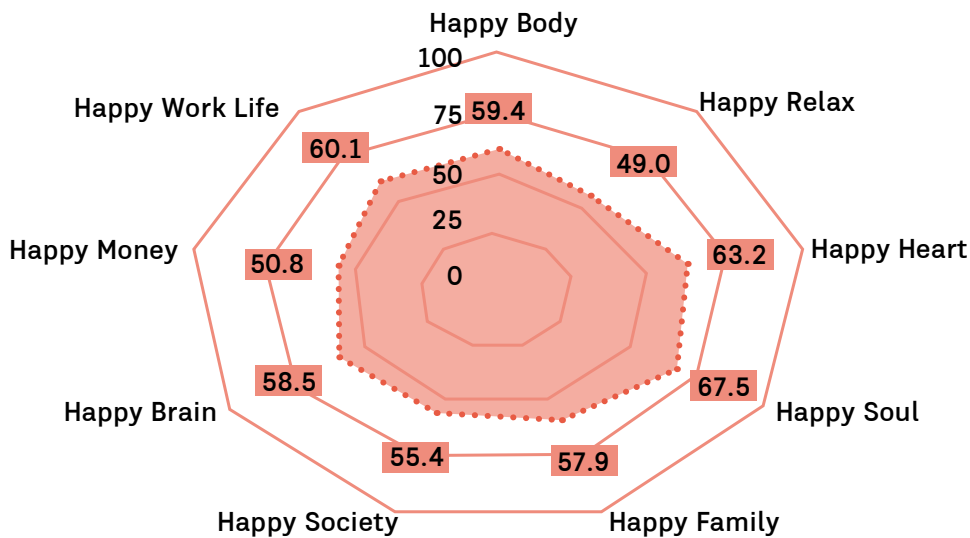
ในอดีตที่ผ่านมา แม้ว่าทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ต่างก็เล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพของ คนทำงาน ต่อผลผลิต และความก้าวหน้าขององค์กร และสังคมโดยรวม ในส่วนของภาครัฐได้มีการพัฒนา ทางด้านกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติทางด้านสุขภาพ และความปลอดภัยของผู้ใช้แรงงาน มีหลายหน่วยงาน ที่รับผิดชอบดูแลด้านนี้ สถานศึกษา และหน่วยงานราชการ มีการฝึกอบรมบุคลากรทางด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัย ออกมาจำนวนมาก ในส่วนของภาคเอกชน ทั้งนายจ้าง ลูกจ้างก็มีจำนวนไม่น้อย ที่ร่วมมือกันปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบและข้อแนะนำต่างๆ เพื่อให้พ้นจากการบาดเจ็บและโรคร้าย จากการทำงาน แต่อย่างไรก็ตาม ประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่ก็ยังเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรม สุขภาพซึ่งเป็นโรคที่ป้องกันได้ ดังจากรายงานสถิติสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคไม่ติดต่อ ที่สำคัญมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนี้

- อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรจากปี ๒๕๔๕ - ๒๕๕๕ พบว่าเพิ่มจาก ๓๘๕.๔๓ (ต่อแสนประชากร) ในปี ๒๕๔๕ เป็น ๑,๖๒๒.๘ (ต่อแสนประชากร) ในปี ๒๕๕๕ เฉลี่ยเพิ่ม ปีละ ๓๐,๐๐๐ คน เป็นภาระคำปรึกษาพยาบาลเฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละ ๕๖๕.๕๐ ล้านบาท
- อัตราป่วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากรจากปี ๒๕๔๕ - ๒๕๕๕ พบว่าเพิ่มจาก ๓๕๓.๔๙ (ต่อแสนประชากร) ในปี ๒๕๔๕ เป็น ๑,๐๕๐.๖ (ต่อแสนประชากร) ในปี ๒๕๕๕ เฉลี่ยเพิ่ม ปีละ ๔๐,๐๐๐ คน เป็นภาระคำปรึกษาพยาบาลเฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละ ๖๗๒.๑๐ ล้านบาท
- โรคหัวใจขาดเลือดต่อแสนประชากรจากปี ๒๕๔๕ - ๒๕๕๕ พบว่าเพิ่มจาก ๑๕๘.๔๘ (ต่อแสนประชากร) ในปี ๒๕๔๕ เป็น ๔๒๗.๕๐ (ต่อแสนประชากร) ในปี ๒๕๕๕ เฉลี่ยเพิ่ม ปีละ ๑๖,๐๓๐ คน เป็นภาระคำปรึกษาพยาบาลเฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละ ๖๒๐.๕ ล้านบาท

หัวข้อด้านจิตใจ มีประชากรวัยทำงานขอรับบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตผ่านสายด่วน ๑๓๒๓ กรมสุขภาพจิต มากที่สุดคือ ความเครียดหรือวิตกกังวล เช่น จากโรคเรื้อรัง หนี้สิน ๖,๒๓๑ ราย รองลงมา คือ ปัญหาทางจิตเวช ๔,๘๔๕ ราย ปัญหาความรัก ๑,๖๖๖ ราย และปัญหาเกี่ยวกับการทำงาน เช่น สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน เจ้านาย ลูกน้อง ค่าตอบแทนน้อย ต้องการเปลี่ยนงาน ๒๕๖ ราย (ที่มา : แถลงข่าว มาตรการดูแลสุขภาพวัยทำงาน เนื่องในวันความปลอดภัยในการทำงานและอาชีวอนามัยสากล วันที่ ๒๘ เมษายน และวันแรงงานแห่งชาติ ๑ พฤษภาคมของทุกปี เมื่อวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๙ โดย นพ.สุรธรรมชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และโฆษกกระทรวงสาธารณสุข นพ.บุญเลิศ คักดีชัยนันท์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษา กรมสุขภาพจิต และนายสมพงษ์ ชัยโอภาณนท์ นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ ด้านโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาด้านการเงินเป็นประเด็นสำคัญ ลำดับแรกที่จะต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาครอบครัวและกลายเป็นภาระของสังคมในท้ายที่สุด

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

ระดับความสุขรวม ๕๘.๐ คะแนน



ดังนั้น เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตคนวัยทำงานในภาพรวม พบว่า ประชากรวัยทำงานไทย (ช่วงอายุ ๑๕ - ๕๙ ปี) ยังประสบปัญหาสุขภาพทางกายและทางจิตใจ เนื่องจากการดำรงชีวิตของวัยทำงานส่วนใหญ่ไม่ได้เติบโตหรือปรับตัวได้ทันตามการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยวัยแรงงานมีรายได้ปกติไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ ในขณะที่มีแรงกดดันในการทำงานหนักจากวันละ ๘ ชั่วโมงเป็น ๑๐ - ๑๒ ชั่วโมง ซึ่งนอกจากจะเป็นการบั่นทอนสุขภาพแล้วยังส่งผลให้ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว สะท้อนได้จากวัยแรงงานเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพหรือโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น

แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร เป็นการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ สสส. ๑๐ ปี โดยใช้แนวทาง Healthy Workplace Framework ขององค์กรอนามัยโลก อันประกอบไปด้วยปัจจัยสภาพแวดล้อมทางกายภาพในการทำงาน ทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพในที่ทำงาน สภาพแวดล้อมทางจิตใจและสังคมในการทำงาน และการเชื่อมโยงกับชุมชนประยุกต์ให้สอดคล้อง เพื่อสนับสนุนงานด้านองค์กรสุขภาพตามแนวคิดการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy 8) ๘ มิติ ได้แก่

- Happy Body การมีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ
- Happy Heart การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและบรรยากาศในการทำงานร่วมกัน
- Happy Brain การพัฒนาความรู้ในการใช้ชีวิตและการทำงานของตนเอง



- Happy Relaxation การแสวงหาแนวทาง วิธีการ เพื่อลดความเครียดในการทำงานและการดำเนินชีวิต
- Happy Soul การใช้หลักคุณธรรม จริยธรรม ในการทำงานและใช้ชีวิตร่วมกัน
- Happy Money ความสามารถในการบริหารจัดการทางการเงินของตนเองและครอบครัว
- Happy Family การมีครอบครัวที่อบอุ่นและมั่นคง
- Happy Society ร่วมกันสร้างสังคมที่ดีในที่ทำงานและนอกที่ทำงาน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่าองค์กรเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งองค์กรที่จัดตั้งเพื่อประโยชน์สาธารณะและองค์กรภาคเอกชนที่ดำเนินงานเพื่อแสวงหาผลกำไร ล้วนมีโครงสร้างและระบบการบริหารจัดการ มีหน่วยงานในความรับผิดชอบ และมีบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ในองค์กรทั้งองค์กรภาคสาธารณะและภาคเอกชนซึ่งเป็นกำลังคนวัยแรงงานของประเทศกว่า ๑๖ ล้านคน (ที่มา : กำลังคนภาครัฐในฝ่ายพลเรือน สำนักพัฒนาระบบจำแนกตำแหน่งและค่าตอบแทน สำนักงาน กพ. ; กันยายน ๒๕๕๙, เว็บไซต์ : ศูนย์ข้อมูลแรงงานแห่งชาติ กระทรวงแรงงาน ; กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐, ข้อมูลพื้นฐานทางพระพุทธศาสนาประจำปี ๒๕๕๙ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ) ดังนั้น องค์กรจึงเป็น ทั้งเป้าหมายและกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนไปสู่สุขภาวะที่ดีขึ้นของบุคลากรภายในองค์กร ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องกับองค์กร รวมทั้งการใช้ศักยภาพขององค์กรในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาวะ อันเป็นพื้นที่หรือฐานรองรับการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพให้สามารถขยายผลในวงกว้าง ส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจประเทศ

องค์กรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ องค์กรภาคสาธารณะ และองค์กรภาคเอกชน

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

๒. **องค์กรภาคเอกชน** หมายถึง องค์กรภาคธุรกิจที่ดำเนินงานโดยภาคเอกชนที่มีการสร้างผลกำไรจากการลงทุน ครอบคลุมสถานประกอบการภาคอุตสาหกรรม การค้าและบริการ รวมทั้งภาคการเงิน การธนาคาร ทั้งที่เป็นสถานประกอบการขนาดใหญ่ และวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs)

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากร

จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงานในช่วง ๓ ปีข้างหน้าเพื่อวางแผนหลัก สสส. (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย เพื่อประเมินถึงโอกาสและความท้าทายที่คาดว่าจะส่งผลต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรในช่วง ๓ ปีข้างหน้า พบว่า ๕ สถานการณ์และแนวโน้มที่สำคัญที่คาดว่าจะส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (๕ Mega trends) ได้แก่ (๑) นโยบายรัฐ (รัฐธรรมนูญ การปฏิรูปและยุทธศาสตร์ชาติ) (๒) ความเป็นเมือง/พลวัตเชิงพื้นที่ (รวมถึงวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป) สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) (๓) เศรษฐกิจ ๔.๐ (๔) เป้าหมายการพัฒนา

ที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) และ (๕) การเติบโตอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวส่งผลต่อประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีสุขภาวะ ส่งผลให้วัยแรงงานมีภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น ประชากรวัยทำงานมีแนวโน้มที่ลดลงจึงจำเป็นต้องขยายอายุการทำงาน แนวโน้มการขยายตัวของสังคมเมืองและการเคลื่อนย้ายประชากรจากชนบทเข้าสู่เขตเมือง ส่งผลต่อวิถีชีวิตและการทำงาน ความตระหนักถึงความสำคัญด้านความปลอดภัยของอาหาร และสุขภาพเพิ่มขึ้น บทบาทสตรีที่เพิ่มขึ้น ต้องการการดูแลสุขภาพแรงงานที่เหมาะสม และการรักษาความได้เปรียบในการแข่งขันทางเศรษฐกิจด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน

โดยสรุป จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ทำให้ได้ประเด็นที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรที่สำคัญในระยะต่อไป ดังนี้

๑. **คนทำงาน** ส่งเสริมในประเด็นการเพิ่มทักษะการใช้ชีวิตควบคู่กับทักษะการทำงาน การสร้างเสริมสุขภาพ และความรับผิดชอบทางการเงินเพื่อสร้างความภาคภูมิใจในการทำงาน ซื่อสัตย์ และรักองค์กร สุขภาวะที่เหมาะสมตามเพศ (มีติผู้หญิงและผู้ชาย) การรองรับสังคมผู้สูงอายุ และการสร้างเสริมครอบครัวอบอุ่น

๒. **องค์กร** ผลักดันการกำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต การปรับระบบจัดการและโครงสร้างองค์กรเพื่อเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต และการพัฒนากลไกการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพภายในองค์กรที่คำนึงถึงการมีส่วนร่วม การบริหารความหลากหลายทางวัฒนธรรม และการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

๓. **สังคมและสิ่งแวดล้อม** สนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมขององค์กรให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การยอมรับความหลากหลายของแรงงานต่างเชื้อชาติและต่างวัฒนธรรม ความรับผิดชอบทางสังคม และการสร้างเสริมสุขภาพของคนทำงานในเมือง

๔. **ระบบและกลไกสนับสนุน** เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร ทั้งด้านนโยบาย องค์กรความรู้ และนวัตกรรม ภาควิชาการ และระบบข้อมูลและระบบติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

จุดเน้นของแผน

๑. พัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรสุขภาวะเพื่อเป็นฐานรองรับงานสุขภาวะเพื่อให้เกิดครอบครัวอบอุ่น และลดโรคจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ
๒. สนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรให้เกิดความยั่งยืนผ่านกลไกการดำเนินงานทั้งในระดับนโยบาย เครือข่าย และความรู้
๓. สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาบุคลากรและการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะที่สามารถขยายผลและประเมินความคุ้มค่าและผลลัพธ์ในการสร้างองค์กรสุขภาวะได้
๔. สนับสนุนให้เกิดการพัฒนานวัตกรรม งานวิจัย ค้นคว้าองค์ความรู้ สนับสนุนการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะ

๕. พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นเครื่องมือวัดผลสัมฤทธิ์ การดำเนินงานที่สอดคล้องกับทิศทางยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี รวมทั้งมีข้อมูลเพื่อการวางแผนและ พัฒนาในระยะต่อไป

การเชื่อมโยงกับกรอบนโยบายและการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓)

๑. ใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี เพื่อการบูรณาการการทำงาน และมุ่งเน้น ความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ดำเนินการต่อเนื่อง ในการนำทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. เป็นแนวทางการจัดทำแผน ๓ ปี โดยการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของบุคลากร ในการให้ความรู้ในประเด็นการลดละเหล้า บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ และการออกกำลังกาย และส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นและความสุขในการดำรงชีวิต ในกลุ่มองค์กรภาครัฐ กองทัพ ตำรวจ มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล และองค์กรภาคเอกชน กระตุ้นให้มีการบูรณาการกับกลไกหลักเพื่อมุ่งสู่ทิศทางและเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี โดยมีกลไกการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

๒. ตอบสนองแนวนโยบายการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของยุทธศาสตร์ การพัฒนาประเทศ

สนับสนุนการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของการพัฒนาประเทศที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ และแผนชาติ เช่น แนวนโยบายแห่งรัฐตามรัฐธรรมนูญ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ เป็นต้น โดยการขยายฐานผู้รับประโยชน์ ผ่านการพัฒนาจากทุนความรู้ เพื่อเสริมพลังสังคมให้เกิดความตื่นรู้ในด้านสุขภาพในประชากรที่กว้างขวางขึ้น และมีการขยายความร่วมมือไปยังหน่วยงาน องค์กร สถานประกอบการต่างๆ ซึ่งครอบคลุมจำนวนประชากรวัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการพัฒนาองค์กรสุขภาพะ ตลอดจนชุมชนใกล้เคียง ส่งผลทำให้เกิด เครือข่ายสุขภาพเพิ่มขึ้น ประกอบด้วย องค์กร/สถานประกอบการ ทั้งหน่วยงานจากภาครัฐและเอกชน หน่วยงานปกครองท้องถิ่น หน่วยงานการศึกษา สถานพยาบาล ในพื้นที่ดำเนินโครงการ

๓. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs)

สร้างความยั่งยืนของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบและกลไก ขั้วเคลื่อนการพัฒนาหลัก สูเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนตามที่ประเทศไทยได้ร่วมปฎิญญา กับสหประชาชาติและประชาคมโลก สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงกับระบบและกลไกหลักในการผลักดัน ให้เกิดร่างนโยบาย ระเบียบ ยุทธศาสตร์ และ/หรือมาตรการ ที่จะช่วยในการยกระดับคุณภาพชีวิตของคน ในองค์กร ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ ๓ สร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาพะที่ดีของคน (good health and well - being) และเป้าหมายที่ ๘ ส่งเสริม การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืนและทั่วถึง และการจ้างงานเต็มอัตรา และงานที่มีคุณค่าสำหรับทุกคน

ภายใต้แนวคิดงานดีมีคุณค่า (decent work) โดยมีการร่วมมือและดำเนินงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม องค์กรข้าราชการพลเรือน กองทัพ ตำรวจ โรงพยาบาล องค์กรศาสนา และมหาวิทยาลัยในการขับเคลื่อนองค์กรสุขภาวะอย่างยั่งยืน

๕. เน้นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร

ปรับกระบวนการทำงานให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทในแต่ละพื้นที่ และให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบให้เหมาะสมกับสังคมผู้สูงอายุ ผ่านการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพบุคลากรในองค์กร/สถานประกอบการ ในประเด็นปัจจัยเสี่ยงเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย เหล้า และบุหรี่ ความรู้ในการบริหารจัดการด้านเงิน ได้แก่ การประกอบอาชีพเสริม การออมและการลงทุน เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ในการจัดการด้านการเงินที่ดีและสามารถดูแลตนเองเพื่อเตรียมพร้อมในวัยเกษียณได้

๕. พัฒนานวัตกรรม และใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

มุ่งพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรองรับยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ และเทคโนโลยี โดยเฉพาะในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง สนับสนุนการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพขององค์กร โดยการรวบรวมผลการดำเนินงาน องค์กรความรู้ นวัตกรรม และรายละเอียดกิจกรรมเสริมสร้างองค์กรสุขภาพในทุกมิติของแต่ละองค์กร และพัฒนาให้เป็นระบบที่สามารถสืบค้นได้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงานองค์กรสุขภาพที่สามารถค้นหาข้อมูล ติดตามดูสถานะสุขภาพ รวมถึงการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นปัญหามาใช้ประโยชน์กับฝ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

๑. ส่งเสริมการพัฒนาและขยายเครือข่ายองค์กรภาคสาธารณะและองค์กรภาคเอกชนสร้างเสริมสุขภาพเพื่อเป็นพื้นที่รองรับงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส.
๒. สนับสนุนการพัฒนานโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรและผลักดันสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและเกิดความยั่งยืน
๓. สนับสนุนให้องค์กรได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดการความรู้ เพื่อสร้างการรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กร และเพื่อให้มีการสื่อสารและขยายผลแนวคิดการสร้างเสริมองค์กรสุขภาพในวงกว้าง ตลอดจนประเมินความคุ้มค่าได้
๔. สนับสนุนการพัฒนาระบบและกลไกการทำงานและบริหารจัดการภายในองค์กรที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคลากร ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในองค์กร

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เพื่อให้เกิดกลไกการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงแรงงาน และกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงอุตสาหกรรม โดย สสส. มีบทบาทสนับสนุนส่งเสริม และกระตุ้นให้เกิดกลไกการดำเนินงานร่วมกัน ในรูปแบบนโยบาย ระเบียบ ยุทธศาสตร์ และ/หรือมาตรการ เพื่อสนับสนุนให้เกิดแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรอย่างน้อยจำนวน ๓ ประเด็น/เรื่อง
๒. พัฒนาระดับองค์กรสุขภาวะจำนวน ๑๕,๐๐๐ องค์กร ซึ่งประกอบไปด้วยองค์กรสุขภาวะภาคีเครือข่ายเดิมจำนวน ๑๐,๐๐๐ องค์กร และขยายจำนวนองค์กรสุขภาวะภาคีเครือข่ายใหม่ ๕,๐๐๐ องค์กร ให้เป็นองค์กรแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาวะ^{๑๑} ทั้งภาคสาธารณะและภาคเอกชนตามเป้าหมายเฉพาะจากแผน ๑๐ ปีของ สสส. ในประเด็นการลดละเลิก บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการออกกำลังกาย และส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นและความสุขในการทำงานที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร จำนวน ๑,๐๐๐ องค์กร โดยมีการวัดผลการปรับเปลี่ยนเชิงพฤติกรรมที่ดีขึ้นไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓๐ ของผู้ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด
๓. มีการจัดการองค์ความรู้^{๑๒} อาทิ งานวิจัย การศึกษาความคุ้มค่าในการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะ (Return on Investment : ROI) การถอดบทเรียนและการสังเคราะห์องค์ความรู้ เครื่องมือ หลักสูตรการเรียนการสอนและการฝึกอบรมที่สนับสนุนการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะ ที่มีการใช้ ขยายผลต่อยอดในการขับเคลื่อนการส่งเสริมองค์กรสุขภาวะจำนวน ๑๕ เรื่อง
๔. มีการจัดการระบบฐานข้อมูลเทคโนโลยีดิจิทัล^{๑๓} ที่สามารถกำกับติดตามและประเมินผลผลิต และขยายผลการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะ การดำเนินงานองค์กรสุขภาวะจำนวน ๗๐๐ องค์กร

^{๑๑} องค์กรแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาวะ หมายถึง องค์กรที่พัฒนาจากองค์กรสุขภาวะให้เกิดการขับเคลื่อนในประเด็นการลดละเลิก บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการออกกำลังกาย และส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นและความสุขในการทำงานที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร โดยมีองค์ประกอบ คือ มีนโยบาย แผนงาน คณะทำงาน งบประมาณ มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีผลสัมฤทธิ์เชิงประจักษ์

^{๑๒} จากการดำเนินงานที่ผ่านมา มีตัวอย่างผลงานองค์ความรู้ที่สามารถนำไปขยายผลต่อยอดในแผนการดำเนินงาน ๓ ปี จากนี้ได้ เช่น เครื่องมือวัดความสุขระดับบุคคล (Happinometer) สื่อส่งมีไทยไกลโรค หลักสูตรนักสร้างสุข หลักสูตรการบริหารจัดการองค์ความรู้สู่ความสุขในการทำงาน (R2H) หลักสูตรนักสร้างสุของค์กรภาครัฐ สื่อ ๕ ส ในวัด

^{๑๓} ระบบฐานข้อมูลเทคโนโลยีดิจิทัลประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ (๑) ระบบฐานข้อมูลที่รวบรวมผลการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย บทความหนังสือ งานวิจัย สื่อต่างๆ (๒) ระบบฐานข้อมูลกิจกรรมองค์กรสุขภาวะขององค์กร ซึ่งปัจจุบันได้เกิดแบบบันทึก (platform) การบันทึกจัดเก็บข้อมูลทั้ง ๒ ส่วน และมีการใช้งานจริง ซึ่งในระยะ ๓ ปี จากนี้ ระบบฐานข้อมูลจะถูกพัฒนาให้สมบูรณ์ขึ้น ดังนี้ ส่วนที่ ๑ รวบรวมองค์ความรู้ สื่อต่างๆ ที่ใช้ส่งเสริมกิจกรรมองค์กรสุขภาวะให้สอดคล้องกับแนวคิด Happy 8 ส่วนที่ ๒ จะดำเนินการรวบรวมรายละเอียดการดำเนินงานกิจกรรมองค์กรแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาวะให้ครอบคลุมทั้งจำนวน

ตัวชี้วัดร่วม

๑. เกิดกลไกและพัฒนาการทำงานบูรณาการร่วมกับแผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ แผนสุขภาวะชุมชน และเครือข่ายเชิงประเด็น^{๓๔} ตามเป้าหมายเฉพาะจากแผน ๑๐ ปีของ สสส. ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรในพื้นที่ ๔ อำเภอ ใน ๔ ภูมิภาคของประเทศไทย และ ๕ ชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน ๗ ประเด็น

กลยุทธ์ในการดำเนินงาน

โดยแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรจะได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์การดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ๕ ด้าน ดังนี้

๑. สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็นฐานที่สามารถรองรับแนวคิดและนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาวะของบุคลากรในองค์กร
๒. สร้างเสริมศักยภาพและสนับสนุนการปรับพื้นฐานเชิงโครงสร้างและนโยบายด้านการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตขององค์กรที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรสุขภาวะ
๓. ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้บริหารและบุคลากร ให้ตระหนักถึงความสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคลากรในองค์กร เพื่อสนับสนุนให้เกิดนโยบายและมีการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
๔. สร้างนวัตกรรมทางสังคมเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
๕. เน้นการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบผลักดันแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรในระบบปกติของการดำเนินงานขององค์กร

^{๓๔} เครือข่ายเชิงประเด็น เช่น เครือข่ายที่ดำเนินงานด้านส่งเสริมให้เกิดครอบครัวอบอุ่นในองค์กรและสถานประกอบการ เครือข่ายที่ดำเนินงานด้านประเด็นการลดละเหล้า บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการออกกำลังกาย ส่งเสริมความสุขในการทำงานและการพัฒนาทักษะผู้ประกอบการให้สามารถสื่อสารเชิงบวกกับบุตรหลานเรื่องเพศได้





แนวทางการดำเนินงาน

๑. สร้างกลไกให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการระหว่างแผนงานอย่างเป็นรูปธรรมภายใต้เป้าหมายเดียวกัน เพื่อพัฒนาองค์กรสุขภาวะให้เป็นพื้นที่ที่รองรับการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต
๒. ส่งเสริมงานสุขภาวะองค์กรให้เป็นส่วนหนึ่งของบทบาทและหน้าที่ของนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ โดยใช้แนวทางการสร้างองค์กรสุขภาวะเป็นเครื่องมือในการเพิ่มผลผลิต (productivity) และความผูกพันของพนักงานที่มีต่อองค์กร
๓. สร้างความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้บริหาร บุคลากรในองค์กร และสมาชิกในครอบครัว
๔. พัฒนานวัตกรรม งานวิจัย และองค์ความรู้ สนับสนุนการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะ โดยสนับสนุนให้เกิดการศึกษา วิจัยเชิงความคุ้มค่าในการลงทุนการสร้างเสริมสุขภาพและการเพิ่มผลผลิตในองค์กร
๕. สนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านหน่วยงานและกลไกหลักของประเทศ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน และกระทรวงอุตสาหกรรม เป็นต้น

กลุ่มแผนงาน

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

๑) กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคสาธารณะ

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์ในการพัฒนาขีดความสามารถในการวางระบบการบริหารจัดการและพัฒนากลไกการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพภายในองค์กรภาคสาธารณะ โดยองค์กรภาคสาธารณะหมายถึง องค์กรภาคพลเรือน องค์กรทหาร องค์กรตำรวจ องค์กรโรงพยาบาล และ องค์กรทางศาสนา ให้มุ่งไปสู่การที่บุคลากร ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แนวทางการดำเนินงาน

๑. พัฒนากลไกการทำงานและขยายผลเรื่ององค์กรสุขภาวะร่วมกับหน่วยงานหลักด้านยุทธศาสตร์ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
๒. ร่วมกับองค์กรกองทัพในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพและต้นแบบศูนย์เรียนรู้ในพื้นที่กองทัพ
๓. ร่วมกับโรงเรียนนายร้อยตำรวจพัฒนาเครื่องมือเกณฑ์ประเมินความสำเร็จ และถอดบทเรียนนำไปสู่การขยายผลต่อยอดในกลุ่มองค์กรตำรวจ
๔. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ในการทำงานเรื่ององค์กรสุขภาวะในกลุ่มโรงพยาบาลและพัฒนาต้นแบบโรงพยาบาลสร้างสุข โดยใช้แนวคิดองค์กรสร้างสุขภาวะ
๕. ร่วมกับเครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างสุข ในการพัฒนาต้นแบบและองค์ความรู้มหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ
๖. ร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับองค์กรพระพุทธศาสนา อาทิ เช่น มหาเถรสมาคม สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาแนวทางการทำงานเพื่อสนับสนุนให้เกิดสุขภาวะของพระสงฆ์ และดำเนินการเพื่อให้องค์กรพระพุทธศาสนาเป็นองค์กรสุขภาวะ นำถวายเป็นความรู้ด้านสุขภาวะแก่พระสงฆ์เพื่อใช้ในการเทศนาสั่งสอนประชาชน

๒) กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคเอกชน

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์การพัฒนาและขยายองค์กรสุขภาวะต้นแบบในภาคเอกชนในเชิงคุณภาพเพื่อเป็นฐานรองรับงานประเด็นสุขภาวะของ สสส. และสร้างความยั่งยืนในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ด้วยการสนับสนุนระบบและกลไกร่วมกับภาคียุทธศาสตร์หลัก เพื่อ



ผลักดันนโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนทำงานในทุกมิติ นำไปสู่การปฏิบัติและเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม พัฒนานวัตกรรมทางสังคมและองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร รวมทั้งกลไกการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ ได้แก่ กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอุตสาหกรรม ในการขับเคลื่อนและพัฒนาแนวคิดสุขภาวะองค์กรให้เข้าสู่ระบบปกติและกลไกหลักของประเทศ
๒. ร่วมกับกระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม และกลุ่มอุตสาหกรรม ในการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่เหมาะสมตามบทบาทของเพศ ในประเด็นการลดละเหล้า บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการออกกำลังกาย และส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นและความสุขในการดำรงชีวิต
๓. ร่วมกับหน่วยงานภายใน สสส. ในการพัฒนากลไกการทำงานงานบูรณาการในประเด็นการส่งเสริมสุขภาวะตามเป้าหมายเฉพาะจากทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. ในประเด็นการลดละเหล้า บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการออกกำลังกาย และส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นและความสุขในการดำรงชีวิต
๔. ร่วมกับสถาบันการศึกษา สมาคม กลุ่มอุตสาหกรรมพัฒนานวัตกรรม งานวิจัย และองค์ความรู้ สนับสนุนการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะโดยสนับสนุนให้เกิดการศึกษา การวิจัยเชิงความคุ้มค่าในการลงทุนการสร้างเสริมสุขภาพและการเพิ่มผลผลิตในองค์กร

๓) กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์เพื่อพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ประกอบด้วย (๑) ระบบฐานข้อมูลและระบบติดตามประเมินผล (๒) การจัดการองค์ความรู้และนวัตกรรม (๓) การสร้างเสริมศักยภาพภาคีเครือข่าย รวมทั้ง (๔) การพัฒนากลไกกลางเชื่อมโยงการทำงานระหว่างสำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร และภาคีเครือข่าย เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

แนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ภาพรวม
๒. สนับสนุนการบริหารจัดการงานภายในสำนัก
๓. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการประเมินติดตามผลการดำเนินงานโครงการ

งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร	๑๖๐	๑๖๐	๑๕๐



แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (physical inactivity) เป็นหนึ่งในสี่ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านสุขภาพที่นำไปสู่การเจ็บป่วยและสูญเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable Diseases : NCDs) ทั่วโลก ร่วมกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ และอาหารที่ไม่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปัจจุบันมีประชากรโลกเสียชีวิตจากการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอราวปีละ ๓.๒ ล้านคน หรือประมาณร้อยละ ๕.๕ ของประชากรโลก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ ข้อมูลวิจัยในวารสาร Lancet ปี ค.ศ. ๒๐๑๖ ยังแสดงให้เห็นว่า มูลค่าทางเศรษฐกิจที่ทั่วโลกสูญเสียผ่านค่ารักษาพร้อมกับค่าเสียโอกาสเมื่อป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อในเฉพาะส่วนที่เป็นผลมาจากการขาดกิจกรรมทางกายราว ๖๗,๐๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี โดยในส่วนของประเทศไทยพบว่า การตายก่อนวัยอันควรและการเจ็บป่วยพิการของคนไทยคิดเป็นมูลค่าการสูญเสียมากถึง ๔.๓ แสนล้านบาท โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการเสียชีวิตราวร้อยละ ๗๓ ของประชากรทั้งหมด หากนับเฉพาะจากการขาดกิจกรรมทางกายคิดมูลค่าการสูญเสียเป็นเงินประมาณ ๕,๔๗๗ ล้านบาท และจากภาวะอ้วนและมีน้ำหนักเกิน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการขาดกิจกรรมทางกายควบคู่กับการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม คิดเป็นเงินประมาณ ๑๒,๑๔๒ ล้านบาท

การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในมิติของการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในช่วงวัยเด็กสามารถส่งเสริมให้เกิดพัฒนาการแบบองค์รวม ทั้งด้านพุทธิพิสัย (ทางด้านสติปัญญา) จิตพิสัย (การเรียนรู้ทางด้านเจตคติ) และทักษะพิสัย (การพัฒนาทักษะทางกาย) โดยผ่านการมีกิจกรรมทางกายและการเคลื่อนไหวเป็นประจำ กล่าวโดยรวมได้ว่า การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในเด็ก สามารถช่วยให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านสมองที่ส่งผลต่อการรับรู้ ความจำ สมาธิ และมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ด้านวิชาการ ส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์ ลดภาวะความเครียด คลายความวิตกกังวล ช่วยให้เกิดพัฒนาการด้านกระดูกและกล้ามเนื้อที่แข็งแรง และสามารถลดความเสี่ยงในการเป็นโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อในอนาคต สำหรับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในผู้ใหญ่ผู้นั้น จะช่วยลดความเสี่ยงในการเป็นโรคไม่ติดต่อ



ลดความเครียด เสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก และช่วยให้ระบบต่างๆ ภายในร่างกายทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเผาผลาญพลังงาน เพื่อสร้างสมดุลของร่างกายช่วยควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในภาวะปกติ และลดความเสี่ยงจากการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยองค์การอนามัยโลกแนะนำว่า ผู้ใหญ่ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนัก ๗๕ นาทีต่อสัปดาห์ ขณะที่เด็กควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย ๖๐ นาทีทุกวัน

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

ในส่วนของสถานการณ์กิจกรรมทางกายของประชากรวัยเด็ก จากการสำรวจด้วยวิธีการต่างๆ ในฐานะที่เป็นกลุ่มวัยที่แผนงานมุ่งเน้นพบว่า กิจกรรมทางกายของเด็กและเยาวชนไทย (The 2016 Thailand Report Card on Physical Activity for Children and Youth) ด้วยการสำรวจตามแนวทาง The Global Matrix 2.0 on Physical Activity for Children and Youth โดยศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ ในปี ๒๕๕๙ พบว่าเด็กไทยมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำในหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านการเล่นอย่างกระฉับกระเฉง ด้านการมีกิจกรรมทางกายทั่วไปในแต่ละวัน และด้านพฤติกรรมเนือยนิ่ง ที่มีระดับเกรดอยู่ที่ F D- และ D- ตามลำดับ สำหรับการวัดระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอทุกวัน วันละอย่างน้อย ๖๐ นาที ภายใต้เกณฑ์เงื่อนไขที่ต้องมีวันที่มีกิจกรรมทางกายประเภทการเสริมสร้าง การเคลื่อนไหว การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแบบแอโรบิคระดับปานกลางถึงหนัก อย่างน้อย ๓ วันต่อสัปดาห์ พบว่า ในปี ๒๕๕๙ มีประชากรวัยเด็กเพียงพอร้อยละ ๒๖.๔ มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตามเกณฑ์ดังกล่าว โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๕.๐ ในปี ๒๕๕๘ (ข้อมูลตัวเลขที่มีการปรับแก้ใหม่) นอกจากนี้ จากการทดสอบสมรรถภาพทางกายของเด็กด้วยการสู่มตัวอย่างในระดับประเทศ พบว่า สมรรถภาพทางกายของเด็กไทยโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำถึงต่ำมาก ด้วยเหตุดังกล่าว จึงมีความจำเป็นในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้กับเด็กไทยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กมีอัตราการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอที่จะส่งผลต่อพัฒนาการในมิติต่างๆ ของเด็กได้อย่างรอบด้าน

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

อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้กับประชาชน ไม่อาจประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ หากขาดการให้ความสำคัญกับการปรับสภาพแวดล้อมที่ผู้คนอาศัยให้มีความสอดคล้องกับกิจวัตรตลอดช่วงวัน ได้แก่ การเดินทาง การทำงาน และนันทนาการ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการมีกิจกรรมทางกายของประชากร โดยมีหลักฐานจากงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้าง (built environment) ต่อการมีกิจกรรมทางกาย ตั้งแต่ในระดับเมืองไปจนถึงระดับสถานที่ ด้วยเหตุดังกล่าว องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายควบคู่กับสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้าง รวมไปถึงสนับสนุนแนวคิดเมืองน่าอยู่คือเมืองที่กระฉับกระเฉง (Healthy City is an Active City) ในกรณีนี้ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายจึงได้พัฒนายุทธศาสตร์กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย โดยอาศัยความร่วมมือขององค์กรภาครัฐ เอกชน สถาบันการศึกษา ภาคประชาสังคม และองค์กรชุมชนต่างๆ เป็นกลไกผลักดันให้เกิดพื้นที่สุขภาวะ ทั้งในระดับนโยบายสาธารณะและระดับปฏิบัติการในพื้นที่ระดับต่างๆ ด้วยกระบวนการการมีส่วนร่วมตามบทบาทที่เหมาะสมและความเชี่ยวชาญของแต่ละองค์กร เพื่อให้พื้นที่เป้าหมายทั้งของภาครัฐและเอกชนสามารถยกระดับเป็นพื้นที่ที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน เป็นพื้นที่ที่ส่งเสริมวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉงและเป็นพื้นที่ทางสังคมของทุกกลุ่มคน ที่ส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจากการออกแบบและกระบวนการบริหารจัดการพื้นที่ รวมไปถึงสามารถพัฒนาเป็นต้นแบบที่มีความยั่งยืนและสามารถขยายผลได้

สสส. โดยแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย มีเป้าหมายในการผลักดันให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอด้วยกระบวนการวิธีต่างๆ รวมไปถึงการมีบทบาทในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ทั้งในระดับสากลและระดับชาติ ในฐานะที่ สสส. ได้ร่วมลงนามในกฎบัตรโทรอนโต ในปี ๒๕๕๓ และมีพันธกิจในการสนับสนุนการมีสุขภาวะดีด้วยการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับทุกคน โดยเน้น



ให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือขององค์กรด้านสุขภาพ ด้านขนส่งและคมนาคม สิ่งแวดล้อม กีฬา และนันทนาการ การศึกษา การผังเมือง วัฒนธรรม และท้องถิ่น เพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน ในสังคมไทย และปัจจุบันเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนเพื่อลดการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอร้อยละ ๑๐ ภายในปี ค.ศ. ๒๐๒๕ ในฐานะที่ประเทศไทยเป็นประเทศสมาชิกตามข้อตกลงขององค์การอนามัยโลก

ทั้งนี้ ในปี ๒๕๕๙ สสส. ได้รับเลือกจาก International Society for Physical Activity and Health (ISPAH) ให้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมนานาชาติด้านการมีกิจกรรมทางกายในปี ๒๕๕๙ (ISPAH 2016) ด้วยความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมประชุมจาก ๗๒ ประเทศทั่วโลก ภายใต้หัวข้อ “Active Living for All : Active People, Active Place, Active Policy” ทำให้เกิดการผลักดัน The Bangkok Declaration on Physical Activity for Global Health and Sustainable Development ซึ่งในกฎบัตรดังกล่าว ได้ชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์ความสำคัญของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอว่าเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลัก ทางสุขภาพ และเป็นยุทธวิธีในการลดกลุ่มโรคไม่ติดต่อ โดยมีการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงเป้าหมาย การพัฒนาที่ยั่งยืน ขององค์การสหประชาชาติ นำไปสู่แนวทางเพื่อการปฏิบัติ (Call for Action) ใน ๖ หัวข้อ ได้แก่ (๑) ยืนยันในพันธกรณี และเพิ่มการลงทุนในการดำเนินการตามนโยบาย เพื่อนำไปสู่ การเพิ่มกิจกรรมทางกาย ลดภาระที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อทั่วโลก และเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี ๒๕๗๓ (๒) สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในระดับชาติ และสร้างเวทีประสานความร่วมมือ ทั้งนอกและในภาคสาธารณสุข (๓) การพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถของ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง (๔) เพิ่มการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ (๕) สร้างความเข้มแข็งด้านการติดตามประเมินผล และการเฝ้าระวังสถานการณ์ และ (๖) ส่งเสริม สนับสนุนงานวิจัย และการประเมินผล เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เชิงประจักษ์ และแสวงหาช่องว่างของ องค์ความรู้ในมิติต่างๆ

การประชุมดังกล่าวนับเป็นก้าวสำคัญของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนางานวิจัย ข้อมูลวิชาการ และเครือข่ายความร่วมมือ เพื่อขับเคลื่อน สังคมและนโยบายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดที่ สสส. และภาคี เครือข่ายได้มีส่วนร่วมในการผลักดัน จากการทำข้อเสนอที่ได้จากการประชุม ISPAH 2016 ได้รับการ ผลักดันเข้าสู่การประชุม The 140th WHO Executive Board ณ กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เมื่อเดือนมกราคม ๒๕๖๐ ที่ผ่านมา ทำให้เกิดการรับรองอย่างเป็นทางการในการจัดทำ A Global Action Plan on Physical Activity โดยร่างแผนดังกล่าวจะได้รับการพิจารณาใน The 142th WHO Executive Board ในเดือนมกราคม ๒๕๖๑ และสมัชชาสุขภาพโลก ครั้งที่ ๗๑ (World Health Assembly : WHA) ในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๑ เพื่อให้ประเด็นด้านการขาดการมีกิจกรรมทางกายได้รับความสำคัญในฐานะระเบียบวาระหลักด้านสุขภาพในระดับโลก

สำหรับนโยบายการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านกิจกรรมทางกายในระดับชาตินั้น สสส. ได้สนับสนุน ให้เกิดการประชุมวิชาการกิจกรรมทางกายระดับชาติ ครั้งที่ ๑ (The 1st National Conference on Physical Activity : NCPA) ในปี ๒๕๕๘ ที่ผ่านมา ทำให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ เครือข่าย และโอกาส ในการระดมความร่วมมือจากภาคียุทธศาสตร์ทุกภาคส่วน รวมไปถึงการมีส่วนร่วมดำเนินการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์กิจกรรมทางกายแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ (๒๕๖๑ - ๒๕๖๔) ที่จะนำสู่การเสนอร่างแผนยุทธศาสตร์ ต่อคณะรัฐมนตรีต่อไป เพื่อให้เกิดยุทธศาสตร์และกรอบแนวทางที่ผนวกมิติการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสู่การปฏิบัติทั้งในและนอกหน่วยงานด้านสุขภาพ รวมถึงการร่วมมือกับสำนักงานสถิติแห่งชาติในการพัฒนาข้อคำถามสำหรับการสำรวจกิจกรรมทางกายเพื่อให้เกิดการสำรวจระดับชาติในฐานะหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก

เพื่อให้การขับเคลื่อนประเด็นกิจกรรมทางกายทั้งในระดับสากลและระดับชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องตามเป้าประสงค์ของกฎบัตรฯ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้วิเคราะห์สถานการณ์ นโยบาย และปัจจัยที่สำคัญด้านต่างๆ จึงเห็นควรดำเนินงาน ด้วยการมุ่งเน้นการพัฒนาการขับเคลื่อนนโยบาย/ยุทธศาสตร์ในระดับต่างๆ เพื่อให้กิจกรรมทางกายเป็นเป้าหมายร่วมในการดำเนินงานในระดับชาติและองค์กร การส่งเสริมให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม ด้านการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการสร้างจิตสำนึกแห่งสุขภาพ เพื่อให้เกิดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในระดับบุคคล พร้อมกับส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันเพื่อประชาชนทุกกลุ่มวัยโดยภาคียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการสนับสนุนกิจกรรมกีฬาให้เป็นกีฬาเพื่อสุขภาพที่ปราศจากอบายมุข และปัจจัยที่ทำลายสุขภาพต่างๆ

จุดเน้นของแผน

คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ ร่วมกับภาคีของแผนฯ ได้ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาและเป้าหมาย ให้มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และแผนระดับชาติอื่นๆ รวมไปถึงเป้าหมายตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. แผน ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย จึงมีจุดเน้น ดังนี้

๑. ส่งเสริมกิจกรรมทางกายตลอดช่วงวัย (Life-Course Approach) ให้ครอบคลุมกลุ่มเด็ก ได้แก่ เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) วัยเด็ก (๖ - ๑๔ ปี) วัยรุ่น (๑๕ - ๒๔ ปี) กลุ่มวัยทำงาน (๒๕ - ๕๙ ปี) และกลุ่มวัยสูงอายุ (๖๐ ปี ขึ้นไป) ด้วยการพัฒนางานวิจัย/ องค์ความรู้ นวัตกรรม การจัดการความรู้และข้อมูลข่าวสาร การรณรงค์สื่อสาร และเครื่องมือวัดผล รวมไปถึงการลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในทุกกลุ่มวัย ด้วยการสนับสนุนให้เกิดการเคลื่อนไหวระหว่างวันในรูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มวัยและอาชีพ
๒. สนับสนุนการพัฒนาสุขภาวะด้วยการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อรองรับความเป็นเมือง (urbanization) จากการศึกษาปัจจุบันโลกมีสัดส่วนประชากรในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท และประเทศไทยกำลังเข้าสู่ภาวะดังกล่าว
๓. การเตรียมความพร้อมกลุ่มวัยผู้สูงอายุเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์อย่างรวดเร็วด้วยการให้ความสำคัญกับการมีกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสรรพภาพทางกายที่ดี ยังคงมีศักยภาพในการทำงาน และมีความสามารถในการดูแลตนเอง
๔. ผลักดันงานต้นแบบพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายให้เกิดการขยายผล โดยหน่วยงานยุทธศาสตร์หลัก อาทิ กรุงเทพมหานคร กระทรวงมหาดไทย สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ การเคหะแห่งชาติ นิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย เป็นต้น



๕. บูรณาการกับแผนเชิงพื้นที่ (Settings) หลัก คือ โรงเรียน สถานประกอบการ/องค์กร และพื้นที่สาธารณะ/ชุมชน เพื่อให้เกิดนโยบายการเพิ่มกิจกรรมทางกายและสามารถติดตามผลการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและปัจจัยแวดล้อม ซึ่งจะนำไปสู่การขยายผลที่ต่อเนื่อง
๖. สนับสนุนให้เกิดการสานพลังกลไกการขับเคลื่อนงานระหว่างหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อการสนับสนุนงานในมิติที่สำคัญ ได้แก่ วิชาการ กิจกรรม การรณรงค์ และการสื่อสาร เพื่อการผลักดันนโยบาย
๗. ยกระดับกิจกรรมทางกายเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติ และเป็นเป้าหมายร่วมในนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีหน่วยงานภาคนโยบายที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมร่วมเป็นเจ้าของขับเคลื่อนในลักษณะของพหุภาคี เพื่อเป็นการขับเคลื่อนงานกิจกรรมทางกายระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกประเทศ

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

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 และกิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับนันทนาการและกีฬา (Work-Transport-Recreation) โดยแผนใช้เกณฑ์ชี้วัดตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก คือ The Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) เป็นเกณฑ์ติดตามผลและวัดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะเป็นการวัดทั้ง ๓ รูปแบบกิจกรรม รวมถึงการใช้อุปกรณ์การวัดที่เป็นวิทยาศาสตร์ ได้แก่ อุปกรณ์วัดระดับกิจกรรมทางกาย และ Application ในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

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

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

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

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

วัตถุประสงค์

ส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตสุขภาพะ และจิตสำนึกแห่งสุขภาพ ด้วยการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง

๑. เพื่อขับเคลื่อนร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ให้เกิดนโยบายด้านกิจกรรมทางกายในระดับชาติและระดับสากล
๒. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ และนวัตกรรม ด้านการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง
๓. เพื่อส่งเสริมให้มีพื้นที่สุขภาพะ และปัจจัยแวดล้อม ที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันโดยร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
๔. เพื่อส่งเสริมกิจกรรมกีฬาให้เป็นโอกาสของการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันเพียงพอ (อย่างน้อย ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์) ของประชากรวัย ๑๑ ปีขึ้นไป เป็นอย่างน้อยร้อยละ ๗๘ ของจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย^{๙๔}
๒. ควบคุมอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียน อายุ ๖ - ๑๔ ปี ให้ไม่เพิ่มขึ้นจากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีสัดส่วนร้อยละ ๑๑^{๙๕}
๓. เกิดกระบวนการนโยบายสาธารณะระดับชาติด้านกิจกรรมทางกาย ที่แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ร่วมกันผลักดัน อย่างน้อย ๕ กรณี

^{๙๔} มีเครื่องมือชี้วัด และฐานข้อมูลที่ได้มาตรฐานทางวิชาการขององค์การอนามัยโลก ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยแผน และร่วมใช้โดยกระทรวงสาธารณสุข สหประชาชาติ และสำนักงานสถิติแห่งชาติ

^{๙๕} มียุทธศาสตร์และวัดผลร่วมกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

๔. มีระบบฐานข้อมูลเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบการขับเคลื่อนนโยบายด้านกิจกรรมทางกาย ระดับประเทศ อย่างน้อย ๕ กรณี
๕. เกิดชุดความรู้ นวัตกรรม และสื่อรณรงค์ เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง จำนวน ๑๐ ชุด/เรื่อง
๖. ร้อยละ ๕๐ ของกลุ่มเป้าหมาย เกิดความรู้ความเข้าใจด้านกิจกรรมทางกาย และจิตสำนึกแห่งสุขภาพ ผ่านชุดความรู้ นวัตกรรม และสื่อรณรงค์ ที่ สสส. เผยแพร่
๗. เกิดรูปแบบหรือกลไกการจัดการพื้นที่สุขภาวะ เพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายของประชาชน อย่างน้อย ๖ รูปแบบการจัดการในเชิงพื้นที่ ในปี ๒๕๖๓
๘. จำนวนองค์กรกีฬาอย่างน้อย ๓๐ องค์กร มีนโยบายปลอดเหล้าบุหรี่ และการสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ร่วมกับแผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด และแผนอาหารเพื่อสุขภาพะ ในการสนับสนุนแผนสุขภาวะชุมชน แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร และแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาต้นแบบอำเภอสุขภาวะป้องกันโรคไม่ติดต่อแบบเต็มพื้นที่ ทุกตำบลทุกโรงเรียน และส่วนใหญ่ขององค์กรต่างๆ ในอำเภอ โดยมุ่งเป้าให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ที่ระดับประชาชน คือ ลดอัตราการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การลดการกินหวาน/มัน/เค็ม เพิ่มการบริโภค ผัก/ผลไม้ เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย และลดการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง พร้อมประสานความร่วมมือกับฝ่ายติดตาม และประเมินผลในการออกแบบ และปฏิบัติการติดตามประเมินผล โดยมุ่งพัฒนาต้นแบบอำเภอสุขภาวะป้องกันโรคไม่ติดต่อไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ ของจำนวนตำบลใน ๔ อำเภอ ใน ๔ ภูมิภาคของประเทศไทย และ ๕ ชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร
๒. ร่วมกับแผนความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ แผนประชากรกลุ่มเฉพาะ และแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ เพื่อพัฒนา นวัตกรรม ชุดความรู้เพื่อการสื่อสาร ที่ส่งเสริมการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรกลุ่มต่างๆ ไม่น้อยกว่า ๑๕ กรณี
๓. ร่วมกับแผนประชากรกลุ่มเฉพาะ แผนสุขภาวะชุมชน แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร และแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะในการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะต้นแบบในพื้นที่และองค์กรเป้าหมายต่างๆ เพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายของประชาชน อย่างน้อย ๑๒ พื้นที่ใหม่ใน ๔ รูปแบบองค์กร (ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน องค์กร/สถานประกอบการ และพื้นที่สาธารณะ/ชุมชน) โดยทำงานร่วมกับแผนและสำนักที่เกี่ยวข้องตามแนวทางบูรณาการที่กำหนดไว้

ยุทธศาสตร์

- ส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประชาชนตามกลุ่มเป้าหมายหลัก ๓ กลุ่ม ได้แก่ วัยเด็ก วัยทำงาน และวัยสูงอายุ ใน ๔ พื้นที่ (Settings) ได้แก่ บ้าน โรงเรียน องค์การ/สถานประกอบการ และพื้นที่สาธารณะ/ชุมชน
- ส่งเสริมกระบวนการพัฒนาพื้นที่สุขภาพและยกระดับปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายของคนทุกกลุ่มวัย รวมถึงการเดิน และการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
- การสร้างนวัตกรรม ความรู้ และต้นแบบของการรณรงค์ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน
- ใช้ทุนอุปถัมภ์เป็นเครื่องมือส่งเสริมกิจกรรมกีฬาให้เป็นโอกาสของการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพที่ปลอดภัยไร้แอลกอฮอล์ และบุหรี่



โครงสร้างกลุ่มแผนงาน

เพื่อตอบสนองเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และยุทธศาสตร์ของแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ลักษณะการดำเนินงาน จึงประกอบด้วย ๓ กลุ่มแผนงาน ได้แก่

- กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันตามกลุ่มวัย
- กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่และปัจจัยแวดล้อมสุขภาพที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย
- กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา

การบูรณาการเชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือแผนอื่นทั้งในมิติของประเด็น พื้นที่ และตามภารกิจหลักของ สสส. และตามยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี

แผนฯ ให้ความสำคัญกับแนวทางบูรณาการตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลักของ สสส. และตามทิศทางที่กรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ ให้ความสำคัญเรื่องการขับเคลื่อนงานภายใต้มิติของสุขภาวะแบบองค์รวม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต แผนฯ จึงได้กำหนดแนวทางการบูรณาการ ดังนี้

๑. เน้นการบูรณาการกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เกิดการขับเคลื่อนเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกิจกรรมทางกายของประชาชน เพื่อยกระดับเป็นเป้าหมายระดับชาติ และเกิดเจ้าภาพในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
๒. เน้นบูรณาการกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ และแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา โดยกำหนดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่นำร่อง และแผนการสื่อสารสังคมร่วมกัน ในด้านที่เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารและโภชนาการ และการรู้เท่าทันสื่อ โดยมีจุดร่วมอยู่ที่กลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย
๓. พัฒนาความรู้และต้นแบบของการขับเคลื่อนการเพิ่มกิจกรรมทางกาย ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ และลดโรคอ้วน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร โดยแผนฯ จะขยายผลร่วมกับแผนสุขภาวะเด็กเยาวชนและครอบครัว แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนสุขภาวะชุมชน แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ แผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม และแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ
๔. การให้ความสำคัญ โดยพัฒนางานกิจกรรมทางกายให้สอดคล้องกับแนวทาง และจุดเน้นของ สสส. ในประเด็นต่างๆ อาทิ กลุ่มคนด้อยโอกาส และกลุ่มคนที่มีความต้องการพิเศษ โดยใช้องค์ความรู้ นวัตกรรม และพื้นที่สุขภาวะเพื่อการมีกิจกรรมทางกาย รวมไปถึงการร่วมมือกับภาคีเครือข่ายยุทธศาสตร์ด้านกิจกรรมทางกายทั้งในประเทศและต่างประเทศ

แนวทางการบริหารจัดการแผน

กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ โดยสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการ ที่ยึดหลักการบริหารที่มีประสิทธิภาพ ความโปร่งใส ความยั่งยืน และความน่าเชื่อถือจากสังคม ตลอดจนการสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพของภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย การบริหารจะใช้การติดตามและประเมินผลเป็นกลไกกำกับการดำเนินงาน โดยจะมีกระบวนการทบทวนแผนหลักและผลการดำเนินงานเมื่อดำเนินงานถึงระยะครึ่งทางของแผนหลักระยะ ๓ ปี

งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๒๒๐	๒๒๐	๒๒๐



แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

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

คนไทยกับภูมิทัศน์สื่อยุคหลอมรวม “ไทยแลนด์ ๔.๐”

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

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

นอกจากนี้ คุณสมบัติของสื่อดิจิทัลที่ขยายพื้นที่ได้แบบไร้ขีดจำกัด และเชื่อมโยงกันแบบไร้พรมแดนยังทำให้เกิดช่องทางและเนื้อหาที่สนับสนุนวิถีสุขภาวะให้เลือกเสพเพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล อีกทั้งยังมีการพัฒนานวัตกรรมสื่อ ทั้งด้านช่องทาง เนื้อหา และเครื่องมืออย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ระบบสื่อยุคใหม่จึงเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงข่าวสารและข้อมูลได้อย่างสะดวกและรวดเร็วทุกเมื่อที่ต้องการ และได้เข้ามามีส่วนสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนระบบนิเวศการเรียนรู้ของคนไทยทั้งระบบ



ข้อเท็จจริงอีกด้านหนึ่งที่ไม่อาจมองข้ามท่ามกลางภูมิทัศน์ของระบบสื่อปัจจุบันที่เปิดโอกาสให้ใช้เป็นเครื่องมือสร้างสรรค์วิถีชีวิตสุขภาวะดังกล่าวคือ เนื้อหาที่ไม่เหมาะสมยังพบอยู่ทั่วไปทั้งด้านการโฆษณาเกินจริง โฆษณาแฝง โฆษณาสิ่งที่ไม่เสพติดหรือก่อพิษภัยต่อสุขภาพ การนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับเพศ ความรุนแรง คำหยาบคาย ฯลฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน “สื่อใหม่” ซึ่งยังขาดทั้งกฎระเบียบที่เท่าทันสถานการณ์ กลไกที่สามารถกำกับดูแลได้อย่างทั่วถึง และเครื่องมือในการกลั่นกรองเนื้อหาในสื่อให้เหมาะสมกับวัยของผู้รับสื่อ

เนื้อหาเสี่ยงที่ปรากฏในสื่อยุคปัจจุบันยังมีลักษณะใหม่ๆ เช่น การสร้างมายาคติและการกำหนดอัตลักษณ์สร้างตัวตนบนโลกออนไลน์อย่างบิดเบี้ยวไม่ตรงกับชีวิตจริง การปลุกเร้าให้เกิดความขัดแย้งแตกแยก และเกลียดชัง (hate speech) การเผยแพร่ข่าวลือ ข้อมูลเท็จ หรือข้อมูลที่จงใจสร้างขึ้นเพื่อบิดเบือนความจริง การหลอกล่อให้ผู้รับสื่อเกิดความสนใจและขยายผลผ่านการส่งต่อข้อมูล (share) ทำให้ข่าวสารที่ก่อความเสี่ยงลุกลามอย่างรวดเร็วในไม่กี่นาที รวมทั้งยังเกิดการผลิตข่าวปลอมส่งไปทั่วโลก

ปรากฏการณ์ “สื่อเปลี่ยนวิถีชีวิต” (disruptive technology) ยังส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยพลิกโฉมผู้รับสื่อสู่ฝ่ายรุก เพราะเทคโนโลยีสื่อสารยุคใหม่ทำให้ **คนทุกคนเป็นทั้งผู้ใช้และผู้ผลิตสื่อในเวลาเดียวกัน (user generated content)** ด้วยการนำเสนอหรือแบ่งปัน (share) ประสบการณ์ ข่าวสาร และความคิดเห็นได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และที่สำคัญคือสามารถสร้างผลกระทบสู่คนจำนวนมากได้ภายในเวลาสั้น ๆ ผ่านโปรแกรมสังคมออนไลน์ต่างๆ เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ อินสตาแกรม ทวิตเตอร์ ยูทูป ฯลฯ

อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนตัวเข้าสู่ระบบสื่อดิจิทัลไม่ได้มีพฤติกรรมเป็นแบบแผนเดียวกันทั้งสังคม แต่แบ่งผู้ใช้และรับสื่อออกได้เป็น ๒ กลุ่มใหญ่ ซึ่งมีพฤติกรรมมารับและใช้สื่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ประกอบด้วย “**ชาวดิจิทัลโดยกำเนิด**” (digital native) คือ ผู้ที่เกิดในยุคดิจิทัลไปจนถึงอายุประมาณ ๒๐ ปี เป็นกลุ่มที่คุ้นเคยกับการใช้คอมพิวเตอร์หรืออินเทอร์เน็ต เป็นกลุ่มที่มองหาโอกาสที่จะนำเทคโนโลยีนี้ไปใช้ให้เป็นประโยชน์ กับ “**ผู้อพยพสู่โลกดิจิทัล**” (digital immigrant) หมายถึงผู้ที่อายุมากกว่านั้น สนใจและมองเห็นประโยชน์จึงหันมาศึกษาและใช้สื่อใหม่แต่ไม่ได้ก้าวออกจากวิถีการใช้สื่อเก่าอย่างเต็มตัว

สำหรับแนวโน้มในอนาคต สื่อดิจิทัลจะเพิ่มอิทธิพลต่อชีวิตของคนทุกวัยในทุกมิติของชีวิตมากยิ่งขึ้น ที่เห็นได้ชัดเจนคือคนจะใช้เวลากับสื่อใหม่มากขึ้น เนื่องจากองค์กรที่แสวงหากำไรจาก “สื่อใหม่” ซึ่งเป็นแหล่งรวมผู้เชี่ยวชาญระดับโลกต่างทุ่มเททรัพยากรในการพัฒนากลยุทธ์และเครื่องมือเพื่อดึงดูดให้คนใช้เวลาไปกับสื่อดิจิทัลตลอดเวลา แม้แต่เวลานอนหรือการพักผ่อนก็ถูกตีค่าว่าเป็น “ช่องว่างทางการตลาด” กลายเป็นเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์สู่การเพิ่มระยะเวลาใช้สื่อดิจิทัลให้มากยิ่งขึ้น

ในขณะเดียวกันสื่อทางเลือกที่ถูกนำมาใช้ในกระบวนการสื่อและพื้นที่สร้างสรรค์ จะช่วยโน้มนำให้เกิดวิถีชีวิตสุขภาวะ โดยมุ่งสร้างความเข้าใจในทิศทางการพัฒนา สืบสาน ต่อยอด และขยายผลจากสื่อศิลปวัฒนธรรม สื่อพื้นบ้านและสื่อชุมชน

จากข้อมูลด้านพื้นที่สร้างสรรค์ ในปี ๒๕๖๐ ประเทศไทยมีห้องสมุด ๓๒,๓๗๐ แห่งในจำนวนนี้เป็นห้องสมุดสาธารณะที่ประชาชนทั่วไปใช้บริการได้ ๒,๑๑๖ แห่ง และพิพิธภัณฑสถาน ๑,๔๕๙ แห่งในจำนวนนี้อยู่ในวัด ชุมชน และโรงเรียน ๔๔๔ แห่ง การมุ่งเน้นเชิงคุณภาพเพื่อยกระดับแหล่งเรียนรู้และพื้นที่สร้างสรรค์ให้เป็นพื้นที่มีชีวิตจะเป็นจุดสำคัญมากกว่าการมุ่งเน้นเชิงปริมาณ การเปิดพื้นที่กิจกรรมสร้างสรรค์ และศิลปวัฒนธรรมในชุมชน ยังเป็นช่องทางสื่อสารสุขภาวะและนำเสนอวิถีสุขภาวะทางปัญญาที่มีศักยภาพสูง และทวีความสำคัญอย่างยิ่งในโลกปัจจุบัน เพราะเป็นทั้งพื้นที่สร้างดุลยภาพการสื่อสารสุขภาวะในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล ที่ดึงดูดคนสู่ “โลกเสมือนจริง” มีอิทธิพลอย่างสูง อีกทั้งยังมีพลังในการหลอมรวมคนทุกช่วงวัยสู่การพัฒนาตนเองสู่การรู้เท่าทันสื่อ ฉลาดรู้ทางสุขภาพ และสุขภาวะทางปัญญา ได้อย่างเป็นธรรมชาติ

ในเรื่องของการอ่าน ซึ่งเป็นทักษะสำคัญที่อยู่เบื้องหลังกระบวนการเรียนรู้ในศตวรรษที่ ๒๑ แม้ผลสำรวจครั้งล่าสุดในปี ๒๕๕๙ พบว่า อัตราการอ่านของคนไทยวัย ๑๕ ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากครั้งก่อน แต่ข้อมูลการศึกษาในเชิงคุณภาพพบว่า ศักยภาพการอ่านหนังสือของคนไทยกำลังถดถอย และเด็กไทยมีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนสูงถึง ร้อยละ ๓๘.๒ ในปี ๒๕๕๗ และเด็กปฐมวัยร้อยละ ๓๙.๘ หรือประมาณ ๑.๘ ล้านคน ยังเข้าไม่ถึงการอ่าน การส่งเสริมและพัฒนาด้านการอ่านแก่เด็กและเยาวชนไทย จึงเป็นภารกิจสำคัญเร่งด่วน และถูกรวมเป็นเป้าหมายการพัฒนาในระดับชาติหลายฉบับ

“ระบบสื่อยุคดิจิทัล” กับผลต่อสุขภาวะ

ภูมิทัศน์และเนื้อหาในระบบสื่อที่เปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดดภายในเวลาสั้นๆ ดังกล่าว ถูกมองว่าเป็นทั้ง “ความเสี่ยง” และ “โอกาส” ต่อการสร้างเสริมสุขภาวะ ดังนี้

ก. ความเสี่ยง ราชสมาคมเพื่อสาธารณสุข (Royal Society for Public Health : RSPH) ประเทศอังกฤษ ระบุว่า สื่อใหม่เสพติดง่ายยิ่งกว่าบุหรี่หรือสุรา อีกทั้งยังมีข้อมูลจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นว่า ระบบสื่อในยุคปัจจุบันนำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาพในทุกมิติ

ด้านผลกระทบต่อสุขภาพกาย รายงานจากทั่วโลกระบุถึงผลกระทบจากการใช้สื่อดิจิทัลต่อสุขภาพร่างกาย ที่สำคัญคือ การทำให้อวัยวะเสื่อม ภาวะน้ำหนักเกิน เมื่อยล้า อ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอ นอนไม่หลับ โรกระบบทางเดินอาหารและการขับถ่าย จากการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งอยู่หน้าจอต่อเนื่องยาวนาน การติดเชื่อโรค และเกิดโรคมุมแพ่จากฝุ่นละอองที่สะสมในอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และสมาร์ทโฟน

ผลกระทบทางจิต ในด้านสุขภาพจิต พบว่า การใช้สื่อยุคใหม่ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง แย่ลง เกิดความรู้สึกเบื่อก่อนวัยชีวิตปกติ เสพติดความรุนแรง เกิดความเครียด นำไปสู่ภาวะติดอินเทอร์เน็ต (Internet Addiction Disorder : IAD) อาการกลัวตกข่าว หลุดกระแส เสียโอกาส ไม่รู้ไม่เห็นในสิ่งที่คนอาจพลาดถึง (Fear Of Missing Out : FOMO) และ การสูญเสียความเชื่อมั่นตนเอง (self esteem) จนมองว่าตนเองด้อยคุณค่า และอาจนำไปสู่การเรียกร้องความสนใจตลอดเวลา หรือเกิดอาการซึมเศร้า

ผลกระทบทางสังคม การใช้เวลากับสื่อดิจิทัลมากขึ้นได้หล่อหลอมวิถีชีวิตแบบปัจเจก หน่วยทางสังคมที่ได้รับผลกระทบอย่างลึกซึ้งก็คือครอบครัว นอกจากนี้ สื่อดิจิทัลยังเป็นปัจจัยชักนำหรือกระตุ้นความขัดแย้งและความรุนแรง และนำไปสู่ การใช้อารมณ์เหนือเหตุผล (post-truth) และผลกระทบต่อสุขภาวะทางปัญญา พบว่า สื่อดิจิทัลปลุกเร้าให้แสดงอัตตาจากการนำเสนอตัวตนและการแสดงความคิดเห็น



อยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้ สภาพทุนนิยมครอบงำสื่อยังบ่มเพาะความโลภ กระตุ้นให้เกิดความต้องการซื้อ หรือเสพสิ่งต่างๆ เกินความจำเป็น ปลูกเร้าเพศสัมพันธ์ การพนัน และความรุนแรง จนยากจะค้นพบความสุขจากวิถีชีวิตที่เรียบง่าย ละเลยการสร้างดุลยภาพระหว่างการใช้โลกกับความสงบภายใน

ข. โอกาส สื่อดิจิทัลเปิดโอกาสให้คนทุกคนแสดงบทบาท “พลเมือง” ที่มีส่วนร่วมกำหนดระเบียบวาระข่าวสารต่อสาธารณะ เอื้อต่อการระดมความคิด และหลอมรวมพลังผลักดันให้เกิดความเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ การหลอมรวมบทบาทผู้รับและผู้ส่งสารไว้ (user generated content) ยังทำให้ในคนคนเดียว คนทุกคนมีพลังอำนาจในการนำเสนอแนวคิด และแรงบันดาลใจที่สร้างคุณค่าให้แก่ชีวิตและสังคม โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยทุนหรือพึ่งพาสื่อสารมวลชน

เด็ก เยาวชน และผู้สูงอายุ กับการใช้สื่อดิจิทัล

แม้สื่อยุคดิจิทัลสร้างโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพเด็กและเยาวชนได้มาก แต่ด้านผลกระทบและความเสี่ยงยังเป็นมิติที่มองเห็นได้ชัดเจนมากกว่าในปัจจุบัน ทั้งในกลุ่ม “ชาวดิจิทัลโดยกำเนิด” และ “ผู้อพยพสู่โลกดิจิทัล”

ทุกวันนี้ เด็กและเยาวชนไทยใช้เวลาอยู่กับสื่อมากขึ้นจนขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง รวมถึงมีแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีไปในทางที่ไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น โดยผลกระทบที่สำคัญมีดังนี้

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

๒) กระบวนการพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ ข้อมูลจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่า เด็กอายุระหว่าง ๖ - ๑๔ ปี มีแนวโน้มใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มสูงขึ้น โดยส่วนใหญ่ใช้เพื่อความบันเทิง และมีแนวโน้มสู่ “ชีวิตติดสื่อดิจิทัล” บางคนมีอาการเช่นเดียวกับการติดยาเสพติด เรียกว่า ภาวะติดอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจ

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

ด้านการก่ออาชญากรรมและความรุนแรง พบการกระทำความผิดของกลุ่มเยาวชน พบช่วงอายุที่ก่ออาชญากรรมน้อยลงอยู่ในช่วงอายุ ๑๒ ปี โดยไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ความรุนแรง และการล่วงละเมิดทางเพศ โดยสาเหตุหนึ่งมาจากสื่อออนไลน์ รวมถึงการใช้ความรุนแรง การแสดงความคิดเห็นอย่างสุดโต่งสุดขั้วออกมามากขึ้น โดยมีปัจจัยจาก “ยอดไลค์” ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นให้แสดงออกมากยิ่งขึ้น

๓) เอื้อให้เกิดการล่วงละเมิดเด็กและเยาวชน มีข้อมูลระบุว่า เด็กและเยาวชน ร้อยละ ๔๘ ที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตเคยถูกคุกคามผ่านสื่อโซเชียลมีเดีย ทั้งการกระทำโดยตั้งใจและจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของการใช้โซเชียลมีเดียที่กลายเป็น “การกลั่นแกล้งออนไลน์” (cyber bullying)

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

ขณะเดียวกัน จากการทบทวนสถานการณ์เนื้อหาสื่อสำหรับเด็ก เยาวชน และผู้สูงอายุพบว่า แม้อุคดิจิทัลได้หนุนนำให้เกิดช่องทางและเนื้อหาสื่อปริมาณมากและหลากหลายบทบาทวิถีสื่อ แต่ประเทศไทยกลับยังขาดการลงทุนเพื่อพัฒนาสื่อที่มีเนื้อหาสร้างสรรค์สำหรับคนกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพและต่อเนื่อง

สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับวิถีสุขภาวะทางปัญญา

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

ขณะเดียวกัน สถานการณ์ความเป็นไปที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ทั้งด้านความเปลี่ยนแปลงด้านภูมิอากาศ การเกิดสงครามและการก่อการร้าย ภาวะเศรษฐกิจฝืดเคือง สภาพชีวิตที่เร่งรัด ฯลฯ เป็นปัจจัยที่กำลังรุกร้าให้เกิดความวิตกกังวลและบั่นทอนความสงบสุขภายในจิตใจของผู้คน

ข้อเท็จจริงที่สะท้อนผ่านผลสำรวจในปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ ชี้ว่า คนไทยรู้สึกวิตกกังวลปัญหาฆ่าและทำร้ายร่างกาย คนเกินครึ่งระบุว่า ไม่มีความสุข รู้สึกเบื่อหน่าย ขณะที่ ร้อยละ ๓๖.๖ ระบุว่า ไม่อยากพบปะผู้คน หดท้อใจ (ร้อยละ ๔๘) และรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า (ร้อยละ ๒๙) ในภาพรวมประชาชนเห็นว่สังคมเสื่อมโทรมลงและคนเห็นแก่ตัวมากขึ้น ทำให้เรื่องของ การรับฟัง การร่วมรู้สึกและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (empathy) เป็นคุณสมบัติสำคัญสำหรับช่วยเติมเต็มช่องว่างด้านสุขภาวะทางปัญญาในสภาพชีวิตยุคปัจจุบัน

นอกจากนี้ยังมีสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึง โอกาสในการส่งเสริมวิถีสุขภาวะทางปัญญาผ่านกิจกรรมอาสาสมัคร ซึ่งถือว่าเป็นหนึ่งในช่องทาง (pathway) หลักของการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา โดยพบว่าคนไทยเปิดรับและตื่นตัวต่อการอุทิศตนเป็นอาสาสมัครและนำวิถีสุขภาวะทางปัญญาเข้ามาเยียวยาและสร้างสมดุลให้แก่จิตใจในยามเผชิญวิกฤตการณ์หรือความสูญเสีย ดังเห็นได้จากการเสด็จสวรรคตของในหลวง รัชกาลที่ ๙ ในเดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ที่พบว่า ในช่วงดังกล่าวประชาชนถึง ร้อยละ ๗๙.๒๘ คลายความโศกเศร้าด้วยการสวดมนต์ นั่งสมาธิ ศึกษาศาธรรมะ เข้าวัดทำบุญ ไส้บาตร และ ร้อยละ ๗๑.๐๕ ทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ มีส่วนร่วมในกิจกรรมช่วยเหลือสังคม โดยรูปแบบของงานอาสาที่คนสนใจเข้าร่วม ได้แก่ งานอาสาด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการเรียนรู้ อาสาออกกำลังกาย อาสาต่างแดน อาสาทำดีอาสาซ่อมสร้าง และอาสาเพื่อเยาวชน ตามลำดับ

วิถีการดำเนินชีวิตในโลกสมัยใหม่ปัจจัยรุกร้าให้คนมีความทุกข์ วิตกกังวล ขาดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน รีบเร่ง และต้องแก่งแย่ง แข่งขัน จนทำให้ขาดความเห็นใจและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกัน



แต่ขณะเดียวกัน เมื่อเผชิญเหตุการณ์วิกฤติที่เป็นความทุกข์หรือสูญเสียร่วมกันคนไทยแสดงออกถึงการมีจิตอาสา สนใจสร้างประโยชน์ต่อสาธารณะ ดังนั้น กิจกรรมที่เฝ้าหน้าสู่วิถีสุขภาวะจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่งในยุคปัจจุบัน

มาตรการและปัจจัยสนับสนุนให้เกิดระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา

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

ปี ๒๕๖๐ เป็นปีเริ่มต้นแผนยุทธศาสตร์ที่จะมีส่วนสนับสนุนให้เกิดระบบสื่อสุขภาวะจากหลายส่วน ที่สำคัญ ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ยุทธศาสตร์ส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชน ในการใช้สื่อออนไลน์ (๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) และ แผนแม่บทส่งเสริมวัฒนธรรมการอ่านสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ของไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ รวมทั้งมีนโยบายและกฎหมายอื่นๆ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องในเชิงสนับสนุน เช่น นโยบายรัฐบาล Thailand ๔.๐ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ เป็นต้น นอกจากนี้ มาตรการสนับสนุนให้เด็ก เยาวชน และ คนกลุ่มวัยทำงานอุทิศเวลาให้งานอาสาสมัคร จะเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนการพัฒนาาระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

ในการพัฒนา “ระบบสื่อสุขภาวะ” ภายใต้แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมาที่ได้มุ่งเป้าหมายไปที่การเปลี่ยนแปลง “ระบบสื่อ” อันหมายรวมถึง ผู้ผลิต เนื้อหาสาร ช่องทาง และผู้รับสาร พบว่า เกิดความก้าวหน้าและผลสำเร็จ ทั้งในระดับของการพัฒนานโยบายและกลไก ตั้งแต่ระดับชาติจนถึงระดับท้องถิ่น เช่น มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประเด็น “การรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ของเด็กและเยาวชน” และ “การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม” พระราชบัญญัติกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นต้น รวมทั้งผลสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของแผนฯ ในช่วงที่ผ่านมาทั้งในรูปของนโยบายส่งเสริมระบบสื่อเพื่อสุขภาวะและการเข้าสู่วิถีสุขภาวะทางปัญญาทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น กรณีตัวอย่างที่ดี แนวปฏิบัติ ตัวแบบนำร่อง และนวัตกรรม ด้านการพัฒนาศักยภาพแก่เด็ก เยาวชน ครอบครัว ด้านการเท่าทันสื่อ (Media Literacy : ML) การส่งเสริมการอ่านแก่กลุ่มเป้าหมายเด็กปฐมวัยผ่านกิจกรรมในครอบครัว และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การสนับสนุนให้เกิดพื้นที่สื่อสร้างสรรค์สุขภาวะที่หลอมรวมสมาชิกทุกช่วงวัยในองค์กร/ชุมชน การพัฒนากลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการเปิดพื้นที่ให้กลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลงและภาคีเครือข่ายของแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ได้เข้าสู่วิถีสุขภาวะทางปัญญา ฯลฯ ยังนับเป็นต้นทุนสำคัญสำหรับการนำมาใช้พัฒนาระดับและขยายผล การทำงานในระยะต่อไปได้เป็นอย่างดี

การที่ภาคียุทธศาสตร์ของแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ได้ทำงานในเชิงลึกและเข้มข้นกับกลุ่มเป้าหมายทำให้เกิดการ “ตกผลึก” ทั้งด้านองค์ความรู้ วิเคราะห์ช่องว่างของการพัฒนากับวิถีสุขภาวะ และวิสัยทัศน์ในการกำหนดทิศทางให้การพัฒนาระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญามีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต กล่าวคือ จุดยุทธศาสตร์ของการสร้างระบบสื่อสุขภาวะในยุคสื่อหลอมรวมภายใต้ปรากฏการณ์ disruptive technology อยู่ที่ตัวผู้รับสื่อที่มีคุณภาพทักษะด้านการเท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (MIDL) จะเป็นการต่อยอดการเสริมศักยภาพกลุ่มเป้าหมายด้านการรู้เท่าทันสื่อ (ML) ที่สัมพันธ์กับสถานการณ์ปัญหาได้โดยตรง และเป็นจุดแข็งของภาคียุทธศาสตร์ของแผน

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

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



จุดเน้นของแผน

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

๑. พัฒนากิจกรรมการเป็นผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่มีความฉลาดรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนจนสามารถใช้สื่อเป็นเครื่องมือดูแลตนเองให้มีสุขภาวะโดยเท่าทันความเปลี่ยนแปลงของโลกเท่าทันตนเอง และมีความรับผิดชอบต่องสังคม ผ่านการบูรณาการประเด็นการพัฒนาระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาเข้าด้วยกัน
๒. เชื่อมโยงความร่วมมือกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องและขยายภาคียุทธศาสตร์ไปสู่กลุ่มผู้นำความเปลี่ยนแปลงที่ทำงานผ่านสื่อที่มีอิทธิพลต่อสังคมทุกรูปแบบ โดยมุ่งให้เกิดเครือข่ายภาคีที่กว้างขวางและเข้มแข็งพอที่จะทำให้เกิดปฏิบัติการสื่อสารเพื่อสนับสนุนวิถีสุขภาวะให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตของประชาชนในทุกจังหวัดอย่างต่อเนื่อง
๓. จัดให้มีทรัพยากรและปัจจัยที่จำเป็นและเพียงพอต่อการขับเคลื่อนแผนงานไปสู่เป้าหมายประกอบด้วย นโยบาย กลไก องค์ความรู้ เครื่องมือวัดผล ช่องทางสื่อสาร เป็นต้น
๔. ดำเนินการให้ครอบคลุมประชากรทุกช่วงวัย 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 พื้นที่ปฏิบัติการ ได้แก่ ครอบครัว สถานศึกษา องค์กร ชุมชน ทั้งในมิติเชิงพื้นที่ในชีวิตจริง (offline) และพื้นที่เสมือน (online) ผ่านช่องทางสื่อสารในสื่อใหม่ (new media)
๕. สนับสนุนให้เป้าหมาย ๑๐ ปี ของ สสส. รวมถึง เป้าหมายการพัฒนาระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับสากลบรรลุเป้าหมาย ด้วยการนำประเด็นการสร้างเสริมสุขภาวะตามเป้าหมาย ๑๐ ปี ของ สสส. ขับเคลื่อนวิถีชีวิตของประชาชน ผ่านการสร้างสรรคปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา พร้อมกับคำนึงถึงการหนุนเสริมให้เป้าหมายการพัฒนาทุกระดับ ทั้งระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) บรรลุผลไปพร้อมกันอย่างเป็นเนื้อเดียว

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่นำไปใช้ในแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

ระบบนิเวศสื่อเพื่อสุขภาวะ (Healthy Media Ecosystem) หมายถึง กระบวนการสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องด้วยสื่อกิจกรรม และพื้นที่สร้างสรรค์โดยนักสื่อสารสุขภาวะผ่านชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice : CoP) ที่เชื่อมโยงกับปัจจัยแวดล้อมในบริบทชุมชนทางกายภาพ ชุมชนออนไลน์และปัจจัยแวดล้อมเชิงมหภาคที่สนับสนุนให้เกิดวิถีชีวิตสุขภาวะ ซึ่งครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ ได้แก่ กาย จิตใจ ปัญญา และสังคม



ผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่ตื่นรู้ (Media Users and Creators) และ นักสื่อสารสุขภาวะหมายถึง ประชากรทุกช่วงวัยที่มีศักยภาพในการกำหนดรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับระบบการสื่อสารในโลกปัจจุบันที่แวดล้อมรอบตัวได้อย่างเป็นพลวัต และสามารถยืดหยุ่นให้เหมาะสมตามบริบทที่สอดคล้องกับตนเองได้ บนฐานศักยภาพแห่งการเท่าทันสื่อและใช้สื่ออย่างสร้างสรรค์ ด้วยสำนึกต่อส่วนรวม บนพื้นฐานของจริยธรรมและการใช้สติ ปัญญา เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ

วิถีสุขภาวะทางปัญญา (Spiritual Health Pathway) คือ การสร้างโอกาส (provide) ให้คนได้เข้าถึงมีประสบการณ์ตรง มีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาปัญญา และเกิดสติในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ โดย “โอกาส หรือ หนทาง (pathway)” ในที่นี้ ได้แก่ สื่อที่มีรูปแบบเนื้อหาสร้างแรงบันดาลใจ พื้นที่เรียนรู้ สุขภาวะทางปัญญา กิจกรรมพัฒนาจิตใจ อาทิ สวดมนต์ ภาวนา ศิลปะ ศึกษาศาสตร์ชาติ 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 และการดูแลสุขภาพด้วยตัวเองจนสามารถนำไปใช้ประโยชน์และเกิดเป็นขีดความสามารถที่จะจัดการสุขภาพของตนเองและสังคม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสร้างทักษะแก่กลุ่มเป้าหมายให้มีศักยภาพในการเป็นผู้ใช้และผู้สร้างสรรค์สื่อให้ เป็นเครื่องมือสร้างเสริมสุขภาวะแก่ตนเองและสังคม
๒. เพื่อส่งเสริมความพร้อมของปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ที่สนับสนุนให้เกิดวิถีชีวิตสุขภาวะ โดยสอดคล้องและเท่าทันความเปลี่ยนแปลงของสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี
๓. เพื่อสนับสนุนการเชื่อมโยงและสร้างความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์และกลุ่มเป้าหมาย ในการพัฒนาระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ ที่มีประชาชนในฐานะ “ผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อ” เป็นศูนย์กลางของระบบ
๔. เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและบูรณาการสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี ของ สสส. โดยการเชื่อมโยง ประเด็นสุขภาวะตามเป้าหมาย ๑๐ ปี ของ สสส. มาร่วมขับเคลื่อนผ่านแผนงานพัฒนาระบบสื่อ สุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

เป้าหมาย ๓ ปี และตัวชี้วัดหลัก

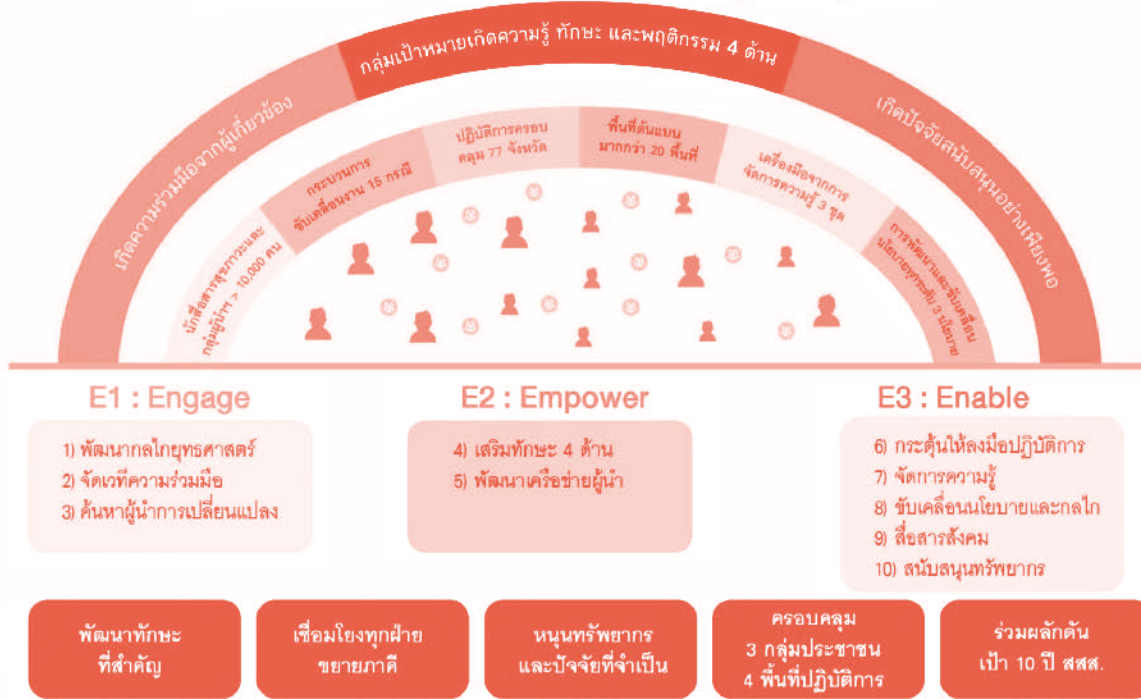
๑. เกิดการพัฒนาทักษะสื่อสารสุขภาวะและผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาที่มีทักษะใน ๔ ด้าน^{๖๖} อย่างน้อย ๑๐,๐๐๐ คน
๒. เกิดกระบวนการสื่อสารเพื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญาที่เป็นต้นแบบในการขับเคลื่อนและสร้างการเปลี่ยนแปลง ไม่ต่ำกว่า ๑๕ กรณี
๓. ปฏิบัติการขับเคลื่อนการสื่อสารเพื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญาอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ครบทั้ง ๗๖ จังหวัด และกรุงเทพมหานครภายใน ๓ ปี
๔. พื้นที่ต้นแบบระบบนิเวศการสื่อสารเพื่อสุขภาวะที่พัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้อย่างน้อย ๒๐ พื้นที่
๕. พัฒนาเครื่องมือที่ได้จากกระบวนการจัดการความรู้ที่สามารถนำไปยกระดับและขยายผลการทำงาน (ตัวอย่างเช่น การจัดทำดัชนีชี้วัด ชุดความรู้กระบวนการพัฒนานักสื่อสารสุขภาวะ และกระบวนการเพื่อพัฒนาทักษะเท่าทันสื่อ ศูนย์ข้อมูลออนไลน์ เป็นต้น) ไม่น้อยกว่า ๕ ชุด
๖. เกิดการพัฒนาหรือขับเคลื่อนนโยบายในระดับชาติหรือระดับท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนกระบวนการสื่อสารเพื่อสุขภาวะอย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่ ๓ นโยบาย

^{๖๖} 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

ภาพรวม การขับเคลื่อนงาน ตาม ร่างแผน 3 ปี



คนไทยฉลาดใช้สื่อให้เป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะ”



กำหนด ยุทธศาสตร์ 3E ที่ขับเคลื่อนผ่านแนวทางดำเนินงานใน ๑๐ ด้าน ดังนี้

ยุทธศาสตร์	แนวทางดำเนินงาน
๑ Engage เชื่อมโยงความร่วมมือกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง	๑. พัฒนากลไกยุทธศาสตร์ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความก้าวหน้า และพัฒนาแนวทางการทำงานร่วมภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อสนับสนุนการทำงานของภาคี ๒. จัดเวทีความร่วมมือ เพื่อการพัฒนาสังคมด้วยสื่อสุขภาวะอย่างต่อเนื่อง
๒ Empower เสริมสร้างพลังและความสามารถที่จำเป็นให้แก่กลุ่มเป้าหมายหลัก	๓. ค้นหาผู้นำการเปลี่ยนแปลง ที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มเป้าหมายทุกช่วงวัย ครอบคลุมทุกพื้นที่ปฏิบัติการ ทั้งมิติ offline และ online ๔. เสริมทักษะ ๔ ด้าน เพื่อสร้างศักยภาพประชาชนผู้ใช้สื่อสู่ผู้นำการเปลี่ยนแปลงแห่งศตวรรษที่ ๒๑ และนักสื่อสารสุขภาวะ ประกอบด้วย



ยุทธศาสตร์	แนวทางดำเนินงาน
	๑) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (Media Information and Digital Literacy : MIDL) ๒) ทักษะการสื่อสารและการสร้างความร่วมมือ (Communication & Collaboration Skill) ๓) ทักษะการเป็นผู้นำ (Leadership Skill) ๔) ทักษะการตระหนักรู้เท่าทันตนและการสะท้อนความคิด (Self Awareness & Reflection Skill) ๕. พัฒนาเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงฯ และนักสื่อสารสุขภาพฯ
๓ Enable สนับสนุนทรัพยากรและปัจจัยที่จำเป็นอย่างเพียงพอ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายหลักสามารถผลักดันการเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ	๖. สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เช่น ความรู้, งบประมาณ, ที่ปรึกษา ฯลฯ เพื่อส่งเสริมปฏิบัติการในพื้นที่ของผู้นำและนักสื่อสารสุขภาพฯ ๗. จัดการความรู้ จากองค์ความรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้น และพัฒนาดัชนีชี้วัดที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนการยกระดับการทำงาน และนวัตกรรม ๘. ขับเคลื่อนนโยบายและกลไก เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่เอื้ออำนวยต่อการบรรลุเป้าหมายของแผนฯ ๙. สื่อสารความก้าวหน้า ความสำเร็จ ประสบการณ์ และบทเรียนจากการทำงานสู่สังคมอย่างต่อเนื่อง ๑๐. ระดมทรัพยากรในพื้นที่ทำงาน เพื่อสนับสนุนการทำงานของผู้นำการเปลี่ยนแปลงฯ และนักสื่อสารสุขภาพฯ ให้เกิดความต่อเนื่องยั่งยืน

การบูรณาการเชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือแผนอื่นทั้งในมิติของประเด็น พื้นที่ และ ตามภารกิจหลักของ สสส.

แผนให้ความสำคัญกับแนวทางบูรณาการตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลักของ สสส. และ ตามทิศทางที่กรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ ให้นั้นเรื่องการขับเคลื่อนงานภายใต้มิติของสุขภาวะแบบ องค์กรวม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต จึงได้กำหนดแนวทางการบูรณาการ ดังนี้

การบูรณาการภายในกลุ่มแผนสร้างเสริมวิถีสุขภาวะ ได้แก่ แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ และแผน ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย บนจุดร่วมเรื่องของกลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก และเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของแผนฯ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่นำร่อง และ แผนการสื่อสารสังคมร่วมกัน

การบูรณาการภายใน สสส. พัฒนาคความรู้ เครื่องมือ ต้นแบบ และนวัตกรรม รวมทั้ง การสื่อสาร รณรงค์ เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดทักษะเป้าหมาย ๔ ด้าน พื้นที่หรือชุมชนสื่อสร้างสรรค์และพื้นที่เรียนรู้ สุขภาวะทางปัญญา ผ่านการเชื่อมโยงหรือบูรณาการกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มกิจกรรมทางกาย บริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และลดโรคอ้วน ในศูนย์ พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร โดยแผนฯ จะขยายผลร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ และแผนสร้างสรรค์โอกาสและ นวัตกรรมสุขภาวะ

การบูรณาการข้ามหน่วยงาน ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานและองค์กรทั้งภาครัฐ ภาคประชา สังคม และภาคเอกชน โดยบูรณาการงานด้วยจุดแข็งของแต่ละหน่วยงาน เพื่อเชื่อมโยงและหนุนเสริมงาน ไปสู่เป้าหมายร่วมในการพัฒนาพลเมืองนักสื่อสารสุขภาวะที่ฉลาดรู้ด้านสื่อและตื่นรู้ทางปัญญา

โครงสร้างกลุ่มแผนงาน

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

แนวทางการบริหารจัดการแผน

กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ โดยสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการ ที่ยึดหลักการบริหารที่มีประสิทธิภาพ ความโปร่งใส ความยั่งยืน และความน่าเชื่อถือจากสังคม ตลอดจนการสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพของภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายการบริหารจะใช้การติดตามและประเมินผลเป็นกลไกกำกับการดำเนินงาน โดยจะมีกระบวนการทบทวนแผนหลักและผลการดำเนินงานเมื่อดำเนินงานถึงระยะครึ่งทางของแผนหลักระยะ ๓ ปี

งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๒๔๐	๒๔๐	๒๔๐



แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ

สรุปทิศทางการดำเนินงานของแผนในระยะ ๓ ปี

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ มีเป้าประสงค์หลักในการขยายโอกาสและพัฒนาศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาวะ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มบุคคล ชุมชนและองค์กรทั่วไปสามารถดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายสอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของชุมชน/พื้นที่ โดยมีกรอบการดำเนินงานตามทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.

ในช่วงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ แผนได้กำหนดรูปแบบและช่องทางการสนับสนุนรวม ๔ ช่องทางหลัก ได้แก่ (๑) โครงการสร้างเสริมสุขภาพทั่วไป (๒) โครงการสร้างเสริมสุขภาพประเด็นเฉพาะ (๓) โครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็ก และ (๔) กิจกรรมสร้างสรรค์อย่างง่าย โดยมีผลการดำเนินงานและช่องว่างในประเด็นสำคัญ ดังนี้

๑. ภาพรวม แผนสามารถให้การสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งให้เกิดผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับเป้าหมายเฉพาะในยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี สสส. คิดเป็นร้อยละ ๕๙ ของจำนวนโครงการทั้งหมด การกระจายโครงการเชิงพื้นที่ครอบคลุมทุกจังหวัด (ร้อยละ ๓๒ กระจายอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมา คือ ภาคใต้ ร้อยละ ๒๖ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก ร้อยละ ๒๑ และภาคเหนือร้อยละ ๒๑) สำหรับการกระจายโครงการเชิงประเด็น พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการพัฒนาสุขภาวะเด็กและเยาวชนในรูปแบบต่างๆ ร้อยละ ๒๔.๖ รองลงมาคือ ชุมชนน่าอยู่ร้อยละ ๑๘.๖ ส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ ร้อยละ ๑๘.๓ และการลดเหล้า-บุหรี่ ร้อยละ ๑๓.๖

๒. กระจายโอกาสเพื่อขยายแนวร่วมการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสู่ภาคีรายย่อย จาก ๔,๙๘๓ โครงการ (ข้อมูล ณ มิถุนายน ๒๕๖๐) ที่แผนให้การสนับสนุน เกิดผลงานเด่นๆ จำนวนมาก อาทิ (๑) โครงการสร้างเสริมสุขภาพทั่วไป ๒๕๙ โครงการ ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและชุมชนในด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น เช่น มีการลดละเลิกเหล้า-บุหรี่ บริโภคอาหารปลอดภัย มีการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน ฯลฯ (๒) โครงการสร้างเสริมสุขภาพประเด็นเฉพาะ ๒,๖๔๒ โครงการ ช่วยสร้างชุมชนน่าอยู่ ๙๓๐ ชุมชนทั่วประเทศ มีการควบคุมยาสูบโดยใช้ชุมชนเป็นฐานใน ๑๘๑ ตำบล ๗ จังหวัด



มีการส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้ในโรงเรียน ๒๓๕ แห่ง ครอบคลุมนักเรียน ๓๒,๓๔๕ คน และสร้างพื้นที่ต้นแบบปลูกผักในเมือง ๘๓ แห่ง อีกทั้งยังมีกิจกรรมทางกายหลากหลายรูปแบบกระจายในกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ต่างๆ การพัฒนาสุขภาวะเด็กและเยาวชนผ่านกระบวนการอาสาสมัคร/จิตอาสา ๒๑๙ กลุ่ม และการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มประชากรเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุ คนพิการ ครอบครัวยากลำบาก เด็กเยาวชนด้อยโอกาส กลุ่มสตรีในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และกลุ่มชาติพันธุ์ ๕๒๕ โครงการ (๓) โครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็ก ๑,๔๑๑ โครงการ สามารถขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพใน ๖ ประเด็นหลัก (ลดละเลิกการสูบบุหรี่ในชุมชน ลดละเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการขยะ การผลิตและบริโภคผักปลอดสารเคมีในครัวเรือน การส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้เพื่อสุขภาพในโรงเรียน และการจัดการจุดเสี่ยงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน) และ (๔) กิจกรรมสร้างสรรค้อย่างง่าย ช่วยสนับสนุนกลุ่มเด็กและเยาวชนจำนวน ๖๘๑ กลุ่ม และเกิดการคิดค้นกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สร้างสรรค์และเป็นประโยชน์ต่อตนเองและ/หรือต่อชุมชนในพื้นที่

ผลลัพธ์สำคัญที่เกิดขึ้นทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและ/หรือการมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะของกลุ่มเป้าหมาย คือ มีประชาชนที่ได้รับประโยชน์จากการดำเนินโครงการทั้งโดยตรงและทางอ้อม รวมทั้งสิ้น ๑,๐๘๙,๕๖๒ คน และไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ เกิดแกนนำที่มีบทบาทสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ๑๘,๔๙๕ คน เกิดสภาพแวดล้อมหรือปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะของคน องค์กรและชุมชนในพื้นที่โครงการมากกว่า ๔,๑๖๔ แห่ง ในลักษณะที่เป็นกฎกติกาหรือมาตรการชุมชนที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ เช่น มาตรการงานศพปลอดเหล้า/งานบุญปลอดเหล้า ทำให้เกิดงานศพงานบุญประเพณีปลอดเหล้า ๒๘๓ งาน เกิดกลไกการจัดการของชุมชน/พื้นที่ เช่น สภาผู้นำชุมชน พื้นที่เรียนรู้ระดับชุมชนที่มีความสำเร็จเชิงประเด็น เช่น หมู่บ้านต้นแบบจัดการขยะ ศูนย์เรียนรู้เกษตรอินทรีย์ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบด้านการใช้สื่อสร้างสรรค์ ศูนย์เรียนรู้ช่วยเลิกบุหรี่ เป็นต้น

อย่างไรก็ดี การสนับสนุนทุนในช่องทางเปิดรับทั่วไปยังทำได้ค่อนข้างน้อย (ร้อยละ ๕) เมื่อเทียบกับช่องทางอื่น (ช่องทางประเด็นเฉพาะ ร้อยละ ๕๓ ช่องทางโครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็กร้อยละ ๒๘ และช่องทางกิจกรรมสร้างสรรค้อย่างง่าย ร้อยละ ๑๔) อีกทั้งภาครับทุนทั่วไปทั้ง ๔ ประเภท (ชุมชน/หมู่บ้าน หน่วยงานราชการ องค์กรพัฒนาเอกชน และนักวิชาการ/นักวิจัย) ต่างมีจุดเด่นและข้อจำกัดในการดำเนินงานแตกต่างกันไป ดังนั้น นอกจากจะต้องมีการติดตามผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในช่องทางสนับสนุนทุกรูปแบบแล้ว ยังต้องมีการประเมินและพัฒนาสมรรถนะภาคีทุกประเภทอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนางานในเชิงคุณภาพ ให้สามารถขยายผลและเกิดความยั่งยืน

ทั้งนี้ ประชากรกลุ่มขาดโอกาสที่แผนให้การสนับสนุนส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและคนพิการ ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณา “ความขาดโอกาส” ใน ๒ นัยยะ คือ กลุ่มที่เข้าไม่ถึงทุนสนับสนุนจาก สสส. เพราะขีดความสามารถในการพัฒนาและเสนอโครงการให้สอดคล้องกับจุดเน้นของแผนยังมีไม่มากพอ และประชากรที่ขาดโอกาสกลุ่มต่างๆ ที่ต้องมีวิธีการสนับสนุนแตกต่างกัน

๓. กระจายโอกาสผ่านกลไกหน่วยจัดการ (Node) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันมีหน่วยจัดการทุกประเภทรวมทั้งสิ้น ๘๗ แห่ง จำแนกเป็น (๑) หน่วยจัดการระดับจังหวัด ๔๓ แห่งครอบคลุม ๕๑ จังหวัด และ

(๒) หน่วยจัดการเชิงประเด็น ๔๔ แห่ง ซึ่งช่วยให้สามารถกระจายโครงการและสร้างสรรคโอกาสให้แก่ภาครายย่อยได้ถึง ๔,๓๕๑ โครงการ โดยหน่วยจัดการระดับจังหวัดเป็นกลไกระดับพื้นที่ที่มีรูปแบบการรวมตัวหลากหลายทั้งจากสถาบันการศึกษา หน่วยงานสาธารณสุขและภาคประชาสังคม มีผู้ทำหน้าที่สนับสนุนทางวิชาการและเสริมพลังชุมชนรวม ๒๔๙ คน ทำให้เกิดภาครายใหม่และมีการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ให้แก่ชุมชนที่มีความตั้งใจแก้ปัญหาพื้นที่ตามประเด็นเฉพาะที่สำนักให้การสนับสนุน โดยที่ Node จังหวัดและแกนนำชุมชนรายจังหวัดทั้งหมดนี้รวมตัวเป็นเครือข่ายการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ และมีการใช้โซเชียลมีเดียเป็นพื้นที่กลางสำหรับสื่อสารข้อมูล แลกเปลี่ยนความรู้และความก้าวหน้าในการดำเนินงานร่วมกัน ส่งผลให้หน่วยจัดการจังหวัดสามารถบริหารเครือข่าย ติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานโครงการและเสริมพลังชุมชนเพื่อให้ดำเนินงานได้ตามเป้าหมายที่กำหนด โดยสำนัก ๖ ได้ออกแบบระบบสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าว ขณะที่หน่วยจัดการเชิงประเด็นมีบทบาทช่วยให้กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ที่เข้าไม่ถึงโอกาสได้เข้าถึงทุนของ สสส. ในการทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพได้มากขึ้น อีกทั้งยังช่วยเสริมพลังและพัฒนาศักยภาพที่จำเป็นให้กับภาคีผู้รับทุนรายย่อยและการติดตามเชิงผลลัพธ์ด้วย

อย่างไรก็ดี หน่วยจัดการทั้งหมดต่างมีจุดเด่นและข้อจำกัดแตกต่างกัน แม้ว่าส่วนใหญ่จะรับรู้นโยบาย ทิศทาง เป้าหมายการดำเนินงานของแผนทั้งเป้าหมายของการเป็นหน่วยจัดการและเป้าหมายของชุมชน มีความรู้ความเข้าใจการติดตามประเมินเชิงผลลัพธ์เพิ่มมากขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดในการสื่อสารหรือถ่ายทอดให้คำปรึกษาแก่ทีมของหน่วยจัดการและชุมชนให้มีความเข้าใจเรื่องผลลัพธ์ได้อย่างครอบคลุมและชัดเจน จึงต้องเร่งพัฒนากลไกการประเมินและเสริมพลังการดำเนินงานของหน่วยจัดการอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันบางหน่วยจัดการมีโอกาสและความเป็นไปได้ในการยกระดับไปสู่การดำเนินงานที่ท้าทายใน ๓ ลักษณะ ได้แก่ (๑) หน่วยจัดการที่จะช่วยกระจายโอกาสไปยังพื้นที่ที่ขาดโอกาสตามประเด็น/เมนูขนาดเล็กที่ สสส. กำหนด (๒) หน่วยจัดการที่สามารถขยายพื้นที่สุขภาวะในโจทย์ท้าทายตามประเด็นปัญหาเฉพาะของพื้นที่ หรือรับโจทย์ผ่านกลไกเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (๓) หน่วยจัดการที่ปรับเปลี่ยนบทบาทมาดำเนินงานในส่วนของ การประเมินผล ซึ่งสำนัก ๖ จะต้องพัฒนาวิธีการตรวจสอบและประเมินช่องว่างสมรรถนะและความรู้ของหน่วยจัดการและพี่เลี้ยง เพื่อออกแบบการพัฒนาศักยภาพให้สอดคล้องกับบทบาทของหน่วยจัดการที่จะเปลี่ยนไปในแต่ละรูปแบบด้วย

๔. **สนับสนุนการสร้างและพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ** ในปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ (ข้อมูล ณ มิถุนายน ๒๕๖๐) แผนสามารถค้นหานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่จากโครงการที่ให้การสนับสนุนได้จำนวน ๓๘๘ กรณี และทีมจัดการความรู้ได้สังเคราะห์บทเรียนความรู้นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่รวม ๕๐ กรณี จำแนกเป็น ๔ ประเด็น ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชน การควบคุมสุรายาสูบ การสร้างแหล่งอาหารเพื่อสุขภาวะ และการจัดการขยะเพื่อสร้างสุขภาวะ โดยนวัตกรรมดังกล่าวมีรูปแบบหลากหลายทั้งผลิตภัณฑ์ กิจกรรม กลไกและวิธีการบริหารจัดการ ซึ่งอยู่ระหว่างการวางแผนเพื่อนำไปใช้ประโยชน์และขยายผลตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตาม นวัตกรรมที่พบส่วนใหญ่ยังเป็นผลพลอยได้จากโครงการที่แผนสนับสนุน ไม่ได้เกิดจากการตั้งใจสร้างให้เกิดโดยตรง ชุมชนเองยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของนวัตกรรม ยังมีความสับสนระหว่างการค้นหา “นวัตกรรม” กับ “โครงการที่ดี” ประกอบกับสำนัก ๖ ยังมีข้อจำกัดทางโครงสร้างและกลไก



ในการรองรับและสนับสนุนงานนวัตกรรม เช่น ระบบข้อมูล กลไกที่เลี้ยง ฯลฯ อีกทั้งแผนงานนวัตกรรม สร้างเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนากรอบการดำเนินงานแล้วเสร็จและยังอยู่ในระหว่างกระบวนการพัฒนา ร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง

ในช่วงที่ผ่านมา สำนัก ๖ ได้พัฒนาระบบสนับสนุนต่างๆ ครอบคลุมทั้งระบบข้อมูล ระบบการกำกับติดตามประเมินผลตั้งแต่ระดับโครงการและระดับแผน การพัฒนาศักยภาพภาคีและเสริมพลังหน่วยจัดการ การจัดการความรู้และสื่อสารสาธารณะ ซึ่งต้องดำเนินการเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดทอนข้อจำกัดที่มีอยู่และใช้จุดแข็งในการพัฒนาต่อยอดและขยายผลเพื่อเพิ่มโอกาสให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถานการณ์และแนวโน้มที่มีผลต่อการกำหนดทิศทางแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่สังคมไทยกำลังเผชิญ ไม่ว่าจะเป็นการจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี ๒๕๖๔ การขยายตัวของความเป็นเมืองอย่างรวดเร็ว ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศในยุคดิจิทัล การปฏิรูปเศรษฐกิจและสังคมขนาดใหญ่ รวมทั้งการกำหนดแนวนโยบายและจุดเน้นในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปีของ สสส. ทั้ง ๕ ประเด็นที่มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปีและนโยบายการพัฒนาประเทศที่เกี่ยวข้อง ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการกำหนดทิศทางของแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพใน ๓ ปีข้างหน้า (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ซึ่งต้องให้ความสำคัญกับการแสวงหา พัฒนาและหนุนเสริมภาคีเครือข่ายทั้งในระดับพื้นที่และเชิงประเด็น เพื่อเป็นตัวแทนการดำเนินงานของ สสส. และเป็นหุ้นส่วนร่วมขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพตามประเด็นปัญหาและความต้องการของพื้นที่ที่สอดคล้องกับเป้าหมายร่วม ๑๐ ปีของ สสส. โดยมีระบบที่มีประสิทธิภาพในการหนุนเสริมการดำเนินงานและกระจายโอกาสแก่ภาคี เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและปรับสภาพแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสุขภาพของคนในชุมชน/กลุ่มเป้าหมาย และสร้างชุมชนเข้มแข็งได้อย่างยั่งยืน

จุดเน้นของแผน

๑. สร้าง พัฒนา และยกระดับขีดความสามารถของหน่วยจัดการ เพื่อเป็นหุ้นส่วนร่วมดำเนินงานกับแผนฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนี้

(๑) หน่วยจัดการระดับ Flagship เพื่อให้เป็นตัวแทน สสส. ในพื้นที่ที่สามารถทำงานตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งร่วมงานกับภาคีต่างๆ โดยเฉพาะภาคีสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างเข้มแข็งภายใต้เป้าหมายร่วมระหว่าง สสส. กับหน่วยจัดการนั้น

(๒) หน่วยจัดการระดับประเด็น เพื่อให้เป็นตัวแทน สสส. ในการดำเนินงานสร้างความเข้มแข็งให้หมู่บ้าน/ชุมชนและกลุ่มเป้าหมายในชุมชนตามประเด็นสุขภาพที่สำนักร่วมกับภาคีเชิงรุกและภาคีวิชาการพัฒนาขึ้นมา อีกทั้งสามารถสร้างบทเรียนสำคัญเพื่อการขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นในอนาคต

(๓) หน่วยจัดการระดับจังหวัด เพื่อให้เป็นตัวแทน สสส. ในการดำเนินงานกระจายโอกาส เพื่อพัฒนาและสนับสนุนหมู่บ้าน/ชุมชนและกลุ่มเป้าหมายในช่องทางที่แผนฯ มีอยู่ ได้แก่ โครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็ก โครงการสร้างเสริมสุขภาพเปิดรับทั่วไป และโครงการประเด็นสุขภาพที่ สสส. สร้างขึ้น รวมทั้งสามารถสรุปบทเรียนเพื่อการขยายผลได้ในอนาคต

๒. ขยายและกระจายโอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้กว้างขวางเพิ่มขึ้น ครอบคลุม การเข้าถึงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายที่ขาดโอกาส

๓. เปิดประเด็นงานใหม่ที่สอดคล้องกับบริบทการเปลี่ยนแปลงและนโยบายสำคัญ เช่น การเปิดรับนวัตกรรมที่เป็น digital technology ฯลฯ โดยมีการจัดการความรู้ การสร้าง พัฒนาและขยายผล นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการสื่อสารสาธารณะ

๔. ปรับเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบสนับสนุนการบริหารจัดการและยกระดับ ศักยภาพของบุคลากรภายในแผน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามจุดเน้น และเตรียมความพร้อมสำหรับ แผนทศวรรษใหม่ของ สสส.

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้หมู่บ้าน/ชุมชนและกลุ่มเป้าหมายในหมู่บ้าน/ชุมชนมีขีดความสามารถในการบริหารจัดการชุมชนอย่างเข้มแข็ง สามารถจัดการพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยทางสังคมที่กำหนด สุขภาพได้ตามเป้าหมาย
๒. เพื่อพัฒนาสมรรถนะหน่วยจัดการให้สามารถดำเนินงานได้บรรลุตามเป้าหมายและจุดเน้นของแผน
๓. เพื่อให้ได้นวัตกรรม ชุดความรู้ หรือกระบวนการเรียนรู้ใหม่ที่เกิดจากการดำเนินงานของแผน/หรือมาจากสภาพแวดล้อมใหม่ที่ส่งผลต่อการทำงานของแผน
๔. เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานตามแผนอันเป็นผลจากการปรับระบบการบริหารจัดการของสำนัก

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

เป้าหมาย ๓ ปี

กระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ/หรือสภาพแวดล้อม/ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ๖,๐๐๐ โครงการ โดยเป็นภาครายใหม่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ (๓,๖๐๐ โครงการ)

ตัวชี้วัดหลัก

๑. ความเข้มแข็งของหมู่บ้าน/ชุมชน

๑.๑ จำนวนโครงการที่ดำเนินงานในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ (๔,๒๐๐ โครงการ) ของจำนวนโครงการที่สนับสนุน มีขีดความสามารถในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพของประชาชนได้ตามเป้าหมายของโครงการ

๑.๒ ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจากการดำเนินโครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ของจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ

๑.๓ เกิดสภาพแวดล้อม หรือปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพจากการดำเนินโครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของจำนวนโครงการที่สนับสนุน

๑.๔ เกิดแกนนำสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน ๑๘,๐๐๐ คน ที่มีขีดความสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน

๑.๕ เกิดหมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบด้านการบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ จำนวน ๒๐๐ แห่ง

๒. หน่วยจัดการ

๒.๑ หน่วยจัดการสามารถกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพไปยังพื้นที่ที่ยังเข้าไม่ถึงทุนสนับสนุนจาก สสส. หรือประชากรกลุ่มที่ขาดโอกาส โดยเป็นภาคีรายใหม่ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ (๓,๖๐๐ โครงการ) ของโครงการที่สนับสนุน

๒.๒ หน่วยจัดการมีขีดความสามารถในการบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของหน่วยจัดการทั้งหมด

๒.๓ หน่วยจัดการระดับจังหวัด จำนวน ๒๐ แห่ง มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ในการสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นปัญหาของพื้นที่ โดยทำงานประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในจังหวัด

๓. เกิดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพหรือชุดความรู้ จำนวน ๑๐ เรื่อง ที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์หรือขยายผลการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้

๔. เกิดระบบสนับสนุนการดำเนินงานอย่างน้อย ๔ ระบบ ที่สามารถสนับสนุนให้แผนและภาคีเครือข่ายดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพประสิทธิผล

ตัวชี้วัดร่วม

๑. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายเฉพาะในทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. เช่น ลดอัตราการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา เสริมสร้างความปลอดภัย (อุบัติเหตุ การจมน้ำ) เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย เพิ่มสัดส่วนครอบครัวอบอุ่นและมีความสุข เพิ่มชุมชนเข้มแข็ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ (๓,๐๐๐ โครงการ) ของโครงการที่สนับสนุน

๒. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๕ ของโครงการที่สนับสนุน

คำนิยามเชิงปฏิบัติการตามเป้าหมายตัวชี้วัดแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม สุขภาวะ

การกระจายโอกาส หมายถึง การกระจายทุนในการสนับสนุน การกระจายความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และการกระจายโอกาสในการพัฒนาหนุนเสริมความเข้มแข็งให้แก่หมู่บ้าน/ชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงหลักที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ อาทิ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การบริโภคผักผลไม้ การมีกิจกรรมทางกาย เป็นต้น

สภาพแวดล้อมหรือปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ หมายถึง สภาพแวดล้อมทางสังคมและ/หรือสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย อาทิ การนำข้อตกลงหรือกติกาชุมชนไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างกลไกการจัดการหมู่บ้าน/ชุมชน การจัดการจุดเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การขี้นยานพาหนะในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นต้น

หมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบ หมายถึง หมู่บ้าน/ชุมชนที่มีกลไกในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ หรือควบคุมปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สามารถนำมาเป็นบทเรียนเพื่อสร้างการเรียนรู้ได้

หน่วยจัดการระดับ Flagship หมายถึง หน่วยงาน องค์กร กลุ่มบุคคลหรือบุคคลที่ทำงานร่วมกับสำนักในระดับจังหวัดที่ได้รับการยกระดับให้สามารถสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นปัญหาของพื้นที่ด้วยกระบวนการทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ในจังหวัด อาทิ ร่วมมือกับเขตสุขภาพ

หน่วยจัดการระดับประเด็น หมายถึง หน่วยงาน องค์กร กลุ่มบุคคลหรือบุคคลที่ทำงานร่วมกับสำนักในเป้าหมายและแนวทางที่สำนักออกแบบในประเด็นสุขภาพต่างๆ

หน่วยจัดการระดับจังหวัด หมายถึง หน่วยงาน องค์กร กลุ่มบุคคลหรือบุคคลที่ทำงานร่วมกับสำนักในเป้าหมายและแนวทางที่สำนักออกแบบ เช่น โครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็ก โครงการสร้างเสริมสุขภาพประเภททั่วไป โครงการเชิงประเด็นสุขภาวะ

นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง วิธีการใหม่ที่จะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย มีสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยและนำไปสู่การมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตใจที่สมบูรณ์ อายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยสามารถเข้าถึงได้ง่าย ประหยัด คุ่มค่าและได้ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่าวิธีการเดิม

ชุดความรู้ หมายถึง ชุดความรู้หรือกระบวนการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกพัฒนาเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาจเกิดจากประสบการณ์การทำงานของแผนฯ หรือเกิดจากแผนงานเชิงรุกที่ปรับให้เข้ากับแผนในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น คู่มือ e-learning การจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนทุน เมฆความรู้ใหม่ๆ เป็นต้น

ประชากรกลุ่มเฉพาะ หมายถึง ประชากรบางกลุ่มที่มีลักษณะจำเพาะและต้องเผชิญกับปัจจัยทางสังคมบางประการที่ทำให้มีความเปราะบางต่อการสูญเสียสุขภาวะ และอาจจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพสุขภาวะแบบทั่วๆ ไป



ยุทธศาสตร์

๑. **ยุทธศาสตร์การพัฒนาและสนับสนุนกลไกหน่วยจัดการ** โดยสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยจัดการระดับประเด็นและระดับจังหวัดในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพที่เป็นจุดเน้นของแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ กำหนดเกณฑ์และแนวทางการยกระดับการทำงานของหน่วยจัดการระดับประเด็นไปสู่หน่วยจัดการระดับจังหวัดและหน่วยจัดการระดับ Flagship ให้ชัดเจนและเป็นระบบ พัฒนาขีดความสามารถของหน่วยจัดการผ่านกลไกการติดตามประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา กลไกพัฒนาศักยภาพภาคีและกลไกการจัดการความรู้ ส่งเสริมการบูรณาการการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานและกลไกในพื้นที่ให้เกิดความยั่งยืน รวมทั้งพัฒนาหน่วยจัดการใหม่เพื่อรองรับประเด็นงานที่มีความสำคัญมากขึ้น

๒. **ยุทธศาสตร์การขยายภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ** โดยปรับรูปแบบการสนับสนุนทุนใน ๔ ช่องทางหลักให้มีประสิทธิภาพในการขยายโอกาสให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ต่างๆ เพิ่มขึ้น สนับสนุนให้ภาคีเดิมและใหม่ เช่น หน่วยงาน/กลุ่ม/ชมรมในพื้นที่ มีบทบาทในการเข้าถึงพื้นที่และกลุ่มประชากรที่ขาดโอกาส เพิ่มการสนับสนุนทุนในประเด็นงานใหม่ตามบริบทปัญหาและความต้องการของหมู่บ้าน/ชุมชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะควบคู่ไปกับการสนับสนุนชุดโครงการที่มีการกำหนดเป้าหมายเชิงผลลัพธ์และกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจนและมีหน่วยจัดการหนุนเสริมการขับเคลื่อนงาน

๓. **ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกหนุนเสริมการบริหารจัดการ** โดยการพัฒนาาระบบ/กลไกสนับสนุนการทำงานของภาคีและสำนัก/สสส. ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ครอบคลุมตั้งแต่การพัฒนาศักยภาพภาคี แกนนำและหน่วยจัดการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการตัดสินใจที่มีความเป็นเอกภาพและหนุนเสริมการทำงาน เช่น Node Mapping ฯลฯ การพัฒนาระบบการจัดการความรู้ สื่อสารสาธารณะ และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการต่อยอดขยายผล การพัฒนาการติดตามประเมินผล รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของสำนัก

งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพะ	๓๒๐	๓๒๐	๓๒๐



แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านระบบบริการสุขภาพ

สรุปทิศทางการดำเนินงานของแผนในระยะ ๓ ปี

เป้าหมายของระบบสุขภาพ คือ ประชาชนมีสุขภาพกายและจิตที่ดี ผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค ฟื้นฟูการทำงานของร่างกาย และมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องเปิดกว้างในการร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น ท้องถิ่น สังคม การศึกษา เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม เพื่อมุ่งไปสู่สุขภาพของประชาชน ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ได้แก่

๑. การส่งเสริมงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ
๒. การพัฒนาทักษะการสร้างเสริมสุขภาพส่วนบุคคล
๓. การสนับสนุนการมีส่วนร่วมด้านการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน
๔. การสร้างสรรค์สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
๕. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นการหนุนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ โดยทำงานร่วมกับระบบบริการปฐมภูมิที่ให้บริการใกล้ชิดประชาชนและสามารถดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพะ อีกทั้งปัจจุบันบริบทสังคมเปลี่ยนไปจากสังคมชนบทสู่สังคมเมืองและต้องเตรียมการเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ดังนั้น การเสนอแนะนโยบายและกฎหมายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการเป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเมืองให้ตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้น จึงเป็นสิ่งที่แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพให้ความสำคัญ



ทั้งนี้ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพยึดหลักการดำเนินงานที่สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ สสส. ระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) ตอบสนองต่อแนวนโยบายการปฏิรูปสังคมและสุขภาพตามที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ เพื่อร่วมบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเฉพาะเป้าหมายข้อที่ ๓ รองรับการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของคนในทุกกลุ่มวัย (Good health and Well-being)

นิยามศัพท์

ระบบสุขภาพ หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ^{๑๘}

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ หมายความว่า ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชม และการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน

การจัดการสุขภาพเขตเมือง หมายความว่า การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การจัดการปัจจัยทางกายภาพและทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพในระดับปทุมภูมิที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความเป็นเมือง

หน่วยงานส่วนท้องถิ่น หมายความว่า หน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบในการบริหารราชการในท้องถิ่นที่มีความเป็นเมือง หรือมีศูนย์กลางของความเป็นเมืองอย่างเห็นได้ชัดเจน ประกอบด้วยเทศบาลนคร ๓๐ แห่ง เทศบาลเมือง ๑๗๖ แห่ง และองค์กรปกครองท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ๒ แห่ง (กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา)

สร้างเสริมสุขภาพ หมายความว่า การใดๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดี^{๑๙}

สมรรถนะ (competency) หมายถึง คุณลักษณะ ทักษะ ความรู้ความสามารถ วิธีคิด และทัศนคติของบุคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งการสื่อสาร ความรู้และทักษะตามวิชาชีพ ทักษะการทำงานเป็นทีม การยอมรับบทบาทหน้าที่วิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพ ตลอดจนความดิงามด้านจริยธรรมวิชาชีพ ที่จะนำมาใช้ในการให้บริการสุขภาพกับประชาชนและสังคมได้อย่างมีคุณธรรมและจริยธรรมตามมาตรฐานของวิชาชีพ

บุคลากรด้านสุขภาพ หมายถึง บุคลากรที่ได้ผ่านการเรียนรู้ในหลักสูตรปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การกีฬา นักรังสีเทคนิค นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก นักจิตวิทยาคลินิก นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ รวมทั้งบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ในระดับปริญญาและที่ไม่ใช่ปริญญา^{๒๐}

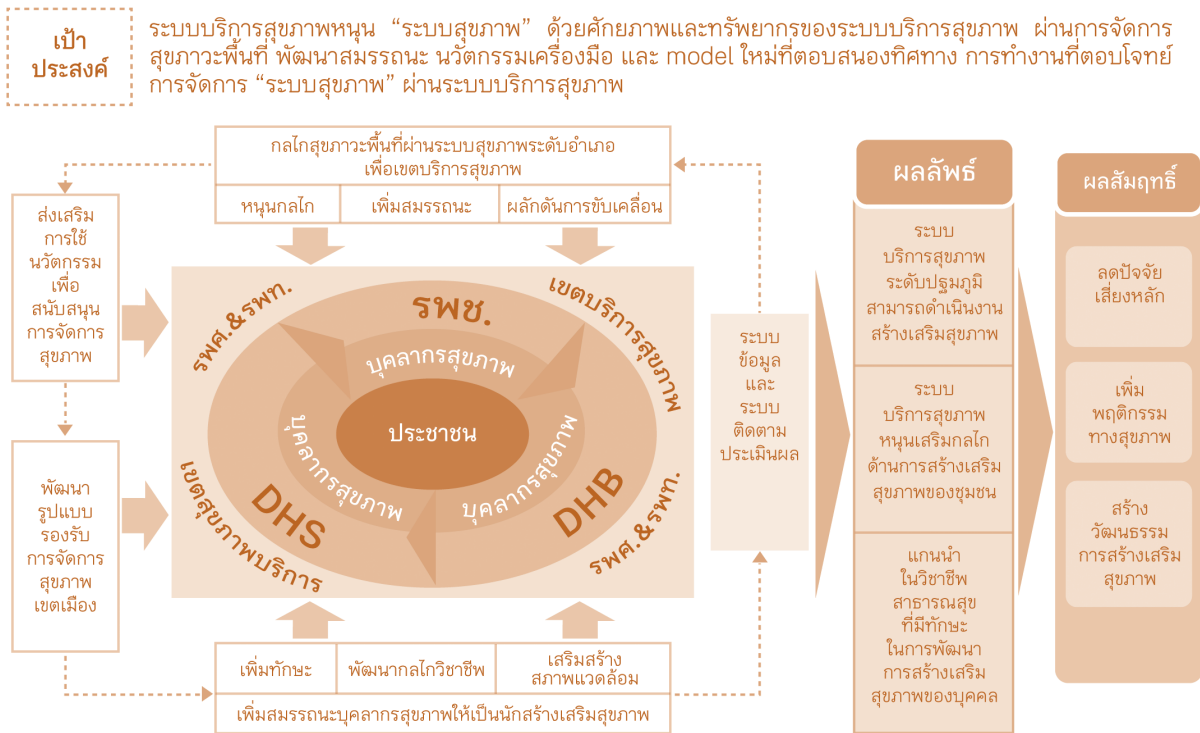
^{๑๘} พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

^{๑๙} พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๔

^{๒๐} แผนยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ ๒๑ (พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑)

นักสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoter) หมายถึง บุคคลผู้สนับสนุน ส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน และสาธารณะ มีความสามารถในการควบคุม ดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเอง เพื่อให้บรรลุ การมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยมุ่งเน้นสร้างเสริมสมรรถนะของการสร้าง สุขภาพดีและความคุ้มครองปัจจัยเสี่ยงของโรค

กรอบแนวคิดการดำเนินงาน



จุดเน้นของแผน

คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๗ ร่วมกับภาคียุทธศาสตร์และภาคีรับทุน ได้ทบทวนสถานการณ์ ที่เกี่ยวข้อง ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ความสอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. และสถานการณ์สุขภาพ โดยมีจุดเน้นการดำเนินงาน ดังนี้

๑. สนับสนุนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชน ทุกกลุ่มวัย ผ่านการเชื่อมโยงกลไกและเสริมสมรรถนะระบบบริการสุขภาพที่หนุนการจัดการและจัดลำดับ ความสำคัญของประเด็นสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัด สุขเขตบริการสุขภาพ
๒. สนับสนุนการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเขตเมือง เพื่อเป็นแบบอย่างในการจัดการ สุขภาพและส่งเสริมให้ประชาชนในเขตเมืองมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง
๓. สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ เพื่อให้มี ความสามารถในการดูแลและบริหารจัดการสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย



๔. สนับสนุนการทำงานที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งส่งเสริมการใช้งานและพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย หรือนวัตกรรมทางสุขภาพเพื่อการทำงานดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย และบูรณาการการทำงานทั้งในเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนการพัฒนาาระบบและกลไกสุขภาพระดับอำเภอในการดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัยที่หุนกลไกขับเคลื่อนระดับต่างๆ ให้สามารถมีกระบวนการบริหารจัดการประเด็นสุขภาพและทรัพยากรของพื้นที่
๒. พัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเขตเมืองที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมเมือง เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพหรือหน่วยงานส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนในเขตเมืองมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง
๓. สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย ทำงานสอดคล้องกับระบบงานในพื้นที่
๔. สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เอื้อให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมใช้งานและพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย หรือนวัตกรรมทางสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดรวม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อสุขภาพะ ให้เกิดการนำไปใช้ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๓ เรื่อง
๒. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยในระดับพื้นที่และเกิดรูปแบบการสร้างสุขภาพะทุกมิติที่สอดคล้องกับเป้าหมาย ๑๐ ปี สสส. ไม่น้อยกว่า ๓๐๐ อำเภอ
๓. พัฒนาเขตบริการสุขภาพที่มีระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นกลไกการจัดการปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่เขตบริการสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๓ เขตบริการสุขภาพ
๔. เกิดรูปแบบการจัดการสุขภาพเขตเมืองที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมเมือง ไม่น้อยกว่า ๑๐ รูปแบบ เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพ หรือหน่วยงานส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนในเขตเมืองมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง

๕. บุคลากรสุขภาพที่มีสมรรถนะในการบริหารจัดการสุขภาพเกิดเป็นรูปแบบการทำงาน สร้างเสริมสุขภาพในเชิงประเด็นหรือพื้นที่ในระดับตำบลหรืออำเภอ อย่างน้อย ๑๐๐ รูปแบบ
๖. เกิดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับกลไกวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อเกิดแนวทาง หลักปฏิบัติ มาตรการ นโยบาย หรือกลไก ที่ผลักดันการสร้างเสริมสุขภาพในวิชาชีพ ด้านสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง
๗. เกิดองค์ความรู้ งานวิจัย หรือนวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่สามารถใช้นับสนุนการจัดการสุขภาพ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยในระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ไม่น้อยกว่า ๓๐๐ เรื่อง

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นกลไกสนับสนุนการบูรณาการประเด็นสุขภาพ เพื่อหนุน การจัดการสุขภาพด้วยองค์ความรู้และเครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้องให้เกิดการประสานและ บูรณาการตามกลุ่มเป้าหมายและบริบทของพื้นที่ เช่น ระบบสุขภาพระดับอำเภอดันแบบ ร่วมกับแผนสุขภาพวัยเด็ก เยาวชน และครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ระบบสุขภาพระดับอำเภอร่วมสนับสนุนแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพด้วยการนำ องค์ความรู้การจัดการลดภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs ระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีการดำเนินงานร่วมกับแผนสุขภาพชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย ๓๐ อำเภอ/เขต (ใน ๔ ภูมิภาค และเขตในกรุงเทพมหานคร)

ยุทธศาสตร์

๑. **สนับสนุนกลไกสุขภาพในพื้นที่ผ่านระบบสุขภาพระดับอำเภอ** ในการสร้างเสริมสุขภาพ ประชาชนทุกช่วงวัย ผ่านการเสริมกลไก สร้างเครื่องมือ และเสริมสมรรถนะที่หนุนการจัดการ และจัดลำดับความสำคัญของประเด็นสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัด และเขตบริการสุขภาพ
๒. **สนับสนุนการจัดการสุขภาพเขตเมือง** ด้วยการสร้างองค์ความรู้และค้นหารูปแบบที่ดี ในการบริหารจัดการสุขภาพเขตเมืองในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมถึงวิเคราะห์ศักยภาพ ของท้องถิ่น และภาคส่วนอื่นในการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ทั้งความเป็นไปได้และ อุปสรรคในด้านต่างๆ
๓. **เสริมสมรรถนะนักสร้างเสริมสุขภาพ** ด้วยการพัฒนาสมรรถนะการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ของบุคลากรสุขภาพ ในการดูแล จัดการสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย ให้สอดคล้องกับ ระบบงานและเครือข่ายในพื้นที่
๔. **สนับสนุนกลไกการทำงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ** ที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งส่งเสริมการใช้งานและพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย หรือนวัตกรรม ทางสุขภาพเพื่อการทำงานดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย และบูรณาการการทำงานทั้ง ในเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในมิติต่างๆ





งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านระบบบริการสุขภาพ	๑๒๐	๑๓๐	๑๓๐



แผนพัฒนาระบบและกลไก สนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

สรุปทิศทางการดำเนินงานของแผนในระยะ ๓ ปี

สสส. มีพันธกิจในการ “จุดประกาย กระตุ้น สานและเสริมพลังบุคคลและองค์กรทุกภาคส่วน ให้มีขีดความสามารถและสร้างสรรคระบบสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะ” ภาคิเครือข่าย คือหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ” โดย สสส.ทำงานร่วมกับภาคิเครือข่ายทั้งในระดับบุคคลและองค์กร ซึ่งมีไ้แค่ผู้รับทุนจาก สสส. แต่รวมถึงองค์กรภาคียุทธศาสตร์ที่ร่วมขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมา สสส. ร่วมงานกับภาคิเครือข่ายจากทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานรัฐบาล องค์กรเอกชน องค์กรภาคประชาสังคม มหาวิทยาลัย และชุมชนท้องถิ่น ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทั้งนี้ การที่ สสส. จะขับเคลื่อนพันธกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลนั้น ทุกแผนของ สสส. ตลอดจนภาคิเครือข่าย สสส. ต้องการการสนับสนุนด้านระบบและกลไกที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพที่นอกเหนือจากการสนับสนุนทุน

สสส. จึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของทุกแผนของ สสส. และภาคิเครือข่ายให้มีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นที่มาของแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๗ โดยมุ่งสู่เป้าหมายที่สำคัญ คือ “แผนต่างๆ และภาคิเครือข่ายได้รับการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน”

ทิศทางและสถานการณ์ที่สำคัญต่อแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

๑. สถานการณ์ระดับนานาชาติที่ส่งผลกระทบต่อทิศทางแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาความร่วมมือของนานาชาติประเทศมุ่งสู่ระเบียบวาระการพัฒนาอย่างยั่งยืน ความสำคัญของระบบสุขภาพโลก (Global Health) ในยุคโลกาภิวัตน์ ที่มีการขับเคลื่อนสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ เชื่อมร้อยจากระดับโลก สู่ระดับภูมิภาค ระดับประเทศ จนถึงชุมชนท้องถิ่น



ทำให้ สสส. ต้องการความร่วมมือจากระดับนานาชาติเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาที่มากกว่าการดำเนินงานภายใต้ขอบเขตของประเทศไทย โดยลำพัง นอกจากนี้ สสส. และภาคีเครือข่ายมีความสำเร็จด้านสร้างเสริมสุขภาพในหลายเรื่องเป็นที่ประจักษ์และยอมรับในระดับสากล ดังนั้น การขับเคลื่อนงานวิเทศสัมพันธ์ของ สสส. ในระยะต่อไป จึงมุ่งเน้น การสร้างการรับรู้และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. และภาคีเครือข่ายในเวทีโลก และสนับสนุนการยกระดับงาน สสส. และภาคีเครือข่ายไปสู่ระดับสากล

๒. สถานการณ์ภายในประเทศที่ส่งผลกระทบต่อทิศทางแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การน้อมนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร เป็นหลักการสร้างความยั่งยืนของการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของการพัฒนาประเทศที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญและแผนชาติ เช่น แผนนโยบายแห่งรัฐตามรัฐธรรมนูญ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี รวมถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ เป็นต้น นอกจากนี้ วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของพื้นที่ อาทิ พื้นที่เขตสุขภาพ พื้นที่เขตเมืองที่ขยายตัว พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ตลอดจนการเข้าสู่การพัฒนาเศรษฐกิจยุค ๔.๐ ที่ประชาชนมีวิถีชีวิตดิจิทัล ดังนั้น การเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเพื่อพร้อมรับกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการทำงาน ให้เกิดการหนุนเสริมซึ่งกันและกันในระดับพื้นที่จึงเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ การสื่อสารการทำงานและผลงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ไปยังทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยมุ่งเน้นการ “สร้างการรับรู้ในรูปแบบที่หลากหลาย (Digital Platform)” จึงเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างการรับรู้ ความเข้าใจวิสัยทัศน์ พันธกิจ และภาพลักษณ์ สสส. ที่มีบทบาทเป็น “องค์กรสร้างเสริมสุขภาพอย่างสร้างสรรค์” (Innovative Enabler) นำไปสู่ความร่วมมือและเป็นกำลังสำคัญในการสร้างสังคมสุขภาวะอย่างยั่งยืน

๓. สถานการณ์ภายใน สสส. ที่ส่งผลกระทบต่อทิศทางแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

- ผลสำรวจภาพลักษณ์ สสส. ประจำปี ๒๕๕๙ และการวิจัยเพื่อทำความเข้าใจภาคี ปี ๒๕๕๗ พบว่าโดยภาพรวมภาคีมีความพึงพอใจต่อ สสส. ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ความคาดหวังของภาคีเครือข่ายนอกจากการสนับสนุนทุนจาก สสส. แล้ว ภาคีเครือข่ายยังมีความคาดหวังจาก สสส. ในด้านกลไกต่างๆ ที่ช่วยสนับสนุนการเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย ระบบสนับสนุนต่างๆ ที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพภาคีอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการสนับสนุนระบบข้อมูลและองค์ความรู้ที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
- ผลการประเมินการดำเนินงานตามแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) คณะผู้ประเมินพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานตามเป้าหมายในแผนหลัก คือ ภาคีเครือข่ายมีศักยภาพและมีความเข้มแข็ง ซึ่งผลการประเมินดังกล่าวสอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากคณะผู้ประเมินระดับนานาชาติจากองค์กรอนามัยโลก ธนาคารโลก และ สสส. ออสเตรเลียว่าการพัฒนางานของ สสส. ในทศวรรษต่อไป นอกจากให้ทุนสนับสนุน (Grant) เป็นเครื่องมือสำคัญแล้ว สสส. ต้องหันมาให้ความสนใจการเสริมสร้างศักยภาพ ให้การเสริมสร้างศักยภาพ

เป็นส่วนหนึ่งในทุกแผนและโครงการของ สสส. นอกจากนี้ สสส. ยังสามารถช่วยพัฒนา ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ที่สนใจจะเข้าร่วมเป็นภาคีเครือข่ายใหม่ รวมถึงการเสริมสร้างศักยภาพเพื่อขยาย หยั่งรากฐาน และสร้างความยั่งยืนให้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งพิจารณาจัดตั้งหน่วยงานใหม่เพื่อทำหน้าที่ด้านการเสริมสร้าง ศักยภาพ เพื่อสนองตอบความต้องการของภาคีและเจ้าหน้าที่ของ สสส. และลงทุนเพิ่มขึ้น ในการเสริมสร้างศักยภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาหน่วยการสอนสำหรับโครงการ ฝึกอบรมที่ดำเนินการต่อเนื่องทั้งปี ให้เป็นส่วนหนึ่งของแนวทางใหม่ในเชิงยุทธศาสตร์และ เชิงระบบสำหรับการเสริมสร้างศักยภาพ ดังนั้น ในช่วง ๓ ปี ข้างหน้า (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) แผนงานพัฒนาศักยภาพจะยึดหลักการสร้างและพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการขับเคลื่อน งานสร้างเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นใน สังคมไทยและสังคมโลก รวมถึงการสนับสนุนความยั่งยืนให้แก่ภาคี สสส.

- เนื่องจาก สสส. เป็นหน่วยงานของรัฐที่จัดตั้งตามพระราชบัญญัติเฉพาะ โดยมีหน้าที่ใน การรายงานผลการดำเนินงานตามกรอบการประเมินผลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนา ระบบราชการ (ก.พ.ร.) และกรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานทุนหมุนเวียน ของกรมบัญชีกลาง ดังนั้น จึงต้องมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานขององค์กร ในทุกระดับ ทั้งระดับองค์กร แผน แผนงาน/โครงการ ทั้งนี้ จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และจากข้อเสนอแนะต่าง ๆ ของผู้ทรงคุณวุฒิด้านการประเมินผล พบว่า ระบบการติดตาม และประเมินผลยังมีช่องว่างในการพัฒนาหลายด้าน รวมทั้งงานของ สสส. และงานด้าน การติดตามประเมินผลมีลักษณะเป็นพลวัต จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการติดตาม และประเมินผลทั้งโครงสร้าง องค์กรความรู้ บุคลากร เครื่องมือ วิธีการ ฐานข้อมูล และ เครือข่ายนักประเมินผลให้มีความเหมาะสมทันต่อการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ เพื่อเป็น เครื่องมือช่วยให้การดำเนินงานของ สสส. บรรลุผลตามพันธกิจและเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. ที่คำนึงถึงหลักธรรมาภิบาล ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และความเป็นธรรม ทางสุขภาพ

ดังนั้น ในการขับเคลื่อนการดำเนินการของแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริม สุขภาพ ไปสู่การบรรลุเป้าหมายนั้น จะทำภายใต้ ๖ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (๑) พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย อย่างเป็นระบบ (๒) สานและเสริมพลังภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ โดยสร้างความเป็นส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่าย (๓) สร้างการรับรู้และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. และภาคีเครือข่ายในเวทีโลกและ สนับสนุนการยกระดับงาน สสส. และภาคีเครือข่ายในระดับสากล (๔) สนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูล และเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพ (๕) สื่อสารข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพสู่กลุ่มเป้าหมาย (๖) พัฒนาและ สนับสนุนระบบการติดตามและประเมินผล ดังที่ปรากฏในแผนภาพรอบแนวคิดแผนพัฒนาระบบและ กลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพด้านล่างนี้



จุดเน้นของแผน

เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของภาคี สสส. ในปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีจุดเน้นการดำเนินงานใน ๙ ประเด็น ดังนี้

๑. ยกกระดับ สสส. ให้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy)
๒. เชื่อมโยงองค์ความรู้เรื่องคุณลักษณะการทำงานแบบ สสส. (Brand Attributes) เข้ากับวิธีการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแบบ สสส. (ThaiHealth Way) และการสร้างความเข้าใจองค์กรในบทบาทการทำงานสร้างเสริมสุขภาพที่ทันต่อสถานการณ์สังคม (hot issue) และตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ภาคีเครือข่าย และเจ้าหน้าที่ สสส. เกิดความเข้าใจและร่วมสื่อสารบทบาทการทำงานของ สสส. สู่ความเป็นมืออาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นที่ยอมรับของสังคม
๓. พัฒนากลไกการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง (area - based) อาทิ เขตสุขภาพ เพื่อประชาชน เขตเศรษฐกิจพิเศษ
๔. พัฒนากลไกสนับสนุนความรู้และทักษะใหม่ที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและเอื้อต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)
๕. สร้างการรับรู้ และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. และภาคีเครือข่ายในเวทีโลก และยกระดับงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่ายผ่านการขยายเครือข่ายและการทำงานในระดับสากล
๖. สนับสนุนและเชื่อมโยงกลไกการทำงานระบบข้อมูล สารสนเทศ องค์ความรู้ และส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย
๗. สนับสนุนให้เกิดการนำเทคโนโลยีมาใช้ประโยชน์ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย
๘. พัฒนาศักยภาพ งานวิชาการ ระบบข้อมูล และเครื่องมือ/คู่มือที่ใช้ในการติดตามและประเมินผล ทั้งในระดับองค์กร ระดับแผน และระดับแผนงาน/โครงการ
๙. เสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรที่เกี่ยวข้องและสร้างเครือข่ายนักประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยในการติดตามและประเมินผลการทำงานในทุกๆระดับ



วัตถุประสงค์

๑. พัฒนาสถาบันการเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy) เพื่อดำเนินงานด้านการพัฒนาองค์ความรู้ และพัฒนาคนทำงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ
๒. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายตามสมรรถนะหลักที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Core Competencies)^{๓๑}
๓. พัฒนากลไกที่เอื้อให้ภาคีเครือข่ายเกิดการโซ่ผลงาน แร่ร้ประสพการณ้และแบ่งปันความรู้ ตลอดจนการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายให้เกิดการหนุนเสริมซึ่งกันและกันในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และนโยบายสาธารณะในระดับพื้นที่
๔. สร้างการรับรู้ และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. และพัฒนากระบวนการสื่อสารให้กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มรับรู้ประเด็นคุณค่า วิธีการทำงาน ความโปร่งใส ผลงานและความคุ้มค่า ตลอดจนนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. เพื่อสร้างการยอมรับความเป็นมืออาชีพของการเป็น “องค์กรสร้างเสริมสุขภาพอย่างสร้างสรรค์” ทั้งภาคีเครือข่ายในประเทศและบนเวทีโลก
๕. สนับสนุนการยกระดับงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย โดยการขยายเครือข่ายและสร้างความร่วมมือการดำเนินงานในระดับสากล
๖. เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ข้อมูล สารสนเทศ องค์ความรู้ และเทคโนโลยี ในการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
๗. สนับสนุนและพัฒนางานติดตามและประเมินผลของ สสส. ที่ครอบคลุมทั้งโครงสร้าง/ กลไก เครื่องมือ วิธีการ ระบบข้อมูล องค์ความรู้ และบุคลากรในทุกระดับ

เป้าหมาย ๓ ปี และตัวชี้วัดหลัก

กลุ่มแผนงานพัฒนาศักยภาพ

๑. เกิดสถาบันการเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy) ที่เป็นศูนย์กลางการพัฒนาหลักสูตรจากองค์ความรู้/บทเรียนการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส.
๒. ร้อยละ ๘๐ ของภาคีเครือข่ายในกลุ่มขับเคลื่อนงานด้านวิชาการ/ด้านความรู้ ด้านผลักดันนโยบาย ด้านขับเคลื่อนสังคม/ด้านพัฒนาเครือข่าย ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสมรรถนะหลักที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Core Competencies)

^{๓๑} **ThaiHealth Core Competencies** : คือ กรอบในการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย สสส. ประกอบด้วย ๕ สมรรถนะหลัก และ ๒ สมรรถนะรอง ได้แก่ ๑. หลักการและแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Theory & Methodology) ๒. การบริหารโครงการสุขภาพ (Project and Program Management in Health Promotion) ๓. การสื่อสารเพื่อสังคมสุขภาพ (Social Communication in Health Promotion) ๔. การสร้างและบริหารเครือข่าย (Network and Partnership Management) ๕. ผู้นำและทักษะการจัดการในงานสุขภาพ (Leadership and Management Skill in Health Promotion) ๖. การจัดการความรู้ (Knowledge Management) ๗. การจัดการความยั่งยืน (Sustainability Management)

- ๓. ร้อยละ ๘๐ ของภาคีเครือข่ายที่เข้ารับการพัฒนาศักยภาพ มีการนำความรู้ไปใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
- ๔. ร้อยละ ๙๐ ของภาคีเครือข่ายที่เข้ารับการพัฒนาศักยภาพ มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพในระดับมาก

กลุ่มแผนงานภาคีสัมพันธ์

- ๕. เกิดกระบวนการทำงานแบบเครือข่าย เป็นกลไกศูนย์ประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ สสส. ในระดับภูมิภาคอย่างน้อย ๒ ภูมิภาค
- ๖. เกิดกระบวนการทำงาน/กลไกการเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายทั้งในระดับพื้นที่ และระหว่างองค์กรภาคียุทธศาสตร์ ที่มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน และการบริหารจัดการในการเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายอย่างน้อย ๔ กลไก/ความร่วมมือ
- ๗. เกิดการพัฒนาชุดข้อมูลการสื่อสารสำหรับภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างความเข้าใจงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านช่องทางการสื่อสารที่มีอยู่ อาทิ จดหมายข่าว อินโฟกราฟฟิก คลิปวิดีโอ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อดิจิทัลอื่นๆ อย่างน้อย ๒๐ ชุดข้อมูลต่อปี
- ๘. ร้อยละ ๙๐ ของภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจในระบบสนับสนุนการเชื่อมโยงการทำงานของภาคีเครือข่าย

กลุ่มแผนงานวิเทศสัมพันธ์

- ๙. เกิดข้อตกลงความร่วมมือที่ยกระดับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และเครือข่ายสู่ระดับสากล ที่สนับสนุนการบรรลุทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. ตลอดจนสอดคล้องกับแนวนโยบายของรัฐบาล และเป้าหมายโลกด้านการพัฒนาที่ยั่งยืนไม่น้อยกว่า ๒ ข้อตกลงความร่วมมือต่อปี
- ๑๐. กลไกการเงินการคลังที่ยั่งยืนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแบบ สสส. รวมทั้งแนวทางการทำงานแบบ สสส. เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติและในเวทีระหว่างประเทศ โดยมีคณะจากต่างประเทศให้ความสนใจเข้าศึกษาดูงานเพิ่มเติม ไม่น้อยกว่าปีละ ๒๐ คณะ จาก ๒๐ ประเทศ ผู้แทน สสส. ได้รับเชิญเข้าร่วมเวทีระหว่างประเทศ ในระดับภูมิภาคและระดับโลก ไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้งต่อปี และรูปแบบองค์กร สสส. ได้รับการอ้างอิงในวารสารวิชาการระหว่างประเทศ ไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้งต่อปี

กลุ่มแผนงานสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพ

- ๑๑. กลไกเชื่อมโยงข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพภายใน สสส. และ/หรือภาคีเครือข่าย ที่นำไปสู่การวางแผนการดำเนินงานหรือติดตามการทำงาน เพื่อตอบสนองแนวนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ของ สสส.
 - (๑) ความร่วมมือในการเชื่อมโยงการทำงานด้านข้อมูลและเทคโนโลยีภายใน สสส. และภาคีเครือข่าย โดยเกิดการดำเนินงานร่วมกัน อย่างน้อยปีละ ๑ รูปแบบความร่วมมือ



- (๒) ระบบนำเสนอข้อมูลตัวชี้วัดทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. ที่มีการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน
๑๒. เกิดการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และใช้ประโยชน์ข้อมูล องค์ความรู้ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ในรูปแบบที่หลากหลาย เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส.
- (๑) รายงานผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพของประชาชนไทย อย่างน้อย ๒ เรื่องต่อปี และมีการนำข้อมูลและองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพะไปใช้ประโยชน์ในเวทีเชื่อมประสาน ภาคีเครือข่าย
- (๒) สื่อที่ให้ข้อมูล สารสนเทศ และองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในหลากหลายรูปแบบ ทั้งออนไลน์และออฟไลน์ ที่เพิ่มความรู้เท่าทันทางสุขภาพ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการทำงาน โดยผลิตเป็นประจำทุกเดือน
๑๓. เกิดกลไกความร่วมมือระหว่าง สสส. และหน่วยงานด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ในการพัฒนาเทคโนโลยีที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาต้นแบบเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพ

กลุ่มแผนงานการสื่อสารองค์กร

๑๔. พัฒนาเครื่องมือสื่อสารที่เหมาะสมกับเป้าหมายการทำงานของ สสส. พร้อมจัดทำชุดข้อมูล สร้างเสริมสุขภาพที่สะท้อนภาพลักษณ์การทำงานของ สสส. และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม และผลักดันนโยบายสาธารณะในรูปแบบ ข่าว บทความ สกู๊ป ข้อความ และภาพข่าว ได้รับการเผยแพร่ อย่างน้อย ๓,๔๐๐ ครั้งต่อปี พร้อมสื่อสารเพื่อผลักดันนโยบายสาธารณะ อย่างน้อย ๖ ประเด็นต่อปี
๑๕. ขยายช่องทางการสื่อสารออนไลน์ข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพ โดยสื่อออนไลน์ช่องทางของ สสส. หลัก มีสมาชิก/เข้าถึง ๑๐ ล้านคน ภายใน ๓ ปี สื่อออนไลน์สนับสนุนสามารถสร้าง การมองเห็น (Viral Reach) มากกว่า ๒๐ ล้านคนต่อปี และเกิดการมีส่วนร่วม (Engagement Users) มากกว่า ๑ ล้านครั้งต่อปี
๑๖. กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มรับรู้ข้อมูลประเด็นการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. อย่างน้อย ร้อยละ ๔๐ และมีความพึงพอใจ เข้าใจกระบวนการทำงาน สสส. อย่างน้อยร้อยละ ๗๐ หรือ ๘ คะแนน ภายใน ๓ ปี ตลอดจนร่วมเป็นภาคียุทธศาสตร์ที่มีความเข้าใจการทำงานของ สสส. ร่วมมือผลักดันนโยบายสาธารณะ โดยมีส่วนร่วมในการสื่อสาร อย่างน้อย ๔๐ คนต่อปี

กลุ่มแผนงานสนับสนุนการติดตามและประเมินผล

๑๗. เกิดกรอบการประเมินผลการดำเนินงานตามทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔ (ในปี ๒๕๖๓)
๑๘. เกิดเครื่องมือและ/หรือคู่มือที่ใช้ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. อย่างน้อย ๖ เครื่องมือ/คู่มือ

๑๙. เกิดเครือข่ายนักประเมินผลหรือศูนย์กลางการติดตามและประเมินผลในระดับพื้นที่ เช่น ภาควิชาหรือเขตสุขภาพ อย่างน้อย ๕ เครือข่าย
๒๐. เกิดหลักสูตรด้านการติดตามและประเมินผลในระดับองค์กร และ/หรือแผนงาน/โครงการที่เหมาะสมกับนักวิชาการของ สสส. อย่างน้อย ๒ หลักสูตร โดยการทำงานร่วมกับฝ่ายบริหารงานบุคคล

ยุทธศาสตร์

๑. **พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ** โดยการให้ความรู้ เสริมทักษะ และสมรรถนะหลักที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพภาคีอย่างเป็นระบบทั้งในระดับบุคคลและองค์กร ร่วมกับสำนักและองค์กรเครือข่ายในการพัฒนาศักยภาพคนทำงานระยะยาว
๒. **สานและเสริมพลังภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ** โดยสร้างความเป็นส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เปิดพื้นที่เชื่อมโยงงาน เพิ่มช่องทางการสื่อสารและกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตลอดจนสนับสนุนให้เกิดการยกระดับการทำงาน นำไปสู่การขยายความร่วมมือของภาคีในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
๓. **สร้างการรับรู้และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. และภาคีเครือข่ายในเวทีโลก และสนับสนุนการยกระดับงาน สสส. และภาคีเครือข่ายในระดับสากล** โดยการพัฒนาความร่วมมือกับองค์กร/เครือข่ายยุทธศาสตร์ในระดับนานาชาติ การรวบรวมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระดับนานาชาติ การเผยแพร่บทบาทและวิธีการทำงานของ สสส. สู่นานาชาติ การเคลื่อนไหวผลักดันนโยบายในระดับนานาชาติที่สอดคล้องกับแนวนโยบายของรัฐบาลและทิศทางเป้าหมายของ สสส. การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพสู่ระดับสากล และการพัฒนากลไกและระบบเพื่อสนับสนุนงานวิเทศสัมพันธ์ของ สสส. ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
๔. **สนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพ** โดยการพัฒนาความร่วมมือทั้งภายในและภายนอก สสส. เพื่อให้เกิดเชื่อมโยงระบบข้อมูล สารสนเทศ และองค์ความรู้ ทั้งในส่วนระบบจัดเก็บ/ค้นหาข้อมูลงานวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบนำเสนอข้อมูลสุขภาพ ระบบคลังข้อมูลที่เก็บข้อมูลสถิติหรือผลการสำรวจทางสุขภาพ ระบบการวิเคราะห์ประเด็นสุขภาพที่สำคัญ และการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบที่น่าสนใจ เข้าใจง่าย เพื่อเกิดการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย รวมทั้งโดยการสร้างความร่วมมือเพื่อให้เกิดการพัฒนาเทคโนโลยีที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย
๕. **สื่อสารข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพสู่กลุ่มเป้าหมาย** โดยผลักดันกระบวนการสื่อสารข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบโจทย์สถานการณ์ทางสังคม (hot issues) และภาพลักษณ์องค์กรในการเป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพมืออาชีพ

ผ่านช่องทางการสื่อสารในรูปแบบที่หลากหลาย (digital platform) สามารถเข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมายเพื่อสร้างการรับรู้ ยอมรับ และมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับบุคคล องค์กร และภาคนโยบาย ประสานพลังร่วมผลักดันประเด็น/นโยบายสร้างเสริมสุขภาพนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสังคมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

๖. **พัฒนาและสนับสนุนระบบการติดตามและประเมินผล** โดยครอบคลุมทั้งโครงสร้าง เครื่องมือ องค์ความรู้ และบุคลากร เพื่อช่วยให้การดำเนินงานของ สสส. บรรลุผลตามพันธกิจและเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี ที่คำนึงถึงหลักธรรมาภิบาล ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และความเป็นธรรมทางสุขภาพ

งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๖๔	๑๗๘	๑๘๐



แผนอาหารเพื่อสุขภาพ

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

สถานการณ์และแนวโน้มที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนแผนอาหารเพื่อสุขภาพให้สามารถดำเนินการได้บรรลุตามเป้าหมายและตัวชี้วัด ๑๐ ปี ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. ในการเพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้อย่างเพียงพอตามข้อเสนอแนะ และการลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนนั้น ล้วนมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ที่มีความหลากหลาย ตั้งแต่วิถีชีวิตของคนไทยที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ความเป็นสังคมเมืองที่มีประชากรอาศัยอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและสภาพภูมิอากาศที่ส่งผลกระทบต่อเกษตรและการผลิตอาหาร เช่น น้ำท่วม ดินทรุด โคลนถล่ม คลื่นความร้อน ฯลฯ ทำให้พืชอาหารได้รับความเสียหายและมีปริมาณผลผลิตลดลง ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ กระแสโลกเชื่อมต่อการค้าการลงทุน และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดต่อสื่อสารและรับข้อมูลผ่านระบบอินเทอร์เน็ตที่มีความสะดวกรวดเร็วมากขึ้น นอกจากนี้ **ภายในปี ๒๕๖๔ ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society)^{๑๒}** โดยจะมีผู้สูงอายุประมาณ ๑๔.๔ ล้านคนหรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมด ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปจนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตที่มีสุขภาพดี โดยพบว่า

- คนไทยบริโภคผักและผลไม้ เฉลี่ยวันละ ๓.๗ ส่วน ต่ำกว่าข้อเสนอแนะมาตรฐานด้านสาธารณสุขที่แนะนำให้บริโภคเท่ากับ ๕ ส่วน หรือ ๔๐๐ กรัมต่อวัน โดยพบว่า มีสัดส่วนของประชากรร้อยละ ๗๔.๑ กินผักและผลไม้ในปริมาณต่อวันต่ำกว่าข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก (๔๐๐ กรัม)^{๑๓}
- คนไทยบริโภคน้ำตาล เฉลี่ย ๒๖ ช้อนชาต่อวัน เกินกว่ามาตรฐาน ๔ เท่า (ผู้ใหญ่ไม่ควรบริโภคเกิน ๖ ช้อนชาต่อวัน)^{๑๔}

^{๑๒} รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๖ โดย มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

^{๑๓} รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๗

^{๑๔} ข้อมูลจากโครงการขับเคลื่อนแนวทางดำเนินการนโยบายเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลและอาหารเสริมสำหรับเด็ก



- คนไทยบริโภคโซเดียม เฉลี่ย ๔,๓๕๑.๖๙ มิลลิกรัมต่อวัน เกินมาตรฐานเกือบ ๒ เท่า (มาตรฐาน ๒,๔๐๐ มิลลิกรัม/คน/วัน)^{๓๔}
- คนไทยมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ ๑๙.๒
- เด็กไทยอายุ ๑ - ๑๔ ปี ทุก ๑ ใน ๑๐ คน มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ส่วนคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พบเกือบ ๓ ใน ๑๐ คนของผู้ชายไทย และ ๔ ใน ๑๐ คนของผู้หญิงไทยอยู่ในเกณฑ์อ้วน

สถานการณ์การบริโภคผักและผลไม้ของคนไทย

ในปี ค.ศ. ๒๐๐๓ WHO/ FAO ได้กำหนดข้อแนะนำการบริโภคผักและผลไม้ให้ได้อย่างน้อย ๔๐๐ กรัม/วัน เพราะการบริโภคผักและผลไม้ได้เพียงพอตามที่แนะนำจะช่วยลดภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นต้น สำหรับประเทศไทย ได้จัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) โดยยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้น ประชากรอายุ ๑๕ - ๗๐ ปี มีภาวะน้ำหนักเกินลดลง และรัฐบาลได้ประกาศนโยบายอาหารปลอดภัย โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินโครงการ เพื่อดูแลมาตรฐานของอาหารภายในประเทศให้เป็นเช่นเดียวกับมาตรฐานสากล และได้ประกาศนโยบายที่ช่วยสนับสนุนการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัย เพื่อให้ประชาชนสามารถบริโภคผักผลไม้ได้อย่างเพียงพอตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลงได้

๑. พฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของคนไทย

ปัจจุบันประชากรไทยยังบริโภคผักและผลไม้ต่ำกว่าข้อแนะนำที่องค์การอนามัยโลกกำหนดและการเข้าถึงผักผลไม้ที่ปลอดภัยยังมีน้อย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่า คนส่วนใหญ่หรือประมาณร้อยละ ๗๔.๑ บริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ เมื่อพิจารณาตามภูมิภาคที่อาศัย พบสัดส่วนของคนที่ยังบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอสูงสุดคือ ภาคเหนือ (ร้อยละ ๘๗.๔) รองลงมาคือ กรุงเทพฯ (ร้อยละ ๗๔.๔) ภาคใต้ (ร้อยละ ๗๒) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ ๗๑.๒) และภาคกลาง (๖๗.๖) การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพชีวิตของผู้ป่วยและก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

๒. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคผักและผลไม้

๒.๑ สถานการณ์ความมั่นคงทางอาหาร สังคมไทยเปลี่ยนแปลงจากสังคมแห่งการพึ่งตนเอง ภายใต้อสังคมนเกษตรกรรม ที่เกษตรกรผลิตเพื่อการบริโภคในครัวเรือนเป็นหลัก มาเป็นการผลิตเพื่อการค้าในเชิงพาณิชย์มากขึ้น แม้ประเทศไทยจะสามารถผลิตพืชอาหารได้มากจนสามารถส่งออกไปยังต่างประเทศได้ แต่ก็ยังพบปัญหาการล้มละลายของเกษตรกรในด้านหนี้สิน ปัญหาความยากจน

^{๓๔} ข้อมูลจากโครงการรณรงค์ลดการบริโภคโซเดียมในประเทศไทย

อาจสูญเสียที่ดิน ความเสื่อมสลายของทรัพยากรต้นทุน เช่น ดิน แหล่งน้ำ ทำให้แหล่งอาหารจากธรรมชาติลดจำนวนลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังระบบการกระจายอาหาร ผักและผลไม้ ทำให้การเข้าถึงอาหารของผู้บริโภคต่ำลง ถึงแม้ว่าในภาพรวมประเทศไทยจะสามารถผลิตอาหารในปริมาณที่เพียงพอแก่การบริโภคในประเทศ แต่แนวโน้มของสถานการณ์ฐานทรัพยากร รวมทั้งปัจจัยการผลิต ไม่ว่าจะเป็นความอุดมสมบูรณ์ของดินและน้ำที่ใช้ในภาคการเกษตร ความหลากหลายของพันธุ์พืช พันธุ์สัตว์ ภูมิปัญญาชาวบ้าน แรงงานภาคการเกษตร สภาพภูมิอากาศ ความสามารถในการแข่งขันทางการค้า กลับเป็นไปในทิศทางที่ทำให้มีปัญหาคความไม่มั่นคงทางอาหารเกิดขึ้น จึงถือว่าประเทศไทยยังคงมีความเสี่ยงต่อความไม่มั่นคงทางอาหาร หากไม่มีการจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหา ซึ่งในขณะนี้เริ่มมีสัญญาณของความไม่มั่นคงทางอาหารเกิดขึ้น ส่งผลให้การเข้าถึงอาหารบางชนิดลดลง โดยเฉพาะผักและผลไม้

๒.๒ สถานการณ์ด้านความปลอดภัยของอาหารจากการตกค้างของสารเคมี เนื่องจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม พืชอาหารจึงมักประสบปัญหาการปนเปื้อนสารเคมีและยาฆ่าแมลง ซึ่งพบว่า การตกค้างของสารเคมีทางการเกษตรในผักและผลไม้ที่มีตรารับรองความปลอดภัยในปริมาณที่สูงเกินค่ามาตรฐาน นอกจากนี้ยังกังวลต่อพืชอาหารที่มีการตัดต่อพันธุกรรม

๒.๓ การแข่งขันในระบบธุรกิจอาหาร มีการใช้สื่อโฆษณากระตุ้นให้เกิดความต้องการเทียมในการบริโภค การโฆษณาได้สร้างค่านิยมในการบริโภคแบบคนรุ่นใหม่ นิยมบริโภคตามความทันสมัยเลียนแบบชาวตะวันตก การโฆษณาเชิงรุกเข้าถึงเด็กสร้างความนิยมบริโภคอาหารและขนมกรุบกรอบ ซึ่งเป็นอาหารที่อุดมไปด้วยไขมัน โซเดียม และน้ำตาล

๒.๔ การเข้าถึงผักและผลไม้ แม้ประเทศไทยจะได้ชื่อว่าเป็นแหล่งอาหารของโลก เป็นประเทศที่มีความอุดมสมบูรณ์ แต่ผักและผลไม้ที่ปลอดภัยส่วนใหญ่จะมีราคาแพงและมุ่งผลิตเพื่อส่งออกไปยังต่างประเทศ ผักและผลไม้ที่เหลือให้กับผู้บริโภคในประเทศแม้จะมีปริมาณที่เพียงพอแต่กลับไม่มีคุณภาพ

๒.๕ การสร้างความตระหนักและหนุนเสริมความรู้เรื่องการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัยให้กับประชาชน สาเหตุที่ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัยให้เพียงพอ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการสามารถเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องครบถ้วน ประชาชนจึงยังไม่เห็นความสำคัญของการบริโภคผักผลไม้เท่าที่ควร ส่งผลให้พบปัญหาการบริโภคผักและผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

สถานการณ์ของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาคมโลกและยังเป็นปรากฏการณ์ที่พบในแทบทุกประเทศ อุตติการณ์ของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนและความรุนแรงของปัญหาทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องมีทิศทางที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นทั้งปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุสำคัญของโรคเรื้อรังต่างๆ ส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงมาก และอัตราการเสียชีวิตก็ยังคงต่อเนื่อง โรคเรื้อรังที่มีสาเหตุจากภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจและ

โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งเยื่อเมดูลก มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งหลอดอาหาร และมะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นต้น

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. ๒๐๐๙ พบว่า ประชากรเด็กที่อายุต่ำกว่า ๕ ปี มากถึง ๒๒ ล้านคนอยู่ในภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ในจำนวนนี้ประมาณ ๓ ใน ๔ หรือประมาณ ๑๖.๕ ล้านคน อยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและประเทศรายได้ต่ำ ทิศทางการเปลี่ยนแปลงนี้พบได้ทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ในแทบทุกกลุ่มประชากรของสังคมและในทุกกลุ่มอายุ สำหรับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของประชากรเด็กในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ ๘.๘ ในปี ๒๕๕๖ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๓.๑ ในปี ๒๕๕๙

สาเหตุสำคัญที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน คือ การใช้พลังงานจากกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายลดลง แต่การรับพลังงานจากการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากเกินความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะจากขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มซึ่งมีปริมาณของน้ำตาล ไขมัน และโซเดียม เป็นส่วนประกอบสูง การรับประทานอาหารนอกบ้านและการซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทานที่บ้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยอาหารส่วนใหญ่มักมีรสชาติหวาน มัน เค็ม ให้พลังงานสูงและมีปริมาณผักผลไม้ไม่เพียงพอต่อการปรุงอาหารเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพที่พบมากขึ้นส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมด้านอาหารที่เปลี่ยนไป การเติบโตอย่างรวดเร็วของตลาดและอุตสาหกรรมการผลิตอาหารและเครื่องดื่ม ธุรกิจร้านอาหาร ซูเปอร์สโตร์และร้านสะดวกซื้อแฟรนไชส์ส่งผลกระทบต่อจำนวนชนิดและประเภทของอาหารที่มีกรจำหน่าย (availability) และการเข้าถึงอาหารของคนกลุ่มต่างๆ (accessibility) โดยเฉพาะอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพที่มีความหลากหลาย ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงหรือหาซื้อได้ง่ายในทุกพื้นที่ โดยกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มักเป็นเด็กและวัยรุ่น

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น จึงควรมีการกำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และโครงสร้าง การบริหารแผนอาหารเพื่อสุขภาพในระยะ ๓ ปี ให้สอดคล้องกับเป้าหมายยุทธศาสตร์ ๑๐ ปีของ สสส. และให้สอดคล้องกับกลุ่มแผนที่เอื้อต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่จะสามารถลดปัญหาการบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ และการมีภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนได้โดยมีทิศทางและเป้าหมายในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้านอาหารสุขภาพ ที่เน้นส่งเสริมให้เกิดการขยายต้นแบบระบบห่วงโซ่อาหารของพืชผักผลไม้ที่ปลอดภัย ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงได้ง่าย ควบคู่ไปกับการรณรงค์ให้ปลูกผักในครัวเรือนและองค์กร เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงและลดการพึ่งพา ส่งเสริมการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาพในพื้นที่ยุทธศาสตร์ เพื่อให้ผู้บริโภคในกลุ่มเป้าหมายบริโภคผักผลไม้ได้เพียงพอตามข้อเสนอแนะ และลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยมุ่งให้ความสำคัญกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร สร้างความร่วมมือกับผู้ประกอบการในการพัฒนาเมนูอาหารเพื่อสุขภาพและมีคุณค่าทางโภชนาการที่แพร่หลายไปสู่ผู้บริโภค และคำนึงถึงกลุ่มผู้สูงอายุ รวมทั้งรณรงค์สื่อสารโดยการส่งเสริมให้เกิดชุดความรู้และเพิ่มทักษะให้ประชาชนตามกลุ่มวัยมีความสามารถในการจัดการตนเอง มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ปลอดภัยและส่งผลดีต่อสุขภาพ สร้างค่านิยมทางสังคมในการบริโภคอาหารสุขภาพควบคู่ไปกับค่านิยมวิถีชีวิตสุขภาพ

จุดเน้นของแผน

ส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ ลดอาหารที่หวาน มัน เค็ม และให้พลังงานสูง โดยมีจุดเน้น คือ “พัฒนาองค์ความรู้ ขับเคลื่อนนโยบาย ขยายต้นแบบ มีแผนบูรณาการ และมุ่งสู่การสื่อสาร”

๑. พัฒนาให้เกิดศูนย์วิชาการและการจัดการวิชาการ เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้านอาหารสุภาพะ โดยทำงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์เพื่อผลักดันนโยบายที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระบบอาหารสุภาพะ
๒. ส่งเสริมให้เกิดการขยายต้นแบบระบบห่วงโซ่อาหารของพืชผักผลไม้ปลอดภัยและปลอดภัย โดยบูรณาการทำงานระหว่างภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้บริโภคเข้าถึงแหล่งผลิตแหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการผักผลไม้ปลอดภัย รวมทั้งส่งเสริมการปลูกพืชผักผลไม้ปลอดภัยและปลอดภัยในครัวเรือน โรงเรียน และองค์กร
๓. ส่งเสริมการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุภาพะในพื้นที่ยุทธศาสตร์โดยให้ความสำคัญกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กรเป็นอันดับแรก โดยบูรณาการทำงานระหว่างภาคีเครือข่าย รวมทั้งเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ
๔. สื่อสารและสร้างสุขภาพ โดยการส่งเสริมให้เกิดชุดความรู้และการสื่อสาร เพื่อเพิ่มทักษะประชาชนตามกลุ่มวัย ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และสามารถจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัย และลดอาหารหวาน มัน เค็ม

วัตถุประสงค์

ส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตสุภาพะ และจิตสำนึกแห่งสุภาพะ ด้วยการบริโภคอาหารเพื่อสุภาพะ โดยเพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ และลดอาหารหวาน มัน เค็ม

๑. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้บริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ โดยส่งเสริมให้มีทักษะและค่านิยมในการปลูกเพื่อบริโภค รวมทั้งสามารถเข้าถึงแหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการผักผลไม้ปลอดภัยได้อย่างสะดวก
๒. เพื่อส่งเสริมให้พื้นที่หรือองค์กรยุทธศาสตร์สามารถจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุภาพะที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ ลดอาหารและเครื่องดื่มที่หวาน มัน เค็ม โดยเน้นที่กลุ่มเป้าหมายเด็กวัยเรียน และเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงอายุ
๓. เพื่อรณรงค์สร้างค่านิยมในการบริโภคอาหารสุภาพะ และการใช้วิถีชีวิตที่มีสุภาพะ

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างพอเพียงตามข้อเสนอแนะ (๔๐๐ กรัมต่อวัน หรือ ๕ ส่วนมาตรฐาน) อย่างน้อยร้อยละ ๕๐ ในระยะ ๓ ปี (ข้อมูลปี ๒๕๕๗ คือร้อยละ ๒๕.๙ และเป้าหมายของยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ๒๕๖๔ คือ ร้อยละ ๕๐)
๒. ลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียน อายุ ๖ - ๑๔ ปี ให้น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ภายในระยะเวลา ๓ ปี (ข้อมูลปี ๒๕๕๔ คือร้อยละ ๑๓.๑ และเป้าหมายของยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ๒๕๖๒ อยู่ที่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐)
๓. มีข้อมูลวิชาการอย่างน้อย ๗ เรื่องที่ใช้สนับสนุนการขับเคลื่อนให้เกิดมาตรการ/นโยบายที่ส่งเสริมให้ประชาชนได้บริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ หรือลดภาวะน้ำหนักตัวเกิน และโรคอ้วน
๔. เกิดมาตรการ/นโยบาย ที่ส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ หรือลดภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน ในระดับชาติ ๖ มาตรการ/นโยบาย และระดับท้องถิ่น/องค์กร ๓๐ มาตรการ/นโยบาย
๕. เกิดต้นแบบของแหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการผักผลไม้เพื่อการบริโภคที่ปลอดภัย/ปลอดภัย ที่นำไปขยายผลต่อได้ รวมทั้ง ๓ ประเภท จำนวน ๑๕๐ แห่ง
๖. เกิดต้นแบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนและองค์กรที่มีการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหาร เพื่อสุขภาวะที่ภาคียุทธศาสตร์นำไปขยายผลต่อได้ จำนวน ๑,๘๐๐ แห่ง
๗. ผู้บริโภคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย มีความรู้และมีแนวโน้มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะและมีวิถีชีวิตสุขภาวะอย่างน้อยร้อยละ ๖๕
๘. เกิดพื้นที่ต้นแบบการจัดการเชิงบูรณาการเพื่อส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัยและลดอ้วน จำนวน ๑๐ แห่ง ภายในปี ๒๕๖๓

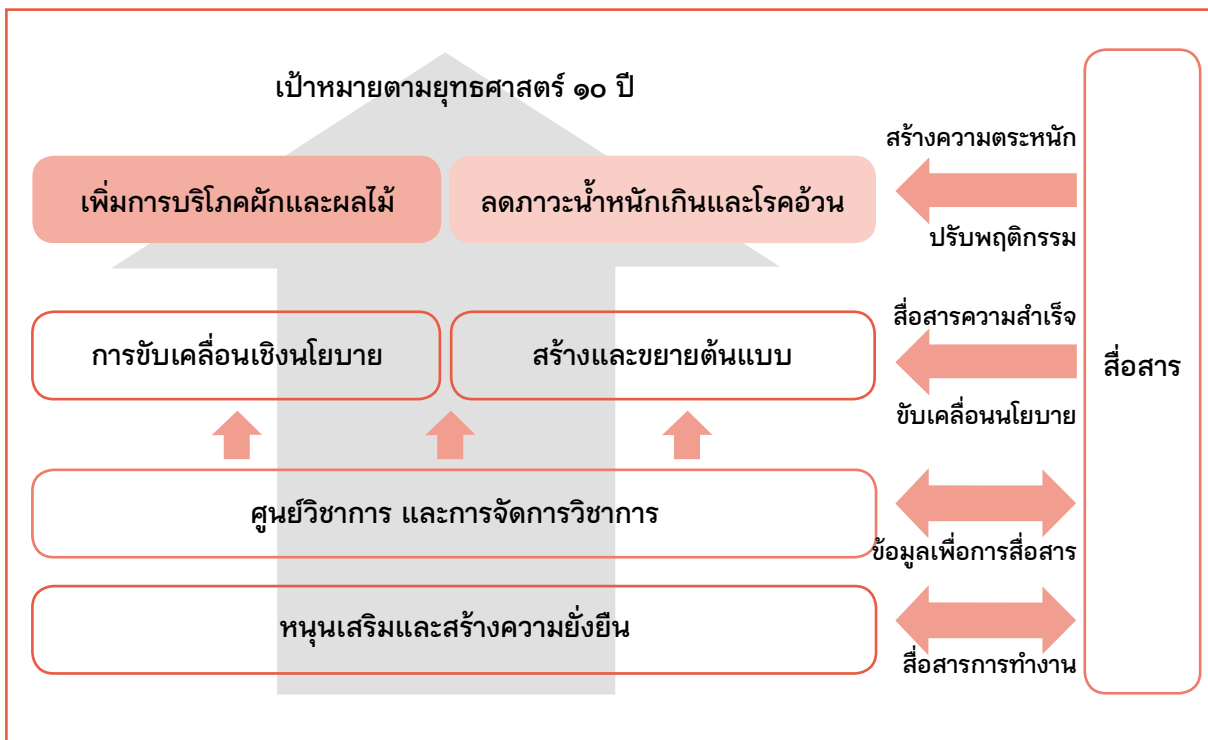
ตัวชี้วัดร่วม

๑. ร่วมกับแผนต่างๆ (แผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม แผนสุขภาวะชุมชน แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ) ในการพัฒนาต้นแบบอำเภอสุขภาวะป้องกันโรค NCDs แบบเต็มพื้นที่ ทุกตำบล ทุกโรงเรียน และ ส่วนใหญ่ขององค์กรต่างๆ ในอำเภอ โดยมุ่งเป้าให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ที่ระดับประชาชน คือ ลดอัตราการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การลดการกินหวาน/มัน/เค็ม เพิ่มการบริโภค ผัก/ผลไม้ เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย และลดการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง พร้อมประสานความร่วมมือกับ

ฝ่ายติดตาม และประเมินผลในการออกแบบ และปฏิบัติการติดตามประเมินผล โดยมุ่งพัฒนาต้นแบบอำเภอสุขภาวะป้องกันโรค NCDs ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของจำนวนตำบลใน ๔ อำเภอ ใน ๔ ภูมิภาคของประเทศไทย และ ๕ ชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร

- ร่วมกับแผนต่างๆ (แผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร และแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ) พัฒนานวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อการสื่อสารที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารสุขภาวะ จำนวนไม่น้อยกว่า ๓ กรณี

ภาพแสดงกรอบแนวคิดยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ



ยุทธศาสตร์

- พัฒนาศูนย์วิชาการและการจัดการเชิงวิชาการ** โดยทำหน้าที่รวบรวมองค์ความรู้ วิเคราะห์สังเคราะห์ จัดทำฐานข้อมูลวิชาการเพื่อการสร้างต้นแบบ การศึกษาวิจัย/นวัตกรรม เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคของประชาชน รวมทั้งหนุนเสริมการพัฒนาศักยภาพ การให้คำปรึกษา การพัฒนานโยบายสาธารณะ การถอดบทเรียน และสื่อสารความรู้สู่สังคม ทั้งนี้จะทำการศึกษาในประเด็นที่ยังไม่มีความชัดเจนหรืออยู่ในความสนใจของสาธารณะเป็นสำคัญ เช่น ผักไฮโดรโปนิคส์ street food ไขมันทรานซ์ เป็นต้น



๒. **หนุนเสริมและสร้างความยั่งยืน** โดยมุ่งเน้นการเชื่อมประสานและทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการระหว่างภาคีเครือข่าย และต่อยอดงานผ่านกลไกการหนุนเสริมศักยภาพให้ภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็งและมีความสามารถดำเนินงานให้เกิดความยั่งยืน
๓. **การขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ** โดยพัฒนาข้อเสนอนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยให้ได้เพียงพอตามข้อเสนอแนะและลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน
๔. **สร้างและขยายพื้นที่ต้นแบบ** โดยการบูรณาการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อพัฒนาต้นแบบการจัดการปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะ ขยายแหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย แหล่งบริการ และระบบตลาดพืชผักผลไม้ปลอดภัย รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการขยายผลโดยภาคียุทธศาสตร์อื่นๆ
๕. **สื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของทุกกลุ่มวัย** สร้างความตระหนักรู้และมีส่วนร่วมในการสร้างค่านิยมและพฤติกรรมบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัย และลดอาหารที่หวาน มัน เค็ม

ทิศทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓

การขับเคลื่อนงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส. ในเรื่องเพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

๑. พัฒนาและจัดการองค์ความรู้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ การศึกษาวิจัย/นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อการประมวลองค์ความรู้ ถอดบทเรียนปัจจัยความสำเร็จด้านการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอสู่การขยายผลอย่างยั่งยืน
๒. หนุนเสริมและพัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีศักยภาพการทำงานด้านวิชาการและนวัตกรรม พร้อมทั้งเชื่อมประสานการส่งต่อความสำเร็จไปยังหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ให้ร่วมขับเคลื่อนการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ
๓. ขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้านอาหารสุขภาวะ โดยร่วมกับภาคียุทธศาสตร์เพื่อผลักดันนโยบายที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระบบอาหารสุขภาวะ
๔. ส่งเสริมให้เกิดการขยายต้นแบบของระบบห่วงโซ่อาหารของพืชผักผลไม้ที่ปลอดภัย โดยบูรณาการทำงานภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้บริโภคเข้าถึงง่าย
๕. ส่งเสริมการปลูกพืชผักของผู้บริโภคในครัวเรือน โรงเรียน และองค์กร
๖. รณรงค์สร้างค่านิยมของการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ ควบคู่ไปกับการสร้างค่านิยมของวิถีชีวิตสุขภาวะ

การขับเคลื่อนงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส. ในเรื่องลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนให้น้อยกว่าร้อยละ ๑๐

๑. พัฒนาและจัดการองค์ความรู้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ การศึกษาวิจัย/นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อการประมวลองค์ความรู้ ถอดบทเรียนปัจจัยความสำเร็จด้านภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนสู่การขยายผลอย่างยั่งยืน
๒. หนุนเสริมและพัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีศักยภาพการทำงานด้านวิชาการ พร้อมทั้งเชื่อมประสานการส่งต่อความสำเร็จไปยังหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ให้ร่วมขับเคลื่อนการลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน
๓. ขับเคลื่อนเชิงนโยบายการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุภาพ การควบคุมระบบการตลาดของอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ
๔. ส่งเสริมให้เกิดการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุภาพ เน้นศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร เป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์สำคัญในการดำเนินงาน รวมทั้งเตรียมรองรับสังคมสูงอายุ
๕. ส่งเสริมการพัฒนาเมนูอาหารสุภาพ ลดหวาน มัน เค็ม โดยประสานความร่วมมือกับภาคผู้ประกอบการ และหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ รวมทั้งส่งเสริมการแสดงผลงานโครงการ
๖. พัฒนาชุดความรู้เพื่อการสื่อสารและสร้างสุขภาพ เพิ่มทักษะประชาชนตามกลุ่มวัย ให้มีความรู้เท่าทันทางสุขภาพ และสามารถจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ลดหวาน มัน เค็ม และส่งผลดีต่อสุขภาพ

แนวทางการบริหารจัดการแผน

กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ โดยสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการ ที่ยึดหลักการบริหารที่มีประสิทธิภาพ ความโปร่งใส ความยั่งยืน และความน่าเชื่อถือจากสังคม ตลอดจนการสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพของภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย การบริหารจะใช้การติดตามและประเมินผลเป็นกลไกกำกับการดำเนินงาน โดยจะมีกระบวนการทบทวนแผนหลักและผลการดำเนินงานเมื่อดำเนินงานถึงระยะครึ่งทางของแผนหลักระยะ ๓ ปี

งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
แผนอาหารเพื่อสุภาพ	๒๐๐	๒๐๐	๒๐๐



แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

แนวคิดการสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ

ตามแนวคิดการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. (Working Model) แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ มีบทบาทสำคัญในการสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลและองค์กร ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะมุ่งเน้นการสร้างความตระหนัก สร้างความเข้าใจ และสร้างการมีส่วนร่วมกับกลุ่มเป้าหมายสำคัญได้แก่

๑. **กลุ่มประชาชน** ประกอบด้วย (๑) ประชาชนทั่วไป (๒) ประชาชนคนรักสุขภาพ และให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพ และ (๓) ประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ อาทิ ผู้สูบบุหรี่ ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และผู้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม
๒. **กลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) และผู้ที่มีอิทธิพลทางความคิด (Influencer)** ต่อกลุ่มเป้าหมายต่างๆ อาทิ สื่อสังคมออนไลน์ บุคคลที่มีชื่อเสียง บุคลากรในสถานศึกษา ผู้นำในองค์กรปกครองท้องถิ่น กลุ่มแกนนำในชุมชน
๓. **องค์กร/หน่วยงาน/สถาบัน** อาทิ สมาคมวิชาชีพ หน่วยงานองค์กรภาครัฐและเอกชน

ด้านนโยบาย การเมือง และเศรษฐกิจ

๑. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒^{๑๖} จัดทำขึ้นตามนโยบายยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ซึ่งเป็นแผนแม่บทหลักของการพัฒนาประเทศ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน รวมทั้งการปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ “ประเทศไทย ๔.๐”^{๑๗} ด้วยโมเดลการขับเคลื่อนประเทศที่เน้นเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรม เพื่อให้

^{๑๖} อ้างอิงจาก : แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) (<http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/๒๕๕๙/A/๑๑๕/๑.PDF>)

^{๑๗} อ้างอิงจาก : หนังสือ Thailand ๔.๐ มิติด้านการพัฒนาสังคม โดย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์



๒. สื่อดิจิทัลเป็นช่องทางสื่อที่มีการเติบโตมากที่สุด ทั้งในด้านการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและงบประมาณค่าใช้จ่ายสำหรับการสื่อสาร จากผลสำรวจพบว่า ประชาชนไทยจำนวน ๖๘.๑ ล้านคน มีผู้ใช้อินเทอร์เน็ต ๓๘ ล้านคน โดย ร้อยละ ๘๒.๗ ใช้สำหรับการเล่นสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ ๕๖.๖ ใช้สำหรับการค้นหาข้อมูล และร้อยละ ๕๒.๒ ใช้สำหรับการรับข้อมูลข่าวสาร^{๕๐} โดยช่องทางเฟซบุ๊ก (Facebook) จะเป็นช่องทางสื่อดิจิทัลที่เข้าถึงประชาชนไทยมากที่สุด โดยพบว่า ประเทศไทยมีผู้ใช้งานเฟซบุ๊กต่อวันอยู่ที่ ๒๘ ล้านผู้ใช้งาน (User) โดยมีผู้ใช้งาน ๒๗ ล้านใช้บนมือถือ โดยใช้เวลาเฉลี่ย ๒ ชั่วโมง ๓๐ นาที ต่อวันในการใช้งานเฟซบุ๊ก^{๕๑} ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมของประชากรไทยอยู่ในโลกของการออนไลน์มากขึ้น มีการสื่อสาร การรับข้อมูลข่าวสารต่างๆ มากขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลที่ตรงกับความสนใจ ส่งผลให้การออกแบบข้อมูลในการสื่อสาร การออกแบบพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการต่างๆ จะต้องสอดคล้องกับแนวโน้มเทคโนโลยีและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป
๓. เทคโนโลยี Big data Analysis คือเทคโนโลยีการกรอกร่อง วิเคราะห์ข้อมูล ในเชิงลึก เพื่อนำมาใช้วิเคราะห์พฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลให้เข้าใจกลุ่มเป้าหมายได้อย่างลึกซึ้ง และสามารถนำมาปรับปรุง แก้ไข หรือออกแบบวิธีการสื่อสาร การพัฒนาสินค้าและบริการต่างๆ ที่ตอบโจทย์กลุ่มเป้าหมายได้อย่างแท้จริง รวมทั้งเป็นการสร้างประสบการณ์ที่สอดคล้อง ความสนใจของกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม/แต่ละบุคคล (personalization) ได้อย่างเหมาะสม และเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น^{๕๒}

พฤติกรรมด้านสุขภาพในสังคมไทย

๑. นอกจากนี้ คนในสังคมยุคดิจิทัลปัจจุบันยังมีความเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกลุ่มโรค NCDs เพิ่มมากขึ้น ในปี ๒๕๕๗ ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มากถึง ๓๖ ล้านคน หรือร้อยละ ๖๓ ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด ซึ่งมีสาเหตุหลักจากการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และจากผลการสำรวจข้อมูลการมีกิจกรรมทางกายระดับประเทศ โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. และกระทรวงสาธารณสุข^{๕๓} พบว่า คนไทยมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary behavior) เพิ่มขึ้นจาก ๑๓.๒๕ ชั่วโมงต่อวัน ในปี ๒๕๕๕ เป็น ๑๓.๕๔ ชั่วโมงต่อวันในปี ๒๕๕๘ โดยใช้เวลาส่วนใหญ่กับการนั่ง/นอนดูโทรทัศน์ถึงร้อยละ ๕๐ นั่งคุย/นั่งประชุม ร้อยละ ๒๘.๔ นั่งทำงาน/นั่งเรียน ร้อยละ ๒๗ พฤติกรรมการเล่นโทรศัพท์มือถือ หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ ร้อยละ ๒๐.๑ และการนั่งอ่านหนังสือ ร้อยละ ๑๐.๘ ส่งผลให้เกิดการสะสมไขมันความอ้วน และยิ่งหากมีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมอื่นๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ หวาน มัน เค็ม และพักผ่อนไม่เพียงพอ ความเครียด ยิ่งเสี่ยงต่อการเป็นโรค NCDs ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน

^{๕๐} อ้างอิงจาก: ETDA, Thailand Internet User Profile, ๒๐๑๕

^{๕๑} อ้างอิงจาก: Thais on Facebook (Commissioned by Facebook), June ๒๐๑๔

^{๕๒} อ้างอิงจาก : <http://www.telecomjournalthailand.com/tag/big-data>

^{๕๓} อ้างอิงจาก : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๕๘. รายงานผลการวิจัยโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๘.

โรคระบบทางเดินหายใจ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วนลงพุง เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตสูงเป็นอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ สำหรับในประเทศไทย พบว่า ผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs เพิ่มขึ้นจาก ๓๑๔,๓๔๐ คน ในปี ๒๕๕๒ เป็น ๓๔๙,๐๙๐ คนในปี ๒๕๕๖ ซึ่งส่งผลให้เกิดความสูญเสียด้านทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นวัยทำงาน และยังเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างมากมา^{๔๔}

๒. ผลการสำรวจประชากรสูงวัย ในปี ๒๕๕๗ พบว่ามีผู้สูงวัยเพียงร้อยละ ๔ เท่านั้นที่มีรายได้หลักจากเงินออม/ดอกเบี้ย ในขณะที่ผู้สูงวัยส่วนใหญ่ร้อยละ ๓๗ ได้รายได้จากบุตรหรือญาติ พี่น้องในการดำรงชีพ และอีกร้อยละ ๓๔ มีรายได้จากการทำงาน ซึ่งผู้สูงวัยมีแนวโน้มที่มีรายได้จากการทำงานเพิ่มมากขึ้น จากนโยบายการขยายการจ้างงานแรงงานสูงวัยในสถานประกอบการ ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงวัยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี ลดภาระและการพึ่งพิงครอบครัวและสังคมได้ ขณะเดียวกันก็เป็นการส่งเสริมให้ประชากรที่ใกล้เข้าสู่วัยสูงอายุมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และเป็นพลังของสังคมได้ยาวนาน

ผลงานสำคัญของแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ ๓ ปีที่ผ่านมา (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)

ตลอดช่วงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ ได้ดำเนินการสื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างความเข้าใจและความตระหนักเรื่องสุขภาวะต่อสาธารณชนในวงกว้างในประเด็นต่างๆ พร้อมทั้งขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะของ สสส. และภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ สู่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยเน้นการสร้างความร่วมมือกับพันธมิตรเครือข่าย เพื่อร่วมขับเคลื่อนขยายผลองค์ความรู้ความเข้าใจสุขภาวะในสังคม โดยสรุปผลงานสำคัญ ดังนี้

๑. การพัฒนางานสื่อสารการตลาดที่สร้างความตระหนัก ความเข้าใจ อย่างมีประสิทธิภาพกับกลุ่มเป้าหมาย อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของคนไทย ด้วยความร่วมมือกับสำนักเชิงรุกและภาคีเครือข่าย สร้างสรรค์และผลิตโครงการรณรงค์กว่า ๓๐ โครงการ ผลิตรายการโทรทัศน์ให้ความรู้กับประชาชน ๖ รายการ และสื่อสนับสนุนการดำเนินตามแผน ๑๐ ปีของ สสส. จำนวนมากซึ่งส่งผลให้เกิดการรับรู้และความตระหนักต่อประเด็นสุขภาวะ โดยเฉลี่ยร้อยละ ๘๐ สำหรับการรณรงค์ขนาดใหญ่ และร้อยละ ๗๒ สำหรับการรณรงค์ขนาดเล็ก ในระยะ ๓ ปีที่ผ่านมา ฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมได้พัฒนาโครงการรณรงค์ดิจิทัล ซึ่งประสบความสำเร็จทั้งการเข้าถึง การรับชม และการมีส่วนร่วมกับการรณรงค์ของประชาชนบนสังคมออนไลน์ นอกจากนั้นสื่อรณรงค์ของ สสส. ยังได้รับการสนับสนุนทั้งการเผยแพร่ต่อการให้พื้นที่ช่องทางสื่อสารโดยไม่คิดมูลค่าจากผู้ให้บริการช่องทางสื่อ ซึ่งสะท้อนถึงคุณค่าของงานรณรงค์ของ สสส. เป็นที่ยอมรับ และในปี ๒๕๖๐ ผลงานโฆษณาเรื่อง “วิสัยทัศน์อู๋มอ่งค์” ซึ่งฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมของ สสส. ได้วางกลยุทธ์การสื่อสาร และร่วมสร้างสรรค์ได้รับรางวัล Silver Lion ในหมวด Film จาก Cannes Lion ๒๐๑๗ ซึ่งเป็นเวทีประกวดงานสร้างสรรค์สื่อโฆษณาระดับโลก

^{๔๔} อ้างอิงจาก: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.๒๕๕๙. รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ ๒ : มุ่งหน้าสู่เป้าหมายระดับโลก (kick off to the goals)

๒. พื้นที่ต้นแบบศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาค โดยร่วมมือกับพันธมิตรเครือข่ายแหล่งเรียนรู้ที่มีศักยภาพในพื้นที่เพื่อพัฒนาและยกระดับสู่การเป็น “ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาค” จำนวน ๔ แห่ง โดยปัจจุบันมีการบรรจงานสุขภาวะเป็นหนึ่งในภารกิจหลักของแผนดำเนินงานปี ๒๕๖๐ ขององค์กรนั้น อีกทั้งเกิดการต่อยอดการทำงานร่วมกับเครือข่ายและหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่เพื่อขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
๓. ระบบการจัดการคลังความรู้ สสส. (Digital Object Library : DOL) เพื่อเป็นคลังในการรวบรวมและบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ องค์ความรู้ และสื่อส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะอย่างเป็นระบบในรูปแบบดิจิทัล รวมทั้งการพัฒนากระบวนการเชื่อมฐานข้อมูลองค์ความรู้จากศูนย์วิชาการ และ/หรือศูนย์ข้อมูลต่างๆ ของ สสส. และภาคีเครือข่าย รวมทั้งสิ้น ๑๔ ศูนย์วิชาการ
๔. การสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มโรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว ผ่านการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรม จำนวน ๗ หลักสูตร อาทิ หลักสูตรเรียนรู้ร่วมสร้างโภชนาการสมวัยในศูนย์เด็กเล็ก หลักสูตรการเตรียมความพร้อมในการจัดการโรงเรียนปลอดภัย
๕. การสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะให้ประชาชน โดยการจัดแสดงนิทรรศการเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะ ในหลากหลายรูปแบบหมุนเวียนไปตามภูมิภาคมากกว่า ๒๐ จังหวัดทั่วประเทศ รวมถึง กิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะในประเด็นสุขภาวะทั้ง ๔ มิติ เพื่อพัฒนาทักษะการใช้ชีวิตที่รู้เท่าทัน รวมถึงการใช้ชีวิตอย่างสมดุลให้แก่กลุ่มเด็กและเยาวชน ตลอดจนประชาชนทั่วไป อาทิ กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย กิจกรรมพัฒนาและเสริมสร้างทักษะชีวิต
๖. การสนับสนุนชุดองค์ความรู้และสื่อสุขภาวะต่างๆ อาทิ ชุดนิทรรศการยืมคืน ชุดความรู้พร้อมใช้ ชุดสื่อการเรียนรู้ นิติสาร และสื่อองค์ความรู้ต่างๆ ที่เหมาะสำหรับกลุ่มเป้าหมายเป็นต้น ทั้งในรูปแบบของดิจิทัลไฟล์ด้วย

ดังนั้น จากแนวโน้มสถานการณ์ด้านนโยบาย เศรษฐกิจ สังคม และพฤติกรรมของประชาชนในมิติต่างๆ รวมทั้งแนวโน้มนโยบายของแผนหลัก ๓ ปี สสส. (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ที่มุ่งเน้นการดำเนินงานตอบเป้าหมายยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. โดยสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน อีกทั้ง เน้นให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร ผ่านการสร้างนวัตกรรมและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ ในระยะ ๓ ปี ต่อไป จึงประกอบด้วยแผนการดำเนินงานที่พัฒนาใหม่ให้เหมาะสมกับบริบทและเป้าหมายภาพรวมของ สสส. และแผนการดำเนินงานที่ต่อยอดจากฐานเดิมซึ่งประสบผลสำเร็จทั้งในด้านกระบวนการทำงาน ผลลัพธ์เชิงรูปธรรม และผลกระทบต่อสังคมวงกว้าง โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพทั้งระดับบุคคล ผู้นำการเปลี่ยนแปลง และองค์กรต่างๆ ให้เกิดการรู้เท่าทันทางสุขภาพ การสร้างพันธมิตรเครือข่ายเพื่อการสื่อสารและขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ และ/หรือแนวทางใหม่ๆ ที่สอดคล้องเหมาะสมกับพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายต่างๆ



จุดเน้นของแผน

๑. **การพัฒนาศักยภาพบุคคลและผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ** มุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะให้กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ “Health Literacy” ผ่านการสร้างสรรค์และพัฒนางานสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะสำหรับกลุ่มเป้าหมาย และการพัฒนาศักยภาพผู้นำการเปลี่ยนแปลงให้มีความเข้าใจ และสามารถขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะได้
๒. **ขยายฐานผู้รับประโยชน์เน้นความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่** และกลุ่มประชากร ด้วยการสร้างระบบกลไกการทำงานเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายต่างๆ สามารถเข้าถึงองค์ความรู้สุขภาวะมากขึ้น โดยมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือดำเนินงานบูรณาการกับพันธมิตรเครือข่ายที่มีศักยภาพ รวมทั้งการสร้างสรรค์ การพัฒนาช่องทางการสื่อสาร และการออกแบบงานสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และสอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่
๓. **พัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารสร้างเสริมสุขภาพ** มุ่งเน้นการวิเคราะห์ ออกแบบหาแนวทาง กลไกการแก้ไขปัญหาและสร้างเสริมประเด็นสุขภาวะ ผ่านการพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารสาธารณะที่รองรับยุคดิจิทัล ทั้งด้านความรู้ พฤติกรรม การสื่อสาร และเทคโนโลยี เพื่อสร้างการสร้างเสริมสุขภาพให้คนไทย และการรู้เท่าทันทางสุขภาพ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักด้านการสร้างเสริมสุขภาวะกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งระดับบุคคล และองค์กร อันนำไปสู่แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย
๒. เพื่อสร้างพันธมิตรเครือข่ายในการดำเนินงานขยายผลองค์ความรู้ การร่วมพัฒนาสื่อ และเผยแพร่ขยายผลสื่อสร้างเสริมสุขภาวะกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ
๓. เพื่อพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารสร้างเสริมสุขภาวะ ที่สร้างความเข้าใจ ความตระหนัก รวมไปถึงการมีส่วนร่วม และ/หรือแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย

เป้าหมาย ๓ ปี และตัวชี้วัดหลัก

๑. **การพัฒนาศักยภาพบุคคลและผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะ** ผ่านการสร้าง ความตระหนัก ความเข้าใจ และการรับรู้

๑.๑ ประชาชนทั่วไป

- ประชาชนทั่วไปรับรู้การสร้างเสริมสุขภาวะจากทุกช่องทางโดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ สำหรับโครงการณรงค์ขนาดใหญ่ (งบประมาณด้านช่องทางสื่อมากกว่า ๓๐ ล้านบาท)
- ประชาชนทั่วไปรับรู้การสร้างเสริมสุขภาวะจากทุกช่องทางโดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ สำหรับโครงการณรงค์ขนาดปกติ (งบประมาณด้านช่องทางสื่อ ๒๐ - ๓๐ ล้านบาท)
- การใช้งบประมาณสื่อโฆษณาออนไลน์สำหรับการรับชมเนื้อหาวิดีโอ (VDO Content) ในกลุ่มประชาชนสังคมออนไลน์ (Cost Per View : CPV) มีมูลค่าไม่เกิน ๑ บาทต่อการรับชมวิดีโอ ๑ ครั้ง
- ประชาชนทั่วไปเข้าใจสื่อรณรงค์สร้างเสริมสุขภาวะโดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

๑.๒ ผู้มาใช้บริการ

- ผู้ใช้บริการของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะจากทุกช่องทาง เกิดแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างน้อยร้อยละ ๘๐

๑.๓ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง

- เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านการอบรมและกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ จำนวน ๕๐๐ คน

๒. ขยายฐานผู้รับประโยชน์เน้นความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร

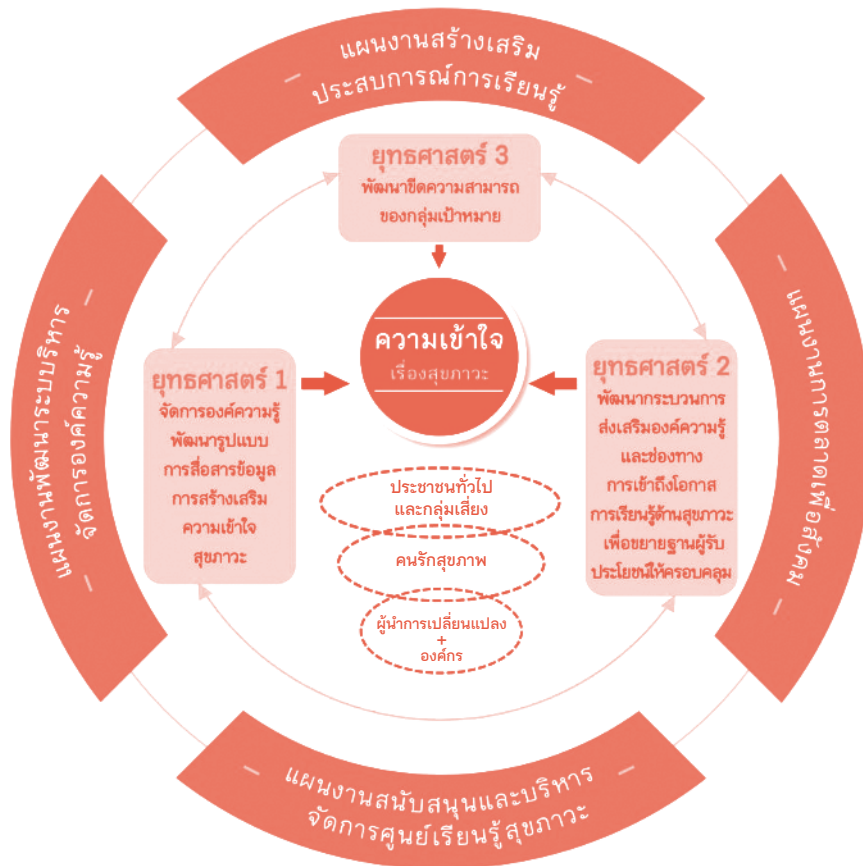
๒.๑ เกิดสื่อ และ/หรือ ชุดความรู้เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะและพัฒนาทักษะชีวิตในรูปแบบต่างๆ ที่ออกแบบให้เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร อาทิ โครงการรณรงค์ ชุมนิทรรศการ หลักสูตรฝึกอบรม ชุดความรู้พร้อมใช้ Mobile Application หนังสือ ฯลฯ ในประเด็นสุขภาวะต่างๆ เช่น ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาหาร กิจกรรมทางกาย อุบัติเหตุ สุขภาวะทางเพศ สุขภาวะองค์กร ผู้สูงอายุ ชุมชน เป็นต้น จำนวน ๒๐ ชุด

๒.๒ เกิดพันธมิตรเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ จากความร่วมมือพัฒนา และเชื่อมโยงกิจกรรมกับแหล่งเรียนรู้ หน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายต่างๆ เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑๕ แห่ง

๓. พัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ

๓.๑ เกิดนวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาวะที่สอดคล้องกับสถานการณ์ กลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ และทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเชิงทัศนคติ และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๒ ชิ้น





๑. บริหารจัดการองค์ความรู้ พัฒนารูปแบบการสื่อสาร ข้อมูลการสร้างเสริมความเข้าใจ สุขภาวะ ผ่านการพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารที่รองรับยุคดิจิทัล เพื่อสอดคล้องกับแนวโน้มเทคโนโลยีและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป
๒. พัฒนาระบบการส่งเสริมองค์ความรู้ ชุมความรู้ ช่องทางการเข้าถึงโอกาสการเรียนรู้ด้านสุขภาพ เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ ให้ครอบคลุมเหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. พัฒนาขีดความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งบุคคลและผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ และเกิดความรู้ด้านสุขภาพ “Health Literacy” สามารถนำความรู้ไปปรับใช้กับวิถีชีวิตประจำวัน ตลอดจนสามารถขยายผลองค์ความรู้สุขภาพได้

กลุ่มแผนงาน

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

งบประมาณ

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุภาพะ	๔๓๘	๔๔๑	๔๕๐

งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง

สรุปทิศทางการดำเนินงานของแผนในระยะ ๓ ปี

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 ซึ่งล้วนมีความสำคัญและเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ส่งผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพของคนไทยหลายประเด็น และบางประเด็นได้มีการส่งให้แผนที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบประสานงานต่อเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน อาทิ การลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การป้องกันโรคไม่ติดต่อ (NCDs) การเฝ้าระวังความเป็นธรรมทางสุขภาพในสังคมไทย การประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ในประเทศไทย เป็นต้น

จุดเน้นของแผน

โดยในช่วง ๓ ปีข้างหน้า กลุ่มแผนงานนี้จะเน้นการตอบสนองงานใหม่และงานบูรณาการตามแนวนโยบายและจุดเน้นการดำเนินงานที่คณะกรรมการกองทุนมอบหมาย โดยมีสาระสำคัญของแผนที่ครอบคลุมทั้งงานจิตอาสาเพื่อสนับสนุนการสร้าง active citizen สำหรับประเทศไทยในอนาคต งานสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพตามแผนหลักของ สสส. งานขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมรองรับปัญหาสุขภาพเร่งด่วนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต พัฒนาและต่อยอดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลวัตที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากรในอนาคต รวมถึงสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์ชาติ และการเปลี่ยนผ่านในช่วงของการปฏิรูปประเทศ เป็นต้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพในเชิงประเด็นใหม่ และประเด็นที่มีเนื้อหากระจายในหลายแผน โดยเฉพาะงานบูรณาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ งานสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพ



- ๒. เพื่อรองรับประเด็นปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
- ๓. เพื่อสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์ชาติ และการเปลี่ยนผ่านในช่วงของการปฏิรูปประเทศ

เป้าหมาย ๓ ปี และตัวชี้วัด

- ๑. มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ
- ๒. กลุ่มเป้าหมายของงานสร้างเสริมสุขภาพรับรู้และตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพะ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕

ยุทธศาสตร์

- ๑. เชื่อมโยงประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข องค์กรสุขภาพต่าง ๆ และองค์การอนามัยโลกประเทศไทยในการพัฒนาเครือข่ายลดปัญหาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเชื่อมโยงกับภาคีด้านปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การควบคุมยาสูบ การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และอาหารและโภชนาการ เข้ากับองค์กรด้านการควบคุมป้องกันโรคหลักๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และภาวะความดันโลหิตสูง
- ๒. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสื่อสารสร้างสุขภาวะตั้งแต่ระดับ บุคคล องค์กร ภาคนโยบาย มุ่งสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของร่วม จนเกิดการร่วมผลักดันประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสังคม
- ๓. สนับสนุนการพัฒนาและต่อยอดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลวัตทั้งในเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากรในอนาคต รวมถึงสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์ชาติ และการเปลี่ยนผ่านในช่วงของการปฏิรูปประเทศ

การบริหารจัดการ

สำนักงานบริหารจัดการในลักษณะกลุ่มงานกลางภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงาน

งบประมาณ^{๔๕}

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพะ	๑๘๐	๑๘๐	๑๖๘

^{๔๕} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้

งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน

สรุปทิศทางการดำเนินงานของแผนในระยะ ๓ ปี

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกลไกหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ โดยเป็นองค์กรขนาดเล็กที่เน้นความยืดหยุ่นและใช้นวัตกรรมในการบริหารจัดการ มุ่งสร้างการมีส่วนร่วมหรือแสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในลักษณะเจ้าภาพร่วม

อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กร แม่ สสส. จะสั่งสมความรู้และประสบการณ์ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อีกทั้ง มีกรรมการและภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งและมีความรู้ความสามารถสูงและหลากหลาย ทว่า ด้วยปัญหาสังคมและสุขภาพมีความยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น จึงกลายเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อการทำงานเชิงรุกได้ทันต่อความคาดหวังเท่าที่ควร อีกทั้งที่ผ่านมามีการดำเนินงานในภาพรวมของกองทุนได้รับผลกระทบจากปัจจัยภายนอกอย่างมาก โดยเฉพาะการเข้ามาตรวจสอบของหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งแม้ว่า สสส. จะชี้แจงและสามารถพิสูจน์ให้สาธารณะประจักษ์ได้ว่าไม่มีกรณีทุจริตเกิดขึ้นในองค์กรเลยแม้แต่น้อย แต่กรณีเหตุการณ์ดังกล่าวก็ส่งผลกระทบต่อทั้งภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือ รวมถึงกระทบต่อแผนการทำงานของ สสส. เป็นอย่างมาก นอกจากนี้ ผลพวงจากเหตุการณ์ดังกล่าว ยังทำให้เกิดการปรับปรุงระเบียบและข้อบังคับของ สสส. ตามมาอีกหลายฉบับซึ่งส่งผลให้ สสส. ต้องปรับปรุงกระบวนการบริหารจัดการภายในสำนักงาน รวมถึงทบทวนแนวปฏิบัติให้สอดคล้องกับระเบียบและข้อบังคับที่เปลี่ยนไปอีกด้วย

โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นต้นมา สำนักงานมีการจัดทำแผนบริหารจัดการสำนักงานขึ้นมาอย่างเป็นทางการเป็นครั้งแรก เพื่อมุ่งพัฒนาให้การทำงานของ สสส. เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และมีการบริหารจัดการแบบมืออาชีพ และในการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้บริหารเพื่อกำหนดจุดเน้นเมื่อวันที่ ๒๗ - ๒๘ เมษายน ๒๕๖๐ ได้เห็นควรให้มีการจัดทำแผนบริหารจัดการสำนักงานประจำปีเป็นประจำทุกปี และจะมีการดำเนินการต่อเนื่องในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ ต่อไป โดยประกอบด้วย ๔ หน่วยงาน ได้แก่ ฝ่ายอำนวยการ ฝ่ายบัญชีและการเงิน ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ ฝ่ายบริหารงานบุคคล ฝ่ายสนับสนุนงานนวัตกรรม ฝ่ายสื่อสารองค์กร^{๖๖} ฝ่ายตรวจสอบภายใน ฝ่ายติดตามและประเมินผล^{๖๗} และสำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์

จุดเน้นของแผน

แผนบริหารจัดการกองทุนและสำนักงานก็ยังคงมุ่งมั่นที่จะสนับสนุนการทำงานของทั้งหน่วยงานใน สสส. และภาคีเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่คนในชาติตามที่กำหนดไว้ โดยในภาพรวมจะให้ความสำคัญกับการใช้นวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานขององค์กร โดยนำมาตรฐานตามกรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานทุนหมุนเวียนของกรมบัญชีกลาง

^{๖๖} เฉพาะการประชาสัมพันธ์ภาพลักษณ์องค์กร

^{๖๗} เฉพาะส่วนงบประมาณสนับสนุนคณะกรรมการประเมินผล



และองค์กรต่างๆ มาประยุกต์ใช้ ควบคู่การบริหารจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ตามนโยบาย “องค์กรสร้างเสริมสุขภาพมีอาชีพ” รวมถึงบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล มีระบบควบคุมภายในที่เชื่อมโยงและประสานกับระบบการตรวจสอบภายในและสามารถบริหารจัดการความเสี่ยงและลดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตได้

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่ายตามทิศทางและแนวนโยบายที่คณะกรรมการกองทุนมอบไว้
๒. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนและสำนักงานในด้านต่างๆ ให้ได้มาตรฐานตามนโยบาย “องค์กรสร้างเสริมสุขภาพมีอาชีพ” และสอดคล้องกับระเบียบและข้อบังคับที่เปลี่ยนแปลงไป
๓. เพื่อเสริมสร้างกลไกการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล การบริหารความเสี่ยง และการควบคุมภายใน

เป้าหมาย ๓ ปีและตัวชี้วัด

๑. ได้รับการประเมินผลการดำเนินงานในด้านบริหารจัดการจากคณะกรรมการประเมินผลในระดับดี (๔.๐๐ คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม ๕.๐๐ คะแนน)^{๔๔}
๒. ได้รับการประเมินระดับธรรมาภิบาลในองค์กรจากคณะอนุกรรมการการประเมินระดับธรรมาภิบาล^{๔๕} ในระดับดี (๔.๐๐ คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม ๕.๐๐ คะแนน)
๓. ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนการทำงานอย่างน้อยร้อยละ ๘๐
๔. เกิดกระบวนการทำงาน/แนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐานและสอดคล้องกับระเบียบและข้อบังคับที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างน้อยร้อยละ ๘๐
๕. กลุ่มเป้าหมายรู้จักและเข้าใจบทบาทการดำเนินงานของ สสส. ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ และมีความพึงพอใจโดยรวม

ยุทธศาสตร์

ด้านการพัฒนาบุคลากรและองค์กร

๑. เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารงานบุคคลและระบบโครงสร้างพื้นฐานสนับสนุนระบบบริหารงานบุคคล โดยการทบทวน/ปรับปรุงโครงสร้างองค์กร อัตรากำลังที่สอดคล้องกับภารกิจองค์กร และพัฒนา/ทบทวน/ปรับปรุงระบบบริหารงานบุคคลที่สำคัญให้เป็นมาตรฐาน รวมถึงใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อความถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

^{๔๔} ประเมินโดยคณะกรรมการประเมินผล ซึ่งประยุกต์ใช้กรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานทุนหมุนเวียนของกรมบัญชีกลางเป็นแนวทางในการประเมิน

^{๔๕} คณะอนุกรรมการการประเมินระดับธรรมาภิบาลเป็นคณะอนุกรรมการของคณะกรรมการประเมินผล

๒. พัฒนาบุคลากรให้เป็นนักสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมืออาชีพตามกรอบ Health Promotion Enabler Development Roadmap อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

๓. เสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร และแบรนด์ (Internal Branding) ควบคู่กับการส่งเสริมการจัดการความรู้ และสนับสนุนการพัฒนาสู่ความเป็นองค์กรแห่งมืออาชีพ

ด้านการเงิน การบัญชี พัสดุ และตรวจสอบแผนงานโครงการ

๑. เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ลดต้นทุนทั้งในทางตรงและต้นทุนค่าเสียโอกาส รวมถึงสร้างความมั่นคงทางการเงินให้แก่องค์กร โดยร่วมกับคณะกรรมการชุดต่างๆ และสำนัก/ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง นำระบบการโอนเงินผ่านธนาคารมาใช้แทนระบบการเงินเดิมและบริหารจัดการโดยใช้ข้อมูล ซึ่งจะช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมภายใน การตรวจสอบ และเพิ่มรายได้จากการบริหารจัดการการเงิน รวมถึงการทำ cost allocation ในการใช้ทรัพยากร เพื่อทราบต้นทุนที่แท้จริงและนำไปใช้พัฒนาประสิทธิภาพในการบริหารต้นทุน

๒. สนับสนุนการดำเนินงานที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ สสส. และภาคี โดยเฉพาะคณะกรรมการและผู้บริหารระดับสูงโดยรายงานสถานะทางการเงินขององค์กรให้ทราบและตัดสินใจได้อย่างทันทั่วทั้ง รวมถึงพัฒนาหลักสูตรบัญชีการเงินสำหรับเจ้าหน้าที่ และภาคี

๓. เน้นการพัฒนาฝ่ายบัญชีและการเงินไปสู่การเป็นหน่วยงานมืออาชีพ โดยสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยจัดการประชุมผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อรวบรวมเป็น FAQ (Frequently - asked Questions) และต่อยอดการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของฝ่ายบัญชีและการเงิน และให้คำปรึกษาอย่างมีหลักการ ถูกต้องตามกฎหมาย และเป็นมิตรแก่ผู้รับบริการเพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจผู้ใช้บริการ

๔. ปรับปรุงและแก้ไขจุดที่เคยเป็นประเด็นและข้อสังเกตของหน่วยงานตรวจสอบ เช่น การร่วมกับคณะกรรมการชุดต่างๆ และสำนัก/ฝ่ายที่เกี่ยวข้องปรับปรุงและแก้ไขประเด็นที่เป็นข้อสังเกตของหน่วยงานตรวจสอบ การทบทวนรายชื่อผู้ตรวจสอบบัญชีรับอนุญาต รวมถึงพัฒนารูปแบบข้อตกลงโครงการ ที่สอดคล้องกับเป้าหมายและพันธกิจที่แตกต่างกันของสำนักและฝ่ายต่างๆ ในองค์กร และการลดการถือเงินสด โดยพัฒนาระบบการโอนเงินค่าตอบแทนและค่าใช้จ่าย

ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

๑. การจัดการกระบวนการทำงานสู่ความเป็นดิจิทัล โดยปรับปรุงกระบวนการทำงาน และพัฒนาระบบสารสนเทศที่สอดคล้อง เพื่อเน้นคุณภาพ (ความเร็วทันสมัยและความถูกต้องเชื่อถือได้) และก้าวเข้าสู่ความเป็นดิจิทัล เพื่อจัดเก็บข้อมูลและความรู้สำหรับการนำไป ควบคู่กับการบริการบุคลากรและภาคีผ่านระบบออนไลน์ที่ครบวงจร เพื่อให้บริการได้อย่างรวดเร็วขึ้น ด้วยข้อมูลชุดเดียวกันสำหรับการทำงานร่วมกัน และสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ให้มีความสำคัญกับข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เพื่อสร้างความสัมพันธ์และความพึงพอใจแก่ผู้ใช้งาน

๒. การจัดการข้อมูลและความรู้ เน้นการมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและฐานข้อมูลที่สนับสนุนการจัดการข้อมูลและความรู้ รวมถึงสร้างวัฒนธรรมและแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการข้อมูลและความรู้



๓. การรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ เน้นการมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มั่นคง ปลอดภัยในการใช้งาน พร้อมสร้างความรู้ความตระหนักในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยให้กับผู้ใช้บริการ

๔. การพัฒนาขีดความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังขององค์กร ทั้งบุคลากรภายใน สสส. และภาคีเครือข่าย รวมถึงสร้างความเข้าใจด้วยการสื่อสารที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ ผ่านช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย

ด้านอำนวยการบริหารจัดการสำนักงาน

๑. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานประจำ และปรับปรุงกระบวนการทำงานให้ตอบสนอง กับความต้องการของผู้รับบริการ โดยลดความซับซ้อนในการทำงาน ลดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ และ วิเคราะห์-จัดสรรต้นทุน (cost allocation) ในการดำเนินงานที่เป็นจริง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ ทรัพยากร

๒. พัฒนาคู่มือ และเครื่องมือ เพื่อสนับสนุนการทำงานให้มีมาตรฐาน โดยการจัดการความรู้ ที่เกิดจากการทำงานให้เป็นระบบ และนำไปพัฒนาคู่มือ/เครื่องมือในการทำงานที่เป็นมาตรฐาน รวมถึง สื่อสารให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้ทราบและเข้าใจตรงกัน

๓. การพัฒนาบุคลากรฝ่ายอำนวยการ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถ และสร้างการมีส่วนร่วม ในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพของงาน รวมถึงสร้างความเข้าใจด้วยการสื่อสารที่ชัดเจน

ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการสนับสนุนนโยบายของผู้จัดการ ที่ต้องการจะสร้าง “องค์กรมืออาชีพ” รวมถึงตัวชี้วัดที่ผู้จัดการมอบให้ สนย. สามารถกำหนดเป็น ยุทธศาสตร์ได้ดังนี้

๑. สนับสนุนการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์สำหรับแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้มีประสิทธิภาพ โดยปรับปรุงกระบวนการทำแผนให้เป็นไปตามระเบียบ และสอดคล้องกับ แผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) มากขึ้น

๒. เพิ่มความเข้มข้นในการแปลงยุทธศาสตร์ตามแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และ แผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ไปสู่การปฏิบัติด้วยการให้ผู้จัดการมีส่วนร่วม อย่างสูงในการกำหนดตัวชี้วัดผู้บริหารที่สามารถขับเคลื่อนองค์กร ตลอดจนวัดผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีธรรมาภิบาล

๓. เพิ่มประสิทธิภาพงานด้านบริหารความเสี่ยง และมาตรการความเสี่ยงขององค์กร โดยทีมงาน ผู้ที่มีความรู้ความสามารถทางด้านงานบริหารความเสี่ยง และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของฝ่าย โดยเพิ่มอัตราผู้เชี่ยวชาญพิเศษทางด้านงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์

๔. เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของแผนบริหารจัดการสำนักงานให้ทันต่อทิศทางการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรมืออาชีพ

๕. เน้นการจัดทำ Log Book อย่างจริงจัง และกำหนดเป็นตัวชี้วัดของเจ้าหน้าที่ สนย. ในทุกตำแหน่งเพื่อให้สามารถเป็นหน่วยยุทธศาสตร์ (Strategic Think Tank) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการตรวจสอบภายใน

เนื่องจากลักษณะการดำเนินงานขององค์กรแบบ สสส. มีความหลากหลายและยืดหยุ่นสูง ทำให้จำเป็นต้องใช้วิธีการตรวจสอบให้เหมาะสม เพื่อให้ทราบถึงจุดแข็ง จุดอ่อนของการบริหารงานภายใน ด้านต่าง ๆ จากนั้นจึงรวบรวมข้อบกพร่องต่าง ๆ จัดทำเป็นรายงาน เสนอแนะฝ่ายบริหาร เพื่อพิจารณาสั่งการแก้ไขปรับปรุงต่อไป การตรวจสอบภายในจึงใช้ยุทธศาสตร์เชิงบวก “การตรวจสอบแบบ ภัยแล้งน้ำฝนและเพิ่มมูลค่าการปฏิบัติงาน” เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพด้านการตรวจสอบภายใน และนำเสนอผลการตรวจสอบพร้อมข้อเสนอแนะ ที่เหมาะสม และเป็นไปได้ ส่งมอบให้หน่วยรับตรวจเพื่อนำข้อมูลไปพิจารณาดำเนินการปรับปรุง พัฒนาระบบงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเกิดประสิทธิผลสูงสุด

ด้านการสื่อสารองค์กร

๑. วิจัยและสำรวจความคิดเห็น เพื่อรับรู้ทัศนคติ ความเข้าใจ และความต้องการของทุกกลุ่มเป้าหมาย นำไปสู่กับพัฒนากิจกรรมสื่อสาร และชุดข้อมูลให้ตรงกับความต้อการ นำเสนออย่างครอบคลุม ครบถ้วน และเป็นมิตร นำไปสู่การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องด้วยเจตคติที่ดี

๒. จัดทำชุดข้อมูลเพื่อสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับ ๑๕ แผนงาน ภายใต้ยุทธศาสตร์ CCS (Corporate Communication Strategy) เพื่อสร้างการรับรู้ เข้าใจ เห็นคุณค่า บทบาทและหน้าที่ของ สสส. ในฐานะ “องค์กรสร้างเสริมสุขภาพอย่างสร้างสรรค์” ก่อให้เกิดความรู้สึกร่วมกับทุกกลุ่มเป้าหมาย

๓. วางระบบจัดการประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อองค์กรจากสื่อทุกแขนง โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์ มีกระบวนการติดตาม ตรวจสอบ และจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

๔. สนับสนุนการทำงานของส่วนงานต่างๆ ขององค์กร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะการสื่อสารภายในองค์กรในประเด็นการสื่อสารเพื่อความเข้าใจองค์กร และการสร้างภาพลักษณ์องค์กร

ด้านการสนับสนุนงานนวัตกรรม

๑. สำรวจ, รวบรวม, วิเคราะห์ และสังเคราะห์เครื่องมือด้านการจัดการความรู้จากแหล่งต่างๆ และพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและ/หรือ พัฒนา

๒. ร่วมกับสำนักและฝ่ายที่เกี่ยวข้องพัฒนาระบบ กลไกการดำเนินงาน

ด้านการติดตามและประเมินผล

สนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการประเมินผลของ สสส. รวมทั้งคณะอนุกรรมการย่อย ชุดต่างๆ ที่คณะกรรมการประเมินผลแต่งตั้ง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ เช่น การจัดทำรายงานการประเมินผล การดำเนินงานของ สสส. การศึกษา/ประเมินประเด็นพิเศษต่างๆ การศึกษาดูงานในพื้นที่ต่างๆ ฯลฯ



ด้านการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง รับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย กำกับดูแลและให้ข้อเสนอแนะ โดยยึดแนวทางการดำเนินงานตามหลักสากล และสอดคล้องกับวัฒนธรรมองค์กร โดยยุทธศาสตร์การบริหารความเสี่ยงใน ๓ ปีข้างหน้าจะเน้นการต่อยอดการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงทั้งในระดับองค์กรและระดับปฏิบัติการตามมาตรฐานการบริหารความเสี่ยงสากลหรือมาตรฐานการบริหารความเสี่ยงที่เป็นที่ยอมรับทั่วไป การกำหนดแผนการบริหารความเสี่ยงจะครอบคลุมถึงการระบุความเสี่ยง สาเหตุของความเสี่ยง การจัดระดับความสำคัญของความเสี่ยงในทุกด้าน การระบุผู้รับผิดชอบ วิธีการในการบริหารความเสี่ยงให้เหลืออยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และการทบทวนแผนการบริหารความเสี่ยงเป็นระยะเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

งบประมาณ^{๔๐}

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน	๓๔๔	๓๓๓	๓๔๖

^{๔๐} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้

ส่วนที่ ๔

ภาคผนวก

๑. กระบวนการปรับปรุงแผนหลัก
๒. หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๓. กรอบอัตรากำลัง ๓ ปี
๔. การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓)

ภาคผนวก ๑ กระบวนการปรับปรุงแผนหลัก

หลักการและเหตุผล

ตามข้อบังคับกองทุนว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจการ พ.ศ. ๒๕๕๙ ข้อ ๕.๒ (๑) และ (๒) กำหนดให้ผู้จัดการจัดทำแผนหลักที่ประกอบไปด้วยแผนต่างๆ ที่มีรายละเอียดสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนและกิจการของกองทุนตามมาตรา ๕ และมาตรา ๙ (๔) ไม่เกิน ๑๕ แผน และแนวทางของทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี และให้ผู้จัดการจัดประชุมคณะกรรมการบริหารแผนและภาคีเพื่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนหลัก” รวมถึงข้อ ๕.๒ (๓) ที่กำหนด ให้คณะกรรมการนโยบายทางการเงินวิเคราะห์และเสนอกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีของกองทุน โดยจัดทำเป็นระยะเวลา ๓ ปี แล้วให้เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนพฤษภาคมของทุกปี ประกอบกับ ข้อ ๕.๓ (๑) ที่กำหนด ให้ผู้จัดการร่วมกับคณะกรรมการบริหารแผนจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีที่มีเป้าหมายและตัวชี้วัดหลักที่สอดคล้องกับเป้าหมายและตัวชี้วัดตามแผนหลักไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕ ภายใต้วงเงินงบประมาณตามกรอบการทบทวงงบประมาณรายปีโดยคณะกรรมการนโยบายทางการเงิน เพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนสิงหาคมของทุกปี

กระบวนการในการจัดทำแผน

เพื่อให้เป็นไปตามข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดเงินเพื่อสนับสนุนโครงการและกิจการ พ.ศ. ๒๕๕๙ ตลอดจนข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนการเงินและงบประมาณประจำปี คณะกรรมการกองทุนในคราวการประชุมครั้งที่ ๑๑/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ได้เห็นชอบกระบวนการในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ไว้ดังรายละเอียด

ระยะเวลา	กิจกรรม
พฤศจิกายน ๒๕๕๙	<ul style="list-style-type: none"> สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์นำเสนอ (ร่าง) หลักการและกระบวนการจัดทำแผนทั้งสองฉบับให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณา
ธันวาคม ๒๕๕๙ - มีนาคม ๒๕๖๐	<ul style="list-style-type: none"> สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ร่วมกับหน่วยงานวิชาการชั้นนำรวบรวมข้อมูล สัมภาษณ์ วิเคราะห์ เพื่อทบทวนภาพอนาคตระยะ ๓ ปีข้างหน้า เลขานุการคณะกรรมการบริหารแผนร่วมกับคณะกรรมการบริหารแผน ผู้เชี่ยวชาญ และภาคีร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนภาพอนาคต เพื่อระบุปัญหาเร่งด่วน จุดปรับปรุง ช่องว่างการดำเนินงาน ฝ่ายติดตามและประเมินผลประเมินแผนหลัก ๓ ปี (ฉบับปัจจุบัน) และผลการประเมินทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี
เมษายน ๒๕๖๐	<ul style="list-style-type: none"> สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อยกร่างแนวนโยบายและพิจารณาจุดเน้น สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์จัดทำกรอบวงเงินงบประมาณประจำปี และเสนอให้คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินพิจารณา
พฤษภาคม ๒๕๖๐	<ul style="list-style-type: none"> สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์นำเสนอ (ร่าง) แนวนโยบายและจุดเน้น ในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ รวมทั้งกรอบวงเงินงบประมาณให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณา
พฤษภาคม - กรกฎาคม ๒๕๖๐	<ul style="list-style-type: none"> เลขานุการคณะกรรมการบริหารแผนร่วมกับคณะกรรมการบริหารแผนยกร่างแผนหลักและแผนประจำปีตามแนวนโยบายและจุดเน้น การดำเนินงานที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการกองทุน
สิงหาคม ๒๕๖๐	<ul style="list-style-type: none"> สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณากลับกรอง (ร่าง) แผนทั้งสองฉบับ เสนอ (ร่าง) แผนทั้งสองฉบับ รวมทั้งวงเงินงบประมาณรายแผน ให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณา



ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม
พ.ศ. ๒๕๕๙

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามมาตรา ๒๑ (๓) แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๔ 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 เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการและส่งผลสัมฤทธิ์ให้เกิดต่อประชาชนในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพตามวัตถุประสงค์ของกองทุน

“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 ซึ่งเป็นคู่สัญญาได้รับทุนกับกองทุน และไม่มีกรรมการ ที่ปรึกษาของคณะกรรมการ กรรมการบริหารแผน กรรมการประเมินผล ผู้จัดการ หรือผู้ปฏิบัติงานมีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมในกิจการของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคลนั้น เว้นแต่เป็นการดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐ

การมีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมดังกล่าวตามวรรคหนึ่ง ได้แก่ การที่กรรมการ ที่ปรึกษาของคณะกรรมการ กรรมการบริหารแผน กรรมการประเมินผล ผู้จัดการ หรือผู้ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ในกิจการของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคลที่เป็นคู่สัญญาได้รับทุนในลักษณะดังต่อไปนี้

(๑) มีความสัมพันธ์ในเชิงบริหาร โดยดำรงตำแหน่งเป็นผู้จัดการ หัวหน้าผู้จัดการ กรรมการผู้จัดการ ผู้บริหาร หรือผู้มีอำนาจในการบริหารจัดการกิจการของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคลที่เสนอแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการเพื่อขอรับทุนจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และให้หมายรวมถึงการเป็นกรรมการหรือผู้มีอำนาจในการบริหารจัดการกิจการของมูลนิธิ สมาคม หรือองค์กรสาธารณประโยชน์ต่างๆ ด้วย

(๒) มีความสัมพันธ์ในเชิงทุน โดยเป็นผู้มีหุ้นส่วนในห้างหุ้นส่วนสามัญหรือห้างหุ้นส่วนจำกัด หรือเป็นผู้ถือหุ้นในบริษัทจำกัดหรือบริษัทมหาชนจำกัด ที่เสนอแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการเพื่อขอรับทุนจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

(๓) มีความสัมพันธ์โดยเครือญาติ โดยมีคู่สมรสหรือบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะดำรงตำแหน่ง หรือเป็นหุ้นส่วน หรือเข้าถือหุ้นตาม (๑) หรือ (๒) ให้ถือว่าเป็นการดำรงตำแหน่งการเป็นหุ้นส่วน หรือการถือหุ้นของบุคคลนั้นด้วย

การที่กรรมการบริหารแผนมีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมตามวรรคสอง หมายถึง กรณีที่กรรมการบริหารแผนมีความสัมพันธ์ในกิจการของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคลที่เสนอขอรับทุนจากแผนที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกรรมการบริหารแผนผู้นั้น

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า กระทรวง ทบวง กรม หรือส่วนราชการที่เรียกชื่ออย่างอื่นและมีฐานะเป็นกรม ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจที่ตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติหรือพระราชกฤษฎีกา 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 ภาควิ 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) ให้ผู้จัดการจัดประชุมคณะกรรมการบริหารแผนและภาควิ เพื่อจัดทำแผนหลัก โดยต้องจัดให้คณะกรรมการบริหารแผนและภาควิต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนหลักอย่างกว้างขวาง

(๓) ให้คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินวิเคราะห์และเสนอกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีของกองทุน โดยจัดทำเป็นระยะเวลา ๓ ปี แล้วให้เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนพฤษภาคมของทุกปี

(๔) ในระหว่างปี หากผู้จัดการพิจารณาเห็นความจำเป็นต้องกำหนดแผนใหม่หรือบูรณาการกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องกับหลายแผนหรืองานที่จำเป็นต้องดำเนินการเป็นกรณีเฉพาะภายใต้แผนหลัก ให้ผู้จัดการเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบและอาจมอบหมายให้คณะกรรมการบริหารแผนหรือคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจหรือแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นใหม่เพื่อบริหารและกำกับดูแลการพัฒนาและการดำเนินการดังกล่าว

๕.๓ การจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี

(๑) ให้ผู้จัดการร่วมกับคณะกรรมการบริหารแผนจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีที่มีเป้าหมายและตัวชี้วัดหลักที่สอดคล้องกับเป้าหมายและตัวชี้วัดหลักตามแผนหลักไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕ ภายใต้วงเงินงบประมาณตามกรอบการทบทวนงบประมาณรายปีโดยคณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน เพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนสิงหาคมของทุกปี

ในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีตามวรรคหนึ่ง ให้กำหนดรายละเอียดและกรอบวงเงินงบประมาณของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการภายใต้แผนต่างๆ ให้ชัดเจน



(๒) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณ หากแผนใดมีความจำเป็นในระหว่างปีที่จะต้องปรับปรุงวงเงินงบประมาณตามแผนที่คณะกรรมการเห็นชอบไว้ไม่เกินร้อยละสิบของวงเงินงบประมาณแต่ละปี ให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้จัดการที่จะดำเนินการได้ และให้แจ้งให้คณะกรรมการทราบ

ในกรณีที่จำเป็นต้องปรับปรุงวงเงินงบประมาณเกินกว่าร้อยละสิบ ให้ผู้จัดการเสนอแนวทางการปรับปรุงต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติ

ข้อ ๖ คณะกรรมการบริหารแผน

๖.๑ ให้คณะกรรมการแต่งตั้งคณะกรรมการสรรหาขึ้นคณะหนึ่งประกอบด้วยกรรมการกองทุนและผู้ทรงคุณวุฒิอื่นๆ รวมแล้วไม่เกินสิบคน โดยมีผู้จัดการเป็นกรรมการและเลขานุการ เพื่อทำหน้าที่พิจารณากลับกรองรายชื่อบุคคลที่ผู้จัดการเสนอตามที่ได้ปรึกษาหารือกับภาคีที่เกี่ยวข้องกับแผนนั้นๆ เป็นคณะกรรมการบริหารแผนคณะต่างๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นชอบ โดยมีจำนวนอย่างน้อยคณะละเจ็ดคนแต่ไม่เกินสิบห้าคน และให้ผู้จัดการเสนอรายชื่อบุคคลที่ผ่านการกลับกรองแล้วต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาเห็นชอบและลงนามในประกาศแต่งตั้งต่อไป

๖.๒ คณะกรรมการบริหารแผนคณะหนึ่งๆ ประกอบด้วยกรรมการกองทุนจำนวนไม่น้อยกว่า ๒ คน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความสามารถ มีผลงานดีเด่น และมีประสบการณ์จากหลายสาขา ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามแผน และเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับจากภาคีที่เกี่ยวข้องกับแผนนั้นๆ แต่ต้องไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในกิจการที่กระทำกับกองทุนในแผนที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกรรมการบริหารแผนผู้นั้นไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม

ให้ผู้จัดการหรือผู้ที่ผู้จัดการมอบหมายทำหน้าที่กรรมการและเลขานุการของ คณะกรรมการบริหารแผน

๖.๓ ให้คณะกรรมการบริหารแผนมีวาระการปฏิบัติหน้าที่คราวละสามปีหรือตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยจะดำรงตำแหน่งติดต่อกันเกินสองวาระไม่ได้ เว้นแต่ตำแหน่งประธานกรรมการบริหารแผนให้ดำรงตำแหน่งติดต่อกันไม่เกินสามวาระ ทั้งนี้ เมื่อครบวาระแล้วหากยังมีได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผนขึ้นใหม่ให้คณะกรรมการบริหารแผนซึ่งพ้นจากการปฏิบัติหน้าที่ตามวาระนั้นปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่าคณะกรรมการบริหารแผนซึ่งได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

นอกจากการครบวาระการปฏิบัติหน้าที่แล้ว คณะกรรมการบริหารแผนจะพ้นจากการปฏิบัติหน้าที่เมื่อตาย ลาออก คณะกรรมการให้พ้นจากหน้าที่ หรือเมื่อแผนที่ดูแลเสร็จสิ้นหรือยุติลง

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) แต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษาและในกรณีให้เห็นสมควรอาจมอบหมายอำนาจหน้าที่เพื่อกำกับทิศทางของแผนงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผน

(๔) เสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณาแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิทดแทนกรรมการบริหารแผนที่พ้นจากปฏิบัติหน้าที่ 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 กิจกรรมที่มีลักษณะการศึกษาวิจัย 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) ขั้นการกลั่นกรองทางวิชาการ

(๒) ขั้นพิจารณาตัดสิน

๙.๒ การกลั่นกรองทางวิชาการให้กระทำโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ต้องไม่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้เสีย โดยตรงกับผู้เสนอแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิในการกลั่นกรองทางวิชาการ ให้เป็นไปตามขนาดแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ดังนี้

ขนาดแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ (งบประมาณที่ขอ)	จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ
● ไม่เกิน ๒๐๐,๐๐๐ บาท	อย่างน้อย ๑ คน
● ๒๐๐,๐๐๑ - ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท	อย่างน้อย ๓ คน
● ๑,๐๐๐,๐๐๑ - ๕,๐๐๐,๐๐๐ บาท	อย่างน้อย ๕ คน
● ๕,๐๐๐,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท	อย่างน้อย ๗ คน
● ๑๐,๐๐๐,๐๐๑ - ๒๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท	อย่างน้อย ๗ คน และต้องมีการประชุมพิจารณา
● เกินกว่า ๒๐ ล้านบาท	อย่างน้อย ๗ 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 วัน นับแต่วันที่ได้รับอุทธรณ์ 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 โดยเริ่มดำเนินการอย่างช้าภายใน กึ่งหนึ่งของระยะเวลาของแผนงาน 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 ที่ปรึกษาของคณะกรรมการ กรรมการบริหารแผน กรรมการประเมินผล ผู้จัดการ หรือผู้ปฏิบัติงานมีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อม ในกิจการของผู้รับทุนรายใด ให้คณะกรรมการระงับการให้ทุนแก่ผู้รับทุนรายนั้นในทันที และให้สำนักงานกองทุน ดำเนินการจัดหาผู้รับทุนรายใหม่เข้าดำเนินการแทนผู้รับทุนรายเดิม ทั้งนี้ ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๙๐ วัน นับแต่วันที่ข้อบังคับนี้ประกาศใช้บังคับ

ข้อ ๑๕ ในระหว่างที่ยังมิได้มีการออกระเบียบหรือประกาศตามข้อบังคับนี้ให้นำระเบียบ ประกาศ คำสั่ง หรือกฎที่ใช้บังคับอยู่ในวันก่อนวันที่ข้อบังคับนี้ใช้บังคับมาใช้บังคับโดยอนุโลมเพียงเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับ ข้อบังคับนี้

ข้อ ๑๖ ให้ประธานกรรมการรักษาการตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

พลเรือเอก



(ณรงค์ พิพัฒน์นาคย์)

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ



กรอบอัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่ สสส. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓

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
สำนักสนับสนุนสุขภาพชุมชน	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๖
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	๑
รวม	๙
สำนักสนับสนุนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๔
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	๑
รวม	๗
สำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาพ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๔
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	๑
รวม	๑๑

สำนักสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๗
เจ้าหน้าที่บริการงานทั่วไป	๑
รวม	๑๐
สำนักสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพและบริการสุขภาพ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๓
รวม	๕
สำนักสนับสนุนสุขภาพระดับจังหวัด	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๓
รวม	๕
สำนักสนับสนุนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ	
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
นักบริหารภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์	๘
รวม	๑๐

สำนักพัฒนาโยบายและยุทธศาสตร์	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักวิเคราะห์นโยบายและยุทธศาสตร์	๕
รวม	๗
ศูนย์เรียนรู้สุขภาพ	
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
หัวหน้างานกฎหมายและเจ้าหน้าที่กฎหมาย	๕
หัวหน้างานจัดซื้อจัดจ้างและพัสดุและเจ้าหน้าที่จัดซื้อจัดจ้างและพัสดุ	๕
เจ้าหน้าที่ควบคุมภายใน	๑
เจ้าหน้าที่ธุรการและบริการทั่วไป	๒
เลขานุการ	๓
เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป	๑๖
รวม	๓๔
ฝ่ายบริหารงานบุคคล	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานบุคคล	๓
นักบริหารงานทั่วไป	๔
รวม	๙
ฝ่ายตรวจสอบภายใน	
ผู้ตรวจสอบภายใน	๑
ผู้ช่วยผู้ตรวจสอบภายใน	๑
เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายใน	๓
รวม	๕
ฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานการตลาดเพื่อสังคม	๗
รวม	๙
ฝ่ายสนับสนุนงานนวัตกรรม	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานนวัตกรรม	๑
รวม	๓
สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน	
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๕
เจ้าหน้าที่	๒๐๐
ลูกจ้าง	๔๒
รวม	๒๔๒
	คน
	คน
	คน

ภาคผนวก ๔ การดำเนินการตามหลัก ธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓

ตามที่คณะกรรมการประเมินผลได้มีการประเมินผลการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลของ สสส. ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ จนถึงปัจจุบัน และที่ผ่านมาสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มีการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการด้านการประเมินการบริหารจัดการที่ดี^{๙๙} มาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ สสส. ได้มีการปรับปรุงกรอบการประเมินธรรมาภิบาล เพื่อให้การประเมินมีความชัดเจนและสอดคล้องต่อกระบวนการดำเนินงานและพันธกิจหลักที่สำคัญของ สสส. ให้มากยิ่งขึ้น โดยแบ่งการประเมินออกเป็น ๒ ส่วนคือ 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 ทั้งนี้ ในการจัดทำแผนหลักระยะ ๓ ปี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ และแผนการดำเนินงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ สสส. ได้ดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในทุกขั้นตอน ดังนี้

๑. หลักการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน

สสส. มีการเผยแพร่แนวทางการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์อย่างเป็นทางการในการประชุมพิจารณาแผนของคณะกรรมการบริหารแผนทุกคณะ มีกระบวนการกลั่นกรองผลประโยชน์ทับซ้อนในขั้นตอนการพิจารณาแผน ซึ่งพบว่าคณะกรรมการบริหารแผนมีการปลอดจากผลประโยชน์ทับซ้อนตามระเบียบของ สสส. รวมทั้งมีการสื่อสารถึงแนวทางปฏิบัติในการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

^{๙๙} ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการประเมินผล

๒. หลักการแสดงความรับผิดชอบต่อผลงาน

สสส. มีการทบทวนทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี และเน้นย้ำเป้าหมายตามแผนหลัก ๓ ปีของ สสส. ในการวางแผนการดำเนินงานทั้งในภาพรวมและรายแผน โดยทุกแผนได้มีการประเมินทางเลือกต่างๆ อย่างรอบคอบและใช้ข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผน มีการชี้แจงผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน ยุทธศาสตร์ทราบ รวมทั้งมีการกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่ชัดเจน

๓. หลักการมีส่วนร่วม

สสส. มีการแจ้งให้สาธารณชนทราบล่วงหน้า โดยมีการระบุกรอบระยะเวลาและช่องทางการมีส่วนร่วมในการวางแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน รวม ๓ ช่องทาง ได้แก่ ทางเว็บไซต์ ทางจดหมาย และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ รวมทั้งกำหนดให้มีความหลากหลายของภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมเวที/กระบวนการวางแผน

๔. หลักความโปร่งใส

สสส. มีการเผยแพร่ข้อมูลต่างๆ โดยมีการจัดระบบข้อมูล/เอกสารหลักที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนอย่างเป็นระบบ แบ่งเป็นประเภท/หมวดหมู่ เพื่อให้สะดวกต่อการเข้าถึงของสาธารณะ มีการระบุช่องทางการเปิดเผยข้อมูลในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน และแจ้งให้สาธารณชนทราบล่วงหน้า

๕. หลักนิติธรรม

สสส. มีการรวบรวมระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน เพื่อความสะดวกในการเข้าถึง และได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของกระบวนการและรายงานให้ผู้บริหาร คณะกรรมการบริหารแผน คณะกรรมการกองทุนฯฯ ได้รับทราบก่อนตัดสินใจอนุมัติร่างแผน/แผนในแต่ละขั้นตอน

๖. หลักความถูกต้องชอบธรรม

สสส. มีการเน้นย้ำเพื่อสร้างความตระหนักเรื่องหลักความถูกต้องชอบธรรมในทุกขั้นตอน มีกระบวนการพิจารณาของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อกลั่นกรองความถูกต้องชอบธรรมทั้งในระดับแผน และในภาพรวม รวมถึงเปิดให้มีช่องทางการร้องเรียนหากพบว่าการดำเนินการที่ไม่ถูกต้อง

การประเมินผลการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลของ สสส. เป็นการประเมินผลโดยสำนักงานร่วมกับผู้ประเมินผลภายนอก ภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการด้านการประเมินผล การบริหารจัดการที่ดี โดยในแต่ละปีสำนักงานจะนำเสนอรายงานการประเมินผลการดำเนินงานตลอดปีงบประมาณ ต่อคณะกรรมการประเมินผล เพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะต่อสำนักงานในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการที่ดี ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้การปฏิบัติงานของ สสส. มีระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลกิจการที่ดี มีความชัดเจน โปร่งใส และมีธรรมาภิบาล เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง



สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ



สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

๔๔/๘ อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ
เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๒๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๓๔๓ ๑๕๐๐

www.thaihealth.or.th