

คำนำ

แผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ฉบับนี้ เป็นแผนหลัก ๓ ปีฉบับที่สองตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔ แผนหลักนี้ยังคงใช้ “ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๔)” เป็นแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ว่า “ทุกคนบนแผ่นดินไทย มีขีดความสามารถ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาวะ”

เพื่อให้แผนหลัก ๓ ปีมีความต่อเนื่องและทันต่อสถานการณ์ทางสุขภาพในปัจจุบัน สสส. จึงได้นำผลการประเมินการดำเนินงานตามแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๕๗) ซึ่งจัดทำโดยคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะ และมี “คณะทำงานกำกับการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗” ทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการกลางในการสนับสนุน เชื่อมโยงและควบคุมมาตรฐานการประเมินของแต่ละแผน ให้มีความสอดคล้องกัน มาใช้เป็นปัจจัยตั้งต้น นอกจากนี้ สสส. ยังได้นำข้อมูลสถานการณ์ที่สำคัญอันจะส่งผลกระทบต่อการใช้สุขภาวะที่ดีของคนไทยในช่วงอีก ๓ ปีข้างหน้า ซึ่งได้มาจากการทบทวนสภาพแวดล้อม การดำเนินการโดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยตลอดจนข้อมูลจากภาคีวิชาการของแผนต่างๆ มาใช้ประกอบการจัดทำแนวนโยบายสำหรับแผนหลัก ๓ ปีฉบับนี้ด้วย

แนวนโยบายในช่วง ๓ ปีข้างหน้า นอกจากคณะกรรมการกองทุนจะเห็นชอบให้ สสส. ยังคงใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี เพื่อการบูรณาการการทำงาน และมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ ภายใต้กลไกการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพแล้ว ยังชี้ทิศทางให้ สสส. ใช้ทุนทางความรู้ที่สะสมมามากกว่าหนึ่งทศวรรษในการพัฒนาเพื่อยุทธศาสตร์ผู้รับประโยชน์และเสริมพลังสังคมให้เกิดความตื่นรู้ในด้านสุขภาพที่กว้างขวางขึ้น โดยได้ให้ความสำคัญกับการจัดกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ อย่างกว้างขวางในหลายระดับ มุ่งเน้นการทำงานที่สร้างวัฒนธรรมทางสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยการเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนหลักพร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย รวมถึงขยายการทำงานสู่นานาชาติ และมุ่งสร้างนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่สมดุลและสอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในสังคมไทย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรเป็นสังคมผู้สูงอายุและสังคมเมือง

สุดท้ายนี้ สสส. ใคร่ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ภาคี และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นในการจัดทำแผน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแผนหลัก ๓ ปีฉบับนี้จะใช้เป็นกรอบดำเนินการกิจกรรมร่วมกันของภาคีสร้างเสริมสุขภาวะอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อไป

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

๑. วิสัยทัศน์และพันธกิจในการสร้างเสริมสุขภาพ	๗
๒. เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์	๙
๓. ยุทธศาสตร์	๑๕

ส่วนที่ ๒ ภาพรวมแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๐)

๑. สรุปผลการประเมินแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๕๗)	๑๙
๒. วิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงาน	
• ๕ สถานการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพใน ๓ ปีข้างหน้า	๒๓
• สรุปการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงานรายแผน	๓๘
๓. บริบทและแนวโน้มนโยบายในการจัดทำแผน	๔๕
๔. รูปแบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	๔๗
๕. งบประมาณ	๕๑
๖. การบริหารจัดการ การกำกับติดตามและประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง	๕๓
๗. การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ	๕๗

ส่วนที่ ๓ รายละเอียดแผนหลัก

๑. แผนควบคุมยาสูบ	๖๓
๒. แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๖๔
๓. แผนจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ	๘๓
๔. แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๙๑
๕. แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๙๙
๖. แผนสุขภาวะชุมชน	๑๐๗
๗. แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๑๑๙
๘. แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๑๒๕
๙. แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๑๓๑
๑๐. แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๑๓๙
๑๑. แผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	๑๔๗
๑๒. แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๑๕๕
๑๓. แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๕๙
๑๔. แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	๑๖๕
๑๕. แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	๑๖๙
งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	๑๗๗
งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน	๑๗๙

ส่วนที่ ๔ ภาคผนวก

๑. นิยามศัพท์	๑๘๖
๒. นโยบายการเงินและงบประมาณ	๑๘๙
๓. กระบวนการการปรับปรุงแผนหลัก	๑๙๒
๔. หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการ และกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๙๔
๕. กรอบอัตรากำลัง ๓ ปี	๒๐๔



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 และเพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์

“จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลัง บุคคล และองค์กรทุกภาคส่วน ให้มีขีดความสามารถ และสร้างสรรค์ระบบสังคม ที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ”

^๑ โปรดดูภาคผนวก ๒

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์

กรอบแนวคิดในการทำงานของ สสส. มุ่งเน้นการเสริมและสานพลังภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และชุมชนท้องถิ่น เพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน

ดังนั้น การกำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์จึงเป็นการพัฒนาจากเป้าหมายหลักของประเทศที่กำหนดในแผนพัฒนาที่สำคัญต่างๆ และเป้าหมายที่กองทุนสมควรจะมีบทบาท ตามวัตถุประสงค์ในพระราชบัญญัติ วิทยาลัย ศักดิ์ พิณธิจ ทั้งที่มีอยู่แล้ว และที่ สสส. จะเข้าไปร่วมกระบวนการจัดทำขึ้น

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

ทั้งนี้ เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์เป็นทั้งเป้าหมายที่บรรลุร่วมกัน เป็นเครื่องมือและแนวทางการเรียนรู้สำหรับการทำงานร่วมกันของภาคี สสส. ทั้งหมด โดย สสส. ร่วมกับภาคีจะพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดที่ใช้วัดความก้าวหน้าของการดำเนินงาน และจะปรับตัวชี้วัดเป็นระยะตามพัฒนาการของเครื่องมือ ระบบข้อมูล และแนวทางการตั้งเป้าหมายระดับชาติ

เป้าหมายที่กำหนดไว้เป็นเป้าหมายหลัก จะวัดทั้งระดับของสถานการณ์ในภาพรวม และวัดความเสมอภาคทางสังคม (Social equity) ในการบรรลุเป้าหมายในประชากรกลุ่มต่างๆ

เป้าหมายอื่นที่เป็นเป้าหมายระดับรองลงไปที่จะสนับสนุนเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์จะปรากฏอยู่ในเป้าหมายของแผนต่างๆ ของกองทุน

เป้าหมายทั่วไป

ทุกคนมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างมีสุขภาพ^๒

มีตัวชี้วัดดังนี้

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

เป้าหมายเฉพาะ

เป้าหมายเฉพาะในแต่ละเรื่องยึดตามเป้าหมายระดับชาติที่ได้กำหนดไว้แล้ว และ/ หรือที่ สสส. และผู้เกี่ยวข้องจะร่วมกันกำหนดขึ้น

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด/ สถานการณ์	แหล่งข้อมูล
(๑) ลดอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยใน พ.ศ. ๒๕๕๗ ลงร้อยละ ๑๐ จาก พ.ศ. ๒๕๕๒	อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปเท่ากับร้อยละ ๒๐.๗	การสำรวจพฤติกรรม การดื่มสุราและสูบบุหรี่ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
(๒) ลดอัตราการดื่มสุราของคนไทยใน พ.ศ. ๒๕๖๓ ให้น้อยกว่าร้อยละ ๒๗	อัตราการดื่มสุราของคนไทย ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ อัตราการดื่มสุราของคนไทยเท่ากับร้อยละ ๓๒	การสำรวจพฤติกรรม การดื่มสุราและสูบบุหรี่ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

^๒ หมายถึงการมีอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวอย่างมีสุขภาพดี มีระยะเวลาการเจ็บป่วย (หนัก) หรือพิการในช่วงบั้นปลายชีวิตลดลง ซึ่งจะต้องลดความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรและลดความสูญเสียจากภาวะความบกพร่องทางสุขภาพ ด้วยการป้องกันปัจจัยเสี่ยงสุขภาพต่างๆ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด/ สถานการณ์	แหล่งข้อมูล
(๓) ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อเอดส์รายใหม่ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ใน พ.ศ. ๒๕๕๔ ลงสองในสามของที่คาดประมาณไว้	อุบัติการณ์การติดเชื้อเอดส์ ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ การติดเชื้อเอดส์รายใหม่ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ซึ่งใช้แทนประชากรทั่วไปมีอัตราร้อยละ ๐.๒ ในขณะที่ ความชุกการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ เท่ากับ ร้อยละ ๐.๖๕	การเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่โดยการตรวจโลหิตสำนักระบาดวิทยากระทรวงสาธารณสุข
(๔) เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้เพียงพอเพียงตามข้อเสนอแนะ (๔๐๐ กรัมต่อวัน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๔	อัตราการบริโภคผักและผลไม้ ใน พ.ศ. ๒๕๕๑/ ๕๒ อัตราการบริโภคผักและผลไม้เพียงพอ เท่ากับ ร้อยละ ๑๗.๗	การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย
(๕) เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำของคนไทยอายุ ๑๑ ปีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๔	อัตราการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ และ/ หรือ การออกกำลังกายเป็นประจำของคนไทยอายุ ๑๑ ปีขึ้นไป ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ การออกกำลังกายประจำของคนไทยอายุ ๑๑ ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ ๒๙.๖	การสำรวจพฤติกรรม การออกกำลังกายของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ
(๖) ลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กให้น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒	ความชุกของสภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็ก ใน พ.ศ. ๒๕๕๑/ ๕๒ เด็กวัยเรียนอายุ ๖-๑๔ ปี น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ท้วมถึงอ้วน ร้อยละ ๑๑	การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย



เป้าหมาย	ตัวชี้วัด/ สถานการณ์	แหล่งข้อมูล
(๗) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนสัดส่วนไม่เกิน ๑๐ ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. ๒๕๖๓	อัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ อัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนเท่ากับ ๑๖.๘๗ ต่อประชากรแสนคน	ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย
(๘) เพิ่มสัดส่วนของคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีความสุขในการดำรงชีวิต	ดัชนีที่แสดงการมีสุขภาวะทางจิต - ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ คนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีความสุขน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ ๑๓ - สสส. ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ และภาคีการพัฒนาหลายองค์กร ร่วมกันจัดทำบัญชีประชาชาติด้านความอยู่ดีมีสุข โดยประชาชนเห็นว่าประเทศที่มีความเจริญก้าวหน้า ด้านความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ต้องพิจารณาจากเรื่องสำคัญ ๕ เรื่องแรก ได้แก่ (๑) ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี (๒) ประชาชนมีความพึงพอใจต่อระบบสาธารณสุขปกคและระบบบริการของภาครัฐ (๓) ประชาชนรู้สึกได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรมจากภาครัฐและสังคม (๔) ประชาชนรู้สึกมีความหวังและมีพลังในการดำเนินชีวิต และ (๕) ประชาชนเชื่อว่าคนในสังคมมีความรักและความสมานฉันท์	แบบประเมินความสุขหรือสุขภาพจิต โดยกรมสุขภาพจิต ร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ



เป้าหมาย	ตัวชี้วัด/ สถานการณ์	แหล่งข้อมูล
(๙) เพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น	ดัชนีที่แสดงถึงครอบครัวอบอุ่น^๓ ดัชนีครอบครัวอบอุ่น ในพ.ศ. ๒๕๕๒ อยู่ในระดับต้องปรับปรุงที่ร้อยละ ๖๓.๐	(๑) ข้อมูลทะเบียนราษฎร (๒) ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของครัวเรือนและข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้าน (กชช. ๒ ค) กระทรวงมหาดไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จัดทำดัชนีชี้วัดประกอบด้วย (๑) สัมพันธภาพในครอบครัว (อัตราการหย่าร้าง อัตราการจดทะเบียนสมรส และสัดส่วนของครัวเรือนที่มีความอบอุ่น) และ (๒) การพึ่งตนเอง สสส.จะทำงานร่วมกับภาคีเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดและวิธีการจัดเก็บข้อมูล โดยจะมีการตั้งเป้าหมายในระยะต่อไป

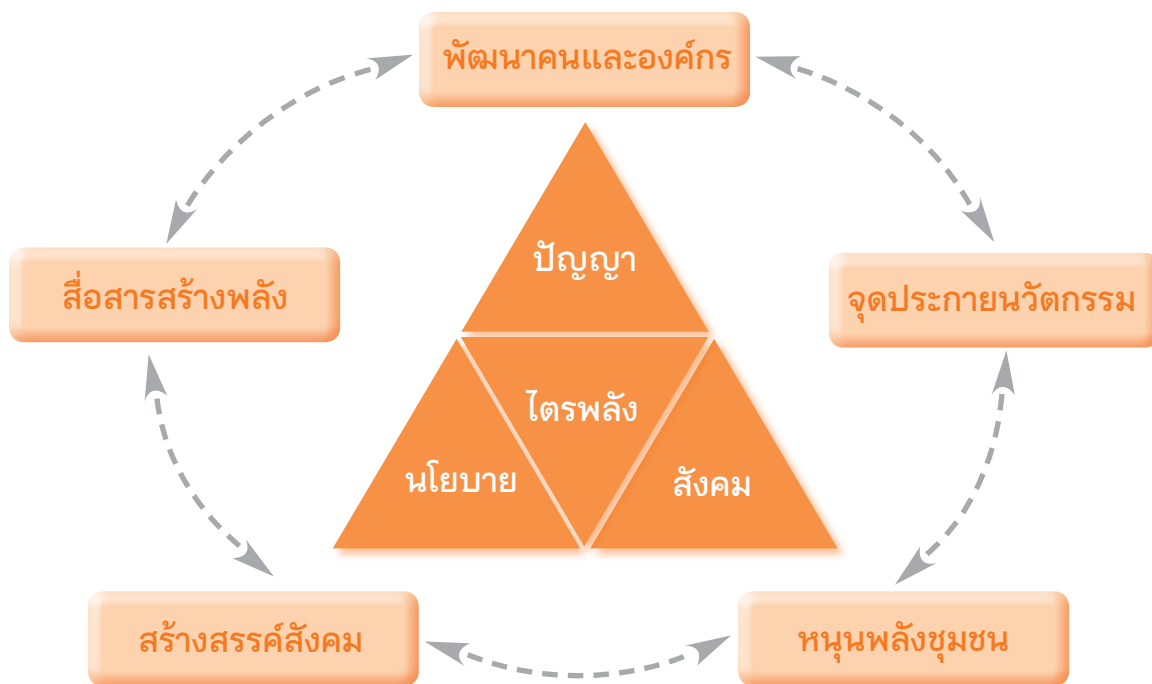
^๓ สสส. ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ และภาคีการพัฒนาหลายองค์กร ร่วมกันจัดทำบัญชีประชาชาติด้านความอยู่ดีมีสุข เห็นว่าประเทศที่มีความเจริญก้าวหน้า ในด้านชีวิตครอบครัวและชุมชน ควรให้ความสำคัญกับ ๕ เรื่องได้แก่ (๑) คนในครอบครัวและชุมชนมีความรักความสามัคคี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

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด/ สถานการณ์	แหล่งข้อมูล
(๑๐) ชุมชนและท้องถิ่นเข้มแข็ง	ดัชนีที่แสดงถึงชุมชนเข้มแข็ง^๔ ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ ดัชนีชุมชนเข้มแข็งอยู่ในระดับต้องปรับปรุงเท่ากับ ๖๑.๒	ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ของครัวเรือนและข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้าน (กชช. ๒ ค) กระทรวงมหาดไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติจัดทำดัชนีชี้วัดจากข้อมูล จปฐ. โดยใช้ดัชนีสี่ตัวประกอบด้วย (๑) ชุมชนพึ่งตนเองได้ (๒) การเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาด้วยกันอย่างต่อเนื่อง (๓) ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน (๔) ชุมชนเกื้อกูลกัน (การมีสวัสดิการชุมชน) สสส. จะทำงานร่วมกับภาคีเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดและวิธีการจัดเก็บข้อมูล โดยจะมีการตั้งเป้าหมายในระยะต่อไป

^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

๓

ยุทธศาสตร์



ยุทธศาสตร์หลัก: สามเสาหลัก

ยุทธศาสตร์ “สามเสาหลัก” ประกอบด้วยพลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังนโยบาย เป็นยุทธศาสตร์หลักสำหรับขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขปัญหาสุขภาวะที่ยากและสำคัญในสังคมไทยอย่างสร้างสรรค์ที่กองทุนได้ใช้อย่างได้ผลตลอดมา 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 ชุมชนทั้งในเชิงพื้นที่ และในลักษณะอื่นๆ

๔. **พัฒนาระบบและกลไกทางสังคม ที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะ** ซึ่งรวมถึงระบบและกลไกนโยบาย กฎหมาย และกลไกทางสังคมอื่นๆ ที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะให้เอื้อต่อการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาวะ

๕. **พัฒนาระบบการเรียนรู้และสื่อสารสาธารณะ** โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพในด้าน การจัดการความรู้ ข้อมูล การสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ ทั้งในองค์กร สสส. และภาคีทั้งหมด ให้เหมาะสมกับบริบทการสื่อสารใหม่



ส่วนที่ ๒

ภาพรวมแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)

- ๑ สรุปผลการประเมินแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๕๗)
- ๒ วิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงาน
 - ๕ สถานการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะใน ๓ ปีข้างหน้า
 - สรุปการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงานรายแผน
- ๓ บริบทและแนวโน้มนโยบายในการจัดทำแผน
- ๔ รูปแบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
- ๕ งบประมาณ
- ๖ การบริหารจัดการ การกำกับติดตามและประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง
- ๗ การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ



สรุปผลการประเมินแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๕๗)

การดำเนินงานของ สสส. จะให้ความสำคัญกับการประเมินผลและการพัฒนาการทำงานในทุกระดับเพื่อให้สอดคล้องกับข้อปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔ ที่กำหนดให้คณะกรรมการบริหารแผนจัดให้มีการประเมินผลลัพธ์ของแผนอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสามปี และรายงานให้คณะกรรมการบริหารทราบ ในปี ๒๕๕๗ สำนักงานจึงได้จัดให้มีการประเมินผลการดำเนินงานในระดับแผนทั้ง ๑๕ แผน ระหว่างช่วง พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ และได้จัดทำเป็น “รายงานวิเคราะห์ผลการประเมินแผนหลัก สสส. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗” โดยสำนักงานได้แต่งตั้งคณะทำงาน กำกับกับการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ เพื่อเป็นกรรมการกลาง ที่มีบทบาทด้านสนับสนุน เชื่อมโยงและควบคุมมาตรฐานการประเมินของแต่ละแผนให้มีความสอดคล้องทั้งด้านยุทธศาสตร์ กลไกการดำเนินงาน และผลปฏิบัติการ โดยมีจุดประสงค์เพื่อนำผลการประเมินนี้ไปใช้ในการปรับปรุง พัฒนา และวางแผนการดำเนินงานในระยะ ๓ ปีต่อไป

การประเมินผลการดำเนินงานในระดับแผนทั้ง ๑๕ แผน ในรายงานวิเคราะห์ผลการประเมินแผนหลัก สสส. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ ประกอบด้วย

- ๑) การประเมินผลการดำเนินงานตนเอง (Self Assessment) โดยผู้อำนวยการสำนัก
- ๒) การประเมินผลการดำเนินงานโดยคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะ

กรอบการประเมินผลการดำเนินงานในระดับแผนทั้ง ๑๕ แผน ในรายงานวิเคราะห์ผลการประเมินแผนหลัก สสส. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ ประกอบด้วย

- ๑) การตอบสนองของผลลัพธ์ของแผนงานต่อเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส. ในเชิงคุณภาพและปริมาณ
- ๒) ความสอดคล้องของรายการกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ ของแผนที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ เพื่อยกระดับความสำเร็จสู่เป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส.



๓) สมรรถภาพในการวิเคราะห์ความสอดคล้องต่อเป้าหมายและการดำเนินการของกิจกรรมหรือโครงการเพื่อส่งผลสัมฤทธิ์ไปสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี

๔) การวิเคราะห์เพิ่มเติมจากคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะ ตามที่เห็นสมควร

หลังจากรับทราบผลการประเมินการดำเนินงานตามกรอบการประเมินข้างต้นแล้ว “คณะทำงานกำกับการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗” มีข้อเสนอแนะในภาพรวม ดังนี้

๑) เพื่อนำไปสู่การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายระยะ ๑๐ ปีของ สสส. ซึ่งถือเป็นเป้าหมายระดับชาติ สสส. จำเป็นต้องเชื่อมประสานกับหน่วยงานในภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานในการดำเนินงานร่วมกัน (collective impact) รวมถึงการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานในช่วงเวลาต่างๆ ให้ชัดเจน (เป้าหมายรายทาง) และที่สำคัญอย่างยิ่งคือจะต้องมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดผลรวมที่เกิดจากผลลัพธ์ที่มาจากการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ด้วย (เป้าหมายปลายทาง)

๒) ผลการประเมินผลการดำเนินงานในช่วง ๒ ปีที่ผ่านมา (๒๕๕๕ - ๒๕๕๖) ของทุกแผน ส่วนใหญ่ยังตอบสนองต่อเป้าหมายระยะ ๑๐ ปีของ สสส. ค่อนข้างน้อย ดังนั้น ทุกแผนควรเร่งหารือร่วมกับคณะกรรมการบริหารแผน ภาควิเคราะห์ของแผน และแผนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการจัดทำแผนที่ทางเดินสู่เป้าหมาย ๑๐ ปีในประเด็นต่างๆ ที่แผนเกี่ยวข้อง

๓) เพื่อมุ่งไปสู่ผลสัมฤทธิ์ของเป้าหมาย ๑๐ ปีร่วมกัน สสส. ต้องสร้างเอกภาพของการดำเนินการของทุกแผนให้มีความสอดคล้องต่อเนื่องไปสู่เป้าหมายเดียวกัน รวมทั้งจัดระบบการติดตามประเมินผลและระบบฐานข้อมูลร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การประเมินผลร่วมกัน

๔) เนื่องจากทุกสำนัก/ทุกแผนมีแนวคิดในการพัฒนาฐานข้อมูล ดังนั้น จึงต้องมีการประสานกันเพื่อสร้างระบบฐานข้อมูลกลางที่สามารถเชื่อมโยงซึ่งกันและกันได้

๕) ควรมีการนำบทเรียนจากการดำเนินงานที่ดีของแต่ละสำนักมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน

๖) ควรมีการถอดบทเรียนการประเมินผลแผน ๓ ปีในครั้งนี้อย่างจริงจัง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับแก้และหารูปแบบการประเมินผลที่เหมาะสมสำหรับการประเมินผลแผน ๓ ปีในครั้งต่อไป

ประมวลข้อเสนอแนะและการพัฒนางานโดยรวมในระยะต่อไป

๑. การวางยุทธศาสตร์และเป้าหมาย

๑) ควรกำหนดตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ของ สสส.

๒) ควรกำหนดน้ำหนักแผนงานและตัวชี้วัดในระดับผลลัพธ์ตามยุทธศาสตร์สามปี/ สิบปีของ สสส. รวมทั้งทบทวนการสนับสนุนโครงการเพื่อผลักดันให้บรรลุตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์ อาทิ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์เชิงระบบและการบูรณาการ รวมทั้งการเพิ่มการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

๓) ใช้แนวคิดตามช่วงวัยของวงจรชีวิตของมนุษย์ (program life cycle) เพื่อให้งานแต่ละกลุ่มประชากรมีพลวัตและจุดเน้นแตกต่างกันตามระดับการพัฒนา

๔) เสริมพลังชุมชนจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพเป็นฐานการทำงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพของคนในชุมชน

๕) การเพิ่มการดำเนินงานให้เข้มข้นขึ้นในกลุ่มเด็ก เยาวชน และสตรี

๖) ขยายงานบูรณาการไปสู่แผนอื่นๆ

๗) ควรทำงานแผนงานโครงการน้อยลง เน้นการเชื่อมโยงนำนวัตกรรม ไปฝังไว้ในระบบปกติ เป็นน้ำมันหล่อลื่นและตัวเร่งปฏิกิริยา (catalyst) เชื่อมโยงและกระตุ้นให้ภาคีระดับประเทศขับเคลื่อนงานร่วมกัน และภาคีพื้นที่นำต้นแบบไปขยายผล พร้อมทั้งประสานภาคีภายใน สสส. เพื่อนำความรู้สำคัญมาสนับสนุนการดำเนินงาน

๘) ควรสนับสนุนการพัฒนางานและขยายผล โดยสนับสนุนให้ภาคีหลักทำงานเชื่อมโยงและแสวงหาความร่วมมือกับหน่วยงานในระบบปกติอย่างต่อเนื่อง

๙) ควรมีเวทีเพื่อจัดการบูรณาการตัวชี้วัดร่วมกัน จะช่วยลดการทำงานซ้ำซ้อน และเสริมพลังในเชิงยกระดับความสำเร็จของกิจกรรมไปสู่ความสำเร็จของโครงการและแผนงาน ซึ่งจะตอบสนองต่อเป้าหมาย ๑๐ ปีได้

๑๐) ขอบเขตการประเมินผล ควรประเมินผลกระทบเชิงสังคมด้วย และควรกำหนดวิธีการประเมินพื้นที่สุภาวะให้ชัดเจนตั้งแต่ต้น กลาง และปลายน้ำ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ตรงกัน นอกจากนี้ ควรขยายการประเมินผลกระทบทางสังคม (Social Return on Investment : SROI) ให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

๒. การเลือกภาคี

๑) เพิ่มกิจกรรมการถักทอภาคีเครือข่ายผ่านการจัดทำแผนที่การดำเนินงานของภาคีเครือข่าย เพิ่มการวิเคราะห์ความซ้ำซ้อนของหลักสูตรอบรมพัฒนาเครือข่าย และเพิ่มการแสวงหาเครือข่ายใหม่ หรืออาจเน้นภาคีที่ดำเนินงานกลุ่มเฉพาะ เช่น เด็ก เยาวชน และ สตรี

๒) ควรขยายการพัฒนานโยบาย/ มาตรการในพื้นที่ผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓) พัฒนาศักยภาพภาคีและจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมทั้งหมดเพื่อลดความซ้ำซ้อน

๔) พัฒนาศักยภาพภาคีเพื่อยกระดับคุณภาพโครงการ เนื่องจากการมุ่งเน้นการกระจายโอกาสให้ผู้รับทุนรายย่อย การมีทีมช่วยพัฒนาโครงการจึงมีความสำคัญ และควรพิจารณาคุณสมบัติของผู้จัดการโครงการ ผู้ติดตาม พี่เลี้ยง ให้มีความรู้ทางวิชาการด้านการวิเคราะห์ปัญหาชุมชน การนิเทศให้คำแนะนำ การศึกษาข้อมูลชุมชน และการติดตามประเมินผล และสำนักควรมีการฝึกอบรม และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดำเนินโครงการ และผู้ติดตามในแต่ละโครงการของแผนงาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในประเด็นการเขียนรายงานการดำเนินงานโครงการที่สามารถสื่อสาร และสะท้อนข้อมูล ผลลัพธ์ หรือผลกระทบที่สำคัญจากการดำเนินงานออกมาได้อย่างชัดเจน และสอดคล้องตามเป้าประสงค์ของแผน

๓. การติดตามประเมินผล

๑) พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการติดตามประเมินผลทั้งตามตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (KPIs) และตามรูปแบบที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของแผนงานกับผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ซึ่งควรดำเนินการพร้อมกับการพัฒนาแผนงาน/ โครงการ

๒) ควรพัฒนากลไกการประเมินภายในให้มีบทบาทในการปรับปรุงการดำเนินงานให้มากขึ้น

๔. การเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน

๑) ควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับหลักคิด ทิศทาง แนวทางการดำเนินงาน ทั้งนี้ในระยะเวลาที่ผ่านมา คณะกรรมการต่างๆ มีโอกาสปรึกษาหารือกันเกี่ยวกับภาพใหญ่และประเด็นสำคัญเหล่านี้บ่อยเกินไป นำไปสู่การกำกับเชิงกระบวนการมากกว่าการให้คำปรึกษาเชิงยุทธศาสตร์ นอกจากนี้ภาคีต้องการการสนับสนุนจากคณะกรรมการในการเชื่อมโยงกับกลไกนโยบายระดับชาติ

๒) ควรเพิ่มการถอดบทเรียนในระหว่างการทำงานวิจัยในแต่ละขั้นตอน เพื่อสังเคราะห์ชุดความรู้และประสบการณ์

๓) ขยายงานวิจัยปฏิบัติการ (action research) เพื่อสร้างความเป็นเจ้าของและกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาก็เหมาะสมกับแต่ละจังหวัด

๔) ควรมีกลไกวิชาการที่ช่วยสนับสนุนงานสำคัญอย่างต่อเนื่อง ในการปรับยุทธศาสตร์ หรือกลวิธีการทำงาน ตลอดจนการประสานเชื่อมต่อการทำงานระหว่างแผนต่างๆ

๕. **การเผยแพร่ผลการดำเนินงาน** โดยเพิ่มการสังเคราะห์งานวิจัย/ วิชาการที่ง่ายต่อการนำไปใช้ในกลุ่มภาคีเครือข่ายแต่ละกลุ่มแผนงานผ่านการวางแผน/ เชื่อมโยงความต้องการของภาคีเครือข่าย

๖. อื่นๆ

๑) การขับเคลื่อนสังคมด้วยสื่อสาธารณะอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง ที่แทรกกับสื่อกระแสหลัก หรือเครือข่ายสื่อสารในชุมชน ควรมีการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการรับฟังเนื้อหาที่ต้องการสื่อและผลที่ต้องการ มีบุคลากรที่มีความถนัดด้านนิเทศศาสตร์เข้ามาร่วมทำงานด้วย

๒) การทบทวนวาทกรรมที่อาจมีผลต่อความรู้สึกและเข้าใจยาก เช่น กิจกรรมทางกาย แม่ข่าย-ลูกข่าย เป็นต้น

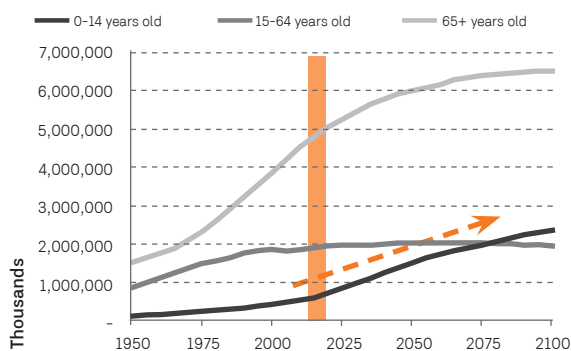


วิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงาน

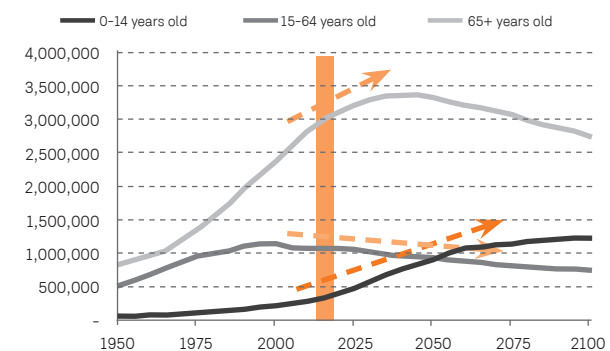
๕ สถานการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสถานะใน ๓ ปีข้างหน้า

การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ปัจจุบันมนุษย์ทั่วโลกมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น และถึงแม้ว่าในภาพรวมจำนวนประชากรวัยเด็กของโลกยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่สถานการณ์จำนวนประชากรเด็กในภูมิภาคเอเชียได้เริ่มทยอยลดลงมากกว่าสิบปี โดยเฉพาะประเทศไทยที่อัตราการเจริญพันธุ์โดยรวมเริ่มลดลงตั้งแต่ปี ๒๕๒๓ เป็นต้นมา ส่งผลให้จำนวนประชากรเด็กของไทยลดลงในอัตราที่เร็วกว่าหลายประเทศในภูมิภาคอาเซียน ยกเว้นสิงคโปร์ ทั้งหมดนี้เป็นสาเหตุให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วกว่าประเทศอื่น โดยสหประชาชาติได้คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๕ ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ ๒๓ ของประชากรไทยในปี ๒๕๗๘

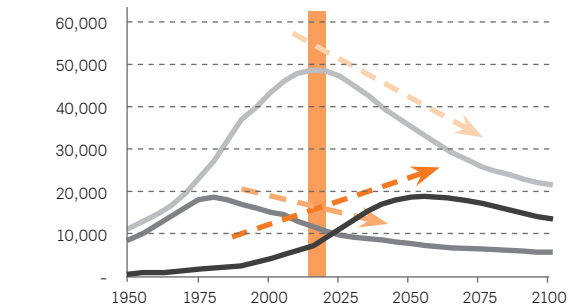
แนวโน้มประชากรโลก



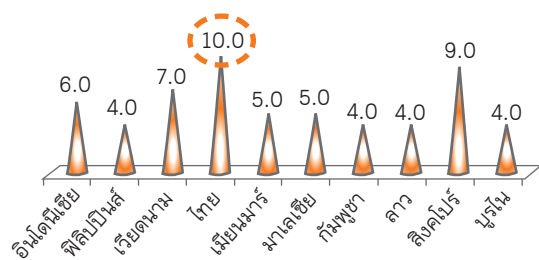
แนวโน้มประชากรเอเชีย



แนวโน้มประชากรไทย



ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุในประชาคมอาเซียน อายุ 65 ปีขึ้นไป พ.ศ. ๒๕๕๕



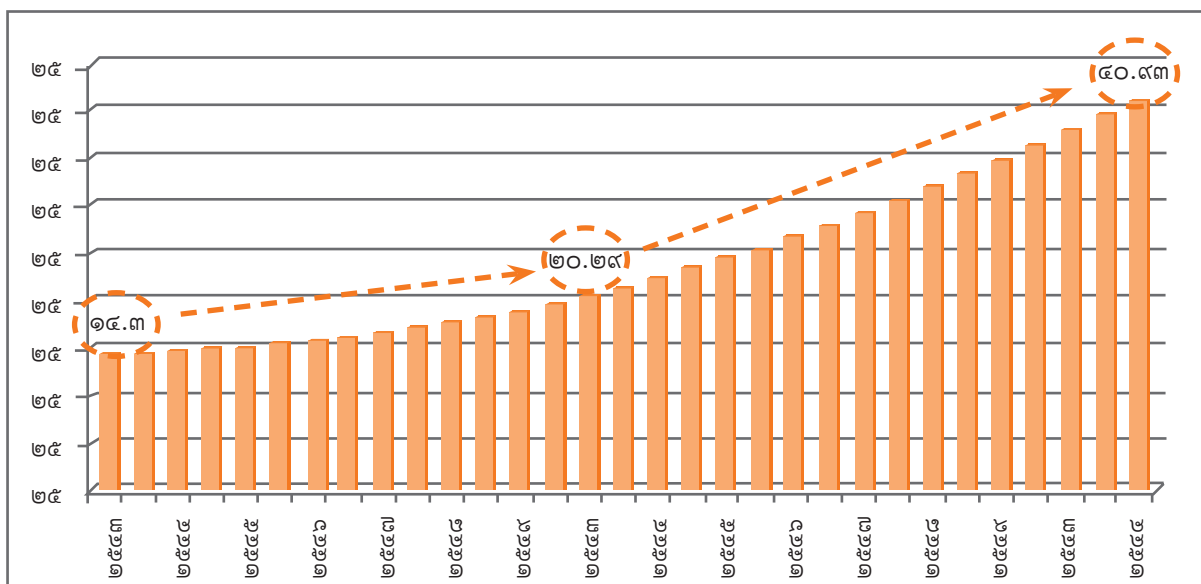
ที่มา: United Nation, Department of Economics and Social Affairs, Population Division (2012), World Population Prospects: The 2012 Revision

สมมุติอัตราการเจริญพันธุ์ปานกลาง (หมายความว่าอัตราการเจริญพันธุ์ลดลงในประเทศที่มีขนาดครอบครัวใหญ่และอัตราการเจริญพันธุ์เพิ่มในประเทศที่มีการเจริญพันธุ์ต่ำกว่าอัตราทดแทน)

จากสถานการณ์ของประเทศไทยที่อัตราการเกิดลดลงในช่วงหลายปีที่ผ่านมา อีกทั้งในจำนวนนี้ยังเป็นภาวะเกิดน้อย ด้อยคุณภาพ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมในวัยรุ่น โดยในปี ๒๕๕๖ ประเทศไทยมีผู้หญิงที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปีคลอดบุตรเฉลี่ยวันละ ๒๕๕ ราย ในจำนวนนี้เป็นเด็กหญิงที่อายุต่ำกว่า ๑๕ ปีถึง ๑๐ รายต่อวันที่ต้องกลายเป็นเด็กหญิงแม่^๕ ส่งผลให้จำนวนประชากรวัยแรงงานของไทยซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ทำงานหาเลี้ยงครอบครัวเริ่มมีแนวโน้มลดลงตามไปด้วย ในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจากโครงสร้างของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปดังกล่าว ส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงานเพิ่มสูงขึ้นจากผู้สูงอายุ ๑๔.๓ คนต่อวัยทำงานหนึ่งร้อยคนในปี ๒๕๔๓ เป็น ๒๐.๓ คนต่อวัยทำงานหนึ่งร้อยคนในปี ๒๕๕๗^๖ ในปัจจุบันจังหวัดที่มีดัชนีการสูงวัยมากอันดับต้นๆ ของประเทศ คือ ลำปาง ลำพูน แพร่ สมุทรสงคราม และสิงห์บุรี

อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน 100 คน

หน่วย: ร้อยละ



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีความสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองและครอบครัว และบางส่วนยังคงทำงานแม่เลี้ยงวัยเกษียณอายุมาแล้ว ซึ่งลักษณะเช่นนี้มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต อย่างไรก็ตามปฏิเสธไม่ได้ว่าผู้สูงอายุบางส่วนก็ต้องอยู่ในภาวะว่างงาน โดยเฉพาะเมื่ออายุยิ่งเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นจากสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันที่โดยเฉพาะเมื่อขนาดครอบครัวไทยเล็กลงและมีคนจำนวนมากที่เลือกอยู่เป็นโสด อีกทั้งคนวัยทำงานต้องละทิ้งถิ่นฐานเพื่อเข้ามาทำงานในเมือง ส่งผลให้ประมาณร้อยละ ๖ ของครัวเรือนไทยในปัจจุบันที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยอยู่เพียงลำพังหรือดูแลกันเอง^๗ โดยมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ต้องอาศัยเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่ได้รับจากภาครัฐเป็นรายได้หลัก ทั้งหมดทำให้สถานะ

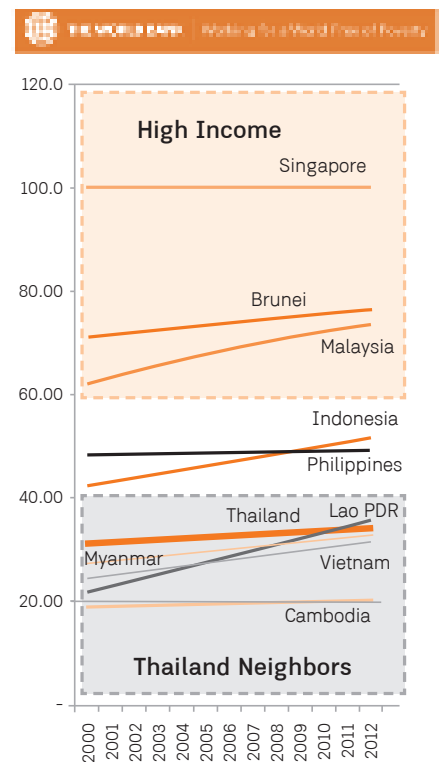
^๕ สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

^๖ บทความวิจัยประกอบการสัมมนาทางวิชาการของ สำนักงานเศรษฐกิจการคลังครั้งที่ ๑๐ ประจำปี ๒๕๕๖ เรื่อง “ความเสี่ยงทางการคลัง: ความท้าทายเชิงนโยบาย” ความเสี่ยงทางการคลังจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

^๗ การทบทวนสภาพแวดล้อมการดำเนินงานเพื่อวางแผนหลัก สสส. (๒๕๕๔ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๔ โดย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นความท้าทายที่เร่งด่วนของทุกภาคส่วน ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในทุกช่วงวัยควบคู่กับการเตรียมความพร้อมในด้านอื่นๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย

วิถีการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากความเป็นสังคมเมือง
อัตราการขยายตัวของประชากรที่อยู่อาศัยในเขตเมืองทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งปี ๒๕๕๕ เป็นต้นมาที่อัตราส่วนของประชากรทั่วโลกที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีอัตราสูงกว่าในเขตชนบทเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์พร้อมกับคาดการณ์ว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว^{๙๐} โดยเฉพาะในเขตเอเชีย แอฟริกา และลาตินอเมริกา^{๙๑} ซึ่งสถานการณ์เดียวกันนี้ก็เกิดขึ้นในภูมิภาคอาเซียน^{๙๒} สอดคล้องกับข้อมูลคาดการณ์ของประเทศไทยที่บ่งชี้ว่าประชากรในประเทศไทยจะกระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจากการทำสำมะโนประชากรในช่วงปี ๒๕๓๓ - ๒๕๕๓ พบว่าประชากรมีการอยู่อาศัยในเขตเทศบาลเพิ่มขึ้นกว่าสองเท่าตัว จากร้อยละ ๑๙ เป็นร้อยละ ๔๓ และคาดการณ์ว่าในปี ๒๕๕๘ ประเทศไทยมีประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล มากกว่าในเมืองประมาณ ๓ ล้านคน แต่อีก ๕ ปีข้างหน้าประชากรในเขตเทศบาลจะมีมากกว่านอกเขตเทศบาลประมาณ ๒ ล้านกว่าคน^{๙๓} ทั้งนี้สาเหตุของการเพิ่มขึ้นนั้นอาจมาจากการย้ายถิ่นเข้ามาอยู่ในเมืองและการขยายจำนวนเขตเทศบาลมากขึ้นเรื่อยๆ ตามความเจริญของเมือง อย่างไรก็ตาม การขยายตัวที่เพิ่มขึ้นของเขตเมืองโดยขาดการจัดการที่ดีจะพบปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดกับกลุ่มคนยากจนมากที่สุด คือ ปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ปัญหาด้านกายภาพของที่พักอาศัย ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรม และปัญหาด้านสังคม^{๙๔}



^{๙๐} ข้อมูลจาก UN HABITAT อ้างถึงในรายงานการทบทวนสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และข้อเสนอเป้าหมายการขับเคลื่อน ในช่วงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐

^{๙๑} ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกอ้างถึงในรายงานการทบทวนสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และข้อเสนอเป้าหมายการขับเคลื่อน ในช่วงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐

^{๙๒} <http://data.worldbank.org/indicator/SP.URB.TOTL.IN.ZS>

^{๙๓} ประมาณการโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

^{๙๔} ข้อมูลจาก UN HABITAT อ้างถึงในรายงานการทบทวนสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และข้อเสนอเป้าหมายการขับเคลื่อน ในช่วงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐

การประมาณประชากรในเขตและนอกเขตเทศบาล

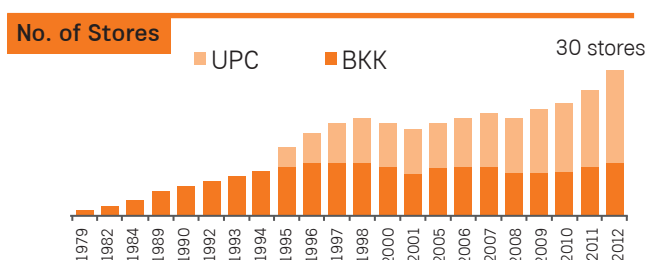
	๒๕๕๓	๒๕๕๘	๒๕๖๓	๒๕๗๓
รวมทั้งประเทศ (พันคน)	๖๓,๗๘๙	๖๕,๑๐๔	๖๕,๙๙๖	๖๖,๓๗๑
ในเขตเทศบาล	๒๗,๗๐๕	๓๐,๙๗๓	๓๔,๑๓๑	๓๗,๐๗๓
นอกเขตเทศบาล	๓๖,๐๘๔	๓๔,๑๓๑	๓๑,๘๖๕	๒๙,๒๙๗

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (๒๕๕๖) การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓

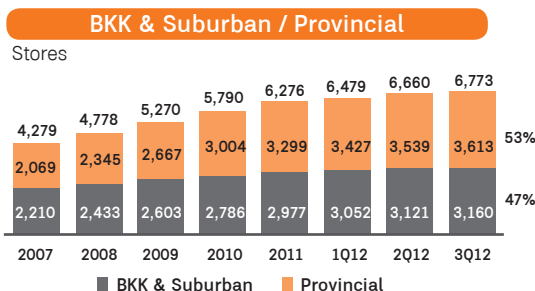
หมายเหตุ: ภายใต้ข้อสมมุติว่า ประชากรในเขตเทศบาล เพิ่มขึ้นเส้นตรงจากร้อยละ ๔๓.๔ ในปี ๒๕๕๓ เป็นร้อยละ ๖๐ ในปี ๒๕๗๓

นอกเหนือจากการขยายตัวทางกายภาพของพื้นที่เขตเทศบาลแล้ว ภาคธุรกิจก็มีความเปลี่ยนแปลงเพื่อรองรับการขยายตัวดังกล่าวเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการขยายตัวของอสังหาริมทรัพย์ประเภทอาคารชุดซึ่งเป็นลักษณะการอยู่อาศัยในเมือง นอกจากนี้ ภาคธุรกิจค้าปลีกก็มีการขยายตัวที่สอดรับการขยายตัวของพื้นที่เมืองด้วย เช่น การขยายสาขาของห้างสรรพสินค้าที่ระยะหลังจะเน้นการขยายสาขาในต่างจังหวัดแทนการเพิ่มจำนวนสาขาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร รวมถึงการขยายตัวของจำนวนร้านสะดวกซื้อที่สามารถพบเห็นได้เกือบทุกพื้นที่ของประเทศไทย

การขยายตัวของห้างสรรพสินค้าโรบินสัน



การขยายตัวของ CP ALL



ที่มา: http://www.cpall.co.th/images/FckUpload/file/IR_Presentation_2012/Presentation_3Q12.pdf Retrieve 2014

ความเป็นสังคมเมืองทำให้วิถีชีวิตของคนไทยเปลี่ยนไป ดังจะเห็นได้จากข้อมูลที่บ่งชี้ว่าที่ผ่านมา ลักษณะบ้านของคนไทยเปลี่ยนจากบ้านไม้เป็นบ้านปูนและมีสุขอนามัยดีขึ้น เนื่องจากแทบทุกบ้านมีส้วมใช้และมีน้ำประปาใช้ถึงร้อยละ ๙๔ นอกจากนี้ ยังต้องซื้อน้ำดื่มร้อยละ ๔๑ ปัจจุบันบ้านส่วนใหญ่ใช้แก๊สเพื่อการหุงต้ม ซึ่งเปลี่ยนแปลงจาก ๓๐ ปีก่อน ที่กว่าร้อยละ ๘๐ ต้องใช้ถ่านหรือฟืนในการหุงต้ม



ชีวิตความเป็นอยู่ของคนไทย

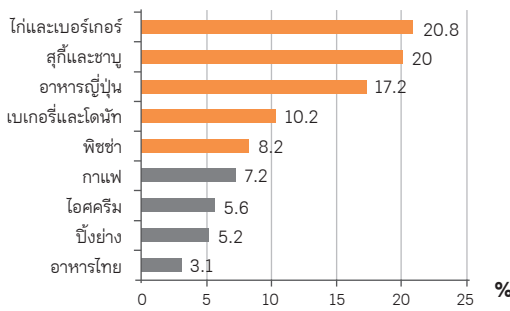
	๒๕๒๔	๒๕๕๔	๒๕๕๕
ขนาดครัวเรือน (คน)	๔.๕	๓.๒	๓.๓
ครัวเรือน-มีคนหารายได้สองคน (ร้อยละ)	๓๕	๔๔	๔๓.๙
อยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ)	๗๑	๖๔	๖๓.๘
บ้านทำด้วย -- ซีเมนต์ อิฐ ปูน (ร้อยละ)	๘	๔๙	๕๓
-- ไม้ (ร้อยละ)	๘๑	๒๓	๒๐.๗
ส้วม -- ชักโครกหรือส้วมซึม (ร้อยละ)	๕๑.๑	๙๙.๖	๙๙.๕
-- ส้วมถัง ส้วมหลุม (ร้อยละ)	๖.๔	๐.๑	๐.๐๒
-- ไม่มีส้วมของตนเอง (ร้อยละ)	๔๒.๓	๐.๔	๐.๕
การใช้เชื้อเพลิงทำอาหาร -- ถ่าน (ร้อยละ)	๔๒	๑๓	๑๒.๙
-- ฟืน (ร้อยละ)	๔๔	๑๕	๑๓.๖
-- แก๊ส (ร้อยละ)	๗	๖๒	๖๑.๗
-- ไม่ทำอาหาร (ร้อยละ)	๒	๘	๙.๑
น้ำใช้ -- น้ำประปา (ร้อยละ)	๒๐	๗๘	๙๓.๖
น้ำดื่ม -- น้ำประปา (ร้อยละ)	๑๖	๑๑	๑๓.๖
-- น้ำบ่อ น้ำบาดาล (ร้อยละ)	๕๖	๗	๒
-- น้ำคลอง (ร้อยละ)	๘	๐.๔	๐.๖
-- น้ำฝน (ร้อยละ)	๑๗	๓๑	๒๘.๖
-- น้ำขวด (ร้อยละ)	ไม่สำรวจ	๓๘	๔๐.๙

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี ๒๕๒๔ ปี ๒๕๕๔ และปี ๒๕๕๕

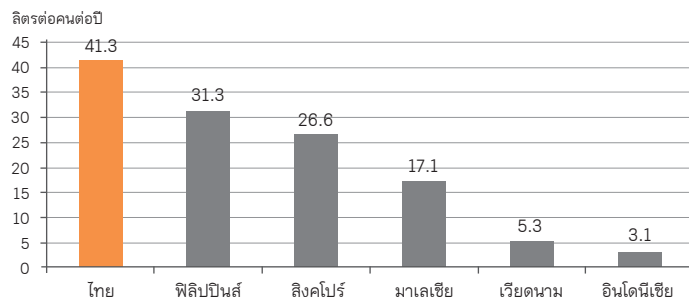


นอกจากนั้น จากการที่ในครอบครัวต้องช่วยกันทำมาหากินโดยมีสัดส่วนของครัวเรือนที่ต้องมีผู้ทำงานหารรายได้สองคนมากขึ้น ซึ่งแตกต่างกับในอดีตที่ผู้นำครอบครัวเพียงคนเดียวก็สามารถหาเลี้ยงครอบครัวได้ทั้งหมด ทำให้ในปัจจุบันมีครอบครัวที่ไม่หุงหาอาหารเลยมีเกือบร้อยละ ๑๐ จากทั้งหมด^{๙๕} และมีการซื้ออาหารจากร้านที่เป็นเครือข่ายธุรกิจอาหารเพิ่มอย่างต่อเนื่องจาก ๖๕,๐๐๐ ล้านบาทในปี ๒๕๕๓ เป็นเกือบแสนล้านบาทในปี ๒๕๕๖^{๙๖} โดยในจำนวนนี้ประมาณการว่าธุรกิจอาหารประเภทไก่และเบอร์เกอร์ มีส่วนแบ่งตลาดมากที่สุดที่ประมาณร้อยละ ๒๐ นอกจากการบริโภคอาหารประเภทจานด่วนที่เพิ่มขึ้นแล้ว ยังพบว่า คนไทยยังมีการบริโภคน้ำอัดลมสูงกว่าประเทศเพื่อนบ้านอีกด้วย เช่นเดียวกับการขยายตัวอย่างก้าวกระโดดของมูลค่าทางการตลาดในธุรกิจชาพร้อมดื่ม^{๙๗} ซึ่งบางส่วนจัดเป็นเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลสูง

มูลค่าตลาดร้านอาหารที่เป็นเครือข่ายธุรกิจอาหาร



ปริมาณการบริโภคน้ำอัดลม ปี 2554



ที่มา: รายงานสุขภาพคนไทย 2557 หน้า 21

และจากการที่ทั้งพ่อและแม่ต้องช่วยกันทำมาหากินนี้เอง ส่งผลให้มีเวลากับครอบครัวน้อยลง โดยจากข้อมูลเมื่อปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๕ เด็กประถมใช้เวลาเรียนพิเศษประมาณ ๑๖๕ นาทีต่อวัน และใช้เวลาเล่นอินเทอร์เน็ตประมาณ ๑๖๙ นาทีต่อวัน แต่กลับใช้เวลาน้อยกว่าในการคุยกับพ่อแม่^{๙๘} และยังพบว่า ในปัจจุบันมีเด็กเพียงร้อยละ ๖๐ ที่อยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับพ่อแม่ ลดลงจากร้อยละ ๖๕ ในปี ๒๕๔๔ โดยสาเหตุสำคัญมาจากการย้ายถิ่นเพื่อไปทำงานของพ่อหรือแม่ (โดยเฉพาะในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ) และการแยกทางกันของพ่อแม่ (โดยเฉพาะในภาคกลาง)

^{๙๕} การทบทวนสภาพแวดล้อมการดำเนินงานเพื่อวางแผนหลัก สสส. (๒๕๕๔ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๔ โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

^{๙๖} สืบค้นโดยศูนย์วิจัยกสิกรไทย อ้างถึงในการทบทวนสภาพแวดล้อมการดำเนินงานเพื่อวางแผนหลัก สสส. (๒๕๕๔ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๔ โดย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

^{๙๗} หนังสือพิมพ์โพสทูเดย์ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๕/ ข่าวสด ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

^{๙๘} โครงการติดตามสภาวะการณ์เด็กและเยาวชน, สภาวะการณ์ด้านเด็กและเยาวชนไทยในรอบปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๕

การใช้เวลาของเด็กประถม

หน่วย: นาทีต่อวัน

การใช้เวลา	๒๕๕๑ - ๒๕๕๒	๒๕๕๔ - ๒๕๕๕
เวลาที่ใช้เรียนพิเศษ	๑๘๔	๑๖๕
เวลาที่คุยกับพ่อแม่ ญาติผู้ใหญ่	๑๐๕	
เวลาที่ใช้เล่นอินเทอร์เน็ต	๑๐๕	๑๙๘
เวลาที่ใช้ออยู่บ้านเพื่อนต่อวัน	๑๑๔	
เวลาที่เด็กอยู่บ้านคนเดียวหลังเลิกเรียน	๑๑๑	

ที่มา: Child Watch ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒

สัดส่วนการอยู่อาศัยของเด็กกับพ่อและแม่

หน่วย: ร้อยละ

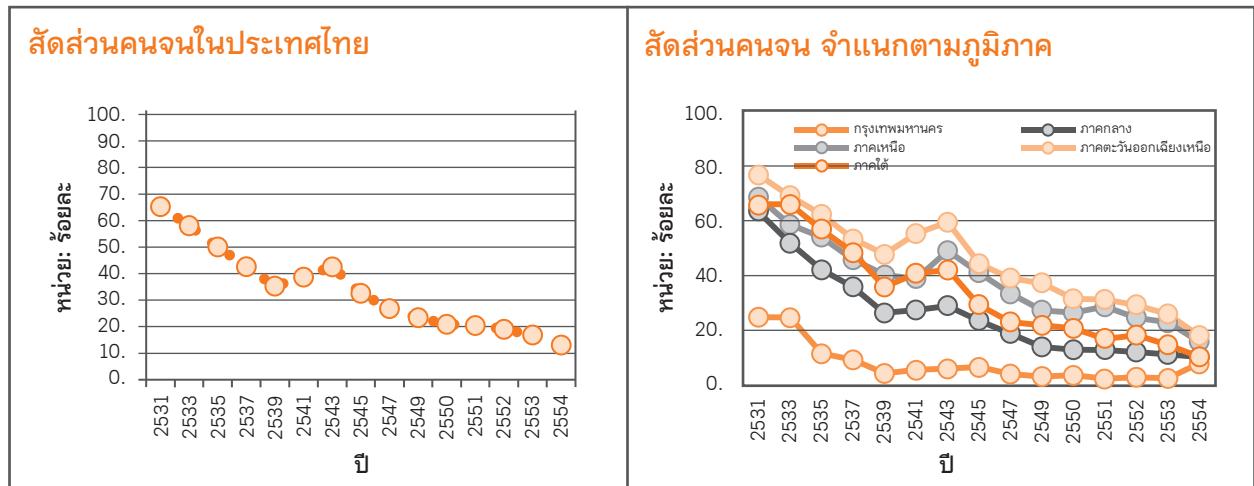
ลักษณะของการอยู่อาศัย	๒๕๔๙	๒๕๕๐	๒๕๕๑	๒๕๕๒	๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕
อยู่กับพ่อแม่	๖๔.๕	๖๓.๐	๖๒.๐	๖๑.๙	๖๑.๓	๕๙.๗	๖๐.๖
อยู่กับพ่อคนเดียว	๒.๔	๒.๓	๒.๖	๓.๑	๒.๙	๓.๑	๓.๑
อยู่กับแม่คนเดียว	๑๓.๗	๑๒.๘	๑๓.๖	๑๓.๘	๑๔.๓	๑๓.๙	๑๓.๗
อยู่กับญาติ	๑๘.๙	๒๑.๗	๒๑.๔	๒๑.๐	๒๑.๑	๒๒.๙	๒๒.๒
อยู่กับคนอื่น	๐.๕	๐.๓	๐.๔	๐.๓	๐.๔	๐.๔	๐.๔
รวม	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน

ขณะเดียวกัน ก็มีการวิจัยพบว่าผลกระทบจากความเป็นเมืองเป็นปัจจัยเสริมให้เยาวชนในต่างจังหวัดเริ่มสูบบุหรี่ชองมากขึ้นเพราะราคาถูก^{๑๔} กอปรกับการเข้าถึงเทคโนโลยีของเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะเครือข่ายสังคมออนไลน์และ application บน smart phone เช่น line และ whatsapp ทำให้ถูกใช้เป็นช่องทางในการขายยาสูบประเภทใหม่ โดยเฉพาะบุหรี่น้ำเข้า บุหรี่ชูรส บารากู่ และบารากู่ไฟฟ้า

^{๑๔} ข้อเสนอแผนยุทธศาสตร์ ๓ ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ด้านปัจจัยเสี่ยงหลักด้านยาสูบต่อคณะทำงานวิชาการสำนัก ๑ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักหน้าที ๘ โดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

แม้ว่าการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยที่ผ่านมาจะทำให้เกิดการกระจายผลประโยชน์ไปสู่ทุกกลุ่มชนชั้น อีกทั้งประเทศไทยได้จัดให้มีสวัสดิการสังคมขั้นพื้นฐาน เช่น ด้านการศึกษา ด้านสาธารณสุข และด้านประกันสังคม เป็นต้น ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดภาวะความยากจนในประเทศลดลงอย่างมาก^{๓๓} แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายพื้นที่แล้วพบว่าสัดส่วนคนจนเป็นรายภาคส่วนใหญ่ยังคงกระจุกตัวอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยที่กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนคนจนน้อยที่สุด



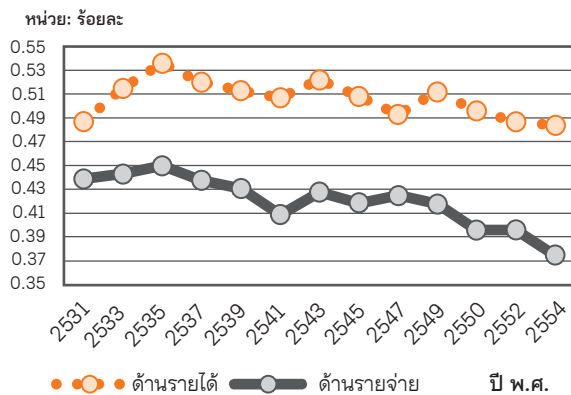
ที่มา: ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: คำนวณโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ผลพวงจากเศรษฐกิจที่อาศัยระบบตลาดเป็นหลักของประเทศไทย ทำให้ผลประโยชน์ส่วนใหญ่จากการขยายตัวทางเศรษฐกิจตกอยู่กับนายทุนรายใหญ่ ในขณะที่ส่วนอื่นๆ ในสายพานการผลิต เช่น ผู้ประกอบธุรกิจรายย่อยตลอดจนถึงแรงงานกลับได้ผลประโยชน์น้อยกว่าตามลำดับ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ในช่วง ๒๕ ปีที่ผ่านมาแม้ว่าข้อมูลจะแสดงให้เห็นว่าความเหลื่อมล้ำด้านรายได้และรายจ่ายจะปรับดีขึ้น แต่ช่องว่างทางรายได้ระหว่างคนที่รวยที่สุดและคนที่จนที่สุดหรือความเหลื่อมล้ำในประเทศไทยโดยเฉลี่ยยังคงค่อนข้างกว้างอยู่ดี

^{๓๓} ฉลองภพ สุสังกรกาญจน์ ๒๕๕๕

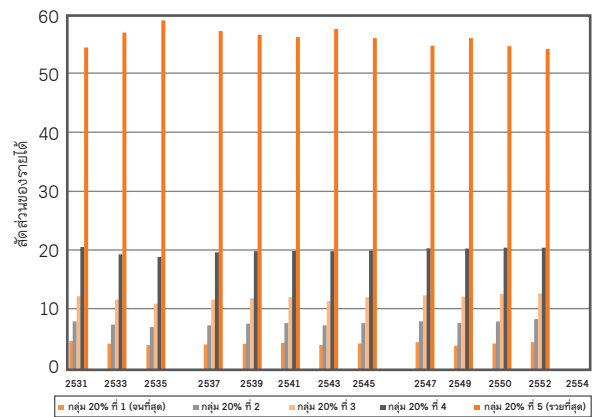
ค่าสัมประสิทธิ์ Gini ด้านรายได้และด้านรายจ่าย ปี ๒๕๓๑ - ๒๕๕๔



ที่มา: ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: คำนวณโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สัดส่วนรายได้ของประชากร จำแนกตามกลุ่มรายได้ ระหว่างปี ๒๕๓๑ - ๒๕๕๔



หมายเหตุ: คำนวณโดยสำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม (สศช.)

ที่มา: ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจถือเป็นหนึ่งในต้นเหตุที่สำคัญของความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพ ควบคู่กับความแตกต่างในทางสังคมและลักษณะทางด้านประชากรศาสตร์ เช่น การจัดช่วงชั้นทางสังคมโดยลักษณะงานหรืออาชีพ เนื่องจากอาชีพเป็นตัวกำหนดรายได้ การที่บุคคลหรือครัวเรือนมีรายได้แตกต่างกันย่อมทำให้ความแตกต่างกันในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพหรือแม้แต่การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความรู้ทางด้านสุขภาพ นอกจากอิทธิพลด้านรายได้แล้วอาชีพยังมีส่วนกำหนดความเสี่ยงของโรคจากการทำงาน ลักษณะสังคม พื้นฐานทางครอบครัวและปัจจัยอื่นๆ ด้วย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านการแบ่งเขตพิกัดทางภูมิศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้อง

ในปี ๒๕๕๒ สมัชชาอนามัยโลกได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ ในแต่ละประเทศ และมีมติให้ประเทศสมาชิกจัดช่องว่างดังกล่าวด้วยการลดความเหลื่อมล้ำของปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพภายในเวลาหนึ่งชั่วอายุคน มติดังกล่าวสอดคล้อง



กับสังคมไทยที่ตระหนักถึงปัญหาและให้ความสำคัญมากขึ้นกับการลดความเหลื่อมล้ำทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม กฎหมาย การเข้าถึงทรัพยากร ซึ่งส่งผลต่อสิทธิและโอกาสของประชากรบางกลุ่มที่จะมีสุขภาวะ หรือคุณภาพชีวิตที่ดี โดยกลุ่มเป้าหมายสำคัญเป็นพิเศษกับ “ประชากรกลุ่มเฉพาะ” ได้แก่ประชากรบางกลุ่มที่มีลักษณะจำเพาะและต้องเผชิญกับปัจจัยทางสังคมบางประการที่ทำให้มีความเปราะบางต่อการสูญเสียสุขภาวะและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม^{๒๓}

การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน การเปิดประชาคมอาเซียนซึ่งรวมถึงประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน นำมาซึ่งโอกาสและความท้าทายต่อการดูแลสุขภาพและระบบสาธารณสุขในประเทศไทย^{๒๔} โดยเฉพาะการเฝ้าระวังผลกระทบเชิงลบและความเสี่ยงทางสุขภาพที่จะเพิ่มขึ้น คาดการณ์ว่าหลังจากมีการเปิดประชาคมอาเซียนในปี ๒๕๕๘ จะมีการเคลื่อนย้ายอย่างเสรีของประชากรมนุษย์และสินค้าทั้งพืช สัตว์ และอาหารมากยิ่งขึ้น ซึ่งการเคลื่อนย้ายนี้อาจนำมาสู่ความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค โดยเฉพาะโรคที่ถูกกำจัดจนหมดไปจากประเทศไทยแล้ว เช่น วัณโรค โรคเท้าช้าง โรคเรื้อน โรคซิฟิลิส และโรคพยาธิในลำไส้^{๒๕}

นอกจากนั้น ยังมีโอกาสที่จะเกิดการลักลอบนำเข้าอาหารและผลิตภัณฑ์เสี่ยงต่อสุขภาพ อาทิ บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะการลักลอบนำเข้าบุหรี่ราคาถูกจากประเทศเพื่อนบ้านในพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งเป็นภาคที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ผิดกฎหมายในสัดส่วนสูงที่สุด ร้อยละ ๑๑ รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคกลาง ตามลำดับ^{๒๖} สำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มชูกำลังนั้น คาดการณ์ว่าหลังจากที่ประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน อาจจะมีการนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มชูกำลังจากประเทศอาเซียนเข้ามาขายในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น^{๒๗} นอกจากการลักลอบนำเข้าสินค้าที่เสี่ยงต่อสุขภาพแล้ว ยังอาจพบการนำเข้าสินค้าและบริการที่ไม่ได้มาตรฐานจากประเทศอาเซียนเข้าสู่ประเทศไทยมากขึ้น เช่น สินค้า

^{๒๓} รายงานการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงานแผนประชากรกลุ่มเฉพาะ

^{๒๔} กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๕ อ้างถึงในการทบทวนสภาพแวดล้อมการดำเนินงานเพื่อวางแผนหลัก สสส. (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ โดย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

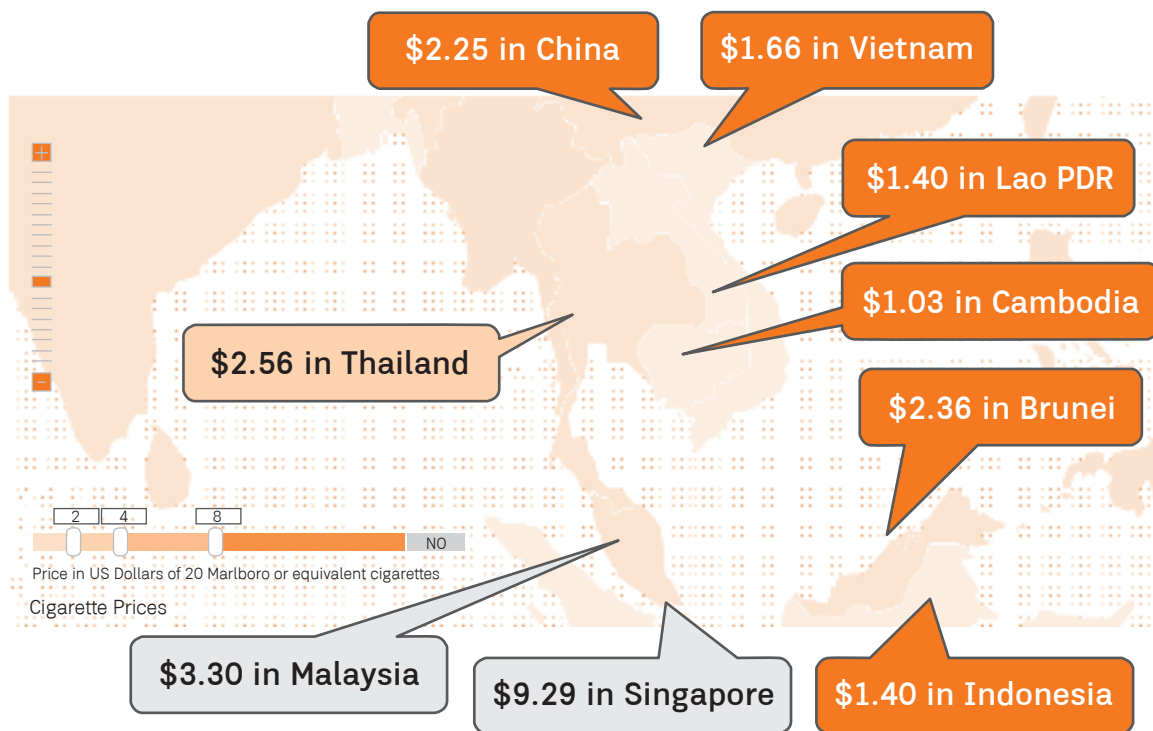
^{๒๕} กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๖ อ้างถึงในการทบทวนสภาพแวดล้อมการดำเนินงานเพื่อวางแผนหลัก สสส. (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ โดย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

^{๒๖} มณฑล เก่งการพาณิชย์ และคณะ (๒๕๕๕) อ้างถึงในการทบทวนสภาพแวดล้อมการดำเนินงานเพื่อวางแผนหลัก สสส. (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ โดย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

^{๒๗} กรมสรรพสามิต อ้างถึงในการทบทวนสภาพแวดล้อมการดำเนินงานเพื่อวางแผนหลัก สสส. (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ โดย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ประเภทหมวกนิรภัยสำหรับรถจักรยานยนต์ ซึ่งมีผลต่อการบาดเจ็บของประชาชน และสินค้าที่มีสารปนเปื้อน สารปรุงแต่ง หรือเป็นพาหะของโรคต่างๆ ดังนั้น ผู้บริโภคในประเทศไทยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มความระมัดระวังมากยิ่งขึ้นในการเลือกซื้อสินค้าและบริการ โดยเฉพาะสินค้าประเภทอาหารและยา^{๓๔} นอกจากนี้ ประเทศไทยควรร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านเพื่อร่วมกันจัดการปัญหาสุขภาพเหล่านี้

เปรียบเทียบราคาบุหรี่ในแต่ละประเทศ



ที่มา: www.tobaccoatlas.org/costs/cig_prices/prices/

^{๓๔} พงศ์พันธ์ วงศ์มณี ๒๕๕๕ อ้างถึงในการทบทวนสภาพแวดล้อมการดำเนินงานเพื่อวางแผนหลัก สสส. (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ โดย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

สถิติการจับกุมการลักลอบและหลีกเลี่ยงบุหรี่ ปีงบประมาณ ๒๕๔๗ - ๒๕๕๗

ปีงบประมาณ	กรมศุลกากร					หน่วยงานอื่น		
	ลักลอบ			หลีกเลี่ยง		ลักลอบ		
	ราย	ปริมาณ (มาน)	มูลค่า (บาท)	ราย	มูลค่า (บาท)	ราย	ปริมาณ (มาน)	มูลค่า (บาท)
๒๕๔๗	๑๑๔	๕,๕๕๕,๘๐๐	๓,๘๑๓,๕๗๖	๕	๘๘,๕๒๕,๖๕๕	๔๐	๑,๐๗๕,๓๘๐	๑,๔๑๑,๒๖๖
๒๕๔๘	๑๔๔	๙,๓๗๖,๓๔๐	๘,๑๐๔,๗๔๑	๖	๔๓๙,๙๘๘	๕๔	๓,๕๑๓,๑๖๐	๒,๑๕๒,๙๔๓
๒๕๔๙	๓๖๖	๔,๒๑๒,๐๘๐	๕,๒๔๗,๖๐๖	๒	๗,๘๔๙	๔๖	๔,๑๕๙,๒๔๐	๔,๕๕๕,๒๕๔
๒๕๕๐	๕๒๑	๖,๑๕๐,๑๔๐	๑๑,๖๙๒,๗๖๔	๖	๒๐,๕๐๗	๕๙	๑,๑๐๖,๖๒๐	๑,๕๒๔,๗๕๒
๒๕๕๑	๔๗๑	๗,๔๔๒,๗๘๐	๑๔,๔๘๑,๘๔๑	๘	๑๒,๔๕๙,๖๑๘	๑๐๑	๓,๘๑๗,๑๐๐	๔,๗๕๕,๒๙๒
๒๕๕๒	๔๔๙	๒,๙๓๘,๓๔๐	๑๔,๕๑๖,๔๑๗	๑	๑๐๗,๑๘๔	๙๒	๒,๙๘๕,๑๖๐	๕,๕๕๕,๑๐๑
๒๕๕๓	๕๕๕	๙,๒๘๑,๗๘๐	๒๑,๐๓๙,๒๔๔	๕	๖๒,๗๗๓,๗๘๗	๑๓๘	๓,๙๑๕,๙๐๐	๙,๔๐๒,๗๙๖
๒๕๕๔	๖๘๓	๓,๙๑๖,๙๖๓	๓๒,๓๐๙,๐๓๑	-	-	๑๑๒	๓,๓๐๘,๕๕๒	๒๕,๙๕๓,๑๘๗
๒๕๕๕	๕๙๕	๓,๖๖๑,๒๗๑	๑๔,๒๔๔,๘๒๔	๒	๒๗,๖๕๑,๗๐๕	๑๐๕	๓,๖๗๒,๕๖๕	๒๑,๖๐๘,๓๓๒
๒๕๕๖	๕๔๗	๒,๗๔๕,๐๖๐	๙,๗๒๕,๙๗๘	๑	๑,๓๐๒,๑๒๕	๑๐๕	๒,๕๔๘,๒๖๔	๘,๗๕๔,๙๑๒
๒๕๕๗	๒๙๔	๙,๐๒๕,๙๗๗	๓๘,๔๘๖,๒๕๓	๒	๔๘,๖๕๓,๘๕๓	๔๘	๓,๑๑๙,๖๖๙	๙,๓๐๘,๘๙๘

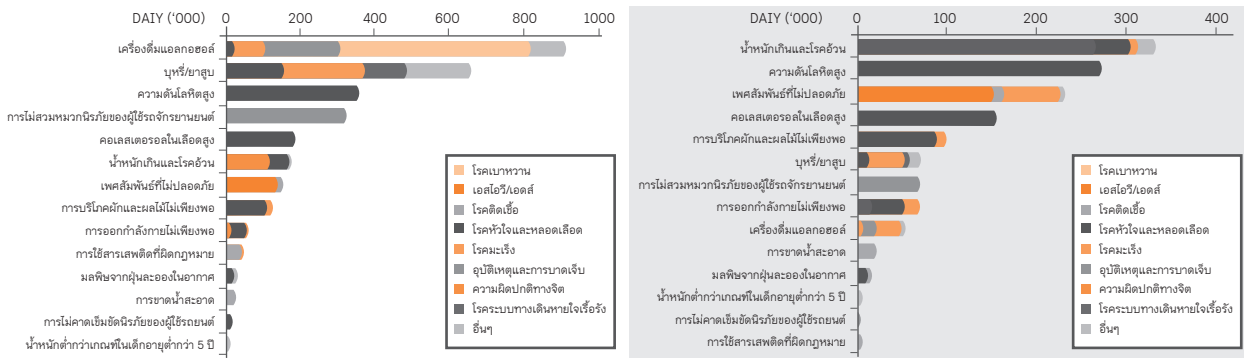
ที่มา: สำนักสืบสวนและปราบปราม กรมศุลกากร (๒๕๕๗)

กระแสดความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพ ในภาพรวมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่/ ยาสูบ และความดันโลหิตสูงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญสามอันดับแรกของการสูญเสียสุขภาพของผู้ชายไทย ส่วนน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง และเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยก็เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญสามอันดับแรกของการสูญเสียสุขภาพของผู้หญิง^{๒๙} อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการสูญเสียสุขภาพทั้งเพศชายและหญิงก็มีความแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่^{๓๐} และจากทิศทางการพัฒนาของประเทศไทยก็มีโอกาสทำให้ปัจจัยเสี่ยงมีความเปลี่ยนแปลงไปได้

^{๒๙} ๑๔ ปัจจัยเสี่ยงของการสูญเสียสุขภาพ ของประชากรไทยใน พ.ศ. ๒๕๕๒

^{๓๐} รายงานภาระโรคระดับเขตและภูมิภาคของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๒

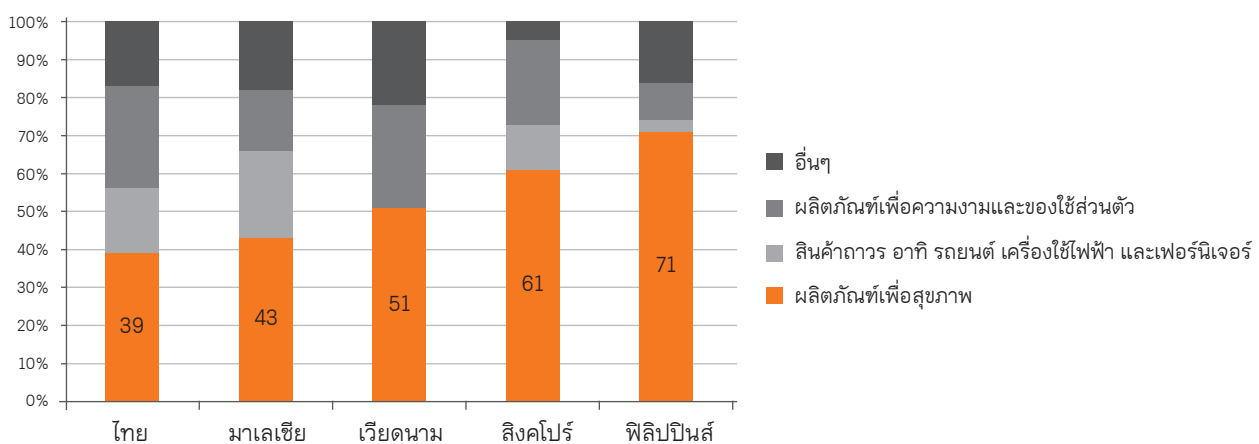
ภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยง จำแนกตามกลุ่มโรค ของประชากรไทยในเพศชายและเพศหญิง ปี ๒๕๕๒



ที่มา: ๑๔ ปัจจัยเสี่ยงของการสูญเสียสุขภาพ ของประชากรไทยใน พ.ศ. ๒๕๕๒

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันกระแสความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพในปัจจุบันทำให้คนไทยหันมาออกกำลังกายและดูแลสุขภาพมีมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการเข้ามาเปิดกิจการในประเทศไทยของเครือข่ายธุรกิจสถานบริการออกกำลังกายจากต่างประเทศ และการขยายสาขาของเครือข่ายธุรกิจสถานบริการออกกำลังกายสัญชาติไทย^{๓๑} นอกจากนี้ ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอื่นๆ เช่น อาหารเสริมก็มีแนวโน้มขยายตัวเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะในธุรกิจขายตรง สิ่งนี้เป็นทั้งโอกาสและภาระในการสร้างเสริมสุขภาพควบคู่กัน ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องของคนไทย

ส่วนตลาดขายตรงตามประเภทสินค้าของประเทศในอาเซียนปี ๒๕๕๕



ที่มา: World Federation of Direct Selling Associations โดยศูนย์วิจัยกสิกรไทย

^{๓๑} http://www.thanonline.com/index.php?option=com_content&view=article&id=188550:-7&catid=107:2009-02-08-11-34-25&Itemid=456#.U9NYcuN_u4

สรุปการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงานรายแผน

แผนควบคุมยาสูบ การสำรวจล่าสุดในปี ๒๕๕๖ พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในประเทศไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปลดลงมาอยู่ที่ร้อยละ ๑๙.๙๔ โดยผู้ชายซึ่งเป็นผู้สูบกลุ่มใหญ่มีแนวโน้มลดลงมากกว่าผู้หญิง เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ยุคที่เป็นเด็กและเยาวชน (อายุ ๑๕ - ๒๔ ปี) มีอัตราการสูบลดลงด้วย อย่างไรก็ตามพบว่า อายุที่เริ่มสูบของประชากรไทยลดลงจาก ๑๘ ปี เป็น ๑๗ ปี ดังนั้น กลุ่มเด็กและเยาวชนจึงยังคงเป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญในการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล โดยเฉพาะในภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังคงเป็นกลุ่มที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงอยู่ อีกทั้งยังพบว่าประชากรได้รับควันบุหรี่มือสองเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ตลาดสด/ ตลาดนัด สถานีบริการขนส่งสาธารณะ และที่ร้านอาหาร/ ภัตตาคาร^{๓๒}

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ในช่วงปี ๒๕๔๔ - ๒๕๕๔ ประชากรไทยที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่เป็นนักดื่มมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ ๓๒.๗ ในปี ๒๕๔๔ มาอยู่ที่ร้อยละ ๓๑.๕ ในปี ๒๕๕๔ สอดคล้องกับข้อมูลปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยที่มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน โดยลดลงจาก ๗.๔ ลิตรต่อคนต่อปีในปี ๒๕๔๔ เหลือ ๗.๑ ลิตรต่อคนต่อปีในปี ๒๕๕๔ เมื่อพิจารณาจากกลุ่มประชากรพบว่า การลดลงส่วนใหญ่เป็นการลดลงของสัดส่วนนักดื่มที่เป็นผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) ในขณะที่สัดส่วนนักดื่มในวัยทำงานมีแนวโน้มลดลงเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม การลดลงดังกล่าวสวนทางกับการเพิ่มขึ้นของนักดื่มหน้าใหม่ โดยเฉพาะสัดส่วนนักดื่มหญิงที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๙.๘ ในปี ๒๕๔๔ มาอยู่ที่ร้อยละ ๑๐.๙ ในปี ๒๕๕๔ นอกจากนี้ สัดส่วนนักดื่มเยาวชน (๑๕ - ๑๙ ปี) ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน ส่วนใหญ่ยังคงเป็นนักดื่มที่อยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล และถึงแม้ว่าสัดส่วนการบริโภคสุรากลั่นมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ แต่ก็ยังเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยอดนิยมของคนไทยอยู่ดี ส่วนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทเบียร์ก็ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เป็นผลจากการใช้กลยุทธ์ทางด้านราคาของภาคธุรกิจที่ทำให้มีเบียร์ราคาถูกเข้าสู่ตลาดเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับไวน์ที่มียอดขายเพิ่มขึ้นเช่นกัน

^{๓๒} ร่างแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๕ แผน ๐๑ แผนควบคุมยาสูบ

จำนวนผู้เคยใช้สารเสพติดมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงปี ๒๕๔๖ ซึ่งรัฐบาลมีการประกาศสงครามยาเสพติด แต่กลับมามีจำนวนเพิ่มขึ้นในช่วงปี ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔ โดยกระท่อมเป็นสารเสพติดที่มีคนใช้มากที่สุดในปัจจุบัน โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคใต้ ส่วนปัญหาการพนันนั้น จากการศึกษาล่าสุดพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเล่นการพนันลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ ๗๗.๑ ในปี ๒๕๕๓ มาอยู่ที่ ๗๖.๕ ในปี ๒๕๕๖ โดยห่วยใต้ดิน สลากกินแบ่งรัฐบาล และไพ่เป็นการพนันที่นิยมเล่นกันมากที่สุด โดยเริ่มต้นเล่นการพนันตั้งแต่อายุ ๗ ปีและมักจะเริ่มจากการเล่นไพ่ ส่วนกลุ่มอายุ ๑๐ - ๑๔ ปี มักจะเริ่มจากการเล่นพนันฟุตบอล และอายุ ๒๕ ปีขึ้นไปมักเริ่มเล่นการพนันจากการเล่นห่วยใต้ดิน

แผนจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ จากข้อมูลสถิติอุบัติเหตุจราจรของสำนักงานตำรวจแห่งชาติระบุว่าสถิติผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรลดลงจาก ๑๔,๐๑๒ คนในปี ๒๕๔๖ มาอยู่ที่ ๗,๓๓๘ คนในปี ๒๕๕๖ โดยผู้ใช้รถจักรยานยนต์มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่ายานพาหนะประเภทอื่นถึง ๓.๔ เท่า เนื่องจากเป็นยานพาหนะที่มีความเปราะบาง โดยพฤติกรรมเสี่ยงหลัก คือ การขาดวินัยในการใส่หมวกนิรภัย การดื่มแอลกอฮอล์แล้วซึ่ด ซึ่ดย่อนคร และซึ่ดฝ่าไฟแดง นอกจากรถจักรยานยนต์แล้ว ยานพาหนะที่มีความเสี่ยงรองลงมา ได้แก่ รถยนต์นั่งส่วนบุคคล และรถโดยสารสาธารณะ ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุหลักของอุบัติเหตุเกิดจากการขับรถเร็วเกินอัตราที่กำหนด การตัดหน้าระยะกระชั้นชิด การหลับใหล การเมาสุรา และอุปกรณ์รถบกพร่อง นอกจากพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับขี่แล้ว การบังคับใช้กฎหมายที่หละหลวมก็เป็นสาเหตุที่สำคัญของอุบัติเหตุ

แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ นอกจากปัจจัยเสี่ยงหลักที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่โดยเฉพาะยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้ว เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยก็เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญด้วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศหญิง ซึ่งจากข้อมูลพบว่าอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จนในปี ๒๕๕๕ มีเด็กหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปีที่ตั้งครรภ์ ประมาณ ๕๓ รายต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน นอกจากนั้น ยังมีเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีมากถึง ๑๐ รายต่อวันที่ต้องกลายเป็น “เด็กหญิงแม่” การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่นจะส่งผลกระทบต่อทั้งในระยะสั้นและระยะยาวทั้งต่อตัววัยรุ่นเองตลอดจนครอบครัว อีกทั้งสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มขึ้นจาก ๖๒.๘ รายต่อประชากรแสนคนในปี ๒๕๕๑ มาอยู่ที่ ๙๐.๑ รายต่อประชากรแสนคนในปี ๒๕๕๕ โดยจากการประเมินสาเหตุของปัญหาเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในวัยรุ่น พบว่า น่าจะมาจากช่องว่างของความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เพิ่มขึ้นจากสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตในปัจจุบันที่เด็กมักจะอยู่คนเดียวในบ้านในขณะที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองต้องทำงาน ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในบ้านตนเองหรือบ้านเพื่อนมากขึ้น นอกจากปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัยแล้ว ปัจจัยอื่นๆ เช่น สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นจากวิถีการดำรงชีวิตที่เคร่งเครียด และการคุ้มครองผู้บริโภคที่ยังอ่อนแอ ทั้งหมดล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบในทางลบต่อการมีสุขภาพที่ดีของคนไทยด้วยเช่นกัน

แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ สังคมไทยกำลังเปลี่ยนเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โดยในปัจจุบันมีผู้สูงอายุซึ่งจัดเป็นหนึ่งในประชากรกลุ่มเฉพาะประมาณ ๘.๓ ล้านคนหรือคิดเป็นมากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรไทยทั้งหมด และสัดส่วนนี้มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม แต่จากข้อมูลชี้ให้เห็นว่ายังมีผู้สูงอายุบางส่วนที่ดำรงชีวิตอยู่อย่างไม่มีสุขภาวะทั้งร่างกายไม่แข็งแรงและสถานภาพทางเศรษฐกิจยังต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรไทยโดยรวมอีกด้วย ดังนั้น หากขาดการเตรียมความพร้อมของประชากรในทุกช่วงวัย ควบคู่กับการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบันก็อาจเกิดปัญหาใหญ่ได้ในอนาคต นอกจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีประชากรกลุ่มเฉพาะอื่นๆ ที่มีจำนวนมากและต้องการการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นพิเศษ เช่น แรงงานทั้งในและนอกระบบที่มีรวมกันถึง ๓๔.๖ ล้านคน ซึ่งปัญหาใหญ่ของกลุ่มนี้คือการที่บางส่วนยังเข้าไม่ถึงการบริการด้านสุขภาพพื้นฐาน หรือกลุ่มผู้หญิงที่มีอยู่ถึง ๓๓.๓ ล้านคน ที่บางส่วนถูกทำให้ด้อยโอกาสในสังคม และมักจะถูกเอารัดเอาเปรียบทางเพศ รวมถึงผู้หญิงต้องขังที่มีอยู่ประมาณ ๓๐,๐๐๐ คนที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษ เป็นต้น

แผนสุขภาวะชุมชน จากสภาพแวดล้อมทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อมและอื่นๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ชุมชนมีความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมในการรับมือกับภาวะคุกคามหรือวิกฤต ทั้งที่เป็นปัญหาร่วมในระดับชาติและปัญหาเฉพาะบริบท เช่น การจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนท้องถิ่นที่จะต้องมีความครอบคลุมในพื้นที่ที่มีความเสี่ยง การพึ่งพาปัจจัยการผลิตจากภายนอกในการสร้างความมั่นคงทางอาหารของชุมชนท้องถิ่น การเตรียมความพร้อมของชุมชนท้องถิ่นในการรับมือประชาคมอาเซียน และสังคมผู้สูงอายุ เป็นต้น ในปัจจุบัน สสส. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ร่วมเป็นเครือข่ายชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่มากกว่า ๒,๐๐๐ แห่งหรือคิดเป็นเกือบ ๑ ใน ๓ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด จากการสุ่มสำรวจความคิดเห็นของสมาชิกในชุมชนที่เข้าร่วมเป็นเครือข่ายจำนวน ๒,๒๖๒ คน ต่อการเปลี่ยนแปลงของชุมชนท้องถิ่น พบว่าสมาชิกเห็นว่ามากกว่าร้อยละ ๘๐ ของเครือข่ายที่เข้าร่วมเป็นเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งโดยเฉพาะในการสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงและการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วม นอกจากนี้ ยังมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางส่วนที่มีความเข้มแข็งจนสามารถจัดกระบวนการเรียนรู้นอกพื้นที่นอกเครือข่ายได้ สำหรับการดำเนินงานในอนาคตส่วนใหญ่เห็นว่าควรขับเคลื่อนในประเด็นเกษตรกรรมยั่งยืนสู่อาหารปลอดภัย ระบบการดูแลผู้สูงอายุ และการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน ตามลำดับ

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว สถานการณ์ปัญหาในแต่ละกลุ่มจะมีความแตกต่างกันไป เช่น ในกลุ่มเด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) ซึ่งพบว่ามีปัญหาทั้งในเรื่องพัฒนาการไม่สมวัย ความพิการแต่กำเนิด โภชนาการไม่เหมาะสม เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพของคนไทยในระยะยาวได้ ส่วนเด็กวัยเรียน (๖ - ๑๔ ปี) ซึ่งแม้ว่าส่วนใหญ่จะอยู่ในระบบการศึกษาซึ่งได้รับการดูแล แต่ก็ยังพบว่าบางส่วนมีการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดสารอาหาร นอกจากนี้ ยังพบว่า จากความเป็นสังคมเมืองทำให้โครงสร้างครอบครัวและวิถีชีวิตของคนไทย

เปลี่ยนไป ครอบครัวต้องช่วยกันทำมาหากินโดยมีสัดส่วนของครัวเรือนที่ต้องมีผู้ทำงานหารายได้สองคนมากขึ้นส่งผลให้มีเวลากับครอบครัวน้อยลง และเป็นผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวเสื่อมถอยลง ผลสำรวจจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๔๙ - ๒๕๕๕ ชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มเด็กและเยาวชนที่อาศัยอยู่กับพ่อและแม่น้อยลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลมาจากการย้ายถิ่นฐานไปทำงานที่จังหวัดอื่นและการแยกทางของพ่อและแม่ ผลสำรวจด้านพฤติกรรมการใช้เวลาของเด็กประถมในระหว่างปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๕ พบว่าใช้เวลาไปกับการเล่นอินเทอร์เน็ต เรียนพิเศษ และอยู่บ้านเพื่อน มากกว่าเวลาที่อยู่กับพ่อแม่หรือญาติผู้ใหญ่ ในขณะที่เด็กวัยรุ่นและเยาวชน (๑๕ - ๒๔ ปี) ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจรวมถึงอารมณ์อย่างมาก ก็พบว่าบางส่วนมีปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสมและเริ่มมีการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติด และการมีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น

แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ในปัจจุบันพบว่าประเทศไทยมีสถานประกอบการมากกว่า ๔๐๐,๐๐๐ แห่ง และมีจำนวนผู้ใช้แรงงานซึ่งอยู่ในระบบประกันสังคมรวมแล้วมากกว่า ๑๑ ล้านคน ในจำนวนนี้มีสัดส่วนแรงงานที่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายอยู่เล็กน้อย นอกจากนี้ ยังมีแรงงานที่เป็นผู้สูงอายุเกินกว่า ๖๐ ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ ๘ ของแรงงานทั้งหมด จากสภาพแวดล้อมทั้งเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้พบว่าแรงงานส่วนใหญ่ยังประสบปัญหาสุขภาพทางกายและทางจิตใจ แรงงานบางส่วนแม้ต้องทำงานวันละ ๑๐ - ๑๒ ชั่วโมงแต่ก็ยังมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพและยังไม่มีเวลาในการดูแลครอบครัวอีกด้วย จากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพดังกล่าวส่งผลให้เป็นโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอกลายเป็นสาเหตุสำคัญของความเจ็บป่วยและเสียชีวิตที่รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ วารสารวิชาการ The Lancet ฉบับเดือนกรกฎาคม ปี ๒๕๕๕ ได้จัดให้เรื่องนี้เป็นระเบียบวาระสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพโลก และได้แสดงข้อมูลที่บ่งชี้ว่าประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการขาดกิจกรรมทางกายประมาณ ๕.๓ ล้านคนต่อปี มากกว่าการสูบบุหรี่ (๕.๑ ล้านคนต่อปี) นอกจากนี้ การมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง เช่น การนั่งๆ นอนๆ หน้าจอก็มีความสัมพันธ์กับโอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งลำไส้และมะเร็งช่องท้องสูงถึงร้อยละ ๖๖ ซึ่งได้กลายมาเป็นความเสี่ยงที่อันตรายยิ่งต่อสุขภาพของประชากรไทย โดยผลสำรวจในปี ๒๕๕๖ ของมหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับ สสส. พบว่า ในช่วงเวลา ๒๔ ชั่วโมง คนไทยมีช่วงเวลาที่มียพฤติกรรมเนือยนิ่งถึง ๑๓ ชั่วโมง ๑๕ นาที และมีช่วงเวลาที่มียกิจกรรมทางกายเพียงพอ ๒ ชั่วโมง ๑๙ นาที เท่านั้น

นอกจากนี้ ช่วง ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา (๒๕๔๗ - ๒๕๕๒) อัตราชุกของโรคอ้วนยังมีการขยายตัวเพิ่มอย่างรวดเร็วซึ่งสอดคล้องกับอัตราการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย โดยประชากรไทยมีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นเป็น ๒ และ ๓ เท่าตามลำดับ ดังนั้นการผลักดันให้เกิดความตื่นตัวเรื่องการมีกิจกรรมทางกายของคนไทยและของภาคนโยบายจึงเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ พร้อมทั้งการสนับสนุนให้เกิดการขยายผลอย่างต่อเนื่องจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อเพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันและลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน



แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีเป็นระบบดิจิทัล ทำให้เกิดช่องสัญญาณเพิ่มขึ้นและการเข้าถึงสื่อใหม่ขยายตัวอย่างรวดเร็ว ซึ่งเห็นได้จากจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตที่มีจำนวนผู้ใช้เพิ่มขึ้นจาก ๖ ล้านคนในปี ๒๕๔๖ เป็น ๒๖ ล้านคนในปี ๒๕๕๖ โดยเป็นผู้ใช้บริการเครือข่ายสังคมออนไลน์ จำนวน ๑๘ ล้านคน พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตไม่ถูกจำกัดด้วยเวลาและสถานที่ที่ใช้งานอีกต่อไป ในด้านความเป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำของสิทธิในการเข้าถึงสื่อยังคงจำกัดอยู่ที่คนบางกลุ่ม ผู้บริโภคสื่อจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ ทั้งจากความพิการ ประสิทธิภาพทางร่างกาย และความด้อยโอกาสทางสังคม ซึ่งถือว่าการถูกละเลยสิทธิในฐานะผู้บริโภคสื่อวิทย์ - โทรทัศน์ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีช่องทางการสื่อสารเพิ่มขึ้นมาก แต่สำหรับสื่อไทยผู้ประกอบการสื่อเพื่อการเรียนรู้ทั้งเพื่อการพัฒนาศักยภาพและพัฒนาเด็กอาจจะยังเพิ่มขึ้นไม่มากนัก ประกอบกับผลการวิจัยเรื่องจริยธรรมในวิชาชีพสื่อมวลชน ที่พบว่าสื่อมีปัญหาจริยธรรมมากขึ้น ดังนั้นการดำเนินการเพื่อลดปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงของผู้บริโภคสื่อในทุกกลุ่มคน รวมถึงการผลักดันของภาคประชาชนให้ผู้ประกอบการพัฒนาคุณภาพเนื้อหาของสื่อ พร้อมทั้งสอดแทรกความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จึงเป็นจุดเน้นสำคัญเพื่อพัฒนาเนื้อหาสาระของสื่อให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ ในช่วงที่ผ่านมา (๒๕๕๕ - ๒๕๕๗) แผนได้มีการสนับสนุนโครงการรายย่อยจำนวน ๓,๔๐๙ โครงการ โดยในจำนวนนี้เป็นโครงการที่ดำเนินงานโดยภาคีรายใหม่ถึง ๒,๙๔๙ โครงการหรือคิดเป็นร้อยละ ๘๗ ของโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากแผนทั้งหมด โดยเป็นการกระจายทุนที่ครอบคลุมในทุกภูมิภาคและทุกจังหวัด โดยส่วนใหญ่ร้อยละ ๙๒ เป็นการกระจายทุนในพื้นที่ชนบทและชนเมือง ซึ่งสอดคล้องกับเชิงประเด็นเพื่อสนับสนุนการพัฒนาชุมชนสุขภาวะซึ่งอยู่ในพื้นที่ชนบท รองลงมาเป็นการสนับสนุน ประเด็นสิ่งแวดล้อม การบริโภคแอลกอฮอล์และยาสูบ โดยกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ของโครงการคือ กลุ่มวัยทำงาน เด็กและเยาวชน ในขณะที่ กลุ่มผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสยังมีสัดส่วนการได้รับทุนที่ค่อนข้างน้อยเพียงร้อยละ ๒.๔ ของจำนวนโครงการทั้งหมด ซึ่งในอีก ๓ ปีข้างหน้า แผนจะให้ความสำคัญกับการกระจายโอกาสให้ถึงประชาชนกลุ่มนี้ให้มากขึ้น ควบคู่กับการเน้นสนับสนุนโครงการที่สอดคล้องกับเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส.

แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ สถานการณ์ของระบบสุขภาพยังคงมุ่งเน้นการรักษาความเจ็บป่วย ในขณะที่ มิติของเงื่อนไขความเจ็บป่วยมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น เช่น แนวโน้มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอีก ๑๒ ปีข้างหน้า เพิ่มขึ้น ๓.๖ เท่าหรือมีมูลค่า ๒๒๘,๔๘๒.๒ ล้านบาท และมีแนวโน้มเกิดความพิการร่วมด้วย ทำให้จะต้องเพิ่มการดูแลระยะยาว ทั้งนี้ อัตราความเจ็บป่วย จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ) เป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยจนกลายเป็นผู้พิการ ภาวะความเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อระบบบริการสุขภาพ ทั้งปัญหาการเข้าถึงบริการ ความแออัด ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มูลค่าทางเศรษฐกิจ โดยคาดการณ์ว่าใน ปี ๒๕๕๘ ประเทศไทยจะเสียรายได้จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึง ๕๒,๑๕๐ ล้านบาท ทั้งที่สามารถลดความสูญเสียได้ถึงร้อยละ ๑๐ - ๒๐



หากปรับพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล และสนับสนุนให้ระบบบริการสุขภาพมีสมรรถนะในการหยุดยั้งสาเหตุของความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การมีระบบและกลไกที่สนับสนุนการสร้างสุขภาพที่ดียังเป็นเรื่องสำคัญและเป็นช่องว่างที่จะต้องเติมเต็มในช่วง ๓ ปีข้างหน้า โดยเฉพาะการใช้ข้อมูลเพื่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา สสส. ได้ให้ความสำคัญ โดยได้ร่วมกับภาคีหลักโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขและภาคีในภาคส่วนอื่นๆ ในการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ ตลอดจนเครื่องมือ กลไก กระบวนการ และองค์ความรู้ต่างๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของภาคีหลักในระดับประเทศและนานาชาติรวมถึงเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. เอง จนเป็นฐานข้อมูลทางสุขภาพที่สำคัญหลายชิ้น เช่น รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย หรือรายงานการศึกษาภาระโรค เป็นต้น

นอกจากการสนับสนุนการพัฒนาและเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพแล้ว แผนยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีและยั่งยืนกับภาคี โดยเน้นการเป็นหุ้นส่วนในการทำงานไม่ใช่เป็นแต่เพียงผู้รับทุน ซึ่งทิศทางโดยรวม ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจในการสนับสนุนของ สสส. เพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ยังมีปัจจัยในการทำงานร่วมกันที่ภาคีเครือข่ายต้องการให้มีการพัฒนาในส่วนการหนุนเสริม อาทิ การมีพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้เชื่อมโยงต่อยอดงาน และการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ สถานการณ์ ด้านผู้ทำงานภาคสังคม นั่นคือ คนรุ่นใหม่เลือกที่จะเข้ามาต่อยอดงานทางสังคมน้อยลง ทำให้คนทำงานภาคสังคมมีจำนวนลดน้อยลง ในขณะที่การสร้างเสริมสุขภาพหรืองานพัฒนาด้านอื่นๆ จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะใหม่ในการทำงาน

แผนอาหารเพื่อสุขภาพ ผลสำรวจโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในปี ๒๕๔๖ - ๒๕๕๒ พบว่าประชาชนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปบริโภคผักและผลไม้ไม่ถึงเกณฑ์ขั้นต่ำตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำไว้ (อย่างน้อยวันละ ๔๐๐ กรัม หรือเท่ากับ ๕ ส่วนมาตรฐาน) เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ โดยในปี ๒๕๔๖ ประชาชนไทยบริโภคผักและผลไม้เฉลี่ยวันละ ๓.๕ ส่วนมาตรฐาน และลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือเพียง ๓.๐ ส่วนมาตรฐานในปี ๒๕๕๑ โดยเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยในปี ๒๕๕๒ เป็น ๓.๑ ส่วนมาตรฐาน ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลมาจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พื้นที่การผลิตลดลง และความไม่มั่นใจด้านความปลอดภัยทางอาหาร นอกจากนี้การขยายตัวของสังคมเมืองและปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจยังส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียน และวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสมตามวัยและมีภาวะอ้วนมากที่สุด โดยคาดว่าในปี ๒๕๕๘ เด็กนักเรียน ๑ ใน ๑๐ คนจะมีภาวะอ้วน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบเพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผักและผลไม้ปลอดภัย รวมถึงการกำหนดปัจจัยแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน และวัยรุ่น อันจะก่อให้เกิดการปรับพฤติกรรมในการบริโภคอย่างมีสุขภาพะ

แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ ในปัจจุบันศูนย์เรียนรู้สุขภาวะมีสมาชิกจากกลุ่มต่างๆ รวม ๓๐,๔๒๔ คน และมีประชาชนเข้าใช้บริการที่อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ และใช้บริการผ่านช่องทางต่างๆ รวมถึงทางอินเทอร์เน็ต นิทรรศการสัญจร เป็นต้น กว่า ๖๐๐,๐๐๐ คน โดยจากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ พบว่า ร้อยละ ๙๕ เกิดแรงบันดาลใจในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ นอกจากนี้ ผู้เข้าเยี่ยมชมและศึกษาดูงานอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ได้รับรู้ถึงแนวคิดและแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Concept) และองค์นวัตกรรมทางการเงิน และการจัดการ (Innovative Financing) อาทิ นักศึกษาจากสถาบันการศึกษาต่างๆ คณะผู้ศึกษาดูงาน จากงานสมัชชานานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการศึกษา และเครือข่ายนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (International Network of Health Promotion Foundations : INHPF) กลุ่มภาคี เครือข่าย สสส. กลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่จากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และกรมกำลังพลทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย เป็นต้น



บริบทและแนวนโยบายในการจัดทำแผน

ในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ – ๒๕๖๐) ฉบับนี้ สสส. ได้นำทั้งข้อเสนอแนะจากการประเมินผลการดำเนินงานแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๕ – ๒๕๕๗) ที่ดำเนินการโดยคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะ นอกจากนั้น ยังได้ร่วมกับสถาบันเพื่อการวิจัยและพัฒนาประเทศไทยตลอดจนใช้ข้อมูลจากภาคีวิชาการของแต่ละแผน เพื่อทำการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมในการดำเนินงานจนสามารถสรุปออกมาเป็น ๕ สถานการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะใน ๓ ปีข้างหน้า ประกอบด้วย การเป็นสังคมผู้สูงอายุ วิถีการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากความเป็นสังคมเมือง การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และสถานการณ์ความไม่เป็นธรรม การเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และกระแสความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพ พร้อมทั้งได้วิเคราะห์สถานการณ์ทั้งในประเทศและต่างประเทศและคำนึงถึงกระแสความต้องการที่จะปฏิรูปในหลายภาคส่วนตลอดจนปฏิญญาภาคีสร้างเสริมสุขภาวะ และอื่นๆ

อนึ่ง ในการประชุมคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ ๕/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๗ ที่ประชุมมีมติให้ความเห็นชอบกรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ – ๒๕๖๐) ดังนี้

๑. **ใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี** เพื่อการบูรณาการการทำงาน และมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ ภายใต้กลไกการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ
๒. **ขยายฐานผู้รับประโยชน์** ผ่านการพัฒนาจากทุนความรู้ เพื่อเสริมพลังสังคมให้เกิดความตื่นรู้ในด้านสุขภาพ ในประชากรที่กว้างขวางขึ้น
๓. **สร้างความยั่งยืน** โดยมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนหลัก สร้างวัฒนธรรมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย รวมถึงขยายการทำงานสู่นานาชาติ

๔. มุ่งสร้างนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ และเทคโนโลยี
อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

๕. ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบให้เหมาะสมกับสังคม
ผู้สูงอายุ

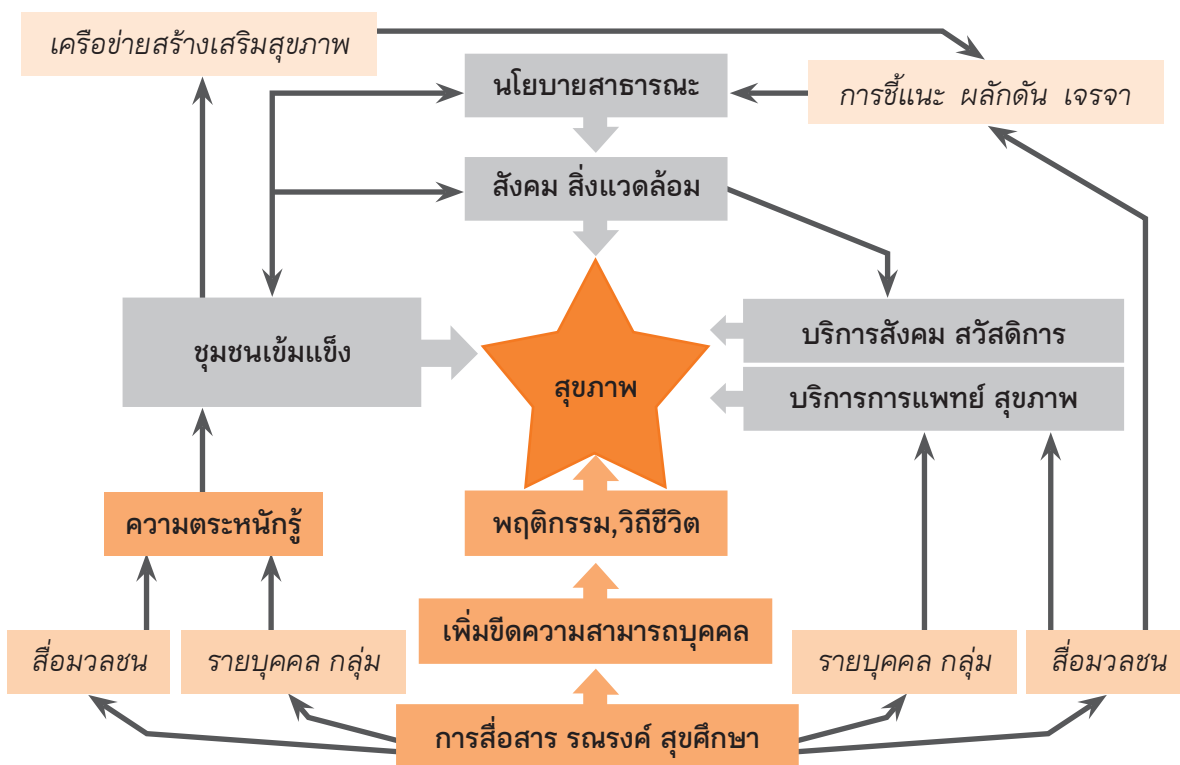
กรอบนโยบายดังกล่าวจะเป็นแนวทางที่สำคัญสำหรับการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)
ในแต่ละแผนต่อไป



รูปแบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นยุทธวิธีที่จะต่อสู้กับปัญหาด้านสุขภาพและเป็นยุทธวิธีในเชิงรุกที่จะให้ผลในการแก้ปัญหาสุขภาพได้ดีที่สุด โดยเป็นกระบวนการ (๑) การป้องกันไม่ให้เกิดคนต้องตกอยู่ในสภาพการเจ็บป่วยโดยกำจัดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (๒) การควบคุมมิให้ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านั้นมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชากร รวมทั้งจัดการกับปัจจัยเหล่านั้น และ (๓) มุ่งให้ประชาชนหลีกเลี่ยงความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพทั้งหลายโดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละบุคคลจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพสู่พฤติกรรมที่ปลอดภัยซึ่งจะนำไปสู่วิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละคน จนกลายเป็นค่านิยม วิถีปฏิบัติในด้านพฤติกรรมสุขภาพของสังคมและนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ



ปรับปรุงจาก Green & Tones, 2012

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่ สสส. ใช้อยู่ จะสอดคล้องกับแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการแสดงให้เห็นถึงกระบวนการทำงานที่ทำให้คนมีสุขภาพดีด้วยการทำงานในหลากหลายมาตรการ และช่องทาง รวมทั้งชี้ให้เห็นถึงทักษะในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการเป็น **“ผู้สร้างเสริมสุขภาพ” (health promoter)** ที่จะผลักดันให้ประชาชนมีสุขภาพดีระยะยาวทั้งในเชิงโครงสร้างการทำงาน ในเชิงนโยบายและมาตรการทางสังคม การบริการด้านสุขภาพ รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและวิถีชีวิตของคน โดยมีความสอดคล้องกับหลักของการสร้างเสริมสุขภาพตาม กฎบัตรออตตาวา^{๓๓} คือ

สุขภาพคือเป้าหมายหลัก การทำงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจะมีทั้ง (๑) กระบวนการทั้งการสื่อสาร การรณรงค์ การให้ความรู้ เพื่อเพิ่มความรู้และขีดความสามารถทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตทำให้สุขภาพดีขึ้น (๒) การสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง ทั้งชุมชนท้องถิ่น องค์กร หน่วยงาน สถานที่ทำงาน (๓) การเปลี่ยนหรือสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เพื่อมุ่งไปสู่ (๔) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและ (๕) การปรับทึกระบบบริการสุขภาพเพื่อการเข้าถึงบริการที่ทำให้มีสุขภาพที่ดี ผ่านกลยุทธ์ทั้งการชี้แนะ ผลักดัน เจเรจ

การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส.

ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ ได้กำหนดกลไกและเงื่อนไขสำคัญหลายประการที่เอื้อต่อ สสส. ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในระยะยาวและสนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงภาคส่วนต่างๆ ได้ค่อนข้างมาก นอกจากนั้น สสส. ยังมีการออกแบบให้เป็นองค์กรนวัตกรรมที่มีขนาดกะทัดรัด รวมถึงสนับสนุนการทำงานอย่างสร้างสรรค์และไม่ทับซ้อนกับหน่วยงานอื่นๆ ที่มีอยู่แล้ว แต่จะทำงานตามบทบาทในพันธกิจทั้งจุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังผ่านเครือข่ายที่อยู่ในทุกบุคคล หน่วยงานของรัฐ องค์กรไม่แสวงผลกำไร สถานศึกษาและอื่นๆ ซึ่งมีตั้งแต่ในระดับท้องถิ่นจนถึงระดับชาติ โดยมีเงินทุนซึ่งได้มาจากภาษีสุราและยาสูบเป็นเครื่องมือสำคัญควบคู่กับการใช้เครื่องมืออื่นๆ ทำให้ สสส. สามารถขยายขอบเขตการทำงานไปได้อย่างกว้างขวางแม้ว่าจะมีจำนวนบุคลากรที่จำกัด

^{๓๓} Ottawa Charter, WHO, 1986

แม้ว่า สสส. จะมีที่มาของรายได้ที่กำหนดในกฎหมาย ถึงกระนั้น ค่าใช้จ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ก็คิดเป็นสัดส่วนเพียงไม่ถึงร้อยละ ๑ ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ทำให้ สสส. ต้องหลีกเลี่ยงงานบางประเภท เช่น งานประจำ หรือ งานที่ยังไม่มีความชัดเจน แต่จะมุ่งทำงานสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดสุขภาพต่างๆ รวมถึงให้ความสำคัญกับงานที่เป็นนวัตกรรม หรืองานพัฒนาต่อยอดไปพร้อมๆ กัน อันเป็นที่มาของการกำหนดจุดยืนขององค์กรในการเป็นองค์กร **“ผู้สร้างเสริมสุขภาวะอย่างสร้างสรรค์” (Innovative Enabler)** ซึ่งหมายถึงการพัฒนาและขยายผล โดยกระบวนการสนับสนุนจะเน้นการช่วยให้กลไกหลักของประเทศสามารถขับเคลื่อนมาตรการสำคัญที่จะนำไปสู่การบรรลุผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชากรไทย

รูปแบบการทำงานของ สสส.

รูปแบบการทำงานตามแผนหลัก สสส. แบ่งแผนการทำงานเป็น 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

๑.๒ พัฒนากลไกที่ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพด้านอื่นๆ

๒. แผนเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย (area & setting-based) ดำเนินการกับพื้นที่องค์กร ชุมชน และกลุ่มเป้าหมายเด็ก เยาวชน และครอบครัว ประชากรกลุ่มเฉพาะ รวมไปถึงระบบบริการสุขภาพ และระบบสวัสดิการสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อ

๒.๑ พัฒนากลไกที่ลดปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

๒.๒ สร้างขีดความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ

๒.๓ เพิ่มขีดความสามารถเชิงสถาบัน และส่งเสริมบทบาทของชุมชนและองค์กรในการพัฒนาสุขภาวะ

๒.๔ พัฒนาระบบการ ต้นแบบ กลไกขยายผลเพื่อมุ่งพัฒนาสังคมสุขภาวะในระยะยาวอย่างยั่งยืน

๒.๕ เพิ่มสมรรถนะระบบบริการและระบบสนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาพและเพิ่มประสิทธิภาพ กลไกในการบริหารจัดการ

๓. แผนเชิงระบบ (system-based) ดำเนินการด้านสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม ศูนย์เรียนรู้
สุขภาวะ ระบบและกลไกสนับสนุน งานพัฒนาและจัดการกองทุน และงานเปิดรับทั่วไปและนวัตกรรม
ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อ

๓.๑ สร้างค่านิยมและโอกาสเรียนรู้ในการสร้างเสริมสุขภาวะ

๓.๒ ขยายโอกาสและพัฒนาศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาวะ

๓.๓ เพิ่มสมรรถนะระบบบริการและระบบสนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาพและเพิ่ม
ประสิทธิภาพกลไกการบริหารจัดการ





งบประมาณ

ในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) สสส. ได้ยึดกรอบนโยบายทางการเงิน และจัดทำประมาณการจากผลการดำเนินงานจริงที่ผ่านมาในอดีต รวมทั้งสิ้น ๑๑ ปี และวิเคราะห์สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดจนภาระผูกพันที่มีอยู่จริงในปัจจุบัน และภาระงานที่เพิ่มขึ้นซึ่งจะส่งผลกระทบต่องบกระแสเงินสดของ สสส. ในอนาคต

โดยเมื่อวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๕๗ ที่ประชุมคณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินได้เห็นชอบให้เสนอกรอบวงเงินงบประมาณสนับสนุนโครงการของกองทุนประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ แบบขาดดุล จำนวน ๕,๑๐๐ ๕,๐๐๐ และ ๔,๙๐๐ ล้านบาท^{๓๔} ตามลำดับ และเพื่อให้สอดคล้องกับการงานของ สสส. ที่เพิ่มขึ้น จึงเห็นควรให้ปรับระดับเงินทุนสำรองขั้นต่ำเพื่อรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต ให้อยู่ที่ ๑,๐๐๐ - ๑,๕๐๐ ล้านบาท และเมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๗ คณะกรรมการกองทุนได้ให้ความเห็นชอบกรอบวงเงินงบประมาณสนับสนุนโครงการและระดับเงินทุนสำรองขั้นต่ำเพื่อรองรับความผันผวนตามที่คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินเสนอ

สรุปงบประมาณกองทุนประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐

หน่วย: ล้านบาท

ปีงบประมาณ	งบสนับสนุนโครงการ		งบบริหารจัดการ		รวมทั้งสิ้น	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๒๕๕๘	๕,๑๐๐	๙๔.๖	๒๘๙	๕.๔	๕,๓๘๙	๑๐๐
๒๕๕๙	๕,๐๐๐	๙๔.๖	๒๘๕	๕.๔	๕,๒๘๕	๑๐๐
๒๕๖๐	๔,๙๐๐	๙๔.๖	๒๘๐	๕.๔	๕,๑๘๐	๑๐๐

^{๓๔} กรอบวงเงินงบประมาณรวมในแต่ละปีและกรอบวงเงินงบประมาณรายแผนอาจมีการทบทวนได้ตามที่คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินเห็นสมควร

ทั้งนี้ ในการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในแต่ละแผนนั้น สสส. ได้คำนึงถึงความสอดคล้องกับแนวนโยบายในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) ความจำเป็นเร่งด่วนของประเด็นปัญหาสุขภาพตามลำดับของภาระโรค และความเป็นไปได้ในการบริการจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ จำแนกรายแผน

หน่วย: ล้านบาท

รายการ		แผนงบประมาณ		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
สนับสนุนโครงการ		๕,๑๐๐	๕,๐๐๐	๔,๙๐๐
๑	แผนควบคุมยาสูบ	๓๓๕	๓๓๕	๓๓๕
๒	แผนควบคุมแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๓๘๐	๓๘๐	๓๘๐
๓	แผนการจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ	๒๖๐	๒๖๐	๒๖๐
๔	แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๒๑๕	๒๒๐	๒๒๐
๕	แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๒๗๐	๒๖๕	๒๒๒
๖	แผนสุขภาวะชุมชน (รวมบูรณาการ)	๖๖๒	๖๓๓	๖๐๘
๗	แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๓๑๐	๓๑๐	๓๒๐
๘	แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๒๐๐	๒๑๐	๒๑๐
๙	แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๒๗๕	๒๖๕	๒๖๕
๑๐	แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๒๘๕	๒๙๐	๒๙๐
๑๑	แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	๓๑๐	๓๑๐	๓๑๐
๑๒	แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๑๑๐	๑๑๐	๑๑๐
๑๓	แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๓๕๐	๓๔๐	๓๔๐
๑๔	แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	๒๕๐	๒๔๕	๒๔๐
๑๕	แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	๕๔๕	๕๐๙	๕๒๐
๑๖	งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	๓๔๓	๓๑๙	๒๗๑

หมายเหตุ: ๑) งบประมาณในแต่ละปีอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์

๒) มีการจัดกลุ่มของแผนใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับแนวนโยบายฯ จึงอาจทำให้งบประมาณบางประเด็นเปลี่ยนแปลงไปมาก



การบริหารจัดการ การกำกับติดตาม และประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง

สสส. ดำเนินกิจการตามบทบัญญัติของกฎหมาย กฎ และระเบียบที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยมีโครงสร้างการดำเนินงาน ประกอบด้วย (๑) ด้านนโยบายและการกำกับดูแลกองทุน (๒) ด้านการบริหารจัดการกองทุนและการนำนโยบายไปปฏิบัติ และ (๓) ด้านการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

ด้านนโยบายและการกำกับดูแลกองทุน

สสส. มีกลไกในการกำกับนโยบายและกำกับดูแลกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีคณะกรรมการกองทุนทำหน้าที่ควบคุมดูแลการดำเนินการกองทุนในระดับนโยบายและกำหนดงบประมาณในภาพรวม ออกหลักเกณฑ์ กฎระเบียบ ข้อบังคับ ที่สำคัญในการดำเนินงาน ให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงาน กำกับดูแลฝ่ายบริหาร รวมทั้งควบคุมผลการปฏิบัติงานของผู้จัดการซึ่งเป็นหัวหน้าฝ่ายบริหาร ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ นอกจากนี้ คณะกรรมการกองทุนยังได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผน และคณะอนุกรรมการเฉพาะด้าน เช่น คณะอนุกรรมการกำกับดูแลการตรวจสอบภายใน คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงานกองทุน คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน คณะอนุกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศ คณะอนุกรรมการตรวจสอบภายใน เพื่อทำหน้าที่ในการกำกับดูแลและให้คำปรึกษาสำนักงานในด้านต่างๆ อีกด้วย

ด้านการกำกับติดตาม สสส. มีแนวทางในการกำกับดูแลแผนงาน/ โครงการซึ่งแบ่งตามขนาดของวงเงินงบประมาณ โดยเฉพาะกรณีแผนงานและโครงการที่มีวงเงินงบประมาณสูงหรือมีความสำคัญ คณะกรรมการบริหารแผนจะแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศเพื่อกำกับดูแล ชี้แนะกำกับทิศทาง และกำหนดกรอบในการประเมินผลแผนงาน/ โครงการ นอกจากนี้ สสส. ยังมีการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อช่วยสนับสนุนการกำกับติดตามแผนงาน/โครงการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การกำหนดเงื่อนไขกำกับกับการเบิกจ่ายงวดเงิน การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อติดตามผล กระบวนการติดตามงานระดับแผนและแผนงานโดยคณะกรรมการบริหารแผน การตรวจเยี่ยมแผนงาน/โครงการ และการตรวจสอบและพัฒนา

ด้านการบริหารจัดการกองทุนและการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ด้านการบริหารจัดการกองทุน โดยการบริหารจัดการภายในสำนักงาน มีผู้จัดการกองทุนเป็นผู้บริหารสูงสุด ผู้อำนวยการสำนัก ผู้อำนวยการฝ่าย และเจ้าหน้าที่ มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานตามนโยบายของกองทุน มีการศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย เสนอแผนการดำเนินการสนับสนุนภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมพัฒนาและดำเนินกิจกรรม การพัฒนาระบบและวิธีปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพ สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะและขีดความสามารถของบุคลากรและภาคีเครือข่าย ตลอดจนส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้และรวบรวมจัดเก็บบทเรียน ผลงานวิชาการ รวมทั้งเผยแพร่และส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากความรู้ดังกล่าว ส่วนในการบริหารจัดการแผนงาน/โครงการของ สสส. ดำเนินการโดยภาคีเครือข่ายซึ่งมีได้อยู่ในโครงสร้างของสำนักงาน แต่ถือเป็นผู้ปฏิบัติงานที่แท้จริงของโครงการและกิจกรรมต่างๆ โดยเป็นกลยุทธานุมิตรที่มีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมเรียนรู้ ร่วมพัฒนา และร่วมลงทุนด้วยในบางกรณี เพื่อให้ดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายซึ่งมีประชาชนเป็นผู้รับประโยชน์สุดท้ายร่วมกัน กลไกและแนวทางการแปลงแผนสู่การปฏิบัติ กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน หรือคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจ การปฏิบัติตามแผนหลักจะดำเนินงานโดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ ผ่านกระบวนการพัฒนาชุดโครงการ หรือโครงการ ร่วมกันกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนของ สสส. เป็นการจุดประกาย กระตุ้น สานและเสริมพลัง ให้แก่ภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน ตามแนวปฏิบัตินั้นจะมีกระบวนการพิจารณาทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของข้อเสนอชุดโครงการหรือโครงการโดยสำนักงานก่อนแล้วจึงเสนอเพื่อพิจารณาขอรับการอนุมัติสนับสนุนชุดโครงการหรือโครงการในแต่ละระดับต่อไป ซึ่งขั้นตอนการดำเนินงานเหล่านี้ เป็นความรับผิดชอบร่วม (shared accountability) ระหว่างสำนักงาน คณะกรรมการบริหารแผน กลุ่มผู้ทบทวนโครงการ รวมทั้งภาคีหลักกับภาคียุทธศาสตร์ ที่จะประกันความสอดคล้องในการแปรแผนสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ด้านการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

การประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน แบ่งเป็น ๒ ส่วน ได้แก่ ๑) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามขนาดของวงเงินประมาณโดยคณะกรรมการกองทุนผ่านระบบและกลไกของคณะกรรมการกองทุนหรือคณะกรรมการบริหารแผนหรือสำนักงาน และ ๒) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโดยคณะกรรมการประเมินผลซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้ง มีอำนาจหน้าที่ (๑) ประเมินผลด้านนโยบายและการกำหนดกิจกรรมของกองทุน (๒) ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน และ (๓) รายงานผลการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการกองทุน ในทุกรอบปี โดยให้คณะกรรมการประเมินผลมีอำนาจเรียกเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับกองทุน จากบุคคลใด หรือเรียกบุคคลใดมาชี้แจงข้อเท็จจริงเพื่อประกอบการพิจารณาประเมินผลได้ ในปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ สสส. ได้ให้ความสำคัญกับการสร้างวัฒนธรรมการประเมินผล โดยปรับตัวชี้วัดให้ชัดเจน เน้นการประเมินในระดับผลลัพธ์ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวมถึงนำวิธีการประเมินแบบใหม่ที่สามารถแสดงความคุ้มค่าทางการลงทุนที่เกิดขึ้นต่อสังคมมาใช้ เพื่อนำผลการประเมินที่ได้มาใช้ในการพัฒนาการทำงานของ สสส. และภาคี พร้อมต่อยอดหรือขยายผลจากองค์ความรู้/งานต้นแบบที่ประสบความสำเร็จเพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไปในอนาคต

ด้านการบริหารความเสี่ยง

สสส. ได้เห็นความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง โดยได้แต่งตั้งคณะทำงานการบริหารความเสี่ยง ให้รับผิดชอบและมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ทั้งในด้านการกำหนดนโยบาย การวางกลยุทธ์ การให้ความเห็นชอบแผนการบริหารความเสี่ยงของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ การกำกับดูแลและติดตามการบริหารความเสี่ยงให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการให้คำแนะนำการทำงานแก่ผู้จัดการกองทุนให้สามารถดำเนินงานบริหารความเสี่ยงอย่างเหมาะสม และรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการกองทุนอย่างน้อยปีละครั้ง ในอีก ๓ ปีข้างหน้า (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) สสส. จะเพิ่มความสำคัญกับการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานสากลมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ทั้งในด้านการระบุความเสี่ยง ขยายการบริหารจัดการความเสี่ยงลงสู่ทุกระดับในองค์กร ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ให้มีความรู้ ความเข้าใจในทุกขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยง รวมถึงให้มีการกำหนดแผนบริหารความเสี่ยงในระดับแผนงาน/ โครงการ พร้อมทั้งการติดตามผลการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดเพื่อให้มั่นใจว่าการดำเนินงานของ สสส. จะมีการบริหารความเสี่ยงที่ดีและช่วยให้ สสส. บรรลุเป้าหมายในช่วง ๓ ปีข้างหน้าตามที่ตั้งใจไว้

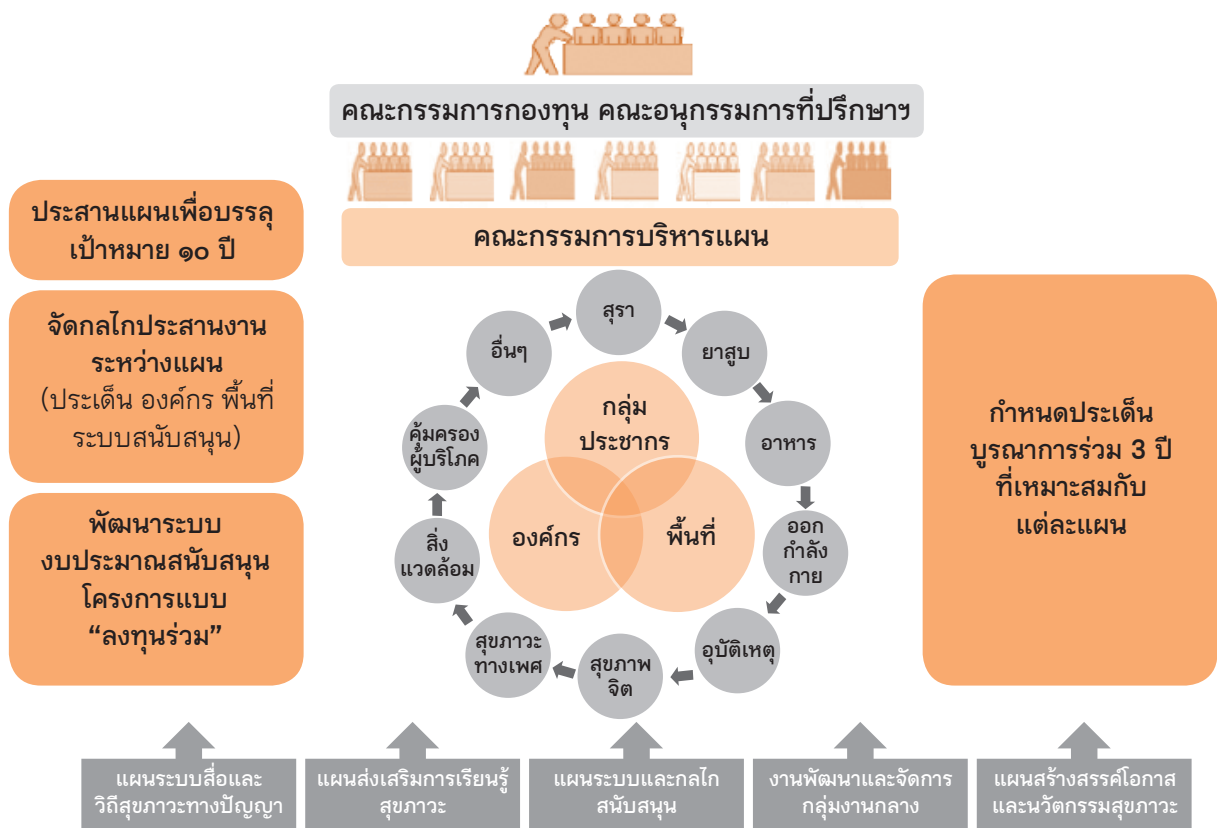
การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ

หลักการ

สสส. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามช่องทางการดำเนินงานต่างๆ ทั้งเชิงประเด็น องค์กรหรือหน่วยภารกิจ พื้นที่ และกลุ่มประชากรเป้าหมาย จำแนกได้ ๑๕ แผน ซึ่งสนับสนุนการดำเนินโครงการต่างๆ เป็นจำนวนมาก ดังนั้น สสส. จึงให้ความสำคัญกับการบูรณาการการทำงานร่วมกันโดยผสมผสานและบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกัน ทั้งทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรทางการเงิน ทุนทางสังคมขององค์กรและภาคี และเวลาให้สามารถปฏิบัติงานอย่างสอดคล้อง รวดเร็ว ลดความซ้ำซ้อน มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลให้ประสบผลสำเร็จตามความมุ่งหวังในระดับครอบครัว ประชาชน ชุมชนของกลุ่ม/พื้นที่เป้าหมาย รวมถึงทำให้เกิดการพัฒนาในทิศทางที่ดีขึ้น

กลไกและกระบวนการในการบูรณาการ

๑. จัดทำแผนที่ทางเดินในแต่ละเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี โดยระบุเจ้าภาพหลักและเจ้าภาพร่วมทั้งภายในและภายนอก สสส. พร้อมประเด็นความร่วมมือ
๒. จัดกระบวนการเพื่อร่วมกันหารือระหว่างเจ้าภาพหลัก และเจ้าภาพร่วม ก่อนที่แต่ละแผนจะพัฒนาแผนและนำรายละเอียดที่ได้บรรจุไว้ในแผน พร้อมกำหนดเป็นเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมของทุกแผนที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม
๓. จัดกลไกการประชุมภายใน สสส. อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประสานการทำงานระหว่างแผนเชิงประเด็น แผนเชิงองค์กร แผนเชิงพื้นที่ และแผนเชิงระบบสนับสนุน
๔. มอบหมายให้คณะกรรมการบริหารแผนแต่ละแผนที่รับผิดชอบเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ให้เป็นผู้กำกับดูแลในการบูรณาการ

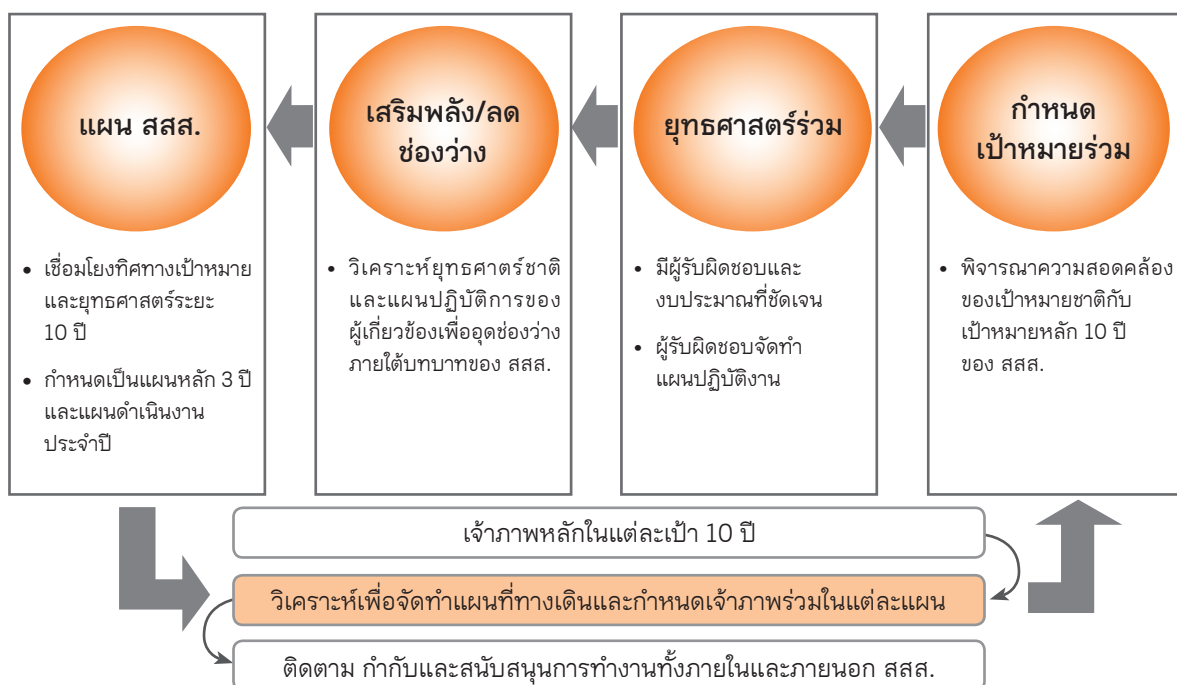


การจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ – ๒๕๖๐) อย่างบูรณาการ

ในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ – ๒๕๖๐) ฉบับนี้ สสส. ได้ให้ความสำคัญกับการประสานแผนเพื่อบรรลุเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส. ที่ว่า “ทุกคนมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างมีสุขภาพ” ซึ่งมีเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ควบคู่กับการประสานงานระหว่างแผนเชิงประเด็น แผนเชิงองค์กร แผนเชิงพื้นที่ และแผนเชิงระบบสนับสนุน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากลักษณะสำคัญของเป้าหมาย สสส. คือ เป็นเป้าหมายระดับชาติและต้องทำงานที่ได้ผลในระดับประชากร ซึ่งมีภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันกำหนด รวมถึงมีการดำเนินงานเพื่อนำมาสู่การบรรลุประโยชน์ร่วมกันโดยเจ้าภาพหลักในแต่ละเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ได้มีการวิเคราะห์แผนตาม “กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของ สสส.” ทั้ง ๕ ขั้นตอน ได้แก่ (๑) การใช้องค์ความรู้ในการทบทวนเป้าหมายร่วมหรือหากยังไม่มีเป้าหมายร่วมก็ต้องมีการวิเคราะห์ประโยชน์ร่วมและประโยชน์เฉพาะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อยู่ในเป้าหมาย ๑๐ ปีอย่างถ่องแท้ ทั้งในมิติของเศรษฐศาสตร์ การสัมพันธ์ หรือสังคม ก่อนนำมาสู่การกำหนดเป้าหมายร่วม และ (๒) ทบทวนยุทธศาสตร์ร่วมซึ่งมีผู้รับผิดชอบ เพื่อทำความเข้าใจบทบาทและพันธกิจของผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วน รวมถึงทรัพยากร ตลอดจนแผนปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบนั้น หากยังไม่มียุทธศาสตร์การดำเนินงานก็ให้วางยุทธศาสตร์ร่วมเสียก่อน โดยในการวางยุทธศาสตร์ร่วมนั้นได้นำความรู้ทางกฎหมาย นโยบาย สถานการณ์ ข้อมูล

วิชาการหรือการถอดองค์ความรู้จากผู้ที่มิประสบการณ์ในการทำงานร่วมประกอบการวางยุทธศาสตร์ด้วย (๓) ทำการวิเคราะห์จากยุทธศาสตร์ร่วมของประเทศและแผนปฏิบัติการของผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาช่องว่างในการดำเนินงาน ที่สอดคล้องกับบทบาทของ สสส. (๔) ก่อนจัดทำเป็นแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแผนดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ ที่เชื่อมโยงเป้าหมายและยุทธศาสตร์ของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือตอบสนองต่อทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานเพื่อตอบสนองเป้าหมายเฉพาะใดๆ นั้น มักจะต้องการการบูรณาการการทำงานและการสนับสนุนจากหลายๆ แผนใน สสส. แผนที่เป็นเจ้าภาพหลักจึงต้องมีการ (๕) วิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนที่ทางเดินร่วมกับแผนอื่นๆ ที่เป็นเจ้าภาพร่วม โดยคำนึงถึงขอบเขตการทำงานในแต่ละแผนตามตัวแบบการทำงานระดับองค์กรของ สสส. ^{๓๕}

กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของ สสส.



^{๓๕} เจ้าภาพหลักทุกแผนได้จัดส่งข้อมูลแผนยุทธศาสตร์การผ่านการวิเคราะห์แล้วให้ สนย. เพื่อสังเคราะห์และส่งให้กับเจ้าภาพร่วม

ผลจากการวิเคราะห์แผนตามกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของ สสส. นอกจากจะได้แผนที่ทางเดินในแต่ละเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปีร่วมกับแผนอื่นๆ และเป็นการทบทวนเจ้าภาพร่วมแล้ว ผู้บริหารของ สสส. ในทุกแผนยังได้ตกลงร่วมกันเพื่อให้ทุกแผนกำหนด “เป้าหมายและตัวชี้วัดร่วม” เพื่อบูรณาการกับแผนอื่น โดยให้น้ำหนักสำหรับเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมชุดนี้น้อยร้อยละ ๒๐ โดยในช่วง ๓ ปีข้างหน้า สสส. จะให้ความสำคัญกับการบูรณาการเพื่อตอบสนองเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี โดยให้ความสำคัญในประเด็นดังนี้

ชุมชนสุขภาวะ	โรงเรียนและสถานศึกษา	ระบบบริการสุขภาพ	องค์กร	อื่นๆ
๑. ลดอัตราการสูบบุหรี่ ๑. ลดอัตราการดื่มสุรา ๒. เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้เพียงพอ ๒. เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำของคนไทย ๓. ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ๓. ลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก ๓. เพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น ๔. ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ ๕. ชุมชนและท้องถิ่นเข้มแข็ง	๑. ลดอัตราการสูบบุหรี่ ๑. ลดอัตราการดื่มสุรา ๒. เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้เพียงพอ ๒. เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำของคนไทย ๓. ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ๓. ลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก ๔. เพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น ๕. ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์	๑. ลดอัตราการสูบบุหรี่ ๑. ลดอัตราการดื่มสุรา ๒. เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้เพียงพอ ๒. เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำของคนไทย ๓. ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ๓. ลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก ๔. เพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น ๕. ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์	๑. ลดอัตราการสูบบุหรี่ ๑. ลดอัตราการดื่มสุรา ๑. เพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น ๒. เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้เพียงพอ ๒. เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำของคนไทย ๒. เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำของคนไทย ๓. ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ๓. ลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก ๔. ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ ๕. ชุมชนและท้องถิ่นเข้มแข็ง	๑. ลดอัตราการสูบบุหรี่ ๑. ลดอัตราการดื่มสุรา ๒. เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้เพียงพอ ๒. เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำของคนไทย ๓. ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ๓. ลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก ๓. เพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น ๔. ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ ๕. ชุมชนและท้องถิ่นเข้มแข็ง



ส่วนที่ ๓

รายละเอียดแผนหลัก

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

แผนควบคุมยาสูบ

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

แผนควบคุมยาสูบ ยึดหลักการดำเนินงานที่สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ สสส. ระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) โดยมีการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์หลัก “สามสามพลัง” ประกอบด้วยพลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังนโยบาย และเป็นกลไกที่ช่วยสร้างความเข้มแข็งและสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมโยงของพลังทั้งสาม รวมทั้งมีแนวทางการดำเนินงานของแผนสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒ โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อลดพฤติกรรม การบริโภคยาสูบในประชากรทุกกลุ่ม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงและผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท การพัฒนา และผลักดันให้เกิดมาตรการทางนโยบายด้านการควบคุมยาสูบที่สำคัญ การพัฒนาให้เกิดมาตรการและ สิ่งแวดล้อมเพื่อลดการบริโภคยาสูบและลดอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสอง การสนับสนุนให้เกิดการ บังคับใช้กฎหมายที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ การป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในกลุ่มเด็ก เยาวชนและผู้หญิง การพัฒนารูปแบบนวัตกรรมในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และการพัฒนามาตรฐานบริการเลิกบุหรี่ ในสถานบริการระดับต่างๆ

ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงกับแผนงานอื่นๆ ตามภารกิจหลักของ สสส. กลุ่มแผนงานภายใต้ แผนควบคุมยาสูบจะเน้นการพัฒนางานที่เกี่ยวข้องดังนี้

๑. การดำเนินงานภายในกลุ่มแผนงานจะเน้นการถอดบทเรียนจากกรณีความสำเร็จเพื่อพัฒนา ต้นแบบหรือรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนและเชื่อมประสานกับแผนงานอื่น เพื่อขยายผลทั้งใน เชิงของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ อาทิ การเชื่อมกับงานสร้างเสริมสุขภาพองค์กร การเชื่อมกับแผนเด็ก และเยาวชนเพื่อขยายประเด็นป้องกันนักสูบหน้าใหม่ การขยายประเด็นผ่านพื้นที่ชุมชน เป็นต้น

๒. เสริมศักยภาพภาคียาสูบ และบูรณาการการทำงานด้านการควบคุมยาสูบร่วมกับประเด็น อื่นๆ ได้แก่ แอลกอฮอล์ อุบัติเหตุ การพนัน ยาเสพติด รวมถึงสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายควบคุม

โรคไม่ติดต่อ (NCDs network) และการประสานการสนับสนุนภาคีเครือข่ายของ สสส. ในแผนต่างๆ ทั้งภาคีเชิงประเด็นและภาคีเชิงองค์กร เช่น เครือข่ายครอบครัว สถานประกอบการ กองทัพไทย เครือข่ายนักออกกำลังกาย เครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพื่อสอดแทรกและบูรณาการการควบคุมยาสูบในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพะเชิงบวกอื่นๆ ตลอดจนการขยายความร่วมมือกับ “องค์กรร่วมทุน” ที่มีศักยภาพในการดำเนินงานด้านนี้ด้วยทุนทรัพย์ตนเองหรือร่วมสนับสนุนทุนในกิจกรรมที่เห็นประโยชน์ร่วมทางสังคมให้มากขึ้น

จุดเน้นของแผน

๑. ด้านนโยบายสาธารณะ และการบังคับใช้กฎหมาย

๑.๑ เน้นการบังคับใช้กฎหมายในนโยบาย/ มาตรการที่มีอยู่อย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง โดยเฉพาะนโยบายการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่เพื่อลดอัตราผู้ได้รับควันบุหรี่มือสอง

๑.๒ ผลักดันนโยบาย/ มาตรการใหม่ที่เตรียมการไว้แล้ว ได้แก่

- (๑) พระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ศ.
- (๒) การแทรกแซงนโยบายสาธารณะของบริษัทบุหรี่
- (๓) การโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบและการส่งเสริมการขาย
- (๔) การขึ้นภาษีบุหรี่ โดยเฉพาะบุหรี่มวนเอง/ ยาเส้น
- (๕) ลดจำนวนบุหรี่ปลอดภาษีที่นำเข้า
- (๖) การยกเลิกข้อยกเว้นภาษีใบยาเส้นพันธุ์พื้นเมือง
- (๗) การควบคุมมิให้ร้านค้าปลอดภาษี (Duty Free) ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- (๘) จำกัดการเข้าถึงบุหรี่ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน/ นักสูบบุหรี่ใหม่ เช่น กำหนดพื้นที่ร้านจำหน่ายบุหรี่

๒. ด้านวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

๒.๑ สนับสนุนให้มีการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) การวิจัยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based research) ให้มากขึ้น โดยเชื่อมประสานชุมชนท้องถิ่นร่วมกระบวนการ

๒.๒ พัฒนางานวิจัย/วิชาการให้เพียงพอต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และการขับเคลื่อนของเครือข่ายรณรงค์ และนำความรู้ที่ได้กลับมาใช้ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

๒.๓ จัดทำระบบข้อมูล สังเคราะห์งานวิจัย/ วิชาการให้ง่ายต่อการนำไปใช้งาน

๓. ด้านเครือข่ายการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่

๓.๑ มุ่งเน้นการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและผู้หญิง ลดการสูบบุหรี่ชาย/ ผู้ที่อยู่ในชนบท

๓.๒ เน้นการป้องกันการได้รับควันบุหรี่มือสองและมือสาม โดยการขยายพื้นที่รูปธรรมปลอดบุหรี่ทั้งตามที่กฎหมายกำหนด และกรณีเพิ่มเติม เช่น การรณรงค์บ้านปลอดบุหรี่ เป็นต้น

๓.๓ เน้นการสื่อสารเพื่อปรับค่านิยมให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ อุตสาหกรรมยาสูบ และผู้สูบบุหรี่ เป็นสิ่งไม่ปกติธรรมดา (de-normalization)

๓.๔ สนับสนุนการทำงานในพื้นที่/ จังหวัด เพื่อพัฒนารูปแบบ (model development) ในพื้นที่ รวมถึงประเมินผล/ ประสิทธิภาพมาตรการหรือการทำงานในพื้นที่

๓.๕ ผลักดันงานบูรณาการการทำงานด้านการควบคุมยาสูบร่วมกับแผนงานอื่นๆ ได้แก่ แผนสุขภาพชุมชนแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ แผนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการ แผนการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ เป็นต้น

๔. ด้านบริการเลิกบุหรี่

๔.๑ พัฒนารูปแบบระบบการบำบัดและส่งต่อให้ชัดเจน มีประสิทธิภาพ และเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยเลิกบุหรี่ โดยผลักดันให้มียาช่วยเลิกบุหรี่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

วัตถุประสงค์

๑. ลดอัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนไทย
๒. พัฒนาให้เกิดมาตรการและสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการสูบบุหรี่และลดอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนไทย
๓. พัฒนาเป้าหมาย กลไก และการประสานงานของภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
๔. สนับสนุนให้เกิดการบังคับใช้กฎหมายและนโยบายที่มีอยู่
๕. พัฒนาระบบข้อมูล องค์ความรู้ และการจัดการความรู้ที่จำเป็น
๖. พัฒนาการรับรู้และสร้างความตระหนักประเด็นการไม่สูบบุหรี่ในประชากรกลุ่มต่างๆ
๗. พัฒนาเครือข่ายการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนและองค์กรต่างๆ
๘. พัฒนารูปแบบและบริการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๘๐)

๑. ความชุกการเสพยาสูบของประชากรไทย ลดลงเมื่อสิ้นปี ๒๕๖๐ เหลือไม่เกินร้อยละ ๑๗.๘ (ข้อมูลปี ๒๕๕๖ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยโดยรวมร้อยละ ๑๙.๙๔) (อ้างอิงตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒)

๒. เกิดมาตรการและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อแนวโน้มการลดลงของอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรไทย โดยพัฒนา/ ผลักดันนโยบาย กฎหมาย มาตรการ แนวปฏิบัติเพื่อการควบคุมยาสูบให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ – ๒๕๖๒

๓. เกิดรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายเข้มแข็งขึ้น โดยการสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมาย ไม่น้อยกว่า ๑๕ จังหวัด

๔. เกิดกรณีตัวอย่างกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดไม่น้อยกว่า ๑๕ จังหวัด

๕. เกิดองค์ความรู้จากการวิจัยที่จำเป็นสำหรับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๐ เรื่อง และมีเวทีวิชาการระดับชาติทุกปี

๖. เกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นการไม่สูบบุหรี่มากขึ้นในประชาชนไทย อย่างน้อย ๒ ประเด็นสำคัญ

๗. เกิดการพัฒนามาตรฐานบริการเลิกบุหรี่ในระดับบริการต่างๆ และมีการขยายตัวของบริการเลิกบุหรี่ของประเทศ สายด่วนเลิกบุหรี่แห่งชาติ สามารถบริการเปิดให้บริการแก่ประชาชนทั้งเชิงรับและเชิงรุกโดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่า ๑๕,๐๐๐ ครั้งต่อเดือน มีจำนวนผู้ติดบุหรี่ที่มาใช้บริการรับคำปรึกษาและป้องกันการสูบบุหรี่โดยเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๔,๐๐๐ รายต่อเดือน และมีจำนวนผู้เลิกบุหรี่ได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๐

๘. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ เช่น คลินิกฟ้าใส ร้านยา คลินิกทันตกรรม มีการขยายเครือข่ายหน่วยการเลิกบุหรี่ที่มีคุณภาพ สามารถให้บริการได้ตามมาตรฐาน รวมไม่น้อยกว่า ๔๐๐ แห่ง

๙. มีจังหวัดต้นแบบที่เห็นผลสำเร็จเป็นรูปธรรมในการจัดบริการเลิกบุหรีระหว่างกลุ่มเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพต่างๆ อย่างน้อย ๑ จังหวัด

ตัวชี้วัดรวม (น้ำหนักร้อยละ ๒๐)

๑๐. บูรณาการการทำงานร่วมกับปัจจัยเสี่ยงหลักอื่น เช่น

๑๐.๑ ร่วมกับแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด เฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายของยาสูบกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑๐.๒ ร่วมกับแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด รวมถึงแผนจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ รณรงค์ป้องกันปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มเยาวชน (ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน ยาเสพติด และการจัดการความปลอดภัยทางถนน)

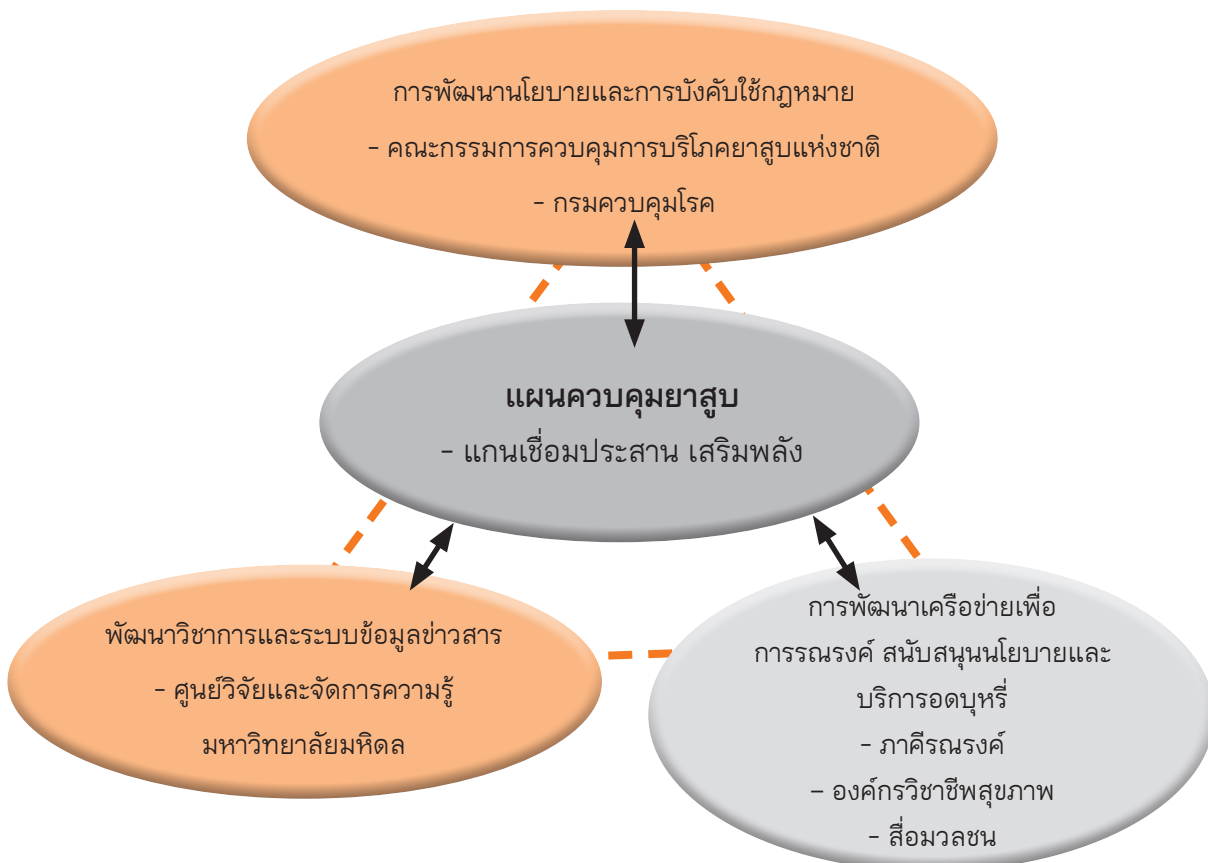
๑๐.๓ ร่วมกับแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด และแผนจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ ทำงานเชิงป้องกันปัจจัยเสี่ยงในชุมชน (ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน ยาเสพติด การจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ)

๑๑. บูรณาการการทำงานประเด็นยาสูบร่วมกับแผนงานอื่นๆ ใน สสส. เช่น

- ๑๑.๑ ร่วมกับแผนสุขภาวะชุมชน ในการเชื่อมประสานบูรณาการขยายผลการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่/ ชุมชน
- ๑๑.๒ ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ขยายผลการดำเนินงานเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในกลุ่มเด็กและเยาวชน
- ๑๑.๓ ร่วมกับแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ในการขยายผลการดำเนินงานเพื่อการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่และสนับสนุนให้มีนโยบายหรือมาตรการให้เกิดสถานประกอบการปลอดบุหรี่
- ๑๑.๔ ร่วมกับแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ ในการขยายผลการดำเนินงานเพื่อการลด ละ เลิกบุหรี่ในประชากรกลุ่มเฉพาะ
- ๑๑.๕ ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ในการขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่ และการติดป้ายแสดงเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย

ยุทธศาสตร์

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การขับเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ



การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ดังกล่าว เป็นการสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานตาม (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ ๒ (ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๒) ซึ่งอยู่ระหว่างการเสนอให้คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) และคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบต่อไป โดยกำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ๖ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

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

งบประมาณ^{๓๖}

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
แผนควบคุมยาสูบ	๓๓๕	๓๓๕	๓๓๕

^{๓๖} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

ด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด วางแผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ สสส. ๑๐ ปี (๒๕๕๕ – ๒๕๖๔) ซึ่งมีเป้าหมายเฉพาะที่จะต้องบรรลุ คือ ลดอัตราการดื่มสุราของคนไทย ในปี ๒๕๖๓ ให้เหลือน้อยกว่า ร้อยละ ๒๗ เพื่อลดปัญหาจากพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเสพสิ่งเสพติด รวมทั้งดำเนินการตามแนวทางของยุทธศาสตร์โลกในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (global strategy to reduce the harmful use of alcohol) และสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมขนาดและความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย โดยมีเป้าหมายเชิงกลไก คือ ควบคุมและลดปริมาณการบริโภคของสังคม ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ (ทั้งเด็กเยาวชน ผู้หญิง และผู้ที่ไม่เคยดื่ม) และควบคุมความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดความเสี่ยงจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และลดความรุนแรงของปัญหาแอลกอฮอล์ ทั้งนี้แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด จะนำไปสู่การสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติที่ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ ๕ ประการในการจัดการกับปัญหาแอลกอฮอล์ ดังนี้

๑. การควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ (price and availability)
๒. การปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงสนับสนุนในการดื่ม (attitude)
๓. การลดอันตรายจากการบริโภค (risk reduction)
๔. การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ (alcohol policy at every setting)
๕. การพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็งในการจัดการกับปัญหา (supportive process)

แผนการดำเนินงานระยะ ๓ ปี ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ตั้งเป้าหมายลดอัตราการตีตมสุราของคนไทย ใน ปี ๒๕๖๐ ให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ ๒๔.๕ โดยมียุทธศาสตร์การดำเนินการตามหลักสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา อันได้แก่ ๑) การสร้างมาตรการ นโยบายสาธารณะ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ๒) การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ความรู้ เพื่อให้ความรู้และผลักดันมาตรการ ๓) การพัฒนาเครือข่ายเพื่อรณรงค์และสนับสนุนนโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการส่งเสริมให้มีระบบบริการเลิกสุรา โดย สสส. มีบทบาทในการเชื่อมประสานเครือข่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินการตามแนวทางยุทธศาสตร์ดังกล่าว โดยเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์และผลประเมินระยะ ๓ ปีที่ผ่านมาแล้ว จึงมีทิศทางเป้าหมายที่เน้นในช่วง ๓ ปี ต่อไป ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ โดยมีแนวทางดังนี้

๑. สนับสนุนการออกมาตรการ กฎหมาย และนโยบายที่จำเป็นต่อการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาทิ มาตรการทางภาษีและราคา มาตรการจำกัดใบอนุญาตและเพิ่มค่าธรรมเนียม มาตรการห้ามโฆษณา และเพิ่มการจำกัดสถานที่และเวลาขายรวมถึงการพัฒนา นโยบายยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัด
๒. สนับสนุนการเพิ่มประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๓. พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ งานวิชาการ และวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อตอบสนองกับการผลักดันนโยบายและขับเคลื่อนรณรงค์ รวมทั้งการวิจัยเพื่อประเมินผล
๔. ขยายภาคีเชิงยุทธศาสตร์ พัฒนาศักยภาพและความก้าวหน้าของเครือข่าย และพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการสื่อสารรณรงค์ที่เป็นระบบ และเน้นเพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่
๕. ขยายรูปแบบการบริการเลิกสุราด้วยการพัฒนากลยุทธ์การผลักดันนโยบายขยายผล เชื่อมโยงระบบบริการเลิกสุราเข้ากับกิจกรรมรณรงค์ป้องกัน และสื่อสารให้ผู้มีปัญหาการตีตมสุราเข้าถึงบริการเลิกสุราได้อย่างทั่วถึง
๖. บูรณาการและตั้งเป้าหมายร่วมกับแผนอื่นๆ ของ สสส. ในการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเป้าหมาย องค์กร ชุมชน และพื้นที่ต่างๆ

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

กลุ่มแผนงานด้านการลดปัญหาจากการพนันมีการขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์หลัก “สามสามพลัง” ประกอบด้วยพลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังนโยบายเพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น พัฒนาให้เกิดระบบฐานข้อมูลสถิติด้านการควบคุมปัญหาการพนันระดับชาติ มุ่งเน้นให้สังคมตระหนักถึงปัญหาจากการพนัน มีหน่วยงาน (ทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น) เป็นเจ้าภาพร่วมในการจัดระเบียบ มีนโยบาย มาตรการ และกลไกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อมุ่งสู่การลดผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะเด็กและเยาวชน แนวโน้มการขยายตัวของการพนันที่มีหลากหลายรูปแบบทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย เช่น การเพิ่มจำนวนสลากกินแบ่งรัฐบาล หวয় ๒ ตัว ๓ ตัว การเพิ่มประเภทสลาก ทั้งนี้เนื่องจากรัฐมีเป้าหมายที่จะเพิ่มพื้นที่การพนันเพื่อเป็นแหล่งรายได้ รวมทั้ง

การขยายตัวของกาสิโนชายแดน ตลอดจนพัฒนาการของรูปแบบบริหารจัดการการพนันรูปแบบใหม่ๆ เช่น ทัวرنักรพนัน หรือ พนันออนไลน์ข้ามพรมแดน ทำให้การพนันขยายขอบเขตครอบคลุมผู้คนหลากหลายและหลายพื้นที่ในสังคม การดำเนินงานระยะ ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) กลุ่มแผนงานฯ จึงกำหนดผลลัพธ์ระดับเป้าหมาย (ultimate outcome) ร่วมกัน คือการสร้างความรู้และเผยแพร่ให้สังคมตระหนักถึงปัญหาของการพนัน โดยเฉพาะผลกระทบที่อาจเกิดกับเยาวชน เพื่อทำให้สังคมรับรู้และตระหนักถึงประเด็นปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการพนัน และผลักดันให้มีนโยบาย มาตรการ หรือกลไกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อการลดผลกระทบจากการพนัน ตลอดจนมีข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยให้ความสำคัญกับการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับภาคสังคม

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดต้องมีการทำงานแบบบูรณาการของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และประชาชน การพัฒนานโยบายหรือมาตรการที่อิงกับข้อมูล/หลักฐานทางวิชาการเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการวางนโยบายให้ถูกต้องทางและใช้การขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วมจะให้ผลที่ยั่งยืนกว่าการปราบปรามระยะสั้น ดังนั้นในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) จึงจะดำเนินการสนับสนุนภาคีเครือข่ายนักวิชาการ นักวิจัย และผู้ปฏิบัติงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ หรือข้อมูลเชิงประจักษ์ของผลลัพธ์และผลกระทบของโครงการ มาตรการ หรือนโยบายที่ได้ดำเนินการไปแล้ว เพื่อกระตุ้นให้เกิดวงจรการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพ ในด้านการป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพสารเสพติดในระบบสาธารณสุข ระบบยุติธรรม และชุมชน เพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้สารเสพติดและมาตรการในการจัดการและป้องกันปัญหา รวมทั้งการเพิ่มความตระหนักและการมีส่วนร่วมของบุคคลทุกภาคส่วนในสังคมในการจัดการกับปัญหายาเสพติดโดยจะทำการศึกษารายละเอียดที่ผิดกฎหมายทุกชนิด เช่น กัญชา ยากระตุ้นประสาทกลุ่มยาบ้า (ยาบ้า ยาอี ยาไอซ์) สารกลุ่มฝิ่น (ฝิ่น เฮโรอีน) กระท่อม น้ำต้มกระท่อม สารระเหย โคเคน ยาเค และยารักษาโรคที่ถูกนำมาใช้เป็นยาเสพติดหรือใช้ในทางที่ผิด เช่น ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาแก้ไอแก้ปวด ยาแก้ไอ และยาลดความอ้วน เป็นต้น

จุดเน้นของแผน

คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๑ ได้ทบทวนสถานการณ์และแนวทางการดำเนินงานร่วมกับภาคี และเห็นชอบให้ทบทวนแนวทางการดำเนินงาน โดยมีจุดเน้นมากขึ้น ดังนี้

๑. การพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ๑.๑ สนับสนุนการออกกฎหมาย มาตรการ และนโยบายสาธารณะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความจำเป็นทั้งกรณีเร่งด่วนและระยะยาว รวมทั้งกฎหมายที่อยู่ในกระบวนการแล้ว อาทิ

- (๑) การออกกฎหมายอนุบัญญัติเรื่องห้ามดื่มห้ามขายในสนามกีฬา (ของรัฐและเอกชน) ห้ามดื่มห้ามขายบนรถไฟ ห้ามขายรอบสถานศึกษา ห้ามขายและห้ามบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนทางเท้า ด้านการควบคุมการโฆษณา อาทิ หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับฉลาก (ภาพคำเตือน) ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รูปแบบ และวิธีการแสดงข้อความคำเตือนประกอบภาพสัญลักษณ์ของ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือภาพสัญลักษณ์ของผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อความคำเตือน ประกอบภาพสัญลักษณ์ การห้ามใช้ดารา นักร้อง นักกีฬา ในการโฆษณา สินค้า และบริษัทแอลกอฮอล์
- (๒) เสนอมาตรการห้ามโฆษณาโดยสิ้นเชิง (total ad ban) หรือให้โฆษณาได้เฉพาะ สถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- (๓) เสนอมาตรการจำกัดจำนวนใบอนุญาต/ เพิ่มค่าธรรมเนียมและอัตราโทษ การขึ้นภาษี และป้องกันการแทรกแซงนโยบายแอลกอฮอล์จากการค้าเสรี
- (๔) มาตรการห้ามบริษัทเหล้าให้เงินสนับสนุนสถานศึกษา กิจกรรมสำหรับเด็กเยาวชน และงานวัฒนธรรม งานของดี งานบุญประเพณีที่ดีงาม
- (๕) การออกมาตรการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนรอบ สถานศึกษา เช่น โซนนิ่งร้านเหล้ารอบมหาวิทยาลัย

๑.๒ เพิ่มประสิทธิภาพของกลไกการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาทิ การศึกษาทบทวนและพัฒนามาตรฐานการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย และการตรวจ เฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย/ เรื่องร้องเรียนรวมทั้งการประชุมคณะอนุกรรมการ ป้องกันและปราบปรามการกระทำผิดพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อสร้างมาตรฐานการบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเน้นการบังคับใช้มาตรการ ห้ามขายเหล้าให้เด็กที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี และห้ามเด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ดื่มเหล้า (ตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก ปี ๒๕๔๖) และการสื่อสารขยายให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในการบังคับใช้กฎหมาย

๑.๓ สนับสนุนการออกนโยบายระดับพื้นที่/ จังหวัดและท้องถิ่น รวมทั้งผลักดันให้ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดดำเนินการควบคุมการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่และลดผลกระทบ โดยเน้นการทำงาน ที่มียุทธศาสตร์ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่/ จังหวัด

๒. การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่

๒.๑ สร้างความร่วมมือในด้านข่าวสาร การพัฒนาบุคลากร และการขึ้นนโยบายทั้งใน ประเทศและระดับสากล โดยการจัดการประชุมวิชาการสู่ระดับชาติ/ นานาชาติ การจัดการประชุมวิชาการในระดับภูมิภาค การสนับสนุนบุคลากรในเครือข่ายให้เข้าร่วม

การประชุมวิชาการระดับชาติ/ นานาชาติ และการเชื่อมโยงกับองค์กรวิชาการสากล
เชื่อมการทำงานด้านยุทธศาสตร์โลก

๒.๒ พัฒนางานวิจัยด้านภาษีสุรา ผลกระทบของภาษีสุรา การเปิดเขตการค้าเสรี และ
การปราบปรามสุราในระบบ การศึกษาผลกระทบจากการเปิดประชาคมอาเซียน และ
ศึกษาวิจัยความเชื่อมโยงของธุรกิจแอลกอฮอล์

๒.๓ พัฒนางานวิจัยและระบบข้อมูลข่าวสารที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ผลงาน
วิจัยโดยมุ่งเน้นงานทางด้านต่างๆ ได้แก่

(๑) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) รวมถึงการประเมินผลของโครงการ
รณรงค์ในระดับชุมชน และการถอดบทเรียนความสำเร็จและความล้มเหลว
ของพื้นที่

(๒) การประเมินนโยบายแอลกอฮอล์และมาตรการการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ที่ได้ผล โดยเฉพาะมาตรการในการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่

(๓) การบังคับใช้กฎหมาย และแนวทางในการสร้างความเข้มแข็งให้การบังคับใช้
การป้องกันนักดื่มหน้าใหม่

(๔) การศึกษาผลของการสื่อสารสาธารณะที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคและ
ปทัสถาน (norm) ของสังคม

(๕) การสื่อสารข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบระหว่างจังหวัดและระหว่างภูมิภาค

๒.๔ พัฒนาเครื่องมือในการประเมิน เพื่อประเมินผลลัพธ์ เช่น ระดับการรับรู้ ระดับความ
ตระหนัก การลด ละ เลิก และการบอกต่อของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละโครงการรณรงค์
รวมถึงการประเมินผลเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และประเมิน
เพื่อปรับปรุงให้ต่อเนื่อง เพื่อหาแนวทางการรณรงค์ที่มีประสิทธิภาพ เช่น การศึกษา
พฤติกรรมลดการดื่มในช่วงเข้าพรรษาและผลดีของการลดการดื่มเพื่อนำมาเพิ่ม
แรงจูงใจ

๓. การพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ได้แก่

๓.๑ พัฒนาแคมเปญรณรงค์ใหม่ๆ และมาตรการเฉพาะกลุ่ม อาทิ ปกป้องเด็กและเยาวชน
จากภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยร่วมมือกับเครือข่ายเยาวชนและชุมชน ทั้งในมิติ
ปฏิเสธรถชนดื่ม เช่น แคมเปญ “Alcohol No Thanks” และการเข้าไปสนับสนุน
กิจกรรมงานของนักศึกษา การเชื่อมโยงกับมาตรการทางกฎหมายห้ามขายเหล้าให้เด็ก
และเยาวชนที่เป็นรูปธรรม เช่น ร่วมกับชุมชนทำร้านค้าไม่ขายเหล้าให้เด็ก ไม่ให้เด็ก
ซื้อเหล้า รวมทั้งให้ความสำคัญกับกลุ่มที่ดื่มที่บ้านตนเองและบ้านเพื่อนมากขึ้น และ
ขยายการรณรงค์ในกลุ่มผู้ไม่ดื่ม ชักชวนให้ผู้ดื่มลด ละ เลิก เป็นต้น



- ๓.๒ พัฒนามาตรการชุมชนนำร่องเรื่องการจำกัดใบอนุญาตเพื่อลดร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการพัฒนารูปแบบกลไกเชื่อมโยงการรณรงค์ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับมาตรการบำบัดดูแลผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ให้เป็นระบบยิ่งขึ้น โดยอาศัยโอกาสแห่งการรณรงค์ลดเหล้าเข้าพรรษาและโอกาสอื่นๆ เพื่อให้ผู้มีปัญหาการดื่มสุราสามารถลด ละ เลิกได้ต่อเนื่อง หรือเลิกได้ตลอดชีวิต และหนุนเสริมอาชีพ “กิจการเพื่อสังคม” เช่น กลุ่มชุมชนรวมตัวกันผลิตเสื้อปลอดเหล้าให้ผิพาย
- ๓.๓ สนับสนุนและขยายผลรณรงค์ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเทศกาลและงานประเพณี เช่น เทศกาลเข้าพรรษา งานประเพณี งานศพ เทศกาลประจำท้องถิ่นและผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นเจ้าของปัญหา
- ๓.๔ สื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างบรรทัดฐานสังคมให้เห็นว่าเหล้าเป็นสินค้าไม่ธรรมดา (de-normalization) อย่างต่อเนื่อง และการตอบโต้ธุรกิจแอลกอฮอล์เรื่องการทำตลาดที่ขาดความรับผิดชอบในงานกิจกรรมดนตรี กีฬาและกิจกรรมที่เกี่ยวกับเยาวชน เช่น การติดตามข่าวผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเด็กและเยาวชนแล้วตีแผ่ต่อสังคมให้ต่อเนื่อง
- ๓.๕ พัฒนาศักยภาพและความก้าวหน้าในสายงานของกำลังคนเครือข่ายร่วมแก้ปัญหาแอลกอฮอล์ รวมทั้งขยายและเชื่อมเครือข่ายทั้งการสร้างผู้นำรุ่นใหม่และขยายเครือข่ายนักวิชาการในระดับพื้นที่ รวมทั้งขยายภาคีหุ้นส่วนยุทธศาสตร์ เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ และกระทรวงอื่นๆ

๔. การสนับสนุนทุนอุปถัมภ์ทดแทนธุรกิจแอลกอฮอล์ ได้แก่

- ๔.๑ พัฒนากลยุทธ์การให้ทุนอุปถัมภ์กิจกรรมต่างๆ โดยให้ครอบคลุมทั้งกิจกรรมด้านประเพณี วัฒนธรรม และกิจกรรมด้านอื่นๆ เช่น การกำหนดยุทธศาสตร์การช่วงชิงพื้นที่เทศกาลอาหาร ดนตรี เป็นต้น
- ๔.๒ ขยายเพิ่มนโยบายไม่รับสปอนเซอร์ และรวมถึงมาตรการอื่นๆ ในการจัดงาน
- ๔.๓ ประเมินผลลัพธ์จากการจัดงานปลอดเหล้า
- ๔.๔ พัฒนากลยุทธ์การสื่อสารเชิง CSR ร่วมกับเจ้าภาพจัดงาน เพื่อแข่งขันกับธุรกิจ
- ๔.๕ สื่อสารกิจกรรมปลอดเหล้าให้เป็นระบบและต่อเนื่อง

๕. การพัฒนารูปแบบและระบบบริการเลิกสุรา ได้แก่

- ๕.๑ พัฒนาและบูรณาการรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มทั้งในและนอกระบบสุขภาพ
- ๕.๒ พัฒนาศักยภาพการถ่ายทอดเทคโนโลยีแก่เครือข่ายบุคลากร นักวิชาการ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา
- ๕.๓ เร่งผลักดันเชิงนโยบายเพื่อขยายผลรูปแบบกลไกการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา



- ๕.๔ เชื่อมโยงระบบบริการเลิกสุราเข้ากับกิจกรรมหรือนโยบายทุกระดับรวมทั้งสื่อสารให้ผู้มีปัญหากการติ่มสุราเข้าถึงบริการ

๖. การลดปัญหาจากการพนัน ได้แก่

- ๖.๑ ขยายและพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายให้เป็นเจ้าภาพร่วมในการพัฒนานโยบาย มาตรการ และกลไก โดยเชื่อมประสานการทำงาน และสนับสนุนการพัฒนา กลไก เชิงนโยบายเพื่อลดปัญหาจากการพนัน เช่น การปฏิรูปสลากเพื่อสังคม การป้องกัน พนันออนไลน์ในเด็กและเยาวชน เป็นต้น
- ๖.๒ พัฒนาให้เกิดกลไกการเฝ้าระวังทั้งด้านนโยบายสาธารณะที่อาจส่งผลกระทบต่อการเพิ่ม พื้นที่การพนัน และด้านการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการ สร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการสร้างกลไกป้องกันแก้ไขปัญหาย
- ๖.๓ สื่อสารสร้างความตระหนักต่อสังคมถึงผลกระทบจากการพนัน เน้นปัญหาจากการพนัน ที่ก่อผลกระทบสูงก่อน โดยเฉพาะผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชน
- ๖.๔ พัฒนานองคความรู้เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์ และพัฒนานโยบายและมาตรการที่จำเป็น สำหรับการควบคุมปัญหาจากการพนันทั้งด้านอุปทาน การลดอุปสงค์ และการลด ผลกระทบของการพนัน พัฒนาชุดความรู้เพื่อสนับสนุนการทำงานของเครือข่าย ภาคี ตลอดจนผลักดันให้ประเด็นสถานการณ์และผลกระทบปัญหาจากการพนัน เป็นประเด็นหนึ่งของระบบฐานข้อมูลสถิติระดับชาติ

๗. การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ได้แก่

- ๗.๑ พัฒนาศูนย์วิชาการการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเพื่อให้มีความคล่องตัวในการ พัฒนางานวิชาการอย่างต่อเนื่อง ทันทต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด
- ๗.๒ พัฒนางานวิชาการและงานวิจัย พัฒนาระบบข้อมูล ต่อยอดองค์ความรู้ เพื่อการ ผลักดันนโยบายการป้องกัน ดูแลและแก้ไขปัญหายาเสพติด (policy-driven research) รวมไปถึงการจัดการข้อมูลให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายอย่าง เท่าเทียมกัน ในจุดคานงัดที่สำคัญ ๓ ด้าน ได้แก่ “ยา” “คน” “สิ่งแวดล้อม”
- ๗.๓ พัฒนางานเชิงระบบ สร้างนวัตกรรมในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ในการแก้ไขและจัดการปัญหายาเสพติด เพื่อให้สามารถรองรับสถานการณ์ทางสังคม ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว
- ๗.๔ เสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและ ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาเสพติดและมาตรการในการจัดการและป้องกันปัญหา ยาเสพติด รวมไปถึงการสนับสนุนการทำงานของภาคประชาชนและประชาสังคม ในการจัดการปัญหายาเสพติด

๗.๕ พัฒนาและเชื่อมประสานกับหน่วยงานภาครัฐ และเครือข่ายภาคประชาชนในการป้องกัน
ดูแลและแก้ไขปัญหาเสพติดร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่น (เหล้า/ บุหรี่)

วัตถุประสงค์

๑. พัฒนานโยบายสาธารณะให้เกิดมาตรการและสิ่งแวดล้อมเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๒. พัฒนากลไกและการประสานงานของภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๓. พัฒนาฐานข้อมูล องค์ความรู้และการจัดการความรู้ที่จำเป็นเพื่อการควบคุมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๔. พัฒนาเครือข่ายการมีส่วนร่วมจากประชาชนและองค์กรต่างๆ ในการร่วมสร้างการรับรู้ความตระหนักในสังคมและในประชาชนกลุ่มต่างๆ เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๕. พัฒนารูปแบบและบริการเลิกสุราที่มีประสิทธิภาพ
๖. พัฒนางองค์ความรู้ เป้าหมาย นโยบายและเครือข่ายการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาจากการพนันในระดับชาติ
๗. พัฒนาและจัดการองค์ความรู้ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และกลไกสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๘๐)

ด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑. ลดอัตราการดื่มสุราของคนไทยในรอบ ๑๒ เดือน ใน ปี ๒๕๖๐ ให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ ๒๙.๕ (ข้อมูลปี ๒๕๕๖ อัตราการดื่มสุราของคนไทยในรอบ ๑๒ เดือน เท่ากับร้อยละ ๓๒.๒)
๒. ลดอัตราการดื่มสุราของคนไทยในรอบ ๓๐ วัน ในปี ๒๕๖๐ ให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ ๑๘.๑๒ (ข้อมูลปี ๒๕๕๔ อัตราการดื่มสุราของคนไทยในรอบ ๓๐ วัน เท่ากับร้อยละ ๑๘.๑๒)
๓. ลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรผู้ใหญ่ไทยในปี ๒๕๖๐ ให้เหลือน้อยกว่า ๗.๑ ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี (ข้อมูลปี ๒๕๕๔ ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรผู้ใหญ่ไทย เท่ากับ ๗.๑ ลิตรแอลกอฮอล์ต่อคนต่อปี)
๔. เกิดนโยบายสาธารณะใหม่ที่ส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือนโยบายด้านการบริการสนับสนุนการเลิกดื่มสุราในระบบบริการ

สุขภาพ โดยมีการเสนอนโยบายต่อคณะกรรมการระดับชาติ/ หน่วยงานองค์กรหลักที่มีหน้าที่กำหนดนโยบาย อย่างน้อย ๒ นโยบาย และเกิดนโยบายระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และภาค อย่างน้อย ๕ นโยบายต่อปี

๕. สนับสนุนให้เกิดกลไกการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนเกิดการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม อย่างน้อย ๑๕ จังหวัด นำร่อง

๖. ศูนย์วิชาการร่วมกับภาควิชาการร่วมกันสนับสนุนให้เกิดชุดโครงการวิจัยที่สอดคล้องต่อการดำเนินงานของภาคส่วนต่างๆ อย่างน้อยปีละ ๑๕ เรื่อง โดยเฉพาะต่อการสนองการขับเคลื่อนนโยบายและการทำงานในพื้นที่ ตลอดจนการพัฒนากระบวนการข้อมูลข่าวสารเพื่อกำกับติดตามสถานการณ์และการประเมินผล

๗. เกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นการลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ในประชากรไทย ปีละอย่างน้อย ๒ ประเด็นสำคัญ

๘. เกิดกิจกรรมเพื่อทดแทนทุนอุปถัมภ์ของธุรกิจแอลกอฮอล์โดยในส่วนของประเพณีวัฒนธรรมในงานประเพณี และในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ อย่างน้อยปีละ ๑๕๐ งาน ซึ่งส่งผลต่อการส่งเสริมนโยบายสาธารณะด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๙. เกิดชุดองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการพัฒนารูปแบบและขยายผลบริการเลิกสุรา หรือนวัตกรรม การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงเฉพาะและบริบทของสังคมไทย อย่างน้อย ๑๕ เรื่อง

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

๑๐. เกิดนโยบายสาธารณะ มาตรการ หรือกลไกที่มีประสิทธิภาพต่อการลดผลกระทบจากการพนัน ตลอดจนข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยได้รับการเสนอต่อคณะกรรมการระดับชาติ/ หน่วยงานองค์กรหลักที่มีหน้าที่กำหนดนโยบาย อย่างน้อย ๒ นโยบาย

๑๑. เกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการพนัน อย่างน้อย ๓ ประเด็น

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

๑๒. เกิดศูนย์วิชาการในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดซึ่งทำหน้าที่ในการศึกษา พัฒนาวิจัย/ วิชาการเพื่อให้มีงานวิชาการออกมาอย่างต่อเนื่องทันต่อความต้องการของสังคม

๑๓. เกิดองค์ความรู้ งานวิชาการ ระบบข้อมูล และฐานข้อมูลวิชาการในด้านการป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพยาเสพติด ที่สอดคล้องต่อการดำเนินงานของภาคส่วนต่างๆ หรือเกิดนวัตกรรม ในการจัดการปัญหายาเสพติดอย่างน้อย ๒๐ เรื่อง

๑๔. เกิดข้อเสนอเชิงนโยบาย ที่ส่งผลต่อการลดปัญหายาเสพติดในสังคม และผลักดัน การปรับเปลี่ยนนโยบาย อย่างน้อย ๒ ประเด็น



ตัวชี้วัดร่วม (น้ำหนักร้อยละ ๒๐)

๑๕. บูรณาการการทำงานร่วมกับปัจจัยเสี่ยงหลักอื่น เช่น

- ๑๕.๑ ร่วมกับแผนการจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ ผลักดันนโยบายร่วมระหว่าง
การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการจัดการความปลอดภัยทางถนน
- ๑๕.๒ ร่วมกับแผนควบคุมยาสูบ และแผนการจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ
เฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายยาสูบกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๑๕.๓ ร่วมกับแผนควบคุมยาสูบ และแผนการจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ
รณรงค์ป้องกันปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มเยาวชน (ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน
ยาเสพติด และการจัดการความปลอดภัยทางถนน)
- ๑๕.๔ ร่วมกับแผนควบคุมยาสูบ และแผนการจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ
ทำงานเชิงป้องกันปัจจัยเสี่ยงในชุมชน (ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน
ยาเสพติด การจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ)

๑๖. บูรณาการการทำงานร่วมกับแผนงานอื่นๆ เช่น

- ๑๖.๑ ร่วมกับแผนสุขภาวะชุมชน บูรณาการองค์ความรู้และต้นแบบชุมชนปลอดเหล้าและ
นำไปขยายผลในเครือข่ายชุมชนและตำบลสุขภาวะ การป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด
ในชุมชน
- ๑๖.๒ ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว พัฒนาและขยายองค์ความรู้
สถานศึกษาปลอดเหล้าควบคู่กับการสร้างภูมิคุ้มกันในกลุ่มเป้าหมายสถานศึกษา
การลดปัญหาจากการพนัน โดยเฉพาะการพนันฟุตบอลและพนันออนไลน์ การเพิ่ม
การสร้างภูมิคุ้มกันในเด็กและเยาวชน
- ๑๖.๓ ร่วมกับแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ พัฒนาและขยายองค์ความรู้และต้นแบบ
การดำเนินการลดละเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเป้าหมายประชากร
กลุ่มเฉพาะ การสร้างความตระหนักต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการพนัน
- ๑๖.๔ ร่วมกับแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ขยายองค์ความรู้ด้านการควบคุมเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์จากต้นแบบ หรือพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทเพื่อขยายในกลุ่ม
เป้าหมายองค์กรสุขภาวะ



ยุทธศาสตร์

ด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการพัฒนารูปแบบบริการเลิกสุรา และการทดแทนทุนอุปถัมภ์จากธุรกิจแอลกอฮอล์ ซึ่งสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

ภาคีเครือข่าย



นโยบาย

- ก.มหาดไทย (กรมปภ./กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น)
- ก.การพัฒนาสังคมฯ
- ก.วัฒนธรรม
- ก.ท่องเที่ยวและกีฬา
- ก.ศึกษาธิการ
- ก.คมนาคม
- สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
- กรมสรรพสามิต
- กรมขนส่งทางบก
- กรมคุมประพฤติ
- กรมทางหลวง
- กทม.
- คณะกรรมการจังหวัด
- กรมการศาสนา
- สำนักพุทธฯ

พลังความรู้



- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา
- เครือข่ายนักวิชาการสาขาต่างๆ



ระบบเลิกสุรา

- กรมสุขภาพจิต
- แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา
- เครือข่ายสถานบริการสุขภาพ

ทสส.
สนับสนุน
และ
เชื่อมประสาน

พลังสังคม



เครือข่ายองค์กรชุมชน

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



๓๕

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

กลุ่มแผนงานด้านการลดปัญหาการพนันขับเคลื่อนดำเนินงานโดยมีจุดเน้นในการสร้างความเข้มแข็งของกลไกการจัดการ (จุดจัดการหลัก) ๓ ด้าน ได้แก่ พลังปัญญา พลังนโยบาย และพลังสังคม ให้สามารถขับเคลื่อนงานให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น พัฒนาให้เกิดระบบฐานข้อมูลและสถิติด้านการควบคุมปัญหาการพนันระดับชาติ เน้นสร้างความตระหนักรู้ต่อสังคมด้านผลกระทบจากการพนัน และเน้นปัญหาจากการพนันหลักที่ก่อผลกระทบสูงก่อนโดยให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชนเป็นพิเศษ โดยมีภาคีหลักที่ช่วยเชื่อมประสานการทำงานดังนี้

ภาคีเครือข่าย



ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

การทำงานแบบบูรณาการของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และประชาชน และการพัฒนานโยบายหรือมาตรการที่อิงกับข้อมูล/ หลักฐานทางวิชาการเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการวางนโยบายให้ถูกทิศทางและใช้การขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วม

ภาคีเครือข่าย

นโยบาย

- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.)
- กระทรวงยุติธรรม
- กระทรวงมหาดไทย
- สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
- กรมราชทัณฑ์
- กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
- กรมคุมประพฤติ
- กระทรวงสาธารณสุข
- กระทรวงศึกษาธิการ

สสส. สนับสนุน และ เชื่อมประสาน

พลังความรู้

- ภาควิชาการสารเสพติด

พลังสังคม

- ภาคีเครือข่ายภาคประชาชน ปปส.
- ภาคีเครือข่ายองค์กรงดเหล้า
- ภาคีเครือข่ายเพื่อการไม่สูบบุหรี่



งบประมาณ^{๓๗}

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๓๘๐	๓๘๐	๓๘๐

^{๓๗} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้

แผนการจัดการความปลอดภัยทางถนน และภัยพิบัติ

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

แผนการจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติมุ่งลดการเกิดและการสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจรตามเป้าหมายที่กำหนดโดยศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน สนับสนุนการพัฒนาระบบโครงสร้างการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน และเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายลดอุบัติเหตุทางถนน และการจัดการอุบัติเหตุ

ใน พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ แผนจะมุ่งดำเนินการให้เกิดผลลัพธ์สำคัญ ๒ ด้าน คือ ความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ ดังนี้

ด้านความปลอดภัยทางถนน สนับสนุนการดำเนินงานตามทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ ของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ลดการสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจรของประชาชนไทยลงอย่างต่อเนื่อง พัฒนานโยบายสาธารณะใหม่ เช่น ส่งเสริมให้เกิดมาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน มาตรการองค์กรส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย ยกระดับความปลอดภัยของรถโดยสารสาธารณะ การควบคุมเรื่องความปลอดภัยทางถนนทั้งระบบควบคู่กับการลดพฤติกรรมเสี่ยงดื่มแล้วขับ ไม่สวมหมวกนิรภัย ขับรถเร็วเกินกฎหมายกำหนด เป็นต้น สนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างการทำงานเรื่องความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทยให้เป็นโครงสร้างทางนโยบายที่ยั่งยืน พัฒนาสมรรถนะบุคลากรและศักยภาพองค์กรด้านป้องกันสาธารณภัยในภาคส่วนต่างๆ สร้างความตื่นตัวแก่ประชาชนและกระแสสังคมในด้านความปลอดภัยจากอุบัติเหตุจราจร ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกับสถาบันด้านการสื่อสารมวลชนและเครือข่ายสื่อมวลชนทุกแขนง เพื่อร่วมสร้างกระแสด้านความปลอดภัยทางถนน พัฒนาโครงสร้างการทำงานและการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกจังหวัดที่มีความสนใจ สนับสนุนให้มีระบบข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุจราจรที่ถูกต้อง ทันเหตุการณ์ รวมถึงระบบฐานข้อมูลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้รถใช้ถนนรายจังหวัดที่มีความน่าเชื่อถือเผยแพร่สู่สาธารณะได้

ด้านการจัดการภัยพิบัติ สนับสนุนให้มีศูนย์วิชาการด้านการจัดการภัยพิบัติ ศึกษาวิเคราะห์และถอดบทเรียน การบริหารจัดการภัยพิบัติที่สำคัญต่างๆ ของประเทศ พัฒนางองค์ความรู้ จัดทำแนวทางคู่มือต่างๆ ในการจัดทำแผนการฝึกซ้อมและประเมินแผนรับภัยพิบัติประเภทต่างๆ สนับสนุนเครือข่ายอาสาสมัครให้มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการรับมือภัยพิบัติ ทั้งเรื่องการป้องกันการเกิดภัย เตรียมความพร้อมรับมือ และฟื้นฟูหลังประสบภัย สนับสนุนชุมชนและเครือข่ายให้เป็นแกนหลักในการฟื้นฟูวิถีชีวิตชุมชนหลังประสบภัยอย่างเป็นรูปธรรม และถอดบทเรียนกระบวนการจัดการภัยพิบัติของชุมชนต้นแบบ และสังเคราะห์ชุดความรู้ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปสู่การขยายพื้นที่ดำเนินงาน

จุดเน้นของแผน

คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๑ ได้ทบทวนสถานการณ์และแนวทางการดำเนินงานร่วมกับภาคี และเห็นชอบในการยังคงจัดกลุ่มแผนงานตามที่ทำอยู่ในปีที่ผ่านมา และได้ทบทวนแนวทางการดำเนินงาน โดยมีจุดเน้นมากขึ้นในแต่ละด้าน ได้แก่

๑. ด้านการพัฒนานโยบาย และสร้างเป้าหมายร่วม ได้แก่

- ๑.๑ สนับสนุนการการขับเคลื่อนงานตามแนวทางแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนของสหประชาชาติ (๕ เสาหลัก) และกรอบแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในประเด็นเร่งด่วนที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง เช่น สนับสนุนโครงสร้างการจัดการที่เข้มแข็งในทุกกระดับ และการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้วัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นวิถีชีวิตร่วม
- ๑.๒ ขยายความร่วมมือให้มีการร่วมลงทุนเรื่องความปลอดภัยทางถนนจากภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดเจ้าภาพขับเคลื่อนงานที่หลากหลายขึ้น พร้อมส่งเสริมให้เรื่องความปลอดภัยทางถนนเป็นส่วนหนึ่งของ “มาตรการองค์กร” เช่น สถานประกอบการ การนิคมอุตสาหกรรม บริษัทประกันภัย เป็นต้น และสนับสนุนให้แหล่งทุนด้านความปลอดภัย ได้ร่วมกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสารความปลอดภัยทางถนน เพื่อให้มีเป้าหมาย และทิศทางการทำงานที่สอดคล้องกัน
- ๑.๓ ผลักดันนโยบายเจาะประเด็นเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยง เพื่อควบคุมเรื่องความปลอดภัยทางถนนทั้งระบบ ควบคู่กับการลดพฤติกรรมเสี่ยง (ดื่มแล้วขับ ไม่สวมหมวกนิรภัย ขับรถเร็วเกินกฎหมายกำหนด) เช่น เพิ่มโทษผู้ปฏิเสธการตรวจแอลกอฮอล์ในลมหายใจ ลดความเร็วของการขับขี่ในเขตเมือง เร่งยกระดับความปลอดภัยของรถโดยสารสาธารณะ
- ๑.๔ สนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างการทำงานเรื่องความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย ให้เป็นโครงสร้างทางนโยบายที่ยั่งยืน (Institutionalization)

๒. ด้านเครือข่ายภาคีภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ได้แก่

- ๒.๑ ขยายความร่วมมือกับหน่วยงานองค์กร ภาคธุรกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิ และภาคประชาสังคม ให้เข้ามามีบทบาทและมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนน

- ๒.๒ พัฒนาความรู้เรื่องความปลอดภัยทางถนนให้กับสื่อมวลชน โดยส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกับสถาบันด้านการสื่อสารมวลชน เช่น คณะนิเทศศาสตร์ สถาบันสื่อมวลชนต่างๆ ฯลฯ ในการสร้างแกนนำสื่อมวลชนต้นแบบ และเครือข่ายสื่อมวลชนทุกแขนง เพื่อร่วมสร้างกระแสด้านความปลอดภัยทางถนน พร้อมสนับสนุนให้สื่อมวลชนทำข่าวเชิงสืบสวนสาเหตุอุบัติเหตุแบบครบวงจรและติดตามผลต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้หน่วยงานที่รับผิดชอบและผู้ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการแก้ไขปัญหา
- ๒.๓ เน้นการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในประเด็น ความเร็ว หมวกนิรภัย/ รถจักรยานยนต์เต็มแล้วขับ เข็มขัดนิรภัย และการลงทุนเพื่อแก้ไขจุดเสี่ยงโดยภาครัฐทุกระดับ ซึ่งเป็นสิทธิพื้นฐานที่ประชาชนควรได้รับ โดยเลือกข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญมาสร้างความตระหนักต่อสังคมเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน และเพื่อสร้างจิตสำนึกความปลอดภัย

๓. ด้านโครงสร้างและการบูรณาการระดับพื้นที่ ได้แก่

- ๓.๑ ส่งเสริมให้มีผู้เชื่อมประสาน (change agent) ด้านความปลอดภัยในระดับต่างๆ เพื่อกระตุ้น จัดการความรู้ และเชื่อมโยงการทำงานของเครือข่ายต่างๆ ให้มาเสริมพลังและขยายผลการดำเนินงาน รวมทั้งยกระดับการขับเคลื่อนไปสู่แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด
- ๓.๒ ผลักดันให้เกิดต้นแบบความปลอดภัยทางถนนในระดับพื้นที่โดยสานพลังเชื่อมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน ท้องถิ่น เพื่อสร้าง “มาตรการทางสังคม” และ “มาตรการองค์กร” ด้านความปลอดภัยทางถนนในองค์กรต่างๆ ทั่วประเทศ
- ๓.๓ พัฒนาให้เกิดต้นแบบกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับต่างๆ โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ให้เข้มแข็ง เช่น ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปอ.อำเภอ) กลไกอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง (สธ.) เป็นต้น
- ๓.๔ ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานของจังหวัด และสังเคราะห์ชุดความรู้ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่การจัดการความรู้ และทำให้เกิดการขยายผลพื้นที่ดำเนินการและเพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อน/ ผลักดันนโยบายระดับชาติ

๔. ด้านการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้อุบัติเหตุจราจร ได้แก่

- ๔.๑ สนับสนุนให้เกิดระบบข้อมูล และกลไกติดตามกำกับกับการดำเนินงาน ตามแนวทาง ๕ เสาหลัก ของทศวรรษความปลอดภัยทางถนน พร้อมทั้งสนับสนุนและร่วมกับคณะทำงานด้านข้อมูล ศปอ. และหน่วยงานหลัก เช่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงคมนาคม ให้สามารถจัดการข้อมูลด้านความปลอดภัยทางถนน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๔.๒ สนับสนุนกลไกติดตามภาควิชาการและภาคประชาชนในการเกาะติดและสะท้อนปัญหากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เครือข่าย “Road Safety Watch” เครือข่ายเฝ้าระวังรถโดยสารสาธารณะปลอดภัย เป็นต้น

- ๔.๓ ผลักดันงานวิชาการเข้าสู่กลไกจัดการในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะ จัดจัดการในระดับอำเภอ ท้องถิ่น และกลไกในระดับหน่วยงานองค์กร (มาตรการองค์กร)
- ๔.๔ สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้ เพื่อการสื่อสารสาธารณะ โดยมุ่งเน้นการสร้างและรวบรวมองค์ความรู้และข้อมูลจากที่ต่างๆ จัดทำเป็นฐานข้อมูลด้านอุบัติเหตุ กำหนดประเด็น แปลงเป็นข่าวสาร และสื่อสารไปในช่องทางที่เหมาะสม ให้สอดคล้องกับการใช้ประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมาย (ผู้รับสาร) ทั้งระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติ และภาคประชาสังคม
- ๔.๕ ยกกระดับให้เกิดสถาบันจัดการความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนน เพื่อสร้างความยั่งยืน ผลักดันให้มีกองทุนหรืองบประมาณสนับสนุนสถาบันเป็นประจำทุกปี

๕. ด้านการจัดการภัยพิบัติ ได้แก่

- ๕.๑ สนับสนุนให้เกิดศูนย์วิชาการด้านการจัดการภัยพิบัติ โดยมีหน้าที่ ดังนี้
 - (๑) ศึกษาวิเคราะห์และถอดบทเรียน การบริหารจัดการภัยพิบัติที่สำคัญต่างๆ ของประเทศ และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อให้มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการภัยพิบัติของประเทศที่มีประสิทธิภาพ
 - (๒) พัฒนาองค์ความรู้ตลอดจนจัดทำแนวทางคู่มือต่างๆ ในการจัดทำแผนการฝึกซ้อมและประเมินแผนรับภัยพิบัติประเภทต่างๆ เพื่อให้ชุมชนและหน่วยงานต่างๆ สามารถจัดทำและพัฒนาแผนรับมือภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๕.๒ เน้นการสร้างความเข้มแข็งของท้องถิ่น ผลักดันให้รัฐกระจายงบประมาณสู่ท้องถิ่น และสร้างพื้นที่นำร่องกระบวนการจัดการอุบัติภัยโดยชุมชนและเครือข่ายเป็นแกนหลัก สนับสนุนให้เครือข่ายชุมชนมีแผนป้องกันกาเกิดภัย เตรียมความพร้อมรับมือภัย และแผนการฟื้นฟูหลังประสบภัย
- ๕.๓ ถอดบทเรียนกระบวนการจัดการภัยพิบัติของชุมชนต้นแบบ และสังเคราะห์ชุดความรู้ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำสู่การขยายพื้นที่ดำเนินงาน และต่อยอดขยายผลต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนเป้าหมายการลดแนวโน้มการเกิดและการสูญเสียจากอุบัติภัยจราจรของประชาชนไทยของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน
๒. สนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างเป็นระบบและยั่งยืน
๓. พัฒนาโครงสร้างการทำงานและการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติภัยทางถนน ในระดับพื้นที่
๔. ประสานและส่งเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายลดอุบัติเหตุทางถนน

๕. รณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนน
๖. สนับสนุนการวิจัยและการจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุทางถนนที่จำเป็น
๗. พัฒนาและจัดการความรู้ สร้างความเข้มแข็งของท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และถอดบทเรียนการจัดการภัยพิบัติ

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๘๐)

การจัดการความปลอดภัยทางถนน

๑. การสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจรของประชาชนไทยลดลงอย่างต่อเนื่องตามเป้าหมายทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ – ๒๕๖๓ โดยอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรไม่เกิน ๑๑.๔๔ คนต่อแสนของประชากรในปี ๒๕๖๐ (ข้อมูลปี ๒๕๕๖ อัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจร เท่ากับ ๑๑.๓๓)
๒. เกิดนโยบายสาธารณะใหม่ที่ส่งผลต่อการลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เช่น มาตรการองค์กรส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย มาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน นโยบายองค์กรในการลดพฤติกรรมเสี่ยงหลัก ได้แก่ ขับเร็ว ไม่สวมหมวกนิรภัย ดื่มแล้วขับ และระบบขนส่งสาธารณะ
๓. เกิดกระแสสังคมและความตื่นตัวของประชาชนในด้านความปลอดภัยจากอุบัติเหตุจราจรอย่างน้อย ๒ ประเด็นต่อปี
๔. เกิดการขยายภาคีเชิงยุทธศาสตร์ในเครือข่ายการรณรงค์ของภาคส่วนต่างๆ ทั้งในส่วนประชาสังคมจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สื่อมวลชน ภาคธุรกิจและเอกชน อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ โดยบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๔๕ องค์กร
๕. เกิดการพัฒนาโครงสร้างการทำงานและการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกจังหวัดที่มีความสนใจ อย่างน้อยจำนวน ๗๐ จังหวัด และในจำนวนนี้ มีจังหวัดที่มีการยกระดับการพัฒนาจังหวัดและสร้างนวัตกรรมของจังหวัด สามารถดำเนินงานตามเป้าหมายท้าทายที่กำหนดไว้อย่างน้อย ๔๐ จังหวัด พร้อมทั้งเกิดการพัฒนาโครงสร้างการทำงานและบูรณาการการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่อำเภอนำร่อง อย่างน้อย ๒๐ อำเภอ
๖. เกิดการพัฒนากระบวนการข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุจราจรที่ถูกต้อง ทันเหตุการณ์ ผ่านการทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ และเกิดระบบฐานข้อมูลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้รถใช้ถนนรายจังหวัด ที่มีความน่าเชื่อถือสามารถเผยแพร่สู่สาธารณะได้ และมีรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนเป็นประจำทุกปี
๗. เกิดองค์ความรู้และการจัดการความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนที่จำเป็น อย่างน้อย ๑๐ เรื่องต่อปี พร้อมเกิดชุดความรู้ในประเด็นที่สำคัญ อย่างน้อย ๕ ชุดต่อปี เพื่อเผยแพร่สู่สาธารณะ และมีการประชุมวิชาการระดับชาติอย่างต่อเนื่องทุกสองปี

การจัดการภัยพิบัติ

๘. สนับสนุนให้เกิดศูนย์วิชาการด้านการจัดการภัยพิบัติ ทำหน้าที่ศึกษา วิเคราะห์และถอดบทเรียนสถานการณ์ภัยพิบัติที่สำคัญของประเทศ จัดทำฐานข้อมูลความรู้ด้านภัยพิบัติ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อผลักดันให้เกิดระบบการบริหารจัดการภัยพิบัติของประเทศที่มีประสิทธิภาพ

๙. สร้างชุดข้อมูลความรู้ด้านการรับมือภัยพิบัติ อย่างน้อยปีละ ๒ เรื่อง และเกิดการถอดบทเรียนกระบวนการจัดการภัยพิบัติของชุมชนต้นแบบ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปสู่การขยายพื้นที่ดำเนินงาน

๑๐. เกิดชุมชนต้นแบบด้านการจัดการภัยพิบัติ โดยมีชุมชนและเครือข่ายเป็นแกนหลัก และเกิดแผนป้องกันการเกิดภัย การเตรียมความพร้อมรับมือภัย การฟื้นฟูหลังประสบภัยของชุมชน อย่างน้อย ๕๐ ชุมชนต่อปี

ตัวชี้วัดร่วม (น้ำหนักร้อยละ ๒๐)

๑๑. บูรณาการการทำงานร่วมกับปัจจัยเสี่ยงหลักอื่น เช่น

- (๑) ร่วมกับแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ผลักดันนโยบายร่วมระหว่าง การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการจัดการความปลอดภัยทางถนน
- (๒) ร่วมกับแผนควบคุมยาสูบและแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด รณรงค์ ป้องกันปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มเยาวชน (ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน ยาเสพติด และการจัดการความปลอดภัยทางถนน)
- (๓) ร่วมกับแผนควบคุมยาสูบและแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ทำงาน เชิงป้องกันปัจจัยเสี่ยงในชุมชน (ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน ยาเสพติด การจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ)

๑๒. บูรณาการการทำงานร่วมกับแผนอื่นๆ โดยสนับสนุนให้เกิดการถอดบทเรียนจากกรณีความสำเร็จ เพื่อพัฒนาต้นแบบ หรือรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน (model) และเชื่อมประสานกับแผนงานอื่นเพื่อขยายผลทั้งในเชิงของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ เช่น

- (๑) ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อขยายประเด็นความปลอดภัยในเด็ก
- (๒) ร่วมกับแผนสุขภาวะชุมชน เพื่อขยายประเด็นชุมชนถนนปลอดภัยผ่านพื้นที่ชุมชน และร่วมพัฒนาและขยายพื้นที่ชุมชนต้นแบบด้านการจัดการภัยพิบัติ
- (๓) ร่วมกับแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร เพื่อขยายประเด็น มาตรการองค์กรส่งเสริม การสวมหมวกนิรภัย และมาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน
- (๔) ร่วมกับแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยขยายประเด็นความปลอดภัยทางถนน เรื่องการสวมหมวกนิรภัย การดื่มไม่ขับ

ยุทธศาสตร์

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบาย ให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการพัฒนาสมรรถนะขององค์กรและบุคลากรที่จำเป็น และการบูรณาการยุทธศาสตร์ทั้งด้านการรักษากฎหมาย (enforcement) การให้ข้อมูล/ ความรู้ (education) วิศวกรรมจราจร (engineering) การจัดระบบบริการฉุกเฉิน (EMS) และการประเมินผล (Evaluation) ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร และสาธารณภัยอื่น ทั้งในนโยบายระดับชาติ และระดับจังหวัด

แผนการจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ

การพัฒนานโยบาย การบังคับใช้กฎหมายและสมรรถนะองค์กร

- ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน
- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
 - สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
- กระทรวงสาธารณสุข และอื่นๆ

การบูรณาการแผนในจังหวัดน่านรอง

แผนการจัดการความปลอดภัยทาง
ถนนและภัยพิบัติ

- แกนเชื่อมประสาน เสริมพลัง

พัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

- ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน
- คณะทำงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในระดับจังหวัด (สอจร.)
 - มูลนิธิไทยโรดเอตส์

การพัฒนาเครือข่ายเพื่อการรณรงค์
และสนับสนุนนโยบาย

- เครือข่ายลดอุบัติเหตุมูลนิธิเมาไม่ขับ
ชมรมคนห่วงหัว มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค
- ภาครณรงค์ สื่อมวลชน



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

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

งบประมาณ^{๓๔}

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
แผนการจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ	๒๖๐	๒๖๐	๒๖๐

^{๓๔} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้

แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ หมายถึง ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสของการเกิดโรคและผลกระทบต่อสุขภาวะของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบได้ทั้งทางตรงหรือทางอ้อม และไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายเท่านั้น หากยังอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางใจ ทางปัญญา และทางสังคมด้วย ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพตามที่องค์การอนามัยโลกให้ความหมายไว้ มีตั้งแต่ปัจจัยเสี่ยงต้น (proximal risks) ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม รวมถึงการศึกษาและวัฒนธรรม ปัจจัยเสี่ยงกลาง (intermediate risks) เช่น การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ อายุ เพศ เป็นต้น จนถึงปัจจัยเสี่ยงปลาย (distal risks) ได้แก่ พฤติกรรมทางสุขภาพ หรือการเปลี่ยนแปลงบางอย่างในร่างกายที่เสี่ยงต่อโรค เช่น ภาวะน้ำหนักเกิน ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

จากผลการประเมินการดำเนินงานของแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ตามแผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ ที่พบว่า การดำเนินงานโดยรวมของทุกแผนงาน มีทิศทางที่มุ่งการผลักดันให้มีนโยบายหรือมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบสูงต่อประชาชนจำนวนมาก โดยมีความรู้ ทั้งจากการศึกษาวิจัยและจากการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ มีการสานและสร้างเครือข่ายรณรงค์ ร่วมไปกับการสื่อสารสร้างการรับรู้และขับเคลื่อนสังคม แต่ยังไม่สามารถส่งผลถึงระดับประชาชนโดยตรง ซึ่งต้องปรับและหาวิธีขับเคลื่อนต่อเนื่องให้ผลลัพธ์ที่เริ่มเกิดขึ้นมีความชัดเจน สามารถต่อยอดและขยายผลไปให้ถึงผู้รับประโยชน์ปลายทางมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาประกอบกับแนวนโยบาย ๕ ข้อในการจัดทำแผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ จึงควรคงทิศทางการขับเคลื่อนแผน โดยมุ่งปรับปรุงกระบวนการทำงานในประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

๑. ใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ในการบูรณาการการทำงานระหว่างแผนงานต่างๆ ทั้งภายใน สสส. และกับหน่วยงานเจ้าภาพหลักในแต่ละประเด็นปัจจัยเสี่ยง

๒. วิเคราะห์แผนหรือยุทธศาสตร์ระดับชาติที่เกี่ยวข้อง เพื่อระบุหรือกำหนดเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจน และวิเคราะห์ระบุหน่วยงานที่เป็นภาคยุทธศาสตร์และภาคีหลัก รวมถึงกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกับหน่วยงานและภาคีดังกล่าว เพื่อหาแนวทางเสริมศักยภาพและเพิ่มบทบาทของหน่วยงานเหล่านั้นให้มากขึ้น และมีการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

๓. พัฒนาและสร้างความเข้มแข็ง ให้กับกลไกการติดตามและประเมินภายใน รวมถึงการถอดบทเรียนการทำงานของแต่ละแผนงานให้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์และขยายผลของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ

๔. สร้างความร่วมมือที่ใกล้ชิดมากขึ้น ระหว่างแผนงานต่างๆ กับแผนการตลาดเพื่อสังคม เพื่อวางแผนและออกแบบการขับเคลื่อนสังคม ด้วยสื่อสาธารณะอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อสร้างความรับรู้หรือสร้างค่านิยมของสังคมที่ถูกต้องสอดคล้องกับการขับเคลื่อนเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในแต่ละประเด็น

จุดเน้นของแผน

การขับเคลื่อนแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในปัจจุบัน ประกอบด้วย ๔ แผนงาน ซึ่งทั้ง ๔ แผนงานยังมีการกิจกรรมที่ต้องขับเคลื่อนต่อเนื่องในระยะ ๓ ปีข้างหน้า โดยมีจุดเน้นของแต่ละแผนงานที่สังเคราะห์จากการประเมินผลที่ผ่านมาพร้อมกับแนวนโยบาย ๕ ข้อในการจัดทำแผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ดังนี้

๑. แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ เน้นการทำงานใน ๒ ส่วนหลักๆ ที่เชื่อมโยงกัน คือ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อตอบเป้าหมาย ๑๐ ปี ดังนี้

๑.๑ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมถึงยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อมของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ ได้ข้อสรุปจุดเน้นของการดำเนินงานในเรื่องนี้ ดังนี้

- (๑) การสนับสนุนจังหวัดนำร่องพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนหลักที่เกี่ยวข้องตามภารกิจ ๔ ด้าน ที่แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพร่วมกับภาคีได้สังเคราะห์ขึ้นเป็นแนวปฏิบัติ โดยมีจังหวัดที่คาดว่าจะได้รับการสนับสนุนการทำงานต่อเนื่อง ๓ ปี จำนวน ๒๑ จังหวัด ซึ่งจะมีกระบวนการสนับสนุน ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำรูปแบบการทำงานที่ได้ผลมาสังเคราะห์เพื่อการขยายผลต่อไป
- (๒) พัฒนากลไก และเครือข่ายสนับสนุนการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาสำหรับเด็กและเยาวชน ทั้งในระดับจังหวัดและในส่วนกลาง และผลักดันเข้าสู่ระบบการศึกษาพื้นฐาน ร่วมกับการผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน

- (๓) การสื่อสารรณรงค์ ด้วยข้อมูลและรูปแบบที่เข้าถึงและเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อกระตุ้นและสร้างค่านิยมในการชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และหรือการใช้มาตรการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ จุดเน้นดังกล่าว ยังมีส่วนสนับสนุนการป้องกันและลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่อีกด้วย

๑.๒ การป้องกันและลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

ผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี และยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ ร่วมกับการได้รับคำแนะนำจากผู้ผลักดันมาตรการรณรงค์ ๑๐๐% ในการป้องกันและลดการติดเชื้อเอชไอวีเป็นผลสำเร็จในช่วงปี ๒๕๓๒ - ๒๕๓๔ ที่มีการขยายตัวของการติดเชื้ออย่างรุนแรง (นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร) มีข้อเสนอว่าควรทำงานร่วมกับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง โดยเลือกพื้นที่ระดับจังหวัดนำร่อง ผลักดันให้มีการดำเนินมาตรการรณรงค์อย่าง ๑๐๐% อย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ร่วมไปกับการใช้มาตรการหลายๆ อย่างไปพร้อมกัน คล้ายกับมาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีการจัดทำภารกิจ ๙ ด้าน เสนอให้ จังหวัดจัดทำโครงการนำร่องอยู่ในขณะนี้

๒. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

๒.๑ พัฒนาตัวชี้วัดและระบบสำรวจข้อมูลความสุขคนไทยให้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น และควรพัฒนาร่วมกับโครงการพัฒนาดัชนีความก้าวหน้าการพัฒนาประเทศ (National Progress Index : NPI) ภายใต้แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. เพื่อช่วยให้ผลสำรวจที่ได้สามารถบอกถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสุขคนไทยได้ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ทราบว่าจะต้องดำเนินการในเรื่องใดบ้าง จึงจะเพิ่มสัดส่วนคนไทยที่มีความสุขได้ รวมถึงการผลักดันให้กรมสุขภาพจิต และหรือสำนักงานสถิติแห่งชาติ รับเป็นเจ้าภาพหลักการสำรวจในระยะยาว

๒.๒ พัฒนาแนวทางและเป้าหมายที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตในภาพใหญ่ของประเทศ โดยการวิเคราะห์หน่วยงานเจ้าภาพ ภาควิชาหลักและภาคยุทธศาสตร์ และบทบาทการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์และวางแผนการขับเคลื่อนในระยะต่อไป โดยเน้นมาตรการป้องกันโรคซึมเศร้าด้วย

๒.๓ นำองค์ความรู้ เครื่องมือ และทุนต่างๆ ที่แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิตมีอยู่เดิม ไปบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนงานและแผนอื่นๆ ใน สสส. เพื่อสนับสนุนการเพิ่มมิติด้านสุขภาพจิตให้กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

๓. แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาวะ

ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมมีขอบเขตกว้างมาก และล้วนมีผลกระทบกับสุขภาพทั้งโดยตรงและทางอ้อม ผลจากการจัดกระบวนการทบทวนสถานการณ์และหรือร่วมกับภาคีและนักวิชาการ รวมถึงตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดบทบาทและประเด็นในการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพของ สสส. ได้ข้อสรุปว่ามี ๒ ประเด็นหลักที่มีความสำคัญลำดับแรกๆ ในการดำเนินงาน คือ เรื่องมลพิษอุตสาหกรรม และสิ่งแวดล้อมในเขตเมือง ซึ่งแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจะใช้เป็นกรอบการดำเนินงานในระยะ ๓ ปีนี้ โดยมีจุดเน้นการดำเนินงาน ดังนี้

๓.๑ เชื่อมร้อย และสานพลังภาคีภาควิชาการ เครือข่ายภาคประชาสังคม และตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่เป็น “จุดคานงัด” ในการแก้ปัญหา เช่น การปฏิรูประบบการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (Environment Impact Assessment : EIA) การพัฒนาเครื่องมือการประเมินสิ่งแวดล้อมเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Environment Assessment : SEA) เพื่อใช้กำหนดทิศทางการพัฒนาระยะยาวของพื้นที่ระดับภาค

๓.๒ ผลักดันนโยบาย กฎหมาย หรือแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายเดิม ที่จะส่งผลดีต่อการป้องกันและแก้ปัญหา เช่น การแก้ไขพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ การแก้ไขพระราชบัญญัติผังเมือง การผลักดัน ร่างพระราชบัญญัติการรายงานข้อมูลการปล่อยมลพิษ และการเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ ซึ่งได้สนับสนุนการพัฒนาและผลักดันร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้มาแล้ว ในช่วง ๒ ปีที่ผ่านมา

๓.๓ สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพ คนทำงานรุ่นใหม่ด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากกำลังคนด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ มีจำนวนน้อยและขาดแคลนคนรุ่นใหม่

๓.๔ สร้างเสริมศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน ให้สามารถมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง และสนับสนุนการป้องกันและแก้ปัญหาได้อย่างมีคุณภาพ

๔. แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

๔.๑ ผลักดัน ร่างพระราชบัญญัติองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค ที่ค้างพิจารณาในรัฐสภาและทดลองขับเคลื่อนการทำงานขององค์การอิสระคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน ที่เริ่มจัดตั้งขึ้นในปี ๒๕๕๖ เพื่อเตรียมความพร้อมของภาคประชาชนและภาคส่วนต่างๆ และให้ข้อเสนอแนะทางการทำงานที่ควรจะเป็น หากมีการตั้งองค์การอิสระขึ้นจริงตามกฎหมายดังกล่าว ซึ่งจะช่วยให้การทำงานในระยะแรกของการจัดตั้งองค์การอิสระเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปิดช่องว่างระหว่างกลไกคุ้มครองผู้บริโภคต่างๆ ที่มีอยู่ อันจะส่งผลต่อความก้าวหน้าในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกิดจากสินค้าและบริการที่ไม่ปลอดภัยหรือบั่นทอนสุขภาพของประชาชน

๔.๒ พัฒนาศักยภาพองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน พัฒนาศักยภาพท้องถิ่นในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และพัฒนาแกนนำคนรุ่นใหม่ในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้น ติดตาม และทำงานร่วมกับกลไกคุ้มครองผู้บริโภคภาครัฐที่มีอยู่เดิม ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบและกลไกคุ้มครองผู้บริโภคโดยรวมของประเทศ

๔.๓ พัฒนาเครือข่ายนักวิชาการในการรวบรวม สร้างและจัดการความรู้ เพื่อกำหนดเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วนของประเด็น (issue prioritization) สำหรับจัดลำดับสินค้าอันตราย รวมทั้งการจัดการปัญหาสินค้าอันตรายตั้งแต่ต้นทางตามแนวทางสากล

๔.๔ จัดให้มีการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อใช้ในการกระบวนการหรือ การพัฒนากลไกการทำงานตามแบบแผนของแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และแผนงานการเฝ้าระวังระบบยาให้เป็นสถาบันวิชาการที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังและจัดการความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและระบบยา โดยทำงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสริมสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภคในภาครัฐและภาคประชาชน ให้มีความเข้มแข็งและเสริมการทำงานซึ่งกันและกันอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

๑. ประสานและเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันระหว่าง ภาคีหลัก (boundary partner) และภาคียุทธศาสตร์ (Strategic Partner) รวมถึงหน่วยงานที่เป็นเจ้าของเรื่อง เพื่อตั้งเป้าหมายการทำงานร่วมกันในแต่ละประเด็นปัจจัยเสี่ยง และร่วมกันกำหนด **จุดคานงัดในการดำเนินงาน** ที่จะสามารถเปลี่ยนหรือพลิกสถานการณ์ของปัญหา และนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยเสริมสร้างสุขภาพ ที่ยั่งยืนได้
๒. กระตุ้นและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับหน่วยงานที่เป็นเจ้าของเรื่อง พร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันกับภาคีอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างนวัตกรรมในรูปแบบต่างๆ ที่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. พัฒนาและสร้างความเข้มแข็ง ให้กับกลไกการติดตามและประเมินภายใน รวมถึงสนับสนุนการถอดบทเรียนการทำงานของภาคีให้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์และขยายผลของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๘๐)

๑. มีข้อเสนอนโยบายระดับประเทศ เพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ภายใต้ ๔ แผนงานที่ได้รับการตอบรับจากหน่วยงานหรือองค์กรที่มีอำนาจออกนโยบายหรือกฎหมายนั้น อย่างน้อย ๕ เรื่อง^{๓๙}
๒. มีจังหวัดต้นแบบที่ดำเนินมาตรการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างเข้มแข็ง และสามารถแสดงผลลัพธ์การลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการและลูกค้าผู้ใช้บริการ อย่างน้อย ๒ จังหวัด
๓. มีจังหวัดต้นแบบที่ดำเนินงานตามภารกิจ ๙ ด้าน^{๔๐} อย่างเป็นระบบกระทั่งนำไปสู่การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่น^{๔๑} ในพื้นที่ปฏิบัติการ^{๔๒} อย่างน้อย ๑๐ จังหวัด

^{๓๙} ได้แก่ การปรับปรุงกฎหมายเดิม เช่น ๑) แก้ไขพระราชบัญญัติสิ่งแวดล้อม ๒) แก้ไขพระราชบัญญัติยา ๓) ปรับปรุง มาตรการการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม (EIA) และการผลักดันกฎหมายใหม่ เช่น ร่างพระราชบัญญัติการรายงานการปล่อยมลพิษและการเคลื่อนย้ายสารมลพิษสู่สิ่งแวดล้อม ร่างประกาศกระทรวงอุตสาหกรรมแบบบังคับเพื่อควบคุมปริมาณสารตะกั่วและโลหะหนักในสีน้ำมันทาอาคาร ร่างพระราชบัญญัติการอนามัยเจริญพันธุ์ ร่างพระราชบัญญัติองค์กรอิสระด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เป็นต้น

^{๔๐} ภารกิจ ๙ ด้านประกอบด้วย ๑) การประสานแผน งบประมาณและกลไกทำงานร่วมกัน ๒) การพัฒนาทักษะผู้ประกอบการในการสื่อสารกับบุคลากร ๓) การเรียนรู้เพศศึกษาของวัยรุ่น ๔) การดูแลกลุ่มเปราะบาง ๕) การสื่อสาร ๖) บริการสุขภาพที่เป็นมิตร ๗) บริการด้านสังคมและสวัสดิการที่จำเป็นและเชื่อมโยงกันกับบริการด้านสุขภาพและการศึกษา ๘) บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์ให้กับวัยรุ่น ๙) ระบบกำกับ ติดตามและพัฒนาการทำงาน

^{๔๑} ในพื้นที่ปฏิบัติการ หมายถึง ในพื้นที่ต้นแบบระดับ อปท. ที่เข้าร่วมโครงการในจังหวัดนั้นๆ

๔. มีตัวชี้วัดความสุขคนไทย ซึ่งได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายในปี ๒๕๕๘ เพื่อนำไปสู่การพัฒนายุทธศาสตร์ร่วมและแผนดำเนินงาน ระหว่างแผนต่างๆ ใน สสส.และกับภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

๕. มียุทธศาสตร์ร่วมระดับชาติ มีแผนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตของคนไทยภายในปี ๒๕๕๙ และเริ่มมีการดำเนินงานตามแผนในปี ๒๕๖๐

๖. มี อปท. ต้นแบบ ที่ได้ถอดบทเรียนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ภายใต้ ๔ แผนงาน และเป็นแหล่งเรียนรู้ที่สามารถขยายผลไปยัง อปท. ในพื้นที่อื่นๆ ได้ อย่างน้อย ๑๐ แห่ง

๗. มี อปท. ที่มีข้อบัญญัติท้องถิ่น หรือมีการจัดทำแผนและจัดสรรงบประมาณ เพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ภายใต้ ๔ แผนงาน อย่างน้อย ๒๐ อปท.

๘. มีความรู้ที่ได้นำไปใช้ในการพัฒนาและผลักดันนโยบายหรือเพื่อสื่อสารสร้างความตระหนักให้สังคมในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพภายใต้ ๔ แผนงาน จำนวน ๑๒ เรื่อง^{๔๐}

ตัวชี้วัดร่วม (น้ำหนักร้อยละ ๒๐)

๙. ร่วมกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ พัฒนาและผลักดัน ร่างพระราชบัญญัติการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. (ฉบับประชาชน) เพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (โดยการควบคุมโฆษณาและการแจกนมผง) ที่ได้รับบรรจุเข้าสู่การพิจารณาในสภานิติบัญญัติ ภายในปี ๒๕๕๘

๑๐. ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาที่สามารถบูรณาการเข้าในหลักสูตรและระบบการเรียนการสอนในระดับประถม และมัธยมศึกษา โดยมีการทดลองใช้ในโรงเรียนนำร่องภายในปี ๒๕๕๙

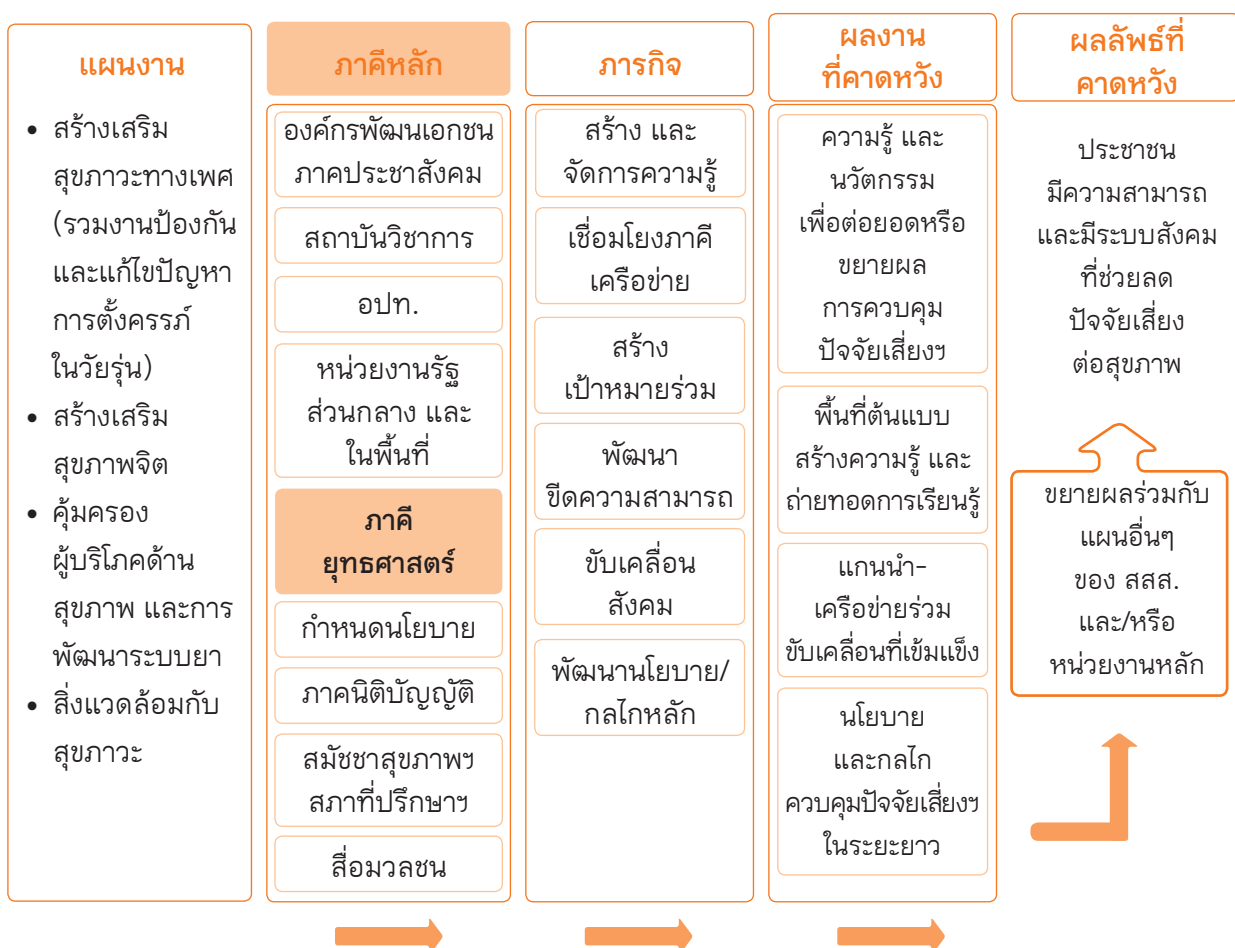
๑๑. ร่วมกับแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ ดำเนินการสื่อสารรณรงค์เรื่องสุขภาวะทางเพศ โดยเน้นประเด็นป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่เชื่อมโยงถึงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยกลุ่มเป้าหมายได้รับรู้ข่าวสาร เกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนทัศนคติอย่างน้อยร้อยละ ๖๕

^{๔๐} เช่น ความรู้จากการถอดบทเรียนเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาท้องวัยรุ่นระดับจังหวัดเพื่อใช้ในการขยายผล การประมวลความรู้เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ระดับประเทศในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ความรู้เพื่อสนับสนุนการประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินสิ่งแวดล้อมเชิงยุทธศาสตร์ Strategic Environmental Assessment : SEA) เพื่อกำหนดทิศทางพัฒนาพื้นที่ขนาดใหญ่ที่อาจส่งผลกระทบต่อประชาชนและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ยุทธศาสตร์

๑. สร้าง รวบรวมและจัดการความรู้ ที่จำเป็น เพื่อนำไปใช้ขับเคลื่อนงาน
๒. พัฒนา และเสริมสร้างศักยภาพที่จำเป็นสำหรับภาคีหลัก แกนนำ และเครือข่าย เพื่อให้มีสมรรถนะในการขับเคลื่อนการทำงานในแผนงานต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. ขับเคลื่อนสังคม ผ่านการสื่อสารสาธารณะ และการรณรงค์ในรูปแบบต่างๆ บนพื้นฐานขององค์ความรู้ เพื่อสร้างความตระหนักและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคล ชุมชน รวมถึงเป็นแรงสนับสนุนในการผลักดันนโยบาย
๔. พัฒนาพื้นที่ต้นแบบ ในการควบคุมหรือลดปัจจัยเสี่ยง เพื่อถอดบทเรียน และประสานให้เกิดการต่อยอดและขยายผล โดยบูรณาการการทำงานกับแผนอื่นๆ ของ สสส. ที่ทำงานในกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน
๕. พัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะ รวมถึงมาตรการ หรือกลไกที่จำเป็น ทั้งในระดับประเทศ และระดับท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงนั้นๆ ในระยะยาว

ยุทธศาสตร์แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ



งบประมาณ^{๔๓}

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๒๑๕	๒๒๐	๒๒๐

^{๔๓} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้

แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ^{๔๔}

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ มุ่งลดความไม่เป็นธรรมทางสังคม^{๔๕} และความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ^{๔๖} บนฐานสังคมสวัสดิการ สังคมสามัคคี และสังคมไร้การกีดกัน เพื่อลดความแตกต่างในการเข้าถึงสิทธิและโอกาสที่จะเข้าถึงทรัพยากรและการสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพเพื่อดำรงชีพอย่างมีสุขภาวะ โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร ตามวิสัยทัศน์ เป้าหมายทิศทางแผนหลัก ๑๐ ปี และแนวนโยบายการดำเนินงานของ สสส. ผ่านการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่เกิดจากการเชื่อมโยงปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health : SDH) ไปจนถึงสถานการณ์ทางสุขภาพของประชากรกลุ่มต่างๆ

^{๔๔} **ประชากรกลุ่มเฉพาะ** คือ “ประชากรกลุ่มที่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพชีวิต ถูกเลือกปฏิบัติ ไม่ได้รับโอกาสที่เท่าเทียมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดหลักประกันพื้นฐานทางสังคมที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ หรือหมายถึงกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางต่อการสูญเสียสุขภาพ”

^{๔๕} **ความไม่เป็นธรรมทางสังคม** คือ ความแตกต่างในการเข้าถึงสิทธิและโอกาสที่จะเข้าถึงทรัพยากรและการสนับสนุนทางสังคมขั้นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพเพื่อดำรงชีพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น การศึกษา ที่อยู่อาศัย การทำงาน รายได้ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การสื่อสารคมนาคม การมีส่วนร่วมในสังคม ฯลฯ สมาชิกในสังคมควรเข้าถึงสิทธิและโอกาสโดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร เช่น เพศ สัญชาติ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ศาสนา ชนชั้น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนั้น สังคมที่เป็นธรรมจะให้ความสำคัญกับการสนับสนุนยกระดับสมาชิกที่มีสถานะด้อยกว่าเพื่อลดช่องว่าง

^{๔๖} **ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ** คือ ความแตกต่างในการเข้าถึงสิทธิและโอกาสที่จะเข้าถึงทรัพยากรและการสนับสนุนทางสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพเพื่อดำรงชีพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น บริการสุขภาพทั้งด้านการป้องกันส่งเสริม การลดความเสี่ยง และการเยียวยา สมาชิกในสังคมควรเข้าถึงสิทธิและโอกาสโดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร เช่น เพศ อายุ สัญชาติ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ศาสนา ชนชั้น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนั้น สังคมที่เป็นธรรมจะให้ความสำคัญกับการดูแลสมาชิกที่มีสถานะทางสุขภาพด้อยกว่าและมีความเสี่ยงสูงกว่าเพื่อลดช่องว่าง

เนื่องจากปัจจัยหรือสถานะทางสังคมและสถานะทางสุขภาพส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน และส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรในกลุ่มต่างๆ ด้วยระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน การดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะจึงต้องคำนึงถึงการทำงานในมิติสุขภาพในความหมายกว้าง (ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก) เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายในการสร้างสังคมสุขภาพดีเพื่อคนทุกคน

จุดเน้นของแผน

แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะได้ทบทวนสถานการณ์และแนวทางการดำเนินงานร่วมกับภาคีหลัก พร้อมทั้งนำทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) และข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๒ เป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนดำเนินการ ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) โดยมีจุดที่ต้องเน้นหลัก ดังนี้

๑. สอดคล้องกับแนวนโยบายการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และทิศทางเป้าหมาย ๑๐ ปี ของ สสส. โดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยง (บุหรี่/ สุรา/ อุบัติเหตุ) และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (ออกกำลังกาย/ การบริโภคอาหาร)
๒. วิเคราะห์ประเด็นงานจากสถานการณ์ทางสุขภาพของกลุ่มประชากรผ่านกรอบคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ เช่น การลดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจ การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ และการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม เป็นต้น
๓. การทำงานเพื่อกระตุ้น เชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนหลักและภาคียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องผ่านกระบวนการการมีส่วนร่วม ควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพของภาคีและเครือข่ายการทำงานที่เกี่ยวข้อง
๔. สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมการทำงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างยั่งยืน

จุดเน้นตามกลุ่มประชากร

คนพิการ

เน้นการพัฒนาศักยภาพด้านอาชีพ และการศึกษาของคนพิการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจ ตลอดจนเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพแบบองค์รวมด้วยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรภาคสังคม เครือข่ายคนพิการ และองค์กรเพื่อคนพิการ ผ่านการแปลงแนวนโยบายไปสู่การปฏิบัติ การทั้งในระดับชาติ ภูมิภาค และท้องถิ่น

ผู้สูงอายุ

ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุ ชุมชนสูงอายุ และสังคมสูงอายุ เพื่อการพัฒนาสู่สังคมที่สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างเท่าเทียม มีศักดิ์ศรี ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้เท่าทันการ

เปลี่ยนแปลง และมีหลักประกันการดำรงชีพและการดูแลระยะยาวที่พอเพียง ผ่านการขับเคลื่อนนโยบายการทำงานแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและสังคม

แรงงาน

การนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องผ่านการเสริมศักยภาพกลไกและกระบวนการทำงานเชิงบูรณาการทั้งในลักษณะเชิงประเด็น/ เชิงพื้นที่ อย่างมีหลักประกันทางสังคมและรายได้ และความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยมีกลไกภาคประชาชน (แรงงาน) ที่มีความสามารถในการบริหารจัดการตนเองและข้อมูล/ องค์ความรู้ การประสานทรัพยากร การขยายความร่วมมือและความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย/ พื้นที่ และการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อสนับสนุนการทำงานในระดับพื้นที่/ ปฏิบัติการเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง

ผู้หญิง

ให้ความสำคัญกับการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ กลไกการบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาวะผ่านการพัฒนาองค์ความรู้และเครื่องมือการทำงานที่มีความละเอียดอ่อนด้านเพศภาวะและความหลากหลาย โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้หญิงที่ถูกทำให้ด้อยโอกาสในสังคม

มุสลิมไทย

สร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย โดยเฉพาะมุสลิมที่มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ผ่านกระบวนการ**พัฒนาฐานข้อมูล**สถานการณ์สุขภาวะประชากรมุสลิมไทยที่มีความเป็นปัจจุบัน พร้อมทั้ง**พัฒนาองค์ความรู้**ด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสุขภาวะ พร้อมกับการ**พัฒนาศักยภาพ**และสร้างความเข้มแข็งให้แกนนำและเครือข่ายเพื่อนำไปสู่การดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทยอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติ

ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติสามารถ**เข้าถึงการมีสุขภาวะ ได้รับการคุ้มครอง และเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานและบริการของรัฐ**ด้านสุขภาพ การศึกษา สวัสดิการ การพัฒนาสิทธิในสถานะบุคคล และพัฒนาศักยภาพอย่างเท่าเทียม ผ่านการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ การสร้างกระบวนการเรียนรู้ในกลุ่มประชากรเป้าหมายโดยตรง และสื่อสารสาธารณะเพื่อปรับทัศนคติคนในสังคม

คนไร้บ้านและผู้ป่วยข้างถนน

ส่งเสริมให้คนไร้บ้านมีศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ด้วยตัวเอง ผ่านการพัฒนากระบวนการจัดการที่อยู่อาศัยและการสร้างกลไกเพื่อจัดข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการขั้นพื้นฐานโดยการใช้ชุมชนเป็นฐานผ่านการทำงานร่วมกันระหว่างภาคประชาสังคม ภาครัฐ และภาควิชาการ

ในส่วนของกลุ่มผู้ป่วยข้างถนนจะ**เน้นการขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วม**ของทุกภาคส่วน เพื่อแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้างถนน เพื่อการช่วยเหลือ ดูแล และส่งต่อ ผู้ป่วยข้างถนนแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ปี ๒๕๕๑



วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสังคมและความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ
๒. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้สนับสนุนงานนวัตกรรมและนโยบายสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ
๓. เพื่อส่งเสริมกลไกการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตการทำงานของภาคีเครือข่าย เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
๔. เพื่อปรับเจตคติของสังคมสู่สังคมไร้การกีดกัน เกิดการยอมรับในความหลากหลายของผู้คนให้อยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก (ผลลัพธ์ระดับเป้าหมาย : Ultimate Goals)

๑. การเตรียมความพร้อม สร้างเสริม และพัฒนาสังคมสูงอายุ

๑.๑ ประชากร มีความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ^{๔๓} เพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างน้อยร้อยละ ๒๕ เทียบจากผลการประเมินดัชนีตามยุทธศาสตร์ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔) ระยะที่ ๒ (๒๘.๖%)

๒. การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ในมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ :

๒.๑ สร้างโอกาส/ ลดอุปสรรค/ ส่งเสริมการมีงานทำให้เหมาะสมกับต้องการและความพร้อมของประชากรกลุ่มเฉพาะ

คนพิการในกลุ่มเป้าหมายช่วงวัยแรงงาน มีงานทำ ตามมาตรา ๓๓ ๓๔ และ ๓๕ ในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ ๑^{๔๔} พร้อมทั้งส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ แรงงานนอกระบบ มุสลิม และคนไร้บ้าน มีงานทำที่สอดคล้องกับศักยภาพและบริบทแวดล้อมเพิ่มขึ้นในพื้นที่ดำเนินการ

^{๔๓} นิยามความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๒

^{๔๔} เทียบจากฐานข้อมูลรายงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๖

๒.๒ ลดข้อจำกัดหรือการกีดกันการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานหรือบริการด้านสังคมและสุขภาพ

แรงงานนอกระบบเข้าถึงหลักประกันทางสังคม เช่น ประกันสังคม ตามมาตรา ๔๐ และ กองทุนการออมแห่งชาติ เป็นต้น เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐ จากจำนวนผู้ประกันตน พ.ศ. ๒๕๕๗

จำนวนคนไร้บ้านและผู้ป่วยข้างถนน (ผู้ใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะที่เป็นผู้ป่วยทางจิต สมอลืม และผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้) เข้าถึงสิทธิ ปัจจัยขั้นพื้นฐาน และบริการต่างๆ ของรัฐได้อย่างน้อยร้อยละ ๒๐

๒.๓ พัฒนาระบบงานและการเข้าถึงบริการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ^{๔๙}

ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่ได้รับการสำรวจและจัดทำทะเบียนประวัติ ตามยุทธศาสตร์ การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคลในประเทศไทย (ปี ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔) ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐาน ด้านสาธารณสุขตามมติคณะรัฐมนตรี ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ (กองทุนคืนสิทธิ) เพิ่มขึ้นร้อยละ ๗๕ จากจำนวนผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่ขึ้นทะเบียนประวัติทั้งหมดในปี ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔

เรือนจำ/ ทัณฑสถานที่มีผู้ต้องขังหญิงร้อยละ ๒๐ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข มูลฐานตามข้อกำหนดของสหประชาชาติสำหรับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำและมาตรการที่มิใช่การคุมขังสำหรับผู้กระทำผิดหญิง (ข้อกำหนดกรุงเทพ)^{๕๐}

๓. การลดพฤติกรรมเสี่ยง (ตัวชี้วัดร่วม และบูรณาการงานร่วมกับสำนักที่เกี่ยวข้องทั้งเชิงประเด็น และเชิงพื้นที่)

๓.๑ ลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ในประชากรมุสลิมได้ร้อยละ ๑๐ จากจำนวนผู้สูบบุหรี่ ปัจจุบัน

^{๔๙} ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ คือ ความแตกต่างระหว่างคนกลุ่มต่างๆ ด้านสถานะสุขภาพ เช่น อายุคาดเฉลี่ย อัตราการเจ็บป่วย ภาระโรค ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพอาจมีได้เกิดจากความไม่เป็นธรรมทางสังคมและความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพเสมอไป อาจมีปัจจัยอื่นๆ เกี่ยวข้อง เช่น เพศ อายุ พันธุกรรม ซึ่งมีผลให้คนกลุ่มต่างๆ มีสถานะสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม แนวคิดเรื่องปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health : SDH) เชื่อว่าความไม่เป็นธรรมทางสังคมเป็นสาเหตุหลักของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในประเทศต่างๆ

^{๕๐} ข้อกำหนดกรุงเทพ (The Bangkok Rules) เป็นมติที่เกิดจากการผลักดันของประเทศไทยเข้าสู่สหประชาชาติ ว่าด้วยการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงให้เข้าสู่มาตรฐานสากล โดยกำหนดว่าสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การจัดหาให้มีการบริการด้านสุขอนามัยแก่ผู้ต้องขังหญิงอย่างน้อยควรเท่ากับบริการซึ่งจัดให้ในชุมชน เช่น การเพิ่มศักยภาพในการเข้าถึงการศึกษา การให้ความรู้ และจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม เป็นต้น

ตัวชี้วัดระดับผลผลิต (Output)

๔. เกิดระบบ/ กลไก^{๔๐} การดำเนินงาน

๔.๑ จำนวนสถานประกอบการร้อยละ ๕๐ ของพื้นที่เป้าหมายมีกระบวนการส่งเสริมป้องกันสุขภาพองค์กรรวม ทั้งในด้านสุขภาพทั่วไป และอาชีวอนามัยในการทำงาน

๔.๒ หน่วยบริการปฐมภูมิไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ในพื้นที่ดำเนินงาน ๔ เขตสุขภาพพื้นที่ดำเนินการสามารถมีการจัดบริการอาชีวอนามัยทั้งเชิงรุกและเชิงรับให้กับกลุ่มแรงงานนอกระบบ

๔.๓ มีหลักสูตร/ แนวทางที่เอื้อต่อการศึกษาของกลุ่มแรงงานข้ามชาติและมุสลิม สามารถเข้าถึงระบบการศึกษาอย่างน้อย ๑ หลักสูตร/ แนวทาง และผลักดันเข้าสู่ระบบในพื้นที่ดำเนินงาน

๔.๔ เกิดมัสยิดปลอดบุหรี่ ที่มีการดำเนินการทางกฎหมายอย่างจริงจังและสามารถติดตามประเมินผลได้อย่างน้อย ๖๐๐ มัสยิด (ร้อยละ ๒๐ ของมัสยิดทั่วประเทศ) เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการลดอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มประชากรมุสลิม

๕. เกิดความรู้ใหม่ นวัตกรรมสร้างสุขในพื้นที่ต้นแบบ และเกิดการขยายผลสู่ระบบและกลไกทางสังคม

๕.๑ เกิดจุดจัดการ/ หน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยรวบรวม พัฒนา วิเคราะห์ และถ่ายทอดข้อมูล สารสนเทศ หรือความรู้ใหม่ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะผ่านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ อย่างน้อย ๓ องค์กร

๕.๒ เกิดชุดความรู้ นวัตกรรมสร้างสุข หรืองานนำร่องในพื้นที่ดำเนินการ ที่สามารถขยายผล และ/ หรือใช้เป็นข้อเสนอนโยบาย อย่างน้อย ๑๒ ชิ้น

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

๖. สื่อ หรือกลไกการสื่อสารสาธารณะ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายการลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม^{๓๓} และสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคี และสามารถสร้างการรับรู้สร้างการมีส่วนร่วม และ/ หรือปรับทัศนคติของประชาชนให้มีทัศนคติเชิงบวกต่อประชากรกลุ่มเฉพาะจำนวน ๓ ประเด็น

๗. ภาคีขับเคลื่อนงานมีความเข้มแข็ง มีศักยภาพ มีขีดความสามารถในการขับเคลื่อนงาน เพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสังคมและสุขภาพ และร่วมผลักดันนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเฉพาะ

๗.๑ เกิดแกนนำประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีศักยภาพ มีขีดความสามารถในการขับเคลื่อนงานหนุนเสริมการรวมพลังเครือข่ายภาคีที่ทำงานเพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสังคมและสุขภาพ และร่วมผลักดันนโยบายในประเด็นต่างๆ อย่างน้อย ๑๕๐ คน

๗.๒ เกิดกลไกหนุนเสริม เพื่อให้เกิดเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มประชากรเฉพาะอย่างน้อย ๑ กลไก

๗.๓ เกิดกลไกเพื่อผลักดันนโยบายและการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในการสร้างเสริมหลักประกันทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะไม่น้อยกว่า ๓ กลไก

ยุทธศาสตร์

สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ไตรพลัง ของ สสส. คือ ความรู้ นโยบาย สื่อสารและขับเคลื่อนสังคม โดยเพิ่มเติมเรื่องการพัฒนาศักยภาพภาคีและแกนนำประชากรกลุ่มเฉพาะเพื่อสนับสนุนการรวมกลุ่มและการพัฒนาภาคีและองค์กรตัวแทนประชากรกลุ่มเฉพาะให้เข้มแข็ง

๑. ความรู้ ได้แก่ การพัฒนาความรู้ นวัตกรรม งานนำร่องเพื่อนำสู่การขยายผลในระดับต่างๆ โดยมุ่งเน้นที่ระบบสวัสดิการสังคม ระบบสุขภาพ การปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพและกลไกการปกครองส่วนท้องถิ่น

๒. นโยบาย ได้แก่ การสนับสนุนการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล จัดทำข้อเสนอแนะนโยบาย เพื่อผลักดันนโยบาย รวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

^{๓๓} ความเหลื่อมล้ำทางสังคม คือ ความแตกต่างด้านสภาพแวดล้อมการดำรงชีวิตระหว่างคนกลุ่มต่างๆ ในสังคม เช่น ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ความเหลื่อมล้ำในการถือครองที่ดิน ความเหลื่อมล้ำในด้านผลสัมฤทธิ์การศึกษา ความเหลื่อมล้ำด้านความเสี่ยงต่อภัยพิบัติ ความเหลื่อมล้ำทางสังคมอาจมีได้เกิดจากความไม่เป็นธรรมทางสังคมเสมอไป อาจมีปัจจัยอื่นๆ เกี่ยวข้อง แต่สังคมที่มีความเหลื่อมล้ำสูงส่วนใหญ่มักมีสาเหตุสำคัญมาจากความเป็นธรรมทางสังคม ในทางกลับกัน สังคมที่มีพื้นฐานความไม่เป็นธรรมในบางเรื่องสูง แต่มีนโยบายและมาตรการป้องกันมิให้ส่งผลกระทบต่อความไม่เป็นธรรมในเรื่องอื่นๆ ก็อาจทำให้เป็นสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำต่ำได้

๓. **สังคม** ได้แก่ การสื่อสารสังคม ปรับเจตคติของคนในสังคมสู่สังคมสัมมาชีพ สังคมสวัสดิการ และสังคมไร้การกีดกัน สร้างการยอมรับในความหลากหลายของผู้คนในการอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข

๔. **พัฒนาศักยภาพภาคีและแกนนำ** เป็นการเสริมพลังภาคีในระดับบุคคล องค์กร การพัฒนาศักยภาพผู้นำรุ่นใหม่ เพื่อให้มีศักยภาพ ขีดความสามารถในการจัดการตนเอง และการทำงานเชิงรุก เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาวะในประชากรกลุ่มเฉพาะ รวมถึงการหนุนเสริมพลังเครือข่ายภาคี การพัฒนาระบบ กลไก และสภาพแวดล้อมที่ยั่งยืนในการเสริมพลังเครือข่ายที่ทำงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาวะของประชากรกลุ่มเฉพาะ

งบประมาณ^{๕๓}

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๒๗๐	๒๖๕	๒๒๒

^{๕๓} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้

แผนสุขภาวะชุมชน

สถานการณ์และแนวโน้ม

สภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการจัดการสุขภาวะชุมชน

ความแปรปรวนของสภาพภูมิอากาศโลก ส่งผลให้เกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติบ่อยครั้งและทวีความรุนแรง เช่น แผ่นดินไหว ดินถล่ม อุทกภัย วาตภัย ภัยแล้ง ไฟป่า เป็นต้น ซึ่งสร้างความเสียหายแก่ผลผลิตทางการเกษตรและความมั่นคงทางอาหารโดยเฉพาะการระบาดของโรคและแมลงศัตรูพืชจากสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง ความเสียหายต่อโครงสร้างพื้นฐานในเขตท่องเที่ยวที่เป็นฐานรายได้ โรคระบาดเพิ่มขึ้นก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของประชากร รวมทั้งกระทบต่อภาคสังคม อาทิ ความยากจน การอพยพย้ายถิ่น และการแย่งชิงทรัพยากร การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศจึงส่งผลกระทบต่อระบบการจัดการชุมชนท้องถิ่นที่หลีกเลี่ยงได้ยาก หากแต่ชุมชนท้องถิ่นก็สามารถจัดการตนเองให้อยู่ร่วมกับความแปรปรวนที่เกิดความเสียหายไม่มากจนล่มสลาย

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมรวมทั้งส่งผลต่อวิถีชีวิตของประชาชนมากยิ่งขึ้น ทั้งเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร นานาเทคโนโลยี เทคโนโลยีชีวภาพและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองและจิต โดยความก้าวหน้าดังกล่าวเป็นทั้งโอกาสและภัยคุกคาม การเข้าถึงเทคโนโลยีที่ไม่เท่าเทียมกันของกลุ่มคนในสังคมจะทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมในมิติต่างๆ ในสังคม การเพิ่มขีดความสามารถของชุมชนท้องถิ่นด้านเทคโนโลยีจึงมีความสำคัญยิ่ง

ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ สภาพความเป็นจริงในพื้นที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนไม่น้อยมีจำนวนผู้สูงอายุสูงกว่า ร้อยละ ๑๕ ของประชากร การปรับกระบวนการตัดสินใจและความคิดของผู้นำและคนในชุมชนจากการมองว่า “ผู้สูงอายุเป็นภาระของครอบครัวและสังคม” เป็น “ผู้สูงอายุเป็นพลังทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรม” จะเป็นศักยภาพในการขับเคลื่อนขบวนการพัฒนาสุขภาวะบนวิถีวัฒนธรรม

การปฏิรูปกฎหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับชั่วคราว ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีการปรับปรุงโครงสร้างของการปกครองท้องถิ่นและการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น ซึ่งเป็นโอกาสของแผนสุขภาพชุมชนที่จะใช้ความพร้อมของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ในบทบาทของการให้ข้อมูลและจัดทำข้อเสนอต่อกลไกที่รับผิดชอบในการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศไทย โดยเฉพาะการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ทำหน้าที่พัฒนาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

การประเมินผลแผนสุขภาพชุมชน ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ คณะผู้ประเมินภายนอกได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของแผนสุขภาพชุมชนในระยะต่อไป ดังนี้

๑. การดำเนินงานของแผนสุขภาพชุมชนเป็นการเสริมพลังชุมชนท้องถิ่นให้จัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health) ในชุมชน และเป็นฐาน (platform) ที่จะส่งผลต่อเนื่องให้ชุมชนมีมาตรการการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (health risk factors) ของคนในชุมชน รวมถึงการบูรณาการแนวทางการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพกับมาตรฐานการปฏิบัติงานของชุมชนท้องถิ่น ซึ่งเป็นการเตรียมฐานในการขยายงานของแผนอื่นของ สสส. ตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา (Area-Based Development : ABD)

๒. แผนสุขภาพชุมชนควรเป็นสื่อกลางในการพัฒนาศักยภาพและชี้นำการบูรณาการองค์ความรู้ต่างๆ ของแผนอื่นของ สสส. มาแปลงเป็นปฏิบัติการระดับชุมชนหรือพื้นที่ รวมถึงการสร้างทักษะภาคีอื่นให้สามารถทำงานกับชุมชนท้องถิ่นตามแนวทางทฤษฎีนโยบายเพื่อสุขภาพ (Health in All Policies) ทั้งนี้เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

๓. การออกแบบการดำเนินงานของแผนสุขภาพชุมชนมีความชัดเจนที่กำหนดให้ทุกกิจกรรมเป็นกระบวนการ “สร้างการเรียนรู้” “สร้างความเป็นพลเมือง” และ “สร้างผลกระทบด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม” ในชุมชนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือและวิธีการที่ชุมชนเข้าร่วมจัดกิจกรรมและร่วมรับผลประโยชน์ ซึ่งเป็นการดำเนินงานในเชิงกลยุทธ์และการสร้างวัฒนธรรมการทำงานให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตัดสินใจบนฐานของความรู้และข้อมูลเชิงประจักษ์

๔. การบริหารจัดการแผน โดยภาพรวมการออกแบบกลไกการขับเคลื่อนงานของแผนสุขภาพชุมชนมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูง แต่ควรปรับปรุงแบบและกระบวนการทางวิชาการให้มีความง่าย (simplicity) การลดภาระงานในการดูแลสมาชิกเครือข่ายให้เหมาะสม เพื่อศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพชุมชน^{๔๔} จะได้ใส่ใจกับการสร้างประสบการณ์ที่เข้มข้นภายในพื้นที่ของตนเองให้มากขึ้น ควรมีการติดตามกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพชุมชนแต่ละแห่งอย่างจริงจังมากขึ้น เพื่อให้มีความรับผิดชอบ (accountability) ในการขับเคลื่อนงานอย่างมีคุณภาพ รวมถึงควรจัดวางตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์ (strategic position) เพื่อประกันความยั่งยืนในการเป็นหุ้นส่วนระหว่าง สสส. กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นสมาชิกเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ และมีกลยุทธ์ขับเคลื่อนการดำเนินงานไปสู่เป้าหมายและคุณค่าร่วม (shared values)

^{๔๔} หมายถึง ศูนย์เรียนรู้ด้านการจัดการสุขภาพะสิทธิ์ ในแผนสุขภาพชุมชน ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗

๕. แผนสุขภาวะชุมชนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับชุมชน โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์และลงพื้นที่ของคณะผู้ประเมินสอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของชุมชนท้องถิ่นจากการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่^{๔๔} โดยแผนสุขภาวะชุมชนได้ทำให้สังคมสุขภาวะชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง มีความสามัคคี มีจิตอาสา พึ่งตนเอง แก้ไขและจัดการตนเองได้ ซึ่งได้แสดงออกมาเป็นวิถีใหม่ของผู้เข้าร่วมเครือข่าย เช่น เกิดทักษะการบริหารจัดการทีม มีศักยภาพทางวิชาการ เกิดการใช้ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ พัฒนาวิธีการทำงานร่วมกันมีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นต้น

๖. แผนสุขภาวะชุมชนควรให้ความสำคัญกับการประมวลและรายงานผลจากระบบข้อมูลตำบล (Thailand Community Network Appraisal Program : TCNAP) และการประเมินชุมชนด้วยการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน (Rapid Ethnographic Community Assessment Process : RECAP) เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่โดยพัฒนาระบบการประมวลผลให้ง่าย และสะดวกต่อการใช้งานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นในพื้นที่

ข้อเสนอแนะจากภาคี

เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ อันประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันการศึกษา และสำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน (สำนัก ๓) ได้ทำงานต่อเนื่องมากกว่า ๔ ปี บนฐานคิดและหลักการการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น โดยใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนเป็นทรัพยากรหลักในการจัดการในทุกมิติของการพัฒนาและการแก้ปัญหา ซึ่งได้มีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่อง โดยในทุกปีมีการปรับปรุงเครื่องมือ วิธีการ ขั้นตอนในการทำงานร่วมกันและการทำงานของแต่ละพื้นที่ ข้อเสนอแนะของภาคีมีความสอดคล้องกับคณะผู้ประเมินผลภายนอกและผลจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมาข้างต้น โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมด้านการจัดการ ๓ ประเด็น เพื่อเพิ่มประสิทธิผลและขยายแนวคิดให้มีการไปปรับใช้ดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สนใจ ดังนี้

๑. ควรสร้างช่องทางการสื่อสารกลางของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่และสื่อสารกับสังคม เพื่อให้สังคมไทยได้มีโอกาสและความเชื่อมั่นต่อศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการตนเอง และเป็นฐานของการสร้างการเปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างแท้จริง รวมถึงชุมชนท้องถิ่นเปิดพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น ทั้งนี้ การสื่อสารควรมีหลากหลายลักษณะ เช่น การรณรงค์ การเอาเรื่องดีๆ ของชุมชนท้องถิ่นเผยแพร่ การพัฒนาการท่องเที่ยวชุมชนให้ผู้สนใจเข้ามาเรียนรู้และสื่อสารแบบปากต่อปาก เป็นต้น

^{๔๔} เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ หมายถึง การรวมตัวของพื้นที่ในระดับตำบล และระดับจังหวัดที่มีเป้าหมายเพื่อร่วมสร้างพื้นที่ของตนเองให้เป็นตำบลน่าอยู่และจังหวัดน่าอยู่ โดยเครือข่ายฯ มีบทบาทสำคัญในการเรียนรู้ร่วมกัน การผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับตำบล ระดับเครือข่าย และระดับจังหวัด รวมถึงการมีบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนและรณรงค์ให้มีการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคณาอำนาจให้ชุมชน

๒. ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนท้องถิ่นให้มีขีดความสามารถในการจัดการอย่างมืออาชีพ โดยจัดเป็นหลักสูตรเฉพาะสำหรับผู้นำที่มีความเชี่ยวชาญและความมุ่งมั่นที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อเป็นกำลังสำคัญของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ในการเข้าไปมีส่วนร่วม ในการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับจังหวัดและระดับชาติ รวมถึงเป็นการเตรียมผู้นำชุมชนท้องถิ่นรองรับแนวโน้มพัฒนาการของประเทศในช่วงของการปฏิรูปประเทศในทุกด้าน

๓. ควรจัดหลักสูตรพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับบุคลากรของชุมชนท้องถิ่น โดยเฉพาะการวิเคราะห์และนำใช้ข้อมูลปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพะชุมชนอย่างต่อเนื่องและบูรณาการเข้าสู่ระบบการทำงานขององค์กรในชุมชน

ทุนทางสังคมและศักยภาพของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

จากการดำเนินงานของแผนสุขภาพะชุมชนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ ได้บ่มเพาะประสบการณ์ และร่วมกันสร้างวัฒนธรรมการทำงานเป็นเครือข่ายมาอย่างต่อเนื่อง แผนสุขภาพะชุมชนจึงมีทุนทางสังคม และศักยภาพของภาคีเครือข่ายที่มีขีดความสามารถในการขับเคลื่อนขบวนการจัดการสุขภาพะทั้ง ๔ มิติ โดยใช้พื้นที่เป็นฐานการพัฒนา ซึ่งเป็นพื้นฐานของการขับเคลื่อนแผนสุขภาพะชุมชนปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ และแผนการดำเนินงานแต่ละปี โดยสรุปดังนี้

๑. ความร่วมมือของภาคีและภาวะผู้นำของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การมีสปิริตในการทำงานเป็นทีมที่แสดงออกถึงพันธกรณี (commitment) ความผูกพัน (engagement) และทำงานด้วยใจ ที่มีเป้าหมายเพื่อร่วมกันสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ จนเกิดเป็นการยอมรับซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นทุนทางสังคมของแผนสุขภาพะชุมชนที่จะนำไปใช้เป็นฐาน (platform)

๒. กลไกการจัดการสุขภาพะชุมชน ประกอบด้วย ๓ กลไกที่มีบทบาทหน้าที่สอดรับ เกื้อกูล และบูรณาการในทุกระดับ ที่ยังดำเนินการต่อเนื่องจนถึงปี ๒๕๖๐ คือ ๑) ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพะชุมชน จำนวน ๗๗ แห่ง โดยทำหน้าที่สร้างการเรียนรู้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ๒) ศูนย์สนับสนุนวิชาการเพื่อการจัดการเครือข่าย จำนวน ๘ แห่ง ทำหน้าที่สนับสนุนวิชาการให้ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพะชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย โดยเน้นที่การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรของชุมชนท้องถิ่น และ ๓) ศูนย์ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเฉพาะประเด็น จำนวน ๖ แห่ง ทำหน้าที่ขับเคลื่อนให้เกิดปฏิบัติการในพื้นที่ที่ส่งผลต่อการจัดการสุขภาพะชุมชนในประเด็นเฉพาะ โดยกลไกเหล่านี้มีความสำคัญต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในทุกระดับ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง กลไกเหล่านี้เป็นโครงสร้างขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไตรพลังของแผนสุขภาพะชุมชน

๓. การพัฒนาและยกระดับขีดความสามารถบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการใช้เครื่องมือการวิจัยชุมชน การพัฒนาระบบข้อมูลตำบล การจัดการความรู้ และการบริหารจัดการกระบวนการ โดยแผนสุขภาพะชุมชนได้จัดแบ่งออกเป็น ๕ นักสร้างเสริมสุขภาพะชุมชน ประกอบด้วย นัก (ผู้) บริหาร นักวิชาการ ชุมชนท้องถิ่น นักจัดการและจัดกระบวนการ นักจัดการข้อมูล และนักสื่อสารชุมชน โดย ๕ นักสร้างเสริมสุขภาพะชุมชนที่ผ่านการพัฒนากิจกรรมและเสริมสร้างศักยภาพจนมีความชำนาญและเชี่ยวชาญ มีจำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐๐,๐๐๐ คน



๔. การสร้างวัฒนธรรมการใช้ข้อมูลและความรู้ในกระบวนการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยแผนสุขภาวะชุมชนสนับสนุนให้ทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายดำเนินการประเมินชุมชน ด้วยการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน และพัฒนาระบบข้อมูลตำบลในการกำหนดแนวทางการจัดการสุขภาวะชุมชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและร่วมกันกำหนดเป้าหมายการพัฒนาโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ของชุมชนท้องถิ่นและเชื่อมโยงการพัฒนา กับองค์กรภายนอกชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะ การใช้ในการประเมินความก้าวหน้าการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นและการเปรียบเทียบกับชุมชน ท้องถิ่นอื่น

๕. ปฏิญญาเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ซึ่งเป็นนโยบายสาธารณะร่วมที่สมาชิก เครือข่ายประกาศร่วมในทุกวันที่ ๓ มีนาคมของทุกปี ตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ เป็นต้นมา ซึ่งได้รับการยอมรับ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายในการนำไปดำเนินการในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง โดยใน บางพื้นที่ได้ประกาศเป็นนโยบายและผ่านความเห็นชอบโดยสภาท้องถิ่น บางพื้นที่ผลักดันให้ คณะกรรมการหมู่บ้านนำไปเป็นกิจกรรมหลักของแต่ละหมู่บ้าน บางพื้นที่ได้จัดทำเป็นข้อบัญญัติท้องถิ่น หรือธรรมนูญท้องถิ่น รวมถึงได้มีการกำหนดไว้ในข้อบัญญัติงบประมาณของท้องถิ่นไว้ตามบริบทของ พื้นที่ โดยแผนสุขภาวะชุมชนได้กระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ผนวกเรื่องการลดปัจจัยเสี่ยงและ เพิ่มปัจจัยส่งเสริมด้านสุขภาพเข้าไปในกิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

๖. เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากร (ส่วนหนึ่งของการลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม) แผนสุข ภาวะชุมชน ได้สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่สถานการณ์พิเศษ^{๕๖} โดยในแผนการดำเนิน งานของแผนสุขภาวะชุมชนปี ๒๕๕๗ ได้กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายที่ร่วมขับเคลื่อนตนเองให้เกิดสถานะของชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการตอบ สอนต่อเป้าหมายของการปฏิรูปประเทศไทยเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและพัฒนาวัฒนธรรมการสร้างเสริม สุขภาวะในพื้นที่เฉพาะที่ต้องการความรู้และการจัดการที่แตกต่างจากพื้นที่โดยทั่วไป

๗. การเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนหลักระดับประเทศ โดยแผนสุขภาวะชุมชนโดย คณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๓ ได้ประสานและทำข้อตกลงเชิงนโยบายผ่านการลงนามข้อตกลง ความร่วมมือกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย โดยได้มีการจัดตั้งคณะทำงาน ร่วมของทั้งสองฝ่ายเพื่อขับเคลื่อนและผลักดันรูปธรรมในการสนับสนุนส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นใช้ระบบข้อมูลเพื่อการพัฒนาบริการสาธารณะสำหรับกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ และกลุ่มที่มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทั้งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและที่รัฐจัดให้ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็กและเยาวชน เป็นต้น โดยเน้นการสนับสนุนและส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีศักยภาพจัดตั้งเป็น “ศูนย์เรียนรู้” สำหรับเป็นที่ศึกษาเรียนรู้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วไปและ ผู้สนใจ อันนำไปสู่การขยายผลทั้งในด้านแนวคิดและรูปแบบการบูรณาการเข้าสู่งานประจำขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรในพื้นที่

^{๕๖} พื้นที่สถานการณ์พิเศษ หมายถึง พื้นที่ตามหลักเกณฑ์ ๒ ประการ ประกอบด้วย ๑) พื้นที่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นขนาดเล็กตามหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ๒) พื้นที่ที่มีรายได้ต่อ หัวประชากรน้อยกว่า ๓๐,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี ตามเกณฑ์ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และพื้นที่ที่ยากต่อการเข้าถึงทั้งทางด้านการคมนาคม การสาธารณสุข และการสาธารณสุข หรือพื้นที่ที่สถานการณ์พิเศษ หรือพื้นที่ภูเขาสูงและพื้นที่ที่มีประชากรหลากหลายชาติพันธุ์

จุดเน้นของแผน

แผนสุขภาพชุมชนได้ยึดทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี เป็นผลลัพธ์และผลกระทบที่จะต้องเกิดจากการดำเนินงานของแผนสุขภาพชุมชน โดยในการดำเนินงานของแผนจะต้องใช้ข้อมูลจากการประมวลสถานการณ์และแนวโน้มที่กล่าวมาข้างต้นเป็นเงื่อนไขในการกำหนด แผนสุขภาพชุมชนในช่วงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ที่เป็นการต่อยอดที่เน้นคุณภาพ การบูรณาการเข้าสู่มาตรฐานการปฏิบัติงานของหน่วยงานและองค์กรชุมชน และการแปลงชุดความรู้จากแผนอื่นของ สสส. ลงสู่การปฏิบัติของชุมชนหรือพื้นที่ตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา (area-based development) ตามแนวทางทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (Health in All Policies) ภายใต้กรอบนโยบายของคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยแผนสุขภาพชุมชนได้กำหนดจุดเน้นของการดำเนินงานในช่วง ๓ ปีต่อไปไว้ ๕ ประการ ดังนี้

๑. การเพิ่มขีดความสามารถของชุมชนท้องถิ่น ในการขยายฐานผู้รับประโยชน์จากทุนความรู้ในการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ การจัดการตนเอง การปกป้องภาวะคุกคาม ลดปัญหาสุขภาพและบูรณาการวิธีการหรือแนวทางใหม่ๆ ให้เป็นวัฒนธรรมของระบบงานประจำหรือภารกิจ (Function) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน สถาบันทางสังคมหรือกลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชน และเครือข่ายในพื้นที่ สร้างวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันให้เป็นวิถีของชุมชนท้องถิ่นนั้น รวมถึงการส่งเสริมและพัฒนาความเป็นพลเมืองของคนในชุมชนท้องถิ่นให้เป็นศักยภาพพื้นฐานของการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ด้วยการกระตุ้นและส่งเสริมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับผู้นำชุมชน พื้นที่วัฒนธรรมของการเกื้อกูลและเอื้ออารีของคนในชุมชนตามวิถีวัฒนธรรมของตนเอง โดยมีการเชื่อมโยงกันเป็น “พลังพลเมืองพลังชุมชนท้องถิ่นร่วมสร้างประเทศไทยให้น่าอยู่” ที่มีขีดความสามารถในการรณรงค์และร่วมรับผิดชอบต่อชุมชนท้องถิ่นและสนับสนุนการปฏิรูปประเทศไทย

๒. การสนับสนุนการพัฒนาระบบข้อมูล ให้เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นชุมชนท้องถิ่น ได้กำหนดทิศทางการจัดการสุขภาพอย่างสมเหตุสมผล กำหนดเป้าหมายที่จะจัดการตนเองแทนการพึ่งพิงภายนอกชุมชนเป็นหลัก มีการลงทุนในการพัฒนาอย่างคุ้มค่าและสอดคล้องกับวิถีของท้องถิ่น มีการใช้ข้อมูลในการประเมินความก้าวหน้าของการจัดการสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น รวมทั้งการประมวลที่นำไปใช้ในกระบวนการพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับตำบล ระดับเครือข่าย และระดับจังหวัด รวมถึงสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับชาติและการเชื่อมโยงกับระบบหรือกลไกขับเคลื่อนหลัก โดยเฉพาะกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย

๓. การส่งเสริมและสนับสนุนสถาบันวิชาการหรือองค์กรทางวิชาการร่วมเรียนรู้ปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่น ร่วมดำเนินการวิจัยและประมวลความรู้ภูมิปัญญาที่สร้างมาจากประสบการณ์จริงของชุมชนท้องถิ่นให้เป็นองค์ความรู้ที่นำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวางในสังคมไทย รวมถึงการเพิ่มทักษะของบุคลากรของสถาบันวิชาการหรือองค์กรทางวิชาการให้มีขีดความสามารถในการทำงานเสริมพลังขบวนการจัดการสุขภาพของชุมชนท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพและเชื่อมโยงองค์ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกที่มีความชำนาญหรือเชี่ยวชาญในด้านนั้นๆ เพื่อให้แน่ใจว่าเป็นความรู้ที่แท้จริงรวมถึงการร่วมกันพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

๔. การรองรับการขยายกิจกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยเสริมด้านสุขภาพเข้าสู่ระบบการจัดการของชุมชนท้องถิ่น ด้วยการทำงานร่วมกับแผนอื่นของ สสส. ในการแปลงองค์ความรู้เป็นปฏิบัติการในระดับชุมชนหรือพื้นที่ตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานการพัฒนา (area-based development) โดยให้ความสำคัญการตอบสนองต่อทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปีของ สสส. แนวนโยบายแผนหลัก ๓ ปีของคณะกรรมการกองทุน และการปฏิรูปประเทศไทย

๕. การน้อมนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงบูรณาการเข้าไปสู่ระบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนและหนุนเสริมให้มีการประยุกต์ใช้ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง จนเกิดเป็นความเข้มแข็งของชุมชนที่มีขีดความสามารถในการจัดการกับภาวะคุกคามและวิกฤตอย่างได้ผล โดยเฉพาะการพัฒนาสุขภาพแบบพอเพียง

ค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่นำไปใช้ในแผนสุขภาพชุมชน

๑. ระบบการจัดการสุขภาพชุมชน หมายถึง การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นด้วยกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นสู่การเป็นชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ (สุขภาพ) โดยการเสริมพลังความร่วมมือให้องค์กรหลักในชุมชนทำบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างเต็มศักยภาพ อันมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้เชื่อมประสานให้เกิดการพัฒนาแนวทางการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งด้านการเมืองการปกครอง สังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม และสุขภาพ จนเกิดเป็นระบบสนับสนุนการปฏิบัติการต่างๆ ขององค์กรหลัก แกนนำ กลุ่ม และเครือข่ายของประชาชน ซึ่งส่งผลให้มีผู้นำ – แกนนำ มีทักษะในการจัดการชุมชนตนเอง มีศักยภาพในการสร้างและใช้ความรู้ที่เกิดจากปฏิบัติการที่ได้ผลดีของชุมชนโดยชุมชน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และขับเคลื่อนกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นอย่างเป็นพลวัตควบคู่ไปกับปฏิบัติการจริงอย่างต่อเนื่อง

๒. การจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น หมายถึง การจัดการระบบการทำงานของพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งระดับหมู่บ้าน กลุ่มของหมู่บ้าน และตำบล ในการพัฒนางานด้านต่างๆ เพื่อเสริมศักยภาพให้สามารถจัดการเรียนรู้ ปรับตัว และจัดการปัญหาของตนเอง โดยใช้ข้อมูลและรูปธรรมการจัดการตนเองเป็นฐานในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ นำไปสู่การพัฒนานโยบายท้องถิ่นและนโยบายระดับชาติ

๓. ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพชุมชน^{๔๗} หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลและพื้นที่ในเขตรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ ที่มีกระบวนการค้นหาทุนทางสังคมและศักยภาพโดยใช้เครื่องมือวิจัยชุมชน และระบบข้อมูลตำบล มีการระบุชัดเจนถึงทุนที่มีศักยภาพในการทำหน้าที่เป็น “แหล่งเรียนรู้” มีการพัฒนาผู้รู้และแกนนำของแหล่งเรียนรู้ให้มีขีดความสามารถในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันภายในพื้นที่ของตนเองและเครือข่าย มีกระบวนการออกแบบการจัดการเรียนรู้ให้กับเครือข่าย และทำหน้าที่กลไกบริหารจัดการเครือข่ายและกระตุ้นให้เครือข่ายจัดกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อร่วมสร้างประเทศไทยให้น่าอยู่ที่มีการประกาศปฏิญญาร่วมกัน

๔. ระบบการจัดการจังหวัดน่าอยู่ หมายถึง การใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด ทำหน้าที่เป็นกลไกในการเชื่อมโยงองค์ความรู้จากปฏิบัติการจริงในแต่ละเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัด โดยการร่วมกันขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหา และมีรูปธรรมการจัดการ อันสอดคล้องกับนโยบายสาธารณะของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่

๕. เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันวิชาการ หรือองค์กรทางวิชาการ องค์กรชุมชน องค์กรภาคประชาสังคม และสำนักสนับสนุนสุขภาพชุมชน (สำนัก ๓) ที่มีเป้าหมายเพื่อร่วมขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นให้น่าอยู่ โดยมีบทบาทสำคัญในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน การผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับตำบล เครือข่าย และจังหวัด รวมถึงการขับเคลื่อนและรณรงค์ให้มีการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคืนอำนาจให้ชุมชน

^{๔๗} แผนหลักปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ ใช้ชื่อว่า “ศูนย์เรียนรู้ด้านการจัดการสุขภาพลุ่มน้ำ หรือ แม่ข่าย”

๖. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง หมายถึง บุคคลผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ เป็นผู้นำเชิงความคิดของชุมชนท้องถิ่นที่มีความคิดริเริ่ม สามารถสร้างปฏิบัติการให้เกิดผลได้จริง โดยได้รับการยอมรับและศรัทธาจากคนในพื้นที่และจากบุคคลทั่วไปเพื่อพัฒนาต่อยอดและประยุกต์ใช้ในพื้นที่

๗. นโยบายสาธารณะ หมายถึง องค์ความรู้จากปฏิบัติการของ “แหล่งเรียนรู้” ของ “ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน” และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ประมวลและวิเคราะห์กิจกรรมที่ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่โดยชุมชนท้องถิ่น จนเกิดเป็นปฏิกิริยาเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ของแต่ละภูมิภาคและมีข้อตกลงร่วมของเครือข่ายในภาพรวม ซึ่งสมาชิกของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ได้ใช้เป็นแนวทางการขับเคลื่อนของแต่ละพื้นที่ทั้งระดับตำบล เครือข่าย และจังหวัด

๘. การวิจัยชุมชน หมายถึง การประเมินชุมชนด้วยการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน (Rapid Ethnographic Community Assessment Process : RECAP)^{๔๘} ในการพัฒนาทักษะด้านการถอดบทเรียนและการเขียนสรุปข้อมูลทุนทางสังคมและศักยภาพของกลุ่มหรือแหล่งปฏิบัติการในพื้นที่ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง โดยการใช้ศักยภาพในการจัดการปัญหาสู่การจัดการตนเองในระดับพื้นที่ รวมถึงการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงกับองค์กรและหน่วยงานหนุนเสริมเพื่อเข้ามาเกื้อหนุนให้ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองได้ดีขึ้น

๙. ระบบข้อมูลตำบล หมายถึง การจัดทำข้อมูลตำบล (Thailand Community Networking Appraisal Program : TCNAP) ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบ ใช้ข้อมูล และเป็นเจ้าของ โดยการสร้างทีมพัฒนาฐานข้อมูลตำบลในการเก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลของชุมชนเพื่อจัดการกับปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของแต่ละชุมชน จนเกิดการพึ่งตนเองและนำไปสู่การพัฒนาตำบลสู่การเป็นตำบลสุขภาวะที่ยั่งยืน

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

๑๑. ชุดความรู้ หมายถึง ความรู้ที่เกิดจากการถอดบทเรียน การวิจัยและพัฒนา กระบวนการทำงานของพื้นที่และเครือข่ายในการเพิ่มศักยภาพระบบการจัดการตนเองของพื้นที่สู่การจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น เพื่อใช้ในการถ่ายทอดให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาพื้นที่และเครือข่ายต่อไป

๑๒. การจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การประเมินและถอดบทเรียนทุนทางสังคมของพื้นที่ เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลจากปฏิบัติการที่จะส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาวะอันจะทำให้คนในชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น โดยในเบื้องต้นประกอบด้วย ๑๑ ประเด็น ดังนี้ ๑) การควบคุมการบริโภคยาสูบ ๒) การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และลดอุบัติเหตุจราจร ๓) ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ๔) ครอบครัวอบอุ่น ๕) การเฝ้าระวังการตั้งครุฑในวัยรุ่น ๖) พัฒนาการเด็กปฐมวัย ๗) สุขภาพวัยรุ่น ๘) การสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน ๙) การดูแลผู้พิการ และผู้ยากไร้ ๑๐) อาหารเพื่อสุขภาพ และ ๑๑) การจัดการสิ่งแวดล้อมและมลพิษ

^{๔๘} มีการปรับปรุงให้มีการประเมินระดับหมู่บ้านที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทเรียนการจัดการตนเองและมีขีดความสามารถในการจัดการเรียนรู้ได้ทำหน้าที่เป็น “ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน”
๒. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครใจเข้าร่วมเรียนรู้กับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนได้พัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาวะชุมชนที่แสดงรูปธรรมของการจัดการตนเอง การจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ และการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพได้
๓. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการรวมตัวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีในจังหวัดเดียวกันขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ^{๕๙} ระดับจังหวัดและร่วมสร้างจังหวัดน่าอยู่
๔. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้สถาบันวิชาการดำเนินการวิจัยร่วมกับชุมชนท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาเฉพาะและค้นหาแนวทางใหม่ในการจัดการสุขภาวะชุมชน รวมถึงการนำความรู้จากการวิจัยไปประยุกต์ใช้ได้ในพื้นที่อื่น
๕. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาทักษะและขีดความสามารถบุคลากรในการจัดการตนเองและพัฒนา ระบบข้อมูลที่ใช้ในกระบวนการจัดการตนเอง การกำหนดเป้าหมายการจัดการสุขภาวะ และการลดปัญหาทางสุขภาพของประชาชน
๖. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือประเมินความก้าวหน้าความเข้มแข็งของชุมชนและการจัดการสุขภาวะโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ใช้และบูรณาการเข้าสู่ระบบการทำงานในระดับองค์กรและกลุ่มทางสังคม

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๘๐)

๑. เกิดศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน จำนวน ๔๐ แห่ง ที่บริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทเรียนจากการจัดการตนเองและมีขีดความสามารถในการจัดการเรียนรู้ร่วมกับเครือข่าย
๒. เกิดศูนย์ฝึกอบรมการใช้เครื่องมือการวิจัยชุมชน^{๖๐} และพัฒนาระบบข้อมูลตำบล^{๖๑} ที่มีการใช้ข้อมูลพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แห่ง โดยเป็นการทำงานร่วมกันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถาบันวิชาการ

^{๕๙} นโยบายสาธารณะ ประกอบด้วย ๘ ประเด็น ๑) ด้านการบริหารจัดการท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม ๒) ด้านการจัดสวัสดิการสังคมโดยชุมชน ๓) ด้านเกษตรกรรมยั่งยืน ๔) ด้านการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ๕) ด้านการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน ๖) ด้านการดูแลสุขภาพชุมชนโดยชุมชน ๗) ด้านการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนท้องถิ่น และ ๘) การลงทุนด้านสุขภาพโดยชุมชน

^{๖๐} Rapid Ethnographic Community Assessment Process : RECAP

^{๖๑} Thailand Community Network Appraisal Program : TCNAP

๓. **เมืองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** จำนวนไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ร่วมกับภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และภาคอุตสาหกรรม นำบทเรียนจากการจัดการตนเองมากำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ในระดับพื้นที่ ระดับเครือข่าย และระดับประเทศ

๔. **เกิดระบบการจัดการจังหวัดน่าอยู่^{๒๒}** จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐ จังหวัด จากการทำงานร่วมกันของเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด โดยใช้ข้อมูลและรูปธรรมการจัดการตนเองเป็นพื้นฐานในการกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาวะ รวมถึงตอบสนองต่อการปฏิรูปประเทศไทยด้านการกระจายอำนาจ

๕. **มีสถาบันทางวิชาการหรือองค์กรทางวิชาการ** จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๕ แห่ง ดำเนินการวิจัยร่วมกับชุมชนท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาเฉพาะประเด็นและค้นหาแนวทางใหม่ในการจัดการปัญหา โดยข้อความรู้จากการวิจัยนำไปประยุกต์ใช้ได้ในพื้นที่อื่น

๖. **มีบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน และบุคลากรของหน่วยงานในพื้นที่** ที่มีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาวะชุมชนและสนับสนุนการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ตนเองและเครือข่าย จำนวนไม่น้อยกว่า ๔๐,๐๐๐ คน

๗. **เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลง** ที่มีขีดความสามารถในการจัดการพื้นที่ของตนเอง การผลักดันนโยบายสาธารณะระดับเครือข่าย และการใช้ข้อมูลชี้แนะสังคม จำนวนไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ คน

ตัวชี้วัดร่วม (น้ำหนักร้อยละ ๒๐)

๘. **ยกระดับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ** จำนวน ๒๐ แห่ง ที่บริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีพื้นฐานจากบทเรียนจากการจัดการตนเองและมีขีดความสามารถในการจัดการเรียนรู้ร่วมกับเครือข่ายตามความเชี่ยวชาญเฉพาะในด้านการดูแลสุขภาพ (รวมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ) เกษตรกรรมเพื่ออาหารปลอดภัย สุขภาวะเด็กและเยาวชน และการจัดการสิ่งแวดล้อมและมลภาวะ

๙. **เกิดนวัตกรรมจัดการสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา (area-based development)** จำนวน ๔ ประเด็น ประกอบด้วย การควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดอุบัติเหตุจราจร และการจัดการอาหารเพื่อสุขภาพ โดยแต่ละประเด็นมีรูปแบบการดำเนินงานที่วัดการเปลี่ยนแปลงได้และเมืองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกการขับเคลื่อนประเด็นละไม่น้อยกว่า ๔๐ แห่ง

^{๒๒} ระบบการจัดการจังหวัดน่าอยู่ หมายถึง การนำใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด ทำหน้าที่เป็นกลไกในการเชื่อมโยงองค์ความรู้จากปฏิบัติการจริงในแต่ละเรื่อง เชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัด โดยการร่วมกันขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหา และมีรูปธรรมการจัดการ อันสอดคล้องกับนโยบายสาธารณะของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่

๑๐. เกิดนวัตกรรมการดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรเฉพาะ จำนวน ๔ กลุ่ม ประกอบด้วย เด็กปฐมวัย วัยรุ่น ผู้สูงอายุ คนพิการ โดยแต่ละกลุ่มมีรูปแบบการดำเนินงานที่วัดการเปลี่ยนแปลงได้ และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกการขับเคลื่อน กลุ่มประชากรละไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แห่ง

๑๑. เกิดนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศาสนสถาน (วัด มัสยิด โบสถ์) โดยแต่ละกลุ่มมีรูปแบบการดำเนินงานที่วัดการเปลี่ยนแปลงได้ และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกการขับเคลื่อน แต่ละประเภทไม่น้อยกว่า ๒๐๐ แห่ง

๑๒. เกิดชุดความรู้ การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและการเพิ่มปัจจัยส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา และนำไปประยุกต์ใช้ขยายผลได้ จำนวน ๔ เรื่อง

๑๓. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ร่วมรณรงค์ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ พร้อมทั้งมีการประเมินความก้าวหน้าของการจัดการสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา ที่เกิดขึ้นจากการรณรงค์และกิจกรรมของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

ยุทธศาสตร์

๑. พัฒนากลไกการจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน โดยการสนับสนุนให้เกิดศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนที่มีขีดความสามารถใน ๓ ด้าน ประกอบด้วย สร้างการเรียนรู้ สร้างสุขภาพ และสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยจะต้องส่งผลกระทบต่อเนื่องให้เกิดการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของชุมชนท้องถิ่นที่ประเมินความก้าวหน้าของการพัฒนาได้ รวมถึงการเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรของท้องถิ่น

๒. พัฒนानวัตกรรมการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา โดยสนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน และหน่วยงานรัฐในพื้นที่ ในการนำข้อมูลในการกำหนดเป้าหมายและวัดความก้าวหน้าการพัฒนา แปลงองค์ความรู้จากแผนอื่นของ สสส.ลงสู่การปฏิบัติการตามบริบทของชุมชนท้องถิ่น

๓. สร้างความร่วมมือระหว่างสถาบันวิชาการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดการความรู้จากการปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่นและการวิจัยเพื่อสอบถามกับผู้ชำนาญการในเรื่องนั้นๆ เพื่อให้ได้ความรู้ที่แท้จริงอย่างเป็นระบบนำไปใช้ในระบบบริหารจัดการสุขภาวะชุมชน

๔. เพิ่มขีดความสามารถผู้นำ ในการจัดการตนเองอย่างมีอาชีพโดยเฉพาะการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและการลดปัญหาสุขภาพ รวมถึงการมีทักษะในการพัฒนาวิธีการใหม่และบูรณาการเข้าสู่มาตรฐานการปฏิบัติงานขององค์กร

แผนงาน ประกอบด้วย ๔ แผนงาน

๑. แผนงานสนับสนุนการจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน

เน้นการพัฒนาระบบการจัดการเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อันประกอบด้วย เครือข่ายผู้บริหารท้องถิ่น เครือข่ายนักวิชาการชุมชนท้องถิ่น เครือข่ายนักจัดการ (นักจัดกระบวนการ) เครือข่ายนักจัดการข้อมูล และเครือข่ายนักสื่อสารชุมชน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำหน้าที่เป็นกลไกจัดการเครือข่ายจัดกิจกรรมสร้างการเรียนรู้และสร้างข้อตกลงและเป้าหมายร่วมในการพัฒนาสุขภาวะกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครใจเข้าร่วมเป็นเครือข่าย รวมถึงการจัดกิจกรรมพัฒนาเพิ่มขีดความสามารถบุคลากรของชุมชนท้องถิ่นในการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ตนเองและเครือข่าย

๒. แผนงานพัฒนานวัตกรรมการพัฒนาสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา

เน้นการสนับสนุนความคิดและวิธีการใหม่ๆ ในการจัดการสุขภาวะชุมชน (ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ) ที่ดำเนินการโดยชุมชนท้องถิ่น และมีการบูรณาการเข้าสู่กระบวนการดำเนินการปกติ รวมถึงการเผยแพร่ในภาคสร้างเสริมสุขภาพ

๓. แผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และสร้างองค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่น

เน้นการพัฒนากรอบวิจัยและแนวทางการจัดการความรู้ ที่ตอบสนองต่อความต้องการนำใช้ของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ โดยมีการดำเนินการร่วมกันของบุคลากรในชุมชนท้องถิ่นกับบุคลากรของสถาบันวิชาการ

๔. แผนงานพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการเปลี่ยนแปลง

เน้นการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะสำหรับผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงในเรื่องและระดับต่างๆ ที่ได้รับการคัดสรรเข้ามาเรียนรู้เพื่อการพัฒนาตนเอง พัฒนางานในพื้นที่หรือองค์กรตนเอง สร้างระบบการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย และมีบทบาทในการผลักดันนโยบายที่เอื้อต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นและการจัดการสุขภาวะชุมชน

ภาคีหลัก

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนและภาคประชาสังคม ท้องถิ่น (คณะกรรมการหมู่บ้าน) สถานบริการสุขภาพ สถาบันการศึกษาและสถาบันวิชาการ หน่วยงานระดับนโยบายที่ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนา องค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น

งบประมาณ^{๖๓}

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
แผนสุขภาวะชุมชน	๖๒๐	๖๑๐	๕๙๐

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
แผนบูรณาการ	๔๒	๒๓	๑๘
รวม	๖๖๒	๖๓๓	๖๐๘

^{๖๓} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว มุ่งเน้นการดำเนินงานที่สนับสนุนยุทธศาสตร์ “การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต” ที่จัดทำโดย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ดังนี้ **เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี)** ทุกคนต้องได้โอกาสเกิดอย่างมีคุณภาพ มีพัฒนาการสมวัยทุกด้าน พร้อมทั้งจะพัฒนาได้อย่างเต็มศักยภาพเมื่อโตขึ้น **เด็กวัยเรียน (๖ - ๑๔ ปี)** ทุกคนมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม มีทักษะชีวิต มีภูมิคุ้มกันต่อพฤติกรรมเสี่ยงได้รับการปลูกฝังวัฒนธรรมอันดี และได้รับการศึกษาที่มีคุณภาพสอดคล้องกับทักษะในศตวรรษที่ ๒๑ **เยาวชน (๑๕ - ๒๔ ปี)** ได้รับการพัฒนาคุณภาพที่เป็นมาตรฐาน ทั้งความรู้ ทักษะอาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรม และมีความสามารถในการทำงานกับผู้อื่นทั้งต่างวัยและต่างวัฒนธรรม สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ **ครอบครัว** ได้รับการพัฒนาให้มีความเข้มแข็ง ทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม และสมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ในปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ แผนจะมุ่งเน้นผลลัพธ์เชิงสุขภาวะที่สำคัญของครอบครัว และเด็กและเยาวชนตามช่วงวัย ที่สอดคล้องกับเป้าหมายชาติ ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี สสส. โดยเน้นยุทธศาสตร์การดำเนินงานเชิงรุกที่เป็นจุดคานงัดเพื่อแก้ไขปัญหาสำคัญของกลุ่มเป้าหมาย

จุดเน้นของแผน

๑. เน้นผลลัพธ์เชิงสุขภาวะของเด็กและเยาวชนตามช่วงวัย และครอบครัว ที่สอดคล้องกับสถานการณ์และแนวโน้มที่ชี้ประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไข และความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี เป็นแนวทางในการดำเนินงานตามบทบาทของ สสส. และแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว รวมถึงให้ความสำคัญกับกระบวนการติดตามและประเมินผล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

๒. เน้นยุทธศาสตร์การดำเนินงานเชิงรุกที่เป็นจุดคานงัด สร้างความยั่งยืนในระบบปกติ โดยทำงานร่วมกับภาคยุทธศาสตร์และเครือข่าย เพื่อบรรลุผลลัพธ์เชิงสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว รวมถึงการใช้ยุทธศาสตร์การสื่อสารที่รวดเร็วและมีพลังเพื่อสร้างความตระหนักต่อสังคมสำหรับประเด็นเร่งด่วน/ ประเด็นร้อน

๓. เพิ่มมูลค่าของผลผลิตเชิงวิชาการ โดยการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ รูปแบบ ต้นแบบ คู่มือ และเครื่องมืออื่น ซึ่งเป็นผลผลิตของแผน ให้เกิดการนำไปใช้ เผยแพร่ขยายผลในวงกว้าง อันจะเป็นประโยชน์ต่อการขยายฐานผู้รับประโยชน์ รวมถึงการสร้างนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

๔. สนับสนุนให้สถาบันอุดมศึกษาทำหน้าที่พัฒนางานวิจัย งานวิชาการ และเป็นองค์กรกลางในการเชื่อมโยงภาคเครือข่ายเพื่อการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว

๕. กำหนดกลไกการทำงานภายในแผนให้มีความเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายกลุ่มแผนงาน/โครงการ ด้านวิชาการ และการผลักดันสู่ระดับนโยบาย โดยการตั้งเป้าหมายร่วมที่สอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูปประเทศ

๖. เน้นการส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาสุขภาวะครอบครัว ในฐานะที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ และเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพประชากรทุกช่วงวัย ร่วมกับแผนอื่น โดยเฉพาะการตั้งเป้าหมายร่วม และการเชื่อมโยงงานในระดับพื้นที่ เพื่อบรรลุเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี สสส.

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาสุขภาวะของครอบครัว ให้ครอบครัวมีความสามารถในการเรียนรู้ มีทักษะ มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวที่ดี มีศักยภาพ สามารถพึ่งพาตนเองได้ มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่และมีความรับผิดชอบในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ในสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลง

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

๓. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากร และหน่วยงานที่รับผิดชอบการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว ทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัด ระดับชุมชนท้องถิ่น และระดับองค์กร ให้มีความเข้มแข็ง สามารถดำเนินงานเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

๔. เพื่อพัฒนาระบบ กลไกการสร้างเสริมสุขภาพ และนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยคำนึงถึงความเป็นธรรมทางสุขภาพ

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

เป้าหมายที่เป็นเป้าหมายระดับชาติ และเป็นเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ของ สสส. และตัวชี้วัด

เพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น (ดัชนีครอบครัวอบอุ่น ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ที่ร้อยละ ๖๓.๐)

เป้าหมายที่เป็นเป้าหมายระดับชาติ และตัวชี้วัด

- เด็กแรกเกิด - ก่อนเข้าประถมศึกษาปีที่ ๑ ร้อยละ ๙๐ มีพัฒนาการตามวัยภายในปี ๒๕๕๙
- เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ก่อนเข้าประถมศึกษาปีที่ ๑) ทุกคน ได้รับการอบรมเลี้ยงดู^{๖๔} อย่างมีคุณภาพ เพื่อมีพัฒนาการอย่างรอบด้านและตามวัย

เป้าหมายหลักของแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว ระยะ ๓ ปี และตัวชี้วัด (น้ำหนัก ร้อยละ ๘๐)

๑. **ครอบครัว** พัฒนาดัชนีครอบครัวอบอุ่นและผลักดันให้เป็นเป้าหมายระดับชาติและเพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่นให้สูงขึ้นกว่าฐานในปี ๒๕๕๕ (อยู่ในระดับต้องปรับปรุงที่ร้อยละ ๖๘.๓๑) โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

๑) ครอบครัวมีสัมพันธภาพดีขึ้น (มีกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้น การใช้เวลาร่วมกันมากขึ้น การลดความรุนแรงในครอบครัว และการลดจำนวนชั่วโมงในการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ฯ)

๒) ครอบครัวพึ่งพาตนเองได้ (มีรายได้ มีภาระหนี้สินลดลง)

๓) ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวตามช่วงวัยได้อย่างเหมาะสม (บ้านปลอดภัย ปลอดภัยเสี่ยงทางสุขภาพ เพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ)

๒. **เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี)** เด็กปฐมวัยในพื้นที่เป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๘๐ มีพัฒนาการตามวัย

๓. **เด็กวัยเรียน (๖ - ๑๔ ปี)** โรงเรียนสุขภาพ^{๖๕} ๕๐๐ โรงเรียนและโรงเรียนเครือข่าย^{๖๖} ๒,๐๐๐ โรงเรียน เป็นพื้นที่ฐานการทำงาน (Platform) ที่ตอบสนองประเด็นที่เป็นเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ของ สสส.

^{๖๔} อบรมเลี้ยงดูเด็ก หมายถึง การดูแลเอาใจใส่เด็กในเรื่องความเป็นอยู่ สุขภาพ อนามัย ความปลอดภัย ปฏิสัมพันธ์ พูดคุย เล่น อบรมสั่งสอน เพื่อให้เด็กได้เติบโตและมีพัฒนาการรอบด้าน ตามวัย โดยพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูและผู้ดูแลเด็ก

^{๖๕} โรงเรียนสุขภาพ หมายถึง โรงเรียนที่มีแนวคิดการเสริมสร้างสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ โดยมี ๕ องค์ประกอบ คือ (๑) ผู้เรียนเป็นสุข (๒) องค์กรเป็นสุข (๓) สภาพแวดล้อมเป็นสุข (๔) ครอบครัวเป็นสุข และ (๕) ชุมชนเป็นสุข ทั้ง ๕ องค์ประกอบมีความเกี่ยวเนื่องและส่งผลต่อกัน กล่าวคือ โรงเรียนสุขภาพนั้นต้องมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมให้ “ผู้เรียนเป็นสุข”

^{๖๖} โรงเรียนเครือข่าย หมายถึงโรงเรียนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายร่วมกับแผนอื่น

๔. เยาวชน (๑๕ - ๒๔ ปี) องค์กรเยาวชนสุขภาวะ^{๖๗} ๑๐๐ องค์กร และองค์กรเยาวชนเครือข่าย^{๖๘} ๓๐๐ องค์กร เป็นพื้นที่ฐานการทำงาน (Platform) ที่ตอบสนองประเด็นที่เป็นเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ของ สสส.

๕. ผลักดันหรือมีนโยบายสาธารณะจำนวนไม่น้อยกว่า ๕ เรื่อง ที่สนับสนุนนโยบายและยุทธศาสตร์ ด้านการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัวของชาติ

๖. มีการนำผลงานวิจัย และงานวิชาการ ที่เป็นผลผลิตและผลลัพธ์ของแผนไปใช้ หรือเผยแพร่ ขยายผลในวงกว้าง จำนวนมากกว่า ๑๕ เรื่อง

เป้าหมายร่วมระหว่างแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว และแผนอื่น ระยะ ๓ ปี และ ตัวชี้วัด (น้ำหนักร้อยละ ๒๐)

๗. ร้อยละ ๕๐ ของโรงเรียนสุขภาวะและโรงเรียนเครือข่าย มีการดำเนินงานที่สนับสนุนประเด็น ที่เป็นเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ของ สสส. ได้แก่

๗.๑ โรงเรียนสุขภาวะและโรงเรียนเครือข่าย มีการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการลดจำนวน นักสูบ/ นักดื่มหน้าใหม่

๗.๒ โรงเรียนสุขภาวะและโรงเรียนเครือข่าย มีการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการเพิ่มอัตราการ บริโภคผักและผลไม้อย่างเพียงพอ

๗.๓ โรงเรียนสุขภาวะและโรงเรียนเครือข่าย มีการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการเพิ่มการ มีกิจกรรมทางกาย

๘. ร้อยละ ๒๐ ขององค์กรเยาวชนสุขภาวะและองค์กรเยาวชนเครือข่าย มีการดำเนินงานที่สนับสนุน ประเด็นที่เป็นเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ของ สสส.

๘.๑ องค์กรเยาวชนสุขภาวะและองค์กรเยาวชนเครือข่าย มีการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการ ลดจำนวนนักสูบ/ นักดื่มหน้าใหม่

๘.๒ องค์กรเยาวชนสุขภาวะและองค์กรเยาวชนเครือข่าย มีการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

^{๖๗} องค์กรเยาวชนสุขภาวะ หมายถึง กลุ่ม/ ชมรม/ สภาเด็กและเยาวชน ที่มีอย่างน้อย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ (๑) มีการรวมกลุ่มเด็กและ เยาวชน และมีแกนนำในการขับเคลื่อนงาน (๒) มีการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง การเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพและการ เฝ้าระวังสถานการณ์เพื่อการสร้างภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่อง (๓) มีระบบการพัฒนาและส่งต่อความรู้ของเด็กและเยาวชน

^{๖๘} องค์กรเยาวชนเครือข่าย หมายถึง องค์กรเยาวชน ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายร่วมกับแผนอื่น

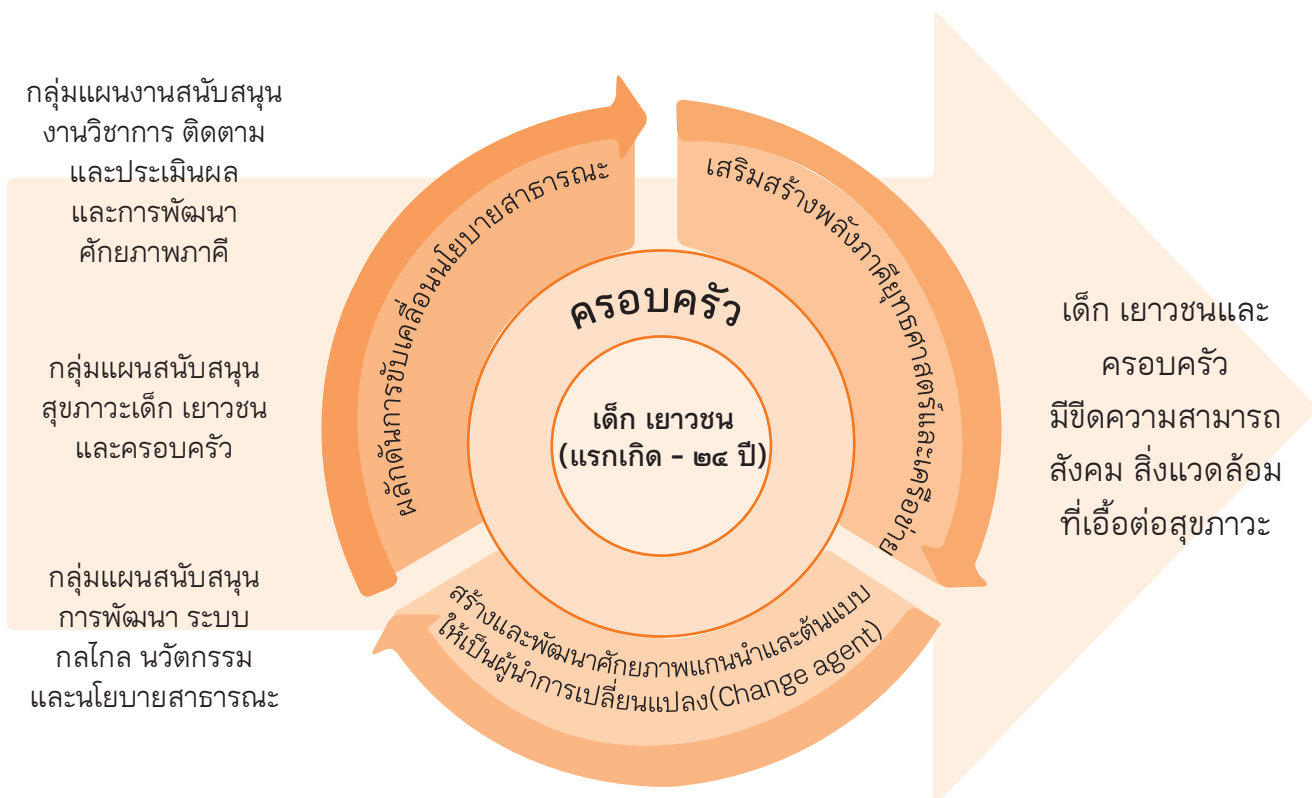
ยุทธศาสตร์ของแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว

ยุทธศาสตร์ ๑ เสริมสร้างพลังภาคียุทธศาสตร์และเครือข่ายที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว ทั้งในระดับชาติ ระดับจังหวัด ระดับพื้นที่ และระดับองค์กร โดยใช้ฐานข้อมูลองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนนโยบายการทำงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว และสนับสนุนการปฏิบัติ การที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ (area-based)

ยุทธศาสตร์ ๒ สร้างและพัฒนาศักยภาพแกนนำและต้นแบบที่เป็นบุคคล กลุ่มบุคคล องค์กร และพื้นที่ในการสร้างเสริมสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว ให้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) นำไปสู่การสร้างภูมิคุ้มกันให้เด็ก เยาวชน และครอบครัว

ยุทธศาสตร์ ๓ ผลักดันการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยการสนับสนุนการพัฒนากฎหมาย/มาตรการทางสังคม ที่ส่งเสริมระบบดูแล ปกป้อง คุ้มครอง และฟื้นฟูเด็ก เยาวชน และครอบครัว ให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต

ยุทธศาสตร์ของแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว



งบประมาณ^{๖๔}

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๓๑๐	๓๑๐	๓๒๐

^{๖๔} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้

แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ยึดหลักการดำเนินงานที่สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ สสส. ระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ – ๒๕๖๔) โดยมีการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์หลัก “สามพลัง” ประกอบด้วยพลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังนโยบาย และเป็นกลไกที่ช่วยสร้างความเข้มแข็งและสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมโยงของพลังทั้งสาม รวมทั้งมีแนวทางการดำเนินงานของแผนสอดคล้องกับยุทธศาสตร์เฉพาะ ๕ ด้าน ได้แก่ ๑) พัฒนาขีดความสามารถของบุคคลและองค์กรให้เท่าทันพลวัตของปัจจัยต่างๆ ที่กระทบต่อสุขภาพ ๒) พัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและนวัตกรรมทางสังคม ๓) เสริมสร้างศักยภาพของชุมชนท้องถิ่น ๔) พัฒนาระบบกลไกทางสังคมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะ และ ๕) พัฒนาระบบการเรียนรู้และสื่อสารสาธารณะ

แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร มุ่งดำเนินการที่สอดคล้องกับกฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion)^{๓๐} โดยสนับสนุนการ “สร้าง” ในประเด็นการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างสรรคสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างและพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนมีส่วนร่วม “เสริมหนุน” ในประเด็นการเพิ่มความสามารถด้านการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน และการเสริมงานการสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ



^{๓๐} Ottawa Charter for Health Promotion ประกอบด้วย ๑) Build Healthy Public Policy ๒) Create Supportive Environment ๓) Strengthen Community Action ๔) Develop Personal Skills ๕) Reorient Health Service

ในช่วงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร มีเป้าหมายหลักในการเพิ่มขีดความสามารถขององค์กรเพื่อให้เกิดระบบและกลไกการสร้างเสริมสุขภาวะองค์กรรวม ๔ มิติ (กาย จิต ปัญญา และสังคม) ซึ่งจะเป็นฐาน (platform) รองรับงานสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด Happy Workplace ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Healthy Workplaces ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) และแนวคิด “งานที่มีคุณค่า” (decent work) ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labor Organization : ILO) โดยการพัฒนากระบวนการต้นแบบ ระบบและกลไกการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ซึ่ง **องค์กร** จะเป็นเป้าหมายและกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของบุคลากรภายในองค์กร ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องกับองค์กร รวมทั้งการใช้ศักยภาพขององค์กรในการพัฒนาและสร้างเสริมชุมชนและสังคมสุขภาวะในระยะยาวอย่างยั่งยืน มุ่งขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรเป้าหมายหลักประกอบด้วย องค์กรภาคสาธารณะและองค์กรภาคเอกชน

องค์กรภาคสาธารณะ หมายถึง หน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินการอันมุ่งประโยชน์สาธารณะ ได้แก่ ๑) หน่วยงานรัฐ ทั้งราชการบริหารส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น ทุกระดับ รวมถึงสถาบันทางทหารและตำรวจ องค์กรภาคข้าราชการพลเรือน สถานศึกษา สถานพยาบาล รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานรัฐอื่นทั้งหมด ๒) องค์กรทางศาสนา ๓) องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ (Non Governmental Organization) ๔) กิจการหรือธุรกิจเพื่อสังคม (Social Enterprise) และ ๕) องค์กรอื่นๆ ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อประโยชน์สาธารณะ

องค์กรภาคเอกชน หมายถึง องค์กรภาคธุรกิจที่ดำเนินงานโดยภาคเอกชน ที่มุ่งเน้นการสร้างผลกำไรจากการลงทุน ครอบคลุมสถานประกอบการภาคอุตสาหกรรม การค้าและบริการ รวมถึงภาคการเงินการธนาคาร ทั้งที่สถานประกอบการขนาดใหญ่ และวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs)

จุดเน้นของแผน

เพื่อให้เกิดองค์กรสุขภาวะที่เป็นพื้นที่ (platform) รองรับงานสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด Happy Workplace ในช่วงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ แผน ๘ มีจุดเน้นการดำเนินงานใน ๕ ประเด็น ดังนี้

๑. กระตุ้นและผลักดันให้เกิดการนำนโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

๒. พัฒนากลไกการทำงานทั้งในรูปแบบบุคคล คณะทำงานและ/ หรือสมาคม สถาบันวิชาการ และศูนย์เรียนรู้ที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร สามารถเสริมหนุนระบบการทำงานปกติ และสามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง

๓. พัฒนาและเสริมศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อเป็นแกนนำและขยายผลการผลักดันแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรสู่การปฏิบัติ

๔. สร้างและขยายผลต้นแบบองค์กรสุขภาวะ โดยเน้นใช้ประโยชน์จากทุนความรู้และนวัตกรรมวิจัยและพัฒนา รวมทั้งการสนับสนุนการจัดการระบบข้อมูลเครือข่ายองค์กรสุขภาวะที่มีประสิทธิภาพ

๕. พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นเครื่องมือวัดผลสัมฤทธิ์ การดำเนินงานที่สอดคล้องกับทิศทางยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี รวมทั้งมีข้อมูลเพื่อการวางแผนและพัฒนา ในระยะต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนการพัฒนานโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรและผลักดันสู่ การปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรม
๒. สนับสนุนให้องค์กรได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดการความรู้ เพื่อสร้างการรับรู้และ ตระหนักถึงความสำคัญการสร้างเสริมสุขภาวะขององค์กร และเพื่อให้มีการสื่อสารและขยายผลแนวคิด การสร้างเสริมองค์กรสุขภาวะในวงกว้าง
๓. สนับสนุนการพัฒนาระบบและกลไกการทำงานและบริหารจัดการภายในองค์กรที่ส่งผลต่อ สุขภาวะของบุคลากร ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในองค์กร
๔. ส่งเสริมการพัฒนาและขยายเครือข่ายองค์กรภาคสาธารณะและองค์กรภาคเอกชนสร้าง เสริมสุขภาพเพื่อเป็นพื้นที่ (Platform) รองรับงานสร้างเสริมสุขภาวะของ สสส.

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๘๐)

๑. สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงกับระบบและกลไกหลัก อาทิ กระทรวงแรงงาน กระทรวง สาธารณสุข และกระทรวงอุตสาหกรรม ในการผลักดันให้เกิดร่างนโยบาย/ ระเบียบ/ ยุทธศาสตร์ และ/ หรือมาตรการ อย่างน้อย ๓ เรื่อง ที่จะช่วยในการยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในองค์กร เช่น นโยบาย สนับสนุนงานที่มีคุณค่า (decent work) และยุทธศาสตร์การตรวจสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชน เป็นต้น
๒. ขยายจำนวนองค์กรสุขภาวะ^{๙๐} ให้ได้อย่างน้อย ๑๐,๐๐๐ องค์กร ภายในปี ๒๕๖๐
๓. เกิดองค์กรสุขภาวะต้นแบบ^{๙๑} ที่พร้อมขยายผลให้เกิดเครือข่ายองค์กรสุขภาวะอื่นๆ อย่างน้อย ๑๐๐ องค์กร ภายในปี ๒๕๖๐

^{๙๐} องค์กรสุขภาวะ หมายถึง องค์กรที่มีการสนับสนุนการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร อาทิ การผลักดันให้มีนโยบายด้านการ สร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต และการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการ สร้างเสริมสุขภาพ

^{๙๑} องค์กรสุขภาวะต้นแบบ หมายถึง องค์กรที่มีนโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรและผลักดันสู่การปฏิบัติภายในองค์กร อย่างเป็นรูปธรรม

๔. มีแกนนำขับเคลื่อนองค์กรสุขภาวะที่มีความรู้ความเข้าใจแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร (Happy Workplace) และสามารถขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ รวมถึงติดตามการดำเนินงานในองค์กรได้อย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า ๑,๕๐๐ คน ภายในปี ๒๕๖๐

๕. มีนวัตกรรมทางสังคม^{๗๓} อาทิ งานวิจัย การถอดบทเรียนและองค์ความรู้ เครื่องมือ หลักสูตร การเรียนการสอนและการฝึกอบรม รวมทั้งกลไกการทำงานใหม่ๆ ที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรที่ได้รับการเผยแพร่และนำไปใช้ประโยชน์ ไม่น้อยกว่า ๑๕ เรื่อง ภายในปี ๒๕๖๐

๖. เกิดเครือข่ายใหม่ขององค์กรสุขภาวะ ที่มีความหลากหลายและครอบคลุมทั้งในกลุ่มองค์กรภาคสาธารณะและองค์กรภาคเอกชน อย่างน้อย ๑๐ เครือข่าย ภายในปี ๒๕๖๐

๗. พัฒนาระบบฐานข้อมูลเครือข่ายองค์กรสุขภาวะที่สามารถใช้ในการกำกับติดตามและประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

๘. บุคลากรในองค์กรสุขภาวะอย่างน้อยร้อยละ ๒๐ มีความตระหนักในการดูแลสุขภาวะตนเอง และมีความสุขในการทำงาน^{๗๔}

ตัวชี้วัดร่วม (น้ำหนักร้อยละ ๒๐) เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนงานอื่นๆ อย่างน้อย ๒,๐๐๐ องค์กร ภายในปี ๒๕๖๐ เพื่อบรรลุเป้าหมาย สสส. ๑๐ ปี ได้แก่ การลดอัตราการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ การเพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น การเพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้อย่างเพียงพอ และการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำ โดยมีแนวทางดังนี้

๙. ร่วมกับแผนควบคุมยาสูบและแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด พัฒนาองค์ความรู้เชิงปฏิบัติการที่เหมาะสมสำหรับการนำไปขยายผลเพื่อลดการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น รณรงค์และกำหนดนโยบายพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ เป็นต้น ในองค์กรสุขภาวะกลุ่มเป้าหมาย

๑๐. ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว พัฒนานโยบายที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาวะของสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรในองค์กรสุขภาวะกลุ่มเป้าหมาย

๑๑. ร่วมกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ สนับสนุนให้มีนโยบายหรือมาตรการส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมอาหารสุขภาวะในองค์กร

๑๒. ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สนับสนุนให้มีพื้นที่สุขภาวะต้นแบบในองค์กรสุขภาวะกลุ่มเป้าหมาย

^{๗๓} นวัตกรรมทางสังคม หมายถึง แนวคิด กระบวนการ หรือรูปแบบใหม่ๆ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาหรือพัฒนาสังคม (สุวจิ กู๊ด และกฤษณ์ พงศ์รพีพัฒน์, ๒๕๕๖ อ้างถึงใน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๖: ๗๒)

^{๗๔} กลุ่มตัวอย่างสำรวจและวัดโดยเครื่องมือประเมินการรับรู้และความสุขในระดับบุคคล เช่น Happinometer, CU-QWL, และ Emo-meter เป็นต้น

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

๑. สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็นฐานที่สามารถรองรับแนวคิดและนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาวะของบุคลากรในองค์กร
๒. สร้างเสริมศักยภาพและสนับสนุนการปรับพื้นฐานเชิงโครงสร้างและนโยบายด้านสร้างเสริมคุณภาพชีวิตขององค์กรที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรสุขภาวะ
๓. ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้บริหารและบุคลากรให้ตระหนักถึงความสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของบุคลากรในองค์กรเพื่อสนับสนุนให้เกิดนโยบายและมีการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
๔. สร้างนวัตกรรมทางสังคมเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
๕. เน้นการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบผลักดันแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรในระบบปกติของการดำเนินงานขององค์กร

แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ปี 2558 - 2560



งบประมาณ^{๗๕}

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๒๐๐	๒๑๐	๒๑๐

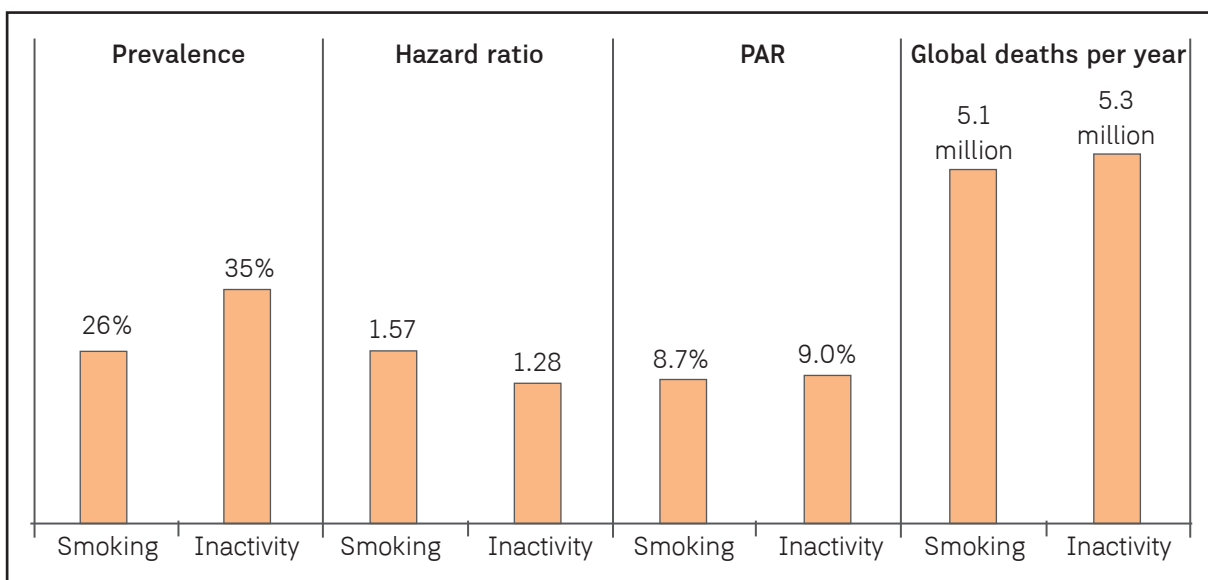
^{๗๕} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้



แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

สถานการณ์และแนวโน้ม/ ความเป็นมาและแนวคิด

การขาดกิจกรรมทางกาย (Physical Inactivity) ที่เพียงพอได้กลายเป็นสาเหตุสำคัญของความเจ็บป่วยและเสียชีวิตที่รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ วารสารวิชาการ The Lancet ฉบับเดือนกรกฎาคม ปี ๒๕๕๕ ได้จัดให้เรื่องนี้เป็นระเบียบวาระสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพโลก และได้แสดงข้อมูลที่บ่งชี้ว่าการขาดการมีกิจกรรมทางกายเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรโลกมากกว่าการสูบบุหรี่ไปแล้ว ดังภาพแสดงข้อมูลนี้



อ้างอิง: The Lancet ๒๐๑๒ "Stressing harms of physical inactivity to promote exercise" p.๔



นอกจากนี้ นิตยสาร TIME ฉบับเดือนมิถุนายน ๒๕๕๗ ได้นำเสนองานวิจัยของมหาวิทยาลัยวอชิงตัน สหรัฐอเมริกา ด้วยการพาดหัวว่า “Sitting can increase your risk of cancer by up to 66%” โดยแสดงให้เห็นว่าการมีพฤติกรรมเนือนิ่ง (sedentary behavior) เช่น การนั่งๆ นอนๆ หน้าจอก็มีความสัมพันธ์กับโอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งลำไส้และมะเร็งช่องท้องสูงถึงร้อยละ ๖๖ และในทุกๆ ๒ ชั่วโมงของการมีพฤติกรรมเนือนิ่งติดต่อกัน โอกาสเสี่ยงดังกล่าวได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๗๔ - ๗๘ จึงแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมที่คนส่วนใหญ่คุ้นเคยทุกวันนี้คือการนั่ง (sitting) ได้กลายเป็นความเสี่ยงที่อันตรายยิ่งต่อสุขภาพของประชากรโลก สำหรับในประเทศไทยนั้น การสำรวจในปี ๒๕๕๖ ของมหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. พบว่า ในช่วงเวลา ๒๔ ชั่วโมง คนไทยมีช่วงเวลาที่ มีพฤติกรรมเนือนิ่งถึง ๑๓ ชั่วโมง ๑๕ นาที และมีช่วงเวลาที่ มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ๒ ชั่วโมง ๑๕ นาที เท่านั้น

สัญญาณเตือนภัยที่บ่งบอกวิกฤติสุขภาพของไทยในเวลานี้คือ การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของสัดส่วนผู้ที่มีภาวะอ้วนและอ้วนลงพุง คือจากร้อยละ ๒๘.๗ ในปี ๒๕๔๗ เป็นร้อยละ ๓๔.๗ ในปี ๒๕๕๒ สำหรับภาวะอ้วน และร้อยละ ๒๖.๑ ในปี ๒๕๔๗ เป็นร้อยละ ๓๒.๑ ในปี ๒๕๕๒ สำหรับอ้วนลงพุง แสดงให้เห็นว่าคนไทยมีภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่า และภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นเป็น ๓ เท่า ในระยะเวลา ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กวัยเรียน

ในขณะที่อัตราการของโรคอ้วนเพิ่มขึ้นรวดเร็ว แต่อัตราการออกกำลังกายประจำของคนไทยกลับขยับเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๙.๑ ในปี ๒๕๔๗ เป็นร้อยละ ๒๙.๗ ในปี ๒๕๕๒ สำหรับอัตราการมีกิจกรรมทางกายนั้น ได้รับการสำรวจครั้งแรกโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และสสส. ในปี ๒๕๕๕ โดยสำรวจคนไทยตั้งแต่อายุ ๖ ปีขึ้นไป ครอบคลุมทั่วประเทศ พบว่า ในปี ๒๕๕๕ คนไทยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเฉลี่ยร้อยละ ๖๖.๓ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๖๘.๑ ในปี ๒๕๕๖ เมื่อแยกตามกลุ่มอายุพบว่า วัยเด็ก (๖ - ๑๔ ปี) มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอร้อยละ ๖๐.๘ วัยรุ่น (๑๕ - ๒๔ ปี) ร้อยละ ๖๖.๑ วัยทำงาน (๒๕ - ๕๔ ปี) ร้อยละ ๗๒.๘ แสดงให้เห็นว่า วัยเด็กเป็นวัยที่มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอน้อยที่สุด โดยมีสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมเนือนิ่ง (sedentary behavior) โดยใช้เวลาส่วนใหญ่นั่งกับหน้าจออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ทำให้คาดการณ์ว่า ในอีก ๓ ปีข้างหน้า จะมีเด็กไทยถึง ๑ ใน ๕ ที่อยู่ในภาวะอ้วน อันจะส่งผลให้งบประมาณสาธารณสุขของประเทศต้องจ่ายให้กับโรคกลุ่มนี้กว่าร้อยละ ๒ - ๘ หรือประมาณสองแสนล้านบาทต่อปี

การมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ และการลดพฤติกรรมเนือนิ่ง ได้ถูกจัดให้เป็นหนึ่งในประเด็นที่ท้าทายโลกปัจจุบันมากที่สุด เพราะเกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความเคยชิน พฤติกรรม และปัจจัยแวดล้อม เป็นสำคัญ การเปลี่ยนพฤติกรรมให้คนไทยมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันให้มากขึ้น และหันมาบริโภคอาหารสุขภาพที่ให้พลังงานต่ำ จึงเป็นภารกิจท้าทายอย่างยิ่ง เนื่องจาก คนไทยส่วนใหญ่อยังคุ้นเคยกับรูปแบบของ “การออกกำลังกาย” ที่มีภาพของการเคลื่อนไหวร่างกายในระดับหนักและไม่บ่อยกว่า ๓๐ นาทีต่อครั้ง แต่ยังไม่ค่อยรับรู้ถึงความจำเป็นของการมี “กิจกรรมทางกาย” อย่างเพียงพอที่สามารถกระทำได้ตลอดเวลาในชีวิตประจำวัน เช่น การเดิน การขึ้นบันได โดยการสำรวจในปี ๒๕๕๖ พบว่าคนไทยรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายเพียงร้อยละ ๓๙



ความเคลื่อนไหวสำคัญในระดับโลก คือ การประกาศกฎบัตรโทรนโดเพื่อกิจกรรมทางกาย ซึ่งได้รับการรับรองจาก ๓๖ ประเทศสมาชิก เมื่อปี ๒๕๕๓ เรียกร้องให้ทุกประเทศ ทุกภูมิภาค ทุกชุมชน และทุกองค์กร ทูมแพทย์วิทยาการและยุทธศาสตร์เพื่อให้เกิดการสนับสนุนการมีสุขภาวะที่ดีด้วยการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับทุกคน โดยเน้นให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือขององค์กรด้านสุขภาพ ด้านขนส่งและคมนาคม สิ่งแวดล้อม กีฬาและนันทนาการ การศึกษา การพัฒนาและผังเมือง วัฒนธรรม และการปกครองท้องถิ่น

ในฐานะที่ สสส. ได้ร่วมลงนามในกฎบัตรโทรนโด และมีพันธกิจเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนในสังคมไทย แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ จึงกำหนดยุทธศาสตร์ให้มุ่งเน้นสนับสนุนการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันของคนทั้งประเทศ โดยจะดำเนินการควบคู่ไปกับการส่งเสริมการสร้างพื้นที่สุขภาวะหรือปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย เช่น ทางเดินเท้าและทางจักรยานที่ปลอดภัยและเพียงพอ เชื่อมโยงระบบขนส่งมวลชนที่กระตุ้นให้เกิดการใช้บริการ ลานกิจกรรมและลานออกกำลังกาย ฯลฯ ตลอดจนใช้การสื่อสารณรงค์เพื่อให้การมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันเป็นพฤติกรรมที่ทุกคนปฏิบัติได้ง่าย ควบคู่ไปกับการลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง และให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของค่านิยมและวิถีชีวิตของคนในประเทศ

ตลอดระยะ ๑๒ ปีที่ผ่านมา สสส. มีทุนเครือข่ายที่มากเพียงพอในการขับเคลื่อนเพื่อเพิ่มโอกาสการมีกิจกรรมทางกาย ได้แก่ เครือข่ายกิจกรรมทางกาย เครือข่ายเดิน-วิ่งจักรยานและกีฬาอื่นๆ เครือข่ายโรงเรียนและองค์กรไร้พุง เครือข่ายพื้นที่สุขภาวะและผังเมือง เครือข่ายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นต้นทุนเครือข่ายที่เข้มแข็งนี้จะได้รับการต่อยอดเชิงศักยภาพและความรู้เกี่ยวกับยุทธศาสตร์การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และเชื่อมต่อกับภาคยุทธศาสตร์ด้านปัจจัยแวดล้อม เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผังเมือง ภาคีด้านอาหารและด้านสื่อ และภาคีด้านนโยบาย

ในโอกาสที่ สสส. ได้รับเลือกจากสมาคมกิจกรรมทางกายและสุขภาพนานาชาติ (International Society for Physical Activity and Public Health : ISPAH) ให้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมนานาชาติด้านการมีกิจกรรมทางกายในปี ๒๕๕๙ (ISPAH ๒๐๑๖) นั้น จะเป็นโอกาสของการระดมความร่วมมือจากภาคยุทธศาสตร์ทุกภาคส่วนเพื่อใช้วาระนี้ผลักดันให้เกิดความตื่นตัวเรื่องการมีกิจกรรมทางกายของคนไทยและของภาคนโยบาย

จุดเน้นของแผน

คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ ร่วมกับภาคีของแผนฯ ได้ทบทวนสถานการณ์ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยให้ใช้ยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และโครงสร้างแผนต่อเนื่องจากเดิม และให้ปรับตัวชี้วัดและแนวทางการดำเนินงาน เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางหลักและเป้าหมายของยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. และสถานการณ์สุขภาพ โดยมีจุดเน้น ดังนี้

- ครอบคลุมส่งเสริมกิจกรรมทางกายตลอดช่วงวัย (Life – Course Approach) ที่มีความสอดคล้องกับกลุ่มวัย โดยแบ่งเป็น วัยเด็ก (๖ – ๑๔ ปี) วัยรุ่น (๑๕ – ๒๔ ปี) วัยทำงาน (๒๕ – ๕๔ ปี) และวัยสูงอายุ (๖๐ ปี ขึ้นไป) รวมถึงพัฒนาองค์ความรู้กิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับช่วงวัย โดยบูรณาการกับแผนอาหารเพื่อสุขภาพและแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ให้เกิดเป็นการส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะแบบองค์รวม (healthy lifestyle)

- ผลักดันให้เกิดพื้นที่สุขภาวะ (healthy space) ที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ในพื้นที่ยุทธศาสตร์ของกลุ่มวัยตามเป้าหมายของแผนฯ ได้แก่ พื้นที่ของโรงเรียน (กลุ่มเด็ก) มหาวิทยาลัย (วัยรุ่น) องค์กรและสถานประกอบการ (วัยทำงาน) วัด ชุมชนผู้สูงอายุ (วัยสูงอายุ) ชุมชนและสถานบริการสุขภาพที่บูรณาการทุกช่วงวัย

- สร้างโอกาสของความร่วมมือให้เกิดการพัฒนาเมืองหรือย่านชุมชนที่เหมาะสมต่อการเดินเพื่อมุ่งสู่การเป็นเมืองที่เอื้อต่อการเดิน (walkable city) และเมืองที่เอื้อต่อการใช้จักรยาน (cyclable city)

- มุ่งสร้างนวัตกรรม จากทุนความรู้ทั้งในระดับ ท้องถิ่น ประเทศ และสากล เพื่อให้เกิดต้นแบบของการรณรงค์การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่งเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน

- ระดมความร่วมมือเพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดต่องานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ จากการเตรียมตัวเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมนานาชาติด้านการมีกิจกรรมทางกายในปี ๒๕๕๙ (International Congress on Physical Activity ๒๐๑๖)

- ให้ความสำคัญกับมิติหรือหน่วยครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียน ในฐานะเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ โดยเน้นทักษะเรื่องความฉลาดรู้ด้านสื่อ ด้านสุขภาพ และด้านปัญญา ที่นำไปสู่การมีกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิต รวมทั้งเลือกพื้นที่การดำเนินงานที่สอดคล้องกับแผนต่างๆ ของ สสส.

นิยามเชิงยุทธศาสตร์

กิจกรรมทางกาย (Physical Activity : PA) ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก หมายถึงการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยกล้ามเนื้อโครงร่าง (skeletal muscles) ที่ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานที่ส่งผลต่อสุขภาพ แบ่งเป็น ๓ ระดับตามการใช้แรงกาย ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับหนัก (mild-moderate-vigorous) และตามประเภทของกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (work related PA) กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง (transportation) กิจกรรมทางกายเพื่อการนันทนาการและกีฬา (recreation) แผนฯ ได้ใช้เกณฑ์การจำแนกระดับการใช้พลังงานทั้ง ๓ ระดับ เป็นนิยามของการกำหนดยุทธศาสตร์ของแผนฯ และใช้เกณฑ์ชี้วัดตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก คือ แบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกายระดับสากล (the Global Physical Activity

Questionnaire : GPAQ) เป็นเกณฑ์ติดตามผลและวัดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะเป็นการวัดทั้ง ๓ ประเภท กิจกรรม รวมถึงใช้อุปกรณ์การวัดที่เป็นวิทยาศาสตร์ ได้แก่ อุปกรณ์วัดระดับกิจกรรมทางกาย และ application ในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary behavior) หมายถึงกลุ่มของพฤติกรรมในขณะตื่นที่เกิดขึ้นระหว่างการนั่ง หรือเอนนอน ที่มีความต้องการใช้พลังงานต่ำในระดับ ≤ 1.5 METs (Metabolic Equivalent Task) เช่น การนั่งอยู่หน้าจอทีวี หรือคอมพิวเตอร์นานเกินไป บางประเทศใช้เกณฑ์การมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ติดต่อกันเกิน ๒ ชั่วโมง ถือว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพ

ปัจจัยแวดล้อม/ พื้นที่สุขภาพ (built environment/ healthy space) เจือปนทางกายภาพที่เป็นสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ เช่น รูปแบบการจัดพื้นที่ทั้งเปิดโล่งและในอาคาร การใช้ที่ดินและผังเมือง ระบบการขนส่งสาธารณะ และรูปแบบเฉพาะต่างๆ เช่น สนามเด็กเล่น ที่ได้รับการออกแบบ ให้สนับสนุนการสร้างโอกาสเพื่อการมีกิจกรรมทางกาย

เมืองที่เอื้อต่อการเดิน/ ใช้จักรยาน (walkable & cyclable city) เมือง/ ชุมชนที่มีนโยบายส่งเสริมการเดิน และการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันของประชาชน ด้วยการออกแบบและจัดการทั้งด้านกายภาพ เช่น ระบบการคมนาคม ความปลอดภัย ความสะดวก ความสวยงาม และการจัดการด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น ความรู้สึกมีส่วนร่วม อัตลักษณ์ของพื้นที่

กลุ่มเป้าหมายของกิจกรรมกีฬา ในที่นี้ ได้แก่ ผู้ชมกีฬา (ทั้งที่ชมในสนามและชมจากการถ่ายทอดทางสื่อ) ผู้เล่นกีฬา กรรมการตัดสิน ผู้สนับสนุน ผู้จัดและชุมชนรอบสนามกีฬา

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาพของประชาชน ด้วยการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง
๒. เพื่อส่งเสริมให้มีพื้นที่สุขภาพและปัจจัยแวดล้อม ที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน
๓. เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ให้เกิดการพัฒนาพื้นที่หรือเมืองที่เอื้อต่อการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
๔. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสร้างนวัตกรรม และทุนความรู้ด้านการเพิ่มกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง
๕. เพื่อส่งเสริมกิจกรรมกีฬาให้เป็นโอกาสของการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ที่ปลอดภัย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

เป้าหมายระดับชาติ และทิศทาง ๑๐ ปีของ สสส.

๑. เพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันที่เพียงพอของประชากรวัย ๑๑ ปีขึ้นไป เป็นอย่างน้อยร้อยละ ๗๒ ของจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย ภายใน ๓ ปี โดยมียุทธศาสตร์และเกณฑ์ชี้วัดร่วมกับองค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุข สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานสถิติแห่งชาติ (เป้าหมายของยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ๒๕๖๔ คือ ร้อยละ ๘๐)

๒. ลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียน อายุ ๖ - ๑๔ ปี ให้น้อยกว่าร้อยละ ๑๑ ภายในระยะเวลา ๓ ปี โดยมียุทธศาสตร์และวัดผลร่วมกับเกณฑ์ชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีสัดส่วนอยู่ร้อยละ ๑๑ และเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี คือให้น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๔)

เป้าหมายระดับแผน

๓. จำนวนฐานข้อมูลกิจกรรมทางกายเพื่อยุทธศาสตร์ที่มีภาคยุทธศาสตร์นำไปใช้ประโยชน์ จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ กรณี ภายใน ๓ ปี

๔. จำนวนพื้นที่สุขภาวะต้นแบบในพื้นที่เป้าหมายต่างๆ ที่ได้รับการจัดการอย่างมีหลักการ เพื่อเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายของประชาชน อย่างน้อย ๒๐ พื้นที่ใหม่ ภายใน ๓ ปี

๕. จำนวนนวัตกรรม กิจกรรมรณรงค์ และงานวิชาการที่ส่งผลต่อการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรกลุ่มต่างๆ อย่างน้อย ๑๐๐ กรณีภายใน ๓ ปี

๖. ร้อยละขององค์กรกีฬา และหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง กับกิจกรรมกีฬาที่รับเอาพันธกิจของกีฬาปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ไปขยายผล ร้อยละ ๑๐ ของจำนวนองค์กรกีฬาและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกิจกรรมกีฬาทั้งหมดในแต่ละปี

ยุทธศาสตร์

๑. ส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประชาชนที่สอดคล้องกับกลุ่มวัย โดยแบ่งเป็น วัยเด็ก (๖ - ๑๔ ปี) วัยรุ่น (๑๕ - ๒๔ ปี) วัยทำงาน (๒๕ - ๕๔ ปี) และวัยสูงอายุ (๖๐ ปี ขึ้นไป) รวมถึงพัฒนาองค์ความรู้กิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับช่วงวัย โดยบูรณาการเรื่องการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและความฉลาดรู้ด้านสื่อ

๒. ส่งเสริมการจัดการให้เกิดพื้นที่สุขภาวะ หรือปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ที่รวมถึงการเดิน และการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

๓. สร้างนวัตกรรม ความรู้ และต้นแบบของการรณรงค์ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

๔. ใช้ทุนอุปถัมภ์เป็นเครื่องมือส่งเสริมกิจกรรมกีฬาให้เป็นโอกาสของการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่

ภาพแสดงกรอบแนวคิด



โครงสร้างกลุ่มแผนงาน

เพื่อตอบสนองเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และยุทธศาสตร์ของแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ ลักษณะการดำเนินงาน จึงประกอบด้วย ๓ กลุ่มแผนงาน ได้แก่

๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน
๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่สุขภาพที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน
๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา

การบูรณาการเชื่อมโยงกับแผนอื่นทั้งในมิติของประเด็น พื้นที่ และตามภารกิจหลักของ สสส. และตามยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี

เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงกับแผนและแผนงานอื่นๆ ตามทิศทางการปรับปรุงแผนหลักของ สสส. กลุ่มแผนงานภายใต้แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ จะเน้นการพัฒนา ดังนี้

๑. เน้นบูรณาการกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดผลลัพธ์ในระดับชาติ
๒. เน้นบูรณาการกับแผนอาหารเพื่อสุขภาพ ในฐานะที่เป็นแผนซึ่งต้องขับเคลื่อนร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเรื่องการเพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกาย การลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และการเพิ่มสัดส่วนการบริโภคผักผลไม้ เพราะการมีสุขภาพกายที่ดีจำเป็นต้องรักษาสมดุลของพลังงานอาหารที่บริโภคเข้าสู่ร่างกายกับพลังงานที่ร่างกายใช้ไปในการเคลื่อนไหวร่างกายด้วย

๓. บูรณาการกับแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ในด้านการส่งเสริมความตื่นรู้ ด้านสื่อ ด้านสุขภาพ และด้านปัญญา ที่จะส่งผลต่อการกำหนดพฤติกรรมของการมีกิจกรรมทางกาย เป็นวิถีชีวิตอย่างยั่งยืน

๔. บูรณาการกับแผนเชิงรุกด้านประเด็นปัจจัยเสี่ยงหลักและรอง ด้านประชากร ด้านพื้นที่ และด้านองค์กร เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการรณรงค์สร้างวิถีชีวิตสุขภาวะด้วยการมีกิจกรรมทางกาย ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ และการด้านการรุกรูทางการตลาดของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ย่านกิจกรรมกีฬา

๕. บริหารยุทธศาสตร์แผนให้ตอบตัวชี้วัดของทิศทางหลักระยะ ๑๐ ปีของ สสส. อย่างน้อย ๕ เรื่อง คือ (๑) เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย (๒) ลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็ก (๓) เพิ่มสัดส่วนประชาชนที่มีความสุข (๔) เพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น (๕) ชุมชนเข้มแข็ง

๖. ดำเนินการให้สอดคล้องกับแนวทางการปรับแผนหลัก สสส. ในทุกประเด็น ได้แก่ การให้ความสำคัญกับกลุ่มคนที่ขาดโอกาสและเข้าไม่ถึงการมีกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายและกีฬากการแสวงหารูปแบบการดำเนินงานและนวัตกรรมทางสังคมเพื่อขับเคลื่อนเรื่องพื้นที่สุขภาวะต้นแบบ การมุ่งพัฒนาภาคยุทธศาสตร์ในพื้นที่และองค์กร และเสริมศักยภาพด้านความรู้และการจัดการให้เครือข่ายเพื่อนำไปสู่ความยั่งยืน และการขยายความร่วมมือกับเครือข่ายสากล

การบริหารจัดการ

กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ โดยมีสำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก ๕) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการ

งบประมาณ^{๗๖}

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๒๗๕	๒๖๕	๒๖๕

^{๗๖} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้

แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

สถานการณ์และแนวโน้ม/ ความเป็นมาและแนวคิด

โลกในศตวรรษที่ ๒๑ กำลังเคลื่อนตัวอย่างรวดเร็ว โลกแห่งการสื่อสารเข้าสู่ยุคสังคมสนทนา (conversation prism) ผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ในประเทศไทย ภูมิทัศน์สื่อ (media landscape) ก้าวสู่ยุคสื่อหลอมรวม (media convergence) ที่หลอมรวมทั้งสื่อดั้งเดิมและสื่อใหม่ และหลอมรวมทั้งกระบวนการผลิต เนื้อหา และการบริโภคหรือใช้สื่อเข้าด้วยกัน ประชาชนสามารถเป็นทั้งผู้รับสาร และผู้ส่งสาร อีกทั้งสามารถมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ให้ข้อมูล หรือร่วมผลิตกับสื่อได้โดยง่ายและรวดเร็ว และการสื่อสารไม่สามารถผูกขาดโดยสื่อหลัก การบังคับ ควบคุม ตรวจสอบโดยหน่วยงานเดียวไม่มีประสิทธิภาพอีกต่อไป

ในด้านเทคโนโลยีสื่อ การเปลี่ยนผ่านจากระบบอนาล็อกสู่ระบบดิจิทัลทำให้ในภาพรวมประเทศไทยจะมีสถานีโทรทัศน์และวิทยุจำนวนมาก เช่น จะสามารถมีโทรทัศน์ภาคพื้นดินระบบดิจิทัลได้กว่า ๑๐๐ ช่องและสถานีวิทยุระดับชุมชนอีกกว่า ๖,๐๐๐ สถานี

ในด้านการเข้าถึงสื่อ แม้ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงเข้าถึงสื่อเก่าคือ สื่อโทรทัศน์มากที่สุด แต่การเข้าถึงสื่อใหม่ก็ขยายตัวอย่างรวดเร็ว ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทยมีจำนวนถึง ๒๖.๑๔ ล้านคน ในปี ๒๕๕๖ เทียบกับ ๑๐ ปีก่อน ที่มีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในปี ๒๕๔๖ จำนวนเพียง ๖ ล้านคน คนใช้เวลาในชีวิตประจำวันกับการใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้น จำนวนชั่วโมงการใช้อินเทอร์เน็ต ปี ๒๕๕๖ เท่ากับ ๓๒ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ การใช้อินเทอร์เน็ตผ่านทางอุปกรณ์เคลื่อนที่ (mobile device) เช่น คอมพิวเตอร์พกพา สมาร์ทโฟน และแท็บเล็ตพีซีมีสัดส่วนที่สูงขึ้น พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตไม่ถูกจำกัดด้วยเวลาและสถานที่ที่ใช้งานอีกต่อไป

แม้จะมีช่องทางการสื่อสารเพิ่มขึ้น แต่สื่อที่เหมาะสมกับเด็กเช่นสื่อการอ่าน กลับเข้าถึงเด็กและเยาวชนในปัจจุบันได้น้อยมาก โดยมีปริมาณการเข้าถึงรวมกันไม่ถึงร้อยละ ๑๐ สื่อวิทยุก็ได้ลดบทบาทลง

ทั้งๆ ที่เป็นสื่อที่เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการกระตุ้นพัฒนาการทางความคิดและจินตนาการ นอกจากนี้จำนวนของผู้ประกอบการสื่อเพื่อการเรียนรู้ก็ยังไม่เพิ่มขึ้นไม่มากนัก จากการสำรวจทัศนคติด้านการเข้าถึงและการใช้สื่อของเด็ก/เยาวชน โดยเครือข่ายเสียงประชาชน (We Voice) ในปี ๒๕๕๖ พบว่า ทุกกลุ่มต่างเห็นตรงกันว่าปัจจุบันเด็กและเยาวชนมีโอกาสเข้าถึงสื่อไม่ดีมากกว่าสื่อดี อุปสรรคสำคัญที่สุด ๓ อันดับแรกที่ทำให้เด็ก/เยาวชนไม่นำสื่อไปใช้ให้เกิดประโยชน์ คือ พ่อแม่ไม่ส่งเสริม รองลงมาคือตัวเด็กเองไม่สนใจ และขาดการส่งเสริมจากภาครัฐ/ท้องถิ่น ตามลำดับ

ขณะเดียวกันแนวโน้มเด็กยุคใหม่ก็ใช้เวลากับสื่อมากขึ้น จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและเยาวชนในรอบปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๕ ของโครงการ Child Watch พบว่าเด็กใช้เวลาไปกับสื่อสูงถึง ๘ - ๙ ชั่วโมงใน ๑ วัน ซึ่งอาจเทียบได้กับเวลาครึ่งชีวิตยามตื่นของเด็กไทย โดยในระยะยาวอาจส่งผลกระทบต่อเวลาในการพักผ่อนที่ลดลง และส่งผลกระทบต่อเวลาในการเรียนรู้ของเด็กให้ด้อยประสิทธิภาพลง

สื่อเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมและสุขภาพของเด็กและเยาวชน เช่น พฤติกรรมเด็กติดเกม การเสพติดสื่อออนไลน์ การติตหน้าจอ การบริโภคขนมขบเคี้ยว และพฤติกรรมแนบแน่น ขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ก่อให้เกิดทุกขภาวะ เช่น โรคอ้วน โรคสมาธิสั้น โรคทางสายตา อารมณ์แปรปรวนและรุนแรง และความเสื่อมถอยทางทักษะการสื่อสารพื้นฐานของมนุษย์ รวมถึงคุณค่าความเป็นมนุษย์ที่พึงจะมี ในขณะเดียวกันสื่อและพื้นที่สร้างสรรค์ ก็เป็นส่วนสำคัญในการสร้างภูมิคุ้มกันและทักษะชีวิตของเด็กและเยาวชน ให้มีความฉลาดรู้ด้านสื่อ (media literacy) ความฉลาดรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และความตื่นรู้ทางปัญญา (spiritual literacy) ได้อย่างทรงพลัง

ทักษะทั้งสามด้านข้างต้นนี้ นับเป็นทักษะที่จำเป็นในยุคที่ข้อมูลไหลบ่าอย่างปราศจากการกลั่นกรอง สื่อกลายเป็นเครื่องมือทางการเมืองสร้างความเกลียดชัง (hate speech) เกิดการคุกคามบนสังคมออนไลน์ (cyber-bullying) ลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และขึ้นสู่ความรุนแรง นอกจากนี้ ความตื่นรู้ด้านสื่อและสุขภาพของเยาวชนถือว่าสำคัญยิ่งในยุคที่ผู้บริโภคถูกล้อมกรอบด้วยโฆษณาการตลาดซึ่งแฝงความเชื่อ ค่านิยม วาทกรรม จนกลายเป็นสิ่งที่สังคมยอมรับ เกิดปัญหาทางพฤติกรรมและการใช้จ่าย จนส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงความเสี่ยงของการก่ออาชญากรรมได้ง่าย

สื่อเป็นธุรกิจในระบบทุนนิยม การพึ่งพิงโฆษณาทำให้สื่อมักไม่สามารถทำหน้าที่รักษาผลประโยชน์สาธารณะได้อย่างเต็มที่ ผลการวิจัยเรื่องจริยธรรมในวิชาชีพสื่อมวลชน พบว่าสื่อมีปัญหาจริยธรรมมากขึ้น ขณะเดียวกันสื่อมวลชนเองก็พยายามที่จะพัฒนาจริยธรรมของตนเอง แต่ด้วยระบบสื่อที่ส่วนใหญ่ต้องอยู่ในเงื่อนไขของการแข่งขันทางการตลาดและการแทรกแซงทางการเมือง ทำให้กลไกการกำกับดูแลตัวเองอย่างเดียวไม่เพียงพอ ดังนั้น การใช้กลไกทางสังคม การพัฒนากลไกการเฝ้าระวังสื่อที่เข้มแข็งจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสังคมไทย

ในด้านของสุขภาวะทางปัญญา คนไทยนับถือศาสนาพุทธร้อยละ ๙๐ อิสลามร้อยละ ๔.๖ และคริสต์ร้อยละ ๐.๗ มีวัดกว่า ๔๓,๐๐๐ แห่งทั่วประเทศ มีพระภิกษุกว่า ๒๙๐,๐๐๐ รูป สถานปฏิบัติธรรมกว่า ๑,๐๐๐ แห่งทั่วประเทศ รัฐจัดสรรงบประมาณแผ่นดิน ๔,๘๐๐ ล้านบาทต่อปีเพื่อทำนุบำรุงพระพุทธศาสนา

คนไทยทำบุญบริจาคเงินให้วัดและการกุศลกว่า ๕๐,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี ดัชนีชี้วัด “ความใจดี” ที่องค์กรการกุศล Charities Aid Foundation นำมาวัดเพื่อจัดทำ World Giving Index ๒๐๑๓ ของประชากรโลก ประจำปี ๒๕๕๖ ระบุประเทศไทยติดอันดับที่ ๔ ของการบริจาคเงินให้แก่องค์กรการกุศล มากที่สุดของโลก และในปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๔ ไทยเคยติดอันดับที่ ๑๕ จาก ๑๓๕ ประเทศในด้านความมีจิตอาสา

การขับเคลื่อนงานสุขภาวะทางปัญญาในบริบทของสังคมไทยทั้งงานด้านศาสนธรรม งานจิตอาสา และงานพัฒนาจิต มีความเข้มแข็งและเติบโตอย่างกว้างขวางทั้งในทางปริมาณและคุณภาพ แต่งานจำนวนมากก็อาจยังกระจุกกระจายและไม่มีการเชื่อมโยงหนุนเสริมเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างเป็นระบบเท่าที่ควร สังคมไทยเน้นปัญญาแนวพุทธแต่ก็อาจจะมีลักษณะของการปฏิบัติเพื่อความเป็นปัจเจกสูง ในขณะที่การยกระดับจิตสำนึกร่วมและสร้างการเปลี่ยนแปลงพื้นฐานให้เกิดขึ้นในสังคมใหญ่ ยังเป็นสิ่งที่กล่าวถึงไม่มากนักสำหรับองค์กรที่ขับเคลื่อนเรื่องสุขภาวะทางปัญญาในสังคมไทย

ความฉลาดรู้ด้านสื่อ ความฉลาดรู้ด้านสุขภาพ และการตื่นรู้ทางปัญญา จะเป็นทักษะการเรียนรู้ที่สำคัญในศตวรรษที่ ๒๑ สำหรับพลเมืองตื่นรู้ของสังคมสุขภาวะ ดังนั้น ความท้าทายของ สสส. และเครือข่ายสุขภาวะ คือการหลอมรวมเครือข่ายในระบบสื่อและเครือข่ายสุขภาวะทางปัญญาให้มีฉากทัศน์ (scenario) แผนที่ทางเดิน (roadmap) ตลอดจนวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้เกิดการร่วมสร้างปัจจัยแวดล้อม กลไกการสนับสนุน และการบูรณาการเพื่อขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะบนฐานของการตื่นรู้ของพลเมือง

ทิศทางและเป้าหมาย

๑. กำหนดเป้าหมายระยะยาวในการสร้างขีดความสามารถของกลุ่มเป้าหมายในการเข้าถึง (accessibility) ระบบสื่อที่มีสุขภาวะ (healthy media system) และวิถีสุขภาวะทางปัญญา (spiritual health pathway) ที่นำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะ (healthy lifestyle) และการเติบโตทางปัญญา (Spiritual Health) ผ่านการสร้างความพร้อมของปัจจัยแวดล้อมในเชิงระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาที่เอื้อให้ประชาชนฉลาดรู้ในด้านสื่อ ความฉลาดรู้ด้านสุขภาพ และตื่นรู้ทางปัญญา โดยจะคำนึงถึงเงื่อนไขเรื่องความเป็นธรรมทางสังคม และการเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบสู่สังคมผู้สูงอายุ

๒. ส่งเสริมความพร้อม (availability) ของปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ใน ๔ ด้าน คือ การสร้างสื่อและสารสุขภาวะ การพัฒนาช่องทางสื่อ/พื้นที่หรือชุมชนสื่อสร้างสรรค์และพื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา การพัฒนาศักยภาพนักสื่อสาร และการขับเคลื่อนนโยบาย ที่เอื้อต่อการสร้างระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา อันนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะและการเติบโตทางปัญญา

๓. สนับสนุนการขับเคลื่อนและบูรณาการสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี ของ สสส. ด้วยการนำประเด็นสุขภาวะเป็นเป้าหมายเชิงบูรณาการด้านวิถีชีวิตสุขภาวะ ผ่านการหนุนเสริมด้วยปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา และสนับสนุนความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายด้วยการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา

จุดเน้นของแผน

ปรับเปลี่ยนชื่อแผน จากเดิมคือแผนสื่อสารสุขภาวะและสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม เป็นแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา โดยปรับทิศทาง ยุทธศาสตร์หลัก โครงสร้างแผน เป้าหมาย ตัวชี้วัด และแนวทางการดำเนินงาน เพิ่มแผนงานใหม่ คือ แผนงานวิถีสุขภาวะทางปัญญา ให้สอดคล้องกับทิศทางการปรับแผนหลัก ๑๐ ปี ของ สสส. และภูมิทัศน์การใช้สื่อในยุคสื่อหลอมรวม โดยมีจุดเน้น ดังนี้

๑. ส่งเสริมให้ทุกคนมีขีดความสามารถในการเข้าถึง (accessibility) ระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา โดยแผนจะให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย ๓ ลำดับแรก คือ กลุ่มเป้าหมายเด็ก เยาวชน ครอบครัว ผู้สูงอายุ และกลุ่มด้อยโอกาส

๒. เน้นดำเนินการ ๔ ด้าน เพื่อส่งเสริมความพร้อม (availability) ของปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อที่มีสุขภาวะ และวิถีแห่งสุขภาวะทางปัญญา ได้แก่ ๑) การพัฒนา งานสื่อสารและกิจกรรมที่สร้างเสริมระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ๒) การพัฒนาช่องทางสื่อ พื้นที่หรือชุมชนสื่อสร้างสรรค์ และพื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา รวมทั้งส่งเสริมให้ภาคีระดับพื้นที่และองค์กร ได้ร่วมขยายงานพื้นที่สุขภาวะทางปัญญา และเมือง/ ชุมชนสื่อสร้างสรรค์ ๓) การพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพนักสื่อสารสุขภาวะ (รวมทั้งผู้ผลิตและผู้ใช้สื่อ) ผู้นำด้านสุขภาวะทางปัญญา ๔) การผลักดันนโยบายที่ส่งเสริมระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

๓. ร่วมผลักดันทิศทางและเป้าหมายทั้ง ๑๐ เรื่องของ สสส. ผ่านการสร้างระบบสื่อที่มีสุขภาวะ (healthy media system) และวิถีแห่งสุขภาวะทางปัญญา (spiritual health pathway) เพื่อเป็นปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อให้ทุกคนได้มีวิถีชีวิตสุขภาวะและเกิดการเติบโตทางปัญญาโดยการเชื่อมโยงประเด็นสุขภาวะมาร่วมขับเคลื่อนผ่านระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา และส่งเสริมการใช้มิติสุขภาวะทางปัญญาเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะของภาคีเครือข่าย สสส. ด้วยการพัฒนาภาวะผู้นำ ความเข้มแข็ง และการเติบโตทางปัญญาของภาคีเครือข่ายที่เป็นทั้งนักสื่อสารสุขภาวะ

๔. ให้ความสำคัญกับมิติหรือหน่วยครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียน ในฐานะเป็น จุดเริ่มต้นของการสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ โดยเน้นทักษะเรื่องความฉลาดรู้ด้านสื่อ ด้านสุขภาพ และด้านปัญญา รวมทั้งเลือกพื้นที่ดำเนินงานที่สอดคล้องกับแผนต่างๆ ของสสส.

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสร้างขีดความสามารถของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการเข้าถึงระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา อันนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะและการเติบโตทางปัญญา ด้วยการส่งเสริมความพร้อมของปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

๒. เพื่อสนับสนุนการเชื่อมโยงภาคียุทธศาสตร์ ด้วยการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายผ่านวิถีสุขภาวะทางปัญญาเพื่อให้เกิดการร่วมขับเคลื่อนงานสู่วิถีชีวิตสุขภาวะ

๓. เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและบูรณาการสู่เป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส. โดยการเชื่อมโยงประเด็นสุขภาวะมาร่วมขับเคลื่อนผ่านระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่ทิศทางที่สนองตอบเป้าหมายระยะยาวของแผนคือ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีขีดความสามารถในการเข้าถึงระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา แผนฯ จึงได้กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดในระยะ ๓ ปี ไว้ดังนี้

๑. งานสื่อสารและกิจกรรมของการสร้างเสริมระบบสื่อที่มีสุขภาวะ และวิถีสุขภาวะทางปัญญา ที่เอื้อให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงวิถีชีวิตสุขภาวะและเติบโตทางปัญญา อย่างน้อย ๑๕๐ กรณี ภายใน ๓ ปี

๒. พื้นที่ องค์กร และ/หรือชุมชน ที่จัดให้มีพื้นที่สุขภาวะทางปัญญา หรือพื้นที่สื่อสร้างสรรค์ เฉลี่ยรวมพื้นที่และองค์กร อย่างน้อย ๒๐ พื้นที่ หรือองค์กรต่อปี

๓. กลไกและ/หรือกระบวนการพัฒนาขีดความสามารถในการสื่อสารประเด็นสุขภาวะของนักสื่อสารสุขภาวะ อย่างน้อย ๑๕ กรณี ภายใน ๓ ปี

๔. การขับเคลื่อนนโยบายทั้งระดับชาติและท้องถิ่นที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา อย่างน้อย ๑ นโยบาย ต่อปี

๕. งานบูรณาการเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี สสส. โดยนำประเด็นสุขภาวะมาร่วมขับเคลื่อน และหนุนเสริมความเข้มแข็งด้านสุขภาวะทางปัญญาของภาคีเครือข่าย อย่างน้อยปีละ ๓ กรณี

นิยามศัพท์เชิงยุทธศาสตร์

ระบบสื่อที่มีสุขภาวะ (Healthy Media System) แผนนี้จะครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของระบบสื่อ ได้แก่ ผู้ผลิต/ผู้สร้างสื่อ (sender) เนื้อหาสื่อ/ สาร (message) ช่องทางสื่อ/ สื่อ/ กิจกรรม/ พื้นที่ (channel) ผู้รับสื่อ/ ผู้ใช้สื่อ (receiver) โดยคำนึงถึงบริบทของสื่อยุคหลอมรวม ทั้งด้านเทคโนโลยี การสื่อสารและด้านผู้ผลิตกับผู้รับสื่อ โดยแผนฯ จะส่งเสริมให้องค์ประกอบต่างๆ ในระบบสื่อ มีคุณภาพหรือมีขีดความสามารถที่ร่วมขับเคลื่อนสังคมไปสู่สุขภาวะ

วิถีสุขภาวะทางปัญญา (Spiritual Health Pathway) คือการสร้างโอกาสให้คนได้เข้าถึงมีประสบการณ์ตรง มีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาปัญญา และเกิดสติในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ “โอกาสหรือหนทาง – pathway” ในที่นี้ ได้แก่ สื่อที่มีรูปแบบเนื้อหาสร้างแรงบันดาลใจ พื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา กิจกรรมพัฒนาจิตใจ อาทิ สวดมนต์ ภาวนา ศิลปะ ศึกษาดูงาน ศึกษาดูงาน ศึกษาดูงาน สุขภาพองค์รวม ตลอดจนกระบวนการจิตอาสา และการพัฒนาภาวะผู้นำ

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

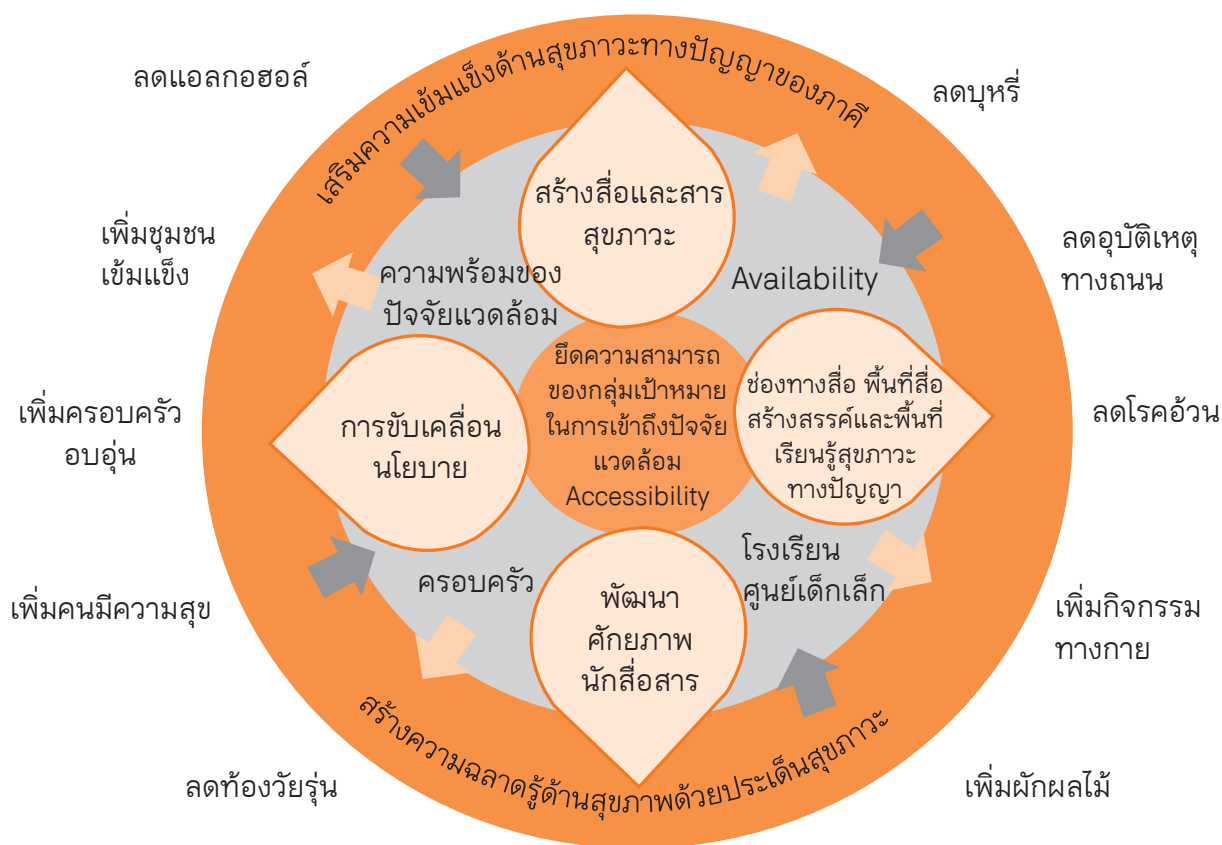
ความฉลาดรู้ด้านสื่อ (Media Literacy) คือ ความสามารถในการเลือกใช้สื่อให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาวะ การคิดวิเคราะห์และวิพากษ์สื่อ ความรู้ในการสร้างสื่ออย่างมีคุณภาพ เป็นเสมือนภูมิคุ้มกันทางสุขภาวะแบบองค์รวม



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

ความตื่นรู้ทางปัญญา (Spiritual Literacy) คือ การรู้ตัวทั่วพร้อมอย่างมีสติ และความสามารถในการแสวงหา ศึกษา ปฏิบัติ เพื่อพัฒนาตนเองให้มีสุขภาวะทางปัญญา/จิตวิญญาณ

ภาพแสดงกรอบแนวคิดยุทธศาสตร์ของแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา



ยุทธศาสตร์

เป้าหมายระยะยาวของแผนฯ คือประชาชนกลุ่มเป้าหมายตามยุทธศาสตร์มีขีดความสามารถในการเข้าถึง (accessibility) สื่อสุขภาพและวิถีสุขภาพทางปัญญา ที่นำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาพ (healthy lifestyle) และการเติบโตทางปัญญา ด้วยการสร้างเสริมความพร้อม (availability) ทางปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อที่มีสุขภาพและวิถีสุขภาพทางปัญญา โดยดำเนินการตามยุทธศาสตร์ ๔ ด้าน ดังนี้

๑. สนับสนุนการพัฒนางานสื่อสาร และกิจกรรมของการสร้างเสริมระบบสื่อที่มีสุขภาพ และวิถีสุขภาพทางปัญญา
๒. พัฒนาช่องทางสื่อ พื้นที่หรือชุมชนสื่อสร้างสรรค์และพื้นที่เรียนรู้สุขภาพทางปัญญา รวมทั้งส่งเสริมให้ภาคีระดับพื้นที่และองค์กร ได้ร่วมขยายงานพื้นที่สุขภาพทางปัญญา และเมือง/ชุมชนสื่อสร้างสรรค์
๓. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพนักสื่อสารสุขภาพ (หมายรวมถึงผู้ผลิตและผู้ใช้สื่อ) ผู้นำการเปลี่ยนแปลงและผู้นำด้านสุขภาพทางปัญญา
๔. ผลักดันนโยบายที่ส่งเสริมการพัฒนาระบบสื่อที่มีสุขภาพและวิถีสุขภาพทางปัญญา

โครงสร้างกลุ่มแผนงาน

เพื่อตอบสนองเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ในแผนฯ และเพื่อให้เกิดการบูรณาการระบบสื่อสร้างสรรค์เพื่อสุขภาพและวิถีสุขภาพทางปัญญาอย่างมีประสิทธิภาพ ลักษณะการดำเนินงานของแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา จึงประกอบด้วยกลุ่มแผนงาน ๒ กลุ่ม ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานระบบสื่อสร้างสรรค์เพื่อสุขภาพ

- ๑.๑ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเด็ก เยาวชน และครอบครัว
- ๑.๒ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายขาดโอกาสทางสังคม
- ๑.๓ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายนักสื่อสารสุขภาพ

๒. กลุ่มแผนงานวิถีสุขภาพทางปัญญา

- ๒.๑ แผนงานและโครงการส่งเสริมกระบวนการจิตอาสา
- ๒.๒ แผนงานและโครงการส่งเสริมการพัฒนาจิตตปัญญา
- ๒.๓ แผนงานและโครงการส่งเสริมการสื่อสารเพื่อสุขภาพทางปัญญา

การบริหารจัดการ

กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ โดยสำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาพ (สำนัก ๕) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการ และหน่วยบริหารจัดการ

งบประมาณ^{๗๗}

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๒๘๕	๒๙๐	๒๙๐

^{๗๗} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้



แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ มีเป้าประสงค์หลักในการขยายโอกาสและพัฒนาศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มบุคคล ชุมชนและองค์กรทั่วไปสามารถดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของชุมชน/พื้นที่ โดยมีกรอบการสนับสนุนการดำเนินงานตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. ประกอบกับการนำแนวคิด “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”^{๗๘} “กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter)”^{๗๙} และข้อกำหนดของ “กฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter)”^{๘๐} มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนโครงการ

^{๗๘} ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง คือ ทางสายกลางในการดำรงชีวิต อันจะนำไปสู่สุขภาวะ (อยู่เย็นเป็นสุข) ทั้งด้านการผลิตและบริโภคอย่างพอประมาณ มีเหตุผล มีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี และมีคุณธรรม คำนึงถึงผลกระทบต่อผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม

^{๗๙} กฎบัตรออตตาวา ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ทั้ง ๕ ประการ คือ (๑) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพโดยเฉพาะในระดับท้องถิ่น (๒) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (๓) การเสริมสร้างชุมชนสุขภาพดี (๔) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพดี (๕) ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ที่เน้นการร่วมคิดร่วมทำของชุมชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพในระดับชุมชน

^{๘๐} กฎบัตรกรุงเทพ ข้อกำหนดสำคัญ ได้แก่ กำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพ เป็น (๑) ระเบียบวาระสำคัญของโลกาภิวัตน์ (๒) ความรับผิดชอบของทุกรัฐบาล (๓) หัวใจของงานชุมชนและประชาสังคม (๔) เกณฑ์พื้นฐานของการบริหารกิจการที่ดี

ช่องทางการสนับสนุน ๓ ช่องทางหลัก ได้แก่

๑) เปิดรับทั่วไป เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สนใจทั่วไป เสนอโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการ และปัญหาสภาวะของกลุ่มบุคคล ชุมชน องค์กร และพื้นที่ โดยเปิดรับตลอดทั้งปี

๒) เปิดรับประเด็นเฉพาะ ซึ่งเป็นประเด็นที่กำหนดจากนโยบาย เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. ประเด็นเร่งด่วน รวมถึงประเด็นหนุนเสริมแผนเชิงรุกในการนำชุดความรู้หรือรูปแบบการทำงานที่ ประสบผลสำเร็จของแผนเชิงรุก (Success Model) มาขยายผล มีลักษณะเป็นชุดโครงการ เน้นทั้งการ สนับสนุนผ่านพื้นที่ กลุ่มเป้าหมาย และประเด็นสุขภาพ ซึ่งเป็นการเปิดรับโดยร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ เพื่อขยายแนวร่วมสนับสนุนภาคีรายย่อยให้เข้าถึงทุนของ สสส.

๓) เมนูเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเชิงประเด็นหรือโครงการแบบง่าย เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ที่ไม่เคยได้รับทุนจาก สสส. หรือผู้ที่มีความตั้งใจในการสร้างเสริมสุขภาพแต่ขาดทักษะการเขียนโครงการ ได้ทดลองทำโครงการขนาดเล็กด้วยกระบวนการที่ง่ายและวัดผลลัพธ์ได้ นำร่องใน ๕ ประเด็น ได้แก่ ลดละเลิกการบริโภคยาสูบ ลดละเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการขยะ อาหารปลอดภัย ในโรงเรียน และเกษตรอินทรีย์เพื่อสุขภาพ

การดำเนินงานของแผน ในช่วงปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

๑. สร้างสรรค์โอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสู่ภาคีรายย่อยเพื่อขยายแนวร่วมการทำงาน สร้างเสริมสุขภาพ

๑.๑ ขยายภาคีเครือข่ายการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

ภาพรวมการสนับสนุนภาคีรายย่อย ในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา (๒๕๕๕ - ๒๕๕๗) สนับสนุน โครงการรายย่อย ๓,๔๐๙ โครงการ เป็นโครงการที่ดำเนินงานโดยภาคีรายใหม่ ๒,๔๔๙ โครงการ คิดเป็น ร้อยละ ๘๖.๕ ของโครงการที่ได้รับการสนับสนุน การกระจายทุนเชิงพื้นที่ครอบคลุมทุกภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือร้อยละ ๓๔ รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ ๓๑ ภาคใต้ร้อยละ ๑๖ ภาคกลาง ตะวันออกและตะวันตก ร้อยละ ๑๔ และกรุงเทพมหานคร ร้อยละ ๕ โดยกระจายครอบคลุมทุกจังหวัด พื้นที่ดำเนินงานส่วนใหญ่ร้อยละ ๔๒ ดำเนินงานในพื้นที่เขตชนบท และร้อยละ ๔ ดำเนินงานในพื้นที่ เขตเมือง การกระจายเชิงประเด็น พบว่า โครงการส่วนใหญ่ดำเนินงานในประเด็นสุขภาพะชุมชน รอง ลงมาคือประเด็นสิ่งแวดล้อม การบริโภคแอลกอฮอล์และยาสูบ ด้านกลุ่มเป้าหมาย พบว่ากระจาย ในกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย ได้แก่ กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่เน้น ที่กลุ่มวัยทำงาน เด็กและเยาวชน ส่วนกลุ่มเป้าหมายประชากรกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ยังมีสัดส่วนการได้รับทุนที่ค่อนข้างน้อย

๑.๒ เกิด “ประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมาย” ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมผู้ที่ได้รับประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการดำเนินโครงการ จำนวน ๗๐๓,๕๖๔ คน ที่ได้รับการพัฒนาขีดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพในทุกมิติ

๑.๓ เกิด “แกนนำหรือผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่” จำนวน ๑๕,๒๐๓ คน ซึ่งเป็นผู้สร้างแรงบันดาลใจ ความเชื่อมั่นแก่คนรอบข้าง ถ่ายทอดความรู้ ข้อมูล และสาธิตแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ทำได้จริง ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยม ความเชื่อและพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ

๒. สร้างนวัตกรรมการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่^{๙๙} และชุดความรู้ที่เป็นตัวอย่างปฏิบัติการที่ดี รวม ๖๐๙ กรณี ที่ถูกนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานโครงการจนเกิดผลการเปลี่ยนแปลงในชุมชนทั้งในด้านการดูแลสุขภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยงและสร้างสรรคสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ตลอดจนเกิดกระบวนการจัดการสภาพแวดล้อมและปัจจัยทางสังคมในชุมชนพื้นที่โครงการ ๒,๑๔๖ โครงการ ที่มีลักษณะเป็นกฎ กติกา ระเบียบหรือมาตรการชุมชน กลไกหรือระบบชุมชนที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือควบคุมการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเฝ้าระวังสถานการณ์ปัญหาที่กระทบต่อสุขภาวะ รวมถึงที่มีลักษณะของการได้รับการยกย่องเป็นต้นแบบ ตัวอย่าง หรือศูนย์เรียนรู้

๓. พัฒนาและเสริมสร้างขีดความสามารถภาคีเครือข่ายให้สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสนับสนุนกระบวนการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ได้แก่ กลุ่มผู้สนใจเสนอโครงการรายใหม่ กลุ่มผู้รับทุน กลุ่มผู้ติดตามในพื้นที่ และกลุ่มภาคียุทธศาสตร์ ผ่านกระบวนการต่างๆ ทั้งการฝึกอบรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการศึกษาดูงานในพื้นที่ จำนวน ๑๑,๓๖๐ คน

การสนับสนุนทุนของแผนที่ผ่านมา มีจุดเน้นเรื่องการสร้างโอกาสให้กลุ่มบุคคล องค์กร และชุมชนทั่วประเทศได้มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวาง สร้างผลงานและนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ไว้จำนวนมาก ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นต้นแบบการขยายผลได้ และด้านการบริหารจัดการมีกลไกการสนับสนุนทุนที่มีความยืดหยุ่นในการสนับสนุนการทำงานทั้งเชิงประเด็นและพื้นที่ปฏิบัติการ

^{๙๙} นวัตกรรม หมายถึง การจัดการความคิด กระบวนการ ผลผลิต และ/หรือเทคโนโลยีที่เหมาะสม มาใช้งานให้เกิดประสิทธิผล และ / หรือ ประสิทธิภาพมากกว่าเดิมอย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนทุนในประชากรกลุ่มเฉพาะที่ขาดโอกาสยังทำได้ค่อนข้างน้อย การทำงานบูรณาการเพื่อหนุนเสริมแผนเชิงรุกยังไม่มีกำหนดเป้าหมายและโจทย์ร่วมกันตั้งแต่ต้น

ดังนั้น ทิศทางและเป้าหมายการดำเนินงานของแผนสร้างเสริมโอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ จึงปรับยุทธศาสตร์และแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการจัดทำแผนหลัก สสส.ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ และให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

จุดเน้นของแผน

๑. ขยายและกระจายโอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสู่ภาคีรายย่อยให้กว้างขวางมากขึ้น โดยขยายฐานผู้ได้รับประโยชน์ให้ครอบคลุมภาคีที่หลากหลายรวมถึงประชากรกลุ่มที่ขาดโอกาส เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ
๒. เพิ่มการบูรณาการการทำงานกับแผนเชิงรุก โดยร่วมกันกำหนดเป้าหมายการสนับสนุนทุนที่ตอบสนองต่อทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส.
๓. พัฒนาขีดความสามารถและเสริมพลังภาคีเครือข่าย โดยเน้นกระบวนการจัดการความรู้ในกลุ่มที่ทำงานในกลุ่มเป้าหมายหรือในลักษณะใกล้เคียงกัน ให้สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง
๔. พัฒนาและสร้างนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่นำไปสู่การขยายผลได้

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อขยายโอกาสให้กลุ่มบุคคล องค์กร และชุมชน ได้ทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของพื้นที่
๒. เพื่อพัฒนาขีดความสามารถภาคีเครือข่ายให้สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๘๐)

ขยายภาคีเครือข่ายการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

๑. โครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในกลุ่มบุคคล องค์กร และชุมชน กระจายทั่วทุกจังหวัด ไม่น้อยกว่า ๖,๐๐๐ โครงการ
๒. โครงการที่เสนอโดยภาคีรายใหม่ไม่น้อยกว่า ๓,๖๐๐ โครงการ หรือไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของโครงการที่สนับสนุน
๓. ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากการดำเนินโครงการทั้งโดยตรงและทางอ้อม ไม่น้อยกว่า ๑,๒๐๐,๐๐๐ คน

สิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพ

๔. เกิดสภาพแวดล้อมหรือปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพของคน องค์กร และชุมชนในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า ๓,๖๐๐ แห่ง

พัฒนาศักยภาพแกนนำและโครงการ

๕. แกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนผลักดัน ชักชวนกลุ่มเป้าหมายหรือเป็นผู้มีบทบาทการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า ๑๒,๐๐๐ คน
๖. แกนนำที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ไม่น้อยกว่า ๓๐๐ คน (ร้อยละ ๕ ของโครงการที่สนับสนุน)
๗. โครงการที่ได้รับการพัฒนาและมีศักยภาพในการขยายผล ไม่น้อยกว่า ๓๐๐ โครงการ

โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดีและนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

๘. โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดี ไม่น้อยกว่า ๖๐๐ โครงการ หรือไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของโครงการที่ได้รับการสนับสนุน
๙. โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดีที่สามารถขยายผลได้ไม่น้อยกว่า ๕ เรื่อง/กรณี
๑๐. นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ที่ใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานโครงการ ไม่น้อยกว่า ๓๐๐ กรณี
๑๑. นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถขยายผลได้ ไม่น้อยกว่า ๓ เรื่อง



การสื่อสารสาธารณะ

๑๒. เผยแพร่โครงการที่เป็นตัวอย่างปฏิบัติการที่ดี และหรือนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๖๐๐ โครงการ หรือไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของโครงการที่สนับสนุน

ตัวชี้วัดร่วม (น้ำหนักร้อยละ ๒๐)

๑๓. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. เช่น การลดอัตราการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ เพิ่มชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง ไม่น้อยกว่า ๓,๐๐๐ โครงการ หรือ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของโครงการที่สนับสนุน

๑๔. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่เสนอจากกลุ่มประชากรที่ขาดโอกาสไม่น้อยกว่า ๖๐๐ โครงการ หรือไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของโครงการที่สนับสนุน

คำนิยามเชิงปฏิบัติการตามตัวชี้วัดแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ

๑. กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์โดยตรง หมายถึง ผู้ที่มีส่วนร่วมในโครงการ/ ผู้ปฏิบัติ/ ผู้ลงมือทำ/ กลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการ

๒. กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์ทางอ้อม หมายถึง ผู้ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ลงมือทำแต่ได้รับผลประโยชน์จากที่มีโครงการดังกล่าว

๓. แกนนำด้านสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง บุคคลที่มีบทบาทในการชักนำ/ โน้มนำ/ ผลักดันพฤติกรรมให้กับกลุ่มเป้าหมาย เป็นแบบอย่างจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง และ/ หรือเป็นผู้ที่มีบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่แล้วมาเป็นแกนนำในการดำเนินโครงการแล้วเกิดประสิทธิผล และ/ หรือประสิทธิภาพ

๔. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง หมายถึง แกนนำที่มีศักยภาพหรือได้รับการพัฒนาในการนำความรู้หรือกระบวนการไปขยายผลสู่กลุ่มเป้าหมายหรือพื้นที่เป้าหมายได้

๕. โครงการที่มีศักยภาพขยายผล หมายถึง โครงการที่ได้รับการพัฒนาเพื่อดำเนินงานต่อเนื่องสำหรับการต่อยอดหรือขยายผลที่มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงพฤติกรรมหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของกลุ่มเป้าหมายหรือพื้นที่เป้าหมาย

๖. โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดี หมายถึง โครงการที่ดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ มีรูปแบบผลงาน กิจกรรม กระบวนการ หรือแนวทางปฏิบัติที่น่าสนใจสามารถนำไปเผยแพร่ได้

๗. **โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดีที่ขยายผลได้** หมายถึง โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดีที่ผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์รูปแบบแนวทางการดำเนินงานและผลลัพธ์ของโครงการแล้วพบว่าสามารถเป็นแบบอย่างในการนำไปขยายผลในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ หรือพื้นที่เป้าหมายอื่นๆ ได้

๘. **นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่** หมายถึง การจัดการความคิด กลไกหรือกระบวนการ และ/ หรือเทคโนโลยีที่เหมาะสม นำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานโครงการหรือใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่แล้วได้ผลดีกว่าเดิม ตัวอย่างเช่น

- (๑) การพัฒนาความรู้ใหม่จากการวิจัยและพัฒนา
- (๒) การนำสิ่งที่มีอยู่ในชุมชนอื่นมาปรับใช้ในชุมชนตนเอง
- (๓) การนำสิ่งที่มีอยู่มาปรับกระบวนการทัศน์ใหม่หรือทำด้วยวิธีใหม่
- (๔) การรื้อฟื้นสิ่งดีๆ ที่เคยมีในชุมชนมาปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

๙. **นวัตกรรมที่สามารถขยายผลได้** หมายถึง นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มุ่งผลลัพธ์หรือผลกระทบตามเป้าหมายที่กำหนด สามารถนำไปขยายผลสู่กลุ่มเป้าหมายหรือพื้นที่ต่างๆ ได้ โดยมีเป้าหมายของการขยายผล ตัวอย่างเช่น

- (๑) การดูแลสุขภาพ
- (๒) การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาวะ/ ควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง
- (๓) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ
- (๔) สร้างสรรค์การเรียนรู้

ยุทธศาสตร์

๑. **เสริมสร้างพลังภาคียุทธศาสตร์**และเครือข่ายการทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรและทุกพื้นที่ โดยพัฒนารูปแบบหรือวิธีการสนับสนุนทุนที่หลากหลายเอื้อต่อการเข้าถึง

๒. สนับสนุนการสร้างและพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่นำไปสู่การขยายผลการสร้างเสริมสุขภาพ หรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพได้อย่างกว้างขวาง

๓. **พัฒนาขีดความสามารถภาคีเครือข่าย**ให้มีศักยภาพในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ

๔. พัฒนารูปแบบหรือวิธีการสื่อสารเชิงรุกให้เข้าถึงประชาชนกลุ่มต่างๆ เพื่อสร้างการรับรู้และเปิดมุมมองการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในมิติต่างๆ

งบประมาณ^{๔๒}

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
แผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	๓๑๐	๓๑๐	๓๑๐

^{๔๒} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้



แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านระบบบริการสุขภาพ

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ (แผน ๑๒) ยึดหลักการดำเนินงานที่สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ สสส. ระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ – ๒๕๖๔) และหลักการกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ใน ๕ ประเด็น คือ

๑. สนับสนุนการเพิ่มความสามารถด้านการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน
๒. สนับสนุนให้เกิดการสร้างและพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ
๓. การเสริมงานการสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ
๔. สนับสนุนให้เกิดการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
๕. สนับสนุนให้เกิดการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนรูปแบบ กลไกที่เสริมหนุนให้หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไปสู่แนวการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. พัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรสาธารณสุข ให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ
๓. สนับสนุนการพัฒนาพื้นที่รองรับการทำงานเชิงประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ ของสสส.

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๘๐)

๑. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการสนับสนุนระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อเป็นพื้นที่รองรับงานสร้างเสริมสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๔๐๐ แห่ง^{๔๓}
๒. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) พัฒนาพื้นที่ต้นแบบระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอและระดับชุมชน ที่ผ่านการประเมินไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แห่ง พร้อมขยายผลไปสู่ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) อื่นๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
๓. พัฒนาระบบข้อมูลระดับอำเภอที่สามารถใช้ในการสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพใน รพช. ได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แห่ง
๔. บุคลากรในระบบบริการสุขภาพ อาทิเช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ใน รพช. และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีความตระหนักและทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ได้ไม่น้อยกว่า ๓,๐๐๐ คน^{๔๔}
๕. มีมาตรการ หรือแนวทาง หรือหลักปฏิบัติเพื่อผลักดันวิชาชีพสาธารณสุขมุ่งสู่งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและนำไปใช้จริงในระบบงาน หรือในหน่วยงาน หรือในเขตบริการสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๑๐ มาตรการ^{๔๕} เช่น มาตรการจัดสรรเวลางานเพื่อทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน
๖. องค์ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สามารถนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ไม่น้อยกว่า ๒๐๐ เรื่อง

^{๔๓} ปัจจุบันร่วมการดำเนินงานกับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ๒๕๕ แห่ง ซึ่งเป็นเครือข่ายของ สสส. จำนวน ๔๐ แห่ง

^{๔๔} ปัจจุบันมีบุคลากรในระบบบริการสุขภาพที่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับ สสส. ประมาณ ๑,๕๐๐ คน

^{๔๕} มาตรฐานเพื่อการผลักดันวิชาชีพสาธารณสุข อาทิเช่น ๑) การปรับปรุงคุณลักษณะที่พึงประสงค์และความรู้ความสามารถทางวิชาชีพที่มุ่งสู่การสร้างเสริมสุขภาพ ๒) กำหนดเพิ่มเกณฑ์ความรู้ความสามารถด้านการสร้างเสริมสุขภาพในการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพการให้บริการผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุข ๓) กำหนดกระบวนการพัฒนาสมรรถนะและเจตคติด้านการสร้างเสริมสุขภาพในการพัฒนาทักษะของวิชาชีพสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ๔) ระบุความต้องการและความจำเป็นในการประกอบวิชาชีพที่มุ่งสู่งานการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัดร่วม (น้ำหนักร้อยละ ๒๐)

๗. ร่วมกับแผนควบคุมยาสูบและแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด สนับสนุนให้เกิดโรงพยาบาลในเครือข่ายไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แห่งช่วยในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่หรือการเลิกเหล้า (เช่นทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนในการรณรงค์เพื่อลดการสูบบุหรี่หรือการเลิกเหล้า มีบริการคัดกรองให้คำแนะนำ และให้บริการในการเลิกสูบบุหรี่ การเลิกเหล้า)

๘. ร่วมกับแผนอาหารเพื่อสุขภาพ สนับสนุนให้เกิดโรงพยาบาลในเครือข่ายไม่น้อยกว่า ๕๐ แห่งสนับสนุนให้มีนโยบายหรือมาตรการส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาพ เช่น จัดให้มีตลาดนัดสีเขียว หรือทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนในการส่งเสริมค่านิยมการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ

ยุทธศาสตร์

๑. เสริมกลไกงานการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ
๒. พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ
๓. สนับสนุนการพัฒนาพื้นที่สร้างเสริมสุขภาพในประชาชนทุกกลุ่มวัยผ่านระบบบริการสุขภาพ

งบประมาณ^{๔๖}

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๑๑๐	๑๑๐	๑๑๐

^{๔๖} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้

แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

สสส. ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อให้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพมีความคล่องตัว และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการทำงานสำหรับสำนักงาน สสส. และภาคีเครือข่าย รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาระบบหรือกลไกในระดับชาติที่ยังเป็นช่องว่าง ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๗ ทั้งนี้ ระบบและกลไกสนับสนุนต่างๆ ประกอบด้วย ๔ กลุ่มแผนงาน ได้แก่ ๑) กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุน ๒) กลุ่มแผนงานกลไกพัฒนาสมรรถนะภาคี ๓) กลุ่มแผนงานสนับสนุนการพัฒนากลไกทางสังคม และ ๔) กลุ่มแผนงานสนับสนุนการติดตามและประเมินผล

ในช่วง ๓ ปีข้างหน้า (๒๕๕๘ – ๒๕๖๐) แผนจะยึดหลักการดำเนินงาน โดยสนับสนุนการพัฒนาระบบหรือกลไกที่สอดคล้องกับกฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion^{๔๙}) ซึ่งจะเป็นการขยายการดำเนินการผ่าน “๓ สร้าง ๒ เสริมหนุน” ได้แก่ “สร้างนโยบายสาธารณะ” เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ “สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อม” ที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ “สร้างและพัฒนาทักษะ” ส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ และจะมีส่วน “เสริมหนุน” การดำเนินงานตามกฎบัตรออตตาวาในเรื่อง การเพิ่มความสามารถด้านการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน และการเสริมงานการสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อเป้าหมายของ สสส. ในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพ และเกิดวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพในสังคมไทย

^{๔๙} Ottawa Charter for Health Promotion ประกอบด้วย ๑) Build Healthy Public Policy ๒) Create Supportive Environment ๓) Strengthen Community Action ๔) Develop Personal Skills ๕) Reorient Health Service

นอกจากนั้น เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. แผนฯ ยังจะพัฒนาและปรับปรุงระบบติดตามและประเมินผล รวมถึงระบบกลไกการสื่อสาร และระบบการพัฒนาศักยภาพ สานเสริมพลังภาคี เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลักในการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในสองลักษณะ ได้แก่ ๑) การสนับสนุนการพัฒนาระบบ กลไก เครื่องมือ หรือองค์ความรู้ เพื่อเติมเต็มระบบหรือกลไกที่ยังเป็นช่องว่าง ซึ่งแผนต่างๆ ของ สสส. และภาคีสามารถใช้ประโยชน์ เพื่อเสริมการดำเนินงานตามภารกิจหลัก ๒) การสนับสนุนให้บุคคลหรือองค์กรเกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนักในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีส่วนร่วมสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และมีพฤติกรรมที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ

ทั้งนี้ การดำเนินการทั้งหมดจะอยู่ภายใต้ ๔ ยุทธศาสตร์สำคัญ ได้แก่ ๑) ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลและองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ๒) สร้างความตระหนักเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ ๓) พัฒนากลไกขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและนวัตกรรมทางสังคมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ ๔) สนับสนุนและพัฒนาขีดความสามารถ สานและเสริมพลังภาคีเครือข่าย และยกระดับการทำงานของ สสส.สู่ระดับนานาชาติ

แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐



จุดเน้นของแผน

เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย ในปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ แผนมีจุดเน้นการดำเนินงานใน ๖ ประเด็น ดังนี้

๑. พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพเชิงบูรณาการ เพื่อการบริหารจัดการข้อมูล องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนส่งเสริมการพัฒนาและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสื่อสาร เพื่อนำความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสู่ผู้สร้างเสริมสุขภาพ และประชาชนทุกกลุ่มวัย

๒. สนับสนุนกลไกการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่ตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดี

๓. สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดรูปแบบการจัดการปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อนำไปสู่สังคมสุขภาวะ

๔. สานพลังเครือข่ายของ สสส. ผ่านการขยายกลไกการสื่อสาร การเชื่อมโยงเครือข่าย และการพัฒนาระบบกลไกหนุนเสริม เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเกิดการสานเสริมพลังเพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนงานสุขภาวะ

๕. พัฒนาขีดความสามารถภาคีเครือข่าย สนับสนุนและสร้างโอกาสการพัฒนาความรู้และทักษะตามฐานสมรรถนะ (competency-based development) ที่เป็นระบบกระตุ้น จุดประกาย เพื่อสร้างคนเข้ามาทำงานทางสังคม ส่งเสริม และพัฒนาความก้าวหน้าและความยั่งยืน ให้แก่ภาคีเครือข่าย

๖. ขยายการทำงานของ สสส. และภาคีเครือข่ายสู่นานาชาติ ผ่านการยกระดับองค์ความรู้สู่ระดับสากล ขยายเครือข่ายและการผลักดันการก่อตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รูปแบบคล้าย สสส. ในประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคอาเซียน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการข้อมูล องค์ความรู้อย่างบูรณาการ ตลอดจนสร้างองค์ความรู้ใหม่เพื่อใช้ในการดำเนินงานสร้างสุขภาวะ

๒. เพื่อให้เกิดการพัฒนาและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสารข้อมูล ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

๓. เพื่อให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่ตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จากความร่วมมือของทุกภาคส่วน

๔. เพื่อให้เกิดกลไกการสร้างและเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี

๕. เพื่อสานสัมพันธ์และเสริมพลังภาคีเครือข่าย สสส. สร้างความร่วมมือ นำไปสู่การเชื่อมโยงต่อยอด การขยับงานเคลื่อนไหวงานสร้างเสริมสุขภาวะอย่างยั่งยืน

๖. เพื่อพัฒนาขีดความสามารถภาคีเครือข่ายผ่านกลไกกลางด้านการพัฒนาศักยภาพที่มุ่งให้ภาคีเครือข่ายสามารถใช้ศักยภาพในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะได้อย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง

๗. เพื่อขยายเครือข่ายนานาชาติ และสร้างความแข็งแกร่งของ สสส. และภาคีเครือข่าย ในเวทีโลก นำไปสู่การยกระดับการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของภาคีเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

๑. เกิดหน่วยวิชาการ/ ศูนย์สนับสนุนข้อมูลวิชาการ/ สถาบัน ที่ทำหน้าที่รวบรวม จัดการ เผยแพร่ ข้อมูลความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๓ แห่ง และมีการสนับสนุนการทำงานที่สอดคล้องกับเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส. เช่น สุรา บุหรี่ อาหาร เป็นต้น

๒. องค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาวะได้แก่ หนังสือ คู่มือ ชุดความรู้ เอกสารวิชาการ รายงาน ผลการศึกษาวิจัย บทความ ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ เรื่อง และมีการนำองค์ความรู้อย่างน้อย ๓๐ เรื่อง ไปใช้เผยแพร่ ขยายผลหรือต่อยอดการศึกษา/ วิจัย หรือสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ

๓. เกิดสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศที่สื่อสารข้อมูลความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ฐานข้อมูล แอปพลิเคชัน (application) เนื้อหาบนสื่อใหม่ (new media) ประเภทต่างๆ ซึ่งผ่านการตรวจสอบเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ/ ผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไม่น้อยกว่า ๕๐ ชิ้น และมีการนำสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศที่พัฒนาขึ้น เผยแพร่ผ่านช่องทางต่างๆ จนเกิดการนำไปใช้ประโยชน์จริง ซึ่งนำไปสู่การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะ

๔. มีการนำนโยบายสาธารณะที่แสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพไม่น้อยกว่า ๓๐ ประเด็น ไปขับเคลื่อนในระดับองค์กร พื้นที่ หรือระดับชาติ ร่วมกับองค์กรยุทธศาสตร์ หรือกลไกที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ



๕. พัฒนารูปแบบ (model) นำร่อง แนวทางการดำเนินงาน หรือแนวปฏิบัติที่ดี (good practice) ที่เอื้อต่อการสร้างสิ่งแวดล้อมสุขภาวะ ซึ่งเกิดขึ้นจากการศึกษา/ วิจัย หรือสรุปบทเรียน ไม่น้อยกว่า ๒๐ รูปแบบ/ แนวทาง และสามารถพัฒนาให้เป็นต้นแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะ

๖. กลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นต่างๆ ในรูปแบบคณะกรรมการ เครือข่ายการทำงาน หรือความร่วมมือระหว่างองค์กร ทั้งในและต่างประเทศ และนำไปสู่การขับเคลื่อน ประเด็นการทำงาน ไม่น้อยกว่า ๒๐ กลไก/ เครือข่าย/ ความร่วมมือ

๗. ภาควิชาเครือข่ายมีความพึงพอใจการสนับสนุนของ สสส.และการพัฒนาศักยภาพ อย่างน้อย ร้อยละ ๘๕

๘. เกิดยุทธศาสตร์ และแผนการพัฒนาศักยภาพภาควิชาอย่างเป็นระบบ โดยมีหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ อย่างน้อย ๑๐ หลักสูตรต่อปี

๙. เกิดองค์ความรู้ทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เผยแพร่ทางสู่นานาชาติ อย่างน้อย ๒ เรื่อง ต่อปี และประเทศในกลุ่มเป้าหมาย มีแผนงานที่จะก่อตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รูปแบบคล้าย สสส. อย่างน้อย ๒ ประเทศ

ยุทธศาสตร์

๑. ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลและองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. สร้างความตระหนักเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ
๓. พัฒนากลไกขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและนวัตกรรมทางสังคมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
๔. สนับสนุนและพัฒนาขีดความสามารถ สานและเสริมพลังภาควิชาเครือข่าย และยกระดับการทำงานของ สสส.สู่ระดับนานาชาติ

งบประมาณ^{๔๔}

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
กลุ่มงานแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุน	๑๔๐	๑๔๐	๑๔๐
กลุ่มงานกลไกพัฒนาสมรรถนะภาคี	๑๒๐	๑๒๐	๑๒๐
กลุ่มงานสนับสนุนการพัฒนากลไกทางสังคม	๖๐	๖๐	๖๐
กลุ่มงานสนับสนุนการติดตามและประเมินผล	๓๐	๒๐	๒๐
รวม	๓๕๐	๓๔๐	๓๔๐

^{๔๔} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้

แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ ได้เห็นชอบให้กำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และโครงสร้างการบริหารแผนในระยะ ๓ ปี ให้สอดคล้องกับเป้าหมายยุทธศาสตร์ ๑๐ ปีของ สสส. และให้สอดคล้องกับกลุ่มแผนที่เอื้อต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีทิศทางและเป้าหมายเพื่อส่งเสริมระบบห่วงโซ่อาหารของพืชผักผลไม้ที่ปลอดภัยและปลอดภัย ที่ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงได้ง่าย ควบคู่ไปกับการรณรงค์ให้ปลูกผักด้วยตนเองเพื่อสร้างความมั่นคงและลดการพึ่งพา ส่งเสริมการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะ โดยให้ความสำคัญกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนเป็นลำดับแรก สร้างความร่วมมือกับภาคผู้ผลิตในการพัฒนาเมนูอาหารเพื่อสุขภาพและโภชนาการที่แพร่หลายไปสู่ผู้บริโภค พัฒนางานวิชาการเพื่อใช้ผลักดันข้อเสนอนโยบายสาธารณะด้านอาหาร รวมถึงรณรงค์สร้างค่านิยมทางสังคมในการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยเพียงพอและการบริโภคอาหารสุภาพ ควบคู่ไปกับค่านิยมวิถีชีวิตสุขภาวะ

จุดเน้นของแผน

ส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ ลดอาหารที่หวานมันเค็มและให้พลังงานสูง

๑. ส่งเสริมให้เกิดระบบห่วงโซ่อาหารของพืชผักผลไม้ที่ปลอดภัยและปลอดภัย เพื่อให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงแหล่งผลิต - แหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการผักผลไม้ปลอดภัย รวมทั้งส่งเสริมการปลูกพืชผักของผู้บริโภค
๒. ส่งเสริมการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุภาพในพื้นที่ยุทธศาสตร์ โดยให้ความสำคัญกับศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียน เป็นลำดับแรก
๓. ส่งเสริมความร่วมมือกับภาคผู้ผลิต ให้เกิดต้นแบบของอาหารสุภาพและโภชนาการที่แพร่หลายและเข้าถึงผู้บริโภค

๔. รมรณรงค์ส่งเสริมความรู้และทักษะ เพื่อสร้างค่านิยมทางสังคมของการบริโภคอาหารสุขภาวะ ควบคู่ไปกับค่านิยมของวิถีชีวิตสุขภาวะ

๕. ให้ความสำคัญกับมิติหรือหน่วยครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียน ในฐานะเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ โดยเน้นทักษะเรื่องความฉลาดรู้ด้านสื่อ ด้านสุขภาพ และด้านปัญญา ที่นำไปสู่การบริโภคอาหารสุขภาวะ รวมทั้งเลือกพื้นที่การดำเนินงานที่สอดคล้องกับแผนต่างๆ ของ สสส.

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้บริโภคผักผลไม้อย่างเพียงพอ โดยส่งเสริมให้เกิดการผลิต การเข้าถึงแหล่งผลิต-แหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการผักผลไม้ที่ปลอดภัย ได้อย่างสะดวก รวมทั้งให้มีความรู้และค่านิยมในการปลูกเพื่อบริโภค

๒. เพื่อส่งเสริมให้พื้นที่หรือองค์กรยุทธศาสตร์ได้มีการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะ ที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม โดยเน้นที่กลุ่มเป้าหมายเด็กวัยเรียน

๓. เพื่อรณรงค์สร้างค่านิยมในการบริโภคอาหารสุขภาวะ และการใช้วิถีชีวิตที่มีสุขภาวะ

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

เป้าหมายและตัวชี้วัดระดับชาติที่เป็นทิศทาง ๑๐ ปีของ สสส.

๑. เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้เพียงพอเพียงตามข้อเสนอแนะ (๔๐๐ กรัมต่อวันหรือ ๕ ส่วนมาตรฐาน) อย่างน้อยร้อยละ ๒๐ ในระยะ ๓ ปี (ข้อมูลปี ๒๕๕๒ คือร้อยละ ๑๗.๗ และเป้าหมายของยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ๒๕๖๔ คือ ร้อยละ ๕๐)

๒. ลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียน อายุ ๖ - ๑๔ ปี ให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ ๑๑ ภายในระยะเวลา ๓ ปี (สถานการณ์ปัจจุบันมีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ ๑๒.๖ และเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี อยู่ที่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐)

เป้าหมายและตัวชี้วัดระดับแผน

๓. เกิดต้นแบบของแหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการ ผักผลไม้เพื่อการบริโภคที่ปลอดภัย/ ปลอดภัย นำไปขยายผลต่อได้ รวมทั้ง ๓ ประเภท จำนวน ๑๕๐ แห่ง

๔. เกิดต้นแบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนที่มีการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะ ที่ภาคยุทธศาสตร์นำไปขยายผลต่อได้ จำนวนอย่างน้อยปีละ ๖๐๐ แห่ง

๕. เกิดมาตรการ/ นโยบายที่ส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ หรือ ลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ในระดับระดับชาติอย่างน้อยปีละ ๒ มาตรการ/ นโยบาย และในระดับท้องถิ่นอย่างน้อยปีละ ๑๐ มาตรการ/ นโยบาย

๖. ผู้บริโภคมีความรู้และมีแนวโน้มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้ และมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาวะ อย่างน้อยร้อยละ ๖๕

ยุทธศาสตร์

๑. สนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนระบบที่เหมาะสมต่อการกระตุ้นการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัย พืช/ ปลอดภัย อย่างเหมาะสมทั้งด้านโภชนาการ ปริมาณ และราคา (จากการผลิตถึงการกระจาย การตลาด และการบริโภค)

๒. สนับสนุนภาคียุทธศาสตร์ให้พัฒนาด้านแบบในการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะ โดยเน้นพื้นที่ยุทธศาสตร์ของเด็กวัยเรียน ได้แก่ ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน และชุมชน และคำนึงถึงพื้นที่ของกลุ่มสูงอายุ ได้แก่ สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน

๓. รณรงค์สร้างความรู้และค่านิยมการบริโภคอาหารสุขภาวะ ควบคู่ไปกับค่านิยมของวิถีชีวิตสุขภาวะ

ภาพแสดงกรอบแนวคิดยุทธศาสตร์ของแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ



ทิศทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐

๑. การขับเคลื่อนงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส. เรื่องการเพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้เพียงพอน้อยกว่าร้อยละ ๕๐

- ๑.๑ ส่งเสริมให้เกิดระบบห่วงโซ่อาหารของพืชผักผลไม้ที่ปลอดภัยและปลอดภัยให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงได้ง่าย (accessible and affordable promotion)
- ๑.๒ ส่งเสริมการปลูกพืชผักของผู้บริโภค (garden-based promotion)
- ๑.๓ รณรงค์สร้างค่านิยมของการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยและเพียงพอ ควบคู่ไปกับการสร้างค่านิยมของวิถีชีวิตสุขภาวะ (promotion through healthy lifestyles)

๒. การขับเคลื่อนงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส. เรื่องการลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ ๑๐

- ๒.๑ ส่งเสริมให้เกิดการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะ (food environment promotion) เน้นศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนเป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์สำคัญ
- ๒.๒ ส่งเสริมความร่วมมือกับภาคผู้ผลิต ให้เกิดต้นแบบของอาหารสุขภาพและโภชนาการที่แพร่หลายและเข้าถึงผู้บริโภค
- ๒.๓ รณรงค์สร้างค่านิยมของการบริโภคอาหารสุขภาพ

การบริหารจัดการ

กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ โดยมีสำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก ๕) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการ

งบประมาณ^{๔๔}

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	๒๕๐	๒๔๕	๒๔๐

^{๔๔} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้

แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ

สถานการณ์ แนวคิด และความเป็นมา

ด้านพฤติกรรมและสังคม

พฤติกรรมการใช้ชีวิต (lifestyle) ของคนในยุคปัจจุบัน มีเทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในชีวิตมากขึ้น ทั้งด้านการติดต่อสื่อสาร การเดินทางคมนาคม ด้านการศึกษา ด้านการทำงาน และด้านการใช้ชีวิต ฯลฯ ซึ่งล้วนแล้วแต่เอื้ออำนวยให้เกิดความสะดวกสบาย รวดเร็ว แต่ในขณะเดียวกัน ปัจจัยแวดล้อมทางด้านเทคโนโลยีที่ล้ำสมัยเหล่านี้ ได้ส่งผลให้พฤติกรรมดำเนินชีวิตของคนยุคใหม่ เต็มไปด้วยความเร่งรีบ เสพติดเทคโนโลยีและสื่อออนไลน์ ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาครอบครัว และปัญหาสังคมต่างๆ ตามมา อาทิ ปัญหาเด็กติดเกมส์ ปัญหาสุรา สิ่งเสพติด และการพนัน ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาสุขภาพจากการทำงานและการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสมจากการรับประทานอาหารหวาน-มัน-เค็มมากเกินไป การขาดการออกกำลังกาย และขาดการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ความเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ รวมทั้งการดื่มเหล้า สูบบุหรี่และสิ่งเสพติด ล้วนแล้วแต่นำไปสู่การเกิดโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกลุ่มโรค NCDs (Non-Communicable Diseases) ที่มีสถิติผู้เจ็บป่วยและเสียชีวิตสูงเป็นอันดับหนึ่ง และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้จากข้อมูลสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program : IHPP) ปี ๒๕๕๒ (สำรวจ ๔ ปี/ ครั้ง) ไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคในกลุ่มนี้ถึง ๑๔ ล้านคน เสียชีวิตมากกว่า ๓ แสนคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๗๓ ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมด และมากกว่าครึ่งเสียชีวิตก่อนอายุ ๖๐ ปี คิดเป็นมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง ๒ แสนล้านบาท/ ปี อย่างไรก็ตามปัจจุบันผู้คน ต่างหันมาให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองให้แข็งแรง และให้ความสำคัญกับสมดุลของการทำงานและการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ มากยิ่งขึ้น แนวคิดของการใช้ชีวิตอย่างพอเพียง การใช้ทรัพยากรอย่างรู้คุณค่า การกลับเข้าหาธรรมชาติ ความรับผิดชอบต่อสังคม และธรรมาภิบาล จึงเป็นสิ่งที่สังคมให้ความสำคัญมากยิ่งขึ้น

ด้านกระบวนการเรียนรู้

ด้วยปัจจัยแวดล้อมที่ปรับเปลี่ยนตามกระแสสังคม ทั้งด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร ด้านการศึกษา ด้านพฤติกรรมการใช้ชีวิต เป็นต้น ส่งผลให้พฤติกรรมการเรียนรู้ของคนสามารถเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว เสรี และมีความเฉพาะเจาะจงตามความสนใจของตนมากขึ้น ดังนั้น รูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้สมัยใหม่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนตามเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตในยุคปัจจุบัน โดยเน้นที่ “กระบวนการเรียนรู้” มากกว่า “องค์ความรู้” เพราะหากผู้เรียนมี “ทักษะในการเรียนรู้ และวิธีเรียนรู้ที่ดี” ก็ย่อมสามารถหวนหาความรู้จากสื่อการเรียนรู้ต่างๆ ตามความสนใจได้ด้วยตนเอง ซึ่งถือเป็น “การเรียนรู้ด้วยความกระตือรือร้น” เป็น “การเรียนรู้จากการลงมือทำ” จากการแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนจดจำและเกิดการเรียนรู้จากภายในอย่างแท้จริง และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะนำไปสู่การมีทักษะชีวิตที่รู้เท่าทัน มีภูมิคุ้มกัน และสามารถอยู่รอดได้ภายใต้การแข่งขันท่ามกลางสังคมและเศรษฐกิจฐานความรู้ (knowledge-based economy and society) และนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

กระบวนการเรียนรู้ หรือกิจกรรมนอกหลักสูตร/ นอกห้องเรียน การเรียนรู้ตามอัธยาศัย การเรียนรู้ตลอดชีวิต (Life-Long Learning) ผ่านช่องทางและแหล่งเรียนรู้ต่างๆ ในพื้นที่ ยังเป็นสิ่งที่อยู่ในความสนใจของทุกกลุ่มเป้าหมาย เป็นรูปแบบที่เปิดโอกาสการเรียนรู้อย่างเท่าเทียม ทุกคนสามารถสัมผัสประสบการณ์เรียนรู้ ได้ทดลองทำ เสริมสร้าง/ พัฒนาทักษะการใช้ชีวิตที่ตรงกับความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย และยังสามารถเสริม/ ต่อยอดกับการเรียนในห้องเรียน โดยงานวิจัยของ American Alliance of Museums ระบุว่า การเรียนรู้ผ่านแหล่งเรียนรู้ ในอนาคตจะเป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมและขยายขอบเขตความรู้จากในห้องเรียน โดยมุ่งเน้นที่การพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อเตรียมความพร้อมให้เด็กและเยาวชนใน ๕ ด้าน ได้แก่

๑. ทักษะการคิดวิเคราะห์ พัฒนาความสามารถแยกแยะข้อมูล เพื่อหาหนทางที่เหมาะสมในการคิดแก้ไขปัญหา

๒. ทักษะการสังเคราะห์ข้อมูล ส่งเสริมให้เด็กเล็งเห็นความแตกต่างระหว่างข้อเท็จจริงและความคิดเห็น เรียนรู้ที่จะตั้งคำถามกับสิ่งที่พบเห็น โดยเฉพาะในศตวรรษที่ ๒๑ ซึ่งเกิดการไหลบ่าของข้อมูลข่าวสาร

๓. ทักษะการประยุกต์ใช้ในชีวิต การเชื่อมความรู้กับประสบการณ์ ด้วยการนำเสนอตัวอย่างจริง สร้างให้เกิดประสบการณ์ร่วมของผู้เรียน

๔. นวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์

๕. การทำงานเป็นทีม

กิจกรรมการเรียนรู้ต่างๆ จะไม่ยึดติดกับพื้นที่ สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามวัตถุประสงค์และเนื้อหา เน้นที่พฤติกรรมและการเข้าถึงตัวกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ

การจัดกิจกรรมต่างๆ จะเน้นความร่วมมือกับหน่วยงาน/ องค์กรต่างๆ เพื่อนำศักยภาพ/ จุดเด่นของแต่ละหน่วยงาน/ องค์กรมารวมเข้าไว้ด้วยกัน ทำให้กิจกรรมมีความสมบูรณ์มากขึ้น เกิดผลลัพธ์และผลกระทบที่ชัดเจน นำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน

ด้านการสื่อสารการตลาด^{๙๐}

การสื่อสารในยุคสมัยใหม่นั้น สื่อ ประเภทเครือข่ายสังคม (social network) เป็นหนึ่งในแกนสำคัญของสื่อสารในโลกปัจจุบัน และในอนาคตต่อไป รวมถึง การใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่ (mobile device) ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน จึงจำเป็นต้องมีกลยุทธ์การใช้ช่องทางการตลาด (marketing channel) ที่ครอบคลุมการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายใหม่ๆ มากขึ้น

การใช้เครื่องมือทางการตลาดของโลกการสื่อสารสมัยใหม่ มีชุมชนแห่งการสนทนาผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ มี ๒๓๓ Players โดยจะจัดแบ่งกลุ่มตามการสนองตอบประโยชน์ของผู้ใช้สื่อ

สำหรับประเทศไทย มีประชากร ๖๖ ล้านคน โดยเป็นผู้ใช้อินเทอร์เน็ต จำนวน ๒๕ ล้านคน และเป็นผู้ใช้เครือข่ายสังคม จำนวน ๑๘ ล้านคน

รูปแบบในการสื่อสารที่ค่านึง ได้แก่ โทรศัพท์มือถือ กระดานสนทนา แอปพลิเคชัน หรือวิดีโอ กลุ่มเพจ หรือ กระทั่ง เว็บไซต์ของนักกริวิว หน้าเพจของรายการในเฟซบุ๊ก กิจกรรมต่างๆ เช่นงานเปิดตัว งานแถลงข่าว (แบบออฟไลน์) หรือการสร้างกลุ่มชุมชนแฟนคลับขนาดเล็ก เป็นต้น

ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ และแนวทางการพัฒนา

อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะเปิดพื้นที่การเรียนรู้และการบริการเพื่อการเรียนรู้ชีวิตอย่างครบวงจร ให้แก่ภาคีเครือข่าย สถาบันการศึกษา หน่วยงาน องค์กรภาครัฐและเอกชน และประชาชนทั่วไปตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เสด็จพระราชดำเนินทรงเป็นประธานในพิธีเปิดอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๕๖ โดยมีผลงานเด่นสำคัญ ดังนี้

(๑) เปิดพื้นที่การเรียนรู้ พัฒนากิจกรรมชีวิตสุขภาวะของคนไทย ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะมีสมาชิกจากกลุ่มต่างๆ รวม ๓๐,๔๒๔ คน และมีประชาชนเข้าใช้บริการที่อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ และใช้บริการผ่านช่องทางต่างๆ รวมถึงทางอินเทอร์เน็ต นิทรรศการสัญจร เป็นต้น กว่า ๖๐๐,๐๐๐ คน โดยจากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ พบว่า ร้อยละ ๙๕ เกิดแรงบันดาลใจในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ นอกจากนี้ ผู้เข้าเยี่ยมชมและศึกษาดูงานอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะได้รับรู้ถึงแนวคิดและแนวทางการดำเนินงาน (health promotion concept) และองค์กรนวัตกรรม

^{๙๐} อ้างอิงจาก <http://www.nuttaputch.com/marketing-trend-2014/>, Thailand Social Network 2013 โดย Zocial Inc. และ The Digital Consumer, The Nielson Company (Feb. 2014)

ทางการเงินและการจัดการ (Innovative Financing) อาทิ นักศึกษาจากสถาบันการศึกษาต่างๆ คณะผู้ศึกษาจากงานสมัชชานานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการศึกษา (The International Union of Health Promotion and Education : IUHPE) และเครือข่ายนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (International Network of Health Promotion Foundations : INHPF) กลุ่มภาคีเครือข่าย สสส. กลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่จากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และกรมกำลังพลทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย เป็นต้น

(๒) บริการเพื่อเรียนรู้ชีวิตสุขภาวะครบวงจร ประกอบด้วย

๑. ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะประหยัดพลังงาน อาคารต้นแบบวิถีสีเขียว (Green Building) สร้างขึ้นภายใต้แนวคิด “สถาปัตยกรรมสีเขียว” หรืออาคารประหยัดพลังงาน ตามหลักเกณฑ์ในการประเมินอาคารและรับรองตามมาตรฐาน LEED (Leadership in Energy & Environmental Design) ประเภทอาคารใหม่ ระดับแพลตินัม (platinum)

๒. นิทรรศการและกิจกรรมสร้างสรรค์ต่างๆ สร้างแรงบันดาลใจการใช้ชีวิตสุขภาวะ

๓. ชุดความรู้เชิงผสมผสานผ่านชุดนิทรรศการ สื่อกิจกรรมการเรียนรู้ต่างๆ และหลักสูตรสร้างเสริมขีดความสามารถผู้นำการเปลี่ยนแปลง

๔. บริการห้องสมุดสร้างปัญญาและศูนย์บริการข้อมูลข่าวสาร

๕. กิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะในประเด็นสุขภาพกาย จิต ปัญญา และสังคม

๖. หลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อขยายผลชุดความรู้ด้านสุขภาวะ

๗. สื่อสร้างสรรค์เข้าถึงประชาชนในวงกว้าง ด้วยรูปแบบสื่อสมัยใหม่

อย่างไรก็ตาม การสร้างกระบวนการเรียนรู้กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะที่ผ่านมามีข้อจำกัด อาทิ การสร้างบุคลิกและตัวตน (brand personality) ของ “ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ชาติเอกลักษณ์ที่ชัดเจนที่สะท้อนบุคลิก (style) และภาพลักษณ์ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้เป็นที่ยึดจำแก่สาธารณชน นอกจากนี้เป็นการเรียนรู้แบบช่องทางเดียว และกลุ่มเป้าหมายในการทำงานยังไม่มี ความชัดเจนนัก อาทิ การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย (target segmentation) การกำหนดตำแหน่ง (positioning) เนื่องจากการสื่อสาร/ องค์ความรู้ด้านสุขภาวะ (แนวคิด/ วัฒนธรรมด้านสุขภาวะ) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ควรนำเสนออย่างตรงประเด็น (จุดคานงัด) ตรงกลุ่มเป้าหมาย และสื่อผ่านช่องทาง (channel) ที่ถูกต้อง ซึ่งแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะในระยะ ๓ ปีต่อไป จะมุ่งเน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงมากขึ้น ให้สอดคล้องกับพฤติกรรม และกระบวนการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งเสริมทักษะชีวิตภายนอกห้องเรียน เพื่อเตรียมความพร้อมให้เด็กและเยาวชนในอนาคต ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนสังคมโดยฐานความรู้ ให้สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะนำไปสู่การมีทักษะชีวิตที่รู้เท่าทัน มีภูมิคุ้มกัน และนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

จุดเน้นการดำเนินงาน

๑. พัฒนาศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้เป็นแหล่งเรียนรู้ต้นแบบด้านสุขภาวะที่มีบรรยากาศเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย เช่น ชุมชนรอบศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ และแหล่งเรียนรู้ต้นแบบ ตามภูมิภาค
๒. ขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้ด้านสุขภาวะให้เข้าถึงโอกาสการเรียนรู้ผ่านนิทรรศการ กิจกรรม และช่องทางการเรียนรู้ต่างๆ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม และลดช่องว่างความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ
๓. พัฒนาระบบบริการและกิจกรรมสนับสนุนการเรียนรู้สุขภาวะให้สอดคล้องเหมาะสมกับความสนใจและธรรมชาติในการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ผ่านนิทรรศการและกิจกรรม แต่ละกลุ่ม เพื่อสร้างประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาวะแก่สาธารณชน และขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะให้เกิดการขยายผลไปทั่วประเทศ
๔. พัฒนานวัตกรรมการดำเนินงาน ทั้งในเชิงระบบและกลไกการดำเนินงานรูปแบบใหม่ๆ การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงาน/องค์กรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม รวมทั้งเครือข่ายแหล่งเรียนรู้ต่างๆ เพื่อผนึกกำลังในการส่งเสริมให้ประชาชนมีทักษะ และขีดความสามารถในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ
๕. มุ่งเน้นการพัฒนากลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคมที่มีประสิทธิภาพ ในการสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มเป้าหมายมีทัศนคติและพฤติกรรมด้านบวก และทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็น ค่านิยมปฏิบัติ ในการสร้างวิถีสุขภาวะที่ดี ให้ความสำคัญโดยเฉพาะกลุ่มเด็ก เยาวชน และครอบครัว
๖. ให้ความสำคัญในการศึกษาค่านิยม ความเชื่อ ทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงบริบทแวดล้อม อันเป็นปัจจัยต่อการสร้างวิถีสุขภาวะที่ดีของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อประเมินและพัฒนาปรับปรุงแนวทางการทำงานได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
๗. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในวิชาชีพและเครือข่ายที่ต้องร่วมดำเนินงาน ให้มีความรู้ความเข้าใจ ในงานการตลาดเพื่อสังคม รวมไปถึงการประยุกต์ปฏิบัติได้เหมาะสมกับปัญหาและโจทย์งานที่กำหนด พร้อมทั้งสร้างเครือข่ายพันธมิตรใหม่ๆ ในงานการตลาดเพื่อสังคม ที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้เป็นแหล่งเรียนรู้ต้นแบบที่มีชีวิต และมีบรรยากาศเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการออกแบบการให้บริการ (service design) ที่คำนึงถึงมุมมองของผู้ใช้บริการเป็นหลัก เพื่อให้ผู้ใช้บริการมีการเข้าถึงและเกิดความพึงพอใจ
๒. เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น โดยผ่านระบบการเรียนรู้และสื่อสารสาธารณะในรูปแบบใหม่และตรงกับกลุ่มเป้าหมาย

๓. เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและขีดความสามารถของกลุ่มเป้าหมายให้เท่าทันพลวัตการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเน้นกลไกการขยายผลแนวคิดและวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องวิถีชีวิตและตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย

๔. เพื่อพัฒนากลไกการขยายผลแนวคิดและวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องวิถีชีวิตและตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย นำไปสู่วัตรกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

๕. เพื่อพัฒนากลยุทธ์และวางแผนการตลาดเพื่อสังคมที่มีประสิทธิภาพในการสร้างการเปลี่ยนแปลงสังคมได้สอดคล้องกับเป้าหมายและยุทธศาสตร์หลักขององค์กรที่กำหนดไว้

เป้าหมาย ๓ ปี ตัวชี้วัดหลัก

๑. ขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้ด้านสุขภาวะ

๑.๑ มีผู้รับรู้ข่าวสารของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะทุกช่องทาง เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๕,๐๐๐,๐๐๐ คน ภายในระยะเวลา ๓ ปี ฐานข้อมูลเดิม ปี ๒๕๕๖ มีผู้รับรู้ข่าวสารของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะทุกช่องทางทั้งสิ้น ๑,๐๐๐,๐๐๐ คน

๑.๒ มีผู้มาใช้บริการทุกช่องทางเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ ๓๐ ต่อปี ฐานข้อมูลเดิม ปี ๒๕๕๖ มีผู้มาใช้บริการทุกช่องทางรวมทั้งสิ้น ๖๐๐,๐๐๐ คน/ ครั้ง ต่อปี

๑.๓ มีสมาชิกศูนย์เรียนรู้สุขภาวะทุกช่องทางเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ ๒๐ ต่อปี ฐานข้อมูลเดิม ปี ๒๕๕๖ มีสมาชิกรวมทั้งสิ้น ๓๐,๐๐๐ คน

๑.๔ เกิดพันธมิตรเครือข่ายแหล่งเรียนรู้ จากความร่วมมือ พัฒนา และเชื่อมโยงกิจกรรมของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะกับแหล่งเรียนรู้ หน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายต่างๆ เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑๐ แห่ง ต่อปี

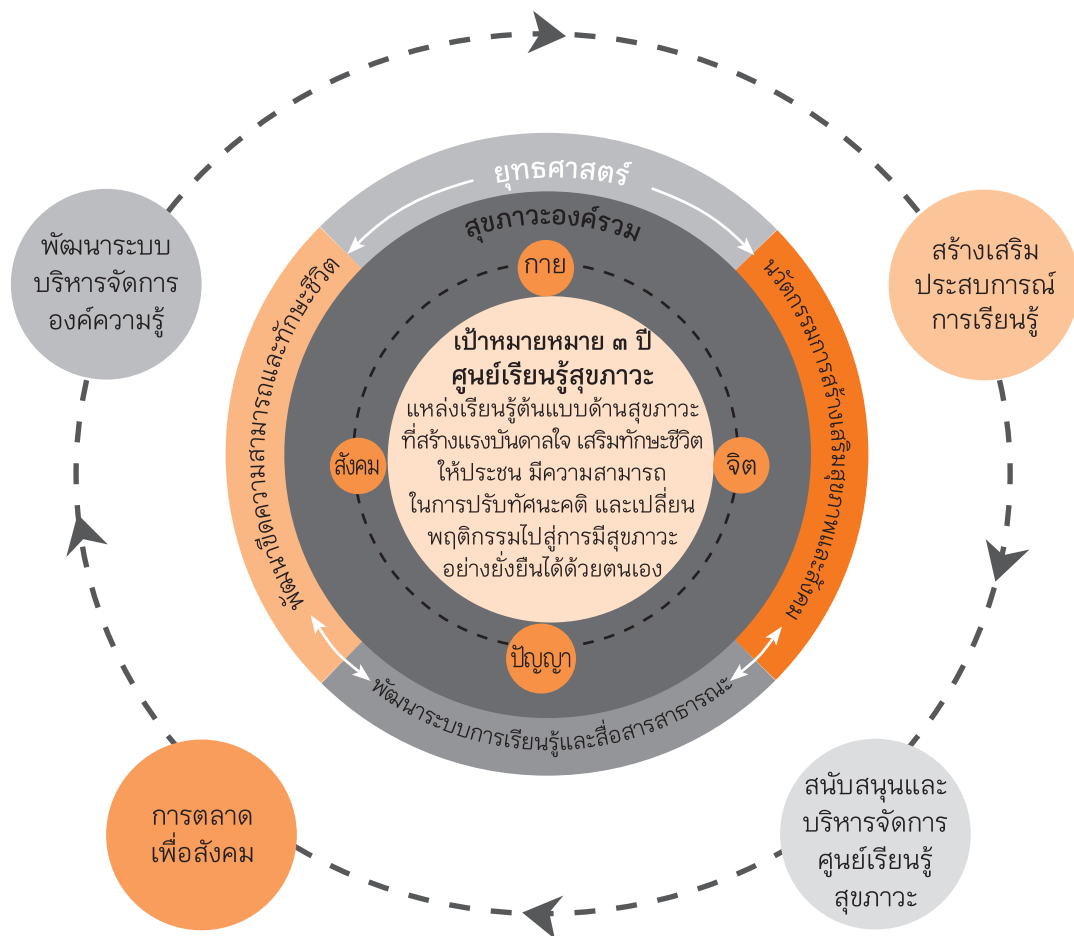
๒. ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เป็นแหล่งเรียนรู้ที่มีบรรยากาศการเรียนรู้ที่มีชีวิตชีวา ก่อให้เกิดแนวคิดในการปรับทัศนคติและเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

๒.๑ มีผู้มาใช้บริการทุกช่องทางที่ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๐ ต่อปี ฐานข้อมูลเดิม ปี ๒๕๕๖ มีผู้ใช้บริการ ๕๕,๐๐๐ คน

๒.๒ ผู้มาใช้บริการเกิดความพึงพอใจในการใช้บริการทุกช่องทาง อย่างน้อยร้อยละ ๘๐

๒.๓ ผู้มาใช้บริการเกิดแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างน้อยร้อยละ ๘๐

๓. กลุ่มเป้าหมายรับรู้และตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕ และเกิดการตระหนัก เห็นด้วย และสนับสนุนในการเนื้อหาประเด็นสุขภาวะที่ได้สื่อสาร ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐



๑. พัฒนาระบบการเรียนรู้และสื่อสารสาธารณะ โดยเน้นการพัฒนาระบบและกลไกบริหารจัดการองค์ความรู้ ข้อมูล เทคโนโลยีสารสนเทศทั้งในองค์กร สสส. และภาคีเครือข่าย รวมทั้งการวางแผนกลยุทธ์ทางการตลาดและการสื่อสารให้เหมาะสมกับบริบทและความสนใจ ของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น

๒. พัฒนาทักษะชีวิตและขีดความสามารถของกลุ่มเป้าหมายให้เท่าทันพลวัตการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเพิ่มโอกาสการเรียนรู้ สร้างประสบการณ์ ทักษะชีวิตให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีภูมิคุ้มกัน และรู้เท่าทันกระแสการเปลี่ยนแปลงทางสังคมผ่านการเรียนรู้ด้วยรูปแบบที่หลากหลาย อาทิ นิทรรศการ สร้างแรงบันดาลใจ กิจกรรมสร้างสรรค์ การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ

๓. พัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและสังคม เพื่อเป็นกลไกการขยายผลแนวคิดและวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องวิถีชีวิตและตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย ทั้งนวัตกรรมเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่ต้นแบบการเรียนรู้สุขภาวะ การขยายพื้นที่/ ช่องทางสร้างเสริมสุขภาพ การขยายโอกาสและความร่วมมือกับหน่วยงาน องค์กร และเครือข่ายการเรียนรู้ต่างๆ



๔. ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานการตลาดเพื่อสังคม จะมุ่งเน้นไปที่ ๕ เรื่องสำคัญ ได้แก่

๔.๑ การพัฒนาระบบการทำงานการตลาดเพื่อสังคม ให้เกิดต้นแบบแนวทางและวิธีการทำงานที่เป็นกระบวนการขั้นตอนที่ชัดเจน สร้างองค์ความรู้ของการทำงานการตลาดเพื่อสังคม ในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะของสังคม และเผยแพร่ขยายฐานเครือข่ายที่สนใจอยากร่วมใช้เครื่องมือทางการตลาดเพื่อสังคมให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม

๔.๒ ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง และวิเคราะห์เพื่อพัฒนาวางแผนการดำเนินงาน รวมไปถึงออกแบบระบบประเมินผลการรับรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของสังคม ต่อเป้าหมายงานสร้างเสริมสุขภาวะ

๔.๓ พัฒนาศักยภาพและสร้างบุคลากรในวิชาชีพการตลาดเพื่อสังคม โดยมีเป้าหมายไปสู่การสร้างสถาบันการตลาดเพื่อสังคม

๔.๔ พัฒนานวัตกรรมในงานการตลาดเพื่อสังคม เพื่อเป็นต้นแบบกระบวนการทำงานในรูปแบบใหม่ๆ ให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของสังคมปัจจุบัน

๔.๕ พัฒนาเครือข่ายงานการตลาดเพื่อสังคม ให้เกิดความเข้าใจและเกิดความร่วมมือร่วมพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาวะทั้งเครือข่ายวิชาชีพ องค์กรวิชาชีพ สื่อมวลชน สถาบันการศึกษา องค์กรรัฐและเอกชนที่สนใจ

กลุ่มแผนงาน

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

งบประมาณ^{๔๑}

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	๕๔๕	๕๐๙	๕๒๐

^{๔๑} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้

งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

ในการพัฒนางานใหม่ของ สสส. ในระยะหลัง จะมีความเกี่ยวข้องของหน่วยงานใหม่ ประเด็นใหม่ กับ แผนงานต่างๆ ที่มีอยู่แล้วพอสมควร นอกเหนือจากการประสานงานในรูปแบบต่างๆ แล้ว สสส. ได้พัฒนารูปแบบการบูรณาการงานใหม่ ที่มีลักษณะประสานและต่อยอดจากฐานงานเก่าที่มีอยู่ โดยเพิ่มการจัดการและงบประมาณที่จำเป็น

กระบวนการพัฒนากลุ่มแผนงานกลางในเรื่องที่มีการพิจารณาร่วมกันว่าเป็นประเด็นใหม่ที่ สสส. ควรดำเนินงานเพิ่ม และมีความเกี่ยวข้องกันกับหน่วยงานของหลายแผนงานที่มีอยู่ กระทำโดยการประมวลหลักการ สถานการณ์ มาตรการ “งานใหม่” ที่ต้องการพัฒนา ร่วมกับการประมวล “งานเก่า” ที่มีอยู่ในแผนต่างๆ แล้วพัฒนา “ภาพรวมของกลุ่มงานใหม่” แล้วจัดกลไกประสาน งบประมาณสนับสนุนตามความจำเป็น และการควบคุมกำกับ และเมื่อกลไกกลางนี้ประสานให้เกิดการดำเนินงานขึ้นแล้ว ก็จะค่อยปรับตัวเป็นการประสานภายใต้แผนปกติต่อไป

จุดเน้นของแผน

ในปิงงบประมาณ ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ สสส. ได้วางแผนรองรับการจัดการกลุ่มงานกลางที่จะเป็นการดำเนินงานต่อเนื่องมาจากปีก่อนหน้า นอกจากนั้น ยังครอบคลุมถึงงานสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพตามแผนหลักของ สสส. ให้เกิดผลอย่างยั่งยืน และงานสนับสนุนการประเมินผลของคณะกรรมการประเมินผล พร้อมทั้งการเตรียมความพร้อมรองรับปัญหาสุขภาพเร่งด่วนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพในเชิงประเด็นที่มีหน่วยงานกระจายในหลายแผน
๒. เพื่อรองรับประเด็นปัญหาสุขภาพเร่งด่วนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างปี

เป้าหมาย ๓ ปี และตัวชี้วัด

๑. มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ
๒. กลุ่มเป้าหมายของงานสร้างเสริมสุขภาพรับรู้และตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕

ยุทธศาสตร์

๑. เชื่อมโยงประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข องค์กรสุขภาพต่างๆ และองค์การอนามัยโลกในประเทศไทยในการพัฒนาเครือข่ายลดปัญหาจากโรคไม่ติดต่อ โดยเชื่อมโยงกับภาคีด้านปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การควบคุมยาสูบ การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และอาหารและโภชนาการ เข้ากับองค์กรด้านการควบคุมป้องกันโรคหลักๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และภาวะความดันโลหิตสูง

๒. พัฒนางานขับเคลื่อนการสร้างพลเมือง (active citizen) เพื่อประเทศไทยที่น่าอยู่ ซึ่งเป็นการดำเนินงานขับเคลื่อนของภาคีพัฒนาประเทศไทย และเครือข่ายที่ต่อเนื่องจากสมัชชาปฏิรูป โดยจะดำเนินการเพื่อกระตุ้น/ ปลุกให้สังคมเกิดความตื่นตัว เห็นโอกาส และเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการสร้างพลเมืองเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมไทยให้มีสุขภาวะที่ดีขึ้น ควบคู่กับส่งเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความ เป็นพลเมืองสำหรับเยาวชนในระดับอุดมศึกษาและส่งเสริมให้เยาวชนได้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพ และคุณลักษณะของพลเมืองที่สร้างสรรค์ ผ่านกระบวนการเรียนรู้และปฏิบัติจากสังคมจริง ตลอดจนสนับสนุนกลไกความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ให้เกิดการขับเคลื่อนขบวนการสร้างพลเมืองเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมไทยให้น่าอยู่ อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

๓. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสื่อสารสร้างสุขภาวะตั้งแต่ระดับ บุคคล องค์กร ภาค นโยบาย มุ่งสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของร่วม จนเกิดการร่วมผลักดันประเด็นการสร้างเสริมสุขภาวะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสังคม

การบริหารจัดการ

สำนักงานบริหารจัดการในลักษณะกลุ่มงานกลางภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงาน

งบประมาณ^{๔๒}

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	๓๔๓	๓๑๙	๒๗๑

^{๔๒} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้

งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกลไกหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ โดยเป็นองค์กรขนาดเล็กที่เน้นความยืดหยุ่นและใช้นวัตกรรมในการบริหารจัดการ มุ่งสร้างการมีส่วนร่วมหรือแสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในลักษณะเจ้าภาพร่วม

อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กร แม้ สสส. จะสั่งสมความรู้และประสบการณ์ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้ง มีคณะกรรมการและภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งและมีความรู้ความสามารถสูงและหลากหลาย ทว่า ด้วยปัญหาสังคมและสุขภาพมีความยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น จึงกลายเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อการทำงานเชิงรุกได้ทันต่อความคาดหวังเท่าที่ควร ดังนั้น สสส. จึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริหารจัดการรวมทั้งระบบติดตามประเมินผลเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและพลวัตในการสร้างเสริมสุขภาพ

ในช่วงแผนหลัก ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ สสส. มีวัตถุประสงค์และแนวทางการบริหารจัดการกองทุนและสำนักงานให้ตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร ดังนี้

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

๑. การมุ่งเน้นบุคลากร

- ๑.๑ พัฒนาความเป็นผู้นำ พัฒนาขีดความสามารถหลักที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังขององค์กรรวมทั้งการขยายขอบเขตการพัฒนาไปยังภาคี
- ๑.๒ สร้างวัฒนธรรมและคุณค่าหลักขององค์กรในตัวเจ้าหน้าที่
- ๑.๓ สร้างความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร
- ๑.๔ สร้างบรรยากาศของความคิดสร้างสรรค์และสภาพแวดล้อมที่ดีต่อการทำงาน

๒. การจัดการกระบวนการ

- ๒.๑ ให้ความสำคัญกับข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้ใช้บริการเพื่อพัฒนาและปรับปรุงระบบที่เน้นคุณภาพ (ความรวดเร็ว ความถูกต้องเชื่อถือได้) และนวัตกรรมการให้บริการ
- ๒.๒ กำหนดกระบวนการดำเนินงานที่สำคัญขององค์กร การยึดมั่นกับการนำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๓. การจัดการความรู้

- ๓.๑ การมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศพื้นฐานที่เชื่อถือได้และสนับสนุนการจัดการความรู้
- ๓.๒ การสร้างวัฒนธรรมและแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการความรู้และเสริมสร้างนวัตกรรม เช่น การจัดเก็บ แบ่งปัน และสร้างความรู้ใหม่

๔. การมุ่งเน้นผู้ใช้บริการ

- ๔.๑ พัฒนาระบบการและจิตใจที่พร้อมให้บริการ เรียนรู้และรับฟังผู้ใช้บริการ
- ๔.๒ สร้างความสัมพันธ์และความพึงพอใจให้เกิดแก่ผู้ใช้บริการ
- ๔.๓ การสื่อสารสองทางที่ชัดเจน สม่ำเสมอ

๕. การวางแผนและการทำงานเชิงกลยุทธ์

- ๕.๑ การวางแผนกลยุทธ์ที่เน้น การใช้ข้อมูล กระบวนการและผู้เกี่ยวข้อง สามารถบ่งชี้ปัญหา/จุดบอดของการทำงาน การกำหนดความท้าทายในการดำเนินงาน กำหนดช่วงเวลาในการวางแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาว
- ๕.๒ การกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และกรอบเวลาในการบรรลุเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ สามารถตอบสนองความท้าทาย/ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์/ โอกาสในการพัฒนาทางด้านนวัตกรรมองค์กร สามารถสร้างความสมดุลระหว่างโอกาสและความท้าทายทั้งระยะสั้นและระยะยาวของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด
- ๕.๓ การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ มีการจัดสรรทรัพยากร การประเมินความเสี่ยง การจัดทำแผนหลักด้านทรัพยากรบุคคล มีตัววัดและการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนแผนได้ตามความจำเป็น
- ๕.๔ มีการคาดการณ์ผลการดำเนินงานทั้งในระยะสั้นและระยะยาว มีการเปรียบเทียบแผนและดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ

ยุทธศาสตร์และแนวทางการดำเนินการ

ด้านการพัฒนาบุคลากรและองค์กร

การพัฒนาบุคลากรยังคงเป็นหัวใจในการขับเคลื่อนองค์กรในช่วงแผนหลัก ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐ และได้เพิ่มงานทางด้านการพัฒนาองค์กรเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์อีกด้วย โดยยังคงยึดการพัฒนาบุคลากรและองค์กรตามแนวค่านิยมหลัก (core values) ที่จะนำไปสู่การสร้างพฤติกรรมการทำงานที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมขององค์กร ได้แก่ การมีวิสัยทัศน์คิดการใหม่อย่างสร้างสรรค์ (be innovative) หวังผลลัพธ์เพื่อส่วนรวม (collective impact) กระตือรือร้นทำงานเชิงรุก ((be proactive) มุ่งหวังผลที่ยั่งยืน (sustainable) มีจิตสำนึกต่อสาธารณะ (public-minded) ห่วงใยใส่ใจสุขภาพ (health conscious) รวมทั้งมีความสมดุลในการใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีคุณค่า สามารถขับเคลื่อนให้ สสส. เป็นองค์กรต้นแบบด้านการสร้างเสริมสุขภาวะได้ โดยยุทธศาสตร์และการดำเนินงานประกอบด้วย

๑. การพัฒนาระบบสายความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน (career development) ของบุคลากรใน สสส. ให้มีความชัดเจนในการเลื่อนระดับ การพัฒนาสมรรถนะหลักและสมรรถนะประจำตำแหน่งที่สอดคล้องกับความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ระบบการประเมินผลที่เที่ยงธรรมโปร่งใส ทั้งนี้เพื่อให้สามารถดึงคนเก่งคนดีไว้กับองค์กร

๒. การพัฒนาระบบการจัดการทรัพยากรบุคคลสำหรับผู้บริหาร (HR for Non-HR) เน้นการเพิ่มสมรรถนะในการบริหารงานบุคลากรขององค์กรให้สูงขึ้นผ่านทางผู้บริหารตามสายงาน ทั้งนี้เพื่อเป็นไปตามหลักการขยายขอบเขตของการกระจายอำนาจของการบริหารงานทั้ง “งาน-เงิน-คน” ลงไปสู่ระดับปฏิบัติการอย่างสมบูรณ์ โดยการพัฒนาจะทำผ่านกลไกหลายๆ ด้าน เช่น การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การสอนแนะนำงาน (coaching) การให้คำปรึกษา (mentoring) เป็นต้น

๓. การพัฒนาการสรรหาบุคลากรเชิงรุก โดยพัฒนาระบบการคัดเลือกบุคลากรเชิงรุกต่อเนื่องจากแผนหลักในช่วงที่ผ่านมา โดยเน้นการคัดเลือกบุคลากรในตำแหน่งต่างๆ ที่สอดคล้องกับสมรรถนะและวัฒนธรรมองค์กร ผ่านกลไกการพัฒนาที่สำคัญ เช่น โครงการเจ้าหน้าที่ฝึกหัด (trainees project) โครงการนักศึกษาฝึกงาน เป็นต้น โดยการสรรหาบุคลากรเชิงรุกนี้ เป้าหมายไม่เพียงแต่จะตอบสนองต่อความต้องการบุคลากรภายใน สสส. เท่านั้น แต่ยังจะตอบสนองต่อความต้องการบุคลากรด้านการพัฒนาสังคมและสร้างเสริมสุขภาพในภาคีเครือข่ายอีกด้วย

๔. การพัฒนาองค์กร (Organization Development) เน้นการพัฒนาใน ๓ ส่วน คือ การพัฒนาสมรรถนะหลักและสมรรถนะในกลุ่มงาน การพัฒนาโครงสร้างการบริหารงานให้มีความคล่องตัว มีการกระจายอำนาจและกระบวนการทำงานที่ชัดเจน และการพัฒนาให้บุคลากรมีพฤติกรรมคาดหวังที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมองค์กร

ด้านการเงิน การบัญชี พัสดุ และตรวจสอบแผนงานโครงการ

สสส. มีการจัดสรรทุนให้แก่ภาคีในการดำเนินงานโครงการเสริมสร้างสุขภาพะทั่วประเทศสนับสนุนโครงการในแต่ละปี ซึ่งรวมทั้งโครงการใหม่และโครงการต่อเนื่อง ในการบริหารจัดการ มีการกำกับติดตามตรวจสอบโครงการ การเบิกจ่าย การบันทึกบัญชี การจัดการวัสดุ ครุภัณฑ์ รวมทั้งการจัดทำข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องในการวางแผนการดำเนินงาน ประกอบกับแผนงานโครงการเหล่านั้น มีแนวทางในการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน ส่งผลให้แนวทางการบริหารจัดการในการสนับสนุนแผนงานโครงการต่างๆ จำเป็นต้องมีความคล่องตัว ยืดหยุ่น รวดเร็ว ถูกต้อง และเป็นที่ยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง

งานด้านการเงิน การบัญชี พัสดุ และตรวจสอบแผนงานโครงการเป็นส่วนสำคัญยิ่งในการขับเคลื่อนงานของ สสส. ที่มุ่งจะให้เกิดความยืดหยุ่น เพิ่มประสิทธิภาพ มีความรวดเร็ว น่าเชื่อถือ โดยให้เกิดความสมดุลกับระบบตรวจสอบและควบคุมภายในขององค์กร โดยในช่วงแผนหลัก ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐ จะมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

๑. มีการพัฒนาระบบบริหารพัสดุ จัดทำทะเบียนครุภัณฑ์ เพื่อรองรับการสนับสนุน ภาคีเครือข่าย อย่างเป็นระบบ รัดกุม ตรวจสอบได้ และสามารถดำเนินการปิดงบการเงินได้อย่างถูกต้องเป็นไปตามกฎหมายกำหนด ตามแผนงาน หมวดเงิน และหมวดบัญชี ตลอดจนมีระบบการควบคุมครุภัณฑ์ที่สามารถตรวจนับได้ มีการจัดทำแผนความต้องการพัสดุของโครงการที่เหมาะสม มีการดูแลและการเก็บรักษาอย่างดี สามารถนำมาบริหารจัดการให้เกิดความคุ้มค่า เพื่อลดต้นทุนในการดำเนินงาน

๒. ปรับปรุงกระบวนการให้บริการทางการเงิน บัญชี และพัสดุอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนการทำงานผ่านการจัดทำขั้นตอนมาตรฐานการปฏิบัติงาน การปรับปรุงระเบียบ แนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง และการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการเงิน บัญชีและทรัพย์สิน ภายในองค์กร การบริหารพัสดุขององค์กรและภาคี การลงบัญชีออนไลน์สำหรับภาคี

๓. พัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการที่สามารถจัดการข้อมูลได้อย่าง ถูกต้องเป็นไปตามหลักการและนโยบายบัญชีภาครัฐ รวมทั้งมาตรฐานการบัญชีทั่วไป (กรณีนโยบายบัญชี ภาครัฐไม่ได้กำหนดไว้) สามารถรายงานผลที่ถูกต้องและรวดเร็ว

๔. พัฒนาบุคลากรฝ่ายบัญชีและการเงิน ให้มีสมรรถนะในการเป็นผู้นำในด้านการพัฒนาวัตกรรม ด้านการบริหารที่มีประสิทธิภาพทันสมัย และสามารถถ่ายทอดงานของฝ่ายได้เป็นอย่างดี รวมทั้งการ ให้การบริการที่เป็นเลิศแก่ภาคี

ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

ความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้วิธีการทำงานต้องมีการปรับเปลี่ยนให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและพฤติกรรมผู้ใช้งาน สสส. ได้ตระหนักถึงปัจจัย สำคัญในการเปลี่ยนแปลงนี้ จึงได้ให้ความสำคัญกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการเพิ่มประสิทธิภาพ ของการทำงานทั้งของเจ้าหน้าที่ สสส. และภาคีที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ

ในช่วงแผนหลัก ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ งานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จะมุ่งที่จะตอบสนองต่อการสร้าง องค์ความรู้ในการบริหารจัดการและวางแผนเพื่อตอบสนองต่อการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีวิสัยทัศน์คิดการ ใหม่อย่างสร้างสรรค์ (be proactive) ดังนี้

๑. พัฒนาประสิทธิภาพของระบบสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหารและการบริหารโครงการ

๒. พัฒนาระบบการจัดการความรู้เพื่อตอบสนองต่อวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรเพื่อมุ่งสู่ การจัดการความรู้ โดยพัฒนาระบบและมาตรฐานการจัดเก็บข้อมูลอย่างถูกต้อง เหมาะสม ครบถ้วน การสืบค้นและแบ่งปันข้อมูลอย่างรวดเร็ว แม่นยำ การนำเอาข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อประโยชน์ในการบริหารงาน

๓. เพิ่มประสิทธิภาพ ความมั่นคงปลอดภัยของการให้บริการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศขององค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานขององค์กร การให้บริการที่เป็น พื้นฐาน รวมทั้งการจัดทำแผนรองรับความเสี่ยงและเหตุฉุกเฉิน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจได้ว่า ระบบ จะสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่องแม้จะมีเหตุฉุกเฉิน

ด้านอำนวยการบริหารจัดการสำนักงาน

งานด้านอำนวยการมีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการในกระบวนการหลักที่เป็นกระบวนการ ที่สำคัญขององค์กร เช่น การให้บริการงานบริหารงานทั่วไป การจัดการอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ การให้บริการด้านการจัดซื้อจัดจ้าง การให้บริการศูนย์สัญญา การให้บริการด้านกฎหมาย และการ ให้การบริการด้านสารบรรณและเอกสาร เป็นต้น ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรับปรุงกระบวนการ ให้การบริการอย่างต่อเนื่องให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ



ดังนั้น ภารกิจหลักของงานด้านอำนวยการบริหารจัดการสำนักงาน จึงต้องปรับปรุงกระบวนการทำงาน จัดทำขั้นตอนมาตรฐานการปฏิบัติงาน การปรับปรุงระเบียบแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง การรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเพื่อนำมาสู่การปรับปรุงงาน เป็นต้น

ในช่วงแผนหลัก ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ งานด้านอำนวยการบริหารจัดการสำนักงานจะดำเนินงานต่อเนื่องจากแผนในช่วงก่อน ดังนี้

๑. การขยายขอบเขตของการให้บริการจัดการอาคารศูนย์เรียนรู้สู่สาธารณะให้สอดคล้องกับนโยบาย และแผนกลยุทธ์ของศูนย์เรียนรู้ ที่เน้นการขยายเวลา ขอบเขต และคุณภาพของการให้บริการ โดยเฉพาะการให้บริการในการใช้ประโยชน์จากพื้นที่แก่ เจ้าหน้าที่ ภาควิชา และสาธารณชนทั่วไป

๒. ปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน ปรับกฎระเบียบให้ทันสมัย และการสื่อสารแก่ผู้ใช้บริการอย่างทั่วถึง ทั้งนี้เพื่อสร้างความเข้าใจในกระบวนการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกัน เพิ่มคุณภาพของการให้บริการ โดยลดความล่าช้าของกระบวนการและลดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานในทุกกระบวนการ

๓. การพัฒนาบุคลากรและการขับเคลื่อนให้เกิดนวัตกรรมขององค์กรจากงานประจำ

ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์

การพัฒนา นโยบายและยุทธศาสตร์ ครอบคลุมการดำเนินงานตลอดวงจรของการบริหารและพัฒนาคุณภาพ ได้แก่การวิเคราะห์สถานการณ์และศักยภาพขององค์กรสำหรับการวางแผนและกำหนด ยุทธศาสตร์ดำเนินงาน การแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ การวิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญและเสนอทางเลือกในการดำเนินงานตามแผน การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและจัดทำทางเลือกเชิงนโยบายเพื่อการยกระดับการพัฒนาการทำงานของกองทุนอย่างต่อเนื่อง

งานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ในช่วงแผนหลัก ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ สสส. จะมีจุดเน้นดังนี้

๑. การจัดตั้งหน่วยยุทธศาสตร์ (Strategic Think Tank) เพื่อสนับสนุนการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ สร้างความรู้ กลไก และวิธีการใหม่ๆ ในการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของสังคมที่หลากหลาย อันจะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมของการสร้างเสริมสุขภาพและนวัตกรรมทางสังคม

๒. การเพิ่มความเข้มข้นในการแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ โดยกระบวนการการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของ เช่น การติดตามผลและการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เพื่อกำหนดและปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ที่เหมาะสม การพัฒนาและกำหนดตัวชี้วัดในระดับต่างๆ จากระดับประเทศ ไปสู่ระดับองค์กรและบุคคลที่วัดผลได้อย่างเหมาะสม เทียบตรง

ด้านการตรวจสอบภายใน

การตรวจสอบภายใน (Internal Audit) เป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติงานด้านต่างๆ ภายในองค์กรให้สำเร็จ เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนด เพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงานขององค์กรให้ดีขึ้น รวมทั้งเป็นการให้ข้อมูลกับฝ่ายบริหารและเป็นหลักประกันขององค์กรในด้านการประเมิน ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพของระบบการควบคุมภายในที่เหมาะสม โดยอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ

คณะกรรมการกำกับดูแลการตรวจสอบภายใน ซึ่งมีผู้ตรวจสอบภายในทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการ

การตรวจสอบภายในในช่วงแผนหลัก ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐ สสส. ให้ความสำคัญกับการตรวจสอบภายในสามด้าน ได้แก่ ด้านการเงินบัญชี (Financial Audit) ด้านการปฏิบัติตามข้อกำหนด (Compliance Audit) และด้านการดำเนินงาน (Operating/ Performance Audit) การปฏิบัติตามผลการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบ และติดต่อประสานงานกับผู้รับตรวจ การให้คำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุงให้ถูกต้อง และพัฒนาเครื่องมือการปฏิบัติงานเพื่อการควบคุมภายในที่ดีและป้องกันความเสี่ยง

ด้านการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีคณะทำงานบริหารความเสี่ยงรับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย กำกับดูแลและให้ข้อเสนอแนะ โดยยึดแนวทางการดำเนินงานตามหลักสากล และสอดคล้องกับวัฒนธรรมองค์กร

แนวทางการดำเนินงานในช่วงแผนหลัก ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐ สสส. ทั้งในระดับองค์กรและระดับปฏิบัติการตามมาตรฐานการบริหารความเสี่ยงสากลหรือมาตรฐานการบริหารความเสี่ยงที่เป็นที่ยอมรับทั่วไป การกำหนดแผนการบริหารความเสี่ยงจะครอบคลุมถึงการระบุความเสี่ยง สาเหตุของความเสี่ยง การจัดระดับความสำคัญของความเสี่ยงในทุกด้าน การระบุผู้รับผิดชอบ วิธีการในการบริหารความเสี่ยงให้เหลืออยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และการทบทวนแผนการบริหารความเสี่ยงเป็นระยะเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

งบประมาณ^{๔๓}

	งบประมาณ (ล้านบาท)		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	๒๘๙	๒๘๕	๒๘๐

^{๔๓} งบประมาณอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละปีได้

ส่วนที่ ๔

ภาคผนวก

- | | |
|---|--|
| ๑ | นิยามศัพท์ |
| ๒ | นโยบายการเงินและงบประมาณ |
| ๓ | กระบวนการการปรับปรุงแผนหลัก |
| ๔ | หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุน
โครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔ กองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ |
| ๕ | กรอบอัตรากำลัง ๓ ปี |



นิยามศัพท์

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 และกรอบงบประมาณในระยะเวลา ๓ ปี โดยเป็นเอกสารหลักสำหรับจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี

แผนการดำเนินงานประจำปี หมายความว่า แผนการดำเนินงานของสำนักงานตามมาตรา ๒๑ (๒) ซึ่งจะแสดงรายละเอียดของเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด แผน กลุ่มแผนงาน และงบประมาณ ในระยะเวลา ๑ ปี

แผน (plan) หมายความว่า กลุ่มของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการที่มีความเกี่ยวเนื่องสอดคล้องกัน อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ

แผนงาน (program) หมายความว่า กลุ่มของชุดโครงการ หรือโครงการ ซึ่งมีกิจกรรมที่สัมพันธ์กันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนงาน

ชุดโครงการ (project package) หมายความว่า กลุ่มของโครงการ ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของชุดโครงการ

โครงการ (project) หมายความว่า กลุ่มของกิจกรรมซึ่งมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ

ทุกคน หมายถึง ทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย โดยไม่มีการแบ่งแยกตามฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม สภาพทางกาย ความพิการ เพศ อายุ ถิ่นที่อยู่ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ และอุดมการณ์ทางการเมือง

สุขภาพหรือสภาวะ หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๓) ประกอบด้วยสี่มิติ ได้แก่ สุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม

สุขภาวะทางกาย หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีเศรษฐกิจพอเพียงอยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่มีอุบัติเหตุ

สุขภาวะทางจิต หมายถึง จิตใจที่เป็นสุข ปรับตัวได้เมื่อเผชิญปัญหาและความเปลี่ยนแปลง

สุขภาวะทางปัญญา หมายถึง การรอบรู้ รู้เท่าทันสรรพสิ่ง มีความเมตตากรุณา มีสติ สมาธิ

สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี ในครอบครัว ชุมชน สถานที่ทำงาน คนในชุมชน รวมถึงการมีบริการทางสังคมที่ดี มีความเสมอภาคและมีสันติภาพ

ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ หมายถึง ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสของการเกิดโรคและผลกระทบต่อ สุขภาวะของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม และไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายเท่านั้น หากยังส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมด้วย

ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ (social determinants of health : SDH) หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต มีชีวิต ทำงาน โดยสภาพเหล่านี้ถูกกำหนดจากนโยบายของฝ่ายบริหาร ซึ่งกำหนดวิธีการในการกระจายอำนาจและทรัพยากร ทั้งในระดับโลก ระดับประเทศ และระดับท้องถิ่น ปัจจัยทางสังคมเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความไม่เสมอภาค และความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ (health inequalities) ทั้งในและระหว่างประเทศ

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy at birth) หมายถึง จำนวนปีที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไป นับตั้งแต่ปีที่เกิด

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดที่มีสภาวะ (health adjusted life expectancy at birth) หมายถึง จำนวนปีโดยเฉลี่ยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีสภาวะ นับตั้งแต่ปีที่เกิด

ขีดความสามารถ (capability) หมายถึง ความสามารถในการแสดงพฤติกรรม ซึ่งเป็นทุนมนุษย์ที่เป็นผลรวมของความรู้ความชำนาญและความสามารถ

นวัตกรรมสังคม หมายถึง กลยุทธ์ กรอบแนวคิด ความคิดและองค์การใหม่ๆ ที่ตอบสนองความต้องการของสังคมในทุกรูปแบบที่นำไปสู่การขยายตัวหรือการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคม ในขณะที่ ศูนย์นวัตกรรมสังคม มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด สหรัฐอเมริกา ได้นิยาม “นวัตกรรมสังคม” ว่าหมายถึงกระบวนการคิดค้น หลักประกันในการสนับสนุน และการปฏิบัติตามวิธีการใหม่ๆ เพื่อแก้ปัญหาสังคม หรือตอบสนองต่อความต้องการของสังคม

กิจการเพื่อสังคม หมายถึง การที่ภาคเอกชนซึ่งเป็นบุคคล กลุ่มบุคคลหรือชุมชนได้ประกอบกิจการหรือดำเนินการโดยมีเป้าหมายอย่างชัดเจนตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน สังคมหรือสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก มีรายรับจากการขาย การผลิตสินค้า หรือการให้บริการ ซึ่งมีได้มุ่งกำไรสูงสุดต่อผู้ถือหุ้นหรือเจ้าของกิจการ หรือการดำเนินการ

ชุมชน หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกันหรือต่างพื้นที่ก็ได้ แต่กลุ่มบุคคลเหล่านั้น จะต้องมีความสนใจร่วมกัน (common interest) มีความสัมพันธ์กัน (relationship) มีการกระทำระหว่างกัน (interaction) มีความรู้สึก (sense) และมีสถาบันสังคมหรือระบบวัฒนธรรมที่ตอบสนองความจำเป็นเพื่อการดำรงอยู่ของมนุษย์ เช่น สถาบันครอบครัว เครือญาติ การเมืองการปกครอง ศาสนา ศิลปะ

ท้องถิ่น ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๕๔ หมายถึง ท้องที่ใดท้องที่หนึ่ง โดยเฉพาะ ซึ่งเน้นถึงลักษณะทางสภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์และทางธรรมชาติ ที่มีความเป็นขอบเขตเฉพาะพื้นที่นั้นๆ เป็นสำคัญ เช่น ประเพณีท้องถิ่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น และยังมีความหมายที่กำหนดขอบเขตของพื้นที่ระดับย่อยตามเขตการปกครอง ได้แก่ หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด หรือเป็นหน่วยงานระดับรองไปจากหน่วยงาน เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล สำหรับการดำเนินงานของ สสส. ที่มุ่งทำงานผ่านท้องถิ่นจะหมายถึงขอบเขตพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกในการส่งเสริม สนับสนุน และประสานให้ภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ ร่วมรับประโยชน์ ร่วมตรวจสอบ รวมถึงการประสานกับภายนอกที่เป็นการตอบสนองต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน

นิยามศัพท์ดังกล่าวข้างต้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการสื่อสารให้ผู้อ่านเข้าใจตรงกัน และนำไปใช้ในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี รวมถึงแผนงาน โครงการที่เกี่ยวข้องต่อไป



นโยบายการเงินและงบประมาณ

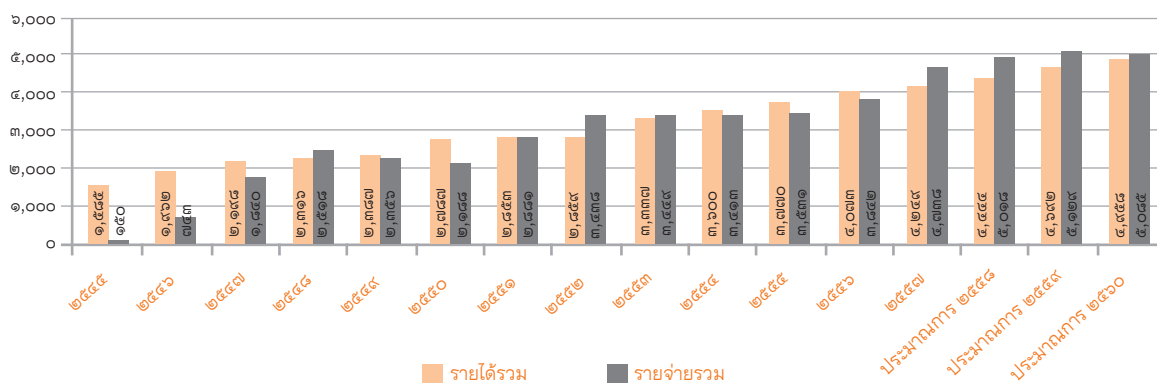
นโยบายทางการเงิน

๑. รักษาปริมาณเงินทุนให้มีสภาพคล่องและเพียงพอต่อภาระผูกพัน
๒. รักษาเงินทุนสำรองเพื่อรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต^{๙๔}
๓. รักษายอดเงินรวมผูกพันโครงการต่างๆ มิให้มีเงินคงเหลือสุทธิของกองทุนมากเกินไปโดยไร้เหตุผลอันสมควร

๔. การบริหารจัดการเงินทุนที่ยังไม่ถึงกำหนดเบิกจ่ายให้เกิดผลตอบแทนที่เหมาะสม

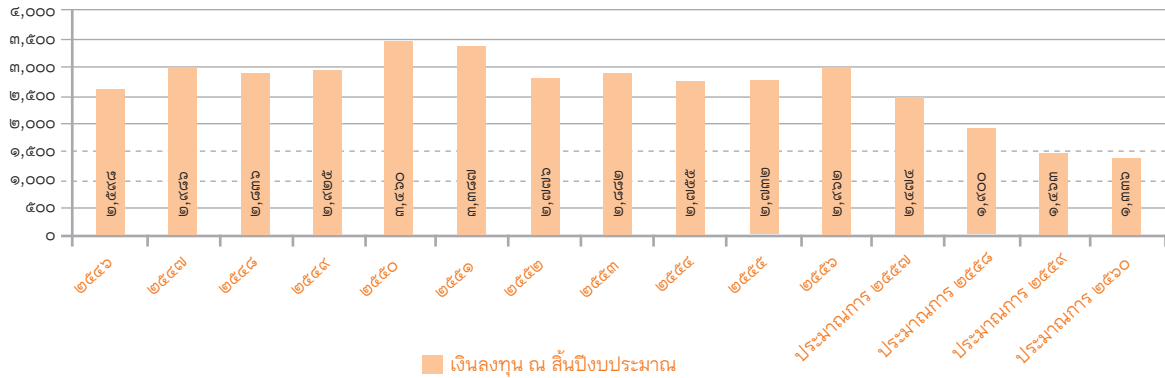
เพื่อสอดคล้องกับรายรับจากภาษีและสนับสนุนให้ สสส. บรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายการเงินข้างต้น คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินจึงได้เสนอให้จัดทำงบประมาณแบบขาดดุล เป็นระยะเวลา ๓ ปี (๒๕๕๘ – ๒๕๖๐) และคาดว่าจะสามารถปรับเข้าสู่ระบบงบประมาณแบบสมดุลได้ภายในปี ๒๕๖๑ และบรรลุเป้าหมายในการรักษาเงินทุนสำรองเพื่อรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคตได้ภายในปี ๒๕๕๙

ประมาณการรายได้และค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐



^{๙๔} ในการประชุมคณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินเมื่อวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๕๗ ที่ประชุม ได้เห็นชอบให้ปรับระดับเงินทุนสำรองขั้นต่ำเพื่อรองรับความผันผวนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคตให้อยู่ที่ ๑,๐๐๐ – ๑,๕๐๐ ล้านบาทด้วย และเมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๗ คณะกรรมการกองทุนได้ให้ความเห็นชอบตามที่คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินเสนอ

ประมาณการเงินลงทุน ณ สิ้นปีงบประมาณ ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐



สรุปประมาณการสถานะทางการเงินประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐

หน่วย: ล้านบาท

	๒๕๕๕	๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
รายได้ภาษี	๓,๕๖๑	๓,๘๑๒	๓,๙๘๒	๔,๒๒๑	๔,๔๗๔	๔,๗๔๓
รายได้อื่น	๒๐๘	๒๖๑	๒๖๗	๒๒๓	๒๑๘	๒๑๕
รายได้รวม	๓,๗๖๙	๔,๐๗๓	๔,๒๔๙	๔,๔๔๔	๔,๖๙๒	๔,๙๕๘
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนโครงการ	๓,๒๒๔	๓,๔๘๕	๔,๓๖๓	๔,๖๒๖	๔,๗๓๒	๔,๖๙๒
ค่าใช้จ่ายบริหารโครงการ	๑๑๓	๑๔๔	๑๑๖	๑๒๓	๑๒๕	๑๒๔
ค่าใช้จ่ายอื่น	๑๙๔	๒๑๔	๒๕๙	๒๖๙	๒๗๒	๒๖๘
ค่าใช้จ่ายรวม	๓,๕๓๑	๓,๘๔๓	๔,๗๓๘	๕,๐๑๘	๕,๑๒๙	๕,๐๘๔
รายรับสูงกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	๒๓๘	๒๓๑	-๔๘๙	-๕๗๔	-๔๓๗	-๑๒๗
สถานะเงินลงทุนปลายงวด	๒,๗๓๒	๒,๙๖๒	๒,๔๗๔	๑,๙๐๐	๑,๔๖๓	๑,๓๓๖
วงเงินอนุมัติ	๓,๙๕๖	๔,๗๐๐	๔,๘๐๐	๕,๑๐๐	๕,๐๐๐	๔,๙๐๐
ภาระผูกพันที่จำเป็นต้องจ่าย			๑,๖๑๓	๑,๕๒๒	๑,๕๕๑	๑,๖๒๘

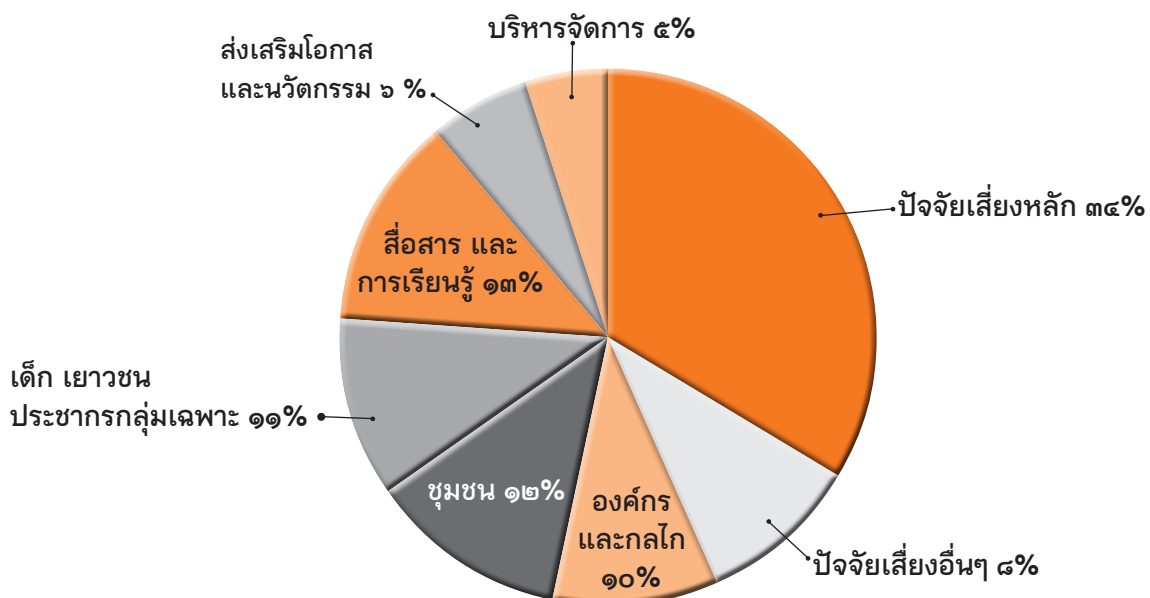
กำหนดสมมติฐานในการจัดทำประมาณการที่สำคัญ ประกอบด้วย

- อัตราเงินเฟ้อเฉลี่ยร้อยละ ๓.๐ ต่อปี
- สัดส่วนการลงทุนในตราสารทุนต่อตราสารหนี้และเงินฝาก เฉลี่ยร้อยละ ๑๐ ต่อ ๙๐
- อัตราผลตอบแทนเงินลงทุน (รวมทุกประเภท) เฉลี่ยร้อยละ ๓.๐ ต่อปี
- ค่าเสื่อมราคาเฉลี่ยร้อยละ ๕.๐ ต่อปี
- สัดส่วนการเบิกจ่ายโครงการใหม่ต่อวงเงินอนุมัติเฉลี่ยร้อยละ ๓๕.๐ ต่อปี
- สัดส่วนการเบิกจ่ายต่อเนื่องต่อยอดการระดมทุนเฉลี่ยร้อยละ ๗๐.๐ ต่อปี
- สัดส่วนงบประมาณเพื่อสนับสนุนปัจจัยเสี่ยงหลักเฉลี่ยร้อยละ ๓๓.๐ ต่อปี

หมายเหตุ: พิจารณากำหนดสมมติฐานโดยการอ้างอิงจากผลการดำเนินงานจริงย้อนหลัง ๑๑ ปี (๒๕๔๕ - ๒๕๕๕)

ในการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในแต่ละแผนนั้น สสส. ได้คำนึงถึงความสอดคล้องกับแนวนโยบายในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) จำนวน ๕ ข้อรวมถึงความจำเป็นเร่งด่วนของประเด็นปัญหาสุขภาพตามลำดับของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ตลอดจนคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการบริหารจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย

สัดส่วนการแบ่งงบประมาณรวมทั้ง ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)





กระบวนการปรับปรุงแผนหลัก

หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔ ข้อ ๕.๒ กำหนดให้ผู้จัดการจัดทำแผนหลักระยะเวลา ๓ ปี ตามแนวทางของทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี เพื่อขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการ และต้องปรับปรุงเมื่อครบกำหนด ๓ ปี โดยให้ผู้จัดการจัดประชุมคณะกรรมการบริหารแผนและภาคีเพื่อจัดทำแผนหลัก เพื่อระดมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนหลักอย่างกว้างขวาง จากนั้นให้เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบแผนหลักภายในเดือนสิงหาคมของปีที่พิจารณา นอกจากนี้ ยังกำหนดให้คณะกรรมการนโยบายทางการเงินวิเคราะห์และเสนอกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีของกองทุน โดยจัดทำเป็นระยะเวลา ๓ ปี แล้วให้เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนพฤษภาคมของทุกปี

การจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๔ - ๒๕๖๐) มีกระบวนการและขั้นตอนสรุปได้ดังนี้

๑. คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในคราวการประชุม ครั้งที่ ๕/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔ มีมติให้ความเห็นชอบ

๑) เอกสารชี้ทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๕) และให้ สสส. ใช้เป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนหลัก ๒๕๕๔ - ๒๕๖๐ และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๔

๒) หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔

๒. คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในคราวประชุมครั้งที่ ๙/๒๕๕๖ เมื่อวันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ มีมติให้ความเห็นชอบกรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนหลัก ๒๕๕๔ - ๒๕๖๐ ดังนี้

๑) ใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี เพื่อการบูรณาการการทำงาน และมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ ภายใต้กลไกการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

๒) ขยายฐานผู้รับประโยชน์ ผ่านการพัฒนาจากทุนความรู้ เพื่อเสริมพลังสังคมให้เกิดความตื่นรู้ในด้านสุขภาพ ในประชากรที่กว้างขวางขึ้น

๓) **สร้างความยั่งยืน** โดยมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนหลัก พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย รวมถึงขยายการทำงานสู่นานาชาติ

๔) **มุ่งสร้างนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ** ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ และเทคโนโลยี อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

๕) **ให้ความสำคัญ**กับการเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบสู่สังคมผู้สูงอายุ

พร้อมกันนี้คณะกรรมการกองทุนได้เห็นชอบ **กรอบวงเงินงบประมาณสนับสนุนโครงการประจำปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐** (วงเงิน ๕,๑๐๐ ๕,๐๐๐ และ ๔,๙๐๐ ล้านบาทในปี ๒๕๕๘ ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ ตามลำดับ)

๓. คณะกรรมการบริหารแผนทุกคณะประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิและภาคี เพื่อจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์ระดับแผนและแผนงานพร้อมตัวชี้วัดและเป้าหมายให้สอดคล้องกับนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) ทั้ง ๕ ข้อ และทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม ๒๕๕๗

๔. สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ รวบรวม (ร่าง) แผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ จากคณะกรรมการบริหารแผนชุดต่างๆ และยก (ร่าง) แผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ ในภาพรวมระหว่างเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๗

๕. คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงาน ได้พิจารณาให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำต่อ (ร่าง) แผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๗ ณ ห้องประชุม ๓๐๒ อาคารศูนย์เรียนรู้ สสส. ซอยงามดูพลี กรุงเทพฯ

๖. คณะกรรมการ/คณะกรรมการบริหารแผน ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับปรุง (ร่าง) แผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๕๗ ณ เซ็นทาราแกรนด์ แอท เซ็นทรัลพลาชาลาดพร้าว ถนนพหลโยธิน กรุงเทพฯ

๗. คณะกรรมการกองทุน พิจารณาให้ความเห็นชอบ (ร่าง) แผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ ในการประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ ๘/๒๕๕๗ วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๗ โดยแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) มีผลใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐





ภาคผนวก หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงิน เพื่อการสนับสนุนโครงการและ กิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและ
กิจกรรมของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ
ให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีทั้งภาครัฐและภาคเอกชนและสร้างกระบวนการ
ดำเนินงานที่เป็นมาตรฐาน โปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ ตลอดจนกำหนดความสัมพันธ์ระหว่าง
บทบาทของคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ
สร้างเสริมสุขภาพ และภาคีสร้างเสริมสุขภาพให้มีความชัดเจน และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของ
การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

อาศัยอำนาจตามมาตรา ๒๑ (๓) แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.
๒๕๕๔ คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๒๐
พฤษภาคม ๒๕๕๔ ออกหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรมขึ้นไว้
ดังต่อไปนี้

**ข้อ ๑ หลักเกณฑ์นี้เรียกว่า “หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและ
กิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔”**

ข้อ ๒ หลักเกณฑ์นี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๐

(๒) หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๕๐

(๓) หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม (ฉบับที่ ๓)
พ.ศ. ๒๕๕๓

ข้อ ๔ ในหลักเกณฑ์นี้

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

“ผู้จัดการ” หมายความว่า ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

“เจ้าหน้าที่” หมายความว่า เจ้าหน้าที่ประจำสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพหรือบุคคลที่ผู้จัดการมอบหมายให้ทำหน้าที่ในฐานะเจ้าหน้าที่ประจำสำนักงาน

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

“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 และกรอบงบประมาณ ในระยะเวลา ๓ ปี โดยเป็นเอกสารหลักสำหรับจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี

“แผนการดำเนินงานประจำปี” หมายความว่า แผนการดำเนินงานของสำนักงานตามมาตรา ๒๑ (๒) ซึ่งจะแสดงรายละเอียดของเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด แผน กลุ่มแผนงาน และงบประมาณ ในระยะเวลา ๑ ปี

“แผน” (plan) หมายความว่า กลุ่มของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่มีความเกี่ยวเนื่องสอดคล้องกัน อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ

“แผนงาน” (program) หมายความว่า กลุ่มของชุดโครงการ หรือโครงการ ซึ่งมีกิจกรรมที่สัมพันธ์กันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนงาน

“ชุดโครงการ” (project package) หมายความว่า กลุ่มของโครงการ ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของชุดโครงการ

“โครงการ” (project) หมายความว่า กลุ่มของกิจกรรมซึ่งมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ

“คณะกรรมการบริหารแผน” (plan executive committee) หมายความว่า คณะบุคคลที่คณะกรรมการแต่งตั้งขึ้นเพื่อบริหารและกำกับดูแลการพัฒนาและการดำเนินการตามแผน ภายใต้แผนหลักที่คณะกรรมการเห็นชอบไว้แล้ว โดยคณะกรรมการบริหารแผนคณะหนึ่งอาจได้รับมอบหมายให้บริหารแผนมากกว่าหนึ่งแผนก็ได้

“คณะกรรมการเฉพาะกิจ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการอื่นนอกเหนือจากคณะกรรมการบริหารแผนที่คณะกรรมการแต่งตั้งเพื่อบริหารหรือกำกับดูแลการดำเนินงานตามที่ได้รับมอบหมาย

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 โดยต้องปรับปรุงอย่างน้อยทุก ๕ ปี

(๒) ในการจัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี ให้คณะกรรมการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นคณะหนึ่งเพื่อดำเนินการศึกษา วิเคราะห์ และจัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี เพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการ

(๓) ในการจัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี คณะอนุกรรมการต้องจัดกระบวนการให้คณะกรรมการบริหารแผน ภาคี และบุคคลที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง

๕.๒ การจัดทำแผนหลัก

(๑) ให้ผู้จัดการจัดทำแผนหลักตามแนวทางของทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี เพื่อขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการ โดยให้จัดทำเป็นระยะเวลา ๓ ปี และต้องปรับปรุงเมื่อครบกำหนด ๓ ปี ทั้งนี้ ให้มีการดำเนินการเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาเห็นชอบแผนหลักภายในเดือนสิงหาคมของปีที่พิจารณา

(๒) ให้ผู้จัดการจัดประชุมคณะกรรมการบริหารแผนและภาคีเพื่อจัดทำแผนหลัก โดยต้องจัดให้คณะกรรมการบริหารแผนและภาคีต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา แผนหลักอย่างกว้างขวาง

(๓) ให้คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินวิเคราะห์และเสนอกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีของกองทุน โดยจัดทำเป็นระยะเวลา ๓ ปี แล้วให้เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนพฤษภาคมของทุกปี

(๔) ในระหว่างปี หากผู้จัดการพิจารณาเห็นความจำเป็นต้องกำหนดแผนใหม่หรือบูรณาการกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องกับหลายแผนหรืองานที่จำเป็นต้องดำเนินการเป็นกรณีเฉพาะภายใต้แผนหลัก ให้ผู้จัดการเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบและอาจมอบหมายให้คณะกรรมการบริหารแผนหรือคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจหรือแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นใหม่เพื่อบริหารและกำกับดูแลการพัฒนาและการดำเนินการดังกล่าว

๕.๓ การจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี

(๑) ให้ผู้จัดการร่วมกับคณะกรรมการบริหารแผนจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีให้สอดคล้องตามแผนหลัก และการทบทวนกรอบงบประมาณรายปี โดยคณะกรรมการนโยบายทางการเงิน เพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนสิงหาคมของทุกปี

(๒) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณ หากแผนใดมีความจำเป็นในระหว่างปีที่จะต้องปรับปรุงวงเงินงบประมาณตามแผนที่คณะกรรมการเห็นชอบไว้ไม่เกินร้อยละสิบของวงเงินงบประมาณแต่ละปีให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้จัดการที่จะดำเนินการได้ และให้แจ้งให้คณะกรรมการทราบ

กรณีที่จำเป็นต้องปรับปรุงวงเงินงบประมาณเกินกว่าร้อยละสิบ ให้ผู้จัดการเสนอแนวทางการปรับปรุงต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติ

ข้อ ๖ คณะกรรมการบริหารแผน

๖.๑ ให้คณะกรรมการแต่งตั้งคณะกรรมการสรรหาขึ้นคณะหนึ่งประกอบด้วยกรรมการกองทุนและผู้ทรงคุณวุฒิอื่นๆ รวมแล้วไม่เกินสิบคน โดยมีผู้จัดการเป็นกรรมการและเลขานุการ เพื่อทำหน้าที่พิจารณาก่อนการเสนอชื่อบุคคลที่ผู้จัดการเสนอตามที่ได้ปรึกษาหารือกับภาคีที่เกี่ยวข้องกับแผนนั้นๆ เป็นคณะกรรมการบริหารแผนคณะต่างๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นชอบ โดยมีจำนวนอย่างน้อยคณะละเจ็ดคนแต่ไม่เกินสิบห้าคน และให้ผู้จัดการเสนอรายชื่อบุคคลที่ผ่านการกลั่นกรองแล้วต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาเห็นชอบและลงนามในประกาศแต่งตั้งต่อไป

๖.๒ คณะกรรมการบริหารแผนคณะหนึ่งๆ ประกอบด้วยกรรมการกองทุน จำนวนไม่น้อยกว่า ๒ คน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความสามารถ มีผลงานดีเด่น และมีประสบการณ์จากหลายสาขาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามแผน และเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับจากภาคีที่เกี่ยวข้องกับแผนนั้นๆ

ให้ผู้จัดการหรือผู้ที่ผู้จัดการมอบหมายทำหน้าที่กรรมการและเลขานุการของ คณะกรรมการบริหารแผน

๖.๓ ให้คณะกรรมการบริหารแผนมีวาระการปฏิบัติหน้าที่คราวละสามปีหรือตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยเมื่อครบวาระแล้วหากยังมิได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผนขึ้นใหม่ให้คณะกรรมการบริหารแผนซึ่งพ้นจากการปฏิบัติหน้าที่ตามวาระนั้นปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่าคณะกรรมการบริหารแผนซึ่งได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

นอกจากการครบวาระการปฏิบัติหน้าที่แล้ว คณะกรรมการบริหารแผนจะพ้นจากการปฏิบัติหน้าที่เมื่อตาย ลาออก คณะกรรมการให้พ้นจากหน้าที่ หรือเมื่อแผนที่ดีเลิศเสร็จสิ้น หรือยุติลง

๖.๔ การประชุมของคณะกรรมการบริหารแผนให้นำมาตรา ๒๒ มาใช้บังคับ โดยอนุโลม เว้นแต่คณะกรรมการบริหารแผนจะมีมติกำหนดแนวปฏิบัติไว้เป็นอื่นโดยไม่ขัดแย้งกับหลักการของมาตรา ๒๒

๖.๕ให้นำจรรยาบรรณของคณะกรรมการมาใช้เป็นหลักการและแนวปฏิบัติสำหรับประธานกรรมการและกรรมการในคณะกรรมการบริหารแผนด้วยโดยอนุโลม

ให้สำนักงานแจ้งถึงจรรยาบรรณแก่ประธานกรรมการและกรรมการในคณะกรรมการบริหารแผนเป็นลายลักษณ์อักษรให้ทราบตั้งแต่แรกเริ่มปฏิบัติหน้าที่

๖.๖ ให้คณะกรรมการบริหารแผนมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

(๑) กำหนดแนวทางและกำกับดูแลการดำเนินงานตามแผนให้บรรลุผล รวมถึงพัฒนาแผนในระยะต่อไปข้างหน้า โดยสามารถปรับปรุงรายละเอียดของแผนนั้นๆ ได้ ภายในกรอบงบประมาณของแผนที่คณะกรรมการเห็นชอบไว้

(๒) พิจารณาให้ทุนหรือพิจารณาเสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติตามวงเงินที่กำหนดไว้ในข้อ ๙.๖ (๒) และข้อ ๙.๖ (๓)

(๓) แต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษาและในกรณีที่เห็นสมควรอาจมอบหมายอำนาจหน้าที่เพื่อกำกับทิศทางของแผนงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผน

(๔) เสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณาแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิทดแทนกรรมการบริหารแผนที่พ้นจากการปฏิบัติหน้าที่ หรือแต่งตั้งกรรมการบริหารแผนเพิ่มเติม

(๕) รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามแผนต่อคณะกรรมการ ตลอดจนจัดให้มีการประเมินผลตามข้อ ๑๐.๒ ข้อ ๑๐.๓ ข้อ ๑๐.๔ และข้อ ๑๐.๕

(๖) พิจารณาปรับปรุงการจัดสรรเงินภายในวงเงินที่กำหนดไว้ในแผนนั้นๆ ตามความเหมาะสม

(๗) ดำเนินงานอื่นใดที่จำเป็นเพื่อให้การดำเนินงานตามแผนบรรลุผลสำเร็จ

๖.๗ ให้ผู้จัดการจัดให้มีการประชุมร่วมกันของคณะกรรมการและคณะกรรมการบริหารแผนคณะต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการเรียนรู้ร่วมกันและต่อการบูรณาการของแผนหลักของกองทุนในภาพรวม โดยให้จัดให้มีการประชุมอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

ข้อ ๗ การพัฒนาและบริหารแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ

๗.๑ ให้ผู้จัดการพัฒนารายละเอียดของแต่ละแผนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีที่เกี่ยวข้องตลอดจนจัดให้เกิดการสนับสนุนเป็นแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ โดยให้มีผู้จัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ตามที่ผู้จัดการเห็นชอบเป็นผู้รับผิดชอบ ในการบริหารจัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการให้บรรลุวัตถุประสงค์

๗.๒ ผู้จัดการอาจจัดให้มีการพัฒนานวัตกรรมในแต่ละแผนได้ โดยใช้งบประมาณไม่เกินร้อยละสองของแต่ละแผน

๗.๓ ผู้จัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ควรมีคุณสมบัติ ดังนี้

- (๑) เป็นผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาแผนงาน โดยได้แสดงถึงความรู้ ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ และการเป็นที่ยอมรับของภาคที่เกี่ยวข้อง
- (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 (๒) และ (๓) ให้ผู้จัดการแต่งตั้งผู้จัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการคนใหม่เพื่อทำหน้าที่ต่อไป

ข้อ ๘ แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่กองทุนให้การสนับสนุน

๘.๑ แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่อยู่ในข่ายที่กองทุนจะให้การสนับสนุนต้องเป็นแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนและกิจการของกองทุนตามมาตรา ๕ และมาตรา ๙(๔) และแผนหลักของกองทุนแผนใดแผนหนึ่งที่คณะกรรมการพิจารณาให้ความเห็นชอบไว้แล้ว

๘.๒ กองทุนอาจให้การสนับสนุนแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่มีลักษณะกิจกรรม ๓ ประเภท ดังนี้

- (๑) กิจกรรมด้านการพัฒนาและปฏิบัติการ หมายถึง กิจกรรมที่มีลักษณะเป็นการฝึกอบรม การรณรงค์ การจัดกิจกรรม หรือพัฒนารูปแบบที่เป็นนวัตกรรม หรือ การพัฒนาเครือข่ายภาคี หรือปฏิบัติการในด้านการสร้างเสริมสุขภาวะ ทั้งนี้ต้องไม่ใช่งานประจำที่ดำเนินการอยู่แล้ว
- (๒) กิจกรรมด้านการศึกษาวิจัย หมายถึง กิจกรรมที่มีลักษณะการศึกษาวิจัย การทบทวนองค์ความรู้ การวิจัยและพัฒนา การประเมินผล รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพด้วย
- (๓) กิจกรรมด้านการอุปถัมภ์กิจกรรม หมายถึง กิจกรรมที่มีลักษณะการให้ทุนแก่กิจกรรมด้านกีฬา ศิลปวัฒนธรรม หรือกิจกรรมสาธารณะอื่น เพื่อเป็นสื่อกลางในการสร้างความรู้และค่านิยมในการสร้างเสริมสุขภาพ

๘.๓ ลักษณะแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่กองทุนให้การสนับสนุนให้เป็นไปตามประกาศแนบท้ายหลักเกณฑ์นี้

๘.๔ รายละเอียดสำหรับแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ แต่ละประเภทให้ผู้จัดการจัดทำเป็นประกาศของสำนักงานเผยแพร่ให้สาธารณชนได้ทราบทางสื่อมวลชนตามเวลาและโอกาสที่เหมาะสม

๘.๕ แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่กองทุนจะรับพิจารณา อาจะมาจากการทำงานร่วมกันของภาคี หรือจากผู้สนใจที่เสนอเข้ามาตามประกาศของสำนักงาน

๘.๖ แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ จะต้องมียละเอียดเพียงพอแก่การพิจารณาของกองทุน ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามแบบเสนอแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่สำนักงานประกาศกำหนด

ข้อ ๙ การพิจารณาแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ

๙.๑ การพิจารณาแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ให้ดำเนินการตามลำดับขั้นตอนดังนี้

(๑) ขั้นการกลั่นกรองทางวิชาการ

(๒) ขั้นพิจารณาตัดสิน

๙.๒ การกลั่นกรองทางวิชาการให้กระทำโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ต้องไม่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้เสียโดยตรงกับผู้เสนอแผนงาน 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 ๔.๕

๔.๓ ให้ผู้จัดการรับผิดชอบดำเนินการตามข้อ ๔.๒ และประมวลผลการกลั่นกรองทางวิชาการ รวมทั้งพิจารณาให้มีการปรับปรุงรายละเอียดของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ถ้าจำเป็น เพื่อเสนอเป็นข้อมูลในการตัดสินใจของผู้มีอำนาจตามข้อ ๔.๖

๔.๔ หลังจากผู้มีอำนาจตามข้อ ๔.๖ พิจารณานุมัติแล้ว ให้ผู้จัดการจัดทำสัญญากับผู้รับทุนตามระเบียบที่สำนักงานกำหนด

๔.๕ ให้สำนักงานจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อกลั่นกรองทางวิชาการ จำนวน ๓ บัญชี ดังนี้

(๑) บัญชีกลาง หมายถึง บัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วยกรรมการกองทุน กรรมการบริหารแผน อนุกรรมการเฉพาะกิจ ผู้บริหารสำนักงาน และผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญอื่นๆ ที่เหมาะสมจะเป็นผู้ทรงคุณวุฒิร่วมของทุกแผนได้ โดยให้ผู้จัดการรับผิดชอบในการจัดทำปีละครั้ง และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตามบัญชียี่ในการกลั่นกรองทางวิชาการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการได้ในทุกแผน

(๒) บัญชีเฉพาะของคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะ หมายถึง บัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วยผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญที่คณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะเห็นชอบซึ่งไม่มีรายชื่อซ้ำกับบัญชีกลาง โดยให้ผู้จัดการร่วมกับผู้จัดการแผนงานจัดทำบัญชีรายชื่อแล้วเสนอขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะปีละครั้ง และ ให้ใช้ผู้ทรงคุณวุฒิตามบัญชียี่ได้เฉพาะการกลั่นกรองทางวิชาการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะ

(๓) บัญชีเฉพาะของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ หมายถึง บัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ที่คณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะเห็นชอบให้เป็นผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสำหรับการกลั่นกรองทางวิชาการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการนั้นๆ รวมถึง การกลั่นกรองทางวิชาการสำหรับโครงการย่อยที่มีได้ทำสัญญารับทุนกับสำนักงานโดยตรงด้วย ทั้งนี้ให้กรรมการกำกับทิศทางเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตามบัญชียี่นี้โดยอัตโนมัติและให้สามารถกลั่นกรองทางวิชาการได้เช่นเดียวกับผู้ทรงคุณวุฒิที่คณะกรรมการบริหารแผนเห็นชอบ

๔.๖ อำนาจในการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณให้เป็นไปตามวงเงิน ดังนี้

(๑) วงเงินไม่เกิน ๒๐ ล้านบาท ให้ผู้จัดการพิจารณาอนุมัติแล้วรายงานให้คณะกรรมการบริหารแผนหรือคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจทราบ

(๒) วงเงินเกิน ๒๐ ล้านบาทแต่ไม่เกิน ๕๐ ล้านบาท ให้คณะกรรมการบริหารแผนหรือคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจพิจารณาอนุมัติและเสนอคณะกรรมการเพื่อทราบ

(๓) วงเงินเกินกว่า ๕๐ ล้านบาท ให้คณะกรรมการบริหารแผนหรือคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจพิจารณาเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติ

ข้อ ๑๐ การกำกับติดตามและประเมินผลเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานตามแผน

๑๐.๑ ให้ผู้จัดการแผนงานกำหนดกลไกการกำกับติดตามและประเมินผลภายในของแผนงานที่มีวงเงินสูงกว่าปีละ ๑๐ ล้านบาท และให้จัดทำรายงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานของแผนงานเสนอต่อคณะกรรมการบริหารแผนโดยตรงหรือโดยเสนอผ่านคณะกรรมการกำกับทิศทางที่คณะกรรมการบริหารแผนแต่งตั้งอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง หรือตามที่คณะกรรมการบริหารแผนกำหนด

๑๐.๒ ให้คณะกรรมการบริหารแผนจัดทำรายงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานของแผนเสนอต่อคณะกรรมการอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง หรือตามที่คณะกรรมการกำหนด

๑๐.๓ รายงานตามข้อ ๑๐.๒ ให้นำเสนอต่อคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนตามมาตรา ๓๗ เพื่อทราบด้วย

๑๐.๔ ให้คณะกรรมการบริหารแผนพิจารณาจัดให้มีการประเมินผลเชิงลึก สำหรับแผนงานชุดโครงการ หรือโครงการ ขนาดใหญ่ที่มีวงเงินงบประมาณเกินกว่า ๒๐ ล้านบาท โดยเริ่มดำเนินการอย่างช้าภายในกึ่งหนึ่งของระยะเวลาของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการนั้น

๑๐.๕ ให้คณะกรรมการบริหารแผนจัดให้มีการประเมินผลลัพธ์ของแผนอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสามปี 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 หรือโครงการที่ได้รับการอนุมัติสนับสนุนงบประมาณไปแล้ว อยู่ก่อนวันที่หลักเกณฑ์นี้ใช้บังคับ ดำเนินการต่อไปจนสิ้นสุดแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ

ข้อ ๑๓ ให้คณะกรรมการบริหารแผน และผู้จัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ซึ่งปฏิบัติหน้าที่อยู่ในวันก่อนวันที่หลักเกณฑ์นี้ใช้บังคับ ยังคงปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนครบวาระ โดยถือเป็นคณะกรรมการบริหารแผน และผู้จัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการตามหลักเกณฑ์นี้

ข้อ ๑๔ ในระหว่างที่ยังมิได้มีการออกระเบียบ หรือประกาศ ตามหลักเกณฑ์นี้ให้นำระเบียบ ประกาศ คำสั่ง หรือกฎที่ใช้บังคับอยู่ในวันก่อนวันที่หลักเกณฑ์นี้ใช้บังคับมาใช้บังคับ โดยอนุโลมเพียงเท่าที่ไม่ขัด หรือแย้งกับหลักเกณฑ์นี้

ข้อ ๑๕ ให้ผู้จัดการเป็นผู้รักษาการตามหลักเกณฑ์นี้ และมีอำนาจออกระเบียบ ประกาศ คำสั่ง หรือ ดำเนินการอื่นใด เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามหลักเกณฑ์นี้ได้

ในกรณีที่มีปัญหาทางข้อกฎหมายหรือข้อที่เกี่ยวกับนโยบายของคณะกรรมการในการปฏิบัติตาม หลักเกณฑ์นี้ ให้ผู้จัดการรายงานข้อเท็จจริงและเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการเพื่อวินิจฉัยชี้ขาด

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

(นายวิชัย โชควิวัฒน์)

รองประธานกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพคนที่สอง



กรอบอัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่ สสส. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐

ผู้จัดการ	๑
	รองผู้จัดการ
	๒
	ผู้ช่วยผู้จัดการ
	๒
ที่ปรึกษา/ผู้อำนวยการ/ผู้เชี่ยวชาญ	๒
	นักบริหารแผนงาน/โครงการ
	๒
	นักบริหารงานทั่วไป
	๓
รวม	๑๐
หน่วยงานสนับสนุนวิชาการและบริการทั่วไป	๓
	นักบริหารงานทั่วไป
	๓
	นักบริหารงานวิชาการและบริการทั่วไป
	๓
รวม	๓
สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก	๑
	ผู้อำนวยการ
	๑
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๗
	นักบริหารแผนงาน/โครงการ
	๗
	นักบริหารแผนงาน/โครงการ
	๑
รวม	๙
สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๑
	ผู้อำนวยการ
	๑
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๓
	นักบริหารแผนงาน/โครงการ
	๓
	นักบริหารแผนงาน/โครงการ
	๑
รวม	๕
สำนักสนับสนุนสุขภาพชุมชน	๑
	ผู้อำนวยการ
	๑
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๖
	นักบริหารแผนงาน/โครงการ
	๖
	นักบริหารแผนงาน/โครงการ
	๑
รวม	๘
สำนักสนับสนุนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๑
	ผู้อำนวยการ
	๑
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๔
	นักบริหารแผนงาน/โครงการ
	๔
	นักบริหารแผนงาน/โครงการ
	๑
รวม	๖

หมายเหตุ

๑. การเรียกตำแหน่งนักวิชาการ ให้ผู้จัดการสามารถกำหนดตามลักษณะงานของแต่ละกรณี
๒. การเรียกตำแหน่งอื่น ให้ผู้จัดการสามารถกำหนดชื่อให้เหมาะสมตามความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย
๓. การเปลี่ยนค่าจ้างบุคลากรภายในสำนักงานให้ผู้จัดการสามารถทำได้

สำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ	๑
	ผู้อำนวยการ
	๑
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๗
	นักบริหารแผนงาน/โครงการ
	๗
	นักบริหารแผนงาน/โครงการ
	๑
รวม	๙
สำนักสร้างเสริมสื่อโอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	๑
	ผู้อำนวยการ
	๑
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๗
	นักบริหารแผนงาน/โครงการ
	๗
	นักบริหารแผนงาน/โครงการ
	๑
รวม	๙
สำนักสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพและบริการสุขภาพ	๑
	ผู้อำนวยการ
	๑
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๔
	นักบริหารแผนงาน/โครงการ
	๔
	นักบริหารแผนงาน/โครงการ
	๑
รวม	๖
สำนักสนับสนุนสุขภาพองค์กร	๑
	ผู้อำนวยการ
	๑
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๓
	นักบริหารแผนงาน/โครงการ
	๓
	นักบริหารแผนงาน/โครงการ
	๑
รวม	๕
สำนักสนับสนุนสุขภาพกลุ่มเฉพาะ	๑
	ผู้อำนวยการ
	๑
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๔
	นักบริหารแผนงาน/โครงการ
	๔
	นักบริหารแผนงาน/โครงการ
	๑
รวม	๖
สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์	๑
	ผู้อำนวยการ
	๑
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
	๑
นักบริหารงานภาคีและวิเทศสัมพันธ์	๖
	นักบริหารงานภาคีและวิเทศสัมพันธ์
	๖
	นักบริหารงานภาคีและวิเทศสัมพันธ์
	๑
รวม	๘

สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์	๑
	ผู้อำนวยการ
	๑
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
	๑
นักวิเคราะห์นโยบายและยุทธศาสตร์	๕
	นักวิเคราะห์นโยบายและยุทธศาสตร์
	๕
	นักวิเคราะห์นโยบายและยุทธศาสตร์
	๑
รวม	๗
ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ	๑
	ผู้อำนวยการ
	๑
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
	๑
นักบริหารงานส่งเสริมการเรียนรู้	๕
	นักบริหารงานส่งเสริมการเรียนรู้
	๕
	นักบริหารงานส่งเสริมการเรียนรู้
	๑
รวม	๗
ฝ่ายติดตามและประเมินผล	๑
	ผู้อำนวยการ
	๑
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
	๑
นักบริหารงานติดตามและประเมินผล	๒
	นักบริหารงานติดตามและประเมินผล
	๒
	นักบริหารงานติดตามและประเมินผล
	๑
รวม	๔
ฝ่ายสื่อสารองค์กร	๑
	ผู้อำนวยการ
	๑
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
	๑
นักบริหารงานสื่อสารองค์กร	๔
	นักบริหารงานสื่อสารองค์กร
	๔
	นักบริหารงานสื่อสารองค์กร
	๑
รวม	๖
ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ	๑
	ผู้อำนวยการ
	๑
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
	๑
นักบริหารงานสารสนเทศ	๓
	นักบริหารงานสารสนเทศ
	๓
	นักบริหารงานสารสนเทศ
	๑
รวม	๕
ฝ่ายบัญชีและการเงิน	๑
	ผู้อำนวยการ
	๑
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
	๑
เจ้าหน้าที่บัญชี	๒
	เจ้าหน้าที่บัญชี
	๒
	นักบริหารงานบัญชี
	๑
รวม	๔
เจ้าหน้าที่พัสดุ	๑
	เจ้าหน้าที่พัสดุ
	๑
	นักบริหารงานพัสดุ
	๑
รวม	๔

ฝ่ายอำนวยการ	๑
	ผู้อำนวยการ
	๑
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
	๑
	หัวหน้างานกฎหมายและผู้ช่วย
	๒
หัวหน้างานเลขานุการและผู้ช่วย	๓
	หัวหน้างานเลขานุการและผู้ช่วย
	๓
	เจ้าหน้าที่จัดซื้อ
	๑
	เจ้าหน้าที่ธุรการและบริการทั่วไป
	๒
เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป	๑๒
	เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป
	๑๒
	เจ้าหน้าที่สนับสนุนงานวิชาการ
	๑๒
	เจ้าหน้าที่สนับสนุนงานวิชาการ
	๑๒
รวม	๒๒
ฝ่ายบริหารงานบุคคล	๑
	ผู้อำนวยการ
	๑
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
	๑
	นักบริหารงานบุคคล
	๒
รวม	๔
ฝ่ายตรวจสอบภายใน	๑
	ผู้ตรวจสอบภายใน
	๑
	ผู้ช่วยผู้ตรวจสอบภายใน
	๑
	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายใน
	๓
รวม	๕
ฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม	๑
	ผู้อำนวยการ
	๑
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
	๑
	นักบริหารงานการตลาดเพื่อสังคม
	๒
รวม	๔
ฝ่ายสนับสนุนงานนวัตกรรม	๑
	ผู้อำนวยการ
	๑
	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
	๑
	นักบริหารงานนวัตกรรม
	๑
รวม	๓
รวม	๑๖๐ คน



สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)
๔๔/๘ อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ
เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๒๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๓๔๓ ๑๕๐๐
www.thaihealth.or.th