

แผนการดำเนินงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ประจำปี ๒๕๕๘



คำนำ

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

ปี ๒๕๕๗ สสส. ได้จัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๐) พร้อมกับแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกันของแผนทั้งสองฉบับ คณะกรรมการกองทุนจึงได้เห็นชอบให้ สสส. ใช้แนวนโยบายในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๐) เป็นแนวทางในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีฉบับนี้ด้วย โดยในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ สสส. จะมุ่งการบูรณาการการทำงานเพื่อตอบสนองทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ควบคู่กับการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ นอกจากนี้ ยังให้มุ่งขยายฐานผู้รับประโยชน์และเสริมพลังสังคมให้เกิดความตื่นรู้ในด้านสุขภาพที่กว้างขวาง ทำงานอย่างเชื่อมโยงกับระบบ และกลไกขับเคลื่อนหลักเพื่อร่วมสร้างวัฒนธรรมทางสุขภาพ พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายและขยายการทำงานสู่นานาชาติ อีกทั้งยังจะมุ่งสร้างนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่สมดุลและสอดคล้องกับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งการเป็นสังคมผู้สูงอายุและสังคมเมือง โดยทั้งหมดจะเป็นการดำเนินงานภายใต้กลไกการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

แผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ นี้ ประกอบด้วย ๑๕ แผน และงานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน โดยสำนักงานได้ให้ความสำคัญกับการใช้ข้อมูลหลักฐานที่เชื่อถือได้ การมองทิศทางในอนาคต และการจัดกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสีย พร้อมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

สำนักงานขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ภาคี และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นเพื่อการจัดทำแผนการดำเนินงานฉบับนี้ ซึ่งจะใช้เป็นกรอบดำเนินการกิจกรรมกันของภาคีสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อไป

สารบัญ

ส่วนที่ ๑ ภาพรวมแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘

๑	ภาพรวมแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ – ๒๕๖๐) และแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘	๙
๒	การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๑
๓	การบริหารจัดการ การกำกับติดตามและประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง	๑๕
๔	งบประมาณ	๑๙

ส่วนที่ ๒ รายละเอียดแผนหลัก

๑	แผนควบคุมยาสูบ	๒๕
๒	แผนควบคุมแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๓๙
๓	แผนการจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ	๖๓
๔	แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๗๙
๕	แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๙๙
๖	แผนสุขภาวะชุมชน	๑๑๗
๗	แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๑๓๕
๘	แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๑๔๗
๙	แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๑๕๙
๑๐	แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๑๗๑
๑๑	แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	๑๘๓
๑๒	แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๑๙๕
๑๓	แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๒๐๑
๑๔	แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	๒๑๑
๑๕	แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	๒๒๑
	งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	๒๓๓
	งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน	๒๓๕

ส่วนที่ ๑

ภาพรวมแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘

- ๑ ภาพรวมแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘
- ๒ การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ
- ๓ การบริหารจัดการ การกำกับติดตามประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง
- ๔ งบประมาณ





ภาพรวมแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปี ๒๕๕๘

แผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) สสส. เป็นแผนหลัก ๓ ปีฉบับที่สองที่ยังคงใช้ “ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๔)” เป็นแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ว่า “ทุกคนบนแผ่นดินไทย มีขีดความสามารถ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาวะ” ทั้งนี้จากการร่วมกับสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และภาคีวิชาการของแต่ละแผนเพื่อทบทวนสภาพแวดล้อมการดำเนินงานในช่วง ๓ ปีข้างหน้าพบว่า ๕ สถานการณ์สำคัญที่คาดว่าจะส่งผลกระทบต่อการณ์สุขภาวะที่ดีของคนไทยในอนาคตอันใกล้นี้ ประกอบไปด้วย การเป็นสังคมผู้สูงอายุ วิธีการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากการเป็นสังคมเมือง การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและสถานการณ์ความไม่เป็นธรรม การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และกระแสความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพ พร้อมทั้งได้วิเคราะห์สถานการณ์ทั้งในประเทศและต่างประเทศคำนึงถึงกระแสความต้องการที่จะปฏิรูปในหลายภาคส่วนตลอดจนปฏิกิริยาภาคีสร้างเสริมสุขภาวะ และอื่นๆ

หนึ่งในการประชุมคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ ๕/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๗ ที่ประชุมมีมติให้ความเห็นชอบกรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ 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 และเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง
๕. ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบให้เหมาะสมกับสังคมผู้สูงอายุ



๒

การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ

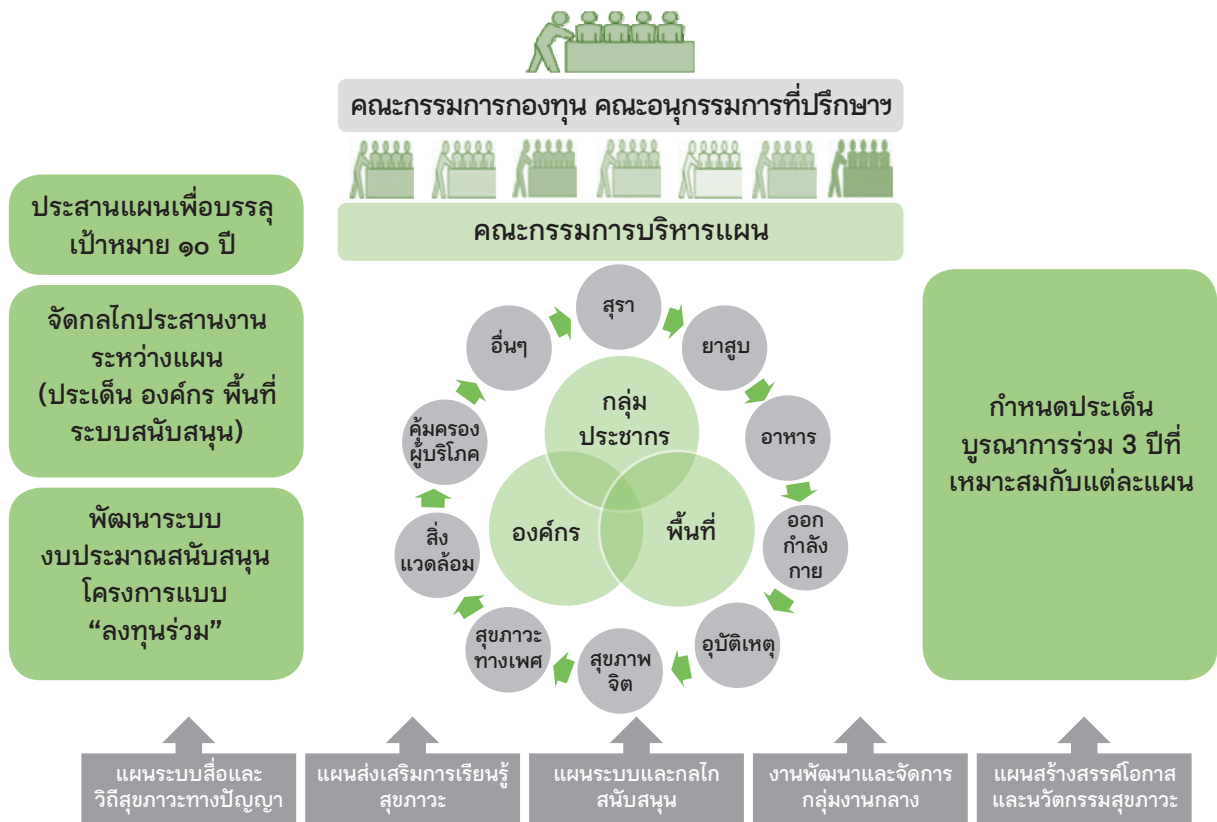
หลักการ

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

กลไกและกระบวนการในการบูรณาการ

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



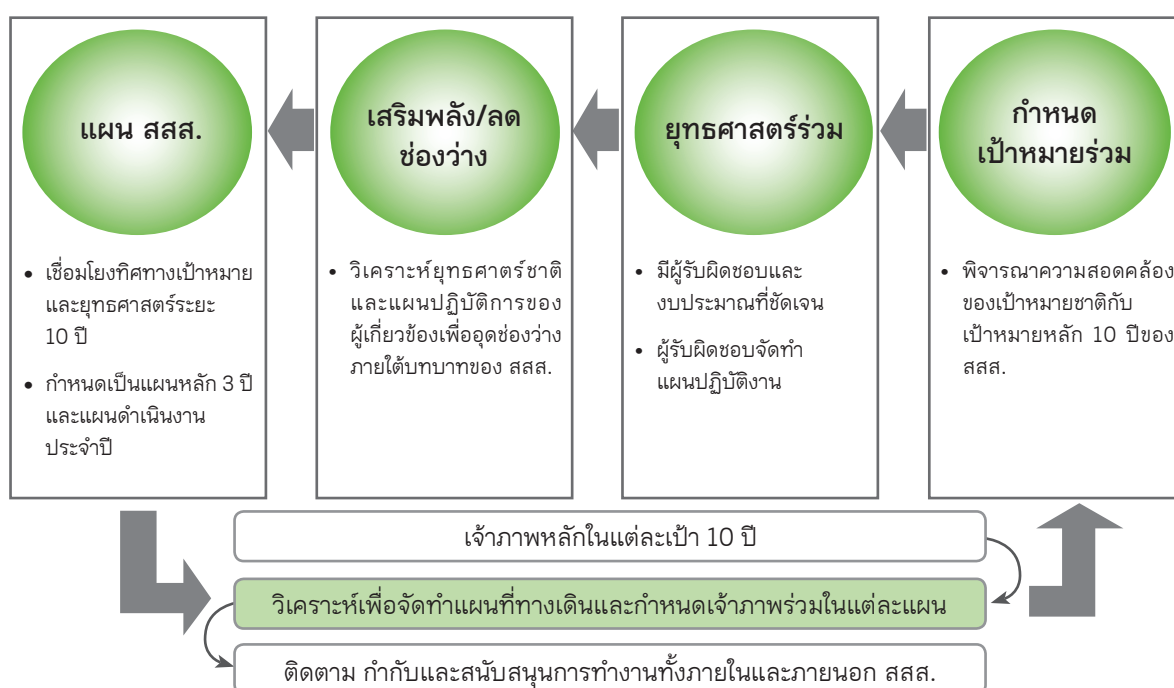


การจัดทำแผนอย่างบูรณาการ

ในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ ฉบับนี้ สสส. ได้ให้ความสำคัญกับการประสานแผนเพื่อบรรลุเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส. ที่ว่า “ทุกคนมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างมีสุขภาวะ” ซึ่งมีเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ควบคู่กับการประสานงานระหว่างแผนเชิงประเด็น แผนเชิงองค์กร แผนเชิงพื้นที่ และแผนเชิงระบบสนับสนุน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากลักษณะสำคัญของเป้าหมาย สสส. เป็นเป้าหมายระดับชาติและต้องทำงานที่ได้ผลในระดับประชากร ซึ่งมีภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันกำหนด รวมถึงมีการดำเนินงานเพื่อนำมาสู่การบรรลุประโยชน์ร่วมกัน โดยเจ้าภาพหลักในแต่ละเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี มีการวิเคราะห์แผนตาม “กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของ สสส.” ทั้ง ๕ ขั้นตอน ได้แก่ (๑) การใช้องค์ความรู้ในการทบทวนเป้าหมายร่วมหรือหากยังไม่มีเป้าหมายร่วมก็ต้องมีการวิเคราะห์ประโยชน์ร่วมและประโยชน์เฉพาะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อยู่ในเป้าหมาย ๑๐ ปีอย่างถ่องแท้ทั้งในมิติของเศรษฐศาสตร์ การสัมพันธ์ หรือสังคม ก่อนนำมาสู่การกำหนดเป้าหมายร่วม และ (๒) ทบทวนยุทธศาสตร์ร่วมซึ่งมีผู้รับผิดชอบ เพื่อทำความเข้าใจบทบาทและพันธกิจของผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วน รวมถึงทรัพยากรตลอดจนแผนปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบนั้น หากยังไม่มียุทธศาสตร์การดำเนินงานก็ควรวางยุทธศาสตร์ร่วมเสียก่อน โดยในการวางยุทธศาสตร์ร่วมนั้นจำเป็นต้องนำความรู้ทางกฎหมาย นโยบาย สถานการณ์ ข้อมูลวิชาการหรือการถอดองค์ความรู้จากผู้ที่มิประสบการณ์ในการทำงานร่วม ประกอบการวางยุทธศาสตร์ (๓) ทำการวิเคราะห์จากยุทธศาสตร์ร่วมของประเทศและแผนปฏิบัติการของ

ผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาช่องว่างในการดำเนินงาน ที่สอดคล้องกับบทบาทของ สสส. (๔) ก่อนจัดทำเป็นแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแผนดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ ที่เชื่อมโยงเป้าหมายและยุทธศาสตร์ของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือตอบสนองต่อทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานเพื่อตอบสนองเป้าหมายเฉพาะใดๆ นั้น มักจะต้องการการบูรณาการการทำงาน และการสนับสนุนจากหลายๆ แผนใน สสส. (๕) แผนที่เป็นเจ้าภาพหลักดำเนินการวิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนที่ทางเดินร่วมกับแผนอื่นๆ ที่เป็นเจ้าภาพร่วม โดยคำนึงถึงขอบเขตการทำงานในแต่ละแผนตามตัวแบบการทำงานระดับองค์กรของ สสส.*

กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของ สสส.



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

*เจ้าภาพหลักทุกแผนได้จัดส่งข้อมูลแผนยุทธศาสตร์การที่ผ่านการวิเคราะห์แล้วให้ สนย. เพื่อสังเคราะห์และส่งให้กับเจ้าภาพร่วม

ชุมชนสุขภาพะ	โรงเรียนและสถานศึกษา	ระบบบริการสุขภาพ	องค์กร	อื่นๆ
๑. ลดอัตราการสูบบุหรี่ ๑. ลดอัตราการดื่มสุรา ๒. เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้อย่างเพียงพอ ๒. เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำของคนไทย ๓. ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ๓. ลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก ๓. เพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น ๔. ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์ ๕. ชุมชนและท้องถิ่นเข้มแข็ง	๑. ลดอัตราการสูบบุหรี่ ๑. ลดอัตราการดื่มสุรา ๒. เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้อย่างเพียงพอ ๒. เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำของคนไทย ๓. ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ๓. ลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก ๔. เพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น ๕. ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์	๑. ลดอัตราการสูบบุหรี่ ๑. ลดอัตราการดื่มสุรา ๒. เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้อย่างเพียงพอ ๒. เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำของคนไทย ๓. ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ๓. ลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก ๔. เพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น ๕. ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์	๑. ลดอัตราการสูบบุหรี่ ๑. ลดอัตราการดื่มสุรา ๑. เพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น ๒. เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้เพียงพอ ๒. เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำของคนไทย ๓. ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ๓. ลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก ๔. ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์ ๕. ชุมชนและท้องถิ่นเข้มแข็ง	๑. ลดอัตราการสูบบุหรี่ ๑. ลดอัตราการดื่มสุรา ๒. เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้อย่างเพียงพอ ๒. เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำของคนไทย ๓. ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ๓. ลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก ๓. เพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น ๔. ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์ ๕. ชุมชนและท้องถิ่นเข้มแข็ง

๓

การบริหารจัดการ การกำกับติดตามและ ประเมินผล 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 โดยมีคณะกรรมการกองทุนทำหน้าที่ควบคุมดูแลการดำเนินกิจการกองทุนในระดับนโยบายและกำหนดงบประมาณในภาพรวม ออกหลักเกณฑ์ กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ที่สำคัญในการดำเนินงาน ให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงาน กำกับดูแลฝ่ายบริหาร รวมทั้งควบคุมผลการปฏิบัติงานของผู้จัดการซึ่งเป็นหัวหน้าฝ่ายบริหารให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ นอกจากนี้ คณะกรรมการกองทุนยังได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผน และคณะอนุกรรมการเฉพาะด้าน เช่น คณะอนุกรรมการกำกับดูแลการตรวจสอบภายใน คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงานกองทุน คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน คณะอนุกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อทำหน้าที่ในการกำกับดูแลและให้คำปรึกษาสำนักงาน ในด้านต่างๆ

ในการด้านการกำกับติดตาม สสส. มีแนวทางในการกำกับดูแลแผนงาน/โครงการซึ่งแบ่งตามขนาดของวงเงินงบประมาณ โดยเฉพาะกรณีแผนงานและโครงการที่มีวงเงินงบประมาณสูงหรือมีความสำคัญ คณะกรรมการบริหารแผนจะแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศ เพื่อกำกับดูแล ชี้แนะกำกับทิศทาง และกำหนดกรอบในการประเมินผลแผนงาน/โครงการ นอกจากนี้ สสส. ยังมีการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อช่วยสนับสนุนการกำกับติดตามแผนงาน/โครงการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การกำหนดเงื่อนไข

กำกับกำกับการเบิกจ่ายวงเงิน การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อติดตามผล กระบวนการติดตามงานระดับแผน และแผนงานโดยคณะกรรมการบริหารแผน การตรวจเยี่ยมแผนงาน/โครงการ และการตรวจสอบและ พัฒนา รายละเอียดทั้งหมดดังปรากฏในแผนหลัก สสส.

ด้านการบริหารจัดการกองทุนและการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ในการบริหารจัดการกองทุนโดยการบริหารจัดการภายในสำนักงาน มีผู้จัดการกองทุนเป็นผู้บริหารสูงสุด ผู้อำนวยการสำนักต่างๆ และเจ้าหน้าที่ มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานตามนโยบายของกองทุน โดยการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย เสนอแผนการดำเนินงาน การสนับสนุนภาคีเครือข่าย ให้มีส่วนร่วมพัฒนาและดำเนินกิจกรรม การพัฒนาระบบและวิธีปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ สนับสนุน การพัฒนาสมรรถนะและขีดความสามารถของบุคลากรและภาคีเครือข่าย ตลอดจนส่งเสริมให้มีการจัดการ ความรู้และรวบรวมจัดเก็บบทเรียน ผลงานวิชาการ รวมทั้งเผยแพร่และส่งเสริมการใช้ประโยชน์จาก ความรู้ดังกล่าว การบริหารจัดการแผนงาน/โครงการของ สสส. ดำเนินการโดยภาคีเครือข่ายซึ่งมีได้อยู่ใน โครงสร้างของสำนักงาน แต่ถือเป็นผู้ปฏิบัติงานที่แท้จริงของโครงการและกิจกรรมต่างๆ เป็นกัลยาณมิตร ที่มีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมเรียนรู้ ร่วมพัฒนา และร่วมลงทุนด้วยในบางกรณี เพื่อให้ดำเนินงานบรรลุ ตามเป้าหมายซึ่งมีประชาชนเป็นผู้รับประโยชน์สุดท้ายร่วมกัน กลไกและแนวทางการแปลงแผนหลัก สู่การปฏิบัติ กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน หรือคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจ การปฏิบัติตาม แผนหลักจะดำเนินงานโดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ ผ่านกระบวนการพัฒนา ชุดโครงการ หรือโครงการ ร่วมกันกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนของ สสส. ซึ่งเป็นการจุดประกาย กระตุ้น สานและเสริมพลัง ให้แก่ภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน ตามแนวปฏิบัตินั้นจะมี กระบวนการพิจารณาทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของข้อเสนอชุดโครงการหรือโครงการ โดยสำนักงานก่อนแล้วจึงเสนอเพื่อพิจารณาขอรับการอนุมัติสนับสนุนชุดโครงการหรือโครงการในแต่ละ ระดับต่อไป ขั้นตอนการดำเนินงานเหล่านี้ เป็นความรับผิดชอบร่วม (shared accountability) ระหว่าง สำนักงาน คณะกรรมการบริหารแผน กลุ่มผู้ทบทวนโครงการ รวมทั้งภาคีหลักกับภาคียุทธศาสตร์ ที่จะประกันความสอดคล้องในการแปลแผนหลักสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ด้านการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

การประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน แบ่งเป็น ๒ ส่วน ได้แก่ ๑) การกำกับติดตามและประเมินผล การดำเนินงานตามขนาดของวงเงินประมาณโดยคณะกรรมการกองทุนผ่านระบบและกลไกของ คณะกรรมการกองทุนหรือคณะกรรมการบริหารแผนหรือสำนักงาน และ ๒) การกำกับติดตามและประเมิน

ผลการดำเนินงานโดยคณะกรรมการประเมินผลซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้ง โดยมีอำนาจหน้าที่ (๑) ประเมินผลด้านนโยบายและการกำหนดกิจกรรมของกองทุน (๒) ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน และ (๓) รายงานผลการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการกองทุน ในทุกรอบปี คณะกรรมการประเมินผลมีอำนาจเรียกเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับกองทุน จากบุคคลใดหรือเรียกบุคคลใดมาชี้แจงข้อเท็จจริงเพื่อประกอบการพิจารณาประเมินผลได้ ในปี ๒๕๕๘ สสส. ได้ให้ความสำคัญกับปรับปรุงภาพตัวชี้วัดให้ชัดเจนทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวมถึงยังคงมุ่งนำวิธีการประเมินผลแบบใหม่ที่สามารถแสดงความคุ้มค่าทางการลงทุนที่เกิดขึ้นต่อสังคมมาใช้ในการวัดผลการดำเนินงานของ สสส.

ด้านการบริหารความเสี่ยง

ในปี ๒๕๕๘ สสส. ให้ความสำคัญกับการเพิ่มคุณภาพของกระบวนการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานสากล โดยการนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. นอกจากนี้ สสส. จะปรับปรุงตัวชี้วัดความเสี่ยงและมาตรการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพในการบ่งชี้สถานภาพการดำเนินงานตามมาตรการบริหารความเสี่ยง ควบคู่กับการเพิ่มความเข้มข้นในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจในทุกขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยง ซึ่งจะมีส่วนช่วยรับประกันการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานของ สสส. ภายใต้การใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม



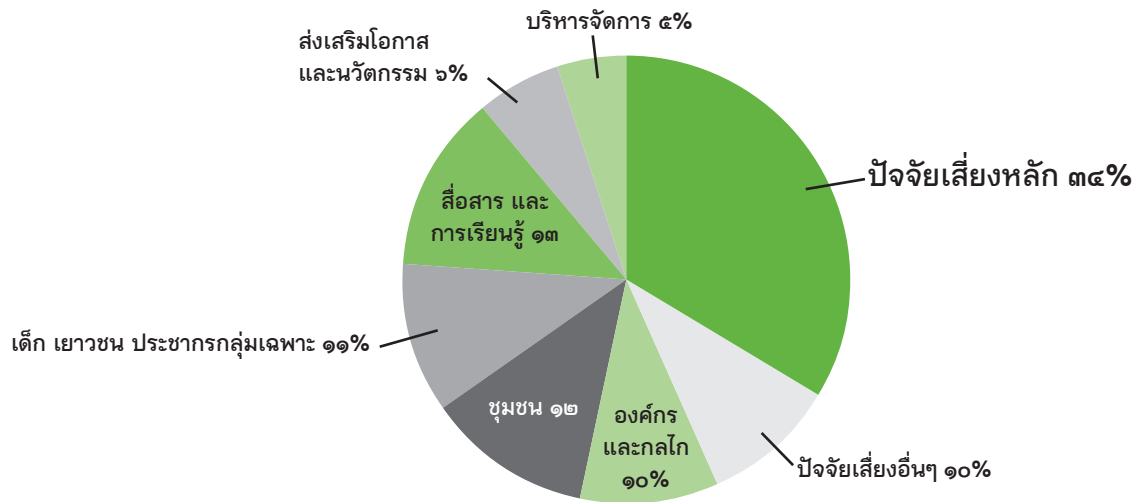


งบประมาณ

ในการจัดทำรอบวงเงินงบประมาณสำหรับสำหรับแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ นั้น สสส. ได้จัดทำพร้อมกับงบประมาณของแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) โดยยึดกรอบนโยบายทางการเงิน และจัดทำประมาณการจากผลการดำเนินงานจริงที่ผ่านมาในอดีตรวมทั้งสิ้น ๑๑ ปี และวิเคราะห์สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนภาระผูกพันที่มีอยู่จริงในปัจจุบันและภาระงานที่เพิ่มขึ้นในอนาคต ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อกระแสเงินสดของ สสส. ทั้งนี้ เมื่อวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๕๗ ที่ประชุมคณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินได้เห็นชอบให้เสนอกรอบวงเงินงบประมาณสนับสนุนโครงการของกองทุนประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ จำนวน ๕,๑๐๐ ล้านบาท^๑ และเมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๗ คณะกรรมการกองทุนได้ให้ความเห็นชอบกรอบวงเงินงบประมาณสนับสนุนโครงการและระดับเงินทุนสำรองขั้นต่ำเพื่อรองรับความผันผวนตามที่คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินเสนอ

ในการจัดสรรงบประมาณสำหรับแต่ละแผนนั้น สสส. ได้คำนึงถึงความสอดคล้องกับแนวนโยบายในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ ความจำเป็นเร่งด่วนของประเด็นปัญหาสุขภาพตามลำดับของภาระโรค และความเป็นไปได้ในการบริการจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย แม้ว่าภาระงานของ สสส. จะเพิ่มขึ้นตามงบประมาณในภาพรวมที่เพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้าถึงร้อยละ ๖ แต่งบประมาณส่วนใหญ่ก็เป็นการจัดสรรเพื่อสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การควบคุมยาสูบ การควบคุมแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด การจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ การลดเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัยในวัยรุ่น รวมถึงเสริมสร้างปัจจัยบวก ได้แก่ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย และกีฬาเพื่อสุขภาพ และการส่งเสริมอาหารเพื่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ ๓๔ ของงบประมาณทั้งหมด นอกจากนั้น ยังกำหนดงบประมาณสำหรับการบริหารจัดการสำนักงานไว้ที่ประมาณร้อยละ ๕ เท่ากับปีก่อนหน้า

^๑ นอกจากนั้น ยังมีงบบริหารจัดการ ๒๘๙ ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ ๕.๔ ของงบประมาณทั้งหมด



การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ จำแนกรายแผน

หน่วย : ล้านบาท

	จำนวน
สนับสนุนโครงการ	๕,๑๐๐
๑ แผนควบคุมยาสูบ	๓๓๕
๒ แผนควบคุมแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๓๘๐
๓ แผนการจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ	๒๖๐
๔ แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๒๑๕
๕ แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๒๗๐
๖ แผนสุขภาวะชุมชน (รวมบูรณาการเชิงพื้นที่)	๖๖๒
๗ แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๓๑๐
๘ แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๒๐๐
๙ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๒๗๕
๑๐ แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๒๘๕
๑๑ แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	๓๑๐
๑๒ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๑๑๐
๑๓ แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๓๕๐
๑๔ แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	๒๕๐
๑๕ แผนส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ	๕๔๕
๑๖ งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	๓๔๓

ส่วนที่ ๒

รายละเอียดแผนหลัก

๑ แผนควบคุมยาสูบ

๒ แผนควบคุมแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

๓ แผนการจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ

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 แผนส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ

งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง

งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน





แผนควบคุมยาสูบ

สถานการณ์และแนวโน้ม

ในประเทศไทยการสูบบุหรี่ทำให้เกิดภาระโรคสูงเป็นอันดับที่ ๒ รองจากปัจจัยเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยพบว่า มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก ๔๕,๑๓๖ คนต่อปี (๒๕๔๗) เป็น ๕๐,๗๑๐ คนต่อปี (๒๕๕๒) จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และเกิดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ถึง ๕๒.๒ พันล้านบาท (๒๕๕๒) หรือ ๐.๕๔ ของ GDP คิดเป็น ๒๙.๓๙ บาทต่อบุหรี่ ๑ ซอง^๓

แนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปในรอบ ๑๘ ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มที่ลดลงคือ จากร้อยละ ๓๒.๐ (๑๒.๓ ล้านคน) ในปี ๒๕๓๔ เป็นร้อยละ ๒๐.๗ (๑๐.๙ ล้านคน) ในปี ๒๕๕๒^๔ แต่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย เป็นร้อยละ ๒๑.๔ (๑๑.๕ ล้านคน) ในปี ๒๕๕๔ และกลับลดอีก เป็นร้อยละ ๑๙.๙๔ (๑๐.๗๗ ล้านคน) ในปี ๒๕๕๖ โดยอัตราการสูบบุหรี่ลดลงแต่เฉพาะในกลุ่มเพศชาย จากร้อยละ ๔๑.๗ ในปี ๒๕๕๔ เหลือร้อยละ ๓๙.๐ ในปี ๒๕๕๖ ส่วนเพศหญิงอัตราการสูบบุหรี่ในปี ๒๕๕๔ และ ๒๕๕๖ ยังคงเท่าเดิม (ร้อยละ ๒.๑)^๕

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

เมื่อพิจารณาผู้สูบบุหรี่ตามเขตการปกครอง และปัจจัยตามภูมิศาสตร์ พบว่า กลุ่มผู้ที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูง ได้แก่ กลุ่มผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล และอยู่ในภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามลำดับ

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๔ พบว่าประชากรได้รับควันบุหรี่มือสอง จากในบ้านร้อยละ ๒๔.๕๑ ตลาดสด/ ตลาดนัดร้อยละ ๗๔.๑๙ สถานบริการขนส่งสาธารณะร้อยละ ๕๐.๓๗ และที่ร้านอาหาร/ ภัตตาคารร้อยละ ๔๙.๑๑^๖ ในขณะที่ข้อมูลการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก

^๓ BOD Thailand. ๒๕๕๒

^๔ ศิริวรรณ พิชัยรังสฤษฎ์ และประภาพรณ เอี่ยมอนันต์. สรุปสถานการณ์ควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ศ. ๒๕๕๕. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล. ๒๕๕๕

^๕ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. ๒๕๕๖

^๖ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. ๒๕๕๔



(Global Adult Tobacco Survey : GATS) ปี ๒๕๕๔ พบว่าประชากรได้รับควันบุหรี่มือสองจากในบ้าน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๓.๒ ในปี ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๓๖.๐๐ ในปี ๒๕๕๔ ตลาดสด/ตลาดนัดร้อยละ ๖๘.๘ สถานบันเทิงร้อยละ ๖๘.๔ และสถานที่ทำงานร้อยละ ๓๐.๕ ซึ่งสูงขึ้นกว่าปี ๒๕๕๒

ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ๒๕๕๔ สรุปได้ดังนี้^๓

- ๑ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยที่เพิ่มขึ้นในปี ๒๕๕๔ เกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การที่คนไทย มีการสูบบุหรี่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นยาเส้นมีอัตราภาษีที่ต่ำมาก การรณรงค์ยังไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย ที่อยู่ในชนบทที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มสูงกว่าผู้อยู่ในเขตเมืองถึง ๓ เท่า และจากการที่บริการเลิกบุหรี่ ยังไม่อยู่ในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ผู้ติดบุหรี่ที่เหลือนอยู่ เป็นกลุ่มที่ต้องการบริการ เลิกบุหรี่มาสนับสนุนมาตรการทางกฎหมายอื่นมากขึ้น
- ๒ ผู้สูบบุหรี่มีแนวโน้มมีส่วนเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ ๔๓.๙๔ (๔,๗๙๗,๕๖๒ คน) ในปี ๒๕๕๒ เป็น ร้อยละ ๔๖.๕๐ (๕,๓๕๒,๕๙๒ คน) ในปี ๒๕๕๔^๔ เนื่องจากการขึ้นภาษีของบุหรี่โรงงาน ขณะที่ บุหรี่มีแนวโน้มยังไม่มีมาตรการด้านภาษีหรือการควบคุมการผลิต และจำหน่ายผลิตภัณฑ์ มาก เทียบเท่ากับบุหรี่จากโรงงาน จึงทำให้การเข้าถึงบุหรี่ยง่ายขึ้น บุหรี่มีราคาถูก การเข้าถึงบริการ เลิกบุหรี่ยังไม่ครอบคลุม
- ๓ การควบคุมยาสูบที่ผ่านมาได้ผลในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาล ในกลุ่มที่มีรายได้และ การศึกษาสูงมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้และการศึกษาต่ำ และได้ผลดีในกรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ
- ๔ ประเทศไทยดำเนินมาตรการในการควบคุมการบริโภคยาสูบหลายมาตรการพร้อมๆ กันเช่น การเก็บภาษีเพื่อเพิ่มราคาขายปลีก การควบคุมการโฆษณา การคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ตลอดจนการช่วยเลิกบุหรี่ เป็นต้น จึงทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการลดอัตราการบริโภคยาสูบในช่วง ที่ผ่านมา แต่มาตรการที่ใช้แล้วจะค่อยๆ ลดประสิทธิภาพลง เนื่องจากบริบทได้ปรับเปลี่ยนไป
- ๕ นับตั้งแต่ปี ๒๕๓๕ จนถึงปัจจุบัน ประเทศไทยมีการปรับขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ชิกาเรต รวม ๑๐ ครั้ง โดยล่าสุดในเดือนสิงหาคม ๒๕๕๔ มีการปรับอัตราภาษีเป็นร้อยละ ๘๗ ทำให้ กรมสรรพสามิตจัดเก็บภาษียาสูบได้เป็นมูลค่าเพิ่มขึ้นตามลำดับ
- ๖ จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ ปี ๒๕๕๒ การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรไทย ประมาณ ๔๘,๒๔๔ คนต่อปี โดยเฉลี่ยผู้ชาย ๑ ใน ๖ คน และผู้หญิง ๑ ใน ๒๕ คนเสียชีวิตจาก การสูบบุหรี่ ซึ่งทำให้สูญเสียปีสุขภาวะหรือปีที่มีสุขภาพดีจากการตายก่อนวัยอันควรและความ พิการ ๖.๐ แสนปี หรือ ๑๑.๑% ของภาระโรคทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้มาจากโรคหัวใจและ หลอดเลือด และมะเร็งปอดเป็นหลัก (๒๔% และ ๒๐% ตามลำดับ)

^๓ ศจย. วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมจากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา พ.ศ. ๒๕๕๔ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ. เมษายน ๒๕๕๔ ศิริวรรณ พิชัยรังสฤษฎ์ และประภาพรณ เอี่ยมอนันต์. สรุปสถานการณ์ควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ศ. ๒๕๕๔. ศูนย์วิจัยและจัดการ ความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล. ๒๕๕๔

^๔ ศิริวรรณ พิชัยรังสฤษฎ์ และประภาพรณ เอี่ยมอนันต์. สรุปสถานการณ์ควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ศ. ๒๕๕๕. ศูนย์วิจัยและจัดการความ รู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล. ๒๕๕๕

๗ ระบบบริการเลิกบุหรี่ทั้งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม และสวัสดิการราชการยังไม่มีเป็นรูปธรรม โดยภาพรวมมีการให้บริการในระดับต่ำมากและขึ้นกับความสนใจของผู้ให้บริการว่าจะจัดบริการนี้หรือไม่ ในคุณภาพใด

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจำนวนมหาศาลทั้งในรูปแบบความสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและการสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน โดยนักสูบหน้าใหม่เพศชายที่เกิดขึ้นทุกๆ หนึ่งราย จะมีต้นทุนทางเศรษฐกิจ ๑๕๘,๐๐๐ บาทต่อคน สำหรับนักสูบหน้าใหม่เพศหญิงที่เกิดขึ้นทุกๆ หนึ่งราย จะมีต้นทุนทางเศรษฐกิจ ๘๕,๐๐๐ บาทต่อคน^๙ ทั้งนี้ ได้มีการประเมินค่าความเต็มใจจ่ายของครัวเรือนต่อมาตรการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. พบว่า ครัวเรือนประชากรไทยเต็มใจจ่ายเพื่อสนับสนุนให้มีการดำเนินการควบคุมยาสูบของ สสส. จำนวน ๑,๓๓๑ ล้านบาท^{๑๐} ทั้งนี้ จากรายงานการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment : SROI)^{๑๑} พบว่า สสส.ลงทุนในประเด็นควบคุมยาสูบ ๑ บาท ได้ผลตอบแทนทางสังคมเท่ากับ ๑๘.๓๔ บาท

องค์การอนามัยโลกได้ประเมินการควบคุมยาสูบของประเทศไทยเมื่อปี ๒๕๕๑ และ ๒๕๕๓ ระบุว่า การควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีความก้าวหน้าและประสบความสำเร็จอย่างชัดเจน ความสำเร็จที่เด่นชัด ได้แก่ การพิมพ์ภาพและคำเตือนบนซองบุหรี่ การห้ามโฆษณาและการมีกฎหมายที่ครอบคลุมอันเกิดจากบทบาทร่วมกันเข้มแข็งขององค์กรต่างๆ ทุกภาคส่วน แต่เสนอแนะว่า ควรพัฒนาเพิ่มขึ้นในบางด้าน เช่น การสื่อสารข้อกฎหมาย การเน้นกลุ่มเป้าหมายในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่นให้มากขึ้น การจัดบริการช่วยเลิกบุหรี่ในระบบบริการสุขภาพ และการจัดเก็บภาษีจากฐานราคาขายปลีก

คณะรัฐมนตรีได้ประชุมและมีมติ ดังนี้

- ๑ เห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ ๒๕๕๓ มติ ๖ มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ เมื่อวันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๕๕ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการต่อไป ทั้งนี้ ให้กระทรวงการคลังและสำนักงานตำรวจแห่งชาติให้ความสำคัญในการปราบปรามบุหรี่ต่างประเทศที่มีการลักลอบนำเข้าในประเทศอย่างผิดกฎหมาย ซึ่งทำให้ราคานูหรีดักกล่าวต่ำกว่าราคานูหรีดที่มีจำหน่ายอยู่โดยทั่วไป และส่งผลให้เกิดการบริโภคเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งกรณีสำแดงราคานำเข้าของนูหรีดต่างประเทศที่ต่ำกว่าปกติทำให้รัฐได้รับความเสียหายด้วย
- ๒ เห็นชอบอนุมัติแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๕ เพื่อให้ทุกภาคส่วนใช้เป็นกรอบและทิศทางในการขับเคลื่อนดำเนินการควบคุมยาสูบให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ รวมทั้งการแสวงหาแนวร่วมภาคประชาชน/เครือข่าย เข้ามาร่วม

^๙ การพัฒนาแนวทางการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาต้นทุน ความเจ็บป่วย. มนรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ, ๒๕๕๕

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

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

ดำเนินการควบคุมยาสูบภายใต้ระบบเฝ้าระวังยาสูบที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างแม่นยำ อันจะเป็นการหนุนเสริมให้สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค สามารถนำมาเป็นข้อมูลเพื่อประกอบการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ และการปรับปรุงกฎหมาย/ประกาศ/ระเบียบใดๆ ให้มีความเป็นปัจจุบัน ตลอดจนกำหนดแนวทาง และมาตรการการดำเนินงานควบคุมยาสูบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

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

- ๑ ประกาศขยายเขตปลอดบุหรี่ให้มากขึ้นจากพื้นที่ปลอดบุหรี่บางส่วนเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ ๑๐๐% เช่น โรงพยาบาล ศาสนสถาน สวนสาธารณะ ยานพาหนะ และสถานีขนส่งสาธารณะ เป็นต้น
- ๒ ประกาศเพิ่มรูปภาพคำเตือนบนซองบุหรี่เพิ่มเติมจาก ๙ ภาพ เป็น ๑๐ ภาพ พร้อมพิมพ์หมายเลข ๑๖๐๐ บนซองบุหรี่
- ๓ ประกาศเพิ่มข้อความแสดงสารพิษและสารก่อมะเร็งจาก ๑ แบบเป็น ๑๐ แบบ
- ๔ ประกาศเพิ่มข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดว่ามีระดับสารพิษน้อย เช่น Cool, Ice, Frost, Crisp, Smooth เป็นต้น
- ๕ ปรับปรุงรูปภาพข้อความคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัย และช่องทางติดต่อเพื่อการเลิกยาสูบ ในฉลากของยาเส้นหรือยาเส้นปรุง เป็นรูปภาพ ๔ สี ๔ แบบ (ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ ๑๗)
- ๖ เพิ่มขนาดภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ (ทั้ง ๑๐ แบบ) ให้มีขนาดไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕ ของด้านที่มีพื้นที่มากที่สุดของซอง
- ๗ ที่ประชุมคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) รับรองแนวปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย ปี ๒๕๕๒

ที่ประชุม คบยช. รับรองศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.) เป็นศูนย์บริการเลิกบุหรี่แห่งชาติ

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

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

ทั้งนี้ ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ โดยให้มีผู้รับผิดชอบและมีงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐอย่างชัดเจน และขณะนี้ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ ๒ (ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒) อยู่ระหว่างการเสนอให้คยช. และคณะรัฐมนตรีเห็นชอบอนุมัติต่อไป โดยกำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ๖ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

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

จุดเน้นของแผน

ด้านนโยบายสาธารณะ และการบังคับใช้กฎหมาย

- ๑. เน้นการบังคับใช้กฎหมายในนโยบาย/มาตรการที่มีอยู่อย่างเข้มข้น/ต่อเนื่อง โดยเฉพาะนโยบายการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่เพื่อลดอัตราผู้ได้รับควันบุหรี่มือสอง

๒. ผลักดันนโยบาย/มาตรการใหม่ที่เตรียมการไว้แล้ว ได้แก่

- พระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ศ.
- การแทรกแซงนโยบายสาธารณะของบริษัทบุหรื
- การโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบและการส่งเสริมการขาย
- การขึ้นภาษีบุหรื โดยเฉพาะบุหรืมวนเอง/ยาเส้น
- การควบคุมมิให้ Duty Free ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- จำกัดการเข้าถึงบุหรื โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน/นักสูบบุหรืหน้าใหม่ เช่น กำหนดโซนนิ่งร้านจำหน่ายบุหรื

ด้านวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

๑. สนับสนุนให้มีการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) การวิจัยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based research) ให้มากขึ้น โดยเชื่อมประสานชุมชนท้องถิ่นร่วมกระบวนการ
๒. พัฒนางานวิจัย/วิชาการให้เพียงพอต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และการขับเคลื่อนของเครือข่ายรณรงค์ และนำความรู้ที่ได้กลับมาใช้ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง
๓. จัดทำระบบข้อมูล สังเคราะห์งานวิจัย/วิชาการให้ง่ายต่อการนำไปใช้งาน

ด้านเครือข่ายการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรื

๑. มุ่งเน้นการป้องกันนักสูบบุหรืหน้าใหม่โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและผู้หญิง ลดการสูบบุหรืในผู้ชาย/ผู้ที่อยู่ในชนบท
๒. เน้นการป้องกันการได้รับควันบุหรืมือสองและมือสาม โดยการขยายพื้นที่รูปธรรมปลอดบุหรื ทั้งตามกฎหมายกำหนด และรณรงค์เพิ่มเติม เช่น การรณรงค์บ้านปลอดบุหรื เป็นต้น
๓. เน้นการสื่อสารเพื่อปรับค่านิยมให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ อุตสาหกรรมยาสูบ และผู้สูบบุหรื เป็นสิ่งไม่ปกติธรรมดา (De-normalization)
๔. สนับสนุนการทำงานในพื้นที่/จังหวัด เพื่อสร้างรูปแบบ (model development) ในพื้นที่ รวมถึงประเมินผล/ประสิทธิผลมาตรการหรือการทำงานในพื้นที่
๕. ผลักดันงานบูรณาการการทำงานด้านการควบคุมยาสูบร่วมกับแผนงานอื่นๆ ได้แก่ แผนสุขภาวะชุมชน แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม สุขภาวะ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ เป็นต้น

ด้านบริการเลิกบุหรี่

๑. พัฒนารูปแบบระบบการบำบัดและส่งต่อให้ชัดเจน มีประสิทธิภาพ และเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยเลิกบุหรี่ โดยผลักดันให้มียาช่วยเลิกบุหรี่ในบัญชียาหลัก

วัตถุประสงค์

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

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดมาตรการและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อแนวโน้มการลดลงของอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรไทย โดยพัฒนา/ผลักดันนโยบาย กฎหมาย มาตรการ แนวปฏิบัติเพื่อการควบคุมยาสูบให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒
๒. เกิดรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายเข้มแข็งขึ้น โดยการสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมาย ไม่น้อยกว่า ๕ จังหวัด
๓. เกิดกรณีตัวอย่างกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดไม่น้อยกว่า ๕ จังหวัด
๔. เกิดองค์ความรู้จากการวิจัยที่จำเป็นสำหรับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง และมีเวทีวิชาการระดับชาติทุกปี
๕. เกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นการไม่สูบบุหรี่มากขึ้นในประชาชนไทย อย่างน้อย ๒ ประเด็นสำคัญ



๖. เกิดการพัฒนามาตรฐานบริการเลิกบุหรี่ในระดับบริการต่างๆ และมีการขยายตัวของบริการเลิกบุหรี่ของประเทศ สายด่วนเลิกบุหรี่แห่งชาติ สามารถบริการเปิดให้บริการแก่ประชาชนทั้งเชิงรับและเชิงรุกโดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่า ๑๕,๐๐๐ ครั้งต่อเดือน มีจำนวนผู้ติดบุหรี่ที่มาใช้บริการรับคำปรึกษาและป้องกันการสูบบุหรี่โดยเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๔,๐๐๐ รายต่อเดือนและมีจำนวนผู้เลิกบุหรี่ได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๐
๗. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ เช่น คลินิกฟ้าใส ร้านยา คลินิกทันตกรรม มีการขยายเครือข่ายหน่วยการเลิกบุหรี่ที่มีคุณภาพ สามารถให้บริการได้ตามมาตรฐาน รวมไม่น้อยกว่า ๓๐๐ แห่ง
๘. มีจังหวัดต้นแบบที่เห็นผลสำเร็จเป็นรูปธรรมในการจัดบริการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพต่างๆ อย่างน้อย ๑ จังหวัด

ตัวชี้วัดร่วม

๑. บูรณาการการทำงานร่วมกับปัจจัยเสี่ยงหลักอื่น เช่น
 - ๑ การเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายของยาสูบกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - ๒ การรณรงค์ป้องกันปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มเยาวชน (ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน ยาเสพติด และการจัดการความปลอดภัยทางถนน)
 - ๓ การทำงานเชิงป้องกันปัจจัยเสี่ยงในชุมชน (ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน ยาเสพติด การจัดการความปลอดภัยทางถนน และภัยพิบัติ)
๒. บูรณาการการทำงานประเด็นยาสูบร่วมกับแผนงานอื่นๆ ใน สสส. เช่น
 - ๑ แผนสุขภาพะชุมชนในการเชื่อมประสาน บูรณาการขยายผลการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่/ชุมชน
 - ๒ แผนสุขภาพะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในการขยายผลการดำเนินงานเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในกลุ่มเด็กและเยาวชน
 - ๓ แผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กรในการขยายผลการดำเนินงานเพื่อการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ และสนับสนุนให้มีนโยบายหรือมาตรการให้เกิดสถานประกอบการปลอดบุหรี่
 - ๔ แผนสุขภาพะประชากรกลุ่มเฉพาะ ในการขยายผลการดำเนินงานเพื่อการลด ละ เลิกบุหรี่ในประชากรกลุ่มเฉพาะ

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

๑. เชื่อมโยงภาคีหลักที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็นเพื่อสร้างเป้าหมายร่วมในด้านการควบคุมยาสูบ ตลอดจนการเชื่อมโยงการทำงานเพื่อเสริมพลังซึ่งกันและกัน ได้แก่ พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม
๒. พัฒนฐานข้อมูลเชิงวิชาการและจัดการความรู้เพื่อใช้ประโยชน์ในการผลักดันงานควบคุมยาสูบ ตลอดจนเพื่อการสนับสนุนเชิงนโยบายสาธารณะและการติดตามประเมินผล
๓. พัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๔. รณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมของสังคม ในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาสูบ ผ่านช่องทางสื่อ และการทำงานของภาคีเครือข่ายต่างๆ
๕. สนับสนุนบริการเลิกบุหรี่ ในบริบทต่างๆ
๖. เชื่อมโยงการทำงานด้านการควบคุมยาสูบร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส. เช่น แผนสุขภาวะชุมชน แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร เป็นต้น

กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมการบริโภคยาสูบ ประกอบด้วย ๔ กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงานมีภารกิจโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะในการควบคุมยาสูบ

- ๑.๑ พัฒนาองค์กรหลักของรัฐบาลด้านการควบคุมยาสูบ เช่น สถาบันควบคุมยาสูบของรัฐ และสนับสนุนเพื่อเสริมความเข้มแข็งและยั่งยืนให้แก่หน่วยจัดการหลัก เช่น คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ (คบยช.) สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยพัฒนาข้อเสนอเพื่อผลักดันนโยบายและการบังคับใช้กฎหมายด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ตลอดจนร่วมผลักดันกฎหมายและมาตรการการควบคุมยาสูบของประเทศตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การ

อนามัยโลกในประเด็นต่างๆ อาทิ มาตรา ๕.๓ การป้องกันการแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบโดยอุตสาหกรรมยาสูบ มาตรา ๖ มาตรการด้านราคา และด้านภาษี มาตรา ๙ การเปิดเผยส่วนประกอบ มาตรา ๑๑ การบรรจุหีบห่อและภาพคำเตือน มาตรา ๑๓ การห้ามโฆษณา ส่งเสริมการขายยาสูบ และสนับสนุนโดยอุตสาหกรรมยาสูบ มาตรา ๑๔ การให้บริการเลิกบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรา ๑๕ การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย

- ๑.๒ พัฒนานโยบายและมาตรการใหม่ โดยลำดับความสำคัญจากข้อสรุปทางวิชาการ และเงื่อนไขทางยุทธศาสตร์ เช่น นโยบายที่เน้นการลดการบริโภคยาเส้น บุหรี่มวนเอง การป้องกันบุหรี่หนีภาษีและบุหรี่ปลอม การปรับปรุงโครงสร้างภาษียาสูบและระบบการจัดเก็บภาษี การยกเลิกสิทธิประโยชน์ทางภาษียาสูบ การขยายการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ อีกทั้งการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย/มาตรการสำคัญ อาทิ การเพิ่มสารที่ทำให้บุหรี่ดับง่ายเพื่อลดปัญหาอัคคีภัย สนับสนุนให้ปลูกพืชทดแทนการปลูกใบยาสูบ และสนับสนุนให้มีพระราชบัญญัติคณะกรรมการควบคุมยาสูบจังหวัด/เจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย
- ๑.๓ สนับสนุนการผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ ในพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕ และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ ในประเด็น การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ การโฆษณาโดยตรง การโฆษณาโดยวิธีแปรเปลี่ยนเครื่องหมายการค้า การส่งเสริมการขายรูปแบบต่างๆ การผลิตและจำหน่ายสินค้าซึ่งมีรูปลักษณะคล้ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ การลดพิษภัยในผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะจากภาคสังคมในการบังคับใช้กฎหมาย
- ๑.๔ เน้นการเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายโดยเฉพาะส่วนภูมิภาค โดยเพิ่มบทบาทและศักยภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ กรุงเทพมหานคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายเข้มข้นขึ้น ส่วนสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบในส่วนกลาง ควรทำหน้าที่ประสานสนับสนุนติดตามและประเมินผล สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการบังคับใช้กฎหมายให้มากยิ่งขึ้น โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นศูนย์กลาง และเน้นการทำงานกับผู้กำหนดนโยบายในแต่ละหน่วยงาน ให้ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง โดยเฉพาะการจัดเขตปลอดบุหรี่ที่ถูกต้องตามกฎหมาย และการประกาศนโยบายสนับสนุน เช่น การไม่รับบุคลากรที่ติดบุหรี่เข้าทำงาน ตลอดจนการสนับสนุนเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อผลักดันนโยบายในการควบคุมยาสูบในระดับท้องถิ่น ร่วมไปกับการสนับสนุนพัฒนาให้โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเป็นศูนย์กลางในการให้บริการเลิกบุหรี่และการควบคุมยาสูบ

- ๑.๕ เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการมีบทบาทการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย โดยเปิดช่องทางการสื่อสารเพื่อรับเรื่องร้องเรียนให้ประชาชนแจ้งเหตุได้สะดวกมากขึ้น
- ๑.๖ ระดับสากลสนับสนุนการเข้าร่วมมีบทบาทหลักในนโยบายยาสูบ เช่น การสนับสนุนการดำเนินงานตามกรอบอนุสัญญาควบคุมการบริโภคยาสูบ และการพัฒนาศักยภาพคณะผู้แทนไทยในเวทีสากล เป็นต้น

๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสารด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ

สนับสนุนให้ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ (ศจย.) ร่วมกับภาคีทางวิชาการต่างๆ พัฒนางานวิจัย จัดการความรู้ การศึกษาฝึกอบรม รวมถึง

- ๒.๑ การสนับสนุนการวิจัยและเครือข่ายนักวิจัยด้านบุหรี่ยาสูบและสุขภาพ โดยเฉพาะงานวิจัยใน ๗ กลุ่มนโยบายที่สำคัญ เพื่อการควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ/ตำบล โดยเน้นชุมชนเป็นฐาน การวิจัยพื้นฐานที่จำเป็น การวิจัยที่สนับสนุนนโยบาย การวิจัยเพื่อสนับสนุนการดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก และทุนวิทยานิพนธ์ปริญญาโทและเอกที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ รวมทั้งการสนับสนุนด้านวิชาการเพื่อพัฒนาหลักสูตรการควบคุมยาสูบในระดับมัธยมศึกษา และอุดมศึกษาในสาขาการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนการเพิ่มสมรรถนะกำลังคนในระบบการให้บริการเลิกบุหรี่ในหน่วยงานหลักที่ให้บริการอย่างทั่วถึงและเผยแพร่ความรู้ในรูปแบบต่างๆ
- ๒.๒ การพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการในกลุ่มประเด็นวิชาการสำคัญ ได้แก่ รูปแบบบริการการเลิกบุหรี่ในระดับต่างๆ มาตรการทางภาษีและการรับมือภาวะคุกคามที่มาจากการค้าเสรี การควบคุมผลิตภัณฑ์รูปแบบต่างๆ ของยาสูบ งานวิจัยเชิงพฤติกรรมและสังคม บุหรี่มวนเอง การเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย และการประเมินประสิทธิผลมาตรการการควบคุมยาสูบที่ใช้อยู่
- ๒.๓ การพัฒนาระบบข้อมูลในระบบเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ในผู้ใหญ่ เยาวชน รวมทั้งการเฝ้าระวังการโฆษณา ส่งเสริมการขาย และการให้ทุนอุปถัมภ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยเป็นความร่วมมือระหว่าง ศจย. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ และเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่
- ๒.๔ การจัดการประชุมวิชาการ “บุหรี่หรือสุขภาพแห่งชาติ” เป็นประจำอย่างต่อเนื่องทุกปีเพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนทางวิชาการและประสบการณ์ระหว่างผู้ที่ทำงานและผู้สนใจ
- ๒.๕ การพัฒนาระบบการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO-FCTC) มาตรการต่างๆ การวิจัยในคำถามถึงมาตรการในกลุ่มเป้าหมายที่ยังบรรลุผลต่ำ และพัฒนานักวิจัยประเมินผล



๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่าย การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดภัย

- ๓.๑ การจัดกิจกรรมพิเศษและสร้างกระแสสังคม เพื่อรณรงค์กระตุ้นให้เกิดการตื่นตัว และปลูกฝังค่านิยมการไม่สูบบุหรี่ การขยายพื้นที่รูปธรรมปลอดภัย การรณรงค์บ้านปลอดภัย การรักษาสิทธิของตนเองจากการได้รับอันตรายของควันบุหรี่มือสอง การสร้างจิตอาสาเพื่อลดการสูบบุหรี่ และการสนับสนุนนโยบายที่สำคัญ การเลิกบุหรี่ การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและองค์กรต่างๆ ในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ตลอดจนจัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังและเปิดโปงกลยุทธ์ต่างๆ ของบริษัทบุหรี่ให้สังคมรับรู้ และผลักดันให้เกิดการพัฒนาและแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- ๓.๒ พัฒนาเพื่อขยายรูปแบบและภาคีในการทำงานกับเยาวชนเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ รวมทั้งขยายการดำเนินงานในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ภูมิลำเนาในชนบท และพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่สูง
- ๓.๓ พัฒนาและขยายเครือข่ายในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มต่างๆ ทั้งที่ดำเนินการมาแล้วหรือภาคีใหม่ เช่น กลุ่มธุรกิจโรงแรม โรงพยาบาล สตรี สื่อมวลชน ผู้ใช้แรงงาน กลุ่มคนที่เลิกบุหรี่ได้ กลุ่มผู้นำทางสังคมที่ไม่สูบบุหรี่ และการพัฒนาช่องทางสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ใหม่ๆ ในกลุ่มเป้าหมายเยาวชน
- ๓.๔ ขยายแนวร่วมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนงานด้านการรณรงค์และการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย เช่น เครือข่ายสถานประกอบการปลอดภัย เครือข่ายโรงแรมปลอดภัย เครือข่ายสถาบันสุขภาพเด็กและภาควิชากุมารเวช สำนักงาน หอพัก เครือข่ายผู้ไร้กล่องเสียง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายสถานีตำรวจ เครือข่ายจังหวัดปลอดภัย เพื่อให้เป็นต้นแบบของสถานที่ราชการปลอดภัย และเห็นความสำคัญของการบังคับใช้กฎหมายการจัดเขตปลอดภัย เครือข่ายครูระดับมัธยมศึกษาเพื่อการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ของเยาวชน ตลอดจนเครือข่ายเยาวชนอาสาสร้างสถานศึกษาปลอดภัย
- ๓.๕ การขยายเครือข่ายทำงานในระดับพื้นที่โดยประสานกับภาคีในแผนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และแผนการป้องกันและลดอุบัติเหตุจราจร โดยเฉพาะการขยายเครือข่ายในภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เพื่อรณรงค์ลดการบริโภคและการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายในภาคประชาสังคม ตลอดจนการสนับสนุนภาคีเครือข่ายของ สสส. กับแผนอื่นๆ ทั้งภาคีเชิงประเด็น ภาคีเชิงองค์กร และภาคีเชิงพื้นที่ เพื่อสอดแทรกการลดการบริโภคยาสูบในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ

- ๓.๖ การสนับสนุนสื่อเผยแพร่ และพัฒนาสื่อนวัตกรรม แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการ สถานศึกษา
- ๓.๗ การพัฒนาและขยายผลนวัตกรรมในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในองค์กรที่มีนโยบายพัฒนาคุณภาพการจัดเขตปลอดบุหรี่ให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการสนับสนุนบุคลากรที่ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ เพื่อขยายเครือข่ายแนวร่วมให้มากขึ้น
- ๓.๘ ส่งเสริมและสนับสนุนให้เครือข่ายภาคีการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม โดยจะสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายทางด้านองค์ความรู้ที่ถอดบทเรียนจากการทำงานและสื่อพร้อมใช้ รวมทั้งการจัดกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพและติดตามเพื่อเสริมหนุนการดำเนินโครงการของเครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายโรงพยาบาล เครือข่ายครู เครือข่ายตำรวจ และเครือข่ายเยาวชน

๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนบริการเลิกบุหรี่

- ๔.๑ การพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ระดับชาติ หรือสายด่วนเลิกบุหรี่แห่งชาติ (National Quitline) ให้เข้มแข็งขึ้นในทุกระบบบริการ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ) โดยขยายงานและพัฒนาคุณภาพของสถานบริการและบุคลากรเพื่อการเลิกบุหรี่ และพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ตแห่งชาติ รวมทั้งพัฒนาให้เกิดคู่มือในการช่วยให้เลิกบุหรี่ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย และภูมิภาค อาทิ กลุ่มผู้หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็ก และเยาวชน พัฒนารูปแบบการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลนรณรงค์ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบการรักษาผู้ติดบุหรี่ พัฒนาสร้างความเข้มแข็งทางจิตเพื่อการเลิกบุหรี่ ผลักดันให้ยาช่วยเลิกบุหรี่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พัฒนาเว็บไซต์เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ เพื่อเป็นอีกหนึ่งช่องทางที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย สนับสนุนให้มีระบบคัดกรองผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ โดยทดลองดำเนินการในเครือข่ายโรงพยาบาลปลอดบุหรี่
- ๔.๒ สนับสนุนการดำเนินงานเครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อการไม่สูบบุหรี่ เพื่อขยายการส่งเสริมและกระตุ้นให้บุคลากรสาธารณสุขเข้ามามีบทบาทในการผลักดันนโยบายและสนับสนุนระบบบริการเลิกบุหรี่ รวมถึงการส่งต่ออย่างเป็นระบบ ตลอดจนการขยายและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการให้คำแนะนำช่วยเลิกบุหรี่



ภาคีหลัก

คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ส่งเสริมสุขภาพไทย แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สมาเภสัชกรรมทันตแพทยสภา สมาคมหมอยาสมุนไพร สมาคมนิติการแพทย์ สมาคมแพทย์แผนไทย มูลนิธิใบไม้เขียว สมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม มูลนิธิสร้างสุขไทย สันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย หน่วยงานราชการทุกกระทรวง สื่อมวลชนภาคธุรกิจเอกชนต่างๆ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้ กฎหมาย	๖๒
๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร	๘๐
๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่ายการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่	๑๕๒
๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนบริการเลิกบุหรี่	๔๑
รวม	๓๓๕

๒

แผนควบคุมแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

สถานการณ์และแนวโน้ม

ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ๑ การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ในช่วงปี ๒๕๔๔ - ๒๕๕๔ มีประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่เป็นนักดื่มค่อนข้างคงที่แต่มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย กล่าวคือ จากร้อยละ ๓๒.๗ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๓๑.๕ ในปี ๒๕๕๔ เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุ พบว่าสัดส่วนของนักดื่มที่เป็นวัยทำงาน (อายุ ๒๕ - ๕๔ ปี) มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ ๓๙.๓ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๓๗.๓ ในปี ๒๕๕๔ สัดส่วนของนักดื่มสูงวัย (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ ๒๐ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๑๖.๖ ในปี ๒๕๕๔ โดยสถานการณ์และแนวโน้มที่ชี้ปัญหาสำคัญ คือ สัดส่วนของนักดื่มหญิงที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๙.๘ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๑๐.๙ ในปี ๒๕๕๔ สัดส่วนของนักดื่มเยาวชน (อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๑.๐๔ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๑๔ ในปี ๒๕๕๔ และสัดส่วนของนักดื่มที่อยู่นอกเขตเทศบาลสูงกว่า สัดส่วนของนักดื่มที่อยู่ในเขตเทศบาลตลอดช่วง ๑๐ ปี
- ๒ สัดส่วนของนักดื่มประจำ (ดื่มทุกสัปดาห์) พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก โดยเพิ่มจากร้อยละ ๓๕ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๔๔.๒ ในปี ๒๕๕๔ ทั้งนี้ปริมาณการดื่มของประชากรไทยที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น จาก ๔๑ ลิตรเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อคนต่อปี ในปี ๒๕๔๔ เป็น ๕๒ ลิตรเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อคนต่อปี ในปี ๒๕๕๔
- ๓ ด้านปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย พบว่าปริมาณการบริโภคเฉลี่ยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ๗.๔ ลิตรต่อคนต่อปีในปี ๒๕๔๔ เป็น ๘.๒ ลิตรต่อคนต่อปีในปี ๒๕๔๙ แล้วปรับตัวลดลงเป็น ๖.๗ ลิตรต่อคนต่อปีในปี ๒๕๕๒ หลังจากนั้นเพิ่มขึ้นเป็น ๗.๑ ลิตรต่อคนต่อปีในปี ๒๕๕๔ โดยการบริโภคสุรากลั่นมีสัดส่วนสูงที่สุดตลอดช่วงสิบปีที่ผ่านมา รองลงมาคือ เบียร์ และไวน์ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี สัดส่วนการบริโภคสุรากลั่นมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ สัดส่วนการบริโภคเบียร์และไวน์เพิ่มขึ้น



- ๔ แนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปี ๒๕๔๗ - ๒๕๕๔ วิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีลักษณะเป็นอนุกรมเวลาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ด้วยการใช้สมการถดถอยแนวโน้มเชิงเส้นตรง สามารถสรุปแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงได้ดังตารางที่ ๑ ซึ่งจากข้อมูล สามารถสรุปได้ว่า ร้อยละของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ร้อยละของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างคงที่ซึ่งแม้ว่าจะมีการเติบโตของประชากรและเศรษฐกิจ แต่สามารถควบคุมให้อยู่ในระดับคงที่

ตารางที่ ๑ แนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอนุกรมเวลา	ทิศทางและระดับนัยสำคัญ	
ร้อยละการดื่ม	ลดลง	ไม่มีนัยสำคัญ
ร้อยละการดื่มของผู้ชาย	ลดลง	ไม่มีนัยสำคัญ
ร้อยละการดื่มของผู้หญิง	เพิ่มขึ้น	ไม่มีนัยสำคัญ
ร้อยละการดื่มของเด็กและเยาวชน	เพิ่มขึ้น	ไม่มีนัยสำคัญ
ร้อยละการดื่มของคนวัยทำงาน	ลดลง	ไม่มีนัยสำคัญ
ร้อยละการดื่มของผู้สูงอายุ	ลดลง	มีนัยสำคัญ*
ร้อยละการดื่มอย่างสม่ำเสมอ	เพิ่มขึ้น	มีนัยสำคัญ**
ปริมาณการดื่ม	เพิ่มขึ้น	มีนัยสำคัญ***
ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์	ลดลง	ไม่มีนัยสำคัญ
สัดส่วนเหล้ากลั่น	ลดลง	มีนัยสำคัญ***
สัดส่วนการดื่มเบียร์	เพิ่มขึ้น	มีนัยสำคัญ***
สัดส่วนการดื่มไวน์	เพิ่มขึ้น	ไม่มีนัยสำคัญ

ที่มา: การวิเคราะห์ของศูนย์วิจัยสุรา

- ๕ ข้อมูลภาวะสังคมไทย โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ ๗.๐ ของการใช้จ่ายของครัวเรือนทั้งหมด ในปี ๒๕๕๐ ลดลงเหลือร้อยละ ๕.๖ ในปี ๒๕๕๖ ขณะที่ค่าใช้จ่ายการบริโภคของครัวเรือนหมวดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ปี ๒๕๕๐ - ๒๕๕๖ (ราคาปี ๒๕๓๑) ค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง จาก ๑๕๔,๙๔๘ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๐ เหลือ ๑๓๙,๓๓๖ ล้านบาท และ ๑๓๗,๐๕๙ ล้านบาทในปี ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๔ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ในปี ๒๕๕๕ เพิ่มขึ้น เป็น ๑๔๖,๘๔๘ ล้านบาท และลดลงเหลือ ๑๔๔,๐๗๙ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๗

- ๖ สถานการณ์ด้านการเก็บภาษีควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า รายได้จากภาษีสุราและภาษีเบียร์เพิ่มขึ้น^{๑๑} โดยมีรายได้จากภาษีสุราเพิ่มขึ้นจาก ๓๖,๘๑๖ ล้านบาท และภาษีเบียร์ ๕๓,๔๖๕ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๑ เป็น ๕๓,๕๐๐ ล้านบาท และ ๖๔,๘๙๓ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๕ ตามลำดับ ทั้งนี้ ล่าสุดเมื่อวันที่ ๓ กันยายน ๒๕๕๖ คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้ปรับโครงสร้างอัตราภาษีสุราใหม่ ทั้งขยายเพดานอัตราภาษีให้สูงขึ้น และปรับเปลี่ยนวิธีการจัดเก็บใหม่ มีผลบังคับใช้ ๔ กันยายน ๒๕๕๖
- ๗ การดื่มเครื่องดื่มของคนไทยและผลกระทบจากสุราในด้านต่างๆ ในสังคมยังอยู่ในระดับสูง การศึกษาการโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๔ ชี้ว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงได้สร้างภาระโรคในคนไทย มากเป็นอันดับหนึ่ง ตัวอย่างของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การเพิ่มขึ้นของอัตราการบาดเจ็บรุนแรงในช่วงเทศกาล ชี้ให้เห็นว่าในช่วงเทศกาลวันหยุดยาว สงกรานต์ มีจำนวนผู้บาดเจ็บเพิ่มขึ้น ๑.๗ เท่าจากช่วงปกติ ในภาพรวม ผู้บาดเจ็บที่ดื่มจะมี ปริมาณการดื่มที่สูงมาก โดยเฉลี่ยดื่ม ๑๒๔.๗๕ กรัมของเอทานอล นอกจากนี้ การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว จากการสำรวจ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี ๒๕๕๔ พบว่า ครัวเรือนที่มีสมาชิกดื่มสุรา มีปัญหาการใช้ ความรุนแรงในครอบครัวและหรือปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ร้อยละ ๓๖.๖
- ๘ สถานการณ์ด้านการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปี ๒๕๕๑ ตลาดเครื่องดื่มเบียร์ ภายในประเทศมีมูลค่าประมาณ ๑.๑๕ แสนล้านบาท ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ใช้กลยุทธ์ด้านราคา มาใช้ในการแข่งขันในตลาด ทำให้เบียร์ส่วนใหญ่ในตลาด หรือร้อยละ ๘๕ เป็นเบียร์ระดับประหยัด (Economy) โดยเบียร์กลุ่มราคาประหยัดมีการเติบโตชัดเจนที่สุดทั้งปริมาณ มูลค่าและสัดส่วน โดยการเติบโตส่วนหนึ่งนั้นมาจากนักดื่มหน้าใหม่ และผู้ดื่มสุราชาวต่างชาติดื่มเบียร์มากขึ้น ในด้าน ของการลงทุนด้านโฆษณาหลังจากมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ แล้ว อุตสาหกรรมสุราใช้งบโฆษณาในสื่อกระแสหลักลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่มีการดำเนินการ กิจกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น
- ๙ ในปีที่ผ่านมา ได้มีความเคลื่อนไหวด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ หลายประการ อาทิ การออกกฎหมายลูกเพื่อยขยายพื้นที่ห้ามดื่มห้ามขาย ได้แก่ ร่างประกาศ สำนักนายกรัฐมนตรีเรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายหรือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในสวนสาธารณะของรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐ การปรับโครงสร้างภาษี การคิดอัตรา ภาษีสุราใหม่ ทั้งขยายเพดานอัตราภาษีให้สูงขึ้น และปรับเปลี่ยนวิธีการจัดเก็บใหม่ นอกจากนี้ ยังมีนโยบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับวันงดดื่มสุราแห่งชาติ ที่คณะรัฐมนตรีให้ความสำคัญและมีมติให้ กำหนดคำขวัญทุกปี รวมทั้งมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมจัดกิจกรรมในวันงดดื่มสุรา แห่งชาติ

^{๑๑} กรมสรรพสามิต <https://edweb.excise.go.th/stastw/ProductSummaryYearlyInfoAction.do>

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

- ๑ การศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมและผลกระทบการพนันในประเทศไทย ปี ๒๕๕๖^{๓๓} พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การเล่นพนัน ร้อยละ ๗๖.๕ (ต่ำกว่าการสำรวจในปี ๒๕๕๓ อยู่ที่ ร้อยละ ๗๗.๑) การสำรวจของทั้ง ปี ๒๕๕๓ และ ปี ๒๕๕๖ พบว่า ประเภทการพนันที่มีการเล่นพนันมากที่สุด ๓ อันดับแรก มีคำตอบเหมือนกันคือ หว่ยใต้ดิน สลากกินแบ่งรัฐบาล ไฟ และการเล่นพนันครั้งแรกเริ่มต้นตอนอายุต่ำสุดเท่ากันคือ ๗ ปี เมื่อวิเคราะห์ประเภทเกมพนันที่เล่นพนันครั้งแรกกับอายุที่เริ่มเล่นพนันเป็นครั้งแรก พบว่า คนเล่นพนันครั้งแรกในช่วงอายุ ๗ - ๑๔ ปี เริ่มต้นเล่นไฟเป็นเกมพนันครั้งแรกมากที่สุด คือมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ ๔๒.๙ แต่ถ้าพิจารณา กลุ่มผู้เล่นในช่วงอายุ ๑๐ - ๑๔ ปี เกมพนันฟุตบอลจะถูกเพิ่มเติมเข้าไปในกลุ่มเกมพนันครั้งแรกด้วย ขณะที่หว่ยใต้ดินเป็นเกมพนันที่เป็นที่นิยมเล่นครั้งแรกในกลุ่มอายุ ๒๕ ปีขึ้นไป
- ๒ การสำรวจเฉพาะกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๕๖ พบว่า การพนันที่กลุ่มนักศึกษา นิยมมากที่สุดคือ ไฟ (๖๗.๑๖%) รองลงมาคือบิงโก (๒๙.๖๐%) หว่ยใต้ดิน (๒๗.๒๗%) สลากกินแบ่ง (๒๖.๐๔%) และพนันฟุตบอล (๑๙.๗๖%) ทั้งนี้ การเล่นเกมพนันไฟที่นักศึกษา นิยมเล่นน่าจะเป็นการเล่นพนันกันเองระหว่างเพื่อนฝูง ต่างจากการเล่นพนันไฟในบ่อนการพนัน ที่มีเพียงร้อยละ ๒.๖๒ เท่านั้น แต่สิ่งที่น่ากังวลสำหรับกลุ่มนักศึกษา คือ การเริ่มเล่นการพนัน ประเภทหนึ่งมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่การเล่นพนันประเภทอื่นๆ เช่น การเล่นเกมพนันไฟจะนำผู้เล่น ไปสู่เกมพนันประเภทอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นการพนันฟุตบอล บิงโก ตู้ม้า โดยเฉพาะการพนันในบ่อน เพราะเกินกว่าร้อยละ ๙๐ ของนักศึกษาที่เล่นพนันในบ่อนเป็นผู้เล่นเกมพนันไฟควบคู่ไปด้วย
- ๓ สำหรับปัญหาที่เกิดจากการเล่นพนัน การสำรวจประชากรที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พ.ศ. ๒๕๕๖ มี ผู้ยอมรับว่าประสบปัญหาจากการเล่นพนันมากถึงร้อยละ ๒๙.๓๔ ภาคใต้ประสบปัญหา มากที่สุด (๔๐.๑๑%) รองลงมาคือ ภาคกลาง (๓๔.๘๖%) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (๒๙.๕๕%) ภาคเหนือ (๒๕.๑๑%) และต่ำสุดคือกรุงเทพฯ และปริมณฑล (๑๕.๖๒%) โดยพื้นที่ในและนอกเขต เทศบาลมีระดับการประสบปัญหาใกล้เคียงกันที่ประมาณร้อยละ ๓๐
- ๔ มูลค่าการเล่นพนันมีการเติบโตมากขึ้น โดยในปี ๒๕๕๓^{๓๔} พบว่า มูลค่าการเล่นพนันสลากกินแบ่ง รัฐบาลประมาณ ๓๘,๗๑๐ ล้านบาท ในขณะที่ปี ๒๕๕๓^{๓๕} มีมูลค่าเพิ่มเป็น ๖๒,๕๘๔ ล้านบาท เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ ๖๑.๑ ทั้งนี้เป็นเพราะได้มีการเพิ่มปริมาณสลากกินแบ่ง (รวมสลาก การกุศลด้วย) ขณะเดียวกันราคาที่ประชาชนซื้อที่สูงกว่าเมื่อ ๑๐ ปีที่ผ่านมา มาก ในปี ๒๕๕๓ ราคาสลากกินแบ่งเฉลี่ยคู่ละ ๙๐ บาท แต่ในปี ๒๕๕๓ ราคาเฉลี่ยเพิ่มเป็นคู่ละ ๑๑๐ บาท ซึ่งจาก ผลการสำรวจสถานะทางเศรษฐกิจเปรียบเทียบระหว่างปี ๒๕๕๓ กับ ปี ๒๕๕๖ จะเห็นว่าการเล่น

^{๓๓} การสำรวจโดย คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับ สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๗

^{๓๔} การสำรวจโดยสังคีต พิริยะรังสรรค์ และคณะ, ๒๕๕๓

^{๓๕} การสำรวจโดย คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับ สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๔

การพนันกำลังส่งผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจของผู้เล่นเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือปี ๒๕๕๓ กลุ่มผู้เล่นที่คิดว่าตนมีสถานะเศรษฐกิจเท่าเดิม มีอยู่ร้อยละ ๘๘.๗ คนกลุ่มนี้มีสัดส่วนลดลงเหลือร้อยละ ๘๕.๗๖ ในปี ๒๕๕๖ ขณะที่กลุ่มที่คิดว่าจนลง ซึ่งมีเพียงร้อยละ ๘.๗ ในปี ๒๕๕๓ กลับมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๑.๖๒ ในปี ๒๕๕๖ ส่วนกลุ่มที่คิดว่ารวยขึ้นจากการเล่นการพนัน มีอัตราค่อนข้างคงที่คือประมาณร้อยละ ๒.๖

- ๕ ด้านทัศนคติของคนไทยที่เล่นการพนัน ส่วนใหญ่ยังเชื่อว่าตนเองได้รับผลกระทบจากปัญหาการพนันในด้านต่างๆ ในระดับ “ค่อนข้างน้อย” และทั้งคนเล่นการพนันและไม่เล่นการพนันมีความเห็นตรงกันว่า การพนันในบ่อน การพนันฟุตบอล และการพนันหวยใต้ดิน ก่อให้เกิดปัญหาหนี้สิน การพนันส่งผลต่อความไม่ไว้วางใจในเรื่องการเงินและส่งผลกระทบต่อครอบครัว ในการเลี้ยงตัวเองและครอบครัวได้ นอกจากนั้น คนไทยส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าการซื้อสลากกินแบ่งรัฐบาลถือว่าเป็นการพนันหรือไม่ และยังไม่แน่ใจว่าควรอนุญาตให้เกมพนันบางประเภทเป็นสิ่งถูกกฎหมายดีหรือไม่ เช่น การอนุญาตให้มีบ่อนการพนันถูกกฎหมายในประเทศ การพนันฟุตบอลถูกกฎหมายในประเทศ การที่สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลจะจำหน่ายสลาก ๓ ตัว ๒ ตัว ด้วยเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติและการจำหน่ายสลากชุด/ ลอก เป็นต้น
- ๖ สถานการณ์การขยายตัวของการพนันหลากหลายรูปแบบ ทั้งการเพิ่มปริมาณต่อเนื่องของการพนันถูกกฎหมาย คือ ลอตเตอรี่ (ประกอบด้วยสลากกินแบ่งรัฐบาลและสลากการกุศล) จากยอดรวม ๖๘ ล้านฉบับใน ปี ๒๕๕๓ เพิ่มขึ้นเป็น ๗๒ ล้านฉบับใน ปี ๒๕๕๖ และมีนโยบายจะเพิ่มอีก ๔ ล้านฉบับใน ๒๕๕๗ และความพยายามแก้ไขกฎหมายเพื่อให้สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลสามารถจำหน่ายสลาก ๓ ตัว ๒ ตัว ด้วยเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติ การกระจายตัวของการเล่นฟุตบอลและการพนันออนไลน์ทั้งในหมู่เยาวชนและคนทำงาน การใช้วิธีการเสี่ยงโชคเป็นเครื่องมือทางการตลาดโดยใช้รางวัลมูลค่าสูงเหมือนกับสลากเป็นแรงจูงใจ การรูดคิบบัตรธุรกิจพนันและคล้ายพนันผ่านระบบ SMS การขยายพื้นที่และความถี่ของการพนันที่เกี่ยวข้องกับวิถีวัฒนธรรมและชุมชน การทำตลาดเชิงรุกของการบ่อนกาสิโนชายแดนคู่ขนานกับการเติบโตของธุรกิจการพนันในประเทศ บริเวณชายแดนล้อมรอบไทยมีการเปิดกาสิโนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นขนาดใหญ่ประมาณ ๑๐ แห่ง และมีขนาดเล็กอีกเป็นจำนวนมาก โดยมีนักพนันชาวไทยเป็นลูกค้าส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ ๙๐ ของลูกค้าทั้งหมด) ทั้งกลุ่มที่เดินทางไปเล่นพนันแบบส่วนบุคคลและแบบโปรแกรมท่องเที่ยวที่มีการเล่นพนันเป็นหนึ่งในโปรแกรม

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด

- ๑ ในระยะเวลา ๑๐ ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี ๒๕๔๔ ถึง ๒๕๕๔ พบว่า ในปี ๒๕๔๔ ผู้ที่เคยใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดในชีวิตมีจำนวนถึง ๗.๓๑ ล้านคน แต่กลับลดลงอย่างมากเหลือจำนวน ๓.๑๕ ล้านคน ในปี ๒๕๔๖ หลังจากมีการประกาศสงครามยาเสพติด และลดลงอย่างต่อเนื่องในปี



๒๕๕๐ เป็นจำนวน ๒.๕๐ ล้านคน แต่จากนั้นผู้ที่เคยใช้สารเสพติดกลับค่อยๆ เพิ่มขึ้นในปี ๒๕๕๐ และปี ๒๕๕๔ เป็นจำนวน ๒.๖๐ ล้านคนและ ๓.๔๘ ล้านคน ตามลำดับ^{๖๖}

- ๒ ในปี ๒๕๕๔ พบว่าประชากรไทยอายุระหว่าง ๑๒ - ๖๕ ปี (๔๘.๓๕ ล้านคนทั่วประเทศ) ประมาณ ๓.๔๘ ล้านคน หรือ ๗๒.๐๒ คนต่อพันคน เคยใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดในชีวิต ผู้ที่รายงานว่ามีสารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน ๑ ปี และ ๓๐ วันก่อนสัมภาษณ์ มีจำนวนประมาณ ๕.๘ แสนคนและ ๓.๔ แสนคนหรือคิดเป็น ๑๒.๐๓ และ ๗.๐๔ คนต่อพันคนตามลำดับ และที่ยังคงใช้สารเสพติดมากกว่า ๒๐ วันใน ๓๐ วัน มีจำนวน ๓.๓๘ คนต่อพันคน^{๖๗}
- ๓ สารเสพติดที่มีผู้เคยใช้มากที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ กัญชา กระท่อม ยาบ้า สารระเหย ฝิ่น ไอซ์ผงขาว/เฮโรอีน ยาอี/ยาเลิฟ น้ำต้มใบกระท่อม ยางกัญชา ยาเค และโคเคน โดยมีผู้รายงานว่ามีผู้ใช้กัญชา ๒.๔ ล้านคน กระท่อม ๑.๒ ล้านคน และยาบ้า ๔ แสนคน คิดเป็น ๕๑.๓๕ ๒๕.๔๐ และ ๑๘.๖๖ คนต่อพันคน ตามลำดับ กระท่อมเป็นสารเสพติดที่มีผู้ใช้ในปัจจุบันมากที่สุด โดยประชากรทั่วประเทศประมาณสี่แสนคนใช้พืชกระท่อมในหนึ่งปีที่ผ่านมา และ ๒.๔ แสนคนใช้ใน ๓๐ วันที่ผ่านมา (๘.๔ และ ๖.๐ ต่อพันคน ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามภูมิภาคที่อาศัยพบว่า ประชากรภาคใต้มีอัตราการเคยใช้สารเสพติดสูงที่สุด รองลงมาเป็นภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพฯ ตามลำดับ ประชากรที่อยู่นอกเขตเทศบาลใช้สารเสพติดสูงกว่าประชากรในเขตเทศบาล ยกเว้นประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ๔ ประเมินการจำนวนผู้ฉีดสารเสพติดในปี ๒๕๕๑ โดยการประมาณความชุกของผู้ใช้สารเสพติด ด้วยวิธีการขยายเครือข่าย (network scale up) พบว่าประชากรไทยประมาณ ๔๐,๓๐๐ คน (ร้อยละ ๐.๐๗ ของประชากรวัย ๑๕ - ๖๐ ปี) เป็นผู้ใช้สารเสพติดแบบฉีดในปัจจุบัน อัตราความชุกสูงที่สุดในพื้นที่กรุงเทพฯ ซึ่งเท่ากับร้อยละ ๐.๒๕ ของประชากรพื้นที่กรุงเทพฯ หรือประมาณ ๑๔,๔๐๐ คน รองลงมา ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ ๐.๐๔ ของประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือ ๔,๒๐๐ คน) สารเสพติดที่นิยมใช้ฉีดมากที่สุดคือเฮโรอีน นอกจากนี้ยังพบการฉีดยาที่ไม่เหมาะสม โดยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เช่น ยาบ้า ฝิ่น ยานอนหลับ dromicum และยานอนหลับตัวอื่นๆ เป็นต้น^{๖๘}

^{๖๖} คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. รายงานโครงการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดทั่วประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๔. กรุงเทพฯ: เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด กระทรวงยุติธรรม; พฤษภาคม ๒๕๕๕.

^{๖๗} คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. รายงานโครงการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดทั่วประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๔. กรุงเทพฯ: เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด กระทรวงยุติธรรม; พฤษภาคม ๒๕๕๕.

^{๖๘} คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. รายงานโครงการประมาณการจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดและแพร่เชื้อเอชไอวีทั่วประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๑. กรุงเทพฯ: เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด กระทรวงยุติธรรม; ๒๕๕๑.

- ๕ หากไม่นับรวมสุราและบุหรี่แล้ว กัญชาเป็นยาเสพติดที่เด็กและเยาวชนเคยเสพมากที่สุด รองลงมาคือ ยาบ้าและไอซ์ โดยเยาวชนที่ใช้มีอายุเฉลี่ยระหว่าง ๑๕ - ๑๗ ปี และมีแนวโน้มการใช้สารเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิดร่วมกันเพิ่มมากขึ้น โดยวัตถุประสงค์ของการใช้นั้น นอกจากการลองใช้แล้วมักนิยมใช้เพื่อความบันเทิง ส่วนพฤติกรรมการเริ่มเสพยาครั้งแรกจะเริ่มจากความอยากรลอง และถูกเพื่อนชักชวน^{๙๙}
- ๖ ในปี ๒๕๕๒ พบว่า การใช้สารเสพติดเป็นสาเหตุหลักอันดับที่ ๑๒ ของภาระโรคของประชากรไทย โดยการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงให้ประชากรไทยทั่วประเทศสูญเสียสุขภาพะไปประมาณ ๔๑,๐๐๐ ปีซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เกิดจากการมีชีวิตร่วมอยู่ด้วยความพิการ^{๑๐๐}
- ๗ จำนวนคดีและจำนวนผู้ต้องหาที่ถูกจับกุมในคดีสารเสพติดในปี ๒๕๕๖ เท่ากับ ๒๒๐,๗๑๙ คดี และ ๒๓๕,๘๐๔ คน โดยแบ่งเป็นคดีผลิตและ/หรือจำหน่าย ๑๗,๘๒๐ ราย และคดีเสพและ/หรือครอบครองเพื่อเสพ ๑๙๑,๘๔๑ ราย สารเสพติดที่เป็นคดีจับกุมมากที่สุดคือยาบ้า (๑๗๖,๓๔๒ คดี จำนวนผู้ต้องหา ๑๘๔,๑๗๗ ราย) เมื่อเปรียบเทียบกับในระยะ ๑๐ ปี ระหว่างปี ๒๕๔๖ - ๒๕๕๖ พบว่าจำนวนคดีและจำนวนผู้ต้องหาเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละปี ประมาณ ๕๗,๖๗๓ ถึง ๒๔๔,๐๙๕ คดีหรือจำนวนผู้ต้องหา ๖๓,๙๐๙ ถึง ๒๖๒,๙๑๒ รายต่อปี^{๑๐๑}
- ๘ ในปี ๒๕๕๖ กลุ่มผู้เสพและผู้ติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพจากหน่วยงานต่างๆ ทั่วประเทศมีจำนวน ๒๙๙,๙๔๔ ราย ข้อมูล ณ วันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๕๗ จำแนกเป็นระบบ บังคับบำบัด ๑๕๑,๓๓๙ ราย ระบบสมัครใจ ๑๒๓,๗๓๘ ราย และระบบต้องโทษ ๒๔,๘๖๖ ราย เป็นผู้เข้ารับการบำบัดรายใหม่ร้อยละ ๗๒.๓ และรายเก่าร้อยละ ๒๗.๗ ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้ยาบ้าเป็นสารหลัก มากกว่าร้อยละ ๘๐ รองลงมา ได้แก่ ผู้ใช้กัญชาร้อยละ ๔.๗ ไอซ์ ร้อยละ ๔.๕ และกระท่อมร้อยละ ๒.๙ ตามลำดับ จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติดในระหว่างปี ๒๕๔๗ - ๒๕๕๖ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในแต่ละปีมีผู้เข้ารับการบำบัดประมาณ ๓๕,๐๐๐ ถึง ๓๐๐,๐๐๐ คน^{๑๐๒}
- ๙ การเสพยาเสพติดผ่านเข็มฉีดยา (Intravenous Drug Users : IDU) ได้กลายเป็นความเสี่ยงสูงสุดต่อการกระจายตัวของ การติดเชื้อเอชไอวีในหมู่ผู้เสพยาเสพติดผ่านทางเข็มฉีดยา และแพร่ไปสู่คู่นอนจนถึงประชากรโดยทั่วไป ในปี ๒๕๕๖ จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ทั่วประเทศเท่ากับ ๑,๑๖๖,๕๔๓ คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ ๘,๙๕๙ คน ในปี ๒๕๕๕

^{๙๙} คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. รายงานโครงการประมาณการจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดและแพร่เชื้อเอชไอวีทั่วประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๑. กรุงเทพฯ: เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด กระทรวงยุติธรรม; ๒๕๕๒.

^{๑๐๐} สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๒. กรุงเทพฯ: แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนีประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; ๒๕๕๕.

^{๑๐๑} สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. สถิติจำนวนคดีและจำนวนผู้ต้องหาที่ถูกจับกุมในคดีสารเสพติดในปี ๒๕๕๖. กรุงเทพฯ; ๑๗ มีนาคม ๒๕๕๗.

^{๑๐๒} สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค. ผลการเฝ้าระวัง IBBS ปี ๒๕๕๖. กรุงเทพฯ: สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค; ๒๕๕๖.

พบว่าผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดติดยา ๒๕.๒ ของประชากรที่ติดยาเฮโรอีน นอกจากเฮโรอีนแล้ว ความชุกของการติดยาโคเคนอีกเสบปีในประเทศไทยเท่ากับ ๙.๗๒ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร ความชุกของการติดยาโคเคนอีกเสบปี ๐.๗๑ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร^{๒๓}

๑๐ ระดับภูมิภาคมีการรับรองปฏิญญาว่าด้วยยาเสพติดปลอดยาเสพติดภายในปี ๒๕๕๘ (ASEAN Leader's Declaration on Drug-Free ASEAN ๒๐๑๕) ในที่ประชุมสุดยอดผู้นำอาเซียนครั้งที่ ๒๐ มีสาระสำคัญ อาทิ ให้ที่ประชุมระดับรัฐมนตรีเร่งรัดดำเนินการตามแผนปฏิบัติการอาเซียน พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๘ ให้มีมาตรการประสานความร่วมมือและประสานเชิงลึกผ่านการแลกเปลี่ยนข่าวสาร^{๒๔}

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

^{๒๓} สำนักกระบวนวิธีอาชญากรรม กรมควบคุมโรค. ผลการเฝ้าระวัง IBBS ปี ๒๕๕๖. กรุงเทพฯ: สำนักกระบวนวิธีอาชญากรรม กรมควบคุมโรค; ๒๕๕๖.

^{๒๔} The association of southeast asiannations. Jakarta: ASEAN Leaders' Declaration on Drug-Free ASEAN 2015 [visited 2014 Jul 18]. Available from: <http://www.asean.org>.

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

จุดเน้นของแผน

ด้านนโยบายสาธารณะ และการบังคับใช้กฎหมาย

การพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑. สนับสนุนการออกกฎหมาย มาตรการ และนโยบายสาธารณะ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความจำเป็นทั้งเร่งด่วนและระยะยาว รวมทั้งกฎหมายที่อยู่ในกระบวนการแล้ว อาทิ
 - (๑) การออกกฎหมายอนุบัญญัติเรื่องห้ามดื่มห้ามขายแอลกอฮอล์ในสนามกีฬา (ของรัฐและเอกชน) ห้ามดื่มห้ามขายบนรถไฟ ห้ามขายรอบสถานศึกษา ห้ามขายและห้ามบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนทาง ด้านการควบคุมการโฆษณา อาทิ หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับฉลาก (ภาพคำเตือน) ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รูปแบบและวิธีการแสดงข้อความคำเตือนประกอบภาพสัญลักษณ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือภาพสัญลักษณ์ของผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อความคำเตือนประกอบภาพสัญลักษณ์ การห้ามใช้ ดารา นักร้อง นักกีฬา ในการโฆษณาสินค้าและบริษัทแอลกอฮอล์
 - (๒) การออกมาตรการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนรอบสถานศึกษา เช่น โซนนิ่งร้านเหล้ารอบมหาวิทยาลัย
๒. เพิ่มประสิทธิภาพของกลไกการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาทิ การศึกษา ทบทวนและพัฒนามาตรฐานเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย และการตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย/เรื่องร้องเรียนรวมทั้งการประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและปราบปรามการกระทำผิดพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อสร้างมาตรฐานการบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเน้นการบังคับใช้มาตรการห้ามขายเหล้าให้เด็กที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี และห้ามเด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ดื่มเหล้า (ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖) และการสื่อสาร ขยายให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบังคับใช้กฎหมาย
๓. สนับสนุนการออกนโยบายระดับพื้นที่/จังหวัดและท้องถิ่น รวมทั้งผลักดันให้คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดดำเนินการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่และลดผลกระทบ โดยเน้นการทำงานที่มียุทธศาสตร์ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่/จังหวัด

การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑. สร้างความร่วมมือในด้านข่าวสาร การพัฒนาบุคลากร และการชี้แนะนโยบายทั้งในประเทศและระดับสากลโดยการจัดการประชุมวิชาการสู่ระดับชาติ/นานาชาติ การจัดการประชุมวิชาการในระดับภูมิภาคการสนับสนุนบุคลากรในเครือข่ายให้เข้าร่วมการประชุมวิชาการระดับชาติ/นานาชาติ และการเชื่อมโยงกับองค์กรวิชาการสากล เชื่อมการทำงานด้านยุทธศาสตร์โลก

๒. การพัฒนางานวิจัยและระบบข้อมูลข่าวสารที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ผลงานวิจัย โดยมุ่งเน้นงานทางด้านต่อไปนี้
 - (๑) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) อันรวมถึงการประเมินผลของโครงการรณรงค์ในระดับชุมชน และการถอดบทเรียนความสำเร็จและความล้มเหลวของพื้นที่
 - (๒) การประเมินนโยบายแอลกอฮอล์และมาตรการการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้ผล โดยเฉพาะมาตรการในการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่
 - (๓) การบังคับใช้กฎหมาย และแนวทางในการสร้างความเข้มแข็งให้กับการบังคับใช้
 - (๔) การป้องกันนักดื่มหน้าใหม่
 - (๕) การศึกษาผลของการสื่อสารสาธารณะที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคและทัศนคติ (norm) ของสังคม
 - (๖) การสื่อสารข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบระหว่างจังหวัด และระหว่างภูมิภาค
๓. การพัฒนาเครื่องมือในการประเมินเพื่อประเมินผลลัพธ์ เช่น ระดับการรับรู้ ระดับความตระหนัก การลด ละ เลิก และการบอกต่อของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละโครงการรณรงค์รวมถึงการประเมินผลเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และประเมินเพื่อปรับปรุงให้ต่อเนื่อง เพื่อหาแนวทางการรณรงค์ที่มีประสิทธิภาพ เช่น การศึกษาพฤติกรรมลดการดื่มในช่วงเข้าพรรษา ผลดี เพื่อนำมาเพิ่มแรงจูงใจ

ด้านพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑. พัฒนาแคมเปญรณรงค์ใหม่ๆ และมาตรการเฉพาะกลุ่ม อาทิ ปกป้องเด็กและเยาวชนจากภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยร่วมมือกับเครือข่ายเยาวชนและชุมชน ทั้งในมิติปฏิเธรดการชวนดื่ม เช่น แคมเปญ “Alcohol No Thanks” และการเข้าไปสนับสนุนกิจกรรมงานของนักศึกษา การเชื่อมโยงกับมาตรการทางกฎหมายห้ามขายเหล้าให้เด็กและเยาวชนที่เป็นรูปธรรม เช่น ร่วมกับชุมชนทำร้านค้าไม่ขายเหล้าให้เด็ก ไม่ใช้เด็กซื้อเหล้า รวมทั้งให้ความสำคัญกับกลุ่มที่ดื่มที่บ้านตนเองและบ้านเพื่อนมากขึ้น และขยายการรณรงค์ในกลุ่มผู้ไม่ดื่ม ชักชวนให้ผู้ดื่มลด ละ เลิก เป็นต้น
๒. พัฒนามาตรการชุมชนนำร่องเรื่องการจำกัดใบอนุญาตเพื่อลดร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการพัฒนารูปแบบกลไกเชื่อมโยงการรณรงค์ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับมาตรการบำบัดดูแลผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ให้เป็นระบบยิ่งขึ้น โดยอาศัยโอกาสแห่งการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาและโอกาสอื่นๆ เพื่อให้ผู้มีปัญหาการดื่มสุราสามารถลด ละ เลิกได้ต่อเนื่อง หรือเลิกได้ตลอดชีวิตและหนุนเสริมอาชีพ “กิจการเพื่อสังคม” เช่น กลุ่มชุมชนรวมตัวกันผลิตเสื้อปลอดเหล้าให้ผิพวย
๓. การสื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างบรรทัดฐานสังคมให้เห็นว่าเหล้าเป็นสินค้าไม่ธรรมดา (de-normalization) อย่างต่อเนื่อง และการตอบโต้ธุรกิจแอลกอฮอล์เรื่องการตลาดที่ขาดความรับผิดชอบในงานกิจกรรมดนตรี กีฬาและกิจกรรมที่เกี่ยวกับเยาวชน เช่น การติดตามข่าวผลกระทบที่เกิดกับเด็กและเยาวชน แล้วตีแผ่ต่อสังคมให้ต่อเนื่อง

๔. พัฒนาศักยภาพและความก้าวหน้าในสายงานของกำลังคนเครือข่ายร่วมปกป้องปัญหาแอลกอฮอล์ รวมทั้งขยายและเชื่อมเครือข่ายทั้งการสร้างผู้นำรุ่นใหม่และขยายเครือข่ายนักวิชาการในระดับพื้นที่รวมทั้งขยายภาคีหุ้นส่วนยุทธศาสตร์ เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงอื่นๆ

การสนับสนุนทุนอุปถัมภ์ทดแทนธุรกิจแอลกอฮอล์

๑. ประเมินผลลัพธ์จากการจัดงานปลอดเหล้า
๒. สื่อสารกิจกรรมปลอดเหล้าให้เป็นระบบและต่อเนื่อง

การพัฒนารูปแบบและระบบบริการเลิกสุรา

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

การลดปัญหาจากการพนัน

๑. การขยายและพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายให้เป็นเจ้าภาพร่วมในการพัฒนานโยบายมาตรการ และกลไก โดยเชื่อมประสานการทำงาน และสนับสนุนการพัฒนากลไกเชิงนโยบายเพื่อลดปัญหาจากการพนัน เช่น การปฏิรูปสลากเพื่อสังคม การป้องกันพนันออนไลน์ในเด็กและเยาวชน เป็นต้น
๒. การสื่อสารสร้างความตระหนักต่อสังคมถึงผลกระทบจากการพนัน เน้นปัญหาจากการพนันที่ก่อผลกระทบสูงก่อน โดยเฉพาะผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชน
๓. การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์และการพัฒนานโยบายและมาตรการที่จำเป็นสำหรับการควบคุมปัญหาจากการพนันทั้งด้านอุปทาน การลดอุปสงค์ และการลดผลกระทบของการพนัน รวมถึงการพัฒนาชุดความรู้เพื่อสนับสนุนการทำงานของเครือข่าย ภาคี ตลอดจนการผลักดันให้ประเด็นสถานการณ์และผลกระทบปัญหาจากการพนันเป็น ประเด็นหนึ่งของระบบฐานข้อมูลสถิติระดับชาติ

การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

๑. พัฒนาศูนย์วิชาการการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเพื่อให้มีความคล่องตัวในการพัฒนางานวิชาการอย่างต่อเนื่องทันต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด
๒. พัฒนางานวิชาการและงานวิจัย พัฒนาระบบข้อมูล ต่อยอดองค์ความรู้เพื่อการผลักดันนโยบายการป้องกัน ดูแลและแก้ไขปัญหายาเสพติด (policy-driven research) รวมไปถึงการจัดการข้อมูลให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายอย่างเท่าเทียมกัน ในจุดคานงัดที่สำคัญ ๓ ด้าน ได้แก่ “ยา” “คน” “สิ่งแวดล้อม”

๓. เสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาเสพติด มาตรการในการจัดการและป้องกันปัญหาเสพติด รวมไปถึงการสนับสนุนการทำงานของภาคประชาชนและประชาสังคมในการจัดการปัญหาเสพติด
๔. พัฒนาและเชื่อมประสานกับหน่วยงานภาครัฐ และเครือข่ายภาคประชาชนในการป้องกัน ดูแล และแก้ไขปัญหายาเสพติดร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่น (เหล้า/บุหรี่)

วัตถุประสงค์

๑. พัฒนานโยบายสาธารณะให้เกิดมาตรการและสิ่งแวดล้อมเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๒. พัฒนากลไกและการประสานงานของภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๓. พัฒนาฐานข้อมูล องค์ความรู้และการจัดการความรู้ที่จำเป็นเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๔. พัฒนาเครือข่ายการมีส่วนร่วมจากประชาชนและองค์กรต่างๆ ในการร่วมสร้างการรับรู้ ความตระหนักในสังคมและในประชาชนกลุ่มต่างๆ เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๕. พัฒนารูปแบบและบริการเลิกสุราที่มีประสิทธิภาพ
๖. พัฒนาองค์ความรู้ เป้าหมาย นโยบายและเครือข่ายการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับชาติ
๗. พัฒนาและจัดการองค์ความรู้ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และกลไกสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

ด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑. เกิดนโยบายสาธารณะใหม่ที่ส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือนโยบายด้านการบริการสนับสนุนการเลิกดื่มสุราในระบบบริการสุขภาพ โดยมีนโยบายระดับชาติได้รับการเสนอต่อคณะกรรมการระดับชาติ/หน่วยงานองค์กรหลัก ที่มีหน้าที่กำหนดนโยบาย อย่างน้อย ๒ นโยบาย และเกิดนโยบายระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และภาค อย่างน้อย ๕ นโยบายต่อปี

๒. สนับสนุนให้เกิดกลไกการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนเกิดการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม อย่างน้อย ๑๕ จังหวัดนำร่อง
๓. ศูนย์วิชาการร่วมกับภาคีวิชาการร่วมกันสนับสนุนให้เกิดชุดโครงการวิจัยที่สอดคล้องต่อการดำเนินงานของภาคส่วนต่างๆ อย่างน้อยปีละ ๑๕ เรื่อง โดยเฉพาะตอบการสนองการขับเคลื่อนนโยบายและการทำงานในพื้นที่ ตลอดจนการพัฒนากระบวนการข้อมูลข่าวสารเพื่อกำกับติดตามสถานการณ์และการประเมินผล
๔. เกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นการลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ในประชากรไทย ปีละอย่างน้อย ๒ ประเด็นสำคัญ
๕. เกิดกิจกรรมเพื่อทดแทนทุนอุปถัมภ์ของธุรกิจแอลกอฮอล์โดยในส่วนของประเพณีวัฒนธรรมในงานประเพณี และในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ อย่างน้อยปีละ ๑๕๐ งาน ซึ่งส่งผลต่อการส่งเสริมนโยบายสาธารณะด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๖. เกิดชุดองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการพัฒนารูปแบบและขยายผลบริการเลิกสุรา หรือนวัตกรรม การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงเฉพาะและบริบทของสังคมไทย อย่างน้อย ๕ เรื่อง

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

๗. เกิดนโยบายสาธารณะ มาตรการ หรือกลไกที่มีประสิทธิภาพต่อการลดผลกระทบจากการพนัน ตลอดจนข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยได้รับการเสนอต่อคณะกรรมการระดับชาติ/หน่วยงานองค์กรหลักที่มีหน้าที่กำหนดนโยบาย อย่างน้อย ๑ นโยบาย
๘. เกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการพนัน อย่างน้อย ๑ ประเด็น

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

๙. เกิดศูนย์วิชาการในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดซึ่งทำหน้าที่ในการศึกษา พัฒนาวิจัย/วิชาการเพื่อให้มีงานวิชาการออกมาอย่างต่อเนื่องทันต่อความต้องการของสังคม
๑๐. เกิดองค์ความรู้งานวิชาการ ระบบข้อมูล และฐานข้อมูลวิชาการในด้านการป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพสารเสพติด ที่สอดคล้องต่อการดำเนินงานของภาคส่วนต่างๆ หรือเกิดนวัตกรรมในการจัดการปัญหายาเสพติดอย่างน้อย ๕ เรื่อง

ตัวชี้วัดร่วม

๑. บูรณาการการทำงานร่วมกับปัจจัยเสี่ยงหลักอื่น เช่น

- ๑.๑ การร่วมผลักดันนโยบายร่วมระหว่างการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการจัดการความปลอดภัยทางถนน

- ๑.๒ การเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายของยาสูบกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๑.๓ การรณรงค์ป้องกันปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มเยาวชน (ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน ยาเสพติด และการจัดการความปลอดภัยทางถนน)
- ๑.๔ การทำงานเชิงป้องกันปัจจัยเสี่ยงในชุมชน (ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน ยาเสพติด การจัดการความปลอดภัยทางถนน และภัยพิบัติ)

๒. บูรณาการการทำงานร่วมกับแผนงานอื่นๆ เช่น

- ๒.๑ ร่วมกับแผนสุขภาวะชุมชน บูรณาการองค์ความรู้และต้นแบบชุมชนปลอดเหล้าและนำไปขยายผลในเครือข่ายชุมชนและตำบลสุขภาวะ การป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน
- ๒.๒ ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว พัฒนาและขยายองค์ความรู้สถานศึกษา ปลอดเหล้าควบคู่กับการสร้างภูมิคุ้มกันในกลุ่มเป้าหมายสถานศึกษา การลดปัญหาจากการพนัน โดยเฉพาะการพนันฟุตบอลและพนันออนไลน์ การเพิ่มการสร้างภูมิคุ้มกันในเด็กและเยาวชน
- ๒.๓ ร่วมกับแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ พัฒนาและขยายองค์ความรู้และต้นแบบการดำเนินการลดละเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเป้าหมายประชากรกลุ่มเฉพาะ การสร้างความตระหนักต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการพนัน
- ๒.๔ ร่วมกับแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรขยายองค์ความรู้ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากต้นแบบ หรือพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทเพื่อขยายในกลุ่มเป้าหมายองค์กรสุขภาวะ

แนวทางการดำเนินงาน

ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การขับเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการพัฒนารูปแบบบริการเลิกสุรา และการทดแทนทุนอุปถัมภ์จากธุรกิจแอลกอฮอล์ รวมถึงด้านการลดปัญหาจากการพนันของประชาชนไทยและด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ดังนี้

- ๑. เชื่อมโยงภาคีหลักที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็น เพื่อสร้างเป้าหมายร่วมในด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดตลอดจนการเชื่อมโยงการทำงานเพื่อเสริมพลังซึ่งกันและกันทั้ง ๓ พลัง ได้แก่ พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม
- ๒. พัฒนารฐานข้อมูลและจัดการองค์ความรู้เพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ตลอดจนเพื่อการสนับสนุนเชิงนโยบายสาธารณะ และการติดตามประเมินผล

๓. พัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาควิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๔. รณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ทั้งนี้งานดังกล่าวนำไปสู่การสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ที่ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ ๕ ประการ ในการจัดการกับปัญหาแอลกอฮอล์ ได้แก่

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

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

กลุ่มแผนงานด้านการลดปัญหาจากการพนันมีการขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์หลัก “สามสามพลัง” ประกอบด้วยพลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังนโยบาย เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น พัฒนาให้เกิดระบบฐานข้อมูลสถิติด้านการควบคุมปัญหาการพนันระดับชาติ มุ่งเน้นให้สังคมตระหนักถึงปัญหาจากการพนันมีหน่วยงานทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น เป็นเจ้าภาพร่วมในการจัดระเบียบ นโยบาย มาตรการ และกลไกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อมุ่งสู่การลดผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะเด็กและเยาวชน

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

กลุ่มแผนงานการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ขับเคลื่อนงานโดย (๑) การสนับสนุนภาคีเครือข่ายนักวิชาการ นักวิจัย และผู้ปฏิบัติงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาสังคม และชุมชนท้องถิ่น ในการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ หรือข้อมูลเชิงประจักษ์ของผลลัพธ์และผลกระทบของโครงการ มาตรการ หรือนโยบายที่ได้ดำเนินการไปแล้วและผลักดันนโยบายที่เหมาะสมต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (๒) กระตุ้นให้เกิดวงจรการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพในด้านการจัดการปัญหายาเสพติด ในระบบสาธารณสุข ระบบยุติธรรม และชุมชน (๓) การสร้างการสื่อสารสู่สาธารณะเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาเสพติดและมาตรการในการจัดการและป้องกันปัญหายาเสพติดให้กับบุคคลทุกภาคส่วน และ (๔) กระตุ้นให้บุคคลทุกภาคส่วนของสังคมเกิดความตระหนักและมีส่วนร่วมมากขึ้นในการจัดการกับปัญหายาเสพติด



กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ประกอบด้วย ๗ กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงานมีการกิจโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ๑.๑ สนับสนุนการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ให้มีผลบังคับใช้และสนับสนุนการดำเนินการต่างๆ เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติ อาทิ การจัดประชุม คณะกรรมการนโยบายแอลกอฮอล์แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด และคณะอนุกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด เน้นให้เจ้าพนักงาน ผู้รับผิดชอบ โดยเฉพาะระดับจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีบทบาทในการบังคับใช้กฎหมายเพื่อให้พระราชบัญญัติได้นำไปบังคับใช้ในพื้นที่อย่างจริงจัง การดำเนินการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกลไกการบังคับใช้กฎหมาย ศึกษาทบทวนและพัฒนามาตรฐานการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายตลอดจนการสนับสนุนการบังคับใช้มาตรการตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติร่วมกับภาคประชาสังคม และขยายให้ประชาชนมีส่วนร่วมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบังคับใช้มาตรการกฎหมายห้ามขายเหล้าให้เด็กอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี และห้ามเด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก

นอกจากนี้มีการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อผลักดันนโยบาย/มาตรการในประเด็นต่างๆ อาทิ การปรับปรุงระบบภาษีสรรพสามิตสุรา การควบคุมการโฆษณา การติดภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ การห้ามจดทะเบียนตราสัญลักษณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำกับผลิตภัณฑ์อื่นขยายกฎหมายห้ามดื่มห้ามขาย อาทิ ห้ามดื่มห้ามขายบนรถไฟ ห้ามขายรอบสถานศึกษา ห้ามดื่มห้ามขายบนทาง การผลักดันให้มีตำรวจเฉพาะด้านอบายมุข การจำกัดการเข้าถึง การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ การจำกัดการออกใบอนุญาตในการผลิตและจำหน่ายสุรา การใช้ตัวชี้วัดด้านการลดการบริโภคและปัญหาจากสุราในการประเมินผลงานระดับจังหวัด ทั้งนี้ จะดำเนินการเชื่อมโยงนโยบายกับกลไกตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ อาทิ การผลักดันให้แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์แห่งชาติได้รับการรับรอง และหน่วยงานต่างๆ นำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติ

- ๑.๒ สนับสนุนการผลักดันนโยบายในภาคปฏิบัติของพื้นที่หรือกิจกรรมห้ามดื่มแอลกอฮอล์ เช่น บุญประเพณีปลอดเหล้า สวนสาธารณะปลอดเหล้า สถานที่ราชการปลอดเหล้า สถานศึกษาปลอดเหล้า ร้าน้องปลอดเหล้า เป็นต้น การสนับสนุนการดำเนินงานยุทธศาสตร์จังหวัด โดยคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดรวมถึงการสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในท้องถิ่น โดยเฉพาะการประกาศเทศบัญญัติหรือนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑.๓ การขยายแนวร่วมไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนงานด้านการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย เช่น การประสานกรมสรรพสามิตในการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุราควบคู่กับพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประสานกรุงเทพมหานครในการจัดสถานที่ห้ามดื่มห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประสานกระทรวงศึกษาธิการในการจัดสถานศึกษาให้เป็นเขตห้ามดื่มห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประสานกระทรวงพาณิชย์และภาคีแนวร่วมทั้งในประเทศและระดับอาเซียนเพื่อแสดงจุดยืนต่อภาครัฐเกี่ยวกับนโยบายการเจรจาการค้าเสรีที่เกี่ยวข้องกับสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้อยู่บนพื้นฐานในการตระหนักถึงสุขภาพของประชาชน การประสานสำนักงานป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (ป.ป.ท.) ในการร่วมเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

สนับสนุนให้ศูนย์วิจัยปัญหาสุรารำทำหน้าที่

๒.๑ ประสานเครือข่ายนักวิจัยและขยายเครือข่ายนักวิจัยระดับพื้นที่เพื่อจัดการความรู้ที่มีอยู่แล้วให้พร้อมใช้งานได้วิจัยสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่จำเป็นและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ผลงานวิจัย ในด้านสถานการณ์ปัญหาสุรา สาเหตุและกลไกปัญหาผลกระทบ นโยบายและมาตรการดูแลโดยเฉพาะมาตรการระดับชุมชน และการติดตามประเมินผลนโยบาย เช่น ผลกระทบทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากแอลกอฮอล์ การศึกษาประเมินผลของการสื่อสารสาธารณะที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้บริโภคแรงจูงใจในการเลิกดื่ม/ไม่ดื่ม ในกลุ่มเป้าหมายเยาวชน กลุ่มผู้หญิงและกลุ่มผู้ใช้แรงงาน แนวทางการจำกัดจุดขายและการจำกัดใบอนุญาตการจำหน่าย แนวทางการนำสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออกจากข้อตกลงเขตการค้าเสรี แนวทางการประกาศกฎหมายท้องถิ่นวิจัยกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมสุรา แนวทางป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ การศึกษาประเมินผลมาตรการต่างๆ ในพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบังคับใช้กฎหมายและแนวทางการสร้างความเข้มแข็งให้มาตรการบังคับใช้กฎหมาย พัฒนาระบบการเฝ้าระวังติดตามทิศทางการตลาดของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนศึกษาเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) เพื่อป้องกันผลกระทบต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๒.๒ จัดทำระบบฐานข้อมูลที่เข้าถึงง่าย เข้าใจง่าย นำไปใช้ได้สะดวกโดยประสานกับหน่วยงานด้านข้อมูลต่างๆ เช่น สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรมควบคุมโรค สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และการพัฒนาฐานข้อมูลระดับปฐมภูมิหน่วยงานต่างๆ การพัฒนาและใช้ฐานข้อมูลที่ให้ข้อมูลสถานการณ์ที่ชัดเจน ศึกษาสาเหตุ ผลกระทบเชิงลึกจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยจำแนกตามกลุ่มประชากรเฉพาะมากขึ้น เช่น ตามกลุ่มอายุ เพศ รายได้ ศาสนา ฯลฯ ตลอดจนสาเหตุปัจจัยที่ทำให้ประชากรกลุ่มนั้นดื่ม/ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเผยแพร่ข้อมูลจากการศึกษาผ่านสื่อมวลชนอย่างเป็นระบบ เช่น การ



สื่อสารข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบระหว่างจังหวัด และภูมิภาค ที่สามารถเฝ้าระวังสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ การสื่อสารวิชาการเพื่อผลักดันนโยบายและบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงการเฝ้าระวังกลยุทธ์ของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ๒.๓ ประเมินผลกิจกรรมต่างๆ ต่อการลดปัญหา โดยเน้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการและพัฒนาเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ ซึ่งรวมถึงการประเมินผลโครงการรณรงค์ในระดับชุมชน และถอดบทเรียนความสำเร็จของพื้นที่ให้พัฒนาเป็นโมเดลเพื่อขยายผลทั้งในเชิงของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่รวมถึงงานบูรณาการเฉพาะพื้นที่ และเผยแพร่ความรู้ในรูปแบบต่างๆ ให้ตรงกับวิธีการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ตลอดจนการเป็นที่ปรึกษาแก่องค์กรและหน่วยงานต่างๆ
- ๒.๔ การจัดประชุมวิชาการสู่ระดับชาติ
- ๒.๕ พัฒนาเชื่อมโยงความร่วมมือด้านข่าวสาร การพัฒนานุเคราะห์ และการชี้แนะนโยบายทั้งในประเทศและระดับสากลกับองค์กรวิชาการสากล เชื่อมการทำงานด้านยุทธศาสตร์โลกในการลดอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนประสานสนับสนุนให้มีเวทีในระดับสากล ทั้งด้านนโยบาย วิชาการ รู้เท่าทันทิศทางการตลาดธุรกิจแอลกอฮอล์

๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

สนับสนุนให้สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้าเป็นศูนย์ประสานงานและขยายเครือข่ายการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ โดย

- ๓.๑ เสริมความเข้มแข็งในการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาชน ให้ภาคประชาชนมีส่วนสนับสนุนส่งเสริมให้การทำงานของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายในมาตรการต่างๆ ที่ระบุในพระราชบัญญัติ โดยเฉพาะมาตรการห้ามโฆษณาและการส่งเสริมการขาย การจำกัดอายุผู้ซื้อ การจำกัดสถานที่ดื่มและจำหน่ายโดยเฉพาะสถานศึกษา หอพัก และร้านเหล้ารอบสถานศึกษา ให้มีผลบังคับใช้จริง ประสานกระทรวงมหาดไทย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงการคลัง กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร และผู้กำหนดนโยบายต่างๆ ให้เกิดรูปธรรมที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในทุกจังหวัด
- ๓.๒ สนับสนุนการขยายและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเยาวชนให้ครอบคลุมเยาวชนทุกระดับ ตั้งแต่ ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา อุดมศึกษา นอกระบบการศึกษา และกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนการสรุปบทเรียนการทำงานเพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเยาวชนและเครือข่ายครอบครัวให้รู้ทันธุรกิจแอลกอฮอล์และเป็นแกนนำในการร่วมเฝ้าระวังทิศทางการตลาดธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พัฒนาแคมเปญรณรงค์และมาตรการเฉพาะกลุ่มเยาวชน เช่น การเชื่อมกับมาตรการกฎหมายห้ามขายให้เด็กอายุต่ำกว่า ๒๐ ปีรวมถึงประสานแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อขับเคลื่อนงานป้องกันปัญหาการดื่มในเด็กและเยาวชน

- ๓.๓ การเฝ้าระวังกลยุทธ์ของธุรกิจแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะกลยุทธ์การตลาด “Below the Line” ที่ธุรกิจแอลกอฮอล์ใช้การสร้างการยอมรับในหมู่ประชาชน อาทิ ในด้าน ศิลปวัฒนธรรม กีฬา แปรนตในสินค้าอื่น สุขภาพ (ผลดี/ดี้อย่างมีสติ) การแสดงความ รับผิดชอบต่อสังคม การแทรกในสื่อเฉพาะในสื่ออิเล็กทรอนิกส์ใหม่ๆ การให้เยาวชนร่วมขาย การตลาดระดับค้าเร่ ตลอดจนการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังและตีแผ่กลยุทธ์ธุรกิจ แอลกอฮอล์เพื่อให้สังคมรู้เท่าทัน และพัฒนาเครือข่ายชุมชนออนไลน์เพื่อสร้างกระแส ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต สร้างประเด็นและโอกาสอย่างต่อเนื่อง
- ๓.๔ ขยายและพัฒนาเครือข่ายอื่นๆ ได้แก่ เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบที่หลากหลาย และมีระบบการสนับสนุนช่วยเหลือ จนสามารถพึ่งพาตนเองได้ เครือข่ายชุมชน ลด ละ เลิกเหล้า ยุติความรุนแรงในครอบครัว ให้เป็นกรณีตัวอย่างที่เกิดจากการรวมกลุ่มคนในชุมชนอย่างเข้มแข็ง โดยครอบคลุม ชุมชนเมือง ชนบท และชุมชนในนิคมอุตสาหกรรม เครือข่ายนักกฎหมาย เพื่อสนับสนุน การบังคับใช้กฎหมาย เครือข่ายสื่อท้องถิ่นและเครือข่ายสื่อพื้นบ้าน สมาคมด้านสื่อและ การตลาด ให้เป็นพันธมิตรในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลให้เข้าถึงพื้นที่ เครือข่าย วิชาชีพสุขภาพ เพื่อสร้างความชัดเจนด้านผลเสียที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่ม ผู้มีเศรษฐฐานะต่ำ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มแรงงานนอกระบบ ประชากรกลุ่มเฉพาะ เพื่อ รองรับภาวะผันผวนทางเศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายต่างๆ ให้เป็นแกนนำในการรณรงค์ให้รัฐและสังคมเข้าใจว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำลายสุขภาพ ครอบครัว และสังคม ไม่ใช่สินค้าธรรมดา ต้องมีมาตรการควบคุมปัญหาจากการบริโภค อย่างเท่าทันธุรกิจแอลกอฮอล์
- ๓.๕ ใช้โอกาสในการรณรงค์ตามเทศกาลต่างๆ อาทิ เข้าพรรษา ทอดกฐิน ปีใหม่ สงกรานต์ ตลอดจนงานบุญประเพณีในระดับท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนมาตรการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ โดยเฉพาะวาระเข้าพรรษาที่รัฐบาลได้กำหนดให้เป็นวันงดดื่มสุราแห่งชาติ ให้เป็นวาระสำคัญของชาติในด้านการรณรงค์เพื่อการไม่ดื่มสุราที่จะมีการนำเสนอข้อมูล สำคัญอื่นๆ แก่สาธารณชนไทย ตลอดจนการเน้นรณรงค์เพื่อสกัดนักดื่มหน้าใหม่ และ กลุ่มเป้าหมายที่มีแนวโน้มการดื่มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิง กลุ่ม ผู้ดื่มประจำกลุ่มผู้ดื่มหนัก กลุ่มเยาวชนและให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ดื่มที่บ้านตนเอง หรือบ้านเพื่อน และขยายการรณรงค์มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายผู้ที่ไม่ดื่มให้มีส่วนร่วมในการ ชักชวนผู้ดื่มให้ลด ละ เลิกและเชื่อมกับกลไกมาตรการบำบัดดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ดื่มสามารถเลิกเหล้าได้ตลอดชีวิตและการใช้ต้นทุนทางวัฒนธรรม ประเพณีและศาสนาที่มีอยู่ในการพัฒนาหรือยกระดับกิจกรรมรณรงค์ในประเด็นใหม่ๆ เพื่อสร้างกระแสให้ประชาชนเปลี่ยนพฤติกรรม
- ๓.๖ สนับสนุนจัดตั้งเครือข่ายองค์กรชุมชน รวมถึงการเสริมความเข้มแข็งให้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันนโยบายท้องถิ่นและร่วมสร้างรูปธรรม ในการรณรงค์ลดเหล้ามากขึ้น เช่น การพัฒนามาตรการชุมชน การพัฒนาชุมชน/พื้นที่ นาร่องจำกัดใบอนุญาตขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการสร้างการมีส่วนร่วมของ



ชุมชนในการวิเคราะห์ปัญหาและหาทางแก้ไขเพื่อผลักดันให้เกิดต้นแบบชุมชนที่ลดปัญหาได้จริงและสร้างให้เกิดภูมิคุ้มกันที่ดีของชุมชนอย่างต่อเนื่อง และหนุนเสริมอาชีพลักษณะกิจการเพื่อสังคมที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเชื่อมประสานแผนสุขภาพะชุมชน เพื่อขับเคลื่อนต้นแบบชุมชน บุคคล นโยบายปลอดเหล้า ขยายสู่ชุมชนเครือข่าย

- ๓.๗ เสริมศักยภาพภาคีคิดเหล้าและหาแนวทางสนับสนุนด้านความก้าวหน้าในสายงานของกำลังคนเครือข่ายร่วมปกป้องปัญหาแอลกอฮอล์และบูรณาการการทำงานด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับประเด็นอื่นๆ ได้แก่ ยาสูบ อุบัติเหตุ การพนัน ยาเสพติด รวมถึงสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs Network) การสร้างผู้นำรุ่นใหม่และการประสานการสนับสนุนภาคีเครือข่ายของ สสส. ในแผนต่างๆ ทั้งภาคีเชิงประเด็น และภาคีเชิงองค์กร เช่น เครือข่ายครอบครัว สถานประกอบการ กองทัพไทย เครือข่ายนักออกกำลังกาย เพื่อสอดแทรกและบูรณาการการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพะเชิงบวกอื่นๆ ตลอดจนการขยายความร่วมมือกับ “องค์กรร่วมทุน” ที่มีศักยภาพในการดำเนินงานด้านนี้ด้วยทุนทรัพย์ตนเอง หรือร่วมสนับสนุนทุนในกิจกรรมที่เห็นประโยชน์ร่วมทางสังคมให้มากขึ้น
- ๓.๘ บูรณาการและตั้งเป้าหมายร่วมกับแผนอื่นๆ ของ สสส. ในการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเป้าหมาย องค์กร ชุมชน และพื้นที่ต่างๆ

๔. กลุ่มแผนงานด้านทุนอุปถัมภ์

- ๔.๑ สนับสนุนทุนอุปถัมภ์เชิงรุกทดแทนธุรกิจแอลกอฮอล์ในส่วนของประเพณี วัฒนธรรม ขอบเขตการสนับสนุน ได้แก่ (๑) งานประเพณีระดับชาติ ได้แก่ ปีใหม่ สงกรานต์ ลอยกระทง (๒) งานประเพณีในท้องถิ่น ได้แก่ งานบุญบั้งไฟ งานแข่งเรือ งานเทศกาลอาหาร (๓) กลุ่มงานประจำปี/งานกาชาด ได้แก่ งานกาชาด งานของดีประจำจังหวัดและชุมชน (๔) พัฒนางานต้นแบบงานดนตรี (๕) กลุ่มส่งเสริมนโยบายสาธารณะ และการพัฒนางาน
- ๔.๒ ปรับบทบาทของแผนงานจากผู้สนับสนุนทุนเป็นผู้สนับสนุนกระบวนการยกระดับงานให้เกิดแรงกระเพื่อมมากขึ้น โดยมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาในการออกแบบวางแผนการรณรงค์ การออกแบบสนับสนุนให้เกิดกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อให้กิจกรรมนำไปสู่ความยั่งยืน การพัฒนาศักยภาพภาคี และสร้างแรงกระตุ้นเชิงบวก การเชื่อมงานกับระดับนโยบาย อาทิ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา การทำงานในพื้นที่ร่วมกับองค์กรของรัฐ อาทิ จังหวัด เทศบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ เพื่อให้เกิดพื้นที่ต้นแบบ การเน้นพลังของเยาวชนในการสื่อสารด้านแรงบันดาลใจการทำงานรณรงค์ และเน้นการดึงภาคธุรกิจร่วมให้ทุนอุปถัมภ์ทดแทนธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กว้างขวางขึ้น และการสร้างแบรนด์ปลอดเหล้าเพื่อเชื่อมโยงและต่อยอดกิจกรรมปลอดเหล้าให้เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวาง
- ๔.๓ สนับสนุนทุนอุปถัมภ์กิจกรรมนิสิตนักศึกษาในสถาบันการศึกษา โดยมียุทธศาสตร์การสร้าง ความเข้าใจและให้รู้เท่าทันรูปแบบการแอบแฝงของธุรกิจเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และไม่รับทุนธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลักดันให้เกิดเครือข่ายสถาบันการศึกษา

ขับเคลื่อนกิจกรรมปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดทั้งปี การเฝ้าระวังและสร้างสภาพแวดล้อมรอบสถาบันการศึกษาให้ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยทำงานเชื่อมโยงกับชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่และการดึงภาคธุรกิจร่วมทุนอุปถัมภ์ทดแทนธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กว้างขวางขึ้น โดยจะเชื่อมประสานแผนสุขภาพเด็ก เยาวชนและครอบครัว เพื่อเสริมพลังขับเคลื่อนงานกิจกรรมปลอดเหล้าเข้าสู่กลุ่มเป้าหมายเด็ก เยาวชน นิสิตนักศึกษา

- ๔.๔ ประสานภาคีเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญเพื่อหนุนเสริมการผลักดันนโยบายทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น
- ๔.๕ พัฒนาระบบการสนับสนุน งานวิชาการ งานประเมินผลเน้นการประเมินผลลัพธ์จากการจัดงานปลอดเหล้า การศึกษา วิจัยและเฝ้าระวังสถานการณ์ของธุรกิจแอลกอฮอล์ และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
- ๔.๖ ผลិតสื่อและการกระจายสื่อสนับสนุนการวางแผนการดำเนินการผลิตสื่อเพื่อเป็นต้นแบบในการรณรงค์ โดยร่วมกับสมาคมวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆ รวมถึงการจัดให้มีศูนย์กระจายสื่อตามภูมิภาคต่างๆ รวมทั้งพัฒนาแนวทางการสื่อสารกิจกรรมปลอดเหล้าให้เป็นระบบและต่อเนื่อง

๕. กลุ่มแผนงานด้านพัฒนารูปแบบการเลิกสุรา

- ๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาและบูรณาการรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราและผู้ติดสุราที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยเข้าสู่ระบบบริการ ทั้งในระบบสาธารณสุขและนอกระบบสาธารณสุขอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนและการบำบัดฟื้นฟูทางเลือก การพัฒนาศักยภาพการถ่ายทอดเทคโนโลยีแก่เครือข่ายบุคลากร นักวิชาการ และภาคีเครือข่าย โดยประสานงานกับภาคราชการ ภาควิชาการ องค์กรเอกชนและองค์กรทางศาสนา ควบคู่กับการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายในการขยายผลรูปแบบกลไกการบำบัดผ่านการผลักดันเชิงนโยบายระดับชาติ เชื่อมประสานแผนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ ในการขยายผลรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราผ่านระบบบริการสุขภาพและการเชื่อมโยงระบบบริการเข้ากับกิจกรรมและมาตรการอื่นๆ และสื่อสารให้ผู้มีปัญหาการดื่มสุราเข้าถึงบริการ ตลอดจนการสนับสนุนให้มีระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑
- ๕.๒ สนับสนุนให้มีศูนย์ให้บริการเลิกเหล้าทางโทรศัพท์ พัฒนาคุณภาพในการให้บริการให้สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นระบบ มีขนาดเพียงพอต่อความต้องการของประชาชน รวมถึงการสร้างกลไกเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ

๖. กลุ่มแผนงานด้านการลดปัญหาจากการพนัน

การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อลดปัญหาจากการพนัน โดยเสริมความเข้มแข็งให้กลไกการจัดการในการประสานการดำเนินงานด้านวิชาการ เพื่อมุ่งเน้นการดำเนินการ ดังนี้

๖.๑ การสร้างความรู้โดยสนับสนุนการวิจัยเพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์ เพื่อพัฒนาแนวนโยบายในการกำกับและควบคุมการพนัน ตามแนวทางที่หลายๆ ประเทศใช้ คือ

- (๑) ต้องรู้เท่าทันสถานการณ์ เช่น การประมวลสถานการณ์ภาพรวมและความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้น การรู้เท่าทันกลยุทธ์ของธุรกิจการพนันในรูปแบบต่างๆ โดย (๑) ต้องรู้ผลกระทบที่เกิดขึ้น เช่น ผลกระทบระดับสังคม ระดับความรุนแรง (อาชญากรรม ครอบครัว สังคม) การพนันที่มีผลกระทบด้านนิติเศรษฐกิจ การศึกษา ปัญหาและผลกระทบเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาของผู้ติดการพนัน และ (๒) ต้องรู้ประสิทธิผลของกลไก มาตรการต่างๆ เช่น มาตรการ ความรู้ สร้างภูมิคุ้มกัน การทำความเข้าใจการพนันในสังคมไทย การสร้างมาตรการควบคุมจากชุมชนเพื่อหาแนวทางเชิงวัฒนธรรมในการลดการพนันในระดับชุมชนตลอดจนการผลักดันให้ประเด็นสถานการณ์และผลกระทบปัญหาจากการพนันเป็นประเด็นหนึ่งของระบบฐานข้อมูลสถิติระดับชาติ
- (๒) การสร้างเครือข่ายการวิจัย/นักวิชาการและภาคีเครือข่าย โดยพยายามสร้างความเชื่อมโยงกับสถาบันการศึกษา องค์กรภาคต่างๆ ตั้งแต่นักวิชาการในมหาวิทยาลัย ในสาขาวิชาต่างๆ จนถึงการศึกษาในระดับชุมชน มีการพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการ และพัฒนาศักยภาพนักวิจัยและภาคีเครือข่ายด้านการควบคุมการพนัน
- (๓) การจัดการความรู้และเผยแพร่ โดยให้มีการจัดการความรู้เพื่อการเผยแพร่ในรูปแบบต่างๆ ผ่านการพัฒนาฐานข้อมูล การรวบรวมความรู้จากแหล่งต่างๆ การสังเคราะห์และย่อยความรู้เพื่อเผยแพร่ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย การประชุมสัมมนาต่างๆ และเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อสารมวลชนอย่างต่อเนื่อง

๖.๒ การพัฒนาเครือข่ายเพื่อการรณรงค์และสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อเน้นให้สังคมตระหนักถึงปัญหาจากการพนัน มีหน่วยงานทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพร่วมในการจัดระเบียบ มีนโยบาย มาตรการ และกลไกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพื่อมุ่งสู่การลดผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและเยาวชน โดยเสริมความเข้มแข็งให้กับกลไกการจัดการในการประสานการดำเนินงานด้านการเคลื่อนสังคม และการพัฒนานโยบาย เพื่อมุ่งเน้นการดำเนินการ ดังนี้

- ๑) รณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อกระตุ้นให้เกิดการตระหนักของสังคมถึงปัญหาจากการพนัน ผลกระทบที่เกิดขึ้น การเห็นความสำคัญของการร่วมลดปัญหาการพนันในสังคมไทย และการรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมที่ส่งเสริมการพนัน ตลอดจนการสนับสนุนนโยบายและมาตรการที่สำคัญ
- ๒) ขยายและเสริมศักยภาพภาคีเครือข่ายในการทำงาน รวมถึงการขยายแนวร่วมและพัฒนาศักยภาพหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนนโยบาย มาตรการต่างๆ เพื่อให้เกิดการควบคุมทางด้านอุปทาน การลดอุปสงค์ และการลดผลกระทบของการพนัน ตลอดจนการสนับสนุนให้เกิดกลไกการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาจากการพนันในระดับชาติ

- ๓) พัฒนาให้เกิดกลไกการเฝ้าระวังทั้งด้านนโยบายสาธารณะที่อาจส่งผลกระทบต่อ การเพิ่มพื้นที่การพินัน และด้านการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญ ในการสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการสร้างกลไกป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด
- ๔) บูรณาการการทำงานของกลุ่มแผนงานด้านการลดปัญหาการพินันร่วมกับการลด ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาเสพติด และแผนอื่นๆ อาทิ แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

๗. กลุ่มแผนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

- ๗.๑ พัฒนาศูนย์วิชาการการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดซึ่งจะทำหน้าที่เป็นแกน ประสานกลางสำหรับการพัฒนางานวิชาการ/วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ เชื่อมโยงระหว่าง ภาควิชาการ/วิชาการ ผู้บริหาร/กำหนดนโยบายผู้ปฏิบัติงานขององค์กรทั้งภาครัฐและ ภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพสารเสพติด ในระบบสาธารณสุข ระบบยุติธรรม และชุมชน
- ๗.๒ พัฒนารฐานข้อมูลและจัดการองค์ความรู้เพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุมปัญหายาเสพติด ตลอดจนเพื่อการสนับสนุนเชิงนโยบายสาธารณะและการติดตามประเมินผล
- ๗.๓ พัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายโดยการสร้าง การมีส่วนร่วมของชุมชนสังคมภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ๗.๔ รณรงค์ และสื่อสารสู่สาธารณะสร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาและ สร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายา
- ๗.๕ บูรณาการงานร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น เหล้า บุหรี่โดยเชื่อมประสานกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชนรวมถึงการเชื่อมประสานการทำงาน ภายใน สสส. ร่วมกับสำนักต่างๆ ที่มีต้นทุนในการดำเนินงานในการป้องกัน ดูแล แก้ไข ปัญหายาเสพติด เช่น โรงเรียน ชุมชน เพื่อเพิ่มการสร้างภูมิคุ้มกันให้เด็กและเยาวชน

ภาคีหลัก

ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล มูลนิธิ เพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา มูลนิธิสื่อเพื่อเยาวชน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มูลนิธิเพื่อพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ภาครัฐกิจเอกชนต่างๆ ฯลฯ

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เครือข่ายรณรงค์หยุดพนัน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรมสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ กรมสุขภาพจิต เครือข่ายนักวิชาการสาขาต่างๆ เครือข่ายสื่อมวลชน เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายที่ทำงานกับเด็กและเยาวชน เครือข่ายสื่อออนไลน์

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

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

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย	๓๙
๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร	๙๐
๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์	๑๑๐
๔. กลุ่มแผนงานด้านทุนอุปถัมภ์	๘๖
๕. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนารูปแบบการเลิกสุรา	๔๕
๖. กลุ่มแผนงานด้านการลดปัญหาพนัน	-
๗. กลุ่มแผนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด	๑๐
รวม	๓๘๐

๓

แผนการจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ

สถานการณ์และแนวโน้ม

๑. ข้อมูลสถิติอุบัติเหตุจราจรของสำนักงานตำรวจแห่งชาติระบุว่า สถิติผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเริ่มลดลงตามลำดับ จาก ๑๔,๐๑๒ คน ในปี ๒๕๔๖ เป็น ๑๐,๗๔๒ คน ในปี ๒๕๕๓ ๙,๙๑๐ คน ในปี ๒๕๕๔ ๘,๗๔๖ คน ในปี ๒๕๕๕ และ ๗,๓๓๘ คน ในปี ๒๕๕๖ ตามลำดับ โดยอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรลดจาก ๒๒.๒๑ คนต่อแสนของประชากรในปี ๒๕๔๖ เป็น ๑๖.๘๒ ๑๕.๔๗ และ ๑๓.๕๗ คนต่อแสนของประชากร ในปี ๒๕๕๓ ๒๕๕๔ และ ๒๕๕๕ ตามลำดับ และ ๑๑.๓๓ คนต่อแสนประชากรในปี ๒๕๕๖ ซึ่งลดลงร้อยละ ๔๗.๖๓ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๔๖ กับ ปี ๒๕๕๖ สอดคล้องกับอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงในภาคการจราจรและขนส่ง ๑,๐๐๐ ล้านลิตร^{๒๖} ที่มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน จากปี ๒๕๔๖ ในอัตรา ๐.๕๖ เหลือ ๐.๒๘ ในปี ๒๕๕๓

๒. นับตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ เป็นต้นมา ความรุนแรงของอุบัติเหตุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยค่าดัชนีความรุนแรง^{๒๗} เพิ่มขึ้นจาก ๑๐.๕๔ (พ.ศ. ๒๕๔๘) เป็น ๑๔.๐๕ (พ.ศ. ๒๕๕๕) แต่ดัชนีการเสียชีวิต^{๒๘} ลดลงจาก ๐.๓๗ (พ.ศ. ๒๕๕๓) เป็น ๐.๒๗ (พ.ศ. ๒๕๕๕) โดยช่วงเวลาที่สัดส่วนการตายต่อการบาดเจ็บสูงสุดเป็นช่วงเวลา ๐๒.๐๐ - ๐๖.๐๐ น.

๓. ประเทศไทยมีจำนวนรถจักรยานยนต์จดทะเบียนสะสมทั้งสิ้น ๑๙,๑๔๗,๒๒๕ คัน (พ.ศ. ๒๕๕๕) คิดเป็นร้อยละ ๖๐ ของรถจดทะเบียนทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้า ๙๙๔,๗๕๖ คัน และมีผู้ถือใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์ทั้งสิ้น ๑๙,๒๙๐,๒๐๖ ฉบับ เพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้า ๕๖๐,๒๓๑ ฉบับ กล่าวคือ ในทุกๆ ๓๐ วินาที จะมีรถจักรยานยนต์เพิ่มขึ้นในประเทศไทย ๑ คัน และทุกๆ ๖๐ วินาที จะมีผู้ถือใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์เพิ่มขึ้นในประเทศไทย ๑ ฉบับ มากกว่าการเติบโตของประชากรไทยถึงกว่า ๒.๕ และ ๑.๕ เท่า ตามลำดับ และจากสถิติการเสียชีวิตของผู้ใช้รถประเภทต่างๆ พบว่า ผู้ใช้รถจักรยานยนต์มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่ารถประเภทอื่นถึง ๓.๔ เท่า (ข้อมูลใบมรณบัตรและสาเหตุการตาย)

^{๒๖} หมายถึง สัดส่วนระหว่างจำนวนผู้เสียชีวิตที่ปรากฏในสถิติอุบัติเหตุจราจรทางบก ต่อ ปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงทุกประเภทในภาคการจราจรและขนส่งทั่วประเทศ ๑ ล้านลิตร ข้อมูลจาก หน่วยเฝ้าระวังและสะท้อนสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน (ThaiRoads) <http://trso.thairoads.org/statistic/national/N-SPI-A>

^{๒๗} จำนวนผู้เสียชีวิตต่ออุบัติเหตุ ๑๐๐ ครั้ง

^{๒๘} Case fatality rate (CFR) = จำนวนผู้เสียชีวิตต่อผู้ประสบอุบัติเหตุทั้งหมด

๔. ผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ถือเป็นผู้ใช้ถนนที่มีความเปราะบาง (Vulnerable Road User) มากกว่าผู้ใช้ถนนประเภทอื่น จากการวิเคราะห์ข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ปี ๒๕๔๘ - ๒๕๕๓ พบว่า การบาดเจ็บรุนแรงของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ (ทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสาร) เป็นสาเหตุสำคัญร้อยละ ๘๓.๒ ของการบาดเจ็บรุนแรง และร้อยละ ๘๐.๙ ของการตายจากอุบัติเหตุบนท้องถนนในกลุ่มผู้ใช้พาหนะทั้งหมดโดยผู้ใช้รถจักรยานยนต์ที่บาดเจ็บร้อยละ ๗๕ เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย ๒๕ - ๒๙ ปี โดยเป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ร้อยละ ๑๐.๑ ในขณะที่ผู้เสียชีวิตร้อยละ ๗๙ - ๘๒ เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย ๓๓ - ๓๕ ปี โดยเป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ร้อยละ ๕.๘

๕. ในปี ๒๕๕๔ รัฐบาลประกาศให้เป็นปีรณรงค์การสวมหมวกนิรภัย ๑๐๐% แต่พบว่าสถิติการสวมหมวกนิรภัยไม่ได้เพิ่มขึ้น ข้อมูลจากมูลนิธิไทยโรดส์ชี้ให้เห็นว่าระหว่างปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๖ อัตราการสวมหมวกนิรภัยอยู่ที่ร้อยละ ๔๔ ๔๖ ๔๓ และ ๔๓ ตามลำดับ โดยในปี ๒๕๕๖ มีผู้สวมหมวกนิรภัยที่เป็นผู้ขับขี่ร้อยละ ๕๑ ผู้โดยสารร้อยละ ๑๙ แม้ในเขตเมืองจะมีสัดส่วนผู้สวมหมวกนิรภัยที่ค่อนข้างสูง (ร้อยละ ๗๒) แต่กลับมีสัดส่วนค่อนข้างต่ำในเขตชนบท (ร้อยละ ๒๙) และหากเปรียบเทียบกับประเทศในกลุ่มอาเซียน พบว่าประเทศไทยมีอัตราการสวมหมวกนิรภัยต่ำกว่าหลายประเทศ เช่น เวียดนาม (ร้อยละ ๙๐) ฟิลิปปินส์ (ร้อยละ ๘๔) อินโดนีเซีย (ร้อยละ ๘๐) มาเลเซีย (ร้อยละ ๗๔) เป็นต้น สอดคล้องกับคะแนนความเข้มข้นในการบังคับใช้กฎหมายที่ได้เพียง ๖ จาก ๑๐ คะแนน ๕ เหตุผลหลักที่ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย คือ เดินทางระยะใกล้ (ร้อยละ ๖๕) ไม่ได้ขับออกถนนใหญ่ (ร้อยละ ๓๖) เร่งรีบ (ร้อยละ ๓๑) ร้อน อึดอัด (ร้อยละ ๒๐) และกลัวผมเสียทรง (ร้อยละ ๑๒)

๖. ปัจจุบันถนนในประเทศไทยอยู่ในความดูแลของหน่วยงานหลัก ได้แก่ กรมทางหลวง กรมทางหลวงชนบท การทางพิเศษแห่งประเทศไทย กรมโยธาธิการและผังเมือง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยในปี ๒๕๕๕ ถนนในความรับผิดชอบของกรมทางหลวงมีความยาว ๖๗,๖๒๓ กิโลเมตร กรมทางหลวงชนบท ๔๙,๐๘๐ กิโลเมตร การทางพิเศษฯ ๒๐๘ กิโลเมตร ที่เหลืออยู่ในความรับผิดชอบของท้องถิ่นประมาณ ๙๓,๐๐๐ กิโลเมตร และในปี ๒๕๕๕ มีผู้เสียชีวิตบนถนนในรับผิดชอบของกรมทางหลวง ๑,๕๕๙ ราย กรมทางหลวงชนบท ๑๖๑ ราย การทางพิเศษฯ ๑๔ ราย แสดงให้เห็นว่าผู้เสียชีวิตที่เหลืออีก ๑๒,๓๔๐ รายเสียชีวิตบนถนนในเขตท้องถิ่น

๗. อุบัติเหตุบนทางหลวงที่เจ้าหน้าที่ตำรวจสันนิษฐานว่ามีสาเหตุจากการใช้ความเร็ว คิดเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ ๗๖ และปัจจุบันยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง ล่าสุดในปี ๒๕๕๕ เกิดอุบัติเหตุประเภทนี้ทั้งสิ้น ๘,๓๔๒ ครั้ง และความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ประสบอุบัติเหตุย่ำแย่เพิ่มสูงขึ้นในช่วง ๒ ปีที่ผ่านมา โดยเฉลี่ยอุบัติเหตุเนื่องจากความเร็วบนท้องถนนที่เกิดขึ้นบนทางหลวงทุกๆ ๑๐ ครั้ง จะมีผู้เสียชีวิตอย่างน้อย ๑ ราย และมีผู้บาดเจ็บอย่างน้อย ๘ ราย และจากข้อมูลรายงานอุบัติเหตุปี ๒๕๕๕ เกิดบนทางหลวง ๑๑,๐๑๓ ครั้ง สามารถระบุองค์ประกอบของอุบัติเหตุได้ดังนี้ ๕ สาเหตุหลักของอุบัติเหตุ ได้แก่ ขับรถเร็วเกินอัตรากำหนด (ร้อยละ ๗๖) มีการตัดหน้าระยะกระชั้นชิด (ร้อยละ ๘) หลับใน (ร้อยละ ๕) เมาสุรา (ร้อยละ ๓) และอุปกรณ์รถบกพร่อง (ร้อยละ ๓) ๕ ยานพาหนะหลักที่เกิดเหตุบนทางหลวงมากที่สุด ได้แก่ รถยนต์นั่ง (ร้อยละ ๒๙) รถกระบะ (ร้อยละ ๒๕) รถจักรยานยนต์ (ร้อยละ ๑๙) รถบรรทุกใหญ่ (ร้อยละ ๖) และรถบรรทุกหกล้อ (ร้อยละ ๔)

๘. รถโดยสารสาธารณะ มีแนวโน้มของจำนวนอุบัติเหตุที่ลดลงจาก ๔,๘๑๕ ครั้ง (๒๕๕๒) เหลือ ๑,๘๔๗ ครั้ง (พ.ศ. ๒๕๕๕) แต่เมื่อเทียบสัดส่วนอุบัติเหตุรถโดยสารต่อรถทุกประเภทพบว่ามีสัดส่วนสูงขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ ๓.๒๓ (พ.ศ. ๒๕๕๒) เป็นร้อยละ ๓.๓๕ (พ.ศ. ๒๕๕๕) ทั้งนี้ข้อมูลจากบริษัทขนส่ง (บขส.) บ่งชี้ว่าตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ เป็นต้นมา มีแนวโน้มที่ผู้โดยสารรถ บขส. มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุสูงขึ้นกว่าเดิม นอกจากนี้ เมื่อเกิดอุบัติเหตุ ผู้ที่โดยสารรถร่วมบริการจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต มากกว่าการโดยสารรถ บขส. ถึง ๑๐ เท่า พบปัญหาหลักที่ทำให้มีการบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิต คือ แก้อีหุลุดจากการยึดเกาะ การไม่มีและ/หรือใช้เข็มขัดนิรภัย และโครงสร้างรถที่ไม่ได้มาตรฐาน ส่วนปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ ยังคงมาจากคนขับรถที่ขาดความชำนาญ การพักผ่อนไม่เพียงพอ และไม่มีคนขับสำรองในการเดินทางระยะไกล

นอกจากนั้น ข้อจำกัดของระบบขนส่งสาธารณะและความนิยมของประชาชน ยังได้ทำให้เกิดการขยายตัวของรถโดยสารสาธารณะอย่างรวดเร็วโดยแทบไม่มีการควบคุม โดยพบว่า มีการเพิ่มการให้บริการขึ้นเรื่อยๆ จากจำนวนเพียง ๓,๒๓๐ คันในปี ๒๕๔๙ เพิ่มขึ้นเป็น ๑๗,๙๕๗ คันในปี ๒๕๕๓ หรือเพิ่มขึ้น ๕ เท่า แม้จะยังไม่มีสถิติอุบัติเหตุในสัดส่วนที่สูงมากนัก แต่เมื่อเกิดเหตุแต่ละครั้งทำให้มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก อีกทั้งยังพบว่า ระบบความปลอดภัยของรถโดยสารสาธารณะ ยังเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการในหลายด้าน

๙. สถิติอุบัติเหตุของสำนักงานตำรวจแห่งชาติระบุว่าอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีสัดส่วนร้อยละ ๕.๑ จากอุบัติเหตุทั้งหมด ซึ่งตัวเลขนี้เพิ่มขึ้นไปถึงร้อยละ ๔๐ ในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ และผลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้มีผู้บาดเจ็บสาหัส ๑ ใน ๔ ของอุบัติเหตุจากทุกสาเหตุ ส่วนข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ พบว่า ผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุขนส่งที่เป็นผู้ขับขี่พาหนะทุกประเภทดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ ๓๗.๗๓ ในปี ๒๕๔๘ และค่อยๆ ลดลงจนเป็นร้อยละ ๒๘.๘๙ ในปี ๒๕๕๕ โดยช่วงเวลาที่เกิดเหตุของผู้ขับขี่ที่ดื่มแอลกอฮอล์เกิดสูงสุดในช่วงเวลา ๑๙.๐๐ น. รองลงมาคือ ๑๘.๐๐ น. และ ๑๗.๐๐ น. และช่วงดังกล่าวไม่แตกต่างกันนักในช่วงปี ๒๕๔๘ - ๒๕๕๓

๑๐. การสำรวจพฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัยในปี ๒๕๕๔ ผู้ขับขี่และผู้โดยสารที่นั่งตอนหน้า มีอัตราการใช้ร้อยละ ๕๘ และร้อยละ ๔๐ ตามลำดับ ลดลงจากปีก่อนหน้าเล็กน้อยโดยผู้โดยสารคาดเข็มขัดมากกว่าผู้หญิงเล็กน้อย (ร้อยละ ๕๕ และร้อยละ ๕๐ ตามลำดับ) และผู้โดยสารคาดเข็มขัดมากกว่าผู้โดยสารกระบะ (ร้อยละ ๖๐ และ ๔๘ ตามลำดับ) และจากสถิติจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บของกระทรวงสาธารณสุขระบุว่าผู้ประสบอุบัติเหตุจากรถยนต์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีผู้ที่เป็นผู้ขับขี่และผู้โดยสารคาดเข็มขัดเพียงร้อยละ ๒๖ และร้อยละ ๑๑ ตามลำดับ โดยพฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัยในผู้ขับขี่และผู้โดยสารมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี ๒๕๔๘ ใช้เข็มขัดนิรภัยร้อยละ ๗.๕๑ และเพิ่มขึ้นเป็น ๙.๗๗ ในปี ๒๕๕๓ ๕ เหตุผลหลักที่ผู้โดยสารรถยนต์ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย คือ เดินทางระยะไกล (ร้อยละ ๕๑) ไม่ได้ขับขีรถออกถนนใหญ่ (ร้อยละ ๒๙) เร่งรีบหรือต้องขึ้นลงรถบ่อย (ร้อยละ ๒๘) ลืม (ร้อยละ ๒๒) และรู้สึกอึดอัดไม่สบาย (ร้อยละ ๒๐)

๑๑. วัยรุ่น อายุระหว่าง ๑๕ - ๒๔ ปี เสี่ยงต่อการเสียชีวิตและบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุด โดยในปี ๒๕๕๒ มีอัตราการเสียชีวิต ๒๓.๕ คน ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ ข้อมูลจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่า



ผู้บาดเจ็บรุนแรงและเข้ารับการรักษายาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๔๐) อยู่ในช่วงอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี และร้อยละ ๓๐ มีอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี (ร้อยละ ๑๑ ของผู้บาดเจ็บอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี) นอกจากนี้ ข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติชี้ให้เห็นว่า หนึ่งในสี่ของผู้เคยเกิดอุบัติเหตุ อายุ ๑๘ - ๒๔ ปี โดยเฉพาะผู้ที่มิภูมิลำเนาในภาคเหนือ อีสาน และได้ ในขณะที่กรุงเทพมหานครจะมีสัดส่วนของผู้ประสบเหตุที่เป็นเยาวชนเพียง ๔% ในผู้บาดเจ็บที่อายุน้อยกว่า ๑๕ ปี โดยมีสาเหตุหลักมาจากการขับขี่หรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๗๕) มีอายุระหว่าง ๑๐ - ๑๔ ปี ซึ่งพบว่าเกี่ยวข้องกับการใช้รถจักรยานยนต์ถึงร้อยละ ๕๗ นอกจากนี้ ยังพบว่า ร้อยละ ๖ มีการดื่มสุราร่วมด้วย เมื่อสอบถามผู้บาดเจ็บจากการใช้รถจักรยานยนต์ พบว่า ครึ่งหนึ่งเริ่มขับขี่ตั้งแต่อายุ ๘ - ๑๔ ปี

๑๒. **อันตรายข้างทาง**โดยส่วนใหญ่แล้ว สภาพข้างทางที่ไม่ปลอดภัยไม่ได้เป็นสาเหตุหลักของอุบัติเหตุ แต่เมื่อใดก็ตามที่รถหลุดออกจากถนนด้วยสาเหตุอันใดก็ตาม หากมาชนวัตถุเหล่านี้จะส่งผลให้อุบัติเหตุมีความรุนแรงมากกว่าที่ควรจะเป็น จากการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติอุบัติเหตุบนทางหลวงระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๒ พบว่า มีอุบัติเหตุอันตรายข้างทางเกิดขึ้น ๑๕,๗๓๒ ครั้ง หรือคิดเป็นร้อยละ ๓๘ จากอุบัติเหตุทั้งหมด ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุอันตรายข้างทางยังมีสัดส่วนสูงถึงหนึ่งในสาม (ร้อยละ ๓๐) และยังพบอีกว่า อุบัติเหตุประเภทนี้ยังคงมีการเกิดเหตุสูงเป็นอันดับหนึ่งบนทางหลวง โดยมีสัดส่วนถึง ๑ ใน ๓ ของอุบัติเหตุทั้งหมด โดยอุบัติเหตุอันตรายข้างทาง ๑๐๐ ครั้งจะส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต ๘ - ๑๐ ราย โดยเสาไฟเป็นวัตถุที่ถูกชนมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ คันทาง (side slope) ที่ทำให้รถพลิกคว่ำ และป้ายจราจร

๑๓. ข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติจากการสำรวจผู้มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป ในไตรมาสที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๓ มีจำนวน ๗๙,๕๖๐ คราวเรือนตัวอย่าง (จากประชากร ๕๐,๒๗๒,๓๗๑ คน) พบว่า มีผู้เคยประสบอุบัติเหตุจากการเดินทางทางถนน ในรอบปีที่ผ่านมาถึง ๑,๕๔๖,๓๓๗ คน (ร้อยละ ๓.๑) เฉลี่ยวันละ ๔,๓๘๔ คน ในจำนวนนี้มีผู้บาดเจ็บ ๑,๑๘๙,๑๓๓ คน (ร้อยละ ๗๖.๔) และมีถึง ๑๑,๓๘๖ คน (ร้อยละ ๐.๔) ที่มีการสูญเสียอวัยวะร่วมด้วย โดยกลุ่มผู้ประสบอุบัติเหตุ พบว่า ร้อยละ ๔๓.๕ เป็นหัวหน้าครัวเรือน และร้อยละ ๓๗.๒ เป็นบุตร

แรงงานไทย เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน มากกว่าการทำงานในโรงงาน ข้อมูลจาก “กองทุนเงินทดแทน” ในปี ๒๕๕๓ พบว่า อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตของแรงงานไทย คิดเป็นร้อยละ ๖๐ (๒๗๔ คน จากผู้เสียชีวิต ๔๖๒ คน) ของการชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และเพิ่มเป็น ๒๘๗ คน ในปี ๒๕๕๔

ข้อมูลการสำรวจสุขภาพของแรงงานไทยและการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ๒๕๕๒ คาดว่า ประชากรวัยแรงงานจะเพิ่มเป็นร้อยละ ๖๗.๖ ในปี ๒๕๕๓ ประชากรวัยแรงงาน (อายุ ๑๕ - ๕๙ ปี) ในประเทศไทยมีประมาณ ๔๕.๐ ล้านคน กว่า ๑ ใน ๔ ของการบาดเจ็บเกิดเนื่องมาจากอุบัติเหตุจากยานพาหนะโดยเฉพาะจากรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ ๒๗.๑) รองลงมาจากการเล่นตกหกล้ม (ร้อยละ ๒๐.๐) แรงงานชายมีอัตราสูงกว่าหญิงเกือบเท่าตัว

๑๔. ข้อมูลการเฝ้าระวัง “รถรับส่งพนักงาน” โดย มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค พบว่า ในรอบ ๑๘ เดือนที่ผ่านมา มีรถรับส่งพนักงานเกิดอุบัติเหตุเฉลี่ย ๑ ครั้ง/ เดือน โดยเฉลี่ยแต่ละครั้งจะมีผู้บาดเจ็บ ๑๔ คน และเสียชีวิต ๑ คน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๕๑) ชี้ว่า

ค่าใช้จ่ายจากอุบัติเหตุทางถนน ของกองทุนต่างๆ เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนสวัสดิการข้าราชการ มีแนวโน้มลดลงโดยตลอด แต่กองทุนประกันสังคมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๑ จากปี ๒๕๔๘ จำนวน ๖๘๓.๒ ล้านบาท เป็น ๗๕๗.๔ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๑ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในกลุ่มรถจักรยานยนต์เพิ่มสูงขึ้นถึง ๖๖ ล้านบาท

๑๕. สภาพภูมิอากาศของโลกที่แปรปรวน ส่งผลให้เกิดภัยพิบัติธรรมชาติบ่อยครั้งขึ้นทั่วโลกอย่างไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน และทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น สำหรับประเทศไทย เกิดเหตุภัยพิบัติสำคัญ ได้แก่ อุทกภัย แผ่นดินไหว และสึนามิ ซึ่งเป็นเหตุภัยพิบัติที่รุนแรง ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต ทรัพย์สิน ระบบเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม หรือแม้กระทั่งการเกิดภัยพิบัติที่ไม่รุนแรงถึงชีวิต เช่น ภัยแล้ง ไฟป่าและหมอกควัน ก็ส่งผลกระทบต่อชุมชนและสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

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

เหตุมหาอุทกภัย ปี ๒๕๕๔ มีพื้นที่ได้รับผลกระทบรวมทั้งสิ้น ๖๕ จังหวัด ประชาชนได้รับความเดือดร้อน ๔,๐๖๘,๓๖๑ ครัวเรือน มีผู้เสียชีวิต ๖๘๐ ราย บ้านเรือน พื้นที่การเกษตร นิคมอุตสาหกรรม โรงงาน ร้านค้า สนามบินดอนเมือง และภาคธุรกิจต่างๆ ได้รับความเสียหาย จากการประเมินความเสียหายในเชิงมูลค่าทางเศรษฐกิจของศูนย์วิจัยกสิกรไทย พบว่า ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นมูลค่าสุทธิประมาณ ๒๔๒,๒๐๐ ล้านบาท และล่าสุดเหตุการณ์แผ่นดินไหว ปี ๒๕๕๗ ที่อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ก่อให้เกิดความเสียหายในพื้นที่ ๕ จังหวัด ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ พะเยา น่าน และลำปาง รวม ๑๒ อำเภอ มีผู้เสียชีวิต ๑ ราย และบาดเจ็บ ๒๓ ราย

สถานการณ์ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นและการศึกษากระบวนการรับมือภัยพิบัติของประเทศที่ผ่านมา พบว่า ข้อมูล สถิติ และองค์ความรู้ที่เกิดจากการถอดบทเรียนการรับมือภัยพิบัติทั้งในระดับชาติและชุมชน ยังขาดแคลนข้อมูลอยู่มาก จำเป็นที่จะต้องมีการรวบรวมข้อมูล สถิติ และกรณีศึกษาการรับมือภัยพิบัติเพื่อสังเคราะห์ออกมาเป็นองค์ความรู้และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อผลักดันให้เกิดระบบการบริหารจัดการภัยพิบัติของประเทศที่มีประสิทธิภาพ

ด้วยเหตุที่ว่า การเกิดภัยพิบัติในแต่ละครั้งเป็นเรื่องที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงทั้งในชีวิตและทรัพย์สิน และกระจายเป็นวงกว้างในหลายพื้นที่ ความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อระบบการคมนาคมขนส่ง ทำให้ความช่วยเหลือจากภาครัฐ องค์กรเอกชนและอาสาสมัครไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันที ชุมชนที่มีความเข้มแข็ง มีการประสานงานภายในชุมชน รวมถึงมีการแบ่งบทบาทและหน้าที่ของแต่ละคนที่ชัดเจนในการรับมือภัยพิบัติที่เกิดขึ้น จะสามารถบรรเทาภัยที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าชุมชนหรือพื้นที่ที่ขาดการเตรียมความพร้อมในรับมือภัย



จุดเน้นของแผน

ด้านการพัฒนาโยบาย และสร้างเป้าหมายร่วม

๑. สนับสนุนการการขับเคลื่อนงานตามแนวทางแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนของสหประชาชาติ (๕ เสาหลัก) และกรอบแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนให้เป็นอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในประเด็นเร่งด่วนที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง เช่น สนับสนุนโครงสร้างการจัดการที่เข้มแข็งในทุกกระดับ และการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้วัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นวิถีทัศนร่วม
๒. ขยายความร่วมมือให้มีการร่วมลงทุนเรื่องความปลอดภัยทางถนนจากภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดเจ้าภาพขับเคลื่อนงานที่หลากหลายขึ้น พร้อมส่งเสริมให้เรื่องความปลอดภัยทางถนนเป็นส่วนหนึ่งของ “มาตรการองค์กร” เช่น สถานประกอบการ การนิคมอุตสาหกรรม บริษัทประกันภัย เป็นต้น
๓. ผลักดันนโยบายเจาะประเด็นเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยง เพื่อควบคุมเรื่องความปลอดภัยทางถนนทั้งระบบ ควบคู่กับการลดพฤติกรรมเสี่ยง (ดื่มแล้วขับ ไม่สวมหมวกนิรภัย ขับรถเร็วเกินกฎหมายกำหนด) เช่น เพิ่มโทษผู้ปฏิเสธการตรวจแอลกอฮอล์ในลมหายใจ ลดความเร็วของการขับขี่ในเขตเมือง เร่งยกระดับความปลอดภัยของรถโดยสารสาธารณะ

ด้านเครือข่ายภาคีภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

๑. ขยายความร่วมมือกับหน่วยงาน องค์กร ภาคธุรกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิ และภาคประชาสังคม ให้เข้ามามีบทบาทและมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนน
๒. พัฒนาคำรู่เรื่องความปลอดภัยทางถนนให้กับสื่อมวลชนโดยส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกับสถาบันด้านการสื่อสารมวลชน เช่น คณะนิเทศศาสตร์ สถาบันสื่อมวลชนต่างๆ ฯลฯ ในการสร้างแกนนำสื่อมวลชนต้นแบบ และเครือข่ายสื่อมวลชนทุกแขนง เพื่อร่วมสร้างกระแสด้านความปลอดภัยทางถนน พร้อมสนับสนุนให้สื่อมวลชนทำข่าวเชิงสืบสวนสาเหตุอุบัติเหตุแบบครบวงจรและติดตามผลต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้หน่วยงานที่รับผิดชอบและผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไข้ปัญหา
๓. เน้นการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในประเด็น ความเร็ว หมวกนิรภัย/รถจักรยานยนต์ ดื่มแล้วขับ เข็มขัดนิรภัย และการลงทุนโดยภาครัฐทุกระดับเพื่อแก้ไข้จุดเสี่ยง ซึ่งเป็นสิทธิพื้นฐานที่ประชาชนควรได้รับ โดยเลือกข้อมูลเชิงประจักษ์สำคัญมาสร้างความตระหนักต่อสังคมเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน และเพื่อสร้างจิตสำนึกความปลอดภัย

ด้านโครงสร้างและการบูรณาการระดับพื้นที่

๑. ผลักดันให้เกิดต้นแบบความปลอดภัยทางถนนในระดับพื้นที่ โดยสานพลังเชื่อมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน ท้องถิ่น เพื่อสร้าง “มาตรการทางสังคม” และ “มาตรการองค์กร” ด้านความปลอดภัยทางถนนในองค์กรต่างๆ ทั่วประเทศ

๒. พัฒนาให้เกิดต้นแบบกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับต่างๆ โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ให้เข้มแข็ง เช่น ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) กลไกอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง (สธ.) เป็นต้น
๓. ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานของจังหวัด และสังเคราะห์ชุดความรู้ เพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่การจัดการความรู้ และทำให้เกิดการขยายผลพื้นที่ดำเนินการ และเพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อน/ผลักดันนโยบายระดับชาติ

ด้านการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้อุบัติเหตุนจรรจร

๑. สนับสนุนให้เกิดระบบข้อมูล และกลไกติดตามกำกับกำกับการดำเนินงาน ตามแนวทาง ๕ เสาหลักของทศวรรษความปลอดภัยทางถนน พร้อมทั้งสนับสนุนและร่วมกับคณะทำงานด้านข้อมูล ศปถ. และหน่วยงานหลัก เช่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงคมนาคม ให้สามารถจัดการข้อมูลด้านความปลอดภัยทางถนน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๒. สนับสนุนกลไกติดตามภาควิชาการและภาคประชาชน ในการเกาะติดและสะท้อนปัญหา กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เครือข่าย Road Safety Watch เครือข่ายเฝ้าระวังรถโดยสารสาธารณะปลอดภัย เป็นต้น
๓. ผลักดันงานวิชาการเข้าสู่กลไกจัดการในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะ จัดจัดการในระดับอำเภอ ท้องถิ่น และกลไกในระดับหน่วยงาน องค์กร (มาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน)
๔. สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้เพื่อการสื่อสารสาธารณะ โดยมุ่งเน้นการสร้างและรวบรวมองค์ความรู้และข้อมูลจากที่ต่างๆ จัดทำเป็นฐานข้อมูลด้านอุบัติเหตุ กำหนดประเด็น แปลงเป็นข่าวสาร และสื่อสารไปในช่องทางที่เหมาะสมให้สอดคล้องกับการใช้ประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมาย (ผู้รับสาร) ทั้งระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติ และภาคประชาสังคม

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

๑. รวบรวมข้อมูล สถิติ การเกิดเหตุภัยพิบัติที่สำคัญของประเทศ และการจัดการภัยพิบัติในแต่ละพื้นที่เพื่อจัดทำองค์ความรู้และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อผลักดันให้เกิดระบบการบริหารจัดการภัยพิบัติของประเทศที่มีประสิทธิภาพ
๒. พัฒนาองค์ความรู้ จัดทำแนวทางคู่มือต่างๆ ในการจัดทำแผนการฝึกซ้อมและประเมินแผนรับภัยพิบัติประเภทต่างๆ
๓. สร้างพื้นที่นำร่องกระบวนการจัดการอุบัติภัยโดยชุมชนและเครือข่ายเป็นแกนหลัก สนับสนุนให้เครือข่ายชุมชนมีแผนป้องกันกาเกิดภัย เตรียมความพร้อมรับมือภัย และแผนการฟื้นฟูหลังประสบภัย
๔. ศึกษา และถอดบทเรียนการจัดการภัยพิบัติภายในชุมชน เพื่อสร้างต้นแบบการจัดการภัยพิบัติภายในชุมชน และสามารถนำไปใช้กับพื้นที่อื่นได้



วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนเป้าหมายการลดแนวโน้มการเกิดและการสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจรของประชาชนไทยของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน
๒. สนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างเป็นระบบและยั่งยืน
๓. พัฒนาโครงสร้างการทำงานและการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่
๔. ประสานและส่งเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายลดอุบัติเหตุทางถนน
๕. รณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนน
๖. สนับสนุนการวิจัยและการจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุทางถนนที่จำเป็น
๗. พัฒนาและจัดการความรู้ สร้างความเข้มแข็งของท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และถอดบทเรียนการจัดการภัยพิบัติ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

การจัดการความปลอดภัยทางถนน

๑. เกิดนโยบายสาธารณะใหม่ที่ส่งผลต่อการลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เช่น มาตรการองค์กรส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย มาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน นโยบายองค์กรในการลดพฤติกรรมเสี่ยงหลัก ได้แก่ ขับเร็ว ไม่สวมหมวกนิรภัย ดื่มแล้วขับ และระบบขนส่งสาธารณะ
๒. เกิดกระแสสังคมและความตื่นตัวของประชาชนในด้านความปลอดภัยจากอุบัติเหตุจราจรอย่างน้อย ๒ ประเด็นต่อปี
๓. เกิดการขยายภาวาศีเชิงยุทธศาสตร์ในเครือข่ายการรณรงค์ของภาคส่วนต่างๆ ทั้งในส่วนประชาสังคมจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สื่อมวลชน ภาคธุรกิจและเอกชน อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ โดยบูรณาการร่วมกับภาวาศีเครือข่ายที่หลากหลาย เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑๕ องค์กร
๔. เกิดการพัฒนาโครงสร้างการทำงานและการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกจังหวัดที่มีความสนใจ อย่างน้อยจำนวน ๗๐ จังหวัด และในจำนวนนี้ มีจังหวัดที่มีการยกระดับการพัฒนาจังหวัดและสร้างนวัตกรรมของจังหวัด สามารถดำเนินงานตามเป้าหมายท้าทายที่กำหนดไว้อย่างน้อย ๑๔ จังหวัด พร้อมทั้งเกิดการพัฒนาโครงสร้างการทำงานและบูรณาการการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่อำเภอนำร่อง อย่างน้อย ๖ อำเภอ

๕. เกิดการพัฒนากระบวนการข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุจราจรที่ถูกต้อง ทันเหตุการณ์ ผ่านการทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ และเกิดระบบฐานข้อมูลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้รถใช้ถนนรายจังหวัด ที่มีความน่าเชื่อถือสามารถเผยแพร่สู่สาธารณะได้ และมีรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนเป็นประจำทุกปี
๖. เกิดองค์ความรู้และการจัดการความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนที่จำเป็น อย่างน้อย ๑๐ เรื่อง ต่อปี พร้อมเกิดชุดความรู้ในประเด็นที่สำคัญ อย่างน้อย ๕ ชุดต่อปี เพื่อเผยแพร่สู่สาธารณะ และมีการประชุมวิชาการระดับชาติอย่างต่อเนื่องทุกสองปี

ตัวชี้วัดหลัก

การจัดการภัยพิบัติ

๗. สนับสนุนให้เกิดศูนย์วิชาการด้านการจัดการภัยพิบัติ ทำหน้าที่ศึกษา วิเคราะห์และถอดบทเรียนสถานการณ์ภัยพิบัติที่สำคัญของประเทศ จัดทำฐานข้อมูลความรู้ด้านภัยพิบัติ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อผลักดันให้เกิดระบบการบริหารจัดการภัยพิบัติของประเทศที่มีประสิทธิภาพ
๘. เกิดชุดข้อมูลความรู้ด้านการรับมือภัยพิบัติ อย่างน้อย ๒ เรื่อง และเกิดการถอดบทเรียนกระบวนการจัดการภัยพิบัติของชุมชนต้นแบบ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปสู่การขยายพื้นที่ดำเนินงาน
๙. เกิดชุมชนต้นแบบด้านการจัดการภัยพิบัติ โดยมีชุมชนและเครือข่ายเป็นแกนหลัก และเกิดแผนป้องกันการเกิดภัย การเตรียมความพร้อมรับมือภัย การฟื้นฟูหลังประสบภัยของชุมชน อย่างน้อย ๕๐ ชุมชนต่อปี

ตัวชี้วัดร่วม

๑๐. บูรณาการการทำงานร่วมกับปัจจัยเสี่ยงหลักอื่น เช่น
 - (๑) การร่วมผลักดันนโยบายร่วมระหว่างการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการจัดการความปลอดภัยทางถนน
 - (๒) การรณรงค์ป้องกันปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มเยาวชน (ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน ยาเสพติด และการจัดการความปลอดภัยทางถนน)
 - (๓) การทำงานเชิงป้องกันปัจจัยเสี่ยงในชุมชน (ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน ยาเสพติด การจัดการความปลอดภัยทางถนน และภัยพิบัติ)
๑๑. การบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนอื่น ๆ โดยสนับสนุนให้เกิดการถอดบทเรียนจากกรณีความสำเร็จ เพื่อพัฒนาต้นแบบ หรือรูปแบบการดำเนินงาน (model) ที่ชัดเจน และเชื่อมประสานกับแผนงานอื่นเพื่อขยายผลทั้งในเชิงของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ เช่น
 - (๑) แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อขยายประเด็นความปลอดภัยในเด็ก
 - (๒) แผนสุขภาวะชุมชน เพื่อขยายประเด็นชุมชนถนนปลอดภัยผ่านพื้นที่ชุมชน และร่วมพัฒนาและขยายพื้นที่ชุมชนต้นแบบด้านการจัดการภัยพิบัติ



- (๓) แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร เพื่อขยายประเด็น มาตรการองค์กรส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย และมาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน
- (๔) แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะโดยขยายประเด็นความปลอดภัยทางถนนเรื่อง การสวมหมวกนิรภัย การดื่มไม่ขับ

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบาย ให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยในด้านความปลอดภัยทางถนน มีการพัฒนาสมรรถนะขององค์กร และบุคลากรที่จำเป็น และการบูรณาการยุทธศาสตร์ทั้งด้านการรักษากฎหมาย (Enforcement) การให้ข้อมูล/ความรู้ (Education) วิศวกรรมจราจร (Engineering) การจัดระบบบริการฉุกเฉิน (EMS) และการประเมินผล (Evaluation) ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร และสาธารณภัยอื่น ทั้งในนโยบายระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ และในการจัดการภัยพิบัติ ประสานการให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในทุกระดับ เชื่อมโยงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประสานเครือข่ายอาสาสมัคร ภาคประชาชน ร่วมกับ พัฒนาการจัดการในระดับพื้นที่ และผลักดันให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการเสนอแนะแนวทางการจัดการภัยพิบัติ

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

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

กลุ่มแผนงาน

แผนการจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติ ประกอบด้วย ๕ กลุ่มแผนงาน ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานการพัฒนานโยบาย และสร้างเป้าหมายร่วม

- ๑.๑ สนับสนุนศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ดำเนินงานตามแผนที่นำทางเชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ ซึ่งดำเนินการด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายตามกรอบปฏิญญามอสโก คือ ลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงเหลือต่ำกว่า ๑๐ คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปี ๒๕๖๓ ภายใต้แนวทาง ๘ ประเด็นหลัก ได้แก่ การ

ส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย การลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แล้วขับขี้นานพาหนะ การแก้ไขปัญหาดูแลเสี่ยง จุดอันตราย การปรับปรุงพฤติกรรมการใช้ความเร็ว การยกระดับมาตรฐานยานพาหนะให้ปลอดภัย การพัฒนาสมรรถนะผู้ใช้รถใช้ถนน การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การรักษาและฟื้นฟูผู้บาดเจ็บและการพัฒนาระบบการบริหารจัดการ และ ๕ เสาหลัก ของแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน ได้แก่ (๑) โครงสร้างการจัดการที่เข้มแข็ง และการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ (๒) ระบบกฎหมายและกระบวนการยุติธรรมที่สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มแข็ง (๓) การแสวงหาแหล่งเงินทุนและการจัดสรรงบประมาณรูปแบบใหม่ (๔) กลไกการพัฒนาและถ่ายทอดความรู้รูปแบบใหม่ (๕) วัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นวิถีชีวิตที่คนร่วม

๑.๒ ผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการทศวรรษความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๓

๑.๓ ร่วมผลักดันจุดคานงัดสำคัญทางนโยบายให้เกิดกระบวนการนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันแก้ไขปัญหาดูแลเหตุจราจร รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย และกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนร่วมกัน และสร้างมาตรการเสริมการบังคับใช้กฎหมาย อาทิ การกำหนดให้หน่วยงานต่างๆ มี “มาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน” เพื่อเน้นลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย การดื่มไม่ขับ การไม่ขับรถเร็วเกินกฎหมายกำหนด เป็นต้น

๑.๔ ผลักดันและสนับสนุนให้การดำเนินงาน ตามทิศทาง **“ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน”** ของสหประชาชาติ และกรอบแผนทศวรรษความปลอดภัยทางถนนของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะประเด็นเร่งด่วน ได้แก่ ๑) สนับสนุนโครงสร้าง ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน และอนุกรรมการ ๕ เสาหลัก ที่มีอยู่ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควบคู่ไปกับ การเชื่อมโยงบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๒) สนับสนุนกลไกด้านข้อมูล MIS และการติดตามกำกับประเมินผล (Monitoring and Evaluation : M&E) ให้มีประสิทธิภาพ โดยข้อมูล “การเสียชีวิต” ตามนิยาม WHO (การเสียชีวิตที่ครอบคลุมไป ๓๐ วัน หลังจากเกิดเหตุ) ๓) สนับสนุนและผลักดัน ให้เกิด “โครงสร้างการจัดการด้านวิชาการ” และกลไกด้านงบประมาณ ที่เหมาะสมกับการขับเคลื่อนการแก้ปัญหา

๑.๕ สนับสนุนศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) ในการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายที่ส่งผลกระทบสูงจากฐานวิชาการ และการจัดเวทีวิชาการสาธารณะในเรื่องที่เป็นประเด็นตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

๑.๖ ผลักดันนโยบายเจาะประเด็นเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อควบคุมทั้งระบบ เช่น รถจักรยานยนต์ กำหนดรถที่ผลิตขายต้องมีความเร็วไม่เกินกำหนด การควบคุมการปรับแต่งความเร็วรถ ควบคู่กับการลดพฤติกรรมเสี่ยง (ดื่มไม่ขับ สวมหมวกนิรภัย ขับขี่ความเร็วไม่เกินอัตราที่กฎหมายกำหนด) รถโดยสารสาธารณะ ควบคุมทั้งคุณภาพรถ และให้มีเข็มขัดนิรภัยทุกที่นั่ง รวมถึงพนักงานขับรถ และผลักดันให้เกิดการบังคับใช้เข็มขัด



นิรภัยกับผู้โดยสาร เป็นต้น โดยมุ่งเน้นสนับสนุนหน่วยงานที่มีส่วนสำคัญให้ดำเนินการด้านการบังคับใช้กฎหมายในระดับปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ตำรวจวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนเพื่อนำไปกำหนดเป็นแนวทางและมาตรการในการบังคับใช้กฎหมาย ในพื้นที่กองบัญชาการตำรวจภูธรภาคต่างๆ และในด้านการเพิ่มมาตรฐานความปลอดภัยในรถสาธารณะและในรถรับส่งนักเรียน อาทิ สภาพรถ การคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้โดยสารสาธารณะ ใช้เทคโนโลยีเพื่อจำกัดความเร็วของรถโดยสาร ความชำนาญเส้นทางของคนขับ ด้านการปรับปรุงโครงสร้างถนนให้ปลอดภัย อาทิ ให้มีเลนทางเท้าและทางรถจักรยาน ด้านการลดความรุนแรงในการเกิดอุบัติเหตุ อาทิ การใช้รถจักรยานยนต์ไฟฟ้าหรือรถจักรยานทดแทน

- ๑.๗ ประสานความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก องค์การระดับนานาชาติ และหน่วยงานภาคนโยบายในประเทศไทยที่หลากหลาย ได้แก่ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงคมนาคม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการท่องเที่ยว กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงอุตสาหกรรม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่นๆ ในการเชื่อมประสานและพัฒนาศักยภาพด้านความปลอดภัยทางถนน ตามนโยบายทศวรรษถนนปลอดภัยของสหประชาชาติ (ค.ศ. ๒๐๑๐ - ๒๐๒๐) และทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานที่หลากหลายขึ้น
- ๑.๘ ขยายความร่วมมือให้มีการร่วมลงทุนเรื่องความปลอดภัยทางถนนจากภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดเจ้าภาพขับเคลื่อนงานที่หลากหลายขึ้น พร้อมส่งเสริมให้เรื่องความปลอดภัยทางถนนเป็นส่วนหนึ่งของ “มาตรการองค์กร” เช่น สถานประกอบการ การนิคมอุตสาหกรรม บริษัทประกันภัย เป็นต้น

๒. กลุ่มแผนพัฒนาเครือข่ายภาคีภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

สนับสนุนสำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ มูลนิธิเมาไม่ขับ เครือข่ายหมออนามัย และมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ในการประสานงานและขยายเครือข่ายการรณรงค์และประชาสัมพันธ์

- ๒.๑ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้เกิดการรับรู้ในประเด็นรณรงค์ สร้างจิตสำนึกความปลอดภัย และการสร้างค่านิยมในการลดอุบัติเหตุโดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยง อาทิ การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยให้สอดคล้องกับปีรณรงค์สวมหมวกนิรภัย ๑๐๐% การขับรถโดยใช้ความเร็วตามกฎหมายกำหนด การดื่มไม่ขับ การคาดเข็มขัดนิรภัย การไม่โทรศัพท์ขณะขับรถ รวมทั้งการสื่อสารข้อมูล และกรณีที่ส่งผลกระทบต่อความสนใจของสังคม และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะ ตลอดจนการรณรงค์เพื่อลดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเป้าหมายหลักที่เป็นเด็กและเยาวชน โดยให้ครอบครัวและสังคมมีบทบาทในการดูแลปกป้องลูกหลานให้ลดพฤติกรรมเสี่ยง และสนับสนุนการอบรมเสริมสร้างวินัยจราจรควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมาย

- ๒.๒ ส่งเสริมให้เกิดผู้นำความปลอดภัย และการมี “มาตรการองค์กร” และ “มาตรการทางสังคม” ที่เอื้อต่อการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน อาทิเช่น มาตรการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยของบุคลากร นักเรียน นักศึกษา ในองค์กรต่างๆ มาตรการในการขับขีรถของบุคลากรหน่วยงาน มาตรการการเข้าเหมารถโดยสารที่ได้มาตรฐาน ฯลฯ
- ๒.๓ ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ และมีการจัดการการสื่อสารสาธารณะในเชิงยุทธศาสตร์ ทั้งด้านเนื้อหา รูปแบบ ช่องทางสื่อสาร สื่อสารมวลชนต่างๆ อาทิ การมีแผนยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสารความปลอดภัยทางถนน มีการพัฒนาความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนน ให้กับสื่อมวลชน ส่งเสริมให้เกิด “แกนนำ/สื่อต้นแบบ” และ “เครือข่ายสื่อ” ที่ทำงานด้านอุบัติเหตุทางถนน เพิ่มการแปลงสารในเรื่องความปลอดภัยให้หลากหลาย สะดวกในการเข้าถึงและเข้าใจง่าย ผ่านช่องทางต่างๆ รวมทั้งสื่อออนไลน์ มีการนำเสนอและการเกาะติด ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์สำคัญ ส่งผลกระทบต่อความสนใจของสังคม และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านความปลอดภัยที่เหมาะสม และมีการนำเสนอข่าวสารด้านความปลอดภัยทางถนน ไปสู่ภาคนโยบายและหน่วยงานที่รับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอเพื่อการแก้ไขปัญหา
- ๒.๔ สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ หนุนท้อถิ่นชุมชนเข้ามาจัดระบบเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างยั่งยืน ขยายจำนวนภาคีเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และพัฒนาศักยภาพภาคีภาคประชาสังคมในการดำเนินงาน ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานองค์กรภาคธุรกิจ มูลนิธิภาคประชาสังคม และสื่อมวลชนทุกแขนง ให้เข้ามามีบทบาท และมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนน เพิ่มมากขึ้น
- ๒.๕ ขยายความร่วมมือกับภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น ชุมชน เช่น สมาคมผู้ประกอบการรถจักรยานยนต์ บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ บริษัทประกันภัย บริษัทเครือซีเมนต์ไทย เป็นต้น ให้ร่วมลงทุนในการจัดระบบเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุทางถนนมากยิ่งขึ้นโดยใช้โอกาสการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม ในการขยายการทำงานร่วมกับภาคเอกชน
- ๒.๖ เชื่อมประสานการขยายผลต่อยอดการทำงานผ่านแผนที่เกี่ยวข้องของ สสส. อาทิ แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ในการรณรงค์สร้างความปลอดภัยในกลุ่มแรงงาน กลุ่มวินมอเตอร์ไซด์ โดยเฉพาะการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสาร ส่งเสริมให้สถานประกอบการ มีมาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน เพื่อดูแลความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และการเดินทางไป-กลับจากที่พักที่ทำงาน ของบุคลากร แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัวในการเผยแพร่องค์ความรู้เพื่อลดอุบัติเหตุจราจรในเด็ก ตลอดจนการปลูกฝังจิตสำนึกด้านความปลอดภัยทางถนน การสวมหมวกนิรภัยในเด็ก และการปฏิบัติตามวินัยจราจร แผนสุขภาวะชุมชน ในการรณรงค์ให้ชุมชนเกิดความตื่นตัวในเรื่องความปลอดภัยทางถนนและสร้างมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยของคนในชุมชน แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยขยายประเด็นความปลอดภัยทางถนนเรื่อง การสวมหมวกนิรภัย การดื่มไม่ขับ



๓. กลุ่มแผนงานการพัฒนาโครงสร้างและการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่

- ๓.๑ สนับสนุนการวางแผนงานอย่างมีส่วนร่วม และการบูรณาการการดำเนินงานทุกภาคส่วน ทั้งราชการ ท้องถิ่น เอกชน และชุมชนในการป้องกันและลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในระดับจังหวัด และขยายออกไปในระดับอำเภอ/นาร่อง โดยเน้นการสนับสนุนจังหวัดที่มีการยกระดับการสร้างนวัตกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนและสนับสนุนสัมฤทธิ์ผลของการทำงานลดปัญหาในพื้นที่ กำกับติดตามผลระดับจังหวัด และสะท้อนผลการติดตามเพื่อการพัฒนา
- ๓.๒ ส่งเสริมให้มีผู้เชื่อมประสาน ด้านความปลอดภัยในระดับต่างๆ เพื่อที่จะกระตุ้น จัดการความรู้ และเชื่อมโยงการทำงานของเครือข่ายต่างๆ ให้มาเสริมพลัง และขยายผลการดำเนินงาน รวมทั้งยกระดับการขับเคลื่อนไปสู่แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด
- ๓.๓ สนับสนุนคณะทำงานวิชาการ ที่ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา กำกับดูแลทางด้านวิชาการแก่จังหวัดที่เข้าร่วม รวมทั้งการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุเพื่อขยายผลตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จสู่พื้นที่อื่น รวมทั้งประมวลผลชุดความรู้ที่สำคัญ ข้อเสนอเผยแพร่ผ่านช่องทางสื่อต่างๆ และเพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อน/ผลักดันนโยบายระดับชาติ
- ๓.๔ ผลักดันให้เกิดต้นแบบความปลอดภัยทางถนนในระดับพื้นที่โดยสานพลังเชื่อมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน ท้องถิ่น เพื่อสร้าง “มาตรการทางสังคม” และ “มาตรการองค์กร” ด้านความปลอดภัยทางถนนในองค์กรต่างๆ ทั่วประเทศ
- ๓.๕ สนับสนุนการป้องกันและลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนนโดยชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยผลักดันให้ท้องถิ่นเห็นความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยทางถนนและสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง พร้อมกับมีมาตรการของชุมชนในเรื่องความปลอดภัยทางถนน
- ๓.๖ เชื่อมประสานแผนสุขภาวะชุมชน และแผนสุขภาวะองค์กร ในการขยายแกนนำเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่และขยายองค์กร ร่วมพัฒนากลไกและมาตรการเฉพาะที่เหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่และองค์กร ตลอดจนการส่งเสริมการสร้างจิตสำนึกด้านความปลอดภัยทางถนน การสร้างมาตรการองค์กรในเรื่องความปลอดภัยทางถนน โดยเน้นส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย และการปฏิบัติตามวินัยจราจรให้กับทุกกลุ่มประชากรในพื้นที่และองค์กร

๔. กลุ่มแผนงานการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร

- ๔.๑ สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่เป็นต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับเรื่องของความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย และการสร้างงานวิจัยตามความจำเป็นของสถานการณ์
- ๔.๒ พัฒนาระบบข้อมูลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงหลักของผู้ใช้รถใช้ถนนระดับจังหวัดที่มีความต่อเนื่องและครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศอย่างเป็นระบบ รวมถึงการจัดทำรายงาน

สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยเป็นประจำทุกปี ตลอดจนการยกระดับการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนให้ครอบคลุมถึงปัจจัยสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมากยิ่งขึ้น

- ๔.๓ ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากข้อมูลและองค์ความรู้ในการวางแผนพัฒนายุทธศาสตร์และดำเนินมาตรการแก้ไขปัญหาคอขวดอุบัติเหตุจราจรทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม รวมถึงพัฒนากระบวนการนำเสนอข้อมูลความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะให้มีประสิทธิภาพ เช่น ข้อเสนอเชิงนโยบาย จัดทำเอกสารประกอบการประชุมวิชาการ พัฒนาเว็บไซต์ และการจัดเวทีร่วมกับสื่อมวลชน
- ๔.๔ สนับสนุนและผลักดันให้เกิดกลไกการจัดการติดตามกำกับ ประเมินผล ที่มีประสิทธิภาพ โดย พัฒนาระบบข้อมูลติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการลดทอศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน โดยเฉพาะในประเด็นหลักที่กำหนดไว้ พร้อมกับสนับสนุนให้มีกลไกติดตามภาควิชาการและภาคประชาชน ในการเกาะติดและสะท้อนปัญหา กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เครือข่าย “Road Safety Watch” เครือข่ายเฝ้าระวังรถโดยสารสาธารณะปลอดภัย เป็นต้น
- ๔.๕ สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้ เพื่อการสื่อสารสาธารณะ โดยมุ่งเน้นการสร้างและรวบรวมองค์ความรู้และข้อมูลจากที่ต่างๆ จัดทำเป็นฐานข้อมูลด้านอุบัติเหตุ กำหนดประเด็น แปลงเป็นข่าวสาร และสื่อสารไปในช่องทางที่เหมาะสม ให้สอดคล้องกับการใช้ประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมาย/ผู้รับสาร ทั้งระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติ และภาคประชาสังคม
- ๔.๖ ประสานเครือข่ายวิชาการ พัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนในการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อขับเคลื่อนการแก้ปัญหาในประเด็นสำคัญ
- ๔.๗ สนับสนุนให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนงานวิชาการในระดับพื้นที่ ที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของพื้นที่ เพื่อให้การแก้ไขปัญหานั้นอยู่บนฐานวิชาการ ผสานด้วยการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยมุ่งเน้นจุดจัดการในระดับอำเภอ ท้องถิ่น และกลไกในระดับหน่วยงานองค์กร (มาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน)
- ๔.๘ จัดประชุมวิชาการอุบัติเหตุแห่งชาติเป็นประจำทุกสองปี โดยสร้างความร่วมมือ และความเป็นเจ้าของร่วมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

๕. กลุ่มแผนงานการจัดการภัยพิบัติ

- ๕.๑ สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ในเรื่องกระบวนการจัดการภัยพิบัติในรูปแบบต่างๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นในประเทศไทย
- ๕.๒ สนับสนุนการสร้างพื้นที่นำร่องในการรับมือภัยพิบัติอย่างเป็นรูปธรรมโดยมีชุมชนและเครือข่ายเป็นแกนหลัก และเกิดบทเรียนภาคปฏิบัติระดับชุมชนสำหรับการประยุกต์ใช้ในการรับมือภัยพิบัติครั้งต่อไป และสามารถนำไปเผยแพร่ให้ชุมชนอื่นปฏิบัติต่อไปได้



- ๕.๓ สนับสนุนการสร้างเครือข่ายองค์กรสาธารณประโยชน์ นักวิชาการ และอาสาสมัครที่มีความตระหนักในเรื่องภัยพิบัติและมีจิตอาสา ให้มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างกระบวนการจัดการภัยพิบัติของประเทศให้มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการรับมือกับภัยพิบัติ การช่วยเหลือฟื้นฟูพื้นที่ประสบภัย และการเชื่อมโยงการทำงานกับภาครัฐ
- ๕.๔ สร้างความตระหนักรู้เรื่องการเฝ้าระวังภัยพิบัติ การช่วยเหลือตนเองและบุคคลใกล้ชิด เบื้องต้นอย่างมีสติในการรับมือสถานการณ์ภัยพิบัติรูปแบบต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในประเทศไทย

ภาคีหลัก

ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร กระทรวงคมนาคม กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธิเมาไม่ขับ ชมรมคนห่วงหัว มูลนิธิเพื่อความปลอดภัยทางถนน คณะทำงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจากระดับจังหวัด มูลนิธิไทยโรดส์ สถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย สันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย สถาบันพัฒนาองค์กรเอกชน สมาคมหมออนามัย ศูนย์เสมาส่งเสริมศีลธรรม เครือข่ายสามล้อเอื้ออาทร บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ บริษัทประกันภัย ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลขอนแก่น สมาคมปลอดภัยไว้ก่อน สภาวิศวกร สมาคมวิทยาการจราจรและขนส่งแห่งประเทศไทย สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยแห่งประเทศไทย มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิชุมชนไท มูลนิธิกระจกเงา สื่อมวลชน ภาคธุรกิจเอกชนต่างๆ ฯลฯ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานการพัฒนา นโยบายและสร้างเป้าหมายร่วม	๔๕
๒. กลุ่มแผนงานการพัฒนาเครือข่ายภาคีภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์	๘๐
๓. กลุ่มแผนงานการพัฒนาโครงสร้างและการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่	๘๐
๔. กลุ่มแผนงานการพัฒนา ระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร	๕
๕. กลุ่มแผนงานการจัดการภัยพิบัติ	๕๐
รวม	๒๖๐



แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

สถานการณ์และแนวโน้ม

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในแผนนี้ ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ นอกเหนือไปจากปัจจัยเสี่ยงหลักที่ สสส. กำหนดไว้ในแผนเฉพาะแล้ว ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุทางถนนและอุบัติเหตุ การขาดการออกกำลังกาย และปัจจัยเสี่ยงด้านอาหาร นอกจากนี้ การเลือกประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเพื่อดำเนินการในแผน จะเน้นประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนส่วนใหญ่ และมีแนวทางที่สามารถขับเคลื่อนได้ตามวัตถุประสงค์และยุทธศาสตร์ของ สสส. ซึ่งในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา มีการดำเนินงานใน ๔ แผนงาน คือ ๑) แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศรวมแผนกลุ่มงานป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ๒) แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ๓) แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาวะ และ ๔) แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา ซึ่งจากการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา พบว่า ทั้ง ๔ แผนงาน มีการขับเคลื่อนในทิศทางที่สอดคล้องต่อการบรรลุเป้าหมายในระยะ ๑๐ ปีของ สสส. ที่กำหนดไว้ โดยควรปรับกระบวนการทำงานบางประการ เพื่อให้การขับเคลื่อนมีโอกาสบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ รายละเอียดในแผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐

ในช่วงที่ผ่านมา สถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับทั้ง ๔ แผนงานดังกล่าว มีสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้

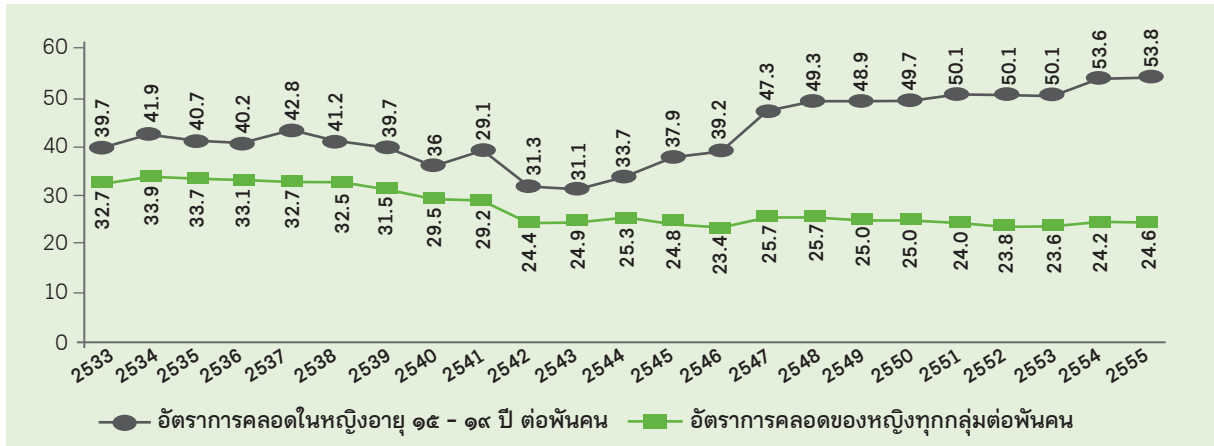
๑. สถานการณ์การตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

๑.๑ อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกำลังเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในวัยรุ่นอายุน้อย

ประเทศไทยมีผู้หญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ที่คลอดบุตรสูงถึง ๑๒๙,๔๕๑ ราย ในปี ๒๕๕๕ หรือคิดเป็นอัตรา ๕๓.๘ รายต่อประชากรวัยรุ่นหญิง ๑,๐๐๐ คน มีเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีมากถึง ๑๐ รายต่อวัน ที่กลายเป็นเด็กหญิงแม่ (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ๒๕๕๖) ด้วยเหตุที่วัยรุ่นเป็นวัยที่ยังไม่พร้อมสำหรับการตั้งครรภ์และการเป็นแม่ การเปลี่ยนบทบาทจากวัยรุ่นมาเป็น “แม่วัยรุ่น” ทำให้ตัววัยรุ่นเอง และครอบครัว ต้องสูญเสีย “โอกาส” การพัฒนาศักยภาพในการพึ่งตนเอง ส่งผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ต่อวิถีชีวิต คุณภาพชีวิต และสุขภาพ และเนื่องจากอัตราการเป็น “แม่วัยรุ่น” เพิ่มขึ้นอย่างมาก จึงส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจในระยะยาวด้วย



อัตราการคลอดในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี และในหญิงทุกกลุ่มอายุ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๓ - ๒๕๕๕



ภาพที่ ๑ แสดงอัตราการคลอดในวัยรุ่นหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี และอัตราการคลอดของหญิงทั้งหมด เทียบต่อประชากรหญิงวัยเดียวกัน ๑,๐๐๐ คน (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย)

๑.๒ วัยรุ่นไทยมีแนวโน้มเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าในปี ๒๕๕๑ กลุ่มเยาวชนอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี มีอัตราป่วย ๖๒.๗๔ รายต่อประชากรแสนคน และเพิ่มขึ้นเป็น ๙๐.๐๖ รายต่อประชากรแสนคนในปี ๒๕๕๔ ซึ่งอยู่ในระดับสูงกว่าอัตราป่วยเฉลี่ยถึง ๒ เท่า (๔๕.๑๐) สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน นอกจากนี้ แม้ว่าภาพรวมของผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งประเทศมีแนวโน้มลดลง แต่พบว่ากลุ่มวัยรุ่นอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นจาก ๘๒๑ รายในปี ๒๕๕๓ เป็น ๙๐๒ รายในปี ๒๕๕๔ (รายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาสสอง ปี ๒๕๕๖ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

๑.๓ หลายสาเหตุส่งผลให้ปัญหาการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น จากข้อมูลต่างๆ ที่มี อาจประเมินสาเหตุสำคัญของปัญหาได้ดังนี้

- ๑) การขาดการศึกษา รวมถึงขาดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา โดยเฉพาะในวัยรุ่นหญิง (“แม่วัยใส” UNFPA ๒๕๕๖ หน้า ๒๓)
- ๒) ช่องว่างความสัมพันธ์ในครอบครัว และการเลี้ยงดูของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง โดยพบว่าสถานที่ส่วนใหญ่ ที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมากที่สุด (ร้อยละ ๕๙ - ๖๙ ในวัยรุ่นชาย และร้อยละ ๕๐ - ๖๘ ในวัยรุ่นหญิง) คือที่บ้านตนเองหรือบ้านเพื่อน สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ๒๕๕๕)
- ๓) การขาดความรู้ ความเข้าใจ หรือมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเรื่องวิธีการคุมกำเนิดที่ได้ผล โดยมีวัยรุ่นเพียงร้อยละ ๕๐ ที่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก
- ๔) การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ อันเนื่องมาจากชนิดและการให้บริการคุมกำเนิดที่มีอยู่ ยังมีข้อจำกัด และไม่สอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่น หรือการจัดบริการแบบตั้งรับในหน่วยบริการซึ่งไม่สะดวกต่อการเข้าถึงของวัยรุ่น

- ๕) การเข้าไม่ถึงบริการประจำเดือนหรือการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย สำหรับผู้ประสบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งเป็นผลจากทัศนคติและความเชื่อในสังคมไทย

๒. สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาเอดส์ในประเทศไทย

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร ที่ปรึกษาในการขับเคลื่อนงานควบคุมปัจจัยเสี่ยงเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ของ สสส. ได้วิเคราะห์ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ร่วมกับข้อมูลจากแหล่งอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้สรุปสถานการณ์ของการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทยได้ดังนี้

๒.๑ ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ปีละ ๖,๐๐๐ ถึง ๘,๐๐๐ ราย ซึ่งควรจะควบคุมให้ลดลงได้ ทั้งนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่า การดำเนินงานแก้ไขปัญหามาเอดส์ในปัจจุบัน มุ่งเน้นไปที่การรักษาผู้ติดเชื้อ โดยมีรายงานว่างบประมาณด้านเอดส์กว่าร้อยละ ๗๕ เป็นค่ารักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ส่วนงบประมาณป้องกันมีน้อย ต้องอาศัยเงินสนับสนุนจากต่างประเทศ

๒.๒ กว่าร้อยละ ๖๐ ของผู้ติดเชื้อรายใหม่อยู่ในกลุ่มประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับและแพร่เชื้อเอชไอวี ได้แก่ ชายรักร่วมเพศ หญิงบริการทางเพศและลูกค้า และผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด หากสามารถป้องกันการแพร่เชื้อในกลุ่มเหล่านี้ได้ จะมีโอกาสลดการติดเชื้อลงจนเป็นศูนย์ได้

๒.๓ ความชุกของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น นักเรียน นักศึกษา เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้มีความจำเป็นต้องวางมาตรการป้องกันด้วยเช่นกัน

๒.๔ การป้องกันการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก และจากการรับบริจาคเลือด เป็นมาตรการพื้นฐานในการให้บริการฝากครรภ์และบริการโลหิต ที่สามารถป้องกันการแพร่เชื้อผ่านช่องทางดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. สถานการณ์ด้านสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิตได้ให้นิยามสุขภาพจิตว่าหมายถึง “สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อาสาสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป” โดยแบ่งองค์ประกอบของสุขภาพจิต เป็น ๔ องค์ประกอบ ได้แก่

๑) สภาพจิตใจ หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะของสุขภาพตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิต

๒) สมรรถภาพของจิตใจ หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

๓) คุณภาพของจิตใจ หมายถึง คุณลักษณะที่ดีงามของจิตใจในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเอง และสังคม

๔) ปัจจัยสนับสนุน หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้มีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน รายได้ ศาสนา ความเชื่อ สิ่งแวดล้อม ความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

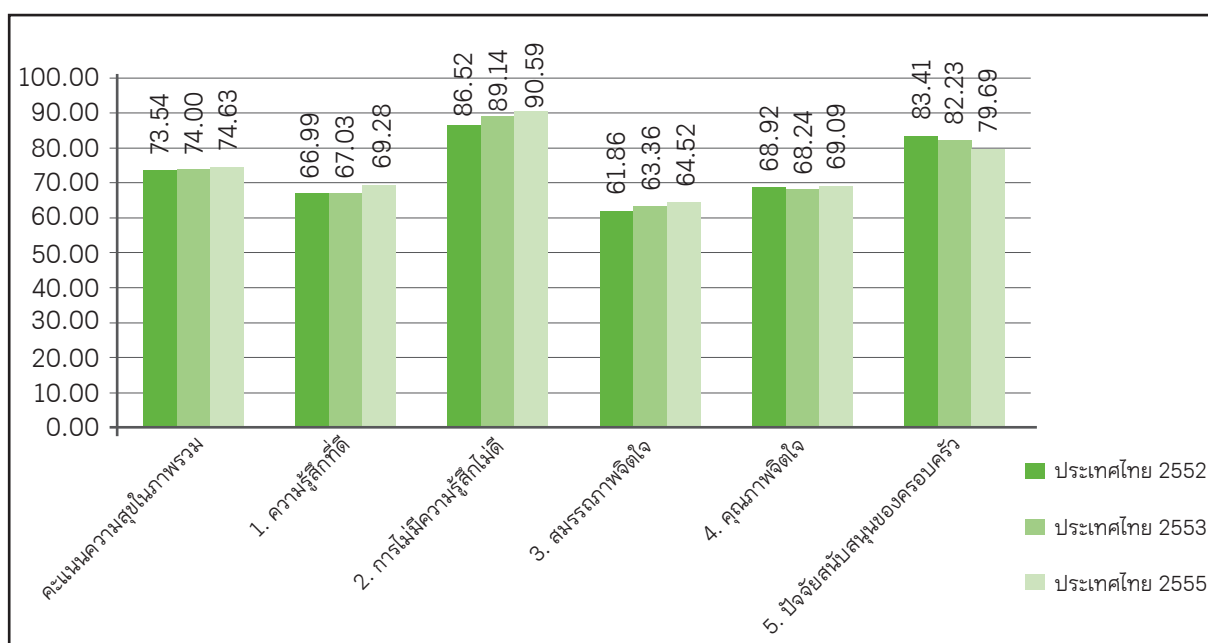


นิยามสุขภาพจิตข้างต้น นำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตคนไทย^{๒๔} โดยฉบับเต็มมีคำถาม ๕๕ ข้อ และฉบับย่อมี ๑๕ ข้อ เรียกแบบประเมินฉบับย่อนี้ว่า แบบประเมินความสุขคนไทย เนื่องจากเมื่อกล่าวถึงสุขภาพจิตในทางบวกจะสื่อถึงความสุข ซึ่งครอบคลุม ๔ องค์ประกอบ ดังกล่าว

“ในภาพรวมคนไทยมีความสุขเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่สัมพันธภาพในครอบครัวลดลงอย่างต่อเนื่อง”

การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (SES) ในปี ๒๕๕๒ ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๕ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยผนวกแบบประเมินความสุขคนไทยเข้าในการสำรวจ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยทีมวิชาการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า คนไทยมีความสุขเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ร้อยละคะแนนความสุข ๗๓.๕๔ ๗๔.๐๐ และ ๗๔.๖๓ ตามลำดับ ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลดังกล่าว มีกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชาชนในแต่ละจังหวัด

ภาพที่ ๒ ร้อยละของคะแนนความสุขในภาพรวมและ ๕ องค์ประกอบปี ๒๕๕๒ ๒๕๕๓ ๒๕๕๕



โครงการรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย ซึ่ง สสส. โดยแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ได้ประสานและสนับสนุน ให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างสำนักงานสถิติแห่งชาติและทีมนักวิชาการจากสถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ผลผลิตเป็น “ข้อมูลความสุขรายจังหวัด” และ “ปัจจัยความสุขคนไทย (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และเอกอนงค์ สิตลาภินันท์. ๒๕๕๔. คู่มือสร้างสุขระดับจังหวัด.)” นั้น ในส่วนของปัจจัยกำหนดความสุขของคนไทย พบว่ามีความสอดคล้องกับรายงานวิจัยเรื่องความสุขจากต่างประเทศ แต่มีปัจจัยที่สะท้อนบริบทของสังคมไทยเป็นการเฉพาะที่ควรมีการติดตามเพื่อทำนายแนวโน้มและดำเนินการเพื่อสร้างความสุขให้กับสังคมไทย ได้แก่

^{๒๔} อภิชัย มงคล และคณะ. ๒๕๔๗. การพัฒนาและทดสอบดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

๑) ปัจจัยด้านประชากร ประกอบด้วย

อายุ วัยทำงานมีความสุขมากกว่าเยาวชนและผู้สูงอายุ

เพศ ชายมีความสุขมากกว่าหญิง

สถานภาพสมรส ผู้มีคู่สมรสมีความสุขมากกว่าโสด โสดมีความสุขกว่าหม้าย/ หย่า/ แยก

การศึกษา ผู้มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีความสุขมากกว่า

๒) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วย

การประกอบอาชีพ ลูกจ้างของรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจมีความสุขมากกว่าเกษตรกร เกษตรกรมีความสุขมากกว่าผู้ประกอบการธุรกิจส่วนตัว และผู้ประกอบการอาชีพเป็นลูกจ้างเอกชน รวมทั้งประชากรที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

รายได้และหนี้สิน ผู้มีรายได้สูงขึ้นยิ่งมีความสุขมากขึ้น

ผู้ที่ไม่มีหนี้สินมีความสุขมากที่สุด ผู้มีหนี้สินนอกระบบมีความสุขน้อยที่สุด

ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะยากจนมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่ไม่จนเกือบ ๒ เท่า

ผู้มีฐานะยากจนสามารถสร้างความสุขให้เกิดขึ้นได้ด้วยการทำใจยอมรับ มีความพอเพียง ไม่เปรียบเทียบกับคนที่มีฐานะดีกว่า และมีครอบครัวที่อบอุ่นเป็นปัจจัยสนับสนุน

๓) ปัจจัยด้านสังคม

ครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน มีเวลาให้แกกันอย่างพอเพียง เช่น รับประทานอาหารมือใดมือหนึ่งพร้อมหน้ากัน ดูโทรทัศน์ร่วมกัน เทียวพักผ่อนนอกบ้านพร้อมหน้าพร้อมตากัน

การช่วยเหลือเกื้อกูลเพื่อนบ้าน สร้างสัมพันธ์ที่ดีและเพิ่มความสุข

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในที่มีทุนทางสังคมสูง ได้แก่ การไว้วางใจในเพื่อนบ้าน และในละแวกบ้าน มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินสูงมีความสุขมากกว่า

ผู้ที่ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณธรรม การรักษาศีลห้าครบเป็นประจำ ความรู้สึกว่าตนเองเคร่งศาสนา การให้โอกาสผู้อื่นก่อนตนเอง ความรู้สึกเป็นสุขเมื่อช่วยเหลือผู้อื่น การบริจาค ยิ่งมีมากยิ่งมีความสุขมากขึ้น

๔) ปัจจัยด้านสุขภาพ

ผู้ออกกำลังกาย ไม่ว่าประเภทใด มีความสุขมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย

ผู้มีโรคเรื้อรังประจำตัว อยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีความสุขน้อย

“โรคซึมเศร้าเป็นภาระโรคที่สำคัญ โดยเฉพาะในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น”

องค์การอนามัยโลกประเมินว่า ใน ค.ศ. ๒๐๓๐ โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่หนึ่งของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรโลก ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของเด็กและเยาวชนวัย ๑๐ - ๒๔ ปี ทั่วโลกที่สูงถึง ๒.๖ ล้านคนต่อปี พบว่า ๑ ใน ๓ มีสาเหตุจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งพบความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า



(WHO, ๒๐๐๔) ในส่วนประเทศไทย ข้อมูลการศึกษาภาระโรคใน พ.ศ. ๒๕๕๒ พบโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (DALYs) อันดับที่ ๓ ในเพศหญิง และอันดับที่ ๔ ในเพศชาย ซึ่งเป็นอันดับที่สูงขึ้นจากผลสำรวจปี ๒๕๔๔ ที่โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ อันดับที่ ๔ ในเพศหญิง และอันดับที่ ๑๐ ในเพศชาย

การสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิตระดับประเทศของกรมสุขภาพจิต ในปี ๒๕๕๑ พบว่า ในกลุ่มอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปมีความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ ๒.๒ หรือราว ๑.๓ ล้านคน ซึ่งโรคซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม โดยก่อให้เกิดอารมณ์เศร้า ความคิดด้านลบ คิดฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น มักแสดงอาการหงุดหงิดมากกว่าอาการซึมเศร้าและแสดงอาการที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น เกราะ ก้าวร้าว ใช้สารเสพติด พฤติกรรมทางเพศ เพื่อจัดการอารมณ์ด้านลบของตนเอง (Rutter, ๒๐๐๔) ทั้งนี้ หากจัดบริการรักษาที่เหมาะสม จะช่วยให้คนกลุ่มนี้สามารถกลับไปเรียนหรือทำงานได้เต็มความสามารถ และลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ได้

๔. สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

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

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

๔.๑ สถานการณ์ปัญหามลพิษอุตสาหกรรม

การดำเนินนโยบายส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรมของรัฐบาลอย่างเต็มที่ เริ่มตั้งแต่ปี ๒๕๔๕ ที่มีการตั้งกระทรวงอุตสาหกรรมขึ้น และมุ่งหน้าพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศด้วยการกระตุ้นให้มีการลงทุนด้านอุตสาหกรรมอย่างต่อเนื่องหลายทศวรรษ มีการส่งเสริมให้มีการกระจายอุตสาหกรรมออกสู่ภูมิภาค โดยเริ่มบรรจุนโยบายนี้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๑๕ - ๒๕๑๙) แต่รัฐไม่มีมาตรการดูแลป้องกันผลกระทบที่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความไม่สมดุลต่อการพัฒนา การดูแลและการคุ้มครองด้านอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม แรงงาน สุขภาพ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ทรัพยากรธรรมชาติถูกทำลายไปจำนวนมาก นอกจากนี้ยังทำให้เกิดของเสียหรือขยะอันตรายเพิ่มมากขึ้นจนกลายเป็นภัยคุกคามสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในหลายพื้นที่ ขณะที่แม่น้ำ และแหล่งน้ำสาธารณะ

ทั่วประเทศ รวมถึงคุณภาพน้ำตามชายฝั่งมีคุณภาพเสื่อมโทรมลงไปมาก จนทำให้ระบบนิเวศและแหล่งอนุบาลสัตว์น้ำวัยอ่อนถูกทำลาย ความอุดมสมบูรณ์จากสัตว์น้ำทั้งในแม่น้ำและท้องทะเลสูญหายไป และไม่ลดภัยต่อการบริโภค^{๓๐}

ด้วยสถานการณ์ปัญหาจากมลพิษอุตสาหกรรมที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ในปี ๒๕๑๘ จึงมีการออกพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ โดยกำหนดให้มีระบบการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม (Environmental Impact Assessment : EIA) เพื่อเป็นเครื่องมือในการพิจารณาเห็นชอบของหน่วยงานภาครัฐต่อการอนุมัติโครงการพัฒนาที่อาจก่อผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและต่อเนื่องถึงสุขภาพของประชาชน แต่ที่ผ่านมา การจัดทำรายงาน EIA มีปัญหาในหลายด้านจนส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในสังคมตามมามากมาย มีรายงาน EIA ที่ผ่านความเห็นชอบจากภาครัฐที่ไม่ได้รับความเชื่อถือและยอมรับจากภาคประชาชน และแม้จะมีการเพิ่มเติมการวิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพ (EHIA) เข้ามาในปี ๒๕๕๒ โดยอ้างอิงมาตรา ๖๗ วรรค ๒ ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ แต่ยังพบปัญหาเชิงระบบในการจัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมและการวิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพที่มีการต่อต้านจากภาคประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

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

เมื่อวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๗ อธิบดีกรมควบคุมมลพิษได้เผยแพร่รายงานสถานการณ์มลพิษประเทศไทยประจำปี ๒๕๕๖ ซึ่งพบว่า ใน พ.ศ. ๒๕๕๖ ประเทศไทยมีโรงงานอุตสาหกรรม ๑๓๙, ๔๗๕ โรงงาน ในจำนวนนี้มีโรงงานอุตสาหกรรมที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายประมาณร้อยละ ๒๓ ที่เป็นสาเหตุทำให้แหล่งน้ำต่างๆ ในประเทศไทยมีคุณภาพเสื่อมโทรมลง^{๓๑}

การพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมของประเทศ ทำให้กากของเสียทั้งที่อันตรายและไม่อันตรายมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นทุกปี ขณะที่ความสามารถในการกำจัดของประเทศไทย ทั้งโดยภาครัฐและเอกชนมีขีดความสามารถไม่เพียงพอ กรมโรงงานอุตสาหกรรมมีการตรวจสอบข้อมูลปริมาณกากของเสียอันตรายในช่วงระหว่างเดือนมีนาคม ๒๕๕๕ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๕๖ พบว่ามีปริมาณของเสียจากภาคอุตสาหกรรมเกิดขึ้นและมีการแจ้งขออนุญาตนำของเสียออกจากโรงงานอุตสาหกรรมจำนวน ๔๕.๒๕ ล้านตัน ในจำนวนนี้เป็นกากของเสียอันตราย ๒.๗๕ ล้านตัน แต่มีการบำบัดและกำจัดถูกต้องตามกฎหมายเพียง ๙ แสนตัน ในช่วงปีเดียวจึงมีกากของเสียอันตรายมากถึง ๑.๘๕ ล้านตันสูญหายไปจากระบบการกำจัดที่ถูกต้อง ขณะเดียวกันกากของเสียอุตสาหกรรมส่วนที่เหลืออีก ๔๑.๕๐ ล้านตัน แต่มีการบำบัดที่ถูกต้องเพียง ๑๒ ล้านตัน ส่วนที่สูญหายไปจากระบบการกำจัดที่ถูกต้องถึง ๒๙.๕ ล้านตัน^{๓๒}

^{๓๐} สถานการณ์มลพิษประเทศไทย ปี ๒๕๕๖, กรมควบคุมมลพิษ. มีนาคม ๒๕๕๗

^{๓๑} สถานการณ์มลพิษประเทศไทย ปี ๒๕๕๖, กรมควบคุมมลพิษ. มีนาคม ๒๕๕๗

^{๓๒} “ผะขยจะมีพิษล่องหน ๓๐ ล.ตัน” จากหนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ ปีที่ ๓๓ ฉบับที่ ๒, ๘๓๕ วันที่ ๑๔ - ๑๗ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๖



๔.๒ สถานการณ์ปัญหาสิ่งแวดล้อมในเขตเมือง

จากรายงานของ UN HABITAT พบว่าในปี ๒๕๕๕ มีประชากรทั่วโลกที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองในอัตราส่วนสูงกว่าในเขตชนบทเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ พร้อมกับคาดการณ์ว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว^{๓๓} องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี ๒๕๗๓ ประชากรร้อยละ ๖๐ จะอาศัยในเขตเมือง และในปี ๒๕๙๓ ประชากรเขตเมืองจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๗๐ โดยเฉพาะในเขตเอเชีย แอฟริกา และลาตินอเมริกา โดยพื้นที่เขตเมืองที่เติบโตโดยขาดการจัดการที่ดี จะพบปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดกับกลุ่มคนยากจนมากที่สุด คือ ปัญหาด้านกายภาพของที่พักอาศัย ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรม ปัญหาด้านสังคมและปัญหาสุขภาพจิต^{๓๔}

ในปี ๒๕๕๖ UN HABITAT ได้จัดทำรายงานเรื่อง State of the World's Cities Report ๒๐๑๒/๒๐๑๓ โดยมีข้อเสนอสำคัญในการพัฒนาพื้นที่เขตเมือง ๕ ประการ เพื่อช่วยให้เมืองต่างๆ ซึ่งจะมีประชาชนเข้าไปอยู่อาศัยมากขึ้นเรื่อยๆ สามารถรองรับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

A prosperous city is one that provides^{๓๕}

Productivity	Contributes to economic growth and development, generates income, provides decent jobs and equal opportunities for all by implementing effective economic policies and reforms
Infrastructure development	Provides adequate infrastructure - water, sanitation, roads, information and communication technology in order to improve urban living and enhance productivity, mobility and connectivity
Quality of life	Enhances the use of public spaces in order to increase community cohesion, civic identity, and guarantees the safety and security of lives and property
Equity and social inclusion	Ensures the equitable distribution and redistribution of the benefits of a prosperous city, reduces poverty and the incidence of slums, protects the rights of minority and vulnerable groups, enhances gender equality, and ensures civic participation in the social, political and cultural spheres
Environmental Sustainability	Values the protection of the urban environment and natural assets while ensuring growth, and seeking ways to use energy more efficiently, minimize pressure on surrounding land and natural resources, minimize environmental losses by generating creative solutions to enhance the quality of the environment

^{๓๓} <http://www.dailynews.co.th/Content/Article/สังคมสีเขียวยังอยู่ในความฝัน> (เข้าเว็บเมื่อ ๔ เม.ย. ๒๕๕๗)

^{๓๔} <http://whothailand.healthrepository.org/handle/๑๒๓๔๕๖๗๘๔/๑๑๒๔> (เข้าเว็บเมื่อ ๔ เมษายน ๒๕๕๗)

^{๓๕} State of the World's Cities Report ๒๐๑๒/๒๐๑๓: Prosperity of Cities. (UN habitat)

ข้อเสนอดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การจะพัฒนาให้พื้นที่เขตเมือง มีความน่าอยู่ เป็นสถานที่ ที่เอื้อประโยชน์ต่อทุกชีวิต จำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันของหลายฝ่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคเศรษฐกิจ ภาคสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และที่สำคัญคือความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาคประชาสังคมและภาคประชาชน โดยในประเด็นที่ ๕ ด้านสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในเขตเมือง (environmental sustainability) เมื่อพิจารณาในบริบทของประเทศไทยและในบทบาทที่ สสส. น่าจะดำเนินการได้ อาจจัดลำดับประเด็นที่มีความสำคัญดังนี้ ได้ ๒ เรื่อง คือ พื้นที่สีเขียว และการจัดการขยะ ในการทบทวนสถานการณ์ครั้งนี้ จึงเสนอในรอบ ๒ ประเด็นนี้

๔.๒.๑ พื้นที่สีเขียว

ประชากรในประเทศไทยมีแนวโน้มกระจุกตัวอยู่ในเขตเทศบาลมากขึ้นเช่นกัน โดยในปี ๒๕๕๔ มีสัดส่วนประชากรในเขตเทศบาลร้อยละ ๓๓.๔ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๐ ที่มีสัดส่วนเพียงร้อยละ ๓๐ โดยกรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรต่อพื้นที่ หนาแน่นมากที่สุดถึง ๓,๖๑๗ คน/ตารางกิโลเมตร ในขณะที่ค่าเฉลี่ยความหนาแน่น ทั่วราชอาณาจักรเท่ากับ ๑๒๕ คน/ตารางกิโลเมตร

แม้พื้นที่สีเขียวในกรุงเทพมหานครจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็น ๒๕.๕ ล้านตารางเมตรในปี ๒๕๕๔ ส่งผลให้สัดส่วนพื้นที่สวนสาธารณะต่อจำนวนประชากรเพิ่มขึ้นจาก ๒.๒๔ ตารางเมตร/คน เป็น ๔.๕๐ ตารางเมตร/คน แต่ยังถือว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับเมืองใหญ่ๆ ในเอเชียด้วยกัน เช่น กรุงโซลมี ๒๓ ตารางเมตร/คน เมืองฮานอยกำลังพัฒนาพื้นที่สีเขียวให้ได้ ๑๑ ตารางเมตร/คน ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO) เสนอเกณฑ์ด้านพื้นที่สีเขียวว่า อย่างน้อยไม่ควรต่ำกว่า ๙ ตารางเมตร/คน

สารคลอโรฟิลล์ในใบไม้สีเขียวจะทำหน้าที่ตรึง “คาร์บอนไดออกไซด์” จากอากาศมาใช้ในกระบวนการสังเคราะห์แสงของพืชเพื่อสร้างอาหารและการเจริญเติบโต ต้นไม้จึงเป็นแหล่งดูดซับคาร์บอนราคาถูกที่ทรงประสิทธิภาพตามธรรมชาติ ประเมินการว่าต้นไม้ใหญ่หนึ่งต้นสามารถดูดซับคาร์บอนได้มากถึง ๘ กิโลกรัมต่อปี หากเมืองใดมีพื้นที่สีเขียวที่มีต้นไม้ใหญ่เป็นองค์ประกอบหลักมาก การดูดซับคาร์บอนจากบรรยากาศก็จะมากตาม

ดร.นิรมล กุลศรีสมบัติ หัวหน้าศูนย์ออกแบบและพัฒนาเมือง หรือ UDDC (Urban Design & Development Center) ซึ่งเป็นศูนย์ที่ปรึกษาด้านการออกแบบและการวางผังการพัฒนาพื้นที่เมือง สนับสนุนโดยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ สสส. ให้ข้อมูลและความเห็นต่อการพัฒนาพื้นที่สีเขียวในเขตเมือง ไว้ว่า “การเวนคืนที่ดินผืนใหญ่เพื่อมาทำสวนสาธารณะเป็นเรื่องยาก นักพัฒนาเมืองจึงเสนอว่ากรุงเทพ มีทางออกของการสร้างพื้นที่สีเขียว หากให้นิยามว่าพื้นที่สีเขียว ไม่ได้หมายถึงเฉพาะสวนสาธารณะ... สังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย ดังนั้นการสร้างพื้นที่สีเขียวต้องวางแผนถึงคนกลุ่มนี้ด้วย... นักออกแบบเมืองเสนอว่าทุกครีมี ๑ กิโลเมตรควรมีพื้นที่สีเขียว ดังนั้นการสร้างพื้นที่สีเขียวในมหานครกรุงเทพ จึงต้องหยิบจับพื้นที่ที่รกร้างทั้งหลายมาสังคายนา

หัวหน้าศูนย์ออกแบบและพัฒนาเมือง ให้ข้อมูลว่าจากการสำรวจพื้นที่ของศูนย์ออกแบบพบว่า กรุงเทพ มีพื้นที่ปราศจากการใช้ประโยชน์มากถึง ๑ ใน ๓ ของพื้นที่ทั้งหมด ๑,๕๖๙ ตารางกิโลเมตร โดยเฉพาะพื้นที่ใต้ทางด่วนมีมากถึง ๑,๕๐๐ ไร่ สาเหตุที่กลายเป็นที่ว่างเปล่า คือการติดขัดกฎหมายของรัฐเองที่กำหนดว่าเมื่อเวนคืนที่ดินไปแล้ว จะนำไปพัฒนาในเชิงพาณิชย์ไม่ได้... กลุ่มคนที่โชคร้ายคือชุมชนที่อาศัยอยู่บริเวณนั้น เพราะพื้นที่กลายเป็นที่ทิ้งขยะที่มั่วสุม... เสื่อมโทรม... ถ้ากรุงเทพ ทำสำเร็จเมืองอื่นในประเทศไทยก็จะทำตาม”



๔.๒.๒ การจัดการขยะ

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

นอกจากนั้น ในของเสียจากชุมชนหรือขยะเทศบาลเหล่านี้ พบว่า มีขยะอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งจัดเป็นของเสียอันตราย (เพราะประกอบด้วยโลหะหนักหลายชนิด) เพิ่มมากขึ้น กรมควบคุมมลพิษประเมินว่าประเทศไทยผลิตขยะอิเล็กทรอนิกส์สูงถึง ๓๖๘,๓๐๐ ตันต่อปี หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๖๕ ของของเสียอันตรายที่มาจากชุมชน อีกร้อยละ ๓๕ เป็นประเภทหลอดไฟ แบตเตอรี่ ภาชนะบรรจุสารเคมี โดยจะถูกทิ้งปะปนไปกับขยะทั่วไป สาเหตุสำคัญมาจากการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีที่รวดเร็วซื้อเครื่องใหม่ ทิ้งเครื่องเก่า การขาดระบบเก็บรวบรวมและเรียกคืนซากผลิตภัณฑ์ใช้แล้ว เพื่อนำไปกำจัดให้ถูกต้องและปลอดภัย

๕. สถานการณ์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ ในมาตรา ๖๑ ได้ระบุสิทธิของผู้บริโภคให้ได้รับการคุ้มครองในการได้รับข้อมูลที่เป็นความจริง มีสิทธิร้องเรียนเพื่อให้ได้รับการแก้ไขเยียวยาความเสียหาย รวมทั้งมีสิทธิรวมตัวกันเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้บริโภค โดยให้มีองค์การเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นอิสระ นอกจากนี้ ในส่วนของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคได้มีการตราพระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย (Product Liability Law) พ.ศ. ๒๕๕๑ และพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งการบังคับใช้พระราชบัญญัติทั้ง ๒ ฉบับนี้ถือเป็นพัฒนาการที่สำคัญในการปกป้องสิทธิของผู้บริโภค การหนุนเสริมกระบวนการพัฒนาขององค์กรผู้บริโภค และการพัฒนากระบวนการยุติธรรมในการคุ้มครองผู้บริโภค

แม้ว่าระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทยจะมีการพัฒนาในหลายเรื่องที่สำคัญ แต่การพัฒนาของโลกในยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้การค้า การบริการ และการสื่อสารเป็นไปอย่างรวดเร็ว ส่งเสริมให้ผู้บริโภคเข้าสู่วัฒนธรรมบริโภคนิยมมากขึ้นเรื่อยๆ ขณะที่การได้รับข้อมูลข่าวสารในสินค้าและบริการมักจะไม่ครบถ้วน ส่งผลให้มีการตัดสินใจบริโภคสินค้าและบริการ ที่อาจก่อให้เกิดปัญหาด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่า ความรุนแรงของการโฆษณาที่หลอกลวงเกินจริง รวมถึงกระแสการตลาดที่มุ่งกำไรมากกว่าความรับผิดชอบต่อสังคม เป็นปัจจัยผลักดันให้เกิดปัญหาต่อผู้บริโภคเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้น การส่งเสริมประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในด้านดีทำให้เศรษฐกิจขยายตัว แต่อาจสร้างปัญหาใหม่จากผู้ประกอบการที่ไม่รับผิดชอบทำการค้าสินค้าข้ามแดน ก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้บริโภคจากสินค้าและบริการจากประเทศเพื่อนบ้าน

สถานการณ์และแนวโน้มสำคัญด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและสุขภาพของคนไทย ในระยะ ๓ - ๗ ปี ข้างหน้า สามารถสรุปโดยสังเขปได้ ดังนี้

๕.๑ สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในระดับสากล

๕.๑.๑ ในอาเซียนยังไม่มี การจัดระบบการคุ้มครองผู้บริโภคระหว่างประเทศที่ชัดเจน

- (๑) กลไกคุ้มครองผู้บริโภคภาครัฐของในอาเซียนดูแลโดยคณะกรรมการอาเซียนด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (ACCP : ASEAN Committee on Consumer Protection) โดยมีสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) ของประเทศไทยเป็นหน่วยงานหลักที่ดูแลงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และเป็นตัวแทนในการเข้าร่วมประชุม มีพันธกิจ ๓ ด้าน คือ (ก) การแจ้งเตือนและแลกเปลี่ยนข้อมูลสินค้าที่ไม่ปลอดภัย (ข) กลไกการเยียวยาความเสียหายของผู้บริโภคข้ามแดน และ (ค) การฝึกอบรมและการศึกษาด้านการคุ้มครองผู้บริโภค
- (๒) สำหรับในส่วนภาคองค์กรเอกชน มีการสร้างเครือข่ายกันในรูปแบบสภาผู้บริโภคอาเซียน (SEA-CC- Southeast Asian Consumer Council) โดยการสนับสนุนของสหพันธ์ผู้บริโภคสากล (Consumers International) มียุทธศาสตร์ของสภาผู้บริโภคอาเซียน ดังนี้ (ก) เป็นตัวแทนและรักษาผลประโยชน์ของผู้บริโภคในอาเซียน (ข) สนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้ผู้บริโภคในอาเซียน (ค) เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้บริโภคและมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภค (ง) ประสานงานกับองค์กรผู้บริโภคในอาเซียน และองค์กรระหว่างประเทศในการรักษาผลประโยชน์ของผู้บริโภค
- (๓) การเจรจาข้อตกลงทางการเสรีระหว่างประเทศ (FTA) โดยการเจรจาที่สำคัญในช่วงปัจจุบัน เช่น ASEAN-EU FTA (ร่างกรอบความตกลงการค้าเสรีอาเซียน-สหภาพยุโรป) ซึ่งจะมีผลต่อการเข้าถึงยา คือ สหภาพยุโรปมุ่งขยายเวลาการผูกขาดสิทธิบัตร ซึ่งมากเกินไปกว่าความตกลงพหุภาคีภายใต้กติกาขององค์การการค้าโลก (Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights : TRIPs Agreement)

ลักษณะของปัญหาคือ ทุกรัฐบาลในประเทศไทย ต่างมีนโยบายเดินหน้าการเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศ ทั้งแบบทวิภาคี อนุภูมิภาค และภูมิภาคมากขึ้นทั้งสิ้น ความตกลงเหล่านี้จะเปิดทางให้สินค้าที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเข้ามาในประเทศไทยมากขึ้น จำกัดอำนาจรัฐในการควบคุมและคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงมุ่งคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา (ของธุรกิจในประเทศพัฒนาแล้ว) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเข้าถึงยาหรือสินค้าจำเป็นต่อสุขภาพ

๕.๑.๒ ในสหภาพยุโรป มี Institute for Health and Consumer Protection (IHCP) ซึ่งเป็นองค์กรของผู้บริโภคที่ดูแลข้อมูลวิชาการและวิทยาศาสตร์เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้านความปลอดภัยที่ชัดเจน ทั้งเรื่องอาหาร นาโนเทคโนโลยี จีเอ็มโอ ฯลฯ



๕.๒ สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในไทย

๕.๒.๑ ปัญหาความปลอดภัยของผู้บริโภค ยังเป็นปัญหารุนแรงที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ อันเป็นผลจากขาดกลไกคุ้มครองผู้บริโภคภาครัฐ (ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย) ที่มีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น

- (๑) ผู้ประสบอันตรายจากอุบัติเหตุโดยสาร ที่มีผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตมากเกินไปกว่าที่ควร เนื่องจากมีการประกอบ/ติดตั้งอุปกรณ์ที่ไม่ได้มาตรฐาน
- (๒) การใช้น้ำมันพืชทอดอาหารซ้ำ ก่อโรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูง และมีการนำน้ำมันใช้แล้วมาพอกสียาใหม่
- (๓) การกระจายของยาอันตรายอย่างกว้างขวาง เช่น การจำหน่ายยาปฏิชีวนะในร้านชำอย่างแพร่หลาย ที่จะส่งผลให้เกิดภาวะเชื้อดื้อยา พบยาลดความอยากอาหารที่มีผลข้างเคียงสูงในกาแฟลดความอ้วน พบสเตียรอยด์ในยาแผนโบราณ อาหารเสริม และเครื่องดื่ม หลายชนิด

๕.๒.๒ ปัญหาความทุกข์จากการใช้สิทธิของผู้บริโภค อันเนื่องจากกลไกคุ้มครองผู้บริโภคภาครัฐไม่มีความเข้มแข็งได้แก่ ร้องเรียนแล้วหน่วยงานไม่สามารถแก้ปัญหาได้จริง ร้องเรียนแล้วมีความล่าช้าในการแก้ไขปัญหา ร้องเรียนแล้วถูกผู้ประกอบการฟ้องดำเนินคดีกลับ

๕.๒.๓ ผู้บริโภคขาดข้อมูลที่จำเป็น หลงเชื่อการโฆษณาผิดกฎหมาย เช่น

- (๑) ผู้บริโภคไม่ได้รับข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ เช่นการไม่เปิดเผยข้อมูล ข้อเท็จจริงในการทดสอบสินค้าต่อผู้บริโภค ดังกรณีหลายหน่วยงานที่เคยตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหาร และให้ข่าวการตรวจพบการปนเปื้อนสารอันตราย แต่ไม่มีการให้ข้อมูลว่าสินค้ายี่ห้อใดที่มีปัญหา
- (๒) การโฆษณาผิดกฎหมายเกินจริง เป็นเท็จ ผ่านวิทยุชุมชน ทิวดาวเทียม ตลอดจนฟรีทีวี ที่มีอย่างกว้างขวาง เข้มข้นและรุนแรง (ผลจากช่องว่างของกฎหมายในการกำกับดูแล และบทลงโทษที่เบาบางเมื่อเทียบกับผลกำไร)

๕.๒.๔ ความไม่เป็นอิสระและซ้ำซ้อน ของหน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภค เช่น กรณีมีมติคณะรัฐมนตรีให้ยกเลิกการใช้แร่ใยหินในผลิตภัณฑ์ต่างๆ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ แล้วตามข้อเสนอจากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แต่กระทรวงอุตสาหกรรมซึ่งรับมอบจากคณะรัฐมนตรีให้ไปทำแผนยกเลิกการใช้ กลับไปเริ่มทำงานวิจัยพิสูจน์อันตรายใหม่

จุดเน้นของแผน

การขับเคลื่อนแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในปัจจุบัน ประกอบด้วย ๔ แผนงาน ซึ่งทั้ง ๔ แผนงานยังมีการกิจที่ต้องขับเคลื่อนต่อเนื่องในระยะ ๓ ปีข้างหน้า โดยมีจุดเน้นของแต่ละแผนงาน ที่สังเคราะห์จากการประเมินผลที่ผ่านมาพร้อมกับแนวนโยบาย ๕ ข้อในการจัดทำแผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ดังนี้

๑. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ

เน้นการทำงานใน ๒ ส่วนหลักๆ ที่เชื่อมโยงกัน คือการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อตอบเป้าหมาย ๑๐ ปี ดังนี้

๑.๑ การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

- (๑) การสนับสนุนจังหวัดนำร่องพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนหลักที่เกี่ยวข้อง ตามภารกิจ ๔ ด้าน โดยมีจังหวัดที่คาดว่าจะได้รับการสนับสนุนการทำงานต่อเนื่อง ๓ ปี จำนวน ๒๑ จังหวัด ซึ่งจะมีกระบวนการสนับสนุน ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
- (๒) พัฒนากลไก และเครือข่ายสนับสนุนการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาสำหรับเด็กและเยาวชน ทั้งในระดับจังหวัดและในส่วนกลาง ร่วมกับการผลักดันให้ อบท. สนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน
- (๓) การสื่อสารรณรงค์ ด้วยข้อมูลและรูปแบบที่เข้าถึงและเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างค่านิยมในการชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก หรือใช้มาตรการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ

๑.๒ การป้องกันและลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

เน้นการทำงานร่วมกับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง โดยเลือกพื้นที่ระดับจังหวัดนำร่อง ผลักดันให้มีการดำเนินมาตรการรณรงค์อย่างอนามัย ๑๐๐% อย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ร่วมไปกับการใช้มาตรการหลายๆ อย่างไปพร้อมกัน คล้ายกับมาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่มีการจัดทำภารกิจ ๔ ด้าน เสนอให้จังหวัดจัดทำโครงการนำร่องอยู่ในขณะนี้

๒. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

๒.๑ พัฒนาตัวชี้วัดและระบบสำรวจข้อมูลความสุขคนไทยให้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น เพื่อช่วยให้ผลสำรวจที่ได้ สามารถบอกถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสุขคนไทยได้ชัดเจนมากขึ้นซึ่งจะช่วยให้ทราบว่าจะต้องดำเนินการในเรื่องใดบ้าง จึงจะเพิ่มสัดส่วนคนไทยที่มีความสุขได้

๒.๒ พัฒนาแนวทางและเป้าหมายที่ชัดเจน ในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตในภาพใหญ่ของประเทศ โดยการวิเคราะห์หน่วยงานเจ้าภาพ ภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ และบทบาทการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์และวางแผนการขับเคลื่อนในระยะต่อไป

๒.๓ นำองค์ความรู้ เครื่องมือ และทุนต่างๆ ที่แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิตมีอยู่เดิม ไปบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนงานและแผนอื่นๆ ใน สสส. เพื่อสนับสนุนการเพิ่มมิติด้านสุขภาพจิตให้กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

๓. แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

ขับเคลื่อนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพใน ๒ ประเด็นหลักคือ มลพิษอุตสาหกรรม และสิ่งแวดล้อมในเขตเมือง โดยมีจุดเน้นการดำเนินงาน ดังนี้

๓.๑ เชื่อมร้อย และสานพลังภาคีภาควิชาการ เครือข่ายภาคประชาสังคม และตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้และวางแนวทางขับเคลื่อนในการปฏิรูประบบการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (Environment Impact Assessment : EIA) และการพัฒนาเครื่องมือประเมินสิ่งแวดล้อมเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Environment Assessment : SEA) สำหรับใช้กำหนดทิศทางการพัฒนาระยะยาวของพื้นที่ระดับภาค

๓.๒ ผลักดันนโยบาย กฎหมาย หรือแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายเดิม ที่จะส่งผลดีต่อการป้องกันและแก้ปัญหา เช่น การแก้ไขพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ พระราชบัญญัติผังเมือง

๓.๓ สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพ คนทำงานรุ่นใหม่ด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากกำลังคนด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ มีจำนวนน้อยและขาดแคลนคนรุ่นใหม่

๔. แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

๔.๑ ผลักดัน ร่างพระราชบัญญัติองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค ที่ค้างพิจารณาในรัฐสภา (ก่อนการยุบสภาเมื่อ ๙ ธันวาคม ๒๕๕๖) เพื่อให้มีองค์การอิสระคุ้มครองผู้บริโภค ที่จะสามารถเสนอความเห็นเพื่อการแก้ไขกฎหมายหรือมาตรการคุ้มครองผู้บริโภค ที่ยังเป็นช่องว่าง

๔.๒ พัฒนาศักยภาพองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน พัฒนาศักยภาพท้องถิ่นในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และพัฒนาแกนนำคนรุ่นใหม่ในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภค

๔.๓ พัฒนาเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วนของประเด็น (Issue Prioritization) เพื่อใช้จัดลำดับสินค้าอันตราย รวมทั้งการจัดการปัญหาสินค้าอันตรายตั้งแต่ต้นทางตามแนวทางสากล

๔.๔ หาแนวทางพัฒนากลไกการทำงานแบบ คคส. และ กพย. ให้เป็นสถาบันวิชาการ ที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังและจัดการความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและระบบยา เพื่อเสริมสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภคในภาครัฐและภาคประชาชน ให้มีความเข้มแข็ง

วัตถุประสงค์

- ๑) ประสานและเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันระหว่าง ภาคีหลัก (boundary partner) และภาคียุทธศาสตร์ (strategic partner) รวมถึงหน่วยงานที่เป็นเจ้าของเรื่อง เพื่อตั้งเป้าหมายการทำงานร่วมกันในแต่ละประเด็นปัจจัยเสี่ยง และร่วมกันกำหนดจุดคานงัด ในการดำเนินงานที่จะสามารถเปลี่ยนหรือพลิกสถานการณ์ของปัญหา และนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยเสริมสร้างสุขภาพ ที่ยั่งยืนได้
- ๒) กระตุ้นและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับหน่วยงานที่เป็นเจ้าของเรื่อง พร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันกับภาคีอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างนวัตกรรมในรูปแบบต่างๆ ที่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๓) พัฒนาและสร้างความเข้มแข็ง ให้กับกลไกการติดตามและประเมินภายใน รวมถึงสนับสนุนการถอดบทเรียนการทำงานของภาคีให้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์และขยายผลของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. มีข้อเสนอนโยบายระดับประเทศเพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (ภายใต้ ๔ แผนงาน) ที่ได้รับการตอบรับจากหน่วยงานหรือองค์กรที่มีอำนาจออกนโยบายหรือกฎหมายนั้น ๑ เรื่อง^{๓๓}
๒. เริ่มมีการดำเนินงานใน ๒ จังหวัด ที่พัฒนามาตรการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างเข้มแข็ง เพื่อมุ่งลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการและลูกค้าผู้ใช้บริการ
๓. มีจังหวัดที่เริ่มดำเนินงานตามภารกิจ ๔ ด้าน^{๓๔} อย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่น ในพื้นที่ปฏิบัติการ^{๓๕} ๑๕ จังหวัด
๔. มีตัวชี้วัดความสุขคนไทย ซึ่งได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (เพื่อนำไปสู่การพัฒนายุทธศาสตร์ร่วมและแผนดำเนินงาน ระหว่างแผนต่างๆ ใน สสส. และกับภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง)
๕. มีร่างยุทธศาสตร์ระดับชาติ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตของคนไทย
๖. มีอปท. ต้นแบบ ที่ได้ถอดบทเรียนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (ภายใต้ ๔ แผนงาน) และเป็นแหล่งเรียนรู้ที่สามารถขยายผลไปยัง อปท. ในพื้นที่อื่นๆ ได้ อย่างน้อย ๒ แห่ง

^{๓๓} ได้แก่ การปรับปรุงกฎหมายเดิม เช่น ๑) แก้อำนาจพระราชบัญญัติสิ่งแวดล้อม ๒) แก้อำนาจพระราชบัญญัติยา ๓) ปรับปรุง มาตรการการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม (EIA) และการผลักดันกฎหมายใหม่ เช่น ๔) ร่างพระราชบัญญัติการรายงานการปล่อยมลพิษและการเคลื่อนย้ายสารมลพิษสู่สิ่งแวดล้อม ๕) ร่างประกาศกระทรวงอุตสาหกรรมแบบบังคับเพื่อควบคุมปริมาณสารตะกั่วและโลหะหนักในสินค้าอาหาร ๖) ร่างพระราชบัญญัติการอนามัยเจริญพันธุ์ ๗) ร่างพระราชบัญญัติองค์กรอิสระด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เป็นต้น

^{๓๔} ภารกิจ ๔ ด้านประกอบด้วย ๑) การประสานแผนงาน และกลไกการทำงานร่วมกัน ๒) การพัฒนากฎระเบียบในการสื่อสารกับบุคลากร ๓) การเรียนรู้เพศศึกษาของวัยรุ่น ๔) การดูแลกลุ่มเปราะบาง ๕) การสื่อสาร ๖) บริการสุขภาพที่เป็นมิตร ๗) บริการด้านสังคมและสวัสดิการที่จำเป็นและเชื่อมโยงกับบริการด้านสุขภาพและการศึกษา ๘) บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์ให้กับวัยรุ่น ๙) ระบบกำกับ ติดตามและพัฒนาการทำงาน

^{๓๕} ในพื้นที่ปฏิบัติการ หมายถึง ในพื้นที่ต้นแบบระดับ อปท. ที่เข้าร่วมโครงการในจังหวัดนั้นๆ

๗. มี อปท. ที่มีข้อบัญญัติท้องถิ่น หรือมีการจัดทำแผนและจัดสรรงบประมาณ เพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (ภายใต้ ๔ แผนงาน) อย่างน้อย ๕ แห่ง

๘. มีความรู้ที่ได้นำไปใช้ในการพัฒนาและผลักดันนโยบายหรือเพื่อสื่อสารสร้างความตระหนักให้สังคมในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (ภายใต้ ๔ แผนงาน) จำนวน ๔ เรื่อง^{๓๔}

ตัวชี้วัดร่วม

๙. ร่วมกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ พัฒนาและผลักดัน ร่างพระราชบัญญัติการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. (ฉบับประชาชน) เพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (โดยการควบคุมโฆษณาและการแจกนมผง) ที่ได้รับบรรจุเข้าสู่การพิจารณาในสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

๑๐. ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษา เพื่อนำไปสู่การบูรณาการเข้าในหลักสูตรและระบบการเรียนการสอนในระดับประถม และมัธยมศึกษา โดยได้ร่างหลักสูตรเพื่อเตรียมไปทดลองใช้

๑๑. ร่วมกับแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา พัฒนาแผนสื่อสารรณรงค์เรื่องสุขภาวะทางเพศในระยะ ๓ ปี โดยเน้นประเด็นป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ที่เชื่อมโยงถึงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี) และเริ่มดำเนินงานตามแผน

แนวทางการดำเนินงาน

๑. แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ (รวมการป้องกันและแก้ไขปัญหาคำตั้งครรภ์ในวัยรุ่น)

(๑) สนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ใน ๒๑ จังหวัด ที่ได้รับการสนับสนุนโครงการบูรณาการการทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาคำตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อพัฒนาและเสริมความเข้มแข็งของกลไกขับเคลื่อนระดับจังหวัดที่จะหนุนเสริมการประสานและเชื่อมโยงการทำงานในระดับอำเภอและตำบล รวมถึงสนับสนุนการจัดการความรู้ระหว่างกัน เพื่อช่วยให้เกิดการยกระดับการทำงานอย่างยั่งยืน

(๒) สนับสนุนการพัฒนากลไกขับเคลื่อนเพื่อสร้างการเรียนรู้เพศวิถีศึกษาใน ๓๔ จังหวัด (ที่อยู่นอกพื้นที่ที่กองทุนโลกเคยสนับสนุนให้มีการจัดการเรียนการสอนเพศศึกษา) เพื่อให้เกิดกลไกขับเคลื่อนเรื่องนี้ในระยะยาว ที่จะช่วยให้วัยรุ่นในสถานศึกษาในจังหวัดดังกล่าว ได้เรียนรู้เรื่องเพศศึกษา เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

(๓) จัดให้มีการประชุมทีมประสานงานกลาง (core team) เป็นประจำทุกเดือน ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานและภาคส่วนหลักที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาคำตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการทำงานหนุนเสริมกันและกัน รวมถึงการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกระดับชาติที่มีบทบาทหน้าที่ในเรื่องนี้ให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

^{๓๔} ตัวอย่างความรู้จากการถอดบทเรียนเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาคำตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดเพื่อใช้ในการขยายผล การประมวลความรู้เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ระดับประเทศในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ความรู้เพื่อสนับสนุนการประยุกต์ใช้เครื่องมือ Strategic Environmental Assessment (SEA) เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาพื้นที่ขนาดใหญ่ที่อาจส่งผลกระทบต่อประชาชนและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

(๔) เลือกพื้นที่ระดับจังหวัดนำร่อง ผลักดันให้มีการดำเนินมาตรการรณรงค์อย่างสม่ำเสมออย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการเปลี่ยนค่านิยมร่วมไปกับการใช้มาตรการหลายๆ อย่างไปพร้อมกัน เพื่อนำไปสู่การขยายผล

(๕) ร่วมกับแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ในการทำงานสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างบรรยากาศที่เอื้อให้คนทุกกลุ่มในสังคม ได้เปิดโอกาสให้ตนเองและคนรอบข้าง เรียนรู้เรื่องการมีพฤติกรรมทางเพศที่เป็นสุขและปลอดภัย และนำไปสู่การปรับฐานคิดเรื่องเพศเชิงบวกในระยะยาว

๒. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

(๑) สนับสนุนแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิตที่กำลังดำเนินงานอยู่แล้ว ในการพัฒนาตัวชี้วัดและระบบสำรวจข้อมูลความสุขคนไทยให้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น โดยการทำงานร่วมกับโครงการพัฒนาดัชนีความก้าวหน้าการพัฒนาประเทศ (National Progress Index : NPI) ภายใต้แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ของ สสส. และภาคีหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยให้ผลสำรวจที่ได้ สามารถบอกถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสุขคนไทยได้ชัดเจนมากขึ้น

(๒) ทำงานร่วมกับนักวิชาการและผู้บริหารของกรมสุขภาพจิต รวมถึงนักวิชาการและตัวแทนจากหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการสังเคราะห์องค์ความรู้ เพื่อพัฒนาแนวทางและเป้าหมายผลลัพธ์ที่ชัดเจน ในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตในภาพใหญ่ของประเทศ เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ และวางแผนการขับเคลื่อนในระยะต่อไป

(๓) นำองค์ความรู้ เครื่องมือ และทุนต่างๆ ที่แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิตมีอยู่เดิม ไปบูรณาการ เพื่อสนับสนุนการเพิ่มมิติด้านสุขภาพจิตให้กับการทำงานสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ โดยเริ่มจากการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานนอกระบบ และการทำงานร่วมกับภาคีแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ เพื่อพัฒนาคู่มือและกระบวนการพัฒนาทักษะผู้ปกครองในการสื่อสารกับบุตรหลาน

๓. แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาวะ

(๑) สนับสนุนภาคีภาควิชาการ เครือข่ายภาคประชาสังคม และตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้และวางแนวทางขับเคลื่อนการปฏิรูประบบประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (Environment Impact Assessment : EIA)

(๒) ทำงานร่วมกับสถาบันวิชาการด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางพัฒนาเครื่องมือประเมินสิ่งแวดล้อมเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Environment Assessment : SEA) สำหรับใช้กำหนดทิศทางการพัฒนาระยะยาวของพื้นที่ระดับภาค

(๓) สนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการผลักดันกฎหมายหรือมาตรการสำคัญเร่งด่วนด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ ร่างพระราชบัญญัติการรายงานข้อมูลการปล่อยมลพิษและการเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ การแก้ไขพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕

(๔) ทำงานร่วมกับภาคีในการออกแบบการพัฒนาศักยภาพคนทำงานรุ่นใหม่ด้านสิ่งแวดล้อม



๔. แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

(๑) ผลักดัน ร่างพระราชบัญญัติองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค และขับเคลื่อนการทำงาน ขององค์การอิสระคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน เพื่อเตรียมความพร้อมของภาคประชาชนและภาคส่วน ต่างๆ หากมีการตั้งองค์การอิสระขึ้นจริงตามกฎหมายดังกล่าว

(๒) พัฒนาศักยภาพองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน พัฒนาศักยภาพท้องถิ่นในการทำงาน คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และพัฒนาแกนนำคนรุ่นใหม่ในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภค

(๓) พัฒนาเครือข่ายนักวิชาการในการรวบรวม สร้างและจัดการความรู้ เพื่อกำหนดเกณฑ์การ จัดลำดับความสำคัญเร่งด่วนของประเด็น สำหรับจัดลำดับสินค้าอันตราย รวมทั้งการจัดการปัญหาสินค้า อันตรายตั้งแต่ต้นทางตามแนวทางสากล

(๔) จัดให้มีการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อใช้ในกระบวนการหารือ การพัฒนากลไกการทำงานตาม แบบแผนของแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และแผนงานการเฝ้าระวังระบบยาให้เป็นสถาบัน วิชาการ ที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังและจัดการความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและระบบยา โดยทำงานเชื่อมโยง กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะมีส่วนช่วยเสริมสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภคในภาครัฐและภาคประชาชน ให้มีความเข้มแข็ง

ภาคีหลัก

กลุ่มภาคีที่ร่วมกับ สสส. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนงานต่างๆ ได้แก่ กรมสุขภาพจิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิสร้างความ เข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) มูลนิธิแพธทูเฮลท์ มูลนิธิสถาบันธรรมรัฐเพื่อการพัฒนาสังคมและ สิ่งแวดล้อม มูลนิธิบูรณะนิเวศน์ สมาคมสถาบันอาชีวศึกษาเอกชน ภาคีแผนอื่นๆ ของ สสส. ที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มภาคีหน่วยงานรัฐ ที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรง ในการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับประเด็นปัจจัยเสี่ยง ต่างๆ ในแผน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (โดยเฉพาะกรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อย.) กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงอุตสาหกรรม สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อม

กลุ่มภาคียุทธศาสตร์ ที่มีบทบาทด้านการเสนอนโยบาย ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ (สช.) สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สป.) สภาผู้แทนราษฎร วุฒิสภา (และสภา นิติบัญญัติแห่งชาติ)

กลุ่มภาคีด้านสื่อสารมวลชน เพื่อสนับสนุนการรณรงค์สื่อ สร้างความเข้าใจในประเด็นขับเคลื่อน ทางนโยบายต่างๆ

กลุ่มภาคีที่เข้าร่วมหรือสนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ในส่วนภูมิภาค ได้แก่ หน่วยงาน ด้านสุขภาพ หน่วยงานด้านการศึกษา สถาบันระดับอุดมศึกษา ภาคประชาสังคม และ อปท. ทุกระดับ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ	๗๐
๒. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต	๔๐
๓. กลุ่มแผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาวะ	๒๐
๔. กลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา	๗๐
๕. กลุ่มแผนงานการพัฒนาโครงการ การจัดการความรู้และการสื่อสารสังคม	๑๕
รวม	๒๑๕

๕

แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ^{๔๐}

สถานการณ์และแนวโน้ม

ในปี ๒๕๕๒ สมัชชาอนามัยโลกได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ^{๔๑} ซึ่งปรากฏชัดเจนผ่านสถานะทางสุขภาพที่แตกต่างกันระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ ในแต่ละประเทศ และมีมติให้ประเทศสมาชิกจัดช่องว่างความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ^{๔๒} ดังกล่าวด้วยปฏิบัติการผ่านปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (social determinants of health) ภายในเวลาหนึ่งชั่วอายุคน มติดังกล่าวสอดคล้องกับสังคมไทยที่ตระหนักถึงปัญหาและให้ความสำคัญมากขึ้นกับการลดความเหลื่อมล้ำทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม กฎหมาย การเข้าถึงทรัพยากร ซึ่งส่งผลต่อสิทธิและโอกาสของประชากรบางกลุ่มที่จะมีสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดี

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

^{๔๐} ประชากรกลุ่มเฉพาะ คือ “ประชากรกลุ่มที่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพชีวิต ถูกเลือกปฏิบัติ ไม่ได้รับโอกาสที่เท่าเทียมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดหลักประกันพื้นฐานทางสังคมที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ หรือหมายถึงกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางต่อการสูญเสียสุขภาพ”

^{๔๑} ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ คือ ความแตกต่างในการเข้าถึงสิทธิและโอกาสที่จะเข้าถึงทรัพยากรและการสนับสนุนทางสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพเพื่อดำรงชีพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น บริการสุขภาพทั้งด้านการป้องกัน ส่งเสริม การลดความเสี่ยง และการเยียวยา สมาชิกในสังคมควรเข้าถึงสิทธิและโอกาสนี้โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร เช่น เพศ อายุ สัญชาติ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ศาสนา ชนชั้น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ สังคมที่เป็นธรรมจะให้ความสำคัญกับการดูแลสมาชิกที่มีสถานะทางสุขภาพด้อยกว่าและมีความเสี่ยงสูงกว่าเพื่อลดช่องว่าง

^{๔๒} ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ คือ ความแตกต่างระหว่างคนกลุ่มต่างๆ ด้านสถานะสุขภาพ เช่น อายุคาดเฉลี่ย อัตราการเจ็บป่วย ภาระโรค ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพอาจมีได้เกิดจากความไม่เป็นธรรมทางสังคมและความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพเสมอไป อาจมีปัจจัยอื่นๆ เกี่ยวข้อง เช่น เพศ อายุ พันธุกรรม ซึ่งมีผลให้คนกลุ่มต่างๆ มีสถานะสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม แนวคิดเรื่อง SDH ชี้ว่าความไม่เป็นธรรมทางสังคมเป็นสาเหตุหลักของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในประเทศต่างๆ



ตามกรอบคิดเรื่องปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงสุขภาวะของประชากร ได้แก่

สุขภาพ ประชากรที่มีสภาพร่างกายไม่สมบูรณ์ มีการเจ็บป่วยลักษณะจำเพาะบางอย่าง มีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าประชากรทั่วไป และมักประสบความยากลำบากในการเข้าถึงปัจจัยต่างๆ ที่สำคัญต่อการมีสุขภาวะ ได้แก่ คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว เช่น ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เป็นต้น

เพศ เพศสภาพและเพศวิถี ประกอบกับเจตคติของคนในสังคมอาจเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงโอกาสต่างๆ ที่มีความสำคัญต่อสุขภาวะ ประชากรกลุ่มนี้ได้แก่ ผู้หญิง ผู้ชาย กลุ่มหลากหลายทางเพศ

ศาสนา ความเชื่อ เชื้อชาติ สัญชาติ เจตคติของสังคมที่เป็นอุปสรรคต่อการที่ประชากรที่มีศาสนา ความเชื่อ เชื้อชาติ สัญชาติแตกต่างจากคนส่วนใหญ่ การที่สังคมไม่เปิดโอกาสให้เข้าถึงบริการบางอย่าง การมีสุขภาวะ หรืออุปสรรคอาจเกิดจากลักษณะจำเพาะบางประการของประชากรกลุ่มดังกล่าว ตัวอย่าง เช่น มุสลิมไทย กลุ่มชาติพันธุ์ แรงงานข้ามชาติ ผู้มีปัญหาด้านบุคลิก

การศึกษา การทำงาน และรายได้ ประชากรที่ขาดสิทธิหรือโอกาสด้านการศึกษา มักพบข้อจำกัดในการทำงาน มีปัญหาด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน และมีความขัดสนผิเคื่องด้านรายได้ ทำให้ความเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียสุขภาวะอันเนื่องมาจากการขาดแคลนปัจจัยสี่ซึ่งเป็นพื้นฐานการดำรงชีวิต ตัวอย่าง เช่น แรงงานนอกระบบ กลุ่มชายขอบ คนเร่ร่อน กลุ่มชาติพันธุ์ แรงงานข้ามชาติ ผู้มีปัญหาด้านบุคลิก

การรวมกลุ่ม การขาดการรวมกลุ่มทำให้ขาดพลังในการแสดงตัวตน ขาดอำนาจต่อรองในการผลักดันนโยบาย

การขาดการสนับสนุนทางนโยบาย การสนับสนุนทางนโยบายของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดนโยบายและการดำเนินงานตามนโยบายมีความสำคัญยิ่งต่อการเข้าถึงสิทธิและโอกาสของประชากรทุกกลุ่ม โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเฉพาะซึ่งจำเป็นต้องได้รับความสนใจและการคุ้มครองเป็นพิเศษ

สถานการณ์ปัญหา

สรุปสถานการณ์ปัญหาประชากรกลุ่มเฉพาะที่แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะดำเนินการในปัจจุบันได้ดังนี้

คนพิการ

จำนวนคนพิการจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ^๓ ในปี ๒๕๕๕ คือ ๑,๔๗๔,๐๙๖ คน (ร้อยละ ๒.๒ ของประชากรทั้งหมด) ซึ่งใกล้เคียงกับจำนวนคนพิการที่จดทะเบียนเพื่อรับสิทธิตามกฎหมายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๖ คือ ๑,๓๗๙,๑๐๓ คน และฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการของสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ณ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๗ ซึ่งระบุว่ามีคนพิการที่มีชีวิตอยู่ ๑,๕๐๙,๑๑๓ คน ในจำนวนนี้ร้อยละ ๔๖.๔ เป็นคนพิการประเภทการเคลื่อนไหวและร่างกาย รองลงมาเป็นคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเห็น ทางสติปัญญา ทางจิต/พฤติกรรม ทางการเรียนรู้และทางออทิสติก ร้อยละ ๖.๑ ๑๑.๑ ๘.๐ ๖.๗ และ ๐.๓ ตามลำดับ

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

ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติแสดงว่าผู้หญิงมีอัตราการสูงกว่าผู้ชายเล็กน้อย เมื่อผู้สูงอายุมีความลำบากและมีปัญหาสุขภาพตามวัยที่สูงขึ้นก็ถูกนับรวมเป็นคนพิการด้วย อัตราการจึงเพิ่มสูงขึ้นตามอายุจากร้อยละ ๑.๘ ในกลุ่มอายุ ๔๕ - ๕๔ ปีเป็นร้อยละ ๕ ในกลุ่มอายุ ๖๐ - ๖๙ ปี และ ๑๖.๔ ในกลุ่มอายุ ๗๐ ปีขึ้นไป

ปัญหาการเข้าถึงการศึกษาเป็นต้นทางของข้อจำกัดอื่นๆ ในชีวิต คนพิการร้อยละ ๕๗.๖ มีการศึกษาดำเนินการต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ ๒๒.๔ ไม่ได้รับการศึกษา เพียงร้อยละ ๒๐ ของคนพิการสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือสูงกว่า ปัจจุบันแม้จะมีกรอบนโยบาย แต่ยังไม่สามารถจัดการศึกษาเพื่อคนพิการอย่างเป็นระบบและครบถ้วน ผลสืบเนื่องที่สำคัญคือ สามในสี่ (ร้อยละ ๗๔.๓) ของคนพิการไม่ได้ทำงาน สำหรับคนพิการที่มีงานทำ คือ หนึ่งในสี่ (ร้อยละ ๒๕.๗) ประมาณ ๓๖๙,๐๘๐ คน เป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือในภาคการเกษตร ป่าไม้ ประมง ร้อยละ ๑๕.๔ รองลงมาเป็นอาชีพงานพื้นฐานที่ใช้แรงงานเป็นหลัก ร้อยละ ๓.๓ เป็นพนักงานบริการ/พนักงานขายในร้านค้า/ตลาด ร้อยละ ๓.๒ และเป็นช่างฝีมือ/ ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องร้อยละ ๒.๕

ทั้งนี้รูปแบบการทำงานเป็นลักษณะการประกอบธุรกิจของตนเองมากที่สุด ร้อยละ ๔๗.๑ (ประมาณ ๑๗๔,๐๐๑ คน) รองลงมาเป็นลักษณะผู้ช่วยธุรกิจของครัวเรือน ร้อยละ ๒๙.๓ (ประมาณ ๑๐๘,๒๔๘ คน) เป็นลูกจ้างเอกชน ร้อยละ ๑๙.๑ (ประมาณ ๗๐,๕๗๖ คน) เป็นนายจ้าง ร้อยละ ๒.๖ (ประมาณ ๙,๗๒๔ คน) เป็นลูกจ้างรัฐบาลและรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ ๑.๗ (๖,๒๘๔ คน) และเป็นสมาชิกกลุ่มผู้ผลิต ร้อยละ ๐.๐๕ (๑๔๘ คน)

จากการประมวลผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ. ๒๕๕๕ และการสำรวจความพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดย HEM-Net, IHPP (๒๕๕๖)^{๔๔} พบว่า คนพิการในวัยกำลังแรงงานนี้มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่าคนที่ไม่พิการในวัยเดียวกันถึงเกือบ ๓ เท่า (๑,๗๑๔ บาท/คน/เดือน กับ ๔,๘๘๒ บาท/คน/เดือน) จากข้อมูลการจ้างงานคนพิการ และการส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่รวบรวมโดยสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พก.) ณ วันที่ ๓๑ มิถุนายน ๒๕๕๖ พบว่า มีจำนวนสถานประกอบการทั้งสิ้น ๑๒,๗๔๐ แห่ง มีการจ้างงานคนพิการตามมาตรา ๓๓ จำนวนทั้งสิ้น ๑๕,๘๕๖ คน ปฏิบัติตามมาตรา ๓๕ สำหรับคนพิการ ๕๗๗ คน ผู้ดูแลคนพิการ ๕๑๗ คน และมีการส่งเงินเข้ากองทุนฯ ตามมาตรา ๓๔ เป็นเงินทั้งสิ้น ๑,๒๖๔,๔๘๕,๗๗๓.๔๑ บาท

แม้หลายองค์กรดำเนินงานการพัฒนาคนพิการ ทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรภาคสังคม องค์กรเพื่อคนพิการที่สนับสนุนการพัฒนาการศึกษา อาชีพ รายได้ และการดำรงชีวิต การเคลื่อนงานเครือข่ายคนพิการ แต่มีจุดอ่อนที่ขาดแนวทางการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติการทั้งในระดับชาติ ภูมิภาค และท้องถิ่น ขาดการประสานงานและการเคลื่อนงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และขาดทัศนคติและแนวคิดการพัฒนาคนพิการเชิงบวก บุคลากรภาครัฐส่วนใหญ่และการขับเคลื่อนงานของหน่วยงานภาครัฐยังดำเนินงานตามแนวคิดเชิงสงเคราะห์มากกว่าเชิงรุก

^{๔๔} แผนงานติดตามสถานการณ์ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (HEM project) และสำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), (๒๕๕๖), รายงานสถานการณ์คนพิการในสังคมไทย: การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจความพิการและทุพพลภาพ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๕ และ พ.ศ. ๒๕๕๐, พิมพ์โดย บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด, นนทบุรี. สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ



ผู้สูงอายุ

ข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุ^{๕๕} ในปี ๒๕๕๔ ประชากร ๘.๓ ล้านคน หรือร้อยละ ๑๒.๒ เป็นผู้สูงอายุ ในจำนวนนี้กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ ๖๐ - ๖๙ ปี) คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๘ กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ ๗๐ - ๗๙ ปี) ร้อยละ ๓๒.๐ และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ ๘๐ ปีขึ้นไป) ร้อยละ ๑๐.๒

การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันและการเตรียมความพร้อมให้ประชากรสูงอายุในอนาคตเป็นวาระสำคัญยิ่งของประเทศไทยในปัจจุบัน เนื่องจากประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุตั้งแต่ปี ๒๕๔๙ - ๒๕๕๐ และคาดว่าในปี ๒๕๗๓ ประชากรสูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ ๒๕ หรือ ๑๗ ล้านคน^{๕๖} และที่สำคัญคือผู้สูงอายุวัยปลายหรือกลุ่มที่อายุ ๘๐ ปีขึ้นไปซึ่งต้องการการเกื้อหนุนหรือพึ่งพาผู้อื่นสูงสุดเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว ประเมินการว่าจะมีจำนวน ๑.๓๕ ล้านคน (ร้อยละ ๑๑.๐) ในปี ๒๕๖๓ และ ๒.๑๕ ล้านคน (ร้อยละ ๑๒.๑) ในปี ๒๕๗๓

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ได้แก่ เรื่องสุขภาพและรายได้ในด้านสุขภาพ^{๕๗} ร้อยละ ๑๕ ของประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทั้งความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หลอดเลือดในสมองตีบ อัมพาต/อัมพฤกษ์ และมะเร็ง ประมาณหนึ่งในสามของผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพได้รับการบริการในชุมชน เช่น ได้รับการตรวจเยี่ยมที่บ้าน แต่เพียงร้อยละ ๗ ได้รับกายอุปกรณ์เพื่อช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมประจำวัน และการปรับสภาพแวดล้อมในสถานที่สาธารณะเพื่อเอื้อต่อการดำเนินชีวิตในที่สาธารณะของผู้สูงอายุยังมีน้อยมาก

การสำรวจประชากรสูงอายุของ สสช.^{๕๘} ในปี ๒๕๕๔ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ ๓๘.๓ ยังคงทำงาน แต่เพียงร้อยละ ๑๘.๕ ที่ต้องการทำงาน แสดงว่าผู้สูงอายุจำนวนมากทำงานเพราะจำเป็นต้องหารายได้ อัตราความครอบคลุมของการมีหลักประกันรายได้ของคนไทย^{๕๙} วัย ๓๐ - ๕๙ ปีในปัจจุบันอยู่ที่เพียงร้อยละ ๒๖.๓ ส่วนใหญ่ของแรงงานนอกระบบกว่า ๒๔ ล้านคนไม่มีหลักประกันรายได้กรณีชราภาพ มีประมาณ ๑.๖ ล้านคนที่เข้าร่วมประกันสังคมตามมาตรา ๔๐ ประกันโดยสมัครใจ (ข้อมูล ณ เดือนมกราคม ๒๕๕๗) อย่างไรก็ดี แม้ผู้สูงอายุจะมีสิทธิประโยชน์ชราภาพ หรือเบี้ยยังชีพชราภาพ ก็อาจไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ผู้สูงอายุในอนาคตมีความเสี่ยงที่จะไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัว เช่น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในปัจจุบันอันเนื่องมาจากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสังคม

อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ใหม่ที่ที่น่าสนใจได้แก่การที่สังคมไทยเริ่มตระหนักถึง “พลังสูงวัย” และโอกาสที่ผู้สูงอายุจะทำงานต่อเนื่องหลังเกษียณอายุ และมีแนวคิดเรื่องการขยายเวลาการทำงานให้ยาวนาน อีกทั้งข้อมูลการสำรวจแสดงว่าความต้องการจ้างแรงงานผู้สูงอายุทั้งในอาชีพพื้นฐานและอาชีพที่ต้องใช้ทักษะฝีมือเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยในอัตราร้อยละ ๒.๕ ต่อปี การพัฒนามือแรงงานผู้สูงอายุโดยเฉพาะในช่วงอายุ ๖๐ - ๖๔ ปี จึงจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้สูงอายุและเศรษฐกิจของประเทศ

^{๕๕} สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, (๒๕๕๖), การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓, พิมพ์ครั้งที่ ๑, สถานที่พิมพ์: โรงพิมพ์เดือนตุลา, กรุงเทพมหานคร.

^{๕๖} สำนักงานสถิติแห่งชาติ, (๒๕๕๖), โครงการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๔, อ้างในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ ๒๕๕๕, พิมพ์ครั้งที่ ๑, สถานที่พิมพ์: บริษัท เอสเอส พลัส มีเดีย จำกัด, นนทบุรี.

^{๕๗} วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, (๒๕๕๖), รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๕, สถานที่พิมพ์: โรงพิมพ์ บริษัท เอสเอส พลัส มีเดีย จำกัด, นนทบุรี.

^{๕๘} สำนักงานสถิติแห่งชาติ, (๒๕๕๗), สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๔, สถานที่พิมพ์: บริษัท เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชัน จำกัด, กรุงเทพฯ.

^{๕๙} วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, รายงานการประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ (๒๕๔๔ - ๒๕๖๔) ระยะที่ ๒, [ออนไลน์], สืบค้นจาก: http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_309.pdf. (วันที่ค้นข้อมูล : ๑๗ เมษายน ๒๕๕๗).

แรงงาน

ผลจากการสำรวจกำลังแรงงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๖^{๙๐} มีผู้ที่มิงานทำตั้งแต่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๓๙.๑ ล้านคน และเป็นแรงงานนอกระบบหรือผู้ทำงานที่ไม่ได้รับความคุ้มครองและไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงานซึ่งเป็นกำลังแรงงานหลักของประเทศ มีจำนวนเพิ่มขึ้นถึง ๒๕.๑ ล้านคน แบ่งเป็นชายร้อยละ ๕๕ และหญิงร้อยละ ๔๕ ในจำนวนแรงงานนอกระบบดังกล่าวเป็นกลุ่มวัยชราที่ยังสามารถทำงานได้ จำนวน ๓.๑ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๒ โดยมีการกระจายตัวอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุดถึงร้อยละ ๗๘.๖ รองลงมาคือภาคเหนือร้อยละ ๗๓.๖ ภาคกลางและกรุงเทพฯ ร้อยละ ๖๖.๕ และภาคใต้ร้อยละ ๕๐ ตามลำดับ แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีจำนวนถึงร้อยละ ๖๓ สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ ๖๓ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ ๒๙ และระดับอุดมศึกษาร้อยละ ๗.๖

แรงงานนอกระบบร้อยละ ๓๓.๕ มีปัญหาที่สำคัญ ๓ ด้าน ได้แก่ (๑) ปัญหาการทำงาน ได้แก่ ค่าตอบแทน การทำงานหนักและงานไม่ต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จะได้รับค่าจ้างขั้นต่ำน้อยกว่าแรงงานในระบบ ในเกือบทุกสาขาอาชีพถึง ๒ เท่า และโดยเฉพาะผู้ทำงานในภาคเกษตรกรรมซึ่งมีจำนวนถึงร้อยละ ๖๑ ของจำนวนแรงงานนอกระบบทั้งหมด (๒) ปัญหาความปลอดภัยในการทำงานที่ส่วนใหญ่เกิดเนื่องจากการสัมผัสหรือได้รับสารเคมีสูงถึงร้อยละ ๖๘ รองลงมาคืออุบัติเหตุจากเครื่องมือและอุปกรณ์ในการทำงาน และ (๓) ปัญหาสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมากที่สุดคือทำทาง/อิริยาบถในการทำงาน ในอัตราร้อยละ ๓๙ รองลงมาคือฝุ่น ควัน กลิ่น และแสงสว่างตามลำดับ และปัญหาทั้ง ๓ ด้านดังกล่าวยังไม่มียุทธศาสตร์และแนวทางปฏิบัติเพื่อการคุ้มครองและการให้บริการของภาครัฐที่มีประสิทธิภาพและเอื้อต่อการเข้าถึงสิทธิแรงงานขั้นพื้นฐานและบริการทั้งด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย สภาพแวดล้อมในการทำงาน และการส่งเสริมการมีงานทำ

ด้านการคุ้มครองทางสังคม ในปี ๒๕๕๖ มีผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ตามมาตรา ๓๓ ๓๙ และ ๔๐ ทั้งที่เป็นแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติ รวมจำนวน ๑๒,๔๓๓,๔๑๒ คน โดยแบ่งเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ จำนวน ๙,๗๘๑,๑๐๑ คน ผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา ๓๙ จำนวน ๑,๐๗๔,๒๒๓ คน และตามมาตรา ๔๐ (แรงงานนอกระบบ) จำนวน ๑,๕๗๘,๐๘๘ คน^{๙๑} ข้อจำกัดของระบบหลักประกันทางสังคม ดังกล่าวคือ การเข้าถึงสิทธิและบริการที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ประกันตนที่เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติและแรงงานนอกระบบ เนื่องจากการกำหนดสิทธิและการรับประโยชน์ทดแทนยังไม่สอดคล้องกับสภาพการจ้างงานที่มีความยืดหยุ่นสูง และกลไกการดำเนินงานทั้งการบริการด้านข้อมูลข่าวสาร และการเข้าถึงสิทธิ ยังมีข้อจำกัดทั้งจำนวนคนและประสิทธิภาพ เนื่องจากแรงงานนอกระบบกระจายอยู่ในเขตพื้นที่ชนบท ห่างไกลจากระบบบริการซึ่งยังจำกัดอยู่เขตเมือง ส่งผลให้แรงงานนอกระบบเข้าสู่การเป็นผู้ประกันตนเพียงร้อยละ ๐.๕ ของจำนวนแรงงานนอกระบบทั้งหมด และมีอัตราการคงอยู่ของการจ่ายเงินสมทบต่อเนื่องเพียงร้อยละ ๔๗ หรือกรณีแรงงานข้ามชาติมีจำนวนผู้ประกันตนต่ำกว่าข้อมูลที่เป็นจริงและการเข้าไปใช้สิทธิหรือได้รับสิทธิก็ไม่สอดคล้องกับสภาพการจ้างงานทั้งในด้านระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตทำงานและการย้ายสถานที่ทำงานตามนายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ

^{๙๐} สำนักงานสถิติเศรษฐกิจและสังคม, (๒๕๕๖), การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. ๒๕๕๖, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

^{๙๑} สำนักเสริมสร้างความมั่นคงแรงงานนอกระบบ สำนักงานประกันสังคม, กระทรวงแรงงาน, พฤษภาคม ๒๕๕๗



ช่วงปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๗ มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ๕ ประการที่เกิดจากการขับเคลื่อนและผลักดันร่วมกันของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย ๑) คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การบริหารจัดการแรงงานนอกระบบ พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๕๔ เพื่อใช้เป็นกรอบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานนอกระบบ และมีมติแต่งตั้งคณะกรรมการการบริหารจัดการแรงงานนอกระบบแห่งชาติเมื่อวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๕๕ โดยมีเป้าหมายคือการคุ้มครอง ส่งเสริมและพัฒนาเพื่อการแก้ไขปัญหาแรงงานนอกระบบ แต่หน่วยงานรองรับการดำเนินงานยังมีข้อจำกัดทั้งด้านจำนวนบุคลากร กลไก และองค์ความรู้สนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สู่ปฏิบัติ ๒) การปรับขึ้นค่าแรง ๓๐๐ บาท ซึ่งมีผลตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๖ มีผลให้แรงงานในระบบได้หลักประกันรายได้ขั้นต่ำที่เหมาะสมกับสภาวะทางเศรษฐกิจ แต่ส่งผลกระทบต่อสถานการณ์การเลิกจ้างและภาวะการว่างงาน การละเมิดสิทธิแรงงานตามกฎหมายคุ้มครองแรงงานมีเพิ่มมากขึ้น และด้วยเงื่อนไขและความจำเป็นด้านภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว แรงงานส่วนใหญ่จึงมุ่งการประกอบอาชีพอิสระที่ส่งผลต่อจำนวนแรงงานนอกระบบที่เข้าสู่ระบบเกษตรพันธสัญญา (Contract Farming) และอาชีพด้านบริการ ค่าขายทั้งปลีกและส่งเพิ่มมากขึ้น และมีจำนวนมากที่หลุดออกจากระบบการคุ้มครองด้านสิทธิและสวัสดิการด้านแรงงานที่เคยได้รับ ๓) การศึกษาระบบสิทธิประโยชน์และระบบจัดการงบประมาณด้านการส่งเสริมป้องกันโรคอันเนื่องมาจากการทำงานสำหรับประชากรวัยแรงงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการจัดบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการลดความเสี่ยงและปรับพฤติกรรมการทำงานรวมถึงวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อภัยคุกคามทางสุขภาพ^{๕๒} ๔) การออกพระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔ เพื่อส่งเสริมให้มีวินัยการออมช่วยวัยทำงานเพื่อการมีหลักประกันทางสังคมยามเกษียณอายุการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ แต่ยังมีปัญหาเรื่องการบังคับใช้กฎหมาย ๕) การปรับปรุงและเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ แห่ง พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมสำหรับกลุ่มแรงงานในระบบ^{๕๓}

ผู้หญิง

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลประมาณการว่าในปี ๒๕๕๗ ประเทศไทย มีประชากรชาย ๓๑.๕ ล้านคนและหญิง ๓๓.๓ ล้านคน จากการวิเคราะห์สถานะทางสุขภาพของหญิงไทย ในโครงการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพผู้หญิง^{๕๔} สมาคมแพศยาศึกษา สรุปว่า ผู้หญิงไทยมีชีวิตยืนยาวกว่าด้วยคุณภาพชีวิตที่ดีต่อยกกว่า อยู่กับโรคเรื้อรังและความพิการยาวนานกว่า ขณะที่ความรุนแรงทางเพศเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งของสุขภาพผู้หญิง ในสถานการณ์เรื่องท้องและแท้ง ดูเหมือนว่าสังคมไทยจะประณามผู้หญิงฝ่ายเดียว และปล่อยให้ผู้หญิงต้องเผชิญปัญหาตามลำพัง

ความแตกต่างบางเรื่องเกิดจากเพศสรีระ เช่น อายุคาดเฉลี่ยผู้หญิงที่ยืนยาวกว่าผู้ชาย และความเสี่ยงต่อโรคภัยบางกลุ่มที่แตกต่างจากผู้ชาย และเรื่องสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ที่ผู้หญิงต้องดูแลเอาใจใส่มากกว่า นอกจากนี้คือความแตกต่างจากปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมและเจตคติของสังคมที่ส่งผลทั้ง

^{๕๒} โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงานภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า - HITAP, มิถุนายน ๒๕๕๗

^{๕๓} รายงานผลการดำเนินงาน แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๕)

^{๕๔} กฤตยา อาชวนิจกุล และ กุลภา วจนสาระ, (๒๕๕๗), (ร่าง) การพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพผู้หญิง, โครงการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพผู้หญิง สมาคมแพศยาศึกษา สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมภาคีและนักวิชาการสำนักต่างๆ ของ สสส. วันพุธที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๗, หน้า ๑๘.

ทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพของหญิงและชาย เช่น เรื่องการแบ่งงานและการจัดสรรพื้นที่ในสังคมที่ทำให้ผู้หญิงต้องฟันฝ่าอุปสรรคและแบกรับภาระทั้งในและนอกบ้านมากกว่าผู้ชาย

ภัยคุกคามด้านสุขภาพที่สำคัญทำให้หญิงไทยสูญเสียปีสุขภาวะ^{๕๕} ได้แก่ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า ภาวะหัวใจขาดเลือด การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต้อกระจก ภาวะข้อเสื่อม อุบัติเหตุทางถนน ภาวะโลหิตจาง มะเร็งตับ โดยมีสาเหตุสำคัญ คือ ความดันโลหิตสูง น้ำหนักเกินและโรคอ้วน คอเลสเตอรอลในเลือดสูง และเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

ภัยคุกคามที่สำคัญอีกด้านหนึ่งของหญิงไทยคือความรุนแรงทั้งทางร่างกาย ทางเพศ ทางจิตใจและอารมณ์ และการถูกละเลยทอดทิ้ง โดยความรุนแรงทางเพศถือเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งต่อสุขภาพผู้หญิง ในปี ๒๕๔๘ องค์การอนามัยโลก พบว่า ผู้หญิงไทยกว่าสองในห้าเคยถูกระทำรุนแรงทางกายและหรือทางเพศจากคู่ของตน ปัจจุบันความรุนแรงทางเพศการบังคับค้าประเวณีได้รับความสนใจในระดับนโยบาย แต่การคุกคามทางเพศ การเลือกปฏิบัติต่อเด็กผู้หญิง และความรุนแรงต่อผู้หญิงที่รักเพศเดียวกันยังได้รับความสนใจค่อนข้างน้อย^{๕๖}

ในจำนวนประชากรหญิงทั้งหมด กลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านต่างๆ ที่ควรได้รับความสนใจสูง ได้แก่ เด็กและผู้สูงอายุ และคนพิการ (ผู้หญิงมีอัตราพิการสูงกว่าผู้ชาย) นอกจากนี้ยังมีกลุ่มที่มีปัญหาเฉพาะ ได้แก่ ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล (ชนกลุ่มน้อยแรงงานอพยพข้ามชาติ ผู้หญิงในสถานพักพิง ฯลฯ) ผู้หญิงมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้หญิงที่อยู่กับเชื้อเอชไอวี ผู้ต้องขังหญิง หญิงบริการ ผู้หญิงที่เปราะบางต่อการถูกเลือกปฏิบัติ เช่น คนข้ามเพศ หญิงรักหญิง ผู้หญิงนักบวช อาทิกิษุณีและแม่ชี

มุสลิมไทย

การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. ๒๕๕๔ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติแสดงว่าประชากรไทยอายุ ๑๓ ปีขึ้นไปที่นับถือศาสนาอิสลามมีจำนวน ๓.๔๓ ล้านคน (ร้อยละ ๔.๖)^{๕๗} ตัวบ่งชี้ภาพรวมของปัญหาสุขภาพของมุสลิมไทยคืออายุขัยเฉลี่ยของประชากรมุสลิมซึ่งต่ำกว่าคนไทยทั่วไป

ด้านสุขภาพ งานวิจัยของแผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทยพบว่ามุสลิมออกกำลังกายและบริโภคผักและผลไม้มากกว่า และได้รับการตรวจยืนยันว่าเป็นโรคเบาหวานร้อยละ ๓.๓ ซึ่งถือว่าน้อยเมื่อเทียบกับร้อยละ ๔.๓ ของคนไทยทั่วไป แต่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๙.๙ สูงกว่าคนไทยโดยเฉลี่ยที่ร้อยละ ๙.๑^{๕๘}

^{๕๕} สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, (๒๕๕๕), รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๒, นนทบุรี: เดอะกราฟิกซิสเต็มส์.

^{๕๖} กฤตยา อาชวนิจกุล และ กุลภา วจนสาระ, (๒๕๕๗), (ร่าง) การพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพผู้หญิง, โครงการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพผู้หญิง สมาคมเพศวิถีศึกษา สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมภาคีและนักวิชาการสำนักต่างๆ ของ สสส. วันพุธที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๗, หน้า ๓๑.

^{๕๗} สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. ๒๕๕๔, [ออนไลน์], สืบค้นจาก: <http://service.nso.go.th/nso/web/survey/surpop2-3-4.html>. (วันที่สืบค้น: ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๗).

^{๕๘} ศุภวรรณ มโนสุนทร และคณะ, (๒๕๕๕), รายงานสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อกลุ่มประชากรมุสลิม ภายใต้การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ, รายงานวิจัยเสนอต่อแผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย.

ด้านเศรษฐกิจและสังคม รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประชากรมุสลิมต่ำกว่าคนไทยทั่วไปเล็กน้อย แต่พื้นที่ที่มีประชากรมุสลิมในสัดส่วนสูง เช่น ปัตตานี และนราธิวาส เป็นจังหวัดที่ประชากรมีรายได้เฉลี่ยต่ำที่สุดของประเทศในทำนองเดียวกันปัญหาความยากจนก็มีในประชากรมุสลิมมากกว่าคนไทยทั่วไป และปัญหาความยากจนของมุสลิมก็รุนแรงมากในจังหวัดชายแดนภาคใต้

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างปี ๒๕๔๙ และ ๒๕๕๒ มุสลิมไทยมีอัตราการบริโภคยาสูบและค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคยาสูบสูงกว่าประชากรทั่วไป หากพิจารณาแนวโน้มพบว่าค่าใช้จ่ายในการบริโภคบุหรี่ยาลดลง และสาเหตุที่ค่าใช้จ่ายลดลงส่วนหนึ่งเกิดจากการลดการสูบบุหรี่อีกส่วนหนึ่งเกิดจากการหันไปบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าหรือบุหรี่มือตนเอง เช่น ใบจากและยาเส้น

ครัวเรือนประชากรมุสลิมมีค่าใช้จ่ายในการบริโภคสุรำน้อยกว่าครัวเรือนไทยมากและมีแนวโน้มลดลงในช่วงปี ๒๕๔๙ - ๒๕๕๒ กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่เดียวที่ครัวเรือนประชากรมุสลิมใช้จ่ายเพื่อการบริโภคสุราเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า^{๔๙}

ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล^{๕๐}

ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะบุคคลภายใต้กฎหมายสัญชาติ กฎหมายการทะเบียนราษฎร และกฎหมายคนเข้าเมือง ส่งผลกระทบทำให้ไม่สามารถเข้าถึงและใช้สิทธิในสถานะบุคคลด้านต่างๆ อาทิ สิทธิที่จะมีเอกสารพิสูจน์ทราบตัวบุคคลเพื่อไม่ต้องกลายเป็นคนไร้รัฐ สิทธิการจดทะเบียนสมรส สิทธิที่จะทำงาน สิทธิที่จะเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม สิทธิด้านสุขภาพ ฯลฯ^{๕๑}

การจำแนกกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคล โดยพิจารณาจากจุดเกาะเกี่ยวที่ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลมีกับประเทศไทยสามารถแบ่งได้เป็น ๕ กลุ่ม คือ

๑. **ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่ไม่มีจุดเกาะเกี่ยวที่จะนำไปสู่การมีสัญชาติไทย** ได้แก่ กลุ่มผู้หนีภัยการสู้รบ กลุ่มโรฮิงยา กลุ่มแรงงานต่างด้าว ๓ สัญชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา) และบุตร ฯลฯ
๒. **ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่มีจุดเกาะเกี่ยวที่จะนำไปสู่การมีสัญชาติไทย** เป็นผู้ที่มีสิทธิในสัญชาติไทย และยังไม่เข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สิทธิหรืออยู่ระหว่างกระบวนการพิสูจน์) เบื้องต้นอาจแบ่งจำแนกได้เป็น ๑๐ กลุ่ม คือ
 - (๑) กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง^{๕๒}
 - (๒) กลุ่มชาติพันธุ์ดั้งเดิมกลุ่มต่างๆ อาทิ กลุ่มมอแกน/มอแกลน มานิก (ชาไก)^{๕๓} ฯลฯ

^{๔๙} กนกวรรณ ยีหวังเจริญ, (๒๕๕๕), งานวิจัยศึกษาเปรียบเทียบโครงสร้างรายได้และพฤติกรรมกรรมการบริโภคของมุสลิมไทยปี ๒๕๔๙ และ ๒๕๕๒.

^{๕๐} **ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล** คือ บุคคลที่สามารถเข้าถึงและใช้สิทธิขั้นพื้นฐาน บริการของรัฐ รวมถึงสิทธิด้านอื่นๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเพราะสถานะบุคคลตามกฎหมายสัญชาติ กฎหมายทะเบียนราษฎร หรือกฎหมายคนเข้าเมืองของบุคคลดังกล่าว ถูกเข้าใจ-ตีความให้เป็นเงื่อนไขในการเข้าถึงและใช้สิทธิด้านต่างๆ

^{๕๑} ดร.ณิ โสภคาพาณิชย์กุล, (๒๕๕๗), ร่างยุทธศาสตร์การพัฒนาสิทธิในสุขภาวะของผู้มีปัญหาสถานะบุคคล สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

^{๕๒} ภายใต้กลไกคือ ระเบียบสำนักทะเบียนกลางว่าด้วยการพิจารณาลงรายการสถานะบุคคลในทะเบียนราษฎรให้แก่บุคคลบนพื้นที่สูง พ.ศ. ๒๕๔๓

^{๕๓} ดูกฎภายใต้ระเบียบสำนักทะเบียนกลางว่าด้วยการพิจารณาลงรายการสถานะบุคคลในทะเบียนราษฎรให้แก่บุคคลบนพื้นที่สูง พ.ศ. ๒๕๔๓ และระเบียบสำนักทะเบียนกลางว่าด้วยการจัดทำทะเบียนราษฎร พ.ศ. ๒๕๓๕

- (๓) คนไทยพลัดถิ่น^{๖๔}
- (๔) บุคคลที่ต้องพิสูจน์ว่าตนเป็นบุตรของบิดาสัญชาติไทย^{๖๕}
- (๕) คนที่ถูกถอนสัญชาติ หรือไม่ได้สัญชาติไทยโดยผลของประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ ๓๓๗ (บางส่วนของชนกลุ่มน้อย ๑๗ กลุ่ม-เดิม และลูกหลาน) ต่อมาได้รับการคืนสัญชาติ หรือกรณีคนไทยตามมาตรา ๒๓
- (๖) คนต่างด้าวไร้สัญชาติ (บางส่วนของลูกหลานของชนกลุ่มน้อย ๑๗ กลุ่ม-เดิม) กับการขอสัญชาติไทยโดยขอให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยมีคำสั่ง หรือการขอมีสัญชาติไทยตามมาตรา ๗ ทวิ วรรคสอง^{๖๖}
- (๗) เด็กและเยาวชนต่างด้าวไร้สัญชาติ กับการขอแปลงสัญชาติเป็นไทย^{๖๗}
- (๘) คนต่างด้าวไร้สัญชาติ กับการขอแปลงสัญชาติไทยกรณีทั่วไป^{๖๘}
- (๙) คนต่างด้าวไร้สัญชาติ กับการขอแปลงสัญชาติเป็นไทยกรณีพิเศษ^{๖๙}
- (๑๐) คนต่างด้าวไร้สัญชาติ กับการมีสัญชาติไทยโดยการสมรส

๓. ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่มีจุดเกาะเกี่ยวที่จะนำไปสู่การพัฒนาเป็นคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมาย และมีสิทธิอาศัยถาวร ได้แก่ ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลซึ่งอาศัยอยู่ในประเทศไทยมานานแล้ว แม้จะไม่มีสิทธิในสัญชาติ แต่อาจพัฒนาสิทธิในสถานะบุคคลของตนไปสู่การเป็นคนต่างด้าวเข้าเมืองโดยถูกกฎหมาย มีสิทธิอาศัยถาวร ในเบื้องต้น พบว่ามีจำนวน ๓ กลุ่มคือ

- (๑) คนต่างด้าวไร้สัญชาติ (ชนกลุ่มน้อย ๑๗ กลุ่ม-เดิม) ที่มีสิทธิขอสถานะต่างด้าว^{๗๐}
- (๒) เด็กและเยาวชนไร้สัญชาติ ซึ่งถูกถือว่าเป็นคนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายด้วยเพราะเกิดในประเทศไทย จากบิดา มารดาที่เข้าเมืองในลักษณะไม่ถาวร (บางส่วนของลูกหลานของชนกลุ่มน้อย ๑๗ กลุ่ม-เดิม)^{๗๑}
- (๓) คนต่างด้าวที่มีสัญชาติอื่น และได้รับการบันทึกชื่อในทะเบียนราษฎรของรัฐเจ้าของสัญชาติ กับการมีชื่อในทะเบียนราษฎรของประเทศไทย

^{๖๔} ดูกลไกภายใต้พระราชบัญญัติสัญชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๕ และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

^{๖๕} กรณีบิดาและมารดาไม่ได้จดทะเบียนสมรส หรือเป็นบิดาโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย ภายใต้ มาตรา ๗ วรรคสอง และมาตรา ๑๑ พระราชบัญญัติสัญชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๑

^{๖๖} มาตรา ๗ ทวิ วรรคสองพระราชบัญญัติสัญชาติ พ.ศ. ๒๕๐๘ แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสัญชาติ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๑

^{๖๗} มาตรา ๑๒/๑ พระราชบัญญัติสัญชาติ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๑

^{๖๘} มาตรา ๑๐ พระราชบัญญัติสัญชาติ พ.ศ. ๒๕๐๘

^{๖๙} มาตรา ๑๐ พระราชบัญญัติสัญชาติ พ.ศ. ๒๕๐๘ แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสัญชาติ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๑

^{๗๐} ภายใต้ มาตรา ๑๗ พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง และมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๕๓

^{๗๑} มาตรา ๗ ทวิวรรคสามพระราชบัญญัติสัญชาติ พ.ศ. ๒๕๐๘ แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสัญชาติ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๓๕

๔. ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่มีจุดเกาะเกี่ยวกับประเทศไทยและประเทศอื่นในเวลาเดียวกัน ได้แก่ กรณีบุคคลที่ได้รับการบันทึกในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของสองรัฐหรือมากกว่าสองรัฐขึ้นไป (คนสองทะเบียนราษฎร) หรือกรณีคนสองสัญชาติ หรือมากกว่าสองสัญชาติขึ้นไป

๕. ปัญหาสถานะบุคคลที่ยังคงไร้เอกสารพิสูจน์ทราบตัวบุคคล (Undocumented Person/ ยังคงไร้รัฐ) ในเบื้องต้นอาจจำแนกได้ ๗ กลุ่มคือ

- (๑) ชนกลุ่มน้อย ชาวเขาดั้งเดิม คนไทยที่ยังคงไร้เอกสารพิสูจน์ทราบตัวบุคคล
- (๒) คนไร้รากเหง้าในสถาบันการศึกษา ในสถานกัก/ควบคุมตัว/เรือนจำ วัด ฯลฯ
- (๓) กลุ่มชาติพันธุ์โรฮิงยา
- (๔) แรงงานต่างด้าว
- (๕) บุตรของแรงงานต่างด้าว
- (๖) แรงงานต่างด้าวที่ตกเป็นเหยื่อของกระบวนการค้ามนุษย์
- (๗) ผู้หนีภัยความตาย

ด้านสุขภาพของผู้มีปัญหาสถานะบุคคลตามยุทธศาสตร์ กลุ่มประเภทที่ ๑ - ๔ ได้รับสิทธิจากกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ตามมติคณะรัฐมนตรี ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ จำนวน ๔๗๕,๔๐๙ คน และยังมีกลุ่มที่ได้รับการสำรวจตามยุทธศาสตร์ ในช่วงเวลา ๒๕๕๐ - ๒๕๕๒ จำนวน ๑๕๒,๘๕๙ คน (ยังนับรวมกลุ่มคนที่ไม่ได้รับการสำรวจทางทะเบียน) ที่ตกหล่นจากกองทุนคืนสิทธิ ส่วนแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนได้รับการดูแลด้านสุขภาพมากขึ้นจากระบบประกันสังคม ประกันสุขภาพ และชนกลุ่มน้อยก็ได้รับการคุ้มครองผ่านกองทุนคืนสิทธิ แต่คนไร้รัฐไร้สัญชาติยังอยู่นอกขอบเขตการคุ้มครองดังกล่าว อย่างไรก็ตามในกรณีแรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนนั้น ยังมีช่องว่างในทางปฏิบัติอยู่มากจากการหลีกเลี่ยงไม่จดทะเบียนแรงงานข้ามชาติซึ่งต้องผ่านกระบวนการพิสูจน์สัญชาติที่ใช้เวลาและมีค่าใช้จ่ายสูง เมื่อเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๕ จึงมีแรงงานข้ามชาติผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้วจำนวน ๕๓๐,๑๕๖ คน ในจำนวนนี้เข้าสู่ระบบประกันสังคมเพียงร้อยละ ๔๑ เท่านั้น^{๗๒}

ในด้านการศึกษาสำหรับแรงงานข้ามชาติมีความก้าวหน้าขึ้นมาก เดิมลูกหลานแรงงานข้ามชาติที่ติดตามพ่อแม่และที่เกิดในประเทศไทยซึ่งศูนย์วิจัยการย้ายถิ่นแห่งเอเชีย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเมินการว่าในปี ๒๕๔๙ มีจำนวน ๓๐๐,๐๐๐ คนนั้นส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา^{๗๓} และประมาณหนึ่งในสามน่าจะเข้าสู่ตลาดแรงงานด้วย ตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ เป็นต้นมามีความพยายามที่จะจัดการศึกษาให้เด็กกลุ่มนี้ และในปีการศึกษา ๒๕๕๕ มีเด็กสามสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา เข้าเรียนในระดับอนุบาลถึงมัธยมศึกษาตอนปลายในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) จำนวน ๖๑,๙๔๘ คนและกลุ่มเด็กที่ไม่ปรากฏสัญชาติจำนวน ๑๘,๓๘๕ คน^{๗๔} ปัจจุบันเด็กต่างด้าวมีโอกาสได้รับการศึกษา

^{๗๒} แรงงานข้ามชาติกับระบบบริหารสุขภาพของประเทศไทย, [ออนไลน์], สืบค้นจาก: เว็บไซต์หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์ <http://thaipost.net/x-cite/30๑2๑3/84023>. (วันที่สืบค้น: ๓๐ ธันวาคม ๑๕๕๖)

^{๗๓} เปรมใจ วงศ์ศิริไพศาล, (๒๕๕๓), รายงานการวิจัยการพัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดการศึกษาสำหรับเด็กต่างด้าว กรณีศึกษา อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. ศูนย์วิจัยการย้ายถิ่นแห่งเอเชีย สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร.

^{๗๔} สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, (๒๕๕๕), รายงานจำนวนเด็กข้ามชาติที่เข้าเรียนในโรงเรียนสังกัด สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. กระทรวงศึกษาธิการ.

ทั้งในระบบโรงเรียน ศูนย์การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย แต่ยังมีปัญหาด้านการเข้าถึง การขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ปัญหาคุณภาพและความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาสาระกับวิถีชีวิตเด็ก และเยาวชนกลุ่มนี้

การถูกละเมิดสิทธิในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพราะการขาดความรู้ความเข้าใจต่อสิทธิของผู้มีปัญหาด้านสถานะบุคคล หลายกรณีผู้มีปัญหาด้านสถานะบุคคลจึงถูกละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีปัญหาการเดินทาง ออกนอกพื้นที่ควบคุม เนื่องจากคนไร้สัญชาติ ที่ได้รับการสำรวจ และจัดทำทะเบียนหรือได้รับการบันทึก รายการตัวบุคคลในฐานะข้อมูลทะเบียนราษฎรยังคงถูกจำกัดพื้นที่ โดยจะสามารถเดินทางออกนอกพื้นที่ ควบคุม เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว

สรุปแม้ว่าจะมีกฎหมาย นโยบายที่รับรองและเอื้อต่อการเข้าถึงและใช้สิทธิด้านต่างๆ แต่ทางปฏิบัติ ยังคงพบว่าผู้มีปัญหาด้านสถานะบุคคลยังคงต้องเผชิญกับอุปสรรค ปัญหาในการเข้าถึงสิทธิทุกด้าน แม้ในกลุ่มสิทธิขั้นพื้นฐาน หรือสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองสุขภาพและสิทธิในสวัสดิการที่จำเป็น ก็พบว่ามี กลุ่มตกหล่น สำหรับกลุ่มที่ได้รับการคุ้มครองก็ยังมีปัญหาในระดับปฏิบัติอีกมาก ทั้งในฝ่ายผู้ให้บริการ ซึ่งมักขาดการรับรู้สิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องหรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกล ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ และในฝ่าย ผู้ให้บริการซึ่งต้องเผชิญกับภาระงานและงบประมาณที่เพิ่มขึ้นมาก ปัญหาการสื่อสาร ฯลฯ อุปสรรคเหล่านี้ ทำให้แรงงานข้ามชาติและผู้มีปัญหาด้านสถานะบุคคลยังเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาวะมากที่สุดกลุ่มหนึ่งในสังคมไทย

คนไร้บ้านและผู้ป่วยข้างถนน

ปัจจุบันมีข้อมูลจากการประมาณและการสำรวจจำนวนผู้ใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ คนไร้บ้าน ผู้ป่วย ข้างถนนของหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และนักวิชาการที่แตกต่างกันมาก ซึ่งสาเหตุประการหนึ่งมาจากการ ใช้นิยามที่แตกต่างกัน กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์ระบุว่ามีคนเร่ร่อน/ ไร้ที่อยู่อาศัย (คนไร้ที่พึ่ง คนไร้บ้าน และขอทาน) ๓,๖๗๖ คนในปี ๒๕๕๔ มูลนิธิ อีสรชนพบว่าผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะทั่วกรุงเทพมหานครในปี ๒๕๕๖ จำนวน ๒,๘๔๖ คน และมูลนิธิพัฒนา ที่อยู่อาศัยสำรวจในปี ๒๕๕๓ พบคนไร้บ้านจำนวน ๑,๐๙๓ คน แยกเป็นเพศชาย ๙๒๒ คนหญิง ๑๔๑ คน เด็ก ๓๐ คน สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน ระบุว่าในปี ๒๕๕๔ มีเด็กเร่ร่อน ประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน ส่วนใหญ่พบบริเวณแหล่งชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร

ประชากรกลุ่มนี้เข้าไม่ถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน บริการและสวัสดิการของรัฐทั้งด้านการศึกษา สุขภาพ ที่อยู่อาศัย เมื่อไร้บ้านก็ยากที่จะมีอาชีพที่มั่นคง ส่งผลให้การดำรงชีวิตยากลำบากถูกละเมิดสิทธิ และคุกคาม ทำร้ายนอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับอคติของครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มองคนเหล่านี้เป็นผู้ไร้คุณค่า

สำหรับผู้ป่วยข้างถนน ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหาโรคสมองเสื่อม และกลายเป็นคนหาญที่ใช้ชีวิตในพื้นที่ สาธารณะ ศูนย์ข้อมูลคนหาญเพื่อการต่อต้านการค้ามนุษย์ภายใต้มูลนิธิกระจกเงา มีสถิติจำนวนคนหาญ รวมทั้งสิ้น ๒,๐๙๖ คน ซึ่งไม่จำกัดเฉพาะประชากรผู้สูงอายุเท่านั้น บางส่วนไม่สามารถดูแลตัวเองได้ และ บางส่วนมีปัญหาทางจิต ผู้ป่วยข้างถนนมีความเสี่ยงสูงที่จะถูกทำร้ายร่างกาย ล่วงละเมิดทางเพศ แสวงหา ประโยชน์จากกระบวนการค้ามนุษย์รูปแบบต่างๆ ตลอดจนเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ คนกลุ่มนี้ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ แต่ยังมีปัญหา ในทางปฏิบัติอยู่มาก

จุดเน้นของแผน

แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะได้ทบทวนสถานการณ์และแนวทางการดำเนินงานร่วมกับภาคีหลัก พร้อมทั้งนำทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) และข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๒ เป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนดำเนินการ ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) โดยมีจุดที่ต้องเน้นหลัก ดังนี้

๑. สอดคล้องกับแนวนโยบายการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะ และทิศทางเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส.
๒. วิเคราะห์ประเด็นงานจากสถานการณ์ทางสุขภาพของกลุ่มประชากรผ่านกรอบแนวคิดปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ
๓. การทำงานเพื่อกระตุ้น เชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนหลักและภาคียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องผ่านกระบวนการการมีส่วนร่วม ควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพของภาคีและเครือข่ายการทำงานที่เกี่ยวข้อง
๔. สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมการทำงาน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสังคม^{๗๕} และความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ
๒. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้สนับสนุนงานนวัตกรรมและนโยบายสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ
๓. เพื่อส่งเสริมกลไกการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตการทำงานของภาคีเครือข่าย เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
๔. เพื่อปรับเจตคติของสังคมสู่สังคมไร้การกีดกัน เกิดการยอมรับในความหลากหลายของผู้คนให้อยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข

^{๗๕} ความไม่เป็นธรรมทางสังคม คือ ความแตกต่างในการเข้าถึงสิทธิและโอกาสที่จะเข้าถึงทรัพยากรและการสนับสนุนทางสังคมขั้นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพเพื่อดำรงชีพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น การศึกษา ที่อยู่อาศัย การทำงาน รายได้ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การสื่อสารคมนาคม การมีส่วนร่วมในสังคม ฯลฯ สมาชิกในสังคมควรเข้าถึงสิทธิและโอกาสโดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร เช่น เพศ สัญชาติ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ศาสนา ชนชั้น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนั้น สังคมที่เป็นธรรมจะให้ความสำคัญกับการสนับสนุนยกระดับสมาชิกที่มีสถานะด้อยกว่าเพื่อลดช่องว่าง

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดระบบ/กลไก^{๓๐} การดำเนินงาน

๑.๑ เกิดระบบ/กลไกการเตรียมความพร้อมและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการใช้ชุมชนเป็นฐาน ๑ กลไก

๑.๒ เกิดกลไกการส่งเสริมการสร้าง ความมั่นคงด้านรายได้และอาชีพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างน้อย ๒ กลุ่ม

๑.๓ เกิดกลไกเพื่อผลักดันนโยบายและการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในการสร้างเสริมหลักประกันทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะไม่น้อยกว่า ๓ กลไก

๒. เกิดความรู้ใหม่ นวัตกรรมสร้างสุขในพื้นที่ต้นแบบ และเกิดการขยายผลสู่ระบบและกลไกทางสังคม

๒.๑ เกิดจุดจัดการ/หน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยรวบรวม พัฒนา วิเคราะห์ และถ่ายทอดข้อมูล สารสนเทศ หรือความรู้ใหม่ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะ อย่างน้อย ๑ องค์กร

๒.๒ เกิดชุดความรู้ นวัตกรรมสร้างสุข หรืองานนำร่องในพื้นที่ดำเนินการ ที่สามารถขยายผล และ/หรือใช้เป็นข้อเสนอแนะนโยบาย อย่างน้อย ๓ ชุดความรู้

๓. มีสื่อหรือกลไกการสื่อสารสาธารณะเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายการลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมและสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคี และสามารถสร้างการรับรู้ สร้างการมีส่วนร่วม และ/หรือปรับทัศนคติของประชาชนให้มีทัศนคติเชิงบวกต่อประชากรกลุ่มเฉพาะจำนวน ๑ ประเด็น

๔. เกิดแกนนำประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีศักยภาพ มีขีดความสามารถในการขับเคลื่อนงาน หนุนเสริมการรวมพลังเครือข่ายภาคีที่ทำงานเพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสังคมและสุขภาพ และร่วมผลักดันนโยบายในประเด็นต่างๆ อย่างน้อย ๕๐ คน

ตัวชี้วัดร่วม

๕. ประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างน้อย ๒ กลุ่ม สามารถพัฒนากลไกการทำงานเพื่อเป็นแกนนำในประเด็นหลักตามทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ได้ อาทิ เกิดการลดพฤติกรรมเสี่ยง (ยาสูบ/สุรา) ในกลุ่มผู้สูงอายุ แรงงาน มุสลิมไทย เกิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (ออกกำลังกาย/อาหาร) ในกลุ่มคนพิการ ผู้สูงอายุและมุสลิม เป็นต้น

^{๓๐} ระบบ หมายถึง ขั้นตอนการปฏิบัติงานที่มีการกำหนดอย่างชัดเจนว่าต้องทำอะไรบ้าง เพื่อให้ได้ผลออกมาตามที่ต้องการ โดยเน้นที่กระบวนการ, กลไก หมายถึง สิ่งที่ทำให้ระบบมีการขับเคลื่อนหรือดำเนินการอยู่ได้ โดยมีการจัดสรรทรัพยากร มีการจัดองค์กร หน่วยงาน หรือกลุ่มบุคคลให้เป็นผู้ดำเนินการ ดังนั้น ระบบและกลไก อาจหมายถึง ขั้นตอนการดำเนินงานต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยบุคลากร ทรัพยากร กฎเกณฑ์ มาตรการ แนวปฏิบัติ และปัจจัยต่างๆ เป็นกลไก ให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

๖. เกิดการเสริมศักยภาพภาคีเครือข่ายประชากรกลุ่มเฉพาะและบูรณาการการทำงานร่วมกับประเด็นอื่นๆ ใน สสส. อย่างน้อย ๒ แผน ทั้งในเชิงของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ อาทิ การเชื่อมกับแผนสุขภาวะองค์กรกับเครือข่ายแรงงาน การขยายประเด็นผู้สูงอายุผ่านพื้นที่ชุมชนร่วมกับ แผนสุขภาวะชุมชน และการเชื่อมประสานแผนการจัดการความปลอดภัยทางถนนและภัยพิบัติกับการจัดการข้อมูลร่วมกับ กระทรวงยุติธรรม เป็นต้น

แนวทางการดำเนินงาน

๑. **กลุ่มงานพัฒนาความรู้** พัฒนาหน่วยจัดการความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะ ทำหน้าที่รวบรวม พัฒนา วิเคราะห์ และถ่ายทอดข้อมูล งานวิชาการ รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือในการปฏิบัติงาน สนับสนุนกระบวนการและกลไกของการขับเคลื่อน เพื่อนำไปสู่การขยายผลในระดับต่างๆ โดยมุ่งเน้นที่ระบบสวัสดิการสังคม ระบบสุขภาพ การปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ โดยมีแนวทางการดำเนินงานในกลุ่มประชากรเฉพาะต่างๆ ดังต่อไปนี้

- ๑.๑ **คนพิการ** เน้นการทำงานเชิงระบบเพื่อพัฒนาสุขภาวะคนพิการแบบองค์รวมด้วยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรภาคสังคม เครือข่ายคนพิการ และองค์กรเพื่อคนพิการ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาการศึกษา อาชีพ และการดำรงชีวิตอิสระผ่านการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติการทั้งในระดับชาติ ภูมิภาค และท้องถิ่น ควบคู่กับการปรับทัศนคติของสังคม และส่งเสริมแนวคิดการพัฒนาคนพิการเชิงบวก
- ๑.๒ **ผู้สูงอายุ** ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุ ชุมชนสูงอายุ และสังคมสูงอายุ เพื่อการพัฒนาสู่สังคมที่สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างเท่าเทียม มีศักดิ์ศรี ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง และมีหลักประกันการดำรงชีพและการดูแลระยะยาวที่พอเพียง ผ่านการขับเคลื่อนนโยบาย การทำงานแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและสังคม
- ๑.๓ **แรงงาน** การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องโดยการเสริมศักยภาพกลไกและกระบวนการทำงานเชิงบูรณาการทั้งในลักษณะเชิงประเด็น/เชิงพื้นที่ เพื่อให้การนำนโยบายสู่การปฏิบัติมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และเอื้อให้แรงงานทุกกลุ่มเข้าถึงการคุ้มครอง การมีหลักประกันทางสังคมและรายได้ และความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีกลไกภาคประชาชน (แรงงาน) ที่มีความสามารถในการบริหารจัดการตนเองและข้อมูล/องค์ความรู้ การประสานทรัพยากร การขยายความร่วมมือและความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ และการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อสนับสนุนการทำงานในระดับพื้นที่/ปฏิบัติการ เป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง
- ๑.๔ **ผู้หญิง** ให้ความสำคัญกับกลไกการสร้างเสริมสุขภาวะ ภายใต้แนวคิดของเพศภาวะและความหลากหลาย ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของสุขภาวะ โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่ม

ผู้หญิงด้อยโอกาสผ่านการพัฒนาองค์ความรู้และเครื่องมือการทำงานที่ไวต่อเพศภาวะและความหลากหลาย

- ๑.๕ **มุสลิมไทย** สร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย โดยเฉพาะมุสลิมที่มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ผ่านกระบวนการพัฒนาฐานข้อมูลสถานการณ์สุขภาวะประชากรมุสลิมไทยที่มีความเป็นปัจจุบัน พร้อมทั้งพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสุขภาวะเพื่อนำไปสู่การดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทยอย่างเหมาะสม พร้อมกับการพัฒนาศักยภาพและสร้างความเข้มแข็งให้แก่นำชุมชนมุสลิม และเยาวชนเพื่อก่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาวะในชุมชนมุสลิมอย่างยั่งยืน
- ๑.๖ **ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติ** ผู้มีปัญหาละเลยบุคคลและแรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงการมีสุขภาวะ ได้รับการปกป้องคุ้มครอง เข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานและบริการของรัฐด้านสุขภาพ การศึกษา สวัสดิการ การพัฒนาสิทธิในสถานะบุคคลและพัฒนาคุณภาพอย่างเท่าเทียม ผ่านการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ การสร้างกระบวนการเรียนรู้ในกลุ่มประชากรเป้าหมายโดยตรง และสื่อสารสาธารณะเพื่อปรับทัศนคติคนในสังคม
- ๑.๗ **คนไร้บ้านและผู้ป่วยข้างถนน** ส่งเสริมให้คนไร้บ้านมีศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ด้วยตัวเอง ผ่านการพัฒนาระบบการจัดการที่อยู่อาศัยและการสร้างกลไกเพื่อจัดข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการขั้นพื้นฐานผ่านการทำงานร่วมกันระหว่างภาคประชาสังคม และภาครัฐ ในส่วนของกลุ่มผู้ป่วยข้างถนนจะเน้นการพัฒนากลไกเพื่อแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้างถนน ผ่านกลไกเครือข่ายการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อการช่วยเหลือ ดูแล และส่งต่อผู้ป่วยข้างถนนแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตปี ๒๕๕๑
๒. **กลุ่มงานด้านการสนับสนุนนโยบาย** สนับสนุนการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล จัดทำข้อเสนอแนะนโยบาย เพื่อผลักดันนโยบาย รวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในประเด็นที่สอดคล้องเชื่อมโยงกับแนวทางการขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะ
๓. **กลุ่มงานด้านการสื่อสารสังคม** สนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือในการขับเคลื่อนความเป็นธรรมทางสุขภาวะในการเปลี่ยนมายาคติที่มีต่อประชากรกลุ่มเฉพาะ และช่วยสร้างความเข้าใจประเด็นที่มีความละเอียดอ่อนต่างๆ รวมทั้งการสร้างการยอมรับในการอยู่ร่วมกันท่ามกลางความหลากหลายของผู้คน
 - ๓.๑ การเสริมศักยภาพในการสื่อสารให้กับภาคีหลักในการขับเคลื่อนนโยบายเป้าหมาย โดยมุ่งเน้นการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายและกลไกทางสังคมเพื่อลดมายาคติ ตามแนวทางที่ภาคีเจ้าของประเด็นดำเนินงาน เป็นการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการปรับทัศนคติ สร้างความเข้าใจเรื่องความเท่าเทียม และช่วยลดอุปสรรคในการขับเคลื่อนนโยบายต่างๆ ของภาคีเครือข่าย

- ๓.๒ การพัฒนากลไกการสื่อสารสาธารณะประเด็นร่วมเพื่อลดมายาคติ สร้างสังคมที่อยู่ร่วมกัน บนความหลากหลาย ภายใต้แนวคิด “ความเป็นธรรมบนความหลากหลาย” ซึ่งเป็นประเด็นที่มีฐานเป็นรากของปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคม^{๗๗} และเป็นประเด็นร่วมที่ภาคีเครือข่ายประชากรกลุ่มเฉพาะต้องการสะท้อนเรื่องราวและสื่อสารสังคมร่วมกัน
- ๓.๓ การพัฒนาบุคลากรที่มีความสนใจด้านสื่อเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสังคม โดยการสนับสนุนการสร้างความรู้ความเข้าใจประเด็นที่มีความละเอียดอ่อน ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการสื่อสารเรื่องการสร้างความเป็นธรรมในประชากรกลุ่มเฉพาะ จึงสนับสนุนการสร้างเครือข่ายนักสื่อสารที่มีความเข้าใจเป็นฐานและเห็นความสำคัญของการอยู่ร่วมกับความหลากหลาย เพื่อเป็นทรัพยากรบุคคลในการสร้างงานต่อไป

๔. กลุ่มงานด้านการพัฒนาศักยภาพภาคีและแกนนำ

- ๔.๑ เป็นการเสริมพลังภาคีในระดับบุคคล องค์กร การพัฒนาศักยภาพผู้นำรุ่นใหม่ เพื่อให้มีศักยภาพ ขีดความสามารถในการจัดการตนเอง และการทำงานเชิงรุกเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาวะในประชากรกลุ่มเฉพาะ รวมทั้งการเพิ่มขีดความสามารถเพื่อยกระดับฐานคิด การทำงานที่มุ่งสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาวะ และมุ่งเน้นการกระตุ้นและหนุนเสริมการรวมพลังเครือข่ายภาคีที่ทำงานด้านการสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาวะของประชากรกลุ่มเฉพาะทั้งในระดับพื้นที่ และระดับประเทศ
- ๔.๒ หนุนเสริมการพัฒนาระบบ กลไก และสภาพแวดล้อมที่ยั่งยืนในการสนับสนุนและเสริมพลังเครือข่ายภาคีที่ทำงานด้านการสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาวะของประชากรกลุ่มเฉพาะ

ภาคีหลัก

หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการคลัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันส่งเสริมสุขภาพคนพิการ วิทยาลัยราชสุดา สถาบันวิศวกรรมพื้นฟูสมรรถภาพและเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก สำนักงานสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ สถาบันพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี

^{๗๗} ความเหลื่อมล้ำทางสังคม คือ ความแตกต่างด้านสภาพแวดล้อมการดำรงชีวิตระหว่างคนกลุ่มต่างๆ ในสังคม เช่น ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ความเหลื่อมล้ำในการถือครองที่ดิน ความเหลื่อมล้ำในด้านผลสัมฤทธิ์การศึกษา ความเหลื่อมล้ำด้านความเสี่ยงต่อภัยพิบัติ ความเหลื่อมล้ำทางสังคมอาจมีได้เกิดจากความไม่เป็นธรรมทางสังคมเสมอไป อาจมีปัจจัยอื่นๆ เกี่ยวข้อง แต่สังคมที่มีความเหลื่อมล้ำสูงส่วนใหญ่ มักมีสาเหตุสำคัญมาจากความเป็นธรรมทางสังคมในทางกลับกัน สังคมที่มีพื้นฐานความไม่เป็นธรรมในบางเรื่องสูง แต่มีนโยบายและมาตรการป้องกันมิให้ส่งผลกระทบต่อความไม่เป็นธรรมในเรื่องอื่นๆ ก็อาจทำให้เป็นสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำต่ำได้

พระจอมเกล้าธนบุรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด มหาวิทยาลัยศิลปากร สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และอื่นๆ อาทิ มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ เครือข่ายศิลปะดนตรีคนพิการ มูลนิธิโกลดคิมทอง สมาคมกีฬาคนพิการแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมสถาปนิกสยามในพระบรมราชูปถัมภ์ มูลนิธิผู้หญิง มูลนิธิเพื่อนหญิง มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล มูลนิธิธีรนาถกาญจน์อักษร ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาสิทธิผู้หญิง ศูนย์ฝึกอบรมโครงการผู้หญิงเพื่อสันติภาพและความยุติธรรม ศูนย์การศึกษาและพัฒนาสิทธิมนุษยชน สมาคมเพศวิถีศึกษา มูลนิธิเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา เครือข่ายสตรีชนเผ่า มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย ชมรมผู้นำสุขภาวะมุสลิมไทย เครือข่ายชุมชนรักษ์สุขภาวะ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ศูนย์วิชาการและศูนย์ประสานงานแรงงานนอกระบบ สถาบันการเงิน หอการค้าจังหวัด สมาคมผู้ประกอบการ สภาอุตสาหกรรม คณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทย เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก และเกษตรกรพันธสัญญา มูลนิธิพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย สมาคมครอบครัวศึกษาแห่งประเทศไทย มูลนิธิกระจกเงา มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา มูลนิธิชุมชนไทย ศูนย์ปฏิบัติการร่วมเพื่อแก้ปัญหาประชาชนบนพื้นที่สูง มูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท มูลนิธิช่วยคนไร้พรมแดน มูลนิธิอภิวัดนสารธารณสุข ศูนย์ส่งเสริมสิทธิมนุษยชนภาคอีสาน มูลนิธิอารมณ พงศ์พจน์ มูลนิธินิคม จันทรวินทร สถาบันเพื่อชุมชนเกษตรกรรมยั่งยืน เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือกภาคอีสาน มูลนิธินวัตกรรมทางสังคม มูลนิธิสร้างสรรค์สังคมและสุขภาพ มูลนิธิการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม มูลนิธิไทยพีบีเอส สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม มูลนิธิอาชีวเวชศาสตร์ไทย สถาบันวิจัยและพัฒนาเพื่อเฝ้าระวังสภาวะไร้รัฐ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย และเครือข่ายสื่อมวลชน เป็นต้น

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานพัฒนาความรู้ และนวัตกรรม	๒๐๕
๒. กลุ่มแผนงานผลักดันนโยบาย	๓๗
๓. กลุ่มแผนงานพัฒนาศักยภาพภาคีและสื่อสารสังคม	๒๘
รวม	๒๗๐

๖

แผนสุขภาพะชุมชน

สถานการณ์และแนวโน้ม

แผนสุขภาพะชุมชนนำใช้ข้อมูลจากสถานการณ์และแนวโน้มที่ได้วิเคราะห์ไว้ในแผนสุขภาพะชุมชน ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐^{๑๔} ในการกำหนดแผนการดำเนินงาน ประจำปี ๒๕๕๘ โดยผลลัพธ์และผลกระทบจากการดำเนินงานจะต้องตอบสนองหรือสอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี และกรอบนโยบาย การจัดทำแผนหลัก ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ ของคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ เป็นช่วงเวลาของการปฏิรูปประเทศไทยในทุกด้านภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับชั่วคราว โดยเฉพาะการปฏิรูปกฎหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศโดยภาพรวม นับว่าเป็นโอกาสของแผนสุขภาพะชุมชนที่ได้สนับสนุนและเพิ่มขีดความสามารถการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นไว้เป็นฐาน (platform) ของการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบการกระจายอำนาจ รวมถึงการจัดกระบวนการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมในการผลักดันเรื่องการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการคืนอำนาจให้ประชาชนได้รับพิจารณาบรรจุไว้ในรัฐธรรมนูญและการปฏิรูปกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

จุดเน้นของแผน

การดำเนินงานของแผนสุขภาพะชุมชน ประจำปี ๒๕๕๘ เป็นการต่อยอดจากการดำเนินงานต่อเนื่องมา ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของระบบการปกครองท้องถิ่น การพัฒนาบุคลากรของชุมชนท้องถิ่น การบูรณาการกิจกรรมเชิงกระบวนการเข้าสู่มาตรฐานการปฏิบัติงานของหน่วยงานและองค์กรชุมชน และการแปลงชุดความรู้จากแผนอื่นของ สสส. ลงสู่การปฏิบัติของชุมชนหรือพื้นที่โดยยึดหลักการ ใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา (area-based development) และคำนึงถึงสุขภาพในทุกนโยบายของชุมชนท้องถิ่น (Health in all policies) สำหรับการทำงานประจำปี ๒๕๕๘ มีจุดเน้น ดังนี้

๑. การแปลงทุนความรู้ของการสร้างเสริมสุขภาพเชิงประเด็นลงสู่ปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่น เพื่อขยายฐานผู้รับผลประโยชน์ระดับบุคคลและครอบครัวให้มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพะตนเองและครอบครัว

^{๑๔} ประกอบด้วย ๔ ส่วนหลัก คือ ๑) สภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการจัดการสุขภาพะชุมชน ๒) การประเมินผลแผนสุขภาพะชุมชน ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ โดยคณะผู้ประเมินภายนอก ๓) ข้อเสนอแนะจากภาคี และ ๔) ทิศทางสังคมและศักยภาพของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่



๒. การบูรณาการการลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยส่งเสริมทางสุขภาพ โดยนำสาระผนวกเข้าไปในเครื่องมือการวิจัยชุมชน การพัฒนาระบบข้อมูล และหลักสูตรการเพิ่มศักยภาพของ ๕ นักสร้างเสริมสุขภาพชุมชนให้มีทักษะและขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพในหลากหลายวิธีการ รวมถึงการเพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาพโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน
๓. การมีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิรูปกฎหมายที่เกี่ยวข้องและการผลักดันให้มีการบัญญัติเรื่องการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น รวมถึงการจัดการสุขภาพชุมชน ไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับใหม่

ค่านิยมเชิงปฏิบัติการ ที่นำไปใช้ในแผนสุขภาพชุมชน

๑. ระบบการจัดการสุขภาพชุมชน หมายถึง การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นด้วยกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นสู่การเป็นชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ (สุขภาพ) โดยการเสริมพลังความร่วมมือให้องค์กรหลักในชุมชนทำบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างเต็มศักยภาพ อันมีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้เชื่อมประสานให้เกิดการพัฒนาแนวทางการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งด้านการเมืองการปกครอง สังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม และสุขภาพ จนเกิดเป็นระบบสนับสนุนการปฏิบัติการต่างๆ ขององค์กรหลัก แกนนำ กลุ่ม และเครือข่ายของประชาชน ซึ่งส่งผลให้มีผู้นำ - แกนนำ มีทักษะในการจัดการชุมชนตนเอง มีศักยภาพในการสร้างและใช้ความรู้ที่เกิดจากปฏิบัติการที่ได้ผลดีของชุมชนโดยชุมชน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และขับเคลื่อนกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นอย่างเป็นพลวัตควบคู่ไปกับปฏิบัติการจริงอย่างต่อเนื่อง
๒. การจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น หมายถึง การจัดการระบบการทำงานของพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งระดับหมู่บ้าน กลุ่มของหมู่บ้าน และตำบล ในการพัฒนางานด้านต่างๆ เพื่อเสริมศักยภาพให้สามารถจัดการเรียนรู้ ปรับตัว และจัดการปัญหาของตนเอง โดยใช้ข้อมูลและรูปธรรมการจัดการตนเองเป็นฐานในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ นำไปสู่การพัฒนานโยบายท้องถิ่นและนโยบายระดับชาติ
๓. ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพชุมชน^{๙๙} หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลและพื้นที่ในเขตรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ ที่มีกระบวนการค้นหาทุนและศักยภาพโดยใช้เครื่องมือวิจัยชุมชน และระบบข้อมูลตำบล มีการระบุชัดเจนถึงทุนที่มีศักยภาพในการทำหน้าที่เป็น “แหล่งเรียนรู้” มีการพัฒนาผู้รู้และแกนนำของแหล่งเรียนรู้ให้มีขีดความสามารถในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันภายในพื้นที่ของตนเองและเครือข่าย มีกระบวนการออกแบบการจัดการเรียนรู้ให้กับเครือข่าย และทำหน้าที่เป็นกลไกบริหารจัดการเครือข่ายและกระตุ้นให้เครือข่ายจัดกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อร่วมสร้างประเทศไทยให้น่าอยู่ที่มีการประกาศปณิธานร่วมกัน

^{๙๙} แผนหลักปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ ใช้ชื่อว่า “ศูนย์เรียนรู้ด้านการจัดการสุขภาพะสมิต หรือ แม่ข่าย”

๔. ระบบการจัดการจังหวัดน่าอยู่ หมายถึง การใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด ทำหน้าที่เป็นกลไกในการเชื่อมโยงองค์ความรู้จากปฏิบัติการจริงในแต่ละเรื่องที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัด โดยการร่วมกันขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหา และมีรูปธรรมการจัดการ อันสอดคล้องกับนโยบายสาธารณะของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่
๕. เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันวิชาการ หรือองค์กรทางวิชาการ องค์กรชุมชน องค์กรภาคประชาสังคม และสำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน (สำนัก ๓) ที่มีเป้าหมายเพื่อร่วมขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นให้น่าอยู่ โดยมีบทบาทสำคัญในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน การผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับตำบล เครือข่าย และจังหวัด รวมถึงการขับเคลื่อนและรณรงค์ให้มีการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคืนอำนาจให้ชุมชน
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)^{๔๐} ในการพัฒนาทักษะด้านการถอดบทเรียนและการเขียนสรุปข้อมูลทุนทางสังคมและศักยภาพของกลุ่มหรือแหล่งปฏิบัติการในพื้นที่ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง โดยการนำใช้ศักยภาพในการจัดการปัญหาสู่การจัดการตนเองในระดับพื้นที่ รวมถึงการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงกับองค์กรและหน่วยงานหนุนเสริมเพื่อเข้ามาเกื้อกูลให้ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองได้ดีขึ้น
๙. ระบบข้อมูลตำบล หมายถึง การจัดทำข้อมูลตำบล (Thailand Community Networking Appraisal Program : TCNAP) ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบ ใช้ข้อมูล และเป็นเจ้าของ โดยการสร้างทีมพัฒนาฐานข้อมูลตำบล

^{๔๐} มีการปรับปรุงให้มีการประเมินระดับหมู่บ้านที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและใช้ข้อมูลของชุมชนเพื่อจัดการกับปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการ และวิถีชีวิตของแต่ละชุมชน จนเกิดการพึ่งตนเองและนำไปสู่การพัฒนาตำบลสู่การเป็นตำบล สุขภาวะที่ยั่งยืน

๑๐. การพัฒนาศักยภาพ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของชุมชนท้องถิ่นที่สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาแนวคิด ความรู้ ทักษะ วิธีการทำงาน และความสามารถในด้านอื่นๆ ภายใต้กระบวนการและกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การประชุม การอบรม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสรุปบทเรียน การถอดบทเรียน การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง และการเรียนรู้ข้ามพื้นที่ หรือการศึกษาดูงาน เพื่อนำมาขยายระดับการทำงานในพื้นที่และเครือข่าย
๑๑. ชุดความรู้ หมายถึง ความรู้ที่เกิดจากการถอดบทเรียน การวิจัยและพัฒนา กระบวนการทำงาน ของพื้นที่และเครือข่ายในการเพิ่มศักยภาพระบบการจัดการตนเองของพื้นที่สู่การจัดการตนเอง ของชุมชนท้องถิ่น เพื่อใช้ในการถ่ายทอดให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาพื้นที่และเครือข่ายต่อไป
๑๒. การจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การประเมินและ ถอดบทเรียนทุนทางสังคมของพื้นที่ เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลจากปฏิบัติการที่จะส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาวะอันจะทำให้คนในชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น โดยในเบื้องต้นประกอบด้วย ๑๑ ประเด็น ดังนี้ ๑) การควบคุมการบริโภคยาสูบ ๒) การควบคุม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดอุบัติเหตุจราจร ๓) ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ๔) ครอบครัว อ่อน ๕) การเฝ้าระวังตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ๖) พัฒนาการเด็กปฐมวัย ๗) สุขภาพวัยรุ่น ๘) สร้างเสริม สุขภาพในโรงเรียน ๙) การดูแลสุขภาพผู้พิการและผู้ยากไร้ ๑๐) อาหารเพื่อสุขภาพ และ ๑๑) การจัดการ สิ่งแวดล้อมและมลพิษ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทเรียนการจัดการตนเองและมีขีดความสามารถในการจัดการเรียนรู้ได้ทำหน้าที่เป็น “ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน”
๒. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครใจเข้าร่วมเรียนรู้กับศูนย์ จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนได้พัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาวะชุมชนที่แสดง รูปธรรมของการจัดการตนเอง การจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ และการลดปัญหาทาง สุขภาพได้
๓. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการรวมตัวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีในจังหวัด เดียวกันขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ^{๔๑} เพื่อสุขภาพระดับจังหวัดและร่วมสร้างจังหวัดน่าอยู่
๔. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้สถาบันวิชาการดำเนินการวิจัยร่วมกับชุมชนท้องถิ่นในการแก้ไข ปัญหาเฉพาะและค้นหาแนวทางใหม่ในการจัดการสุขภาวะชุมชน รวมถึงการนำข้อความรู้ จากการวิจัยไปประยุกต์ใช้ได้ในพื้นที่อื่น

^{๔๑} นโยบายสาธารณะ ประกอบด้วย ๔ ประเด็น ๑) ด้านการบริหารจัดการท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม ๒) ด้านการจัดสวัสดิการสังคมโดยชุมชน ๓) ด้านเกษตรกรรมยั่งยืน ๔) ด้านการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ๕) ด้านการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน ๖) ด้านการดูแลสุขภาพชุมชนโดยชุมชน ๗) ด้านการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนท้องถิ่น และ ๘) การลงทุนด้านสุขภาพโดยชุมชน

๕. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาทักษะและขีดความสามารถบุคลากรของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการตนเองและพัฒนาระบบข้อมูลที่ใช้ในกระบวนการจัดการตนเอง การกำหนดเป้าหมายการพัฒนา สุขภาวะ และการลดปัญหาทางสุขภาพของประชาชนในพื้นที่
๖. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือประเมินความก้าวหน้าความเข้มแข็งของชุมชนและการจัดการสุขภาวะโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ใช้และบูรณาการเข้าสู่ระบบการทำงานในระดับองค์กรและกลุ่มทางสังคม

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนใหม่จำนวน ๑๕ แห่ง ที่บริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทเรียนจากการจัดการตนเองและมีขีดความสามารถในการจัดการเรียนรู้ร่วมกับเครือข่าย
๒. ปรับปรุงศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเดิม จำนวนไม่น้อยกว่า ๘๐ แห่ง ให้มีการดำเนินงานสอดคล้องกับแผนสุขภาวะชุมชน ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐
๓. เกิดศูนย์ฝึกอบรม การใช้เครื่องมือการวิจัยชุมชน^{๔๒} และพัฒนาระบบข้อมูลตำบล^{๔๓} ที่มีการใช้ข้อมูลพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม จำนวนไม่น้อยกว่า ๔๐ แห่ง โดยเป็นการทำงานร่วมกันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถาบันวิชาการ
๔. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๑,๕๐๐ แห่ง^{๔๔} เข้าร่วมเรียนรู้ต่อเนื่องและสร้างรูปธรรมการจัดการตนเอง รวมทั้งการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การเพิ่มปัจจัยเสริมสร้างสุขภาพ และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ โดยใช้บทเรียนจากการเรียนรู้ร่วมกับศูนย์จัดการเครือข่าย สุขภาวะชุมชนและการจัดการความรู้เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่
๕. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๖๐๐ แห่ง ร่วมกับภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และภาคยุทธศาสตร์ นำบทเรียนจากการจัดการตนเองมากำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ในระดับพื้นที่ ระดับเครือข่าย และระดับประเทศ
๖. พัฒนาศักยภาพการใช้เครื่องมือเพื่อทำวิจัยชุมชนและการพัฒนาระบบข้อมูล เพื่อใช้ในการออกแบบและพัฒนาระบบการจัดการสุขภาวะชุมชนในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๖๐๐ แห่ง

^{๔๒} Rapid Ethnographic Community Assessment Process : RECAP

^{๔๓} Thailand Community Network Appraisal Program : TCNAP

^{๔๔} องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายที่ยังคงอยู่ในขบวนการเรียนรู้ร่วมกันกับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน



๗. เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะระดับจังหวัด จำนวนไม่น้อยกว่า ๔ ประเด็น จากการทำงานร่วมกันของเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด รวมถึงการตอบสนองต่อการสร้างการเปลี่ยนแปลงสอดคล้องกับปฏิรูปประเทศไทย
๘. เกิดระบบการจัดการจังหวัดน่าอยู่ จำนวนไม่น้อยกว่า ๗ จังหวัด^{๔๕} จากการทำงานร่วมกันของเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด โดยใช้ข้อมูลและรูปธรรมการจัดการตนเองเป็นพื้นฐานในการกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาวะ รวมถึงตอบสนองต่อการปฏิรูปประเทศไทยและการปฏิรูปกฎหมายที่เกี่ยวกับการกระจายอำนาจ
๙. มีสถาบันทางวิชาการหรือองค์กรทางวิชาการ จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ แห่ง ดำเนินการวิจัยร่วมกับชุมชนท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาเฉพาะประเด็นและค้นหาแนวทางใหม่ในการจัดการปัญหาโดยข้อความรู้จากการวิจัยนำไปประยุกต์ใช้ได้ในพื้นที่อื่น
๑๐. มีบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน และบุคลากรของหน่วยงานในพื้นที่ที่มีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาวะชุมชนและสนับสนุนการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ตนเอง และเครือข่าย จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐,๐๐๐ คน
๑๑. เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีขีดความสามารถในการจัดการพื้นที่ของตนเองและการผลักดันนโยบายสาธารณะระดับเครือข่าย จำนวนไม่น้อยกว่า ๔๐๐ คน

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ยกระดับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะจำนวน ๖ แห่ง^{๔๖} ที่บริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและมีพื้นฐานจากบทเรียนจากการจัดการตนเองและมีขีดความสามารถในการจัดการเรียนรู้ร่วมกับเครือข่ายตามความเชี่ยวชาญเฉพาะในด้านการดูแลสุขภาพ (รวมการดูแลผู้สูงอายุ) เกษตรกรรมเพื่ออาหารปลอดภัย สุขภาวะเด็กและเยาวชน และการจัดการสิ่งแวดล้อมและมลภาวะ
๒. เกิดนวัตกรรมจัดการปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยส่งเสริมทางสุขภาพ จำนวน ๔ ประเด็น ประกอบด้วย การควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ การลดอุบัติเหตุจราจร และการจัดการอาหารเพื่อสุขภาพ โดยแต่ละประเด็นมีรูปแบบการดำเนินงานที่วัดการเปลี่ยนแปลงได้และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกการขับเคลื่อน ประเด็นละไม่น้อยกว่า ๔๐ แห่ง
๓. เกิดนวัตกรรมดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรเฉพาะ จำนวน ๔ กลุ่ม ประกอบด้วย เด็กปฐมวัย วัยรุ่น ผู้สูงอายุ คนพิการ โดยแต่ละกลุ่มมีรูปแบบการดำเนินงานที่วัดการเปลี่ยนแปลงได้และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกการขับเคลื่อน กลุ่มประชากรละไม่น้อยกว่า ๔๐ แห่ง

^{๔๕} ข้อมูลการกระจายตัวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย โดยจังหวัดที่มีจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย ที่มีแนวโน้มมากที่สุด ๗๕

^{๔๖} เช่น แม่ฮ่องสอน ลำพูน กำแพงเพชร อุทัยธานี สุโขทัย เพชรบูรณ์ เป็นต้น

๔. เกิดนวัตกรรมองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศาสนสถาน (วัด มัสยิด โบสถ์) โดยแต่ละกลุ่มมีรูปแบบการดำเนินงานที่วัดการเปลี่ยนแปลงได้และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกการขับเคลื่อน แต่ละประเภทไม่น้อยกว่า ๒๐๐ แห่ง
๕. เกิดชุดความรู้การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและการเพิ่มปัจจัยส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา และนำไปประยุกต์ใช้ขยายผลได้ จำนวน ๕ เรื่อง
๖. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ร่วมรณรงค์ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ พร้อมทั้งมีการประเมินความก้าวหน้าของการจัดการสุขภาวะที่เกิดขึ้นจากการรณรงค์ตามทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา ที่เกิดขึ้นจากการรณรงค์และกิจกรรมของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

แนวทางการดำเนินงาน

๑. พัฒนากลไกจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน โดยการสนับสนุนให้เกิดศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนและยกระดับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ที่มีขีดความสามารถใน ๓ ด้าน ประกอบด้วย สร้างการเรียนรู้ สร้างสุขภาพ และสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยจะต้องส่งผลกระทบต่อเนื่องให้เกิดการพัฒนาด้าน สังคม สุขภาพ เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของชุมชนท้องถิ่นที่ประเมินความก้าวหน้าของการพัฒนาได้ รวมถึงการเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรของชุมชนท้องถิ่น
๒. พัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา เน้นการสนับสนุนความคิดและวิธีการใหม่ๆ ในการจัดการสุขภาวะชุมชน (ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ) ที่ดำเนินการโดยชุมชนท้องถิ่น และมีการบูรณาการเข้าสู่กระบวนการดำเนินการปกติ รวมถึงการเผยแพร่ในภาคสร้างเสริมสุขภาพ
๓. สร้างความร่วมมือระหว่างสถาบันวิชาการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดการความรู้จากปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่นและการวิจัยเพื่อสอบถามกับผู้ชำนาญการในเรื่องนั้นๆ เพื่อให้ได้ความรู้ที่แท้จริงอย่างเป็นระบบนำไปใช้ในกระบวนการจัดการสุขภาวะชุมชน
๔. เสริมสร้างศักยภาพและเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการเปลี่ยนแปลง ในการจัดการตนเองอย่างมืออาชีพโดยเฉพาะการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและการลดปัญหาสุขภาพ รวมถึงการมีทักษะในการพัฒนาวิธีการใหม่และบูรณาการเข้าสู่มาตรฐานการปฏิบัติงานขององค์กร

กลุ่มแผนงาน

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

๑. แผนงานสนับสนุนการจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน

เป็นการสนับสนุนให้เกิดศูนย์การจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนและยกระดับศูนย์การจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ เพื่อทำหน้าที่ ๓ ประการคือ ๑) สร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของผู้นำชุมชนท้องถิ่นทั้งในชุมชนและเครือข่าย ๒) เป็นกลไกการขับเคลื่อนและจัดการเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่และบูรณาการข้ามเครือข่าย ๓) สร้างและพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชนโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

(๑) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำหน้าที่เป็น “ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน” ดำเนินการวิจัยชุมชนในการค้นหาทุนทางสังคมและศักยภาพของพื้นที่ ประมวลทุนทางสังคมและศักยภาพให้เป็นระบบของการจัดการสุขภาวะชุมชนของพื้นที่ สำหรับการปฏิบัติจริงของพื้นที่ที่มีความชัดเจนของแนวคิดหรือหลักการสำคัญ วิธีการ และการจัดการปัจจัยที่จำเป็นในพัฒนาได้ จะถูกนำมาเป็น “แหล่งเรียนรู้” ที่ใช้กระตุ้นการเรียนรู้ร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย เช่น การจัดการคนที่เป็นผู้นำและผู้ปฏิบัติ การจัดการงานและกิจกรรมของแหล่งเรียนรู้ การจัดการข้อมูลและความรู้เพื่อใช้ในการออกแบบการดำเนินงาน การจัดการความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกับแหล่งเรียนรู้อื่น การบูรณาการกับเครือข่ายหน่วยงานหรือองค์กรที่มาหนุนเสริม และการระบุถึงผลลัพธ์และผลกระทบจากปฏิบัติการของแหล่งเรียนรู้ในการลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ

(๒) ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนที่มีการดำเนินงานมาต่อเนื่องอย่างน้อย ๓ ปี จะต้องวิเคราะห์ให้เห็นความชำนาญเฉพาะที่เป็นทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนท้องถิ่น และยกระดับเป็น “ศูนย์การจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะ”^{๔๔} ที่ทำหน้าที่จัดการเรียนรู้ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายที่มีความโดดเด่นในเรื่องเฉพาะเพื่อร่วมกันพัฒนาให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายโดยเฉพาะการพัฒนานวัตกรรมด้านการดูแลสุขภาพ (การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ) เกษตรกรรมเพื่ออาหารปลอดภัย สุขภาวะเด็กและเยาวชน และการจัดการสิ่งแวดล้อมและมลภาวะ

(๓) ทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายมีการจัดทำระบบข้อมูลตำบล ให้เป็นเครื่องมือในสร้างการเรียนรู้ สร้างการมีส่วนร่วม และสร้างความเป็นเจ้าของ ในกระบวนการกำหนดเป้าหมายร่วม และกำหนดแนวทางการพัฒนาที่มาจากฉันทมติของสมาชิกในชุมชนท้องถิ่น ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมการใช้ข้อมูลของประชาชน ผู้นำทุกประเภททุกระดับในชุมชนท้องถิ่น โดยศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนจะต้องมีขีดความสามารถในการทำหน้าที่เป็น “ศูนย์ฝึกอบรมด้านการพัฒนาระบบข้อมูลตำบล”

(๔) ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนจัดทำหลักสูตรการเรียนรู้ร่วมกับเครือข่าย โดยการประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลให้เป็นกลุ่มของแหล่งเรียนรู้ที่มีแนวคิดและหลักการที่มีเป้าหมายเดียวกัน อยู่ในกลุ่มเดียวกัน จึงนำมาออกแบบเป็นหลักสูตรการเรียนรู้ที่สามารถกระตุ้นและสร้างความเข้าใจให้กับผู้นำชุมชนท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย รวมถึงมีการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การเรียนรู้อย่างมีพลัง โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและแรงบันดาลใจของผู้นำชุมชนท้องถิ่นในการขับเคลื่อนการพัฒนาพื้นที่ของตนเอง และมีการนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนเอง

^{๔๔} ดำเนินการร่วมกับแผนงานพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชนตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา

(๕) ทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายจัดทำหลักสูตรการเรียนรู้ภายในโดยใช้ข้อมูลจากการวิจัยชุมชนและข้อมูลจากระบบข้อมูลตำบลเป็นสาระในการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสม โดยออกแบบแนวทางการเรียนรู้ที่นำประสบการณ์แต่ละแหล่งเรียนรู้ของศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน มาเป็นระดับเทียบเคียง (benchmark)

(๖) ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายจัดทำข้อตกลงร่วมกันที่จะขับเคลื่อนประเด็นระดับเครือข่าย จำนวนไม่น้อยกว่า ๓ ประเด็น ตามที่ได้ร่วมกันประกาศปฏิญญาของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ในวันที่ ๓ มีนาคมของทุกปี โดยแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องนำไปสู่ปฏิบัติการจริงในพื้นที่ รวมถึงบูรณาการเข้าสู่งานประจำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรในพื้นที่

(๗) ทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายสร้างและพัฒนานวัตกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงและการเพิ่มปัจจัยส่งเสริมสุขภาพในแต่ละกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้องและขับเคลื่อนองค์กรในพื้นที่ให้มีการพัฒนาองค์กรตนเองเป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ

(๘) พัฒนาศักยภาพ ๕ นักสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนด้วยการจัดทำหลักสูตรการพัฒนาทักษะในงานประจำและจัดทำหลักสูตรเฉพาะเพื่อเพิ่มขีดความสามารถเฉพาะโดยการทำงานร่วมกับสถาบันวิชาการ รวมถึงการรวมตัวเป็นเครือข่ายของแต่ละนักสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนให้เป็นกลไกจัดการความรู้ การบูรณาการกับภาคยุทธศาสตร์ และร่วมขับเคลื่อนนโยบายระดับเครือข่าย จังหวัด และประเทศ

(๙) มีการรวมตัวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายที่อยู่ในจังหวัดเดียวกันและเชื่อมโยงการทำงานร่วมกับภาคีร่วมพัฒนา ทั้งภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด โดยใช้ข้อมูลและรูปธรรมการจัดการตนเองเป็นพื้นฐานในการกำหนดทิศทาง การขับเคลื่อนการจัดการสุขภาวะในภาพรวมของจังหวัด โดยให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะตามปฏิญญาของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ที่ได้ประกาศร่วมกัน รวมถึงการตอบสนองต่อการปฏิรูปประเทศไทยและการปฏิรูปกฎหมายที่เกี่ยวกับการกระจายอำนาจ

(๑๐) สนับสนุนให้มีการพัฒนากลไกและระบบการจัดการระดับจังหวัด ที่มีบทบาทในการเชื่อมโยงงานและกิจกรรมกับระดับพื้นที่และตำบลในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะที่ให้ความสำคัญกับการใช้ทุนและศักยภาพของพื้นที่และบูรณาการกับทุนจากภายนอก อันนำไปสู่การจัดการสุขภาวะเฉพาะประเด็นระดับเครือข่ายและจังหวัด

เป้าหมายและตัวชี้วัด

(๑) เกิดศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนใหม่ จำนวน ๑๕ แห่ง ที่บริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทเรียนจากการจัดการตนเองและมีขีดความสามารถในการจัดการเรียนรู้ร่วมกับเครือข่าย

(๒) ปรับปรุงศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเดิม จำนวนไม่น้อยกว่า ๘๐ แห่ง ให้มีการดำเนินงานสอดคล้องกับแผนสุขภาวะชุมชน ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐

(๓) ยกระดับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ จำนวน ๖ แห่ง ที่บริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและมีพื้นฐานจากบทเรียนจากการจัดการตนเองและมีขีดความ



สามารถในการจัดการเรียนรู้ร่วมกับเครือข่ายตามความเชี่ยวชาญเฉพาะในด้านการดูแลสุขภาพ (รวมการดูแลผู้สูงอายุ) เกษตรกรรมเพื่ออาหารปลอดภัย สุขภาวะเด็กและเยาวชน และการจัดการสิ่งแวดล้อมและมลภาวะ

(๔) เกิดศูนย์ฝึกอบรม การใช้เครื่องมือการวิจัยชุมชน และพัฒนาระบบข้อมูลตำบล ที่มีการใช้ข้อมูลพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาพชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม จำนวนไม่น้อยกว่า ๔๐ แห่ง โดยเป็นการทำงานร่วมกันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถาบันวิชาการ

(๕) เมืองปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๑,๕๐๐ แห่ง^{๔๔} เข้าร่วมเรียนรู้ต่อเนื่องและสร้างรูปธรรมการจัดการตนเอง รวมทั้งการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การเพิ่มปัจจัยเสริมสร้างสุขภาพ และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ โดยใช้บทเรียนจากการเรียนรู้ร่วมกับศูนย์จัดการเครือข่าย สุขภาวะชุมชน และการจัดการความรู้เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

(๖) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๖๐๐ แห่ง ร่วมกับภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และภาคยุทธศาสตร์ นำบทเรียนจากการจัดการตนเองมากำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ในระดับพื้นที่ ระดับเครือข่าย และระดับประเทศ

(๗) พัฒนาศักยภาพการใช้เครื่องมือเพื่อทำวิจัยชุมชนและการพัฒนาระบบข้อมูล เพื่อใช้ในการออกแบบและพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพชุมชนในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๖๐๐ แห่ง

(๘) เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับจังหวัด จำนวนไม่น้อยกว่า ๔ ประเด็น จากการทำงานร่วมกันของเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด รวมถึงการตอบสนองต่อการสร้างการเปลี่ยนแปลงสอดคล้องกับการปฏิรูปประเทศไทย

(๙) เกิดระบบการจัดการจังหวัดน่าอยู่ จำนวนไม่น้อยกว่า ๗ จังหวัด^{๔๕} จากการทำงานร่วมกันของเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด โดยใช้ข้อมูลและรูปธรรมการจัดการตนเองเป็นพื้นฐานในการกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพ รวมถึงตอบสนองต่อการปฏิรูปประเทศไทยและการปฏิรูปกฎหมายที่เกี่ยวกับการกระจายอำนาจ

(๑๐) มีบุคลากร^{๔๖} ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน และบุคลากรของหน่วยงานในพื้นที่ที่มีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพชุมชนและสนับสนุนการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ตนเองและเครือข่าย จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐,๐๐๐ คน

^{๔๔} องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายที่ยังคงอยู่ในขบวนการเรียนรู้ร่วมกับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพชุมชน

^{๔๕} ข้อมูลการกระจายตัวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย โดยจังหวัดที่มีจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย ที่มีแนวโน้มมากร้อยละ ๘๐ เช่น แม่ฮ่องสอน ลำพูน กำแพงเพชร อุทัยธานี สุโขทัย เพชรบูรณ์ เป็นต้น

^{๔๖} เป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการบูรณาการภายในแผนสุขภาพชุมชน

๒. แผนงานพัฒนานวัตกรรมการจัดการสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา

เป็นการสนับสนุนความคิดและวิธีการใหม่ๆ ในการจัดการสุขภาวะชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ๑๐ ปีของ สสส. จึงกำหนดเป้าหมายในการสนับสนุนเพื่อพัฒนานวัตกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรเฉพาะ จำนวน ๔ กลุ่มเป้าหมาย และองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการถอดบทเรียนจากนวัตกรรมที่กล่าวมาข้างต้นและประมวลเป็นชุดความรู้เพื่อนำใช้ในการขยายฐานผู้รับประโยชน์และบูรณาการเข้าสู่กระบวนการดำเนินงานปกติของชุมชนท้องถิ่น โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

(๑) สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยชุมชนและระบบข้อมูลตำบลเพื่อใช้ในการออกแบบงานและกิจกรรมในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ จำนวน ๔ ประเด็น ประกอบด้วย การควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดอุบัติเหตุจราจร และการจัดการอาหารเพื่อสุขภาพ โดยสถาบันวิชาการหรือองค์กรวิชาการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อประมวลบทเรียนเป็นชุดความรู้ที่ขยายผลในเครือข่ายและข้ามเครือข่าย รวมถึงบูรณาการเข้าสู่กระบวนการและขั้นตอนในการจัดทำแผนพัฒนาของภาคร่วมพัฒนาในพื้นที่

(๒) สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยชุมชนและระบบข้อมูลตำบลเพื่อใช้ในการออกแบบงานและกิจกรรมในการดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรเฉพาะ จำนวน ๔ กลุ่ม ประกอบด้วย เด็กปฐมวัย วัยรุ่น ผู้สูงอายุ คนพิการ โดยสถาบันวิชาการหรือองค์กรวิชาการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อประมวลบทเรียนเป็นชุดความรู้ที่ขยายผลในเครือข่ายและข้ามเครือข่าย รวมถึงบูรณาการเข้าสู่กระบวนการและขั้นตอนในการจัดทำแผนพัฒนาของภาคร่วมพัฒนาในพื้นที่

(๓) สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยชุมชนและระบบข้อมูลตำบลเพื่อใช้ในการปรึกษาหารือกับผู้นำหรือกลไกกำกับขององค์กรในพื้นที่ อันประกอบด้วย โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และศาสนสถาน (วัด มัสยิด โบสถ์) ในการกำหนดแนวทางและออกแบบกิจกรรมที่จะทำให้เกิดนวัตกรรมองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีสถาบันวิชาการหรือองค์กรวิชาการ^{๙๙} จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อประมวลบทเรียนเป็นชุดความรู้ที่ใช้ในการขยายผลภายในเครือข่ายและข้ามเครือข่าย รวมถึงบูรณาการเข้าสู่กระบวนการและขั้นตอนในการจัดทำแผนพัฒนาพื้นที่ของภาคร่วมพัฒนาในพื้นที่

(๔) ประสานความร่วมมือกับแผนอื่นของ สสส. ภาควิทยาศาสตร์ และสถาบันวิชาการ ในการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีกลไกการจัดการความรู้และสร้างเครื่องมือสำหรับการจัดการเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาวัตกรรมการจัดการสุขภาวะชุมชนที่มีรูปธรรมของการปฏิบัติ รวมถึงการพัฒนาเป็นเครื่องมือทางวิชาการและคู่มือการบูรณาการ โดยองค์กรและหน่วยงานสามารถนำไปปรับใช้ในการส่งเสริมการทำงานบูรณาการและสร้างวัฒนธรรมการทำงานขององค์กรที่คำนึงถึงสุขภาพในทุกกิจกรรม

^{๙๙} ดำเนินการร่วมกับแผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และสร้างองค์ความรู้

เป้าหมายและตัวชี้วัด

(๑) เกิดนวัตกรรมการจัดการปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยส่งเสริมทางสุขภาพ จำนวน ๔ ประเด็น ประกอบด้วย การควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดอุบัติเหตุจราจร และการจัดการอาหารเพื่อสุขภาพ โดยแต่ละประเด็นมีรูปแบบการดำเนินงานที่วัดการเปลี่ยนแปลงได้และเมืองปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกการขับเคลื่อน ประเด็นละไม่น้อยกว่า ๔๐ แห่ง

(๒) เกิดนวัตกรรมการดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรเฉพาะ จำนวน ๔ กลุ่ม ประกอบด้วย เด็กปฐมวัย วัยรุ่น ผู้สูงอายุ คนพิการ โดยแต่ละกลุ่มมีรูปแบบการดำเนินงานที่วัดการเปลี่ยนแปลงได้และเมืองปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกการขับเคลื่อน กลุ่มประชากรละไม่น้อยกว่า ๔๐ แห่ง

(๓) เกิดนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศาสนสถาน (วัด มัสยิด โบสถ์) โดยแต่ละกลุ่มมีรูปแบบการดำเนินงานที่วัดการเปลี่ยนแปลงได้และเมืองปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกการขับเคลื่อน แต่ละประเภทไม่น้อยกว่า ๒๐๐ แห่ง

(๔) เกิดชุดความรู้^{๓๓} การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและการเพิ่มปัจจัยส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา และนำไปประยุกต์ใช้ขยายผลได้ จำนวน ๕ เรื่อง

(๕) เมืองปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ร่วมรณรงค์ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและเพิ่มปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งมีการประเมินความก้าวหน้าของการจัดการสุขภาวะที่เกิดขึ้นจากการรณรงค์ตามทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา ที่เกิดขึ้นจากการรณรงค์และกิจกรรมของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

๓. แผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และสร้างองค์ความรู้

เป็นการสนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันของนักวิชาการจากสถาบันวิชาการหรือสถาบันการศึกษา กับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนและกลไกการจัดการจังหวัดน่าอยู่ ด้วยการถอดบทเรียนการปฏิบัติการจริง การวิจัยและพัฒนากระบวนการทำงานของพื้นที่และเครือข่ายในการเพิ่มศักยภาพระบบการจัดการตนเองของพื้นที่ การตอบสนองปัญหาและความจำเป็นของพื้นที่ ผลลัพธ์การจัดการตนเองของพื้นที่สู่การเพิ่มขีดความสามารถการพัฒนาสุขภาวะของชุมชนท้องถิ่น เพื่อใช้ในการถ่ายทอดให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาพื้นที่และเครือข่าย ใน ๔ ลักษณะ คือ

(๑) การอธิบายสถานะ (self-management profile) การจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น เพื่อจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยส่งเสริมทางสุขภาพ ทั้งในระดับตำบล และระดับจังหวัด ที่แสดงการเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์ของการจัดการตนเองโดยเมืองปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกลไกการจัดการ กระบวนการและวิธีการจัดการตนเองขององค์กรชุมชน ภาคประชาชน หน่วยงานรัฐในพื้นที่ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการสุขภาวะของชุมชนท้องถิ่น

(๒) การพัฒนาเครื่องมือ (tools) ในการเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการตนเองให้กับชุมชนท้องถิ่น และสถาบันวิชาการ ในรูปแบบของ คู่มือ แนวทาง รูปแบบและวิธีการทำงาน หลักสูตรการเพิ่มทักษะสำหรับผู้นำข้อเสนอโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างงานใหม่ ตลอดจน เครื่องมือการวิจัยที่ได้รับการตรวจสอบตามหลักวิชาการแล้ว ได้แก่ แบบสำรวจ แบบวัด วิธีการและขั้นตอนการวิจัยชุมชน วิธีการ

^{๓๓} ดำเนินการร่วมกับแผนงานพัฒนานวัตกรรมการจัดการสุขภาวะชุมชนตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา และแผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และการสร้างองค์ความรู้

สังเคราะห์ข้อมูลจากปฏิบัติการจริงในพื้นที่ให้เป็นข้อความรู้ที่สามารถเทียบเคียงกับสากลได้ และระบบข้อมูล เป็นต้น

(๓) การสรุปรูปธรรมเทคนิคและวิธีการ (techniques and methods) ของระบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นจากนวัตกรรมในเรื่องต่างๆ องค์กรต่างๆ และระดับต่างๆ ครอบคลุมการจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในโครงการจัดการพื้นที่ระดับตำบลและระดับจังหวัด

(๔) การพัฒนาแนวทางที่เป็นไปได้ในการสนับสนุนการทำงานร่วมกัน (partnership building) และความร่วมมือของผู้นำการเปลี่ยนแปลงจากชุมชนท้องถิ่น สถาบันวิชาการ และองค์กรภาคียุทธศาสตร์

โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

(๑) สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างสถาบันวิชาการหรือองค์กรทางวิชาการกับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนและกลไกการจัดการจังหวัดน่ายู่ในการกำหนดโจทย์และทำการวิจัยและพัฒนาระบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นเพื่อการจัดการสุขภาวะชุมชนในมิติต่างๆ โดยพื้นที่เป็นฐาน

(๒) สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างสถาบันวิชาการ หรือองค์กรทางวิชาการกับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนและกลไกการจัดการจังหวัดน่ายู่ในการกำหนดตัวชี้วัดสถานะการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น การเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์ของการจัดการตนเอง จนสามารถสังเคราะห์เป็นนิยามอันเกิดจากปฏิบัติการจริงของวาทกรรม “ตำบลน่ายู่ จังหวัดน่ายู่” และ “ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น”

(๓) สนับสนุนและส่งเสริมสถาบันวิชาการหรือองค์กรทางวิชาการให้พัฒนาวิธีการและขั้นตอนการทำงานวิชาการและการจัดการความรู้ อันเกิดขึ้นในระบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น จนสามารถสรุปเป็นแนวทาง คู่มือ หลักสูตรและบทเรียน และใช้ในการเพิ่มสมรรถนะนักวิชาการชุมชนท้องถิ่นได้

(๔) สนับสนุนและส่งเสริมนักวิชาการชุมชนท้องถิ่นให้จับคู่ทำงานวิจัยและพัฒนา ร่วมกับนักวิชาการจากสถาบันวิชาการหรือองค์กรทางวิชาการ ในการวิจัยเพื่อใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนในการขับเคลื่อนการยกระดับงานในประเด็นเฉพาะที่เชี่ยวชาญ

(๕) สนับสนุนและส่งเสริมสถาบันวิชาการหรือองค์กรทางวิชาการให้ทำงานร่วมกับผู้นำการเปลี่ยนแปลงในชุมชนท้องถิ่นในการสังเคราะห์ผลของการใช้คู่มือ แนวทาง รูปแบบ วิธีการ ขั้นตอนการทำงาน ในระบบการจัดการตนเองในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่ายู่เพื่อลดปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ในกลุ่มประชากรเฉพาะและในองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ และคัดสรรส่วนที่ได้ผลดีจริงมาพัฒนาเป็นแนวทางการทำงานและหลักสูตรสำหรับเพิ่มสมรรถนะผู้นำกลุ่มต่างๆ

(๖) สนับสนุนและส่งเสริมสถาบันวิชาการ หรือองค์กรทางวิชาการ ให้กำหนดแนวทางการจัดการเรียนรู้และการฝึกอบรมร่วมกับชุมชนท้องถิ่น โดยหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นจากปฏิบัติการจริงของระบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น และมีการวิเคราะห์ผลการใช้หลักสูตรดังกล่าวเพื่อปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง



(๗) สนับสนุนและส่งเสริมสถาบันวิชาการ หรือองค์กรทางวิชาการให้มีการสังเคราะห์รูปธรรม และนวัตกรรมในเรื่องต่างๆ และระดับต่างๆ องค์กรสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ ในพื้นที่ ครอบคลุมการจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ให้เป็นความรู้ทั่วไปที่ใช้ในการขยายผู้รับประโยชน์ทั้งเชิงพื้นที่ ต่อยอดงานโดยการพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย และบูรณาการการทำงานกับภาคยุทธศาสตร์หรือภาครัฐที่ผูกเข้าเป็นภารกิจประจำของหน่วยงานและการรณรงค์

(๘) จัดให้มีการติดตาม กำกับ และประเมินผล ตามหลักเกณฑ์ที่ สสส. กำหนด และสนับสนุนให้มีการสังเคราะห์ผลจากการประเมิน พัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานของแผนสุขภาพะชุมชนในช่วงต่อไป รวมถึงการใช้ระบบข้อมูลตำบลในการพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น ในประเด็นต่างๆ และตัวชี้วัดชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง

เป้าหมายและตัวชี้วัด

(๑) สถาบันวิชาการหรือองค์กรทางวิชาการ จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ แห่ง มีการดำเนินการวิจัยร่วมกับชุมชนท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาเฉพาะประเด็นและค้นหาแนวทางใหม่ในการจัดการปัญหา และสังเคราะห์ข้อความรู้ที่เกิดขึ้นให้เป็นทางเลือกในการนำไปใช้ในพื้นที่อื่นได้

(๒) เกิดชุดความรู้การพัฒนาวัฒนธรรมอันเป็นผลจากกระบวนการวิจัยและพัฒนาโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน และเมืองศรปกรองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกการขับเคลื่อน ที่แสดงโอกาสและแนวทางการยกระดับการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบและมีรูปแบบการดำเนินงานที่วัดการเปลี่ยนแปลงได้ ครอบคลุมการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรเฉพาะ และองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ

(๓) เกิดชุดความรู้การพัฒนากระบวนการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น เพื่อลดปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ที่เกิดจากการสังเคราะห์จากปฏิบัติการจริงและการสอบถามในพื้นที่ เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ จนสามารถใช้เป็นความรู้ทั่วไปได้ที่ผ่านการพัฒนาเป็นนิยามและตัวชี้วัด เครื่องมือเพิ่มขีดความสามารถ รูปแบบแนวทางของกระบวนการจัดการตนเอง และแนวทางการพัฒนาความร่วมมือขององค์กรในพื้นที่และองค์กรภาคยุทธศาสตร์

(๔) เกิดนักวิชาการชุมชนท้องถิ่นที่ได้รับการเพิ่มขีดความสามารถด้านการวิจัยและพัฒนาโดยใช้พื้นที่เป็นฐานในการขับเคลื่อนและการยกระดับงานในประเด็นเฉพาะที่เชี่ยวชาญ

(๕) เกิดแนวทางใหม่ของการจัดการหลักสูตรที่มีกระบวนการเรียนรู้โดยเอาพื้นที่เป็นตัวตั้งและมีชุมชนท้องถิ่นเป็นหน่วยหลักในการจัดกิจกรรมเรียนการสอนร่วมกับสถาบันวิชาการหรือองค์กรทางวิชาการ

(๖) เกิดคู่ความร่วมมือ (cooperating partners) ระหว่างสถาบันวิชาการหรือองค์กรทางวิชาการ กับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพะชุมชนที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ในการวิจัยและพัฒนาเพื่อใช้ทุนทางสังคม และศักยภาพของชุมชนในการขับเคลื่อนการยกระดับงานในประเด็นเฉพาะที่เชี่ยวชาญ จนขยายผลสู่การพัฒนาเป็นข้อเสนอนโยบายสาธารณะ

(๗) เกิดเครือข่ายนักวิชาการชุมชนท้องถิ่นที่มีความสามารถในการทำวิจัยและพัฒนานวัตกรรมตลอดจนการสังเคราะห์ข้อมูลและจัดการความรู้เพื่อการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น

(๘) เกิดเครือข่ายสถาบันวิชาการหรือองค์กรทางวิชาการและภาคยุทธศาสตร์ที่หนุนเสริมการทำงานวิชาการและจัดการความรู้ของเครือข่ายนักวิชาการชุมชนท้องถิ่น

๔. แผนงานพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการเปลี่ยนแปลง

เป็นการพัฒนาทรัพยากรบุคคลที่เป็นทุนทางสังคมสำคัญในการสร้างการเปลี่ยนแปลงไปสู่ชุมชนสุขภาวะโดยมีกระบวนการดำเนินการที่เน้นการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะสำหรับผู้นำการเปลี่ยนแปลงในเรื่องและระดับต่างๆ ที่ได้รับการคัดสรรเข้ามาเรียนรู้เพื่อการพัฒนาตนเอง พัฒนางานในพื้นที่หรือองค์กรตนเอง การสร้างระบบการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายเพื่อสานพลังและเรียนรู้ร่วมกัน และมีบทบาทในการผลักดันนโยบายที่เอื้อต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นและการจัดการสุขภาวะชุมชนโดยมีกิจกรรมสำคัญ ๓ ประการ ดังนี้

(๑) การจัดทำหลักสูตรเฉพาะสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ โดยกิจกรรมในหลักสูตรประกอบด้วย การฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนท้องถิ่นควบคู่กับการเรียนรู้ทฤษฎีและหลักวิชาการที่เกี่ยวข้อง

(๒) การจัดกิจกรรมจัดการความรู้สำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เพื่อพัฒนาทักษะในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลทั้งด้านคุณภาพและปริมาณโดยเชื่อมโยงกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะร่วมของแต่ละเครือข่ายและปัญญาของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

(๓) การพัฒนาชุดความรู้ในรูปแบบของคู่มือและแนวทางที่เข้าใจง่ายสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ โดยเน้นชุดความรู้เพื่อการจัดการสุขภาวะชุมชน การพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานการพัฒนาและแนวทางทุกนโยบายเพื่อสุขภาวะ รวมถึงชุดความรู้การจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น

โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

๑. ส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่มีกระบวนการในการคัดสรรและเตรียมความพร้อมของบุคลากรและผู้นำที่เป็นทุนทางสังคมในชุมชนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพและเพิ่มขีดความสามารถให้สอดคล้องกับความจำเป็นในการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาวะชุมชนและการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น

๒. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน ศูนย์สนับสนุนวิชาการเพื่อการจัดการเครือข่าย และสถาบันทางวิชาการ พัฒนาหลักสูตรและเครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาและสร้างผู้นำชุมชนท้องถิ่นให้มีศักยภาพและความเชี่ยวชาญในกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการตนเองและมีขีดความสามารถในการสร้างการเรียนรู้ภายในพื้นที่ สร้างการเรียนรู้ร่วมกับเครือข่าย และสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในมิติต่างๆ

๓. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ศูนย์ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเฉพาะประเด็นและสถาบันทางวิชาการ พัฒนาหลักสูตรและเครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาและสร้างผู้นำชุมชนท้องถิ่นให้มีศักยภาพและความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการจัดการสุขภาวะตามแนวทางตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา และแนวทางทุกนโยบายเพื่อสุขภาวะ (Health in all Policies)

๔. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ศูนย์ฝึกอบรมการใช้เครื่องมือการวิจัยชุมชนและพัฒนาระบบข้อมูลตำบลได้พัฒนาบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนท้องถิ่นให้มีศักยภาพและความเชี่ยวชาญในการจัดทำและใช้ข้อมูลชุมชนเพื่อการพัฒนาวัตกรรมการจัดการสุขภาวะชุมชน



๕. ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรและผู้นำชุมชนให้มีศักยภาพและทักษะในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในทุกระดับจากการจัดการความรู้ นวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชน และจากปฏิบัติการรูปธรรมของชุมชน ที่เชื่อมโยงกับสถานการณ์และภาวะคุกคามในพื้นที่และระดับชาติ

๖. ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรท้องถิ่นและผู้บริหารท้องถิ่นทั้งฝ่ายการเมืองและฝ่ายข้าราชการประจำให้มีทักษะและสมรรถนะในการบูรณาการงานและกิจกรรมของแผนสุขภาวะชุมชนเข้าสู่งานตามภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๗. สนับสนุนสถาบันวิชาการพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรและผู้นำของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ด้วยกระบวนการสรุปทบทวน การจัดการความรู้ และการวิจัยชุมชน อันนำไปสู่การขยายผลระบบจัดการสุขภาวะชุมชนที่ใช้พื้นที่เป็นฐานการพัฒนาไปยังพื้นที่อื่นตามข้อตกลงร่วมของแผนสุขภาวะชุมชนกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย

๘. ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระดับต่างๆ และเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการจัดการสุขภาวะชุมชน

๙. สนับสนุนและส่งเสริมเกิดเครือข่ายนักวิชาการในสถาบันวิชาการที่มีขีดความสามารถในการทำวิจัยและพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานการพัฒนา โดยร่วมกับ ๕ นักสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน ตลอดจนการสังเคราะห์ข้อมูลและจัดการความรู้เพื่อการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น

๑๐. เกิดเครือข่ายสถาบันวิชาการหรือองค์กรทางวิชาการและภาคยุทธศาสตร์ที่หนุนเสริมการทำงานวิชาการและการจัดการความรู้ของเครือข่ายนักวิชาการชุมชนท้องถิ่น โดยเครือข่ายสถาบันวิชาการมีบทบาทในการสนับสนุนการปฏิรูปประเทศไทย

เป้าหมายและตัวชี้วัด^{๔๓}

๑. เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีทักษะในการถ่ายทอดแนวคิดและองค์ความรู้จากการปฏิบัติการของศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน รวมถึงสนับสนุนการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ตนเองและเครือข่ายไม่น้อยกว่า ๑๐๐ คน

๒. เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพด้านต่างๆ ไม่น้อยกว่า ๔๐๐ คน

๓. เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือการวิจัยชุมชนและพัฒนาระบบข้อมูลตำบลเพื่อการพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชนไม่น้อยกว่า ๔๐๐ คน

๔. เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีความเชี่ยวชาญในการขับเคลื่อนนโยบายท้องถิ่นและนโยบายสาธารณะ ไม่น้อยกว่า ๓๐ คน

๕. เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่เป็นนักบริหารยุทธศาสตร์เพื่อการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นไม่น้อยกว่า ๒๐ คน

^{๔๓} เป็นการบูรณาการภายในแผนสุขภาวะชุมชน

๖. มีหลักสูตรการพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลง และหลักสูตรการพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลง ให้มีความชำนาญเฉพาะในการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ด้านต่างๆ ไม่น้อยกว่า ๕ หลักสูตร

๗. เกิดเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการจัดการระบบสุขภาพของพื้นที่ เครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ และเครือข่ายนักบริหารยุทธศาสตร์ที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและสานพลังสร้างการเปลี่ยนแปลงสู่ชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่และร่วมสร้างสังคมสุขภาพะ อย่างน้อย ๓ เครือข่าย

ภาคีหลัก

ประกอบด้วย ๒ กลุ่ม คือ ภาคีระดับพื้นที่ และภาคีสันับสนุน

ภาคีระดับพื้นที่

- (๑) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (๒) องค์กรชุมชน (รวมศาสนสถาน) และภาคประชาสังคม
- (๓) ท้องถิ่น (คณะกรรมการหมู่บ้าน)
- (๔) สถานบริการสุขภาพ
- (๕) สถานศึกษา
- (๖) หน่วยงานส่วนภูมิภาค
- (๗) องค์กรพัฒนาเอกชน

ภาคีสันับสนุน

- (๑) กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และกรมการปกครอง
- (๒) สถาบันการศึกษาและสถาบันวิชาการ
- (๓) สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (๔) กระทรวงสาธารณสุข
- (๕) กระทรวงศึกษาธิการ



งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน	๒๕๐
๒. กลุ่มแผนงานพัฒนานวัตกรรมพัฒนาสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา	๓๐๐
๓. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และสร้างองค์ความรู้	๓๐
๔. กลุ่มแผนงานพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการเปลี่ยนแปลง	๔๐
รวม	๖๒๐
กลุ่มแผนงานบูรณาการ	๔๒
รวม	๖๖๒

๗

แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว

สถานการณ์และแนวโน้ม

สถานการณ์และแนวโน้มสำคัญในอนาคต ที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว มีดังนี้

การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (aging society) ส่งผลให้มีประชากรวัยพึ่งพิงจำนวนมากขึ้น ในขณะเดียวกันมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีรูปแบบหลากหลาย และมีความเปราะบางมากขึ้น **การก้าวสู่สังคมเมือง (urbanization)** เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ส่งผลกระทบต่อระดับความสัมพันธ์ในครอบครัว ทำให้เด็กอยู่กับครอบครัวลดลง การใช้เวลาและกิจกรรมร่วมกันลดลง เพราะโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป เด็กอยู่กับสื่อและเทคโนโลยีมากขึ้น ในขณะที่ชุมชนก็ต่างคนต่างอยู่ สังคมเมืองขาดการปฏิสัมพันธ์กัน **ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ (health inequalities)** การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยที่ผ่านมาส่งผลให้ความยากจนในประเทศลดลงไปอย่างมาก แต่ขณะเดียวกันผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจมิได้กระจายตัวอย่างทั่วถึง ชี้อ่งว่างรายได้หรือความเหลื่อมล้ำในประเทศไทยจึงยังคงค่อนข้างกว้าง และเกิดความเหลื่อมล้ำทางด้านอื่นๆ ตามมา อาทิ ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ **การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN community)** ทำให้เกิดเป็นชุมชนระหว่างประเทศที่มีการเชื่อมโยง (community of connectivity) ด้านด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม

จากการทบทวนสถานการณ์และแนวโน้มสำคัญในอนาคตดังกล่าวข้างต้น พบว่ามีผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายเด็ก เยาวชน และครอบครัว ดังนี้

ครอบครัว การเปลี่ยนแปลงของสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ครอบครัวมีรูปแบบหลากหลายและซับซ้อนขึ้น และกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีความเปราะบาง เช่น ครอบครัวที่มีเฉพาะพ่อหรือแม่เลี้ยงลูกตามลำพัง ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเลี้ยงดูเด็กตามลำพัง ครอบครัวที่มีเฉพาะเด็กอยู่ตามลำพัง ครอบครัวผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ครอบครัวเพศเดียวกัน ครอบครัวที่ต้องดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยพิการ ต้องยัง เป็นต้น รวมทั้งยังมีปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ได้แก่ **ความยากจนและหนี้สิน** ที่เกิดจากการขาดความรู้-ทักษะในการประกอบอาชีพ การขาดโอกาสเข้าถึงทรัพยากรและข้อมูลข่าวสาร รวมถึงระบบการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ **บทบาทหน้าที่ในการดูแลสมาชิกครอบครัวไม่เหมาะสม และ สัมพันธภาพและการสื่อสารในครอบครัวที่ลดลง** การเปลี่ยนแปลง



ทางเศรษฐกิจ สังคม และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว ทั้งการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและการปรับตัวในสังคม รวมถึงเทคโนโลยีและการสื่อสารสมัยใหม่ ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการสื่อสารกันน้อยลง สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง และเกิดช่องว่างมากขึ้น

เด็ก และเยาวชน หมายถึง เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) เด็กวัยเรียน (๖ - ๑๔ ปี) และ เยาวชน (๑๕ - ๒๔ ปี) จากการศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มสำคัญข้างต้น ร่วมกับปัญหาครอบครัว ก่อให้เกิดปัญหาสำคัญกับเด็ก และเยาวชน ดังนี้

เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) พบว่ามีแนวโน้มของขนาดและความรุนแรงของปัญหาเพิ่มขึ้น และส่งผลกระทบต่อคุณภาพของคนไทย ดังนี้

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

(๒) **ความพิการแต่กำเนิด (birth defects)** เป็นภาวะที่พบได้บ่อยโดยมีอุบัติการณ์ประมาณ ร้อยละ ๓ - ๕ ของทารกเกิดมีชีพ เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ กลุ่มอาการดาวน์ เป็นต้น ประเทศไทยมีทารกแรกเกิดประมาณ ๘๐๐,๐๐๐ รายต่อปี จึงประมาณการว่าจะพบทารกแรกเกิดที่มีความพิการประมาณ ๒๔,๐๐๐ - ๔๐,๐๐๐ รายต่อปี และทั่วโลกยังพบว่าร้อยละ ๒๐-๓๐ ของสาเหตุการเสียชีวิตในวัยทารก มีสาเหตุจากความพิการแต่กำเนิด ซึ่งความพิการแต่กำเนิดนี้ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และเป็นปัญหาระดับประเทศ โดยเฉพาะด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทารกกลุ่มนี้

(๓) **โภชนาการไม่เหมาะสม** ทั้งของมารดาและเด็ก ได้แก่ การขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลให้สมองของทารกในครรภ์เจริญเติบโตไม่เต็มที่ ทำให้เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย รวมถึงปัญหาโภชนาการในเด็กปฐมวัย ทั้งภาวะโภชนาการเกินที่เพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๕.๘ ในปี ๒๕๔๐ เป็นร้อยละ ๘.๕ ในปี ๒๕๕๔ และภาวะพร่องโภชนาการหรือภาวะทุพโภชนาการ พบว่า ปี ๒๕๕๕ เด็กปฐมวัย มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ ๙.๒ ข้อมูลกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า พัฒนาการเด็กปฐมวัยมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ ๗๙.๔ ในปี ๒๕๔๖ เป็นร้อยละ ๗๐ ในปี ๒๕๕๓ รวมถึงความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient : EQ) พบว่า เด็กวัย ๓ - ๕ ปี ที่สำรวจเมื่อปี ๒๕๕๐ อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่มีแนวโน้มลดลงเหลือ ๑๒๕ - ๑๔๘ คะแนน

(๔) **ปัญหาด้านระบบและกลไกของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กปฐมวัย** พบว่า การดำเนินการของแต่ละหน่วยงานยังขาดความต่อเนื่อง ทำให้งานด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

(๕) **ปัญหาด้านการดูแลและการเลี้ยงดู** จากสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้พ่อแม่มักส่งเด็กให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นผู้ดูแลแทน จากข้อมูลของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (๒๕๕๕) แสดงว่า เด็กปฐมวัยไทย (แรกเกิด - ๕ ปี) มีจำนวน ๔,๖๑๒,๑๘๒ คน อยู่ในความดูแลของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๔๑๑,๑๔๓ คน และอยู่ในโรงเรียนอนุบาล ๑,๗๙๙,๑๒๕ คน นอก

นั้นอยู่ในความดูแลของพ่อแม่-ผู้ปกครอง สถานรับเลี้ยงเด็ก และอื่นๆ รวม ๑,๔๐๑,๔๑๔ คน ซึ่งพบว่าการจัดการดูแลและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีความแตกต่างด้านคุณภาพและมาตรฐาน ทั้งการบริหารจัดการ ด้านวิชาการ ด้านบุคลากร และด้านนโยบายสนับสนุนจากผู้บริหาร

เด็กวัยเรียน (๖ - ๑๔ ปี) ส่วนใหญ่อยู่ในระบบการศึกษา ซึ่งปัญหาสำคัญของกลุ่มเด็กวัยเรียน คือ

(๑) **การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม** พบว่า เด็กไทยมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันมีเด็กผอมจำนวนไม่น้อยที่ยังขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย โดยเฉพาะเด็กยากจนที่ไม่พอกินหรือกินไม่ครบมื้อมักมีภาวะขาดไอโอดีนและธาตุเหล็ก ผลการสำรวจภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กในภูมิภาคอาเซียน พบว่าเด็กไทยอายุ ๖ เดือน ถึง ๑๒ ปี ร้อยละ ๒๐ มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เข้าข่ายโรคอ้วน และร้อยละ ๖๐ - ๗๐ บริโภคอาหารที่ให้สารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายต่ำกว่าเกณฑ์ โดยเฉพาะธาตุเหล็ก แคลเซียม วิตามินเอ วิตามินซี และวิตามินดี สอดคล้องกับข้อมูลการเฝ้าระวังและติดตามการเจริญเติบโตในเด็กนักเรียนอายุ ๖ - ๑๒ ปี ของกรมอนามัยที่พบว่า ในปี ๒๕๕๕ นักเรียนร้อยละ ๑๒.๕ มีภาวะอ้วน ร้อยละ ๑๗.๑ เตี้ยกว่าเกณฑ์ และร้อยละ ๖.๖ มีภาวะผอม

(๒) **พฤติกรรมติดเกม สื่อโทรทัศน์/ภาพยนตร์ และการเล่นอินเทอร์เน็ต** จากการสำรวจของสถาบันรามจิตติ ปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๔ พบว่า กว่าครึ่งหนึ่งของเวลาของเด็กหมดไปกับสื่อ ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์/ภาพยนตร์ การเล่นอินเทอร์เน็ตและการใช้โทรศัพท์ และเด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี ร้อยละ ๔๗ ใช้คอมพิวเตอร์/อินเทอร์เน็ตอย่างน้อย ๑ - ๔ วันต่อสัปดาห์ และร้อยละ ๒๑ ใช้คอมพิวเตอร์/อินเทอร์เน็ต ๕ - ๗ วันต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ผลการสำรวจของกรมสุขภาพจิตพบว่า สถานการณ์เด็กติดเกมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยระหว่างปี ๒๕๔๙ - ๒๕๕๕ มีเด็กติดเกมเพิ่มขึ้นสามเท่าจากร้อยละ ๔ เป็นร้อยละ ๑๔ หรือในเด็กทุกๆ ๘ คน จะติดเกม ๑ คน ส่งผลให้เด็กขาดพัฒนาการทางสังคม ขาดทักษะในการอยู่ร่วมกัน และการปรับตัวในสังคม อีกทั้งอิทธิพลของสื่อทำให้เกิดการใช้จ่ายแบบบริโภคนิยม พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการเลียนแบบสื่อ เด็กอ่านหนังสือน้อยลง ส่งผลให้เด็กขาดการพัฒนาในเรื่องภาษาและจินตนาการ

(๓) **ความปลอดภัยในเด็ก** จากข้อมูลของแผนสร้างเสริมความปลอดภัยในเด็ก และศูนย์วิจัยเพื่อความปลอดภัยในเด็ก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า ในปี ๒๕๕๖ การจมน้ำเป็นสาเหตุหลักการตายของเด็ก คิดเป็นร้อยละ ๓๔ และสาเหตุการตายอันดับสองคือ อุบัติเหตุจากรถ คิดเป็นร้อยละ ๒๗ ซึ่งสาเหตุหลักยังคงเป็นรถมอเตอร์ไซด์ ทั้งการขับซีก่อนวัย เมาแล้วขับ ขับเร็ว และไม่ใส่หมวกนิรภัย

(๔) **พัฒนาการและเขาวนปัญญาต่ำกว่ามาตรฐานสากล** จากการสำรวจระดับสติปัญญาของกรมสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๔ กับกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ ๖ - ๑๕ ปี ทั่วประเทศ พบว่า IQ เฉลี่ย ๙๘.๕๔ ต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากลยุคปัจจุบัน (IQ=๑๐๐) และในภาพรวมของประเทศ พบว่า มีเด็กเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๔๘.๕) ที่มีปัญหาระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (IQ<๑๐๐) โดยยังมีเด็กกลุ่มที่มีปัญหาระดับสติปัญญาบกพร่อง (IQ<๗๐) อยู่ถึงร้อยละ ๖.๕ เมื่อเทียบกับมาตรฐานสากลคือไม่ควรเกินร้อยละ ๒ **ความฉลาดทางอารมณ์** จากผลการสำรวจของกรมสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๔ พบว่า เด็กไทยอายุ ๖ - ๑๑ ปี มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เฉลี่ยระดับประเทศ จัดอยู่ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (๔๕.๑๒) **ผลสัมฤทธิ์และคุณภาพทางการเรียนต่ำ** จากรายงานของ OECD ระบุว่า ประเทศไทยมีเวลาเรียนมากที่สุด แต่กลับมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ โดยเฉพาะวิชาวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ ซึ่งสอดคล้อง

กับผลการสอบ O-Net ซึ่งคะแนนเฉลี่ยตกต่ำอย่างต่อเนื่อง และผลการสอบของ PISA (Programme for International Student Assessment) พบว่า ผลการเรียนรู้ในวิชาคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ต่ำลงมา โดยทั้งนี้ไม่รวมถึงเด็กที่มีปัญหาบกพร่องทางการเรียนรู้ ได้แก่ โรคสมาธิสั้น ภาวะบกพร่องการเรียนรู้ และออทิสติก

เยาวชน (๑๕ - ๒๔ ปี) เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อย่างมาก ประกอบการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เทคโนโลยีและการสื่อสารที่ทันสมัย ส่งผลให้เยาวชนเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของเยาวชนที่สำคัญ อาทิ

(๑) **การสูบบุหรี่** การสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน อายุ ๑๕ - ๒๔ ปี พบว่า ตั้งแต่ปี ๒๕๓๔ - ๒๕๔๗ มีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงจนถึงร้อยละ ๑๕.๑๑ ในปี ๒๕๔๗ - ๒๕๕๔ มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจนถึงร้อยละ ๑๖.๖ แต่ในปี ๒๕๕๖ มีอัตราสูบบุหรี่ลดลงเป็นร้อยละ ๑๕.๐๗^{๔๔} โดยอายุที่เริ่มสูบของประชากรไทยลดลงจากอายุ ๑๘ ปี เป็น ๑๗ ปี

(๒) **การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** พบว่าในภาพรวมของประเทศนั้น ความชุกของนักดื่มมีทิศทางลดลงเล็กน้อย โดยนักดื่มที่เป็นประชากรวัยทำงานลดลงร้อยละ ๒ ในช่วงปี ๒๕๔๔ - ๒๕๕๔ อย่างไรก็ตาม การดื่มของเยาวชนอายุ ๑๕ - ๒๔ ปีกลับเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๑.๖ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๒๓.๗ ในปี ๒๕๕๔ หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ ๙.๕ ซึ่งเยาวชนอายุ ๑๕ - ๒๔ ปีที่เป็นผู้ดื่มเกือบ ๒.๕ ล้านคน มีประมาณร้อยละ ๑๕ ของนักดื่มทั้งหมด^{๔๕}

(๓) **การใช้สารเสพติด** สถานการณ์การเสพในประเทศไทยมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จากระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) ในปี ๒๕๕๖ พบว่า ผู้เสพและผู้ติดยาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ ๒๐ - ๒๔ ปี มากที่สุดจำนวน ๗๐,๒๔๗ ราย รองลงมาคือ ช่วงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ๖๖,๖๒๔ ราย และช่วงอายุ ๒๕ - ๒๙ ปี ๕๒,๔๕๔ ราย

(๔) **พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์** พบว่าสถิติการคลอดบุตรของเยาวชนหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ในปี ๒๕๕๕ อยู่ที่ร้อยละ ๕๓.๘ ต่อประชากรวัยเดียวกัน ๑,๐๐๐ คน หรือปีละประมาณ ๑๓๐,๐๐๐ คน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คาดประมาณว่าในแต่ละปีมีเยาวชนหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ที่ตั้งครรภ์ประมาณ ๒.๕ แสนราย ในจำนวนนี้ประมาณครึ่งหนึ่งมีการยุติการตั้งครรภ์ ข้อมูลจากกรมอนามัยปี ๒๕๕๖ พบว่า สถานการณ์การตั้งครรภ์ในเยาวชนกำลังเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในเยาวชนอายุน้อย ประเทศไทยมีผู้หญิงอายุต่ำกว่า ๒๐ ปีที่คลอดบุตรเฉลี่ยวันละ ๒๕๕ ราย โดยมีเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีมากถึง ๑๐ รายต่อวัน นอกจากนี้พบว่า สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่า กลุ่มเยาวชนอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี มีอัตราป่วย ๖๒.๗๔ รายต่อประชากรแสนคนในปี ๒๕๕๑ เพิ่มขึ้นเป็น ๙๐.๐๖ รายต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๕๔ โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน และยังพบว่า กลุ่มเยาวชนที่ติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้นจาก ๘๒๑ รายในปี ๒๕๕๓ เป็น ๙๐๒ รายในปี ๒๕๕๔

(๕) **ความรุนแรงต่อเด็กและเยาวชน** พบว่า ความรุนแรงต่อเด็กและสตรีในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจน โดยข้อมูลจากศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๔ ให้ความช่วยเหลือเด็ก

^{๔๔} สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากรไทย

^{๔๕} ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทยปี ๒๕๕๖

และสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงรวม ๑๕,๘๘๒ ราย เฉลี่ยวันละ ๔๓ ราย และในปี ๒๕๕๓ สถิติเพิ่มขึ้นเป็น ๒๕,๗๔๔ ราย เฉลี่ยวันละ ๗๐ ราย หรือชั่วโมงละ ๓ ราย ในจำนวนนี้เป็นเด็กร้อยละ ๕๑ เป็นสตรีร้อยละ ๔๔ โดยเกือบ ๙ ใน ๑๐ ของเด็กที่ถูกกระทำเป็นเด็กหญิง สำหรับความรุนแรงที่เกิดขึ้นในโรงเรียนจะมาจากการทำโทษอย่างรุนแรงของครู ปัญหาแก๊งอันธพาล และการล่องละเมิดทางเพศ ซึ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น สถาบันรามจิตติ ระบุว่า นักเรียนกว่า ๗๐๐,๐๐๐ คน ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงระหว่างเพื่อนร่วมชั้น โดยการชกต่อยตบตี รมทำร้าย และด่าว่า

(๖) **เยาวชนในกระบวนการยุติธรรม** ประเทศไทยมีเยาวชนที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี ๒๕๕๕ ทั่วประเทศ ๓๔,๒๗๖ คดี ส่วนใหญ่ผู้กระทำความผิดมีอายุ ๑๕ - ๑๘ ปี และเป็นคดีเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษมากที่สุด ร้อยละ ๔๓.๑๐ ของคดีทั้งหมด ในปี ๒๕๕๕ มีเยาวชนที่กระทำผิดซ้ำเมื่อเปรียบเทียบกับคดีที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจทั่วประเทศมากที่สุดในรอบ ๔ ปีที่ผ่านมา (๒๕๕๑ - ๒๕๕๔) จำนวน ๖,๘๔๙ คดี ซึ่งตัวเลขนี้สะท้อนสภาพปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

(๗) **เด็กเร่ร่อน** เด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ประสบปัญหาครอบครัวแตกแยก ถูกทารุณกรรม ซึ่งแหล่งชุมชนแออัดที่มีจำนวนเด็กเร่ร่อนมากที่สุดในเขตเมืองขนาดใหญ่ และเผชิญความเสี่ยงสูงต่อปัญหา ยาเสพติด การขายบริการทางเพศ และอาชญากรรม ปี ๒๕๕๓ พบว่ามีจำนวนเด็กเร่ร่อนมากขึ้นทั่วประเทศ หรือประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๔๔ - ๒๕๕๑ ที่ประเมินว่า มีเด็กเร่ร่อน ๑๕,๐๐๐ - ๒๐,๐๐๐ คน ซึ่งขณะนี้มืองค์กรของภาครัฐและองค์กรเอกชนเข้าช่วยเหลือได้เพียง ๕,๐๐๐ คน

(๘) **เด็กชายขอบ** มติของสंसคมไทยได้มีการให้ความหมายที่หลากหลาย “กลุ่มชายขอบ” (marginal group) หมายถึง กลุ่มที่ละทิ้งวัฒนธรรมเดิมของตนไปบางส่วน และยังไม่ได้เป็นที่ยอมรับอย่างสมบูรณ์ในวัฒนธรรมใหม่ที่กลายเป็นวิถีชีวิตของตน ตั้งแต่เด็กต่างชาติ แรงงานต่างชาติ เด็กย้ายถิ่น (children on the move) หรือมีบางคนเป็นเด็กข้ามชาติที่เดินทางเข้าประเทศโดยลำพังหรือแยกจากผู้ปกครอง (unaccompanied and separated children) ซึ่งเป็นกลุ่มเด็กที่ยังเข้าไม่ถึงบริการของรัฐหรือเป็นเด็กต่างด้าวที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทย

จุดเน้นของแผน (Strategic Focus)

จากการทบทวนเป้าหมายและตัวชี้วัดของแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว และเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. ปี ๒๕๕๘ แผนจึงปรับจุดเน้นของแผนให้มีความสอดคล้องและต่อเนื่องกับแผนที่ดำเนินการแล้วและเพื่อเป็นฐานการดำเนินงานระยะต่อไป ดังนี้

๑. เน้นผลลัพธ์เชิงสุขภาพของเด็กและเยาวชนตามช่วงวัย และครอบครัว ที่สอดคล้องกับสถานการณ์และแนวโน้มที่ชี้ประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไข และความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี เป็นแนวทางในการดำเนินงานตามบทบาทของ สสส. และแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว รวมถึงให้ความสำคัญกับกระบวนการติดตามและประเมินผลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

๒. เน้นยุทธศาสตร์การดำเนินงานเชิงรุกที่เป็นจุดคานงัด สร้างความยั่งยืนในระบบปกติ โดยทำงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์และเครือข่าย เพื่อบรรลุผลลัพธ์เชิงสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว รวมถึงการใช้ยุทธศาสตร์การสื่อสารที่รวดเร็วและมีพลังเพื่อสร้างความตระหนักต่อสังคมสำหรับประเด็นเร่งด่วน/ประเด็นร้อน

๓. เพิ่มมูลค่าของผลผลิตเชิงวิชาการ โดยการวิเคราะห์รูปแบบ ต้นแบบ คู่มือ และเครื่องมืออื่น ซึ่งเป็นผลผลิตของแผนให้เกิดการนำไปใช้เผยแพร่ขยายผลในวงกว้าง อันจะเป็นประโยชน์ต่อการขยายฐานผู้รับประโยชน์ รวมถึงการสร้างนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

๔. สนับสนุนให้สถาบันอุดมศึกษาทำหน้าที่พัฒนางานวิจัย งานวิชาการ และเป็นองค์กรกลางในการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเพื่อการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว

๕. กำหนดกลไกการทำงานภายในแผนให้มีความเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายกลุ่มแผนงาน/โครงการด้านวิชาการ และการผลักดันสู่ระดับนโยบาย โดยการตั้งเป้าหมายร่วมที่สอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูปประเทศ

๖. เน้นการส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาสุขภาวะครอบครัว ในฐานะที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ และเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพประชากรทุกช่วงวัย ร่วมกับแผนอื่น โดยเฉพาะการตั้งเป้าหมายร่วม และการเชื่อมโยงงานในระดับพื้นที่ (area-based) 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 ๑ ปี และตัวชี้วัดหลัก

๔.๑ ครอบครัว

- (๑) ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนด (ร่าง) ตัวชี้วัดครอบครัวอบอุ่นระดับชาติ
- (๒) ตัวอย่างการสนับสนุน/ส่งเสริม/พัฒนาครอบครัวอบอุ่นระดับท้องถิ่น ผ่านศูนย์พัฒนาครอบครัว ๑๐๐ แห่ง
- (๓) ตัวอย่างการสนับสนุน/ส่งเสริม/พัฒนาครอบครัวอบอุ่นในโรงเรียน ๒๐ โรงเรียน
- (๔) รูปแบบการพัฒนาศักยภาพครอบครัวประเภท ๑ รูปแบบ
- (๕) งานวิจัย ผลงานวิชาการที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาศักยภาพครอบครัวลักษณะต่าง ๆ ไม่น้อยกว่า ๒ เรื่อง
- (๖) เวทีวิชาการด้านครอบครัวระดับชาติ ประจำปี ๒๕๕๘

๔.๒ เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี)

- (๑) ต้นแบบระบบบริการสุขภาพเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย ที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ในพื้นที่เป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ๑๕ จังหวัด
- (๒) ต้นแบบของระบบและกลไกระดับท้องถิ่นในการดูแลเด็กปฐมวัย ที่เชื่อมโยงกันระหว่างชุมชนท้องถิ่น ระบบบริการสุขภาพ และระบบการเรียนรู้ ไม่น้อยกว่า ๑๕ พื้นที่
- (๓) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบ ในการเลี้ยงดูเด็กให้เหมาะสมตามวัย ในพื้นที่เป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ๑๕ แห่ง โดยครอบครัวของเด็กปฐมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ มีความรู้ ตระหนักในบทบาทหน้าที่และการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย
- (๔) เกิดนโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยในระดับพื้นที่ ที่สนับสนุนนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยของชาติ ไม่น้อยกว่า ๑๕ พื้นที่
- (๕) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่น้อยกว่า ๑๐ แห่ง มีแผนปฏิบัติการ/แผนยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย
- (๖) งานวิจัย ผลงานวิชาการ และเวทีวิชาการ ที่สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะการขับเคลื่อนนโยบาย การทำงานในพื้นที่และการพัฒนาระบบข้อมูลเด็กปฐมวัย

๔.๓ เด็กวัยเรียน (๖ - ๑๔ ปี)

- (๑) โรงเรียนสุภาพะ ๗๐ โรงเรียน

โรงเรียนสุภาพะ หมายถึง โรงเรียนที่มีแนวคิดการเสริมสร้างสุภาพะเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงเพิ่มพฤติกรรมสุภาพโดยมี ๕ องค์ประกอบคือ (๑) ผู้เรียนเป็นสุข (๒) องค์กรเป็นสุข (๓) สภาพแวดล้อมเป็นสุข (๔) ครอบครัวเป็นสุข และ (๕) ชุมชนเป็นสุข ทั้ง ๕ องค์ประกอบมีความเกี่ยวเนื่องและส่งผลต่อกันกล่าวคือ โรงเรียนสุภาพะนั้นต้องมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมให้ “ผู้เรียนเป็นสุข”



(๒) โรงเรียนไม่น้อยกว่า ๒๐๐ โรงเรียนได้รับการประเมินและกำหนดแผนพัฒนาเพื่อยกระดับเป็นโรงเรียนสุภาพะ

(๓) กำหนดเป้าหมาย แนวทางการพัฒนาโรงเรียนเครือข่ายร่วมกับแผนอื่น เพื่อเป็นพื้นที่ฐานการดำเนินงานที่สนับสนุนประเด็นที่เป็นเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ของ สสส.

(๔) เครื่องมือการประเมิน และชุดความรู้เพื่อการพัฒนาเป็นโรงเรียนสุภาพะ

(๕) มีการนำหลักสูตรการพัฒนาทักษะวิชาการ/ทักษะชีวิต ผลงานวิจัย งานวิชาการ ที่เป็นผลผลิตและผลลัพธ์ของแผนไปใช้ขยายผล ๒ เรื่อง ได้แก่ หลักสูตรลูกเสือเพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิต และหลักสูตรการใช้ ICT และ smart devices อย่างปลอดภัยและสร้างสรรค์

๔.๔ เยาวชน (๑๕ - ๒๔ ปี)

(๑) องค์กรเยาวชนได้รับการประเมินและกำหนดแผนพัฒนาเพื่อยกระดับเป็นองค์กรสุภาพะไม่น้อยกว่า ๑๐๐ องค์กร/กลุ่ม

องค์กรเยาวชนสุภาพะ หมายถึง กลุ่ม/ชมรม/สภาเด็กและเยาวชน ที่มีอย่างน้อย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ (๑) มีการรวมกลุ่มเด็กและเยาวชน และมีแกนนำในการขับเคลื่อนงาน (๒) มีการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง การเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ และการเฝ้าระวังสถานการณ์เพื่อการสร้างภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่อง (๓) มีระบบการพัฒนาและส่งต่อความรู้ของเด็กและเยาวชน

(๒) กำหนดเป้าหมาย แนวทางการพัฒนาองค์กรเยาวชนเครือข่ายร่วมกับแผนอื่น เพื่อเป็นพื้นที่ฐานการดำเนินงานที่สนับสนุนประเด็นที่เป็นเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ของ สสส.

(๓) ตัวอย่างกลไกการขับเคลื่อนงานด้านเด็กและเยาวชนระดับจังหวัด ๑ จังหวัด

(๔) งานวิจัย และผลงานวิชาการ ที่สนับสนุนการป้องกัน ดูแล และคุ้มครองเด็กและเยาวชน ด้อยโอกาส และต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อการพัฒนาระบบ/จัดทำข้อเสนอนโยบายที่เกี่ยวข้อง

แนวทางการดำเนินงาน

(๑) สนับสนุนและส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนทุกช่วงวัย ตั้งแต่เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) เด็กวัยเรียน (๖ - ๑๔ ปี) เยาวชน (๑๕ - ๒๔ ปี) และครอบครัว ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีสุขภาพที่ดีทั้งด้านกาย จิต ปัญญา และสังคม ดังนี้

๑.๑ ครอบครัว เน้นการเสริมสร้างความอบอุ่นของครอบครัว ตามดัชนีที่แสดงถึงครอบครัวอบอุ่นโดยสนับสนุนให้เกิดพื้นที่ที่มีการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม อาทิ คนในครอบครัวหรือชุมชนมีกิจกรรมร่วมกัน มีความรักความสามัคคี ความรุนแรงและปัญหาในครอบครัวหรือชุมชนลดลง มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน รวมถึงครอบครัวสามารถดูแลสมาชิกได้อย่างเหมาะสม

๑.๒ เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) เน้นให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย โดยให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องของระบบการดูแลเด็กปฐมวัย ตั้งแต่การเลี้ยงดูโดยครอบครัว ด้านการบริการสุขภาพ ด้านการเรียนรู้ และการสนับสนุนของหน่วยงาน/องค์กรหลัก ในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด

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

(๒) เสริมสร้างขีดความสามารถของหน่วยงาน/องค์กร ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันศาสนา และแหล่งเรียนรู้ต่างๆ ให้เอื้อต่อการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยเน้นการมีส่วนร่วมกันทำงานเป็นเครือข่าย เพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกัน

(๓) สร้างปัจจัยสนับสนุนให้เด็ก เยาวชน และครอบครัวเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยสนับสนุนให้มีการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ที่เหมาะสม เช่น ห้องสมุด พิพิธภัณฑ์ ศูนย์กีฬา สวนสัตว์ รวมถึงการเปิดพื้นที่เรียนรู้ร่วมกันทั้งทางกายภาพและทางปัญญาให้เด็ก เยาวชน และครอบครัวได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงการผลักดันกฎ ระเบียบ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ตลอดชีวิต

(๔) มุ่งสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว รวมถึงการสนับสนุนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

กลุ่มแผนงาน

เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์และยุทธศาสตร์ แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ได้แบ่งการสนับสนุนเป็น ๓ กลุ่มแผนงาน ได้แก่

๑. กลุ่มแผนสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ซึ่งกำหนดแนวทางการสนับสนุนแผนงาน/โครงการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การดำเนินงาน ดังนี้

๑.๑ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย ทั้งด้านการพัฒนาองค์ความรู้ การนำใช้ความรู้และพัฒนากระบวนการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล แผนงาน/โครงการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพสำหรับเด็กปฐมวัย แผนงาน/โครงการขององค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กปฐมวัยที่ต้องการจะพัฒนาขีดความสามารถและยกระดับเป็นศูนย์เรียนรู้ หรือพร้อมพัฒนาให้เป็นพื้นที่ฐานการทำงานของการแก้ปัญหาและพัฒนาประเด็นเฉพาะ และแผนงาน/โครงการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑.๒ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่ให้ความสำคัญกับสนับสนุนการพัฒนากระบวนการเรียนการสอน ปรับกระบวนการเรียนรู้ สนับสนุนกิจกรรมสร้างสรรค์ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิต สร้างจิตสำนึกความเป็นพลเมือง และสร้างค่านิยมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้องให้แก่เด็กและเยาวชนในระบบโรงเรียน เพื่อพร้อมยกระดับเป็นพื้นที่ฐานการทำงานตามเป้าหมายเฉพาะของ สสส.



๑.๓ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างและพัฒนาแกนนำและเครือข่ายเด็กและเยาวชนในชุมชน ระดับตำบล ผ่านกิจกรรมสร้างสรรค์ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิต สร้างจิตสำนึกความเป็นพลเมือง และสร้างค่านิยมพฤติกรรมสุภาพที่เหมาะสมและถูกต้องให้แก่เด็กและเยาวชน เพื่อพร้อมยกระดับให้กลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นพื้นที่ฐานการทำงานตามเป้าหมายเฉพาะของ สสส.

๑.๔ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่ให้ความสำคัญกับการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาวะให้แก่เด็กและเยาวชนด้อยโอกาส ทั้งในระดับชาติ ระดับชุมชนท้องถิ่น และระดับองค์กร

๑.๕ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบ และกลไก การดูแลครอบครัวทั้งในระดับจังหวัด และพื้นที่ รวมถึงแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมของการสร้างสัมพันธภาพสมาชิก เพื่อเพิ่มความอบอุ่นของครอบครัวในบริบทต่างๆ โดยเฉพาะครอบครัวลักษณะเฉพาะ เช่น ครอบครัวพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวที่มีลูกพิการ ครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวที่มีความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น

๒. กลุ่มแผนสนับสนุนการพัฒนา ระบบ กลไก นวัตกรรมและนโยบายสาธารณะ ซึ่งกำหนดแนวทางการสนับสนุนแผนงาน/โครงการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การดำเนินงาน ดังนี้

๒.๑ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่เน้นการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลด้านเด็กและเยาวชนให้มีประสิทธิภาพ ข้อมูลมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการติดตามสภาวะการณ์เด็ก เยาวชนอย่างใกล้ชิดรวมถึงการขับเคลื่อนและผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ข้อมูลดังกล่าวให้เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง

๒.๒ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่เน้นการจัดตั้งศูนย์/สถาบันทางวิชาการด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อใช้เป็นฐานวิชาการที่สนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นเชิงนโยบายที่สำคัญรวมถึงเป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว

๒.๓ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่ร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ ภาคเครือข่ายทั้งองค์กรภาครัฐ เอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชนในการขับเคลื่อนและผลักดันกฎหมาย/นโยบายสำคัญที่ส่งผลให้เด็ก เยาวชน และครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทั้งด้านบริการสุขภาพและการเรียนรู้ รวมถึงได้รับการปกป้องคุ้มครองสิทธิสามารถเข้าถึงบริการและสวัสดิการขั้นพื้นฐานของรัฐ

๓. กลุ่มแผนสนับสนุนงานวิชาการ ติดตามและประเมินผล และการพัฒนาศักยภาพภาคี ซึ่งกำหนดแนวทางการสนับสนุนแผนงาน/โครงการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การดำเนินงาน ดังนี้

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

๓.๒ สนับสนุนแผนงาน/โครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำเยาวชน บุคลากรที่ทำงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัวทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึง สื่อมวลชนให้มีความรู้ ความสามารถที่จะทำงานตอบสนองความต้องการของสังคม พร้อมพัฒนาเป็นผู้นำ การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสังคม และด้านการศึกษาในระดับองค์กร/ชุมชนท้องถิ่น

๓.๓ สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพภาคีทั้งในระดับบุคคล องค์กร และเครือข่ายด้านการติดตาม ประเมินผลเพื่อเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพการดำเนินโครงการ

ภาคีหลัก

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมสุขภาพจิต สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กรมพัฒนาสังคม และสวัสดิการ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว สถาบันรามจิตติ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรเอกชน สถาบันศาสนา สถาบันการศึกษา สื่อมวลชน องค์กรและเครือข่ายครอบครัว องค์กรและเครือข่ายเด็ก และเยาวชน

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๑๙๒
๒. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการพัฒนา ระบบ กลไก นวัตกรรม และนโยบายสาธารณะ	๖๓
๓. กลุ่มแผนงานสนับสนุนงานวิชาการ ติดตามและประเมินผล และการพัฒนาศักยภาพภาคี	๕๕
รวม	๓๑๐





แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร

สถานการณ์และแนวโน้ม

เพื่อขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ สสส. ระยะ ๑๐ ปี องค์กรเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งองค์กรที่จัดตั้งเพื่อประโยชน์สาธารณะ และองค์กรภาคเอกชนที่ดำเนินงานเพื่อแสวงหาผลกำไร ล้วนมีโครงสร้างและระบบการบริหารจัดการ มีหน่วยงานในความรับผิดชอบ และมีบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในองค์กรซึ่งเป็นกำลังคนวัยแรงงานของประเทศ เกือบ ๑๕ ล้านคน ดังนั้น องค์กรจึงเป็นทั้งเป้าหมายและกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนไปสู่สุขภาพที่ดีขึ้นของบุคลากรภายในองค์กร ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องกับองค์กร รวมทั้งการใช้ศักยภาพขององค์กรในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ อันเป็นพื้นที่หรือฐานรองรับการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพให้สามารถขยายผลในวงกว้าง

๑. องค์กรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ องค์กรภาคสาธารณะ และองค์กรภาคเอกชนมุ่งกำไร

- ๑.๑ องค์กรภาคสาธารณะ หมายถึง หน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินการอันมุ่งประโยชน์สาธารณะ ได้แก่ ๑) หน่วยงานภาครัฐ ทั้งราชการบริหารส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น ทุกระดับ รวมถึงสถาบันทางทหารและตำรวจ สถานศึกษา สถานพยาบาล รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานรัฐอื่นๆ ๒) องค์กรทางศาสนาทุกศาสนา ๓) องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ (Non Governmental Organization) ๔) กิจการหรือธุรกิจเพื่อสังคม (Social Enterprise) และ ๕) องค์กรอื่นๆ ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อประโยชน์สาธารณะ
- ๑.๒ องค์กรภาคเอกชน หมายถึง องค์กรภาคธุรกิจที่ดำเนินงานโดยภาคเอกชน ที่มุ่งเน้นการสร้างผลกำไรจากการลงทุน ครอบคลุมสถานประกอบการภาคอุตสาหกรรม การค้าและบริการ รวมทั้งภาคการเงินการธนาคาร ทั้งที่เป็นสถานประกอบการขนาดใหญ่ และวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs)

จากการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๕๗) ที่ผ่านมาพบว่า ในช่วงครึ่งแผนได้ดำเนินการพัฒนาและขยายเครือข่ายได้ค่อนข้างมากทั้งภาคสาธารณะและภาคเอกชน โดยมีการดำเนินงานตามตัวชี้วัดดังนี้ มีองค์กรที่มีการนำนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพไปสู่การปฏิบัติในองค์กรกว่า ๑,๐๐๐ องค์กร องค์กรที่มีการดำเนินงานเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตอย่างจริงจังและต่อเนื่องกว่า ๑,๑๐๐ องค์กร องค์กรที่มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริม



สุขภาพกว่า ๑,๔๐๐ องค์กร และมีประชาชนมีส่วนร่วมและมีขีดความสามารถด้านการสร้างเสริมสุขภาพกว่า ๒.๘ ล้านคน รวมทั้งมีแกนนำในองค์กรที่ได้รับการพัฒนาขีดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตกว่า ๑๔,๐๐๐ คน อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถพัฒนาเครือข่ายองค์กรที่มีความหลากหลายเพื่อเป็นต้นแบบและขยายเครือข่ายในวงกว้าง ขาดนักสร้างสุขในองค์กรที่จะเป็นแกนนำขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร และพบข้อจำกัดด้านการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งขาดการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทหรือเงื่อนไขขององค์กรกลุ่มเป้าหมาย

๒. กำลังแรงงานและคุณภาพชีวิตของบุคลากรในองค์กร

๒.๑ องค์กรภาคเอกชน

ในปัจจุบันพบว่า ประเทศไทยมีสถานประกอบการประมาณ ๔๑๘,๒๗๒ แห่ง โดยในปี ๒๕๕๗ มีจำนวนผู้ใช้แรงงานซึ่งเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมตามมาตรา ๓๓ มาตรา ๓๔ และมาตรา ๔๐ รวมจำนวน ๑๑,๕๔๔,๔๘๐ คน โดยแบ่งเป็นแรงงานหญิง คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๒๙ และแรงงานชาย คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๗๑ จากผู้ประกันตนทั้งหมด และมีแรงงานผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๖๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๘ ของจำนวนแรงงานทั้งหมด (ข้อมูลจากสำนักงานประกันสังคม เดือนพฤษภาคม ๒๕๕๗) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตแรงงานในภาพรวม พบว่า ประชากรวัยแรงงานไทย (ช่วงอายุ ๑๕ - ๕๔ ปี) ยังประสบปัญหาทางสุขภาพทางกายและทางจิตใจ เนื่องจากการดำรงชีวิตของกำลังแรงงานส่วนใหญ่ไม่ได้เติบโตหรือปรับตัวได้ทันตามการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม วัยแรงงานมีรายได้ปกติไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ ในขณะที่มีแรงกดดันในการทำงานหนักจากวันละ ๘ ชั่วโมงเป็น ๑๐ - ๑๒ ชั่วโมง ซึ่งนอกจากจะเป็นการบั่นทอนสุขภาพแล้วยังส่งผลให้ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว สะท้อนได้จากวัยแรงงานเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพหรือโรค NCDs เพิ่มขึ้น อาทิ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การออกกำลังกายไม่เพียงพอ การกินอาหารและโภชนาการที่ไม่เหมาะสม ฯลฯ รายงานสถานการณ์ความสุขคนทำงานในประเทศไทยในช่วงครึ่งปีแรกของปี ๒๕๕๖ พบว่า ความสุขคนทำงานระดับประเทศโดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ย ๕๗.๑ อยู่ในระดับ “HAPPY” หรือ “ระดับความสุขตามเป้าหมาย” แต่มิติที่มีค่าคะแนนต่ำที่สุด คือ ผ่อนคลายดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๔๘.๕ จัดอยู่ในระดับ “UNHAPPY” หรือ “ระดับความสุข ต่ำกว่าเป้าหมาย” ทั้งนี้ ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง คนทำงานหญิงและชายมีคะแนนความสุขใกล้เคียงกัน อยู่ที่ ๕๗.๗ และ ๕๖.๕ ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความสุขระหว่างคนทำงานในภาครัฐและภาคเอกชน พบว่า คนทำงานในภาครัฐมีค่าคะแนนสูงกว่าคนทำงานภาคเอกชน อาจเนื่องมาจากองค์กรภาคเอกชนต้องเผชิญกับสภาพการแข่งขันสูง ในขณะที่คนทำงานในลักษณะงานที่แตกต่างกันก็ส่งผลต่อความสุขของคนทำงานกล่าวคือ คะแนนเฉลี่ยความสุขของกลุ่มคนทำงานในสำนักงานมีค่าคะแนนสูงกว่าภาคการผลิตและภาคบริการ และคนทำงานในภาคบริการมีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงกว่าภาคการผลิต

ตารางแสดงคะแนนความสุขคนทำงานในประเทศไทยในภาพรวมและรายมิติ

ค่าคะแนน ความสุข เฉลี่ย	 สุขภาพ กายดี	 ผ่อน คลายดี	 น้ำใจดี	 จิต วิญญาณ ดี	 ครอบครัว ดี	 สังคม ดี	 ใฝ่รู้ดี	 สุขภาพ เงินดี	 การ งานดี	ความสุข คนทำงาน ในประเทศไทย
ช่วงครึ่งปี แรก 2556	57.4 Happy Body	48.5 Happy Relax	65.4 Happy Heart	66.7 Happy Soul	56.0 Happy Family	53.6 Happy Society	59.6 Happy Brain	50.2 Happy Money	54.6 Happy Work- life	57.1 Happy TOTAL

ที่มา: รายงานสถานการณ์ความสุขคนทำงานในประเทศไทย ปีที่ ๒ รอบครึ่งปีแรก (มกราคม – มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๖ Happiness Watch Report Year II: January – June ๒๐๑๓; โครงการจับตาสถานการณ์ความสุขของคนทำงานในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๔ – ๒๕๕๗; Happiness Watch in Thailand ๒๐๑๑ – ๒๐๑๔

นอกจากนี้ แรงงานในภาคเอกชนยังประสบปัญหาทางการเงิน โดยเฉพาะมีภาระหนี้สูงมาก จากผลสำรวจของศูนย์พยากรณ์เศรษฐกิจและธุรกิจ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย ณ เดือนเมษายน ๒๕๕๗ พบว่า แรงงานส่วนใหญ่มีปัญหาหนี้สินและค่าครองชีพที่สูงขึ้น และไม่มีเงินออม โดยแรงงานร้อยละ ๔๓.๗ มีภาระหนี้สินที่เกิดจากค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน มีภาระหนี้สินเฉลี่ย ๑๐๖,๒๑๖ บาทต่อครัวเรือน ทั้งนี้ เป็นหนี้ในระบบถึงร้อยละ ๕๖.๑ และกว่าร้อยละ ๘๐ มีปัญหาในการชำระหนี้สิน ซึ่งถือเป็นสถิติสูงที่สุดในรอบการสำรวจในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา และสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาด้านการเงินเป็นประเด็นสำคัญลำดับแรกที่จะต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาครอบครัวและกลายเป็นภาระของสังคมในท้ายที่สุด

๒.๒ องค์กรภาคสาธารณะ

ข้าราชการและครอบครัวที่ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลประมาณ ๕,๐๐๐,๐๐๐ คน ยังคงประสบปัญหาด้านสุขภาพ สะท้อนจากสถิติการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลข้าราชการเพิ่มขึ้นกว่า ๒ เท่าตัว จาก ๓๐,๐๐๐ ล้านบาทในปี ๒๕๔๘ เพิ่มขึ้นเป็น ๕๙,๘๒๘ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๖ และจากรายงานผลวิจัยตามยุทธศาสตร์การพัฒนาคูณภาพชีวิตข้าราชการพลเรือนสามัญประจำปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖ โดยสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า ปัญหาหลักเกี่ยวกับการทำงานและคุณภาพชีวิตในภาพรวมของข้าราชการไทย คือ ปัญหาหนี้สิน โดย ๑ ใน ๓ ของข้าราชการมีหนี้สินเพื่อที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและยานพาหนะและยังผ่อนชำระไม่หมด กว่าร้อยละ ๒๐ มีความเครียดสูง และข้าราชการที่มีโรคประจำตัวยังมีมากถึง ๑ ใน ๓ ของข้าราชการทั้งหมด นอกจากนี้ ยังมีเรื่องความไม่พึงพอใจในระบบงานและสภาพแวดล้อมการทำงานที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าความคาดหวังที่ควรได้รับ อาทิ ค่าตอบแทน ความเป็นธรรม และความสัมพันธ์ในองค์กร ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้การจัดเวลาการทำงานกับชีวิตส่วนตัวของข้าราชการไม่มีความสมดุล เกี่ยวพันกับประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพการให้บริการต่อประชาชนทั่วไป

ด้านองค์กรพุทธศาสนา ปัจจุบันประเทศไทยมีวัดประมาณ ๓๐,๐๐๐ วัด และมีพระภิกษุสงฆ์และสามเณรกว่า ๓๐๐,๐๐๐ รูป ถือเป็น “ทุนทางสังคม” ที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพองค์รวมของคนในสังคมได้ นอกจากนี้วัดส่วนใหญ่ยังมีพื้นที่ทางกายภาพอยู่ในทำเลที่ตั้งเป็นศูนย์กลางชุมชน มียอดเงินบริจาคหมุนเวียนเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่าปีละ ๑ แสนล้านบาท แต่จากการศึกษาพบว่า พระภิกษุสงฆ์มีปัญหาสุขภาพะด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคไขมันในเลือดสูงมากที่สุด รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน โรคภูมิแพ้ โรคอัมพฤกษ์-อัมพาต และหากพิจารณาถึงบริบททางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน อาจทำให้บทบาทความเป็นวัดถูกจำกัดอยู่เพียงมิติทางศาสนา ส่งผลให้การปฏิสัมพันธ์ระหว่างวัดกับชุมชนลดน้อยลง จนในหลายกรณีได้นำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างวัดกับชุมชน พื้นที่วัดหลายแห่งทั่วประเทศได้ถูกปรับเปลี่ยนสภาพเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ทางการค้าและเศรษฐกิจ จนก่อให้เกิดปัญหาความแออัด สภาพภูมิทัศน์ขาดความสงบร่มรื่นและศักดิ์สิทธิ์ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้คนที่เข้ามาใช้พื้นที่ ทั้งทางร่างกายและจิตวิญญาณ

๓. สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรในองค์กร

จากการวิเคราะห์การทบทวนสภาพแวดล้อมการดำเนินงานเพื่อวางแผนหลัก สสส. (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย เพื่อประเมินถึงโอกาสและความท้าทายที่คาดว่าจะส่งผลต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กรในช่วง ๓ ปี ข้างหน้า พบว่าสถานการณ์และแนวโน้มที่สำคัญที่คาดว่าจะส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (๕ mega trends) ได้แก่ สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ความเป็นเมือง (urbanization) ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ (health inequities) กระแสความตื่นตัวเรื่องสุขภาพ (health concern) และการรวมตัวประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวส่งผลต่อ ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีสุขภาพะ ส่งผลให้วัยแรงงานมีการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ประชากรวัยทำงานมีแนวโน้มที่ลดลง จึงจำเป็นต้องขยายอายุการทำงาน แนวโน้มการขยายตัวของสังคมเมืองและการเคลื่อนย้ายประชากรจากชนบทเข้าสู่เขตเมือง ส่งผลต่อวิถีชีวิตและการทำงาน ความตระหนักถึงความสำคัญด้านความปลอดภัยของอาหาร และสุขภาพเพิ่มขึ้น บทบาทสตรีที่เพิ่มขึ้น ความต้องการการดูแลสุขภาพแรงงานที่เหมาะสม และการรักษาความได้เปรียบในการแข่งขันทางเศรษฐกิจด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน

จากผลงานวิจัยภาพอนาคตของสถานที่ทำงานในประเทศไทยในปี ๒๕๗๕ (Thailand's future workplace in ๒๐๓๒) พบว่า จากผลของการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของสังคม เศรษฐกิจ และ สิ่งแวดล้อม จะส่งผลให้โครงสร้างสถานที่ทำงานในอีก ๒๐ ปีข้างหน้า คือ สถานประกอบการจะกำหนดโครงสร้างที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ มีการปรับปรุงระบบบริหาร ภาวะเปียบและการแบ่งงานให้ยืดหยุ่นมากขึ้น เนื่องจากในอนาคตแรงงานในองค์กรจะมีความหลากหลายมากขึ้นทั้งทางด้านเชื้อชาติและวัฒนธรรม ส่งผลให้ส่วนงานพัฒนาบุคลากรในองค์กรจะต้องปรับรูปแบบการดำเนินงานที่รองรับความหลากหลายทางเชื้อชาติและวัฒนธรรมของแรงงาน ซึ่งทำให้การจัดสวัสดิการและการดูแลสุขภาพชีวิตแรงงานในองค์กรมีแนวโน้มที่จะต้องมีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น พนักงานที่ต้องทำงานในพื้นที่ที่สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ก็อาจจะต้องการสวัสดิการด้านการช่วยเหลือพยาบาลจากผู้เชี่ยวชาญในด้านสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะ เป็นต้น

๔. ประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา สถานการณ์และแนวโน้มดังกล่าวข้างต้น รวมทั้ง แนวนโยบายของแผนหลัก สสส. ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ทำให้ได้ประเด็นที่สำคัญหรือโจทย์ในการ ขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรที่สำคัญในระยะต่อไปดังนี้

- ๔.๑ คนทำงาน ส่งเสริมในประเด็นการเพิ่มทักษะการใช้ชีวิตควบคู่กับทักษะการทำงาน การสร้างเสริมสุขภาพ และความรับผิดชอบทางการเงินเพื่อสร้างความภาคภูมิใจในการทำงาน ซื่อสัตย์และรักในองค์กร สุขภาวะที่เหมาะสมตามเพศ (มิติผู้หญิงและผู้ชาย) การ รองรับสังคมผู้สูงอายุ และการสร้างเสริมครอบครัวอบอุ่น
- ๔.๒ องค์กร ผลักดันการกำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต การปรับ ระบบจัดการและโครงสร้างองค์กรเพื่อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต และ การพัฒนากลไกการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพภายในองค์กรที่คำนึงถึงการมีส่วนร่วม การบริหารความหลากหลายทางวัฒนธรรม และการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization)
- ๔.๓ สังคมและสิ่งแวดล้อม สนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมขององค์กรให้เอื้อต่อการ สร้างเสริมสุขภาพ การยอมรับความหลากหลายของแรงงานต่างเชื้อชาติและต่าง วัฒนธรรม ความรับผิดชอบทางสังคม และการสร้างเสริมสุขภาวะของคนทำงานในเมือง
- ๔.๔ ระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ทั้งด้านนโยบาย องค์กรความรู้ และนวัตกรรม ภาควิชาเครือข่าย และระบบข้อมูลและระบบติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

จุดเน้นของแผน

เพื่อให้เกิดองค์กรสุขภาวะหรือ Platform ที่สามารถรองรับงานสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด Happy Workplace ในช่วงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ แผน ๘ มีจุดเน้นการดำเนินงานใน ๕ ประเด็น ดังนี้

๑. กระตุ้นและผลักดันให้เกิดการนำนโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
๒. พัฒนากลไกการทำงานทั้งในรูปแบบบุคคล คณะทำงานและ/หรือสมาคม สถาบันวิชาการและ/หรือศูนย์เรียนรู้ที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร สามารถเสริมหนุนระบบการทำงาน ปกติ และสามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง
๓. พัฒนาและเสริมศักยภาพภาควิชาเครือข่ายเพื่อเป็นแกนนำและขยายผลการผลักดันแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรสู่การปฏิบัติ
๔. สร้างและขยายผลต้นแบบองค์กรสุขภาวะ โดยเน้นใช้ประโยชน์จากทุนความรู้และนวัตกรรม วิจัยและพัฒนา รวมทั้งการสนับสนุนการจัดการระบบข้อมูลเครือข่ายองค์กรสุขภาวะที่มี ประสิทธิภาพ



๕. พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นเครื่องมือวัดผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานที่สอดคล้องกับทิศทางยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี รวมทั้งมีข้อมูลเพื่อการวางแผนและพัฒนาในระยะต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนการพัฒนานโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรและผลักดันสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
๒. สนับสนุนให้องค์กรได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดการความรู้ เพื่อสร้างการรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญการสร้างเสริมสุขภาวะขององค์กร และเพื่อให้มีการสื่อสารและขยายผลแนวคิดการสร้างเสริมองค์กรสุขภาวะในวงกว้าง
๓. สนับสนุนการพัฒนาระบบและกลไกการทำงานและบริหารจัดการภายในองค์กรที่ส่งผลต่อสุขภาวะของบุคลากร ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในองค์กร
๔. ส่งเสริมการพัฒนาและขยายเครือข่ายองค์กรภาคสาธารณะและองค์กรภาคเอกชนสร้างเสริมสุขภาพเพื่อเป็นพื้นที่ (platform) รองรับงานสร้างเสริมสุขภาวะของ สสส.

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงกับระบบและกลไกหลัก อาทิ กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอุตสาหกรรม ในการผลักดันให้เกิดร่างนโยบาย/ระเบียบ/ยุทธศาสตร์และ/หรือมาตรการ อย่างน้อย ๑ เรื่อง ที่จะช่วยในการยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในองค์กร เช่น นโยบายสนับสนุนงานที่มีคุณค่า (decent work) และยุทธศาสตร์การตรวจสอบสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชน เป็นต้น
๒. ขยายจำนวนองค์กรสุขภาวะ^{๑๖} ให้ได้อย่างน้อย ๕,๐๐๐ องค์กร
๓. เกิดองค์กรสุขภาวะต้นแบบ^{๑๗} ที่พร้อมขยายผลให้เกิดเครือข่ายองค์กรสุขภาวะอื่นๆ อย่างน้อย ๓๐ องค์กร
๔. มีแกนนำขับเคลื่อนองค์กรสุขภาวะที่มีความรู้ความเข้าใจแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร (happy workplace) และสามารถขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ รวมถึงติดตามการดำเนินงานในองค์กรได้อย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า ๔๐๐ คน

^{๑๖} องค์กรสุขภาวะ หมายถึง องค์กรที่มีการสนับสนุนการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร อาทิ การผลักดันให้มีนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต และการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

^{๑๗} องค์กรสุขภาวะต้นแบบ หมายถึง องค์กรที่มีนโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรและผลักดันสู่การปฏิบัติภายในองค์กรอย่างเป็นรูปธรรม

๕. มีนวัตกรรมทางสังคม^{๔๔} อาทิ งานวิจัย การถอดบทเรียนและองค์ความรู้ เครื่องมือ หลักสูตร การเรียนการสอนและการฝึกอบรม รวมทั้งกลไกการทำงานใหม่ๆ ที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรที่ได้รับการเผยแพร่และนำไปใช้ประโยชน์ ไม่น้อยกว่า ๕ เรื่อง
๖. เกิดเครือข่ายใหม่ขององค์กรสุขภาวะที่มีความหลากหลายและครอบคลุมทั้งในกลุ่มองค์กรภาคสาธารณะและองค์กรภาคเอกชน อย่างน้อย ๓ เครือข่าย
๗. มีระบบข้อมูลที่ครอบคลุมเครือข่ายการดำเนินงานขององค์กรสุขภาวะร้อยละ ๕๐ ที่สามารถใช้ในการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

ตัวชี้วัดร่วม

เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนงานอื่นๆ อย่างน้อย ๕๐๐ องค์กร ดังนี้

๑. ร่วมกับแผนควบคุมยาสูบและแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด พัฒนาองค์ความรู้เชิงปฏิบัติการที่เหมาะสมสำหรับการนำไปขยายผลเพื่อลดการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น รณรงค์และกำหนดนโยบายพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ เป็นต้น ในองค์กรสุขภาวะกลุ่มเป้าหมาย
๒. ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว พัฒนานโยบายที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาวะของสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรในองค์กรสุขภาวะกลุ่มเป้าหมาย
๓. ร่วมกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ สนับสนุนให้มีนโยบายหรือมาตรการส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมอาหารสุขภาวะในองค์กร
๔. ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย และกีฬาเพื่อสุขภาพ สนับสนุนให้มีพื้นที่สุขภาวะต้นแบบในองค์กรสุขภาวะกลุ่มเป้าหมาย

แนวทางการดำเนินงาน

๑. กระตุ้น สนับสนุน และจุดประกายให้เกิดนโยบายทั้งในระดับประเทศและระดับองค์กร ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างสุขภาวะในองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในองค์กร
๒. สนับสนุนให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้เกิดกลไกการทำงานไปในทิศทางร่วมกันเพื่อให้เกิดองค์กรสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในองค์กร
๓. กระตุ้นและสนับสนุนองค์กรให้เกิดกระบวนการสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้างเสริมองค์กรสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในองค์กร

^{๔๔} นวัตกรรมทางสังคม หมายถึง แนวคิด กระบวนการ หรือรูปแบบใหม่ๆ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาหรือพัฒนาสังคม (สุวิ ภูติ และกฤษณ์ พงศ์พรหม, 2546 อ้างถึงใน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2546: 72)



แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรดำเนินการตามยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ๕ ด้าน ดังนี้

- (๑) สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็นฐานที่สามารถรองรับแนวคิดและนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาวะของบุคลากรในองค์กร
- (๒) สร้างเสริมศักยภาพและสนับสนุนการปรับพื้นฐานเชิงโครงสร้างและนโยบายด้านสร้างเสริมคุณภาพชีวิตขององค์กรที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรสุขภาวะ
- (๓) ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้บริหารและบุคลากรให้ตระหนักถึงความสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคลากรในองค์กรเพื่อสนับสนุนให้เกิดนโยบายและมีการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
- (๔) สร้างนวัตกรรมทางสังคมเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
- (๕) เน้นการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบผลักดันแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรในระบบปกติของการดำเนินงานขององค์กร

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วยกลุ่มแผนงาน ๓ กลุ่มแผนงาน ดังนี้ ๑) กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคสาธารณะ ๒) กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคเอกชน และ ๓) กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

๑. กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคสาธารณะ

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์ในการพัฒนาขีดความสามารถในการวางระบบการบริหารจัดการและพัฒนากลไกการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพภายในองค์กรภาคสาธารณะ โดยองค์กรภาคสาธารณะหมายถึง องค์กรภาคพลเรือน องค์กรทหาร องค์กรตำรวจ องค์กรโรงพยาบาล และ องค์กรทางศาสนา ให้มุ่งไปสู่การที่บุคลากร ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แนวทางการดำเนินงาน

- (๑) สนับสนุนให้องค์กรภาคสาธารณะพัฒนานโยบายด้านคุณภาพชีวิตขององค์กร โดยผลักดันงานสร้างเสริมสุขภาพเข้าสู่ระบบงานปกติ หรือ ผลักดันให้ต้นแบบองค์กรภาคสาธารณะเป็นต้นแบบที่รองรับตัวชี้วัดของกลุ่มองค์กร เช่น มาตรฐานรับรองสถานพยาบาล (HA) ตัวชี้วัดตามกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (ก.พ.ร.) เป็นต้น
- (๒) พัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมการทำงานในรูปแบบต่างๆ เช่น การศึกษาและวิจัยสถานการณ์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง การถอดบทเรียนการดำเนินงานขององค์กรต้นแบบเพื่อนำไปขยายผล เป็นต้น

- (๓) พัฒนากลไกในการขับเคลื่อนงานองค์กรสุขภาวะภาคสาธารณะและส่งเสริมความร่วมมือในการทำงานในลักษณะเครือข่ายองค์กรที่เชื่อมโยงการดำเนินงานภายในและภายนอกกลุ่มองค์กรภาคสาธารณะ ตลอดจนความร่วมมือกับกลุ่มองค์กรภาคธุรกิจเอกชน
- (๔) สนับสนุนการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรแกนนำองค์กรสุขภาวะและเตรียมความพร้อมในการพัฒนาเครื่องมือเพื่อรองรับองค์กรสุขภาวะ ตลอดจนให้มีการสื่อสารสาธารณะในประเด็นด้านนโยบาย เครื่องมือ และองค์ความรู้เพื่อมุ่งเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสังคม ขับเคลื่อนแนวคิดจากภาคสาธารณะสู่ประชาชน
- (๕) พัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพขององค์กรภาคสาธารณะเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

๒. กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคเอกชน

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์การพัฒนาและขยายองค์กรสุขภาวะต้นแบบในภาคเอกชนในเชิงคุณภาพเพื่อเป็นฐานรองรับงานประเด็นสุขภาวะของ สสส. และสร้างความยั่งยืนในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ด้วยการสนับสนุนระบบและกลไกร่วมกับภาคยุทธศาสตร์หลักเพื่อผลักดันนโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนทำงานในทุกมิตินำไปสู่การปฏิบัติและเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม พัฒนานวัตกรรมทางสังคมและองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร รวมทั้งกลไกการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

แนวทางการดำเนินงาน

- (๑) พัฒนาเครือข่ายองค์กรสุขภาวะที่เป็นพื้นที่ (platform) นำร่องในการบูรณาการการทำงานเชิงประเด็นสุขภาพของ สสส. ได้แก่ บุหรี่ เหล้า อาหาร การออกกำลังกาย และครอบครัวอบอุ่น เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของสสส.
- (๒) พัฒนาระบบข้อมูลและกลไกการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการผลักดันนโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาวะในทุกมิติ (กายใจ ปัญญา และสังคม) ไปสู่การปฏิบัติ ภายใต้แนวคิด “งานดี มีคุณค่า” ร่วมกับกระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอุตสาหกรรม
- (๓) สร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของคนทำงานในเครือข่ายกลุ่มอุตสาหกรรม โดยเน้นการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาวะที่เหมาะสมตามเพศ (มิติผู้หญิงและผู้ชาย)
- (๔) พัฒนานักสร้างสุขในองค์กร เพื่อเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
- (๕) สนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือและกลไกการขับเคลื่อนงานสร้างองค์กรสุขภาวะในองค์กรในรูปแบบของสถาบัน/ศูนย์เรียนรู้ด้านการสร้างเสริมทักษะการทำงานควบคู่กับทักษะการใช้ชีวิต (work skill & life skill) เพื่อขยายผลในวงกว้างและสร้างความยั่งยืนในการขับเคลื่อน
- (๖) ขยายการรับรู้แนวคิดองค์กรสุขภาวะสู่องค์กรต่างชาติในไทย และสู่เวทีในระดับภูมิภาคและนานาชาติ เพื่อเตรียมความพร้อมของวัยแรงงานในการรองรับการเปิดเสรีทางการค้าในภูมิภาคอาเซียนและการเปลี่ยนแปลงของกระแสโลกาภิวัตน์



๓. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์เพื่อพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ประกอบด้วย ระบบฐานข้อมูลและระบบติดตามประเมินผล การจัดการองค์ความรู้และนวัตกรรม การสร้างเสริมศักยภาพภาคีเครือข่าย รวมทั้งการพัฒนากลไกกลางเชื่อมโยงการทำงานระหว่างสำนัก ๘ และภาคีเครือข่าย เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

แนวทางการดำเนินงาน

- (๑) พัฒนาระบบฐานข้อมูลเครือข่ายองค์กรสุขภาวะเพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนาและการติดตามประเมินผล
- (๒) บริหารจัดการองค์ความรู้และนวัตกรรมทางสังคมในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรเพื่อนำไปเผยแพร่ สร้างการรับรู้และขยายผลการดำเนินงานในวงกว้าง
- (๓) จัดตั้งคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๔ เพื่อเป็นกลไกกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้
- (๔) ผลักดันประเด็นความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) และความรับผิดชอบต่อการเงินในหลักสูตรการเรียนการสอนและการฝึกอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติของนักสร้างสุขในองค์กรและเสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายทำงาน
- (๕) พัฒนาศูนย์สร้างเสริมองค์กรสุขภาวะให้เป็นกลไกกลางเชื่อมโยงการทำงานระหว่างแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรและภาคีเครือข่าย โดยทำหน้าที่สื่อสารองค์กรและสื่อสารสาธารณะ เพื่อสร้างการรับรู้และความตระหนักของภาคีเครือข่ายและประชาชนทั่วไป รวมทั้งจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างพลังขับเคลื่อนเครือข่ายและพันธมิตรการทำงาน

ภาคีหลัก

กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน กระทรวงกลาโหม กองทัพอากาศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล สถานีตำรวจ สถาบันการศึกษา เครือข่ายองค์กรพุทธศาสนา สมาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สมาหอการค้าแห่งประเทศไทย สมาคมการจัดการงานบุคคลแห่งประเทศไทย สมาคมบริษัทจดทะเบียนไทย ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย สมาคมวิชาชีพ และสถานประกอบการภาคธุรกิจ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคสาธารณะ	๙๐
๒. กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคเอกชน	๑๐๐
๓. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๑๐
รวม	๒๐๐

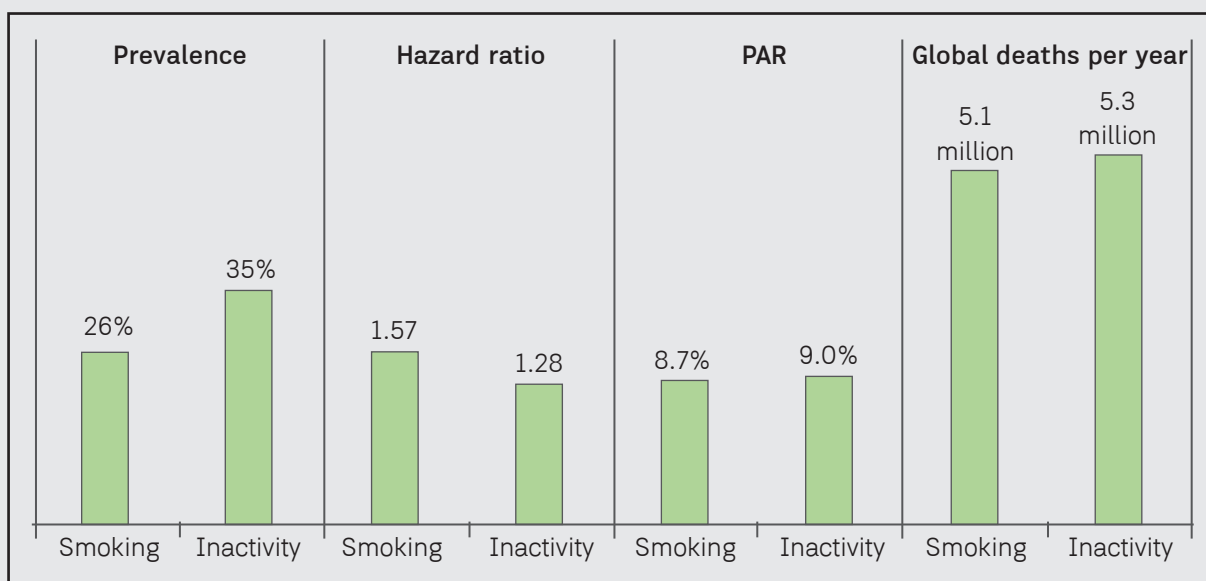


๙

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

สถานการณ์และแนวโน้ม

การขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ (Physical Inactivity) ได้กลายเป็นสาเหตุสำคัญของความเจ็บป่วยและเสียชีวิตที่รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ วารสารวิชาการ The Lancet ฉบับปี 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 ๖๖%” โดยแสดงให้เห็นว่าการมีพฤติกรรมเนิ่ง (sedentary behavior) เช่น การนั่งๆ นอนๆ หน้าจอทีวี มีความสัมพันธ์กับโอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งลำไส้และมะเร็งช่องท้องสูงถึง ๖๖% และในทุกๆ ๒ ชั่วโมงของการมีพฤติกรรมเนิ่งติดต่อกัน โอกาสเสี่ยงดังกล่าวได้เพิ่มขึ้นเป็น ๗๔ - ๗๘% จึงแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมที่คนส่วนใหญ่คุ้นเคยทุกวันคือการนั่ง (sitting) ได้กลายเป็นความเสี่ยงที่อันตรายยิ่งต่อ

สุขภาพของประชากรโลก สำหรับในประเทศไทยนั้น การสำรวจในปี ๒๕๕๖ ของมหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. พบว่า ในช่วงเวลา ๒๔ ชั่วโมง คนไทยมีช่วงเวลาที่ มีพฤติกรรมเนิ่งถึง ๑๓ ชั่วโมง ๑๕ นาที และมีช่วงเวลาที่ มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ๒ ชั่วโมง ๑๙ นาที เท่านั้น

สัญญาณเตือนภัยที่บ่งบอกวิกฤติสุขภาพของไทยในเวลานี้คือ การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของสัดส่วน ผู้ที่มีภาวะอ้วนและอ้วนลงพุง คือจากร้อยละ ๒๘.๗ ในปี ๒๕๔๗ เป็นร้อยละ ๓๔.๗ ในปี ๒๕๕๒ สำหรับ ภาวะอ้วน และร้อยละ ๒๖.๑ ในปี ๒๕๔๗ เป็นร้อยละ ๓๒.๑ ในปี ๒๕๕๒ สำหรับอ้วนลงพุง แสดงให้เห็นว่า คนไทยมีภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่า และภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นเป็น ๓ เท่า ในระยะเวลา ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กวัยเรียน

ในขณะที่อัตราการของโรคอ้วนเพิ่มขึ้นรวดเร็ว แต่อัตราการออกกำลังกายประจำของคนไทยกลับขยับ เพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๙.๑ ในปี ๒๕๔๗ เป็นร้อยละ ๒๙.๗ ในปี ๒๕๕๒ สำหรับอัตราการ มีกิจกรรมทางกายนั้น ได้รับการสำรวจครั้งแรกโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และ สสส. ในปี ๒๕๕๕ โดยสำรวจคนไทยตั้งแต่อายุ ๖ ปีขึ้นไป ครอบคลุมทั่วประเทศ พบว่า ในปี ๒๕๕๕ คนไทยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเฉลี่ยร้อยละ ๖๖.๓ และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ ๖๘.๑ ในปี ๒๕๕๖ เมื่อแยกตามกลุ่มอายุพบว่า วัยเด็ก (๖ - ๑๔ ปี) มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ร้อยละ ๖๐.๘ วัยรุ่น (๑๕ - ๒๔ ปี) ร้อยละ ๖๖.๑ วัยทำงาน (๒๕ - ๕๔ ปี) ร้อยละ ๗๒.๘ แสดงให้เห็นว่า วัยเด็กเป็นวัยที่มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอน้อยที่สุด โดยมีสาเหตุหลักมาจากการพฤติกรรมเนิ่ง (sedentary behavior) โดยใช้เวลาส่วนใหญ่กับหน้าจออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ทำให้คาดการณ์ว่า ในอีก ๓ ปีข้างหน้า จะมีเด็กไทยถึง ๑ ใน ๕ ที่อยู่ในภาวะอ้วน อันจะส่งผลให้งบประมาณสาธารณสุข ของประเทศต้องจ่ายให้กับโรคกลุ่มนี้กว่าร้อยละ ๒ - ๘ หรือประมาณสองแสนล้านบาทต่อปี

ทั้งนี้ การมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ และการลดพฤติกรรมเนิ่ง ได้ถูกจัดให้เป็นหนึ่งในประเด็น ที่ท้าทายโลกปัจจุบันมากที่สุด เพราะเกี่ยวเนื่องกับความเชื่อ ความเคยชิน พฤติกรรม และปัจจัยแวดล้อม เป็นสำคัญ การเปลี่ยนพฤติกรรมให้คนไทยมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันให้มากขึ้น และหันมาบริโภค อาหารสุขภาพที่ให้พลังงานต่ำ จึงเป็นภารกิจท้าทายอย่างยิ่ง เนื่องจาก คนไทยส่วนใหญ่ยังคงคุ้นเคยกับ รูปแบบของ “การออกกำลังกาย” ที่มีภาพของการเคลื่อนไหวร่างกายในระดับหนักและไม่บ่อยกว่า ๓๐ นาทีต่อครั้ง แต่ยังไม่ค่อยรับรู้ถึงความจำเป็นของการมี “กิจกรรมทางกาย” อย่างเพียงพอที่สามารถ กระทำได้ทุกเวลาในชีวิตประจำวัน เช่น การเดิน การขึ้นบันได โดยการสำรวจในปี ๒๕๕๖ พบว่าคนไทยรับรู้ เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายเพียงร้อยละ ๓๙

ความเคลื่อนไหวสำคัญในระดับโลก คือ การประกาศกฎบัตรโทรอนโตเพื่อกิจกรรมทางกาย ซึ่งได้ รับการรับรองจาก ๓๖ ประเทศสมาชิก เมื่อปี ๒๕๕๓ เรียกร้องให้ทุกประเทศ ทุกภูมิภาค ทุกชุมชน และ ทุกองค์กร ทุ่มเททรัพยากรและยุทธศาสตร์เพื่อให้เกิดการสนับสนุนการมีสุขภาวะดีด้วยการส่งเสริม กิจกรรมทางกายสำหรับทุกคน โดยเน้นให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือขององค์กรด้านสุขภาพ ด้าน ขนส่งและคมนาคม สิ่งแวดล้อม กีฬาและนันทนาการ การศึกษา การพัฒนาและผังเมือง วัฒนธรรม และ การปกครองท้องถิ่น

ในฐานะที่ สสส. ได้ร่วมลงนามในกฎบัตรโทรอนโต และมีพันธกิจเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะที่ดีอย่าง ยั่งยืนในสังคมไทย แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย-การออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ จึงกำหนด ยุทธศาสตร์ให้มุ่งเน้นสนับสนุนการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันของคนทั้งประเทศโดยจะดำเนินการ

ควบคู่ไปกับการส่งเสริมการสร้างพื้นที่สันทนาการหรือปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย เช่น ทางเดินเท้าและทางจักรยานที่ปลอดภัยและเพียงพอ เชื่อมโยงระบบขนส่งมวลชนที่กระตุ้นให้เกิดการใช้บริการ ลานกิจกรรมและลานออกกำลังกาย ฯลฯ ตลอดจนใช้การสื่อสารรณรงค์เพื่อทำให้การมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันเป็นพฤติกรรมที่ทุกคนปฏิบัติได้ง่าย ควบคู่ไปกับการลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง และให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของค่านิยมและวิถีชีวิตของคนในประเทศ

ตลอดระยะ ๑๒ ปีที่ผ่านมา สสส. มีทุนเครือข่ายที่มากเพียงพอในการขับเคลื่อนเพื่อเพิ่มโอกาสการมีกิจกรรมทางกาย ได้แก่ เครือข่ายกิจกรรมทางกาย เครือข่ายเดิน-วิ่งจักรยานและกีฬาอื่นๆ เครือข่ายโรงเรียนและองค์กรไร้พุง เครือข่ายพื้นที่สันทนาการและผังเมือง เครือข่ายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นต้น ทุนเครือข่ายที่เข้มแข็งนี้จะได้รับการต่อยอดเชิงศักยภาพและความรู้เกี่ยวกับยุทธศาสตร์การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และเชื่อมต่อกับภาคียุทธศาสตร์ด้านปัจจัยแวดล้อม เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผังเมือง ภาคีด้านอาหารและด้านสื่อ และภาคีด้านนโยบาย

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

จุดเน้นของแผน

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

๑. รณรงค์ส่งเสริมกิจกรรมทางกายตลอดช่วงวัย (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)
๒. ผลักดันให้เกิดพื้นที่สันทนาการ (healthy space) ที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ในพื้นที่ยุทธศาสตร์ของกลุ่มวัยตามเป้าหมายของแผนฯ ได้แก่ พื้นที่ของโรงเรียน (กลุ่มเด็ก) มหาวิทยาลัย (วัยรุ่น) องค์กรและสถานประกอบการ (วัยทำงาน) วัด ชุมชนผู้สูงอายุ (วัยสูงอายุ) ชุมชนและสถานบริการสุขภาพที่บูรณาการทุกช่วงวัย
๓. สร้างโอกาสของความร่วมมือให้เกิดการพัฒนาเมืองหรือย่านชุมชนที่เหมาะสมต่อการเดินเพื่อมุ่งสู่การเป็นเมืองที่เอื้อต่อการเดิน (walkable city) และเมืองที่เอื้อต่อการใช้จักรยาน (cyclable city)

๔. มุ่งสร้างนวัตกรรม จากทุนความรู้ทั้งในระดับ ท้องถิ่น ประเทศ และสากล เพื่อให้เกิดต้นแบบของการรณรงค์การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่งเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน
๕. ระดมความร่วมมือเพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดต่องานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ จากการเตรียมตัวเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมนานาชาติด้านการมีกิจกรรมทางกายในปี ๒๕๕๙ (International Congress on Physical Activity ๒๐๑๖)
๖. ให้ความสำคัญกับมิติหรือหน่วยครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียน ในฐานะเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ โดยเน้นทักษะเรื่องความฉลาดรู้ด้านสื่อ ด้านสุขภาพ และด้านปัญญา ที่นำไปสู่การมีกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิต รวมทั้งเลือกพื้นที่การดำเนินงานที่สอดคล้องกับแผนต่างๆ ของ สสส.

นิยามศัพท์เชิงยุทธศาสตร์

กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) 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) แผนได้ใช้เกณฑ์การจำแนกระดับการใช้พลังงานทั้ง ๓ ระดับเป็นนิยามของการกำหนดยุทธศาสตร์ของแผนและใช้เกณฑ์ชี้วัดตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก คือ แบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกายระดับสากล the Global Physical Activity Questionnaire : GPAQ เป็นเกณฑ์ติดตามผลและวัดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะเป็นการวัดทั้ง ๓ ประเภทกิจกรรม รวมถึงใช้อุปกรณ์การวัดที่เป็นวิทยาศาสตร์ ได้แก่ อุปกรณ์วัดระดับกิจกรรมทางกาย และ Application ในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary behavior) หมายถึงกลุ่มของพฤติกรรมในขณะตื่น ที่เกิดขึ้นระหว่างการนั่ง หรือเอนนอน ที่มีความต้องการใช้พลังงานต่ำในระดับ ≤ 1.5 METs (Metabolic Equivalent Task) เช่น การนั่งอยู่หน้าจอทีวี หรือคอมพิวเตอร์นานเกินไป บางประเทศใช้เกณฑ์การมีพฤติกรรมเนือยนิ่งติดต่อกันเกิน ๒ ชั่วโมง ถือว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพ

ปัจจัยแวดล้อม/พื้นที่สุขภาวะ (built environment/healthy space) เจาะเนไขทางกายภาพที่เป็นสิ่งแวดลอมสรรสร้าง เช่น รูปแบบการจัดพื้นที่ทั้งเปิดโล่งและในอาคาร การใช้ที่ดินและผังเมือง ระบบการขนส่งสาธารณะ และรูปแบบเฉพาะต่างๆ เช่น สนามเด็กเล่น ที่ได้รับการออกแบบให้สนับสนุนการสร้างโอกาสเพื่อการมีกิจกรรมทางกาย

เมืองที่เอื้อต่อการเดิน/ใช้จักรยาน (walkable & cyclable city) เมือง/ชุมชนที่มีนโยบายส่งเสริมการเดิน และการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันของประชาชน ด้วยการออกแบบและจัดการทั้งด้านกายภาพ เช่น ระบบการคมนาคม ความปลอดภัย ความสะดวก ความสวยงาม และการจัดการด้านสังคม วัฒนธรรม เช่น ความรู้สึกร่วมมีส่วนร่วม อัตลักษณ์ของพื้นที่

กลุ่มเป้าหมายของกิจกรรมกีฬา ในที่นี้ได้แก่ ผู้ชมกีฬา (ทั้งที่ชมในสนามและชมจากการถ่ายทอดทางสื่อ) ผู้เล่นกีฬา กรรมการตัดสิน ผู้สนับสนุน ผู้จัดและชุมชนรอบสนามกีฬา

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะของประชาชน ด้วยการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง
๒. เพื่อส่งเสริมให้มีพื้นที่สุขภาวะและปัจจัยแวดล้อม ที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน
๓. เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ให้เกิดการพัฒนาพื้นที่หรือเมืองที่เอื้อต่อการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
๔. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสร้างนวัตกรรม และทุนความรู้ด้านการเพิ่มกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง
๕. เพื่อส่งเสริมกิจกรรมกีฬาให้เป็นโอกาสของการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ที่ปลอดภัย ลดแอลกอฮอล์ และบุหรี่

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

เป้าหมายระดับชาติ และทิศทาง ๑๐ ปี ของ สสส.

๑. เพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันเพียงพอ (อย่างน้อย ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์) ของประชากรวัย ๑๑ ปีขึ้นไป เป็นอย่างน้อยร้อยละ ๖๔ ของจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย (โดยมีเครื่องมือชี้วัดและฐานข้อมูลที่ได้มาตรฐานทางวิชาการซึ่งพัฒนาขึ้นโดยแผนและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแนวทางวัดผลขององค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุข สัมชชาสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานสถิติแห่งชาติ)
๒. ควบคุมอัตราส่วนของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียน อายุ ๖ - ๑๔ ปี ให้ไม่เพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีสัดส่วนร้อยละ ๑๑ โดยมียุทธศาสตร์และวัดผลร่วมกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

เป้าหมายระดับแผน

๑. ฐานข้อมูลกิจกรรมทางกายเพื่อบริบายสาธารณะ ที่มีภาคยุทธศาสตร์นำไปใช้ประโยชน์ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑ กรณีในปี ๒๕๕๘
๒. จำนวนพื้นที่สุขภาวะต้นแบบในพื้นที่เป้าหมายต่างๆ ที่ได้รับการจัดการอย่างมีหลักการ เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายของประชาชน อย่างน้อย ๕ พื้นที่ใหม่ ในปี ๒๕๕๘



๓. จำนวนนวัตกรรม กิจกรรมรณรงค์ และงานวิชาการที่ส่งผลต่อการเพิ่มกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรกลุ่มต่างๆ อย่างน้อย ๓๐ กรณี ในปี ๒๕๕๘
๔. ร้อยละขององค์กรกีฬา และหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง กับกิจกรรมกีฬาที่รับเอาพันธกิจของกีฬาปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ไปขยายผล ร้อยละ ๑๐ ของจำนวนองค์กรกีฬาและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกิจกรรมกีฬาทั้งหมดในแต่ละปี

ยุทธวิธี

๑. ส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประชาชนที่สอดคล้องกับกลุ่มวัย
 - ๑.๑ สนับสนุนภาคีเครือข่ายให้จัดกิจกรรมออกกำลังกาย และกีฬาเพื่อสุขภาพหลากหลายประเภท ที่สอดคล้องกับ ๔ กลุ่มวัย คือ วัยเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ รวมถึงกลุ่มขาดโอกาสทางสังคม
 - ๑.๒ พัฒนากลไกการสำรวจ เฝ้าระวัง และจัดทำฐานข้อมูลด้านกิจกรรมทางกายของประเทศให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
 - ๑.๓ พัฒนางานสื่อสารรณรงค์ เพื่อเผยแพร่ความเข้าใจเรื่องกิจกรรมทางกาย และเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย
๒. ส่งเสริมการจัดการให้เกิดพื้นที่สุขภาวะ หรือปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายที่รวมถึงการเดิน และการใช้จักรยาน
 - ๒.๑ ส่งเสริมโอกาสและความร่วมมือกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้เกิดการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะต้นแบบที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในพื้นที่ยุทธศาสตร์ของกลุ่มวัยตามเป้าหมายของแผน ได้แก่ พื้นที่ของโรงเรียน (กลุ่มเด็กวัยเรียน) มหาวิทยาลัย (วัยรุ่น) องค์กรและสถานประกอบการ (วัยทำงาน) วัดและชมรมผู้สูงอายุในชุมชน (วัยสูงอายุ)
 - ๒.๒ พัฒนาเครือข่ายวิชาการพื้นที่สุขภาวะให้มีบทบาทเป็นที่ปรึกษา ผลักดันผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดพื้นที่สุขภาวะในระดับท้องถิ่นและเขตเมือง
 - ๒.๓ ขับเคลื่อนรณรงค์ให้เกิดมาตรการที่ส่งเสริมการจัดปัจจัยแวดล้อม ที่เอื้อต่อการเดินและการใช้จักรยาน
๓. สร้างนวัตกรรม ความรู้ และต้นแบบของการรณรงค์ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน
 - ๓.๑ ส่งเสริมนวัตกรรมการออกกำลังกาย และรูปแบบการรณรงค์ ที่มีผลต่อการเพิ่มกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่งของกลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัยต่างๆ
 - ๓.๒ ส่งเสริมการศึกษา วิจัย และพัฒนาเครือข่ายวิชาการด้านกิจกรรมทางกาย ทั้งระดับประเทศ และสากล
๔. ใช้ทุนอุปถัมภ์เป็นเครื่องมือส่งเสริมกิจกรรมกีฬาให้เป็นโอกาสของการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่

- ๔.๑ สนับสนุนกิจกรรมกีฬาที่มีเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ทั้งระดับชาติ ท้องถิ่น องค์กร โดยใช้ทุนอุปถัมภ์เพื่อให้เป็นกีฬาที่ปลอดภัยต่อสิ่งแวดล้อมและบุหรื
- ๔.๒ สร้างความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคท้องถิ่น สมาคมกีฬา และสื่อมวลชนด้านกีฬา เพื่อส่งเสริมและผลักดันให้กิจกรรมกีฬาปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมและบุหรื และเป็นสื่อรณรงค์สุขภาพ
- ๔.๓ มุ่งเน้นการใช้กีฬาเพื่อสุขภาพเป็นกิจกรรมที่เข้าถึงเยาวชนกลุ่มเสี่ยง

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานด้านการรณรงค์ขับเคลื่อนสังคม การพัฒนามาตรการและข้อเสนอแนะ และการพัฒนางานวิชาการ ให้ร่วมกันสนับสนุนเป้าหมายระยะ ๑ ปีของแผนอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงเป้าหมายของแผนระยะ ๓ ปี และเป้าหมายระยะ ๑๐ ปีของ สสส. โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของแผนฯ ระยะ ๓ ปี ดังนี้

๑. บูรณาการกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ชุมชน หน่วยงานท้องถิ่น และสถานประกอบการ ให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกิจกรรมทางกายของประชาชน เพื่อยกระดับเป็นเป้าหมายระดับชาติ และเกิดเจ้าภาพในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
๒. บูรณาการทุกโครงการ ในทั้ง ๓ กลุ่มแผนงานของแผน เพื่อสร้างเป้าหมายร่วมในการรณรงค์ และขับเคลื่อนให้เกิดการสร้างวิถีชีวิตสุขภาวะและลดปัจจัยเสี่ยงจากโรคอ้วน โดยการปรับเปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรม และค่านิยม เพื่อให้มีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน และการออกกำลังกายที่เพียงพอ ในประชากรกลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย โดยมีจุดเน้นอยู่ที่กลุ่มวัยเด็ก ๖ - ๑๔ ปี ซึ่งมีอัตราสูงของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน และกลุ่มวัยทำงานซึ่งมีอัตราการออกกำลังกายประจำต่ำสุด
๓. เน้นบูรณาการกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่ นวัตกรรม และแผนการสื่อสารสังคมร่วมกัน ในด้านที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและโภชนาการกับการมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย
๔. บูรณาการกับแผนเชิงรุกด้านประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ด้านประชากร (เด็ก เยาวชน ครอบครัวและกลุ่มเฉพาะ) ด้านพื้นที่ และด้านองค์กร เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการพัฒนามาตรการและนโยบายในระดับพื้นที่และองค์กร ทั้งมาตรการด้านการสร้างเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน-การออกกำลังกาย และมาตรการด้านการสร้างพื้นที่สุขภาวะ
๕. พัฒนางานวิจัย วิชาการ เครื่องมือชี้วัดและประเมินผล และเชื่อมโยงกับเครือข่ายวิชาการระดับสากลด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกาย อาทิ Global Advocacy for Physical Activity (GAPA) ที่สนับสนุนยุทธศาสตร์ของแผนฯ และนำไปสู่การพัฒนาเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปีของ สสส. ตลอดจนพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย ที่ใช้เป็นมาตรฐานร่วมในหน่วยงานพันธมิตร



๖. พัฒนากลไกการให้ทุนอุปถัมภ์กีฬาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการทดแทนทุนอุปถัมภ์จากธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ และเพื่อสร้างเครือข่ายสมาคมกีฬาที่สนับสนุนแนวทางการสร้างค่านิยมกีฬาเพื่อสุขภาพ
๗. พัฒนางานสื่อสารรณรงค์ร่วมกับแผนสื่อสารสุขภาวะและสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม เพื่อสร้างกระแสและปรับเปลี่ยนทัศนคติของกลุ่มเป้าหมาย สื่อสารสร้างความเข้าใจเรื่องภารกิจกรมทางกาย และพัฒนายุทธศาสตร์ร่วมกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะเพื่อสนองตอบทิศทางการปรับแผนหลัก ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ ของ สสส. และเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส.

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วย ๓ กลุ่มแผนงาน ได้แก่

๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน
๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่และปัจจัยแวดล้อมสุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน และการออกกำลังกาย
๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา

มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

กลุ่มแผนงาน

๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) รณรงค์สร้างความตระหนักในความสำคัญ และเผยแพร่ความเข้าใจในวิธีการของภารกิจกรมทางกายในชีวิตประจำวัน และการออกกำลังกายที่เพียงพอต่อการมีวิถีชีวิตสุขภาวะในกลุ่มเป้าหมาย ผ่านกิจกรรมและการสื่อสารรณรงค์อย่างกว้างขวาง โดยจะกำหนดยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่จำแนกตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ โดยจะให้ความสำคัญลำดับต้นกับกลุ่มเด็กวัยเรียน และกลุ่มวัยทำงาน
- (๒) สนับสนุนกลุ่ม หน่วยงาน องค์กร ชุมชนและท้องถิ่น ให้เป็นภาคีร่วมขับเคลื่อนการออกแบบและดำเนินงานกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายที่เหมาะสมสอดคล้องกับกลุ่มวัยต่างๆ ในโรงเรียน ที่บ้าน ที่ทำงานและสถานประกอบการ
- (๓) ส่งเสริมและเผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรมด้านกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน และการออกกำลังกาย ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงจากภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ผ่านงานวิจัย งานสำรวจ การทดลองปฏิบัติ การออกแบบกิจกรรม และถอดบทเรียน

- (๔) พัฒนาเครื่องมือสำรวจและประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ และฐานข้อมูลทางวิชาการ ที่นำมาใช้ประโยชน์ต่อการดำเนินยุทธศาสตร์ของแผนฯ และเพื่อสร้างเป็นมาตรฐาน ร่วมในเครือข่ายของหน่วยงานพันธมิตร
- (๕) ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ตามมิติสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการจัดการปัญหา ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน
- (๖) เชื่อมโยงกับเครือข่ายวิชาการ และนโยบายในระดับสากล ในด้านการแลกเปลี่ยน องค์ความรู้ งานวิจัย การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และการผลักดันนโยบายสาธารณะ
- (๗) บูรณาการการดำเนินงานในระดับพื้นที่และสถานประกอบการ ร่วมกับแผนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของ สสส.

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการยับยั้งเพื่อจัดอ้วนลงพุง โครงการเครือข่ายคนไทย ไร้พุง โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายขนาดใหญ่และขนาดกลาง โครงการเปิดรับทั่วไปเพื่อสนับสนุน กิจกรรมออกกำลังกายขนาดเล็ก โครงการวิจัยและวิชาการเพื่อพัฒนาความรู้ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย และโครงการพิเศษต่างๆ ที่มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์เพื่อการลด ปัจจัยเสี่ยงจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ฯลฯ

๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกาย

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) สนับสนุนองค์กรภาครัฐ เอกชน สถาบันการศึกษา องค์กรท้องถิ่น และองค์กรชุมชน ในพื้นที่เขตเมือง กึ่งเมือง และชนบท ให้เป็นกลไกดำเนินงานเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ในชีวิตประจำวัน และการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สำหรับประชาชนในพื้นที่โดยกำหนด เป้าหมายเพื่อการสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะและลดปัจจัยเสี่ยงจากภาวะน้ำหนักเกินและ โรคอ้วน
- (๒) พัฒนาด้านแบบของพื้นที่สุขภาวะ ที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน และ การออกกำลังกายของประชาชน โดยสร้างพันธมิตรร่วมดำเนินงานกับเครือข่ายวิชาชีพ ผังเมือง-สถาปัตย์ เครือข่ายสิ่งแวดล้อม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นสำคัญ
- (๓) ขับเคลื่อนกระแสสังคมและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เกิดการ ดำเนินงานโดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับภาคีเครือข่ายของแผนในการจัดการ พื้นที่หรือโครงสร้างทางกายภาพที่เอื้อต่อการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
- (๔) พัฒนาระบบการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในพื้นที่เป้าหมาย และระดมทรัพยากร ในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการจัดการพื้นที่สุขภาวะ และส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิต ประจำวัน และการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สำหรับประชาชนในพื้นที่
- (๕) ผลักดันหน่วยงานระดับท้องถิ่น ให้มีการจัดการพื้นที่สุขภาวะเพื่อส่งเสริมกิจกรรม ทางกายในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกายสำหรับกลุ่มขาดโอกาสหรือกลุ่มที่เข้าไม่ถึงบริการ เพื่อลดช่องว่างของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ



โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน โครงการจักรยานในสถานศึกษา โครงการพื้นที่สุขภาวะ โครงการส่งเสริมลานออกกำลังกายและลานกีฬาชุมชน โครงการสนับสนุนงานวิจัยและวิชาการ และโครงการพิเศษต่างๆ ที่มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ เพื่อการเพิ่มพื้นที่สุขภาวะ ฯลฯ

๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) สนับสนุนกิจกรรมกีฬาให้เป็นกีฬาปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ยุติ และสนับสนุนพื้นที่ในและรอบบริเวณสนามกีฬาให้ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ยุติตามกฎหมาย โดยใช้กลไกทุนอุปถัมภ์กีฬาและการสื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักในกลุ่มเป้าหมาย
- (๒) สนับสนุนกิจกรรมกีฬาให้เป็นกลไกสำคัญในการสร้างกระแสล้มเลิกและค่านิยมให้คนออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน
- (๓) แสวงหาองค์กรพันธมิตรร่วมทุน (co-sponsorship) ในการขับเคลื่อนกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และกีฬาที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ยุติ
- (๔) สนับสนุนการสร้างพื้นที่ต้นแบบของเมืองสุขภาวะ (Healthy City) ในจังหวัดที่เป็นเจ้าภาพจัดการแข่งขันกีฬาระดับชาติประจำปี ในด้านการสนับสนุนองค์ความรู้และกิจกรรมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการทุนอุปถัมภ์กีฬาแห่งชาติ โครงการทุนอุปถัมภ์กีฬาระดับภูมิภาค โครงการสนับสนุนความร่วมมือกับสมาคมกีฬา โครงการสนับสนุนกิจกรรมกีฬาตามนโยบายและทิศทางประจำปีของ สสส. ฯลฯ

ภาคีหลัก

๑. หน่วยงานภาครัฐระดับชาติและท้องถิ่น ที่มีนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน-การออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ อาทิ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ฯลฯ
๒. องค์กรกีฬาภาครัฐ และเอกชนที่ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ อาทิ สมาคมกีฬาระดับชาติและระดับจังหวัด หน่วยงานกีฬาภาครัฐ สมาพันธ์และชมรมกีฬาเพื่อสุขภาพ สมาคมสื่อมวลชนกีฬา ฯลฯ

๓. สถาบันวิชาการ หน่วยงานวิจัย และภาคประชาสังคม ที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน-การออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ อาทิ สถาบันการพลศึกษา สถาบันวิชาการด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา เครือข่ายการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สื่อมวลชนด้านสุขภาพและกีฬา กลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์ กลุ่มวิชาชีพด้านอาหารและโภชนาการ กลุ่มวิชาชีพด้านการออกแบบและพัฒนาผังเมือง เครือข่ายสิ่งแวดล้อม เครือข่าย NCD ฯลฯ
๔. เครือข่ายสากลด้านกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน เช่น International Society for Physical Activity (ISPAH), Global Advocacy for Physical Activity (GAPA) ฯลฯ

การบริหารจัดการ

กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ โดย สำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก ๕) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน	๑๐๐
๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกาย	๘๐
๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา	๖๐
๔. กลุ่มแผนงานสื่อสารสังคม	๒๐
๕. งานวิชาการและเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการเป็นเจ้าภาพจัดประชุม ISPAH ๒๐๑๖	๑๕
รวม	๒๗๕



๑๐

แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

สถานการณ์และแนวโน้ม

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

ในด้านเทคโนโลยีสื่อ การเปลี่ยนผ่านจากระบบอนาล็อกสู่ระบบดิจิทัล ทำให้ในภาพรวมประเทศไทยจะมีสถานีโทรทัศน์และวิทยุจำนวนมาก เช่น จะสามารถมีโทรทัศน์ภาคพื้นดินระบบดิจิทัลได้กว่า ๑๐๐ ช่องและสถานีวิทยุระดับชุมชนอีกกว่า ๖,๐๐๐ สถานี

ในด้านการเข้าถึงสื่อ แม้ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงเข้าถึงสื่อเก่าคือ สื่อโทรทัศน์มากที่สุด แต่การเข้าถึงสื่อใหม่ก็ขยายตัวอย่างรวดเร็ว ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทยมีจำนวนถึง ๒๖.๑๔ ล้านคนในปี 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 สื่อวิทยุก็ได้ลดบทบาทลงต่างๆ ที่เป็นสื่อที่เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการกระตุ้นพัฒนาการทางความคิดและจินตนาการ นอกจากนี้จำนวนของผู้ประกอบการสื่อเพื่อการเรียนรู้ก็ยังไม่เพิ่มขึ้นไม่มากนัก จากการสำรวจทัศนคติด้านการเข้าถึงและการใช้สื่อของเด็ก/เยาวชน โดยเครือข่ายเสียงประชาชน (We Voice) ในปี ๒๕๕๖ พบว่า ทุกกลุ่มต่างเห็นตรงกันว่าปัจจุบันเด็กและเยาวชนมีโอกาสเข้าถึงสื่อไม่ดีมากกว่าสื่อดี อุปสรรคสำคัญที่สุด ๓ อันดับแรกที่ทำให้เด็ก/เยาวชนไม่นำสื่อไปใช้ให้เกิดประโยชน์ คือ พ่อแม่ไม่ส่งเสริม รองลงมาคือตัวเด็กเองไม่สนใจ และขาดการส่งเสริมจากภาครัฐ/ท้องถิ่น ตามลำดับ



ขณะเดียวกันแนวโน้มเด็กยุคใหม่ก็ใช้เวลากับสื่อมากขึ้น จากการสำรวจสภาวะการณ์เด็กและเยาวชนในรอบปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๕ ของโครงการ Child Watch พบว่าเด็กใช้เวลาไปกับสื่อสูงถึง ๘ - ๙ ชั่วโมงใน ๑ วัน ซึ่งอาจเทียบได้กับเวลาครึ่งชีวิตยามตื่นของเด็กไทย โดยในระยะยาวอาจส่งผลต่อเวลาในการพักผ่อนที่ลดลง และส่งผลกระทบต่อเวลาในการเรียนรู้ของเด็กให้ด้วยประสิทธิภาพลง

สื่อเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมและสุขภาพของเด็กและเยาวชน เช่น พฤติกรรมเด็กติดเกม การเสพติดสื่อออนไลน์ การติดหน้าจอ การบริโภคขนมขบเคี้ยว และพฤติกรรมเนือยนิ่ง 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 และชี้ไปสู่ความรุนแรง นอกจากนี้ ความตื่นรู้ด้านสื่อและสุขภาพของเยาวชนถือว่าสำคัญยิ่งในยุคที่ผู้บริโภคถูกล้อมรอบด้วยโฆษณาการตลาดซึ่งแฝงความเชื่อ ค่านิยม วาทกรรม จนกลายเป็นสิ่งที่สังคมยอมรับ เกิดปัญหาทางพฤติกรรมและการใช้จ่ายจนส่งผลต่อเนื่องถึงความเสี่ยงของการก่ออาชญากรรมได้ง่าย

สื่อเป็นธุรกิจในระบบทุนนิยม การพึ่งพิงโฆษณาทำให้สื่อมักไม่สามารถทำหน้าที่รักษาผลประโยชน์สาธารณะได้อย่างเต็มที่ ผลการวิจัยเรื่องจริยธรรมในวิชาชีพสื่อมวลชน พบว่าสื่อมีปัญหาจริยธรรมมากขึ้น ขณะเดียวกันสื่อมวลชนเองก็พยายามที่จะพัฒนาจริยธรรมของตนเอง แต่ด้วยระบบสื่อที่ส่วนใหญ่ต้องอยู่ในเงื่อนไขของการแข่งขันทางการตลาดและการแทรกแซงทางการเมือง ทำให้กลไกการกำกับดูแลตัวเองอย่างเดียวไม่เพียงพอ ดังนั้น การใช้กลไกทางสังคม การพัฒนากลไกการเฝ้าระวังสื่อที่เข้มแข็งจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับสังคมไทย

ในด้านของสภาวะทางปัญญา 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 ดัชนีชีวิต “ความใจดี” ที่องค์กรการกุศล Charities Aid Foundation นำมาวัดเพื่อจัดทำ World Giving Index ๒๐๑๓ ของประชากรโลก ประจำปี ๒๕๕๖ ระบุประเทศไทยติดอันดับที่ ๔ ของการบริจาคเงินให้แก่องค์กรการกุศลมากที่สุดของโลก และในปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๔ ไทยเคยติดอันดับที่ ๑๕ จาก ๑๓๕ ประเทศในด้านความมีจิตอาสา

การขับเคลื่อนงานสภาวะทางปัญญาในบริบทของสังคมไทยทั้งงานด้านศาสนธรรม งานจิตอาสา และงานพัฒนาจิต มีความเข้มแข็งและเติบโตอย่างกว้างขวางทั้งในทางปริมาณและคุณภาพ แต่งานจำนวนมากก็ยังกระจุกกระจายและขาดการเชื่อมโยงหนุนเสริมเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างเป็นระบบเท่าที่ควร สังคมไทยเห็นปัญญาแนวพุทธแต่ก็อาจจะมีลักษณะของการปฏิบัติเพื่อความเป็นปัจเจกสูง ในขณะที่การยกระดับจิตสำนึกร่วมและสร้างการเปลี่ยนแปลงพื้นฐานให้เกิดขึ้นในสังคมใหญ่ ยังเป็นสิ่งที่กล่าวถึงไม่มากนักสำหรับองค์กรที่ขับเคลื่อนเรื่องสภาวะทางปัญญาในสังคมไทย

ความฉลาดรู้ด้านสื่อ ความฉลาดรู้ด้านสุขภาพ และการตื่นรู้ทางปัญญา จะเป็นทักษะการเรียนรู้ที่สำคัญในศตวรรษที่ ๒๑ (21st Century Skill) สำหรับพลเมืองตื่นรู้ของสังคมสุขภาวะ ดังนั้น ความท้าทายของ สสส. และเครือข่ายสุขภาวะ คือการหลอมรวมเครือข่ายในระบบสื่อและเครือข่ายสุขภาวะทางปัญญาให้มีฉากทัศน์(scenario)แผนที่ทางเดิน(roadmap) ตลอดจนวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้เกิดการร่วมสร้างปัจจัยแวดล้อม กลไกการสนับสนุน และการบูรณาการเพื่อขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะบนฐานของการตื่นรู้ของพลเมือง

จุดเน้นของแผน

ปรับเปลี่ยนชื่อแผนจากเดิมคือแผนสื่อสารสุขภาวะและสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม 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 กลุ่มเป้าหมายเด็กเยาวชน ครอบครัว ผู้สูงอายุ และกลุ่มด้อยโอกาส
๒. เน้นดำเนินการ ๔ ด้าน เพื่อส่งเสริมความพร้อม (availability) ของปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อที่มีสุขภาวะ และวิถีแห่งสุขภาวะทางปัญญา ได้แก่ ๑) การพัฒนา งานสื่อสารและกิจกรรมที่สร้างเสริมระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ๒) การพัฒนาช่องทางสื่อ พื้นที่หรือชุมชนสื่อสร้างสรรค์และพื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา รวมทั้งส่งเสริมให้ภาคีระดับพื้นที่และองค์กรได้ร่วมขยายงานพื้นที่สุขภาวะทางปัญญา และเมือง/ชุมชนสื่อสร้างสรรค์ ๓) การพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพนักสื่อสารสุขภาวะทั้งผู้ผลิตและผู้ใช้สื่อ ๔) การผลักดันนโยบายที่ส่งเสริมระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา
๓. ร่วมผลักดันทิศทางและเป้าหมายทั้ง ๑๐ เรื่องของ สสส. ผ่านการสร้างระบบสื่อที่มีสุขภาวะ (healthy media system) และวิถีแห่งสุขภาวะทางปัญญา (spiritual health pathway) เพื่อเป็นปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อให้ทุกคนได้มีวิถีชีวิตสุขภาวะและเกิดการเติบโตทางปัญญา โดยการเชื่อมโยงประเด็นสุขภาวะมาร่วมขับเคลื่อนผ่านระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา และส่งเสริมการใช้มิติสุขภาวะทางปัญญาเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะของภาคีเครือข่าย สสส. ด้วยการพัฒนาระบบผู้นำความเข้มแข็งและการเติบโตทางจิตวิญญาณของภาคีเครือข่ายที่เป็นนักสื่อสารสุขภาวะ
๔. ให้ความสำคัญกับมิติหรือหน่วยครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียน ในฐานะเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ โดยเน้นทักษะเรื่องความฉลาดรู้ด้านสื่อ ด้านสุขภาพ และด้านปัญญา รวมทั้งเลือกพื้นที่ดำเนินงานที่สอดคล้องกับแผนต่างๆ ของ สสส.



วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสร้างขีดความสามารถของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการเข้าถึง (accessibility) ระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา อันนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะและการเติบโตทางปัญญา ด้วยการส่งเสริมความพร้อม (availability) ของปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา
๒. เพื่อสนับสนุนการเชื่อมโยงภาคยุทธศาสตร์ ด้วยการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของภาคเครือข่ายผ่านวิถีสุขภาวะทางปัญญา เพื่อให้เกิดการร่วมขับเคลื่อนงานสู่วิถีชีวิตสุขภาวะ (healthy lifestyle)
๓. เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและบูรณาการสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี ของ สสส. โดยการเชื่อมโยงประเด็นสุขภาวะมาร่วมขับเคลื่อนผ่านระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา

นิยามศัพท์เชิงยุทธศาสตร์

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

วิถีสุขภาวะทางปัญญา (Spiritual Health Pathway) คือ การสร้างโอกาสให้คนได้เข้าถึง มีประสบการณ์ตรง มีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาปัญญา และเกิดสติในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ “โอกาสหรือหนทาง - Pathway” ในที่นี้ ได้แก่ สื่อที่มีรูปแบบเนื้อหาสร้างแรงบันดาลใจ พื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา กิจกรรมพัฒนาจิตวิญญาณ อาทิ สวดมนต์ ภาวนา ศิลปะ ศึกษาธรรมชาติ สุขภาพองค์รวม ตลอดจนกระบวนการจิตอาสา และการพัฒนาภาวะผู้นำ

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

ความฉลาดรู้ด้านสื่อ (Media Literacy) คือ ความสามารถในการเลือกใช้อ้างอิงให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาวะ การคิดวิเคราะห์และวิพากษ์สื่อ ความรู้ในการสร้างสื่ออย่างมีคุณภาพ เป็นเสมือนภูมิคุ้มกันทางสุขภาวะแบบองค์รวม

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

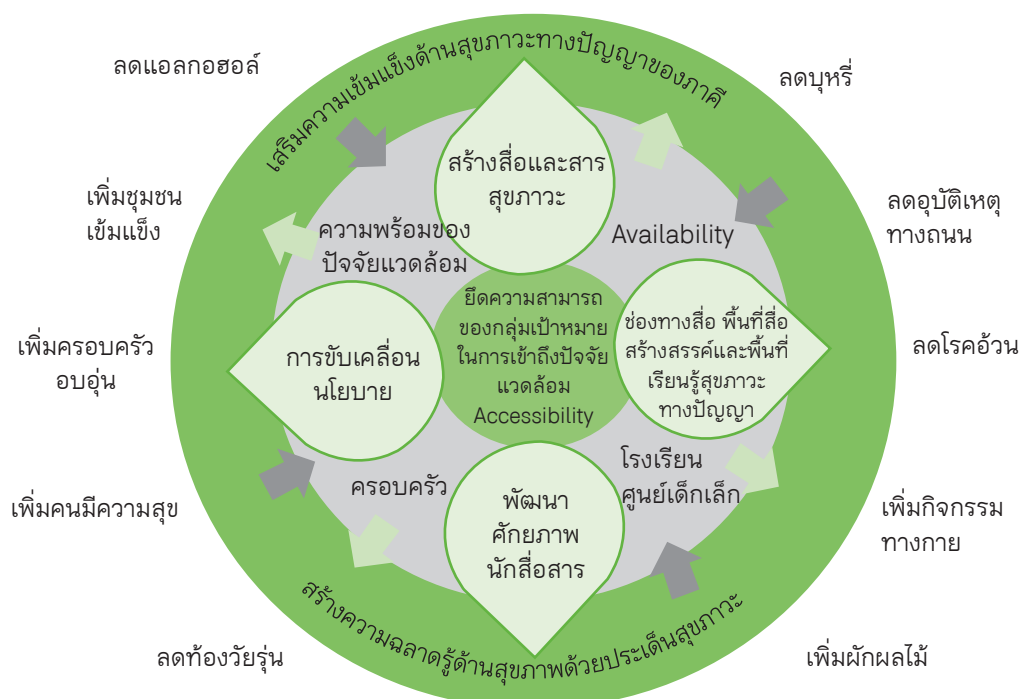
ความตื่นรู้ทางปัญญา (Spiritual Literacy) คือ การรู้ตัวทั่วพร้อมอย่างมีสติ และความสามารถในการแสวงหา ศึกษา ปฏิบัติ เพื่อพัฒนาตนเองให้มีสุขภาวะทางปัญญา/จิตวิญญาณ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่ทิศทางที่สนองตอบเป้าหมายระยะยาวของแผนฯ คือ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีขีดความสามารถในการเข้าถึงระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา แผนจึงได้กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดในระยะ ๓ ปี ไว้ดังนี้

๑. งานสื่อสารและกิจกรรมของการสร้างเสริมระบบสื่อที่มีสุขภาวะ และวิถีสุขภาวะทางปัญญา ที่เอื้อให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงวิถีชีวิตสุขภาวะและเติบโตทางปัญญา อย่างน้อย ๕๐ กรณี
๒. พื้นที่ องค์กร และ/หรือชุมชน ที่จัดให้มีพื้นที่สุขภาวะทางปัญญา หรือพื้นที่สื่อสร้างสรรค์ เฉลี่ยรวมพื้นที่และองค์กร อย่างน้อย ๒๐ พื้นที่หรือองค์กร
๓. กลไกและ/หรือกระบวนการพัฒนาขีดความสามารถในการสื่อสารประเด็นสุขภาวะของนักสื่อสารสุขภาวะ อย่างน้อย ๕ กรณี
๔. การขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติและท้องถิ่นที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญาอย่างน้อย ๑ นโยบาย
๕. งานบูรณาการเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี สสส. โดยนำประเด็นสุขภาวะมาร่วมขับเคลื่อน และหนุนเสริมความเข้มแข็งด้านสุขภาวะทางปัญญาของภาคีเครือข่าย อย่างน้อย ๓ กรณี ต่อปี

ภาพแสดงกรอบแนวคิดยุทธศาสตร์ของแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา



แนวทางการดำเนินงาน

วางแผนการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการสร้างความพร้อม (availability) ของปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อที่มีสุขภาพและวิถีสุขภาพทางปัญญา ได้แก่ ๑) การพัฒนางานสื่อสารและกิจกรรมที่สร้างเสริมระบบสื่อที่มีสุขภาพและวิถีสุขภาพทางปัญญา ๒) การพัฒนาช่องทางสื่อ พื้นที่หรือชุมชนสื่อสร้างสรรค์และพื้นที่เรียนรู้สุขภาพทางปัญญา รวมทั้งส่งเสริมให้ภาคีระดับพื้นที่และองค์กร ได้ร่วมขยายงานพื้นที่สุขภาพทางปัญญา และเมือง/ชุมชนสื่อสร้างสรรค์ ๓) การพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพนักสื่อสารสุขภาพ (หมายรวมถึงผู้ผลิตและผู้ใช้สื่อ) ๔) การผลักดันนโยบายที่ส่งเสริมระบบสื่อที่มีสุขภาพและวิถีสุขภาพทางปัญญา และ ๕) การบูรณาการกับแผนอื่นเพื่อร่วมผลักดันทิศทางและเป้าหมายทั้ง ๑๐ เรื่องของ สสส. ผ่านการสร้างระบบสื่อที่มีสุขภาพ (healthy media system) และวิถีแห่งสุขภาพทางปัญญา (spiritual health pathway) เพื่อเอื้อให้กลุ่มเป้าหมายมีขีดความสามารถในการเข้าถึง (accessibility) ระบบสื่อที่มีสุขภาพและวิถีสุขภาพทางปัญญา และเกิดผลการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคลให้มีความฉลาดรู้ด้านสื่อ (media literacy) ความฉลาดรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และการตื่นรู้ทางปัญญา (spiritual literacy) อันนำไปสู่การสร้างพลเมืองตื่นรู้ในสังคมที่มีวิถีชีวิตสุขภาพ (healthy lifestyle) และเกิดการเติบโตทางปัญญา โดยร่วมกันสนับสนุนเป้าหมายระยะ ๑ ปีของแผนอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบต่อเนื่องตลอดเป้าหมายของแผนระยะ ๓ ปี และเป้าหมายระยะ ๑๐ ปีของ สสส. โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของแผนฯ ระยะ ๓ ปี ดังนี้

๑. สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงและความร่วมมือระหว่างเครือข่ายสื่อสร้างสรรค์ เครือข่ายสุขภาพทางปัญญากับภาคีในระดับพื้นที่และองค์กร เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดความพร้อมของปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญาในพื้นที่และองค์กร และสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคลและกลุ่มบุคคลด้านการเป็นพลเมืองตื่นรู้ ที่มีวิถีชีวิตสุขภาพและการเติบโตทางปัญญา
๒. พัฒนางานสื่อสารและกิจกรรมที่เอื้อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้มีขีดความสามารถในการเข้าถึงระบบสื่อที่มีสุขภาพและวิถีสุขภาพทางปัญญา เรียนรู้จากประสบการณ์ผ่านงานสื่อสารและกิจกรรม เช่น การผลิตสื่อสร้างสรรค์ จิตอาสา สวดมนต์ภาวนา การพัฒนาภาวะผู้นำ สื่อสร้างปัญญา และการสื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างพลเมืองตื่นรู้ด้วยจิตสำนึกใหม่
๓. พัฒนาช่องทางสื่อ พื้นที่หรือชุมชนสื่อสร้างสรรค์ และพื้นที่เรียนรู้สุขภาพทางปัญญา รวมทั้งส่งเสริมให้ภาคีระดับพื้นที่ ชุมชนและองค์กร ได้ร่วมขยายงานพื้นที่เรียนรู้สุขภาพทางปัญญา และเมือง/ชุมชนสื่อสร้างสรรค์ให้เกิดความพร้อมด้านปัจจัยแวดล้อมทางพื้นที่เพื่อโอบอุ้มบุคคลให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาด้านความฉลาดรู้ด้านสื่อ ความฉลาดรู้ด้านสุขภาพ และการตื่นรู้ทางปัญญา
๔. สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายด้านระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา ในระดับองค์กร พื้นที่ท้องถิ่น และระดับชาติ ที่สอดคล้องกับเป้าหมายของแผน รวมทั้งส่งเสริมรูปแบบ ช่องทาง กลไกการสื่อสารและการเฝ้าระวังสื่อ เพื่อนำไปสู่สังคมตื่นรู้และสังคมสุขภาพ

๕. การพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพนักสื่อสารสุขภาวะ (รวมทั้งผู้ผลิตและผู้ใช้สื่อ) ให้มีทักษะด้าน ความฉลาดรู้ทางสื่อ ความฉลาดรู้ทางสุขภาพ และการตื่นรู้ทางปัญญา ผ่านกระบวนการทางด้าน ระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา
๖. ส่งเสริมการพัฒนาและเผยแพร่ความรู้ งานสำรวจวิจัยด้านระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา พัฒนาเครื่องบ่งชี้และตัวชี้วัดด้านระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา และรณรงค์ผลักดันให้เกิด การนำไปใช้ในระดับพื้นที่และองค์กร
๗. สนับสนุนการบูรณาการระหว่างภาคีเครือข่ายของแผนกับเครือข่ายสุขภาวะอื่นๆ ตามเป้าหมาย ๑๐ ปี สสส. โดยการเชื่อมโยงประเด็นสุขภาวะมาร่วมขับเคลื่อนผ่านระบบสื่อที่มีสุขภาวะและ วิถีสุขภาวะทางปัญญา และส่งเสริมการใช้มิติสุขภาวะทางปัญญาเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อน งานสร้างเสริมสุขภาวะของภาคีเครือข่าย สสส. ด้วยการพัฒนาภาวะผู้นำ ความเข้มแข็ง และ การเติบโตทางจิตวิญญาณของภาคีเครือข่ายที่เป็นทั้งนักสื่อสารสุขภาวะ

กลุ่มแผนงาน

เพื่อตอบสนองเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ในแผนฯ และเพื่อให้เกิดการ บูรณาการระบบสื่อสร้างสรรค์เพื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญาอย่างมีประสิทธิภาพ ลักษณะการ ดำเนินงานของแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา จึงประกอบด้วยกลุ่มแผนงาน ๒ กลุ่ม ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานระบบสื่อสร้างสรรค์เพื่อสุขภาวะ

- ๑.๑. แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเด็กเยาวชนและครอบครัว
- ๑.๒. แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายขาดโอกาสทางสังคม
- ๑.๓. แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายผู้ผลิตสื่อ

๒. กลุ่มแผนงานวิถีสุขภาวะทางปัญญา

- ๒.๑. แผนงานและโครงการส่งเสริมกระบวนการจิตอาสา
- ๒.๒. แผนงานและโครงการส่งเสริมการพัฒนาจิตตปัญญา
- ๒.๓. แผนงานและโครงการส่งเสริมการสื่อสารเพื่อสุขภาวะทางปัญญา

มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานระบบสื่อสร้างสรรค์เพื่อสุขภาวะ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) สนับสนุนกระบวนการและกลไกของระบบสื่อสร้างสรรค์เพื่อสุขภาวะ เชื่อมโยงและ เสริมพลังเครือข่าย รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในท้องถิ่น สร้างสรรค์ให้เกิด เป้าหมายและพันธะสัญญาร่วม (engagement) ในการจัดความพร้อม (availability)

ของปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อ ผ่านการพัฒนาสื่อสร้างสรรค์ต้นแบบ ช่องทางสื่อ กิจกรรม และพื้นที่สร้างสรรค์ ที่นำไปสู่การฉลาดรู้ด้านสื่อ (media literacy) และการฉลาดรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มขาดโอกาส หรือกลุ่มที่มีความเปราะบาง และการเตรียมความพร้อมผู้สังคมผู้สูงอายุ

- (๒) สนับสนุนการผลักดันขับเคลื่อนกลไกและข้อเสนอเชิงนโยบายด้านระบบสื่อที่มีสุขภาวะ รวมทั้งส่งเสริมรูปแบบ ช่องทาง กลไกการสื่อสารและการเฝ้าระวังสื่อ เพื่อสร้างความพร้อมทางปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อที่มีสุขภาวะ ที่นำไปสู่สังคมสุขภาวะที่มีพลเมืองตื่นรู้
- (๓) สนับสนุนการพัฒนาภายใต้ยุทธศาสตร์เมือง ๓ ดี วิถีสุข ให้เกิดการนำเอาคุณค่าของสุนทรียะและภูมิปัญญาชุมชน มาส่งเสริมการเรียนรู้ และการสร้างสุขภาวะทางปัญญาของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- (๔) บูรณาการกับแผนหลักต่างๆ ของ สสส. เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ร่วมจากระบบสื่อสร้างสรรค์และวิถีสุขภาวะทางปัญญาที่กลุ่มแผนงานฯ ได้พัฒนาขึ้นตามยุทธศาสตร์โดยจะหนุนเสริมงานของแผนอื่นๆ ด้วยการร่วมขับเคลื่อนประเด็นสุขภาวะผ่านปัจจัยแวดล้อมในเชิงระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและบูรณาการสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี
- (๕) สนับสนุนงานวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างองค์ความรู้ด้านระบบสื่อสร้างสรรค์ที่จำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะ อาทิ การสร้างฉากทัศน์ (scenario) และแผนที่ทางเดิน (roadmap) ระบบสื่อสร้างสรรค์เพื่อสุขภาวะ การพัฒนาเครื่องบ่งชี้และตัวชี้วัด การวิจัยสถานการณ์ระบบสื่อ การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรด้านความฉลาดรู้ด้านสื่อ การวิจัยพื้นที่สร้างสรรค์ การวิจัยสื่อศิลปวัฒนธรรม งานวิจัยด้านการส่งเสริมวัฒนธรรม การอ่าน แนวทางการสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้งและความรุนแรง แนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสังคม ฯลฯ
- (๖) พัฒนาศักยภาพของนักสื่อสารสุขภาวะ (นักสื่อสารสุขภาวะชุมชน ภาควิชาเครือข่าย สสส. สื่อมวลชนวิชาชีพ นักวิชาการด้านการสื่อสาร) เพื่อส่งเสริมแนวทางการสื่อสารสุขภาวะให้แพร่หลาย ผ่านการสัมมนาฝึกอบรม หลักสูตรระยะสั้น และการสนับสนุนกลไกที่ยั่งยืน เช่น ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านนโยบาย ศูนย์นโยบายและยุทธศาสตร์สื่อ ฯลฯ ตลอดจนสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายสื่อสุขภาวะเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายการสร้างพลเมืองตื่นรู้สู่สังคมสุขภาวะ

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วยแผนงานและโครงการหลักที่จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายสำคัญทั้ง ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มเป้าหมายเด็กเยาวชนและครอบครัว กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ และกลุ่มเป้าหมายด้อยโอกาส โดยมีตัวอย่างแผนงาน/โครงการ ได้แก่ แผนงานสื่อสร้างสุขภาวะเด็กเยาวชนและครอบครัว แผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน แผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ โครงการวิทยุเด็กและครอบครัว โครงการส่งเสริมการสื่อสารเพื่อความเป็นธรรมทางสังคม โครงการส่งเสริมระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ โครงการ

พัฒนาศักยภาพนักสื่อสารสุขภาวะชุมชน โครงการกลไกสื่อมวลชนศึกษาเพื่อสุขภาวะ โครงการสื่อสารสุขภาวะเพื่อคนชายขอบ โครงการศิลปินอาสาเพื่อความเป็นธรรม และโครงการตามวาระพิเศษต่างๆ ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกลุ่มแผนงานฯ

๒. กลุ่มแผนงานวิถีสุขภาวะทางปัญญา

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) พัฒนาความพร้อมของปัจจัยแวดล้อมด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญา ด้วยรูปแบบและกลไกการเสริมพลังที่อบอุ่นให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงวิถีสุขภาวะทางปัญญา อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกใหม่ (transformation) ผ่านช่องทางการสื่อสารและกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมพัฒนาจิตใจ อาทิ สวดมนต์ ภาวนา ศิลปะ ศึกษาธรรมชาติ สุขภาพองค์รวมพื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา กลไกและกิจกรรมจิตอาสา กระบวนการพัฒนาภาวะผู้นำ สื่อสร้างสุขภาวะทางปัญญาที่มีรูปแบบเนื้อหาสร้างแรงบันดาลใจ เพื่อสร้างพลเมืองตื่นรู้ด้วยจิตสำนึกใหม่
- (๒) เชื่อมโยงเครือข่ายวิถีสุขภาวะทางปัญญา ให้มีวิสัยทัศน์และพันธะสัญญาร่วม (Engagement) เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านองค์ความรู้และกระบวนการทำงาน แบ่งปันทรัพยากร และหนุนเสริมงานระหว่างเครือข่าย เพื่อประสานพลังร่วมสร้างจิตสำนึกใหม่ของพลเมืองในสังคม
- (๓) สนับสนุนงานวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างองค์ความรู้ด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญาที่จำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะที่มีพลเมืองตื่นรู้ อาทิ การสร้างฉากทัศน์ (scenario) และแผนที่ทางเดิน (roadmap) วิถีสุขภาวะทางปัญญา การพัฒนาเครื่องบ่งชี้และตัวชี้วัด การวิจัยสถานการณ์ด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญาของสังคม การถอดบทเรียนกระบวนการทำงานส่งเสริมวิถีสุขภาวะทางปัญญา
- (๔) ผลักดันกลไกและนโยบายด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญาในระดับองค์กรและท้องถิ่น และเตรียมความพร้อมในการผลักดันกลไกระดับชาติ เพื่อสร้างฐานแห่งวิถีสุขภาวะทางปัญญา เช่น กลไกศูนย์อาสาสมัคร การติดตั้งกลไกพื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทางปัญญาในชุมชนท้องถิ่น
- (๕) บูรณาการสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี กับแผนหลักต่างๆ ของ สสส. เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ร่วมจากวิถีสุขภาวะทางปัญญา โดยสร้างความพร้อมทางปัจจัยแวดล้อมด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญาและส่งเสริมการใช้มิติสุขภาวะทางปัญญาเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนสุขภาวะของภาคีเครือข่ายสสส. ด้วยการพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้มีความตื่นรู้ทางปัญญา ซึ่งเป็นรากฐานของความฉลาดรู้ทางสุขภาพ และพัฒนาความเข้มแข็งและภาวะผู้นำของภาคีเครือข่ายสสส. ให้มีการเติบโตทางปัญญา นำไปสู่การเชื่อมโยงงานสุขภาวะองค์กรรวม

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วยแผนงาน/โครงการที่จำแนกตามวิธีดำเนินงานหลัก ๓ ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการจิตอาสา ด้านการพัฒนาจิตตปัญญา และด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาวะทางปัญญา โดยมีแผนงาน/โครงการ



อาทิ โครงการร่วมสร้างสังคมจิตอาสา โครงการสวดมนต์ทั้งปี โครงการเครือข่ายพัฒนาภาวะผู้นำองค์กร และสังคม โครงการศูนย์สื่อศิลปะมหรสพทางปัญญา โครงการเรียนรู้และสื่อสารสุขภาวะทางปัญญา โครงการฉลาดทำบุญด้วยจิตอาสา โครงการเครือข่ายจิตวิญญาณเพื่อสังคม โครงการสร้างเสริมพลเมืองตื่นรู้

ภาคีหลัก

๑. ภาคีด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสื่อสร้างสรรค์ อาทิ กสทช. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์แห่งชาติ หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่มีนโยบายส่งเสริมสื่อสร้างสรรค์ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร สำนักนายกรัฐมนตรี คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ฯลฯ
๒. ภาคีพันธมิตรด้านสื่อ อาทิ องค์กรกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะ สมาคมนักข่าว นักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย สมาคมนักข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย สมาคมวิทยุและสื่อเพื่อเด็กและเยาวชน สภาการหนังสือพิมพ์แห่งชาติ สภาวิชาชีพข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย สถาบันอิศรา-มูลนิธิพัฒนาสื่อมวลชนแห่งประเทศไทย สมาพันธ์สมาคมผู้ประกอบการวิชาชีพวิทยุ และโทรทัศน์แห่งประเทศไทย สมาคมผู้ประกอบการเคเบิลทีวีแห่งประเทศไทย สมาคมผู้ดูแลเว็บไทย เครือข่ายผู้ผลิตแอนิเมชัน เครือข่ายและชมรมด้านวิชาชีพสื่อต่างๆ ฯลฯ
๓. ภาคีด้านวิชาการ อาทิ สถาบันวิชาการด้านนิเทศศาสตร์และสื่อสารมวลชนทั่วประเทศ สถาบันวิจัยด้านระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยด้านสังคม ด้านวัฒนธรรม ด้านเด็กเยาวชนและครอบครัว ด้านสุขภาวะทางปัญญา ฯลฯ
๔. ภาคีด้านสื่อภาคประชาชน อาทิ สถาบันพัฒนาสื่อภาคประชาชน สมาพันธ์วิทยุชุมชน สภาองค์กร วิทยุชุมชนฯ เครือข่ายนักข่าวพลเมือง เครือข่ายสื่อเพื่อการปฏิรูป เครือข่ายสื่อภาคประชาชน ในภูมิภาคต่างๆ ฯลฯ
๕. ภาคีด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญา อาทิ ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล หอจดหมายเหตุพุทธทาสฯ ธนาคารจิตอาสา มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม เครือข่ายจิตอาสา เครือข่ายสื่อเพื่อสร้างจิตสำนึกใหม่ และภาคีด้านศาสนธรรมและจิตตปัญญาฯ ฯลฯ

การบริหารจัดการ

กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ โดย สำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก ๕) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสื่อสร้างสรรค์เพื่อสุขภาวะ	๑๗๔
๑.๑ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเด็กเยาวชนและครอบครัว	๑๑๔
๑.๒ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายขาดโอกาสทางสังคม	๒๕
๑.๓ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายผู้ผลิตสื่อ	๓๕
๒. กลุ่มแผนงานวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๑๐๕
๒.๑ แผนงานและโครงการส่งเสริมกระบวนการจิตอาสา	๒๕
๒.๒ แผนงานและโครงการส่งเสริมการพัฒนาจิตตปัญญา	๖๕
๒.๓ แผนงานและโครงการส่งเสริมการสื่อสารเพื่อสุขภาวะทางปัญญา	๑๕
๓. กลุ่มแผนงานจัดกระบวนการเรียนรู้และติดตามผล	๖
รวม	๒๘๕





แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ

สถานการณ์และแนวโน้ม

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ มีเป้าประสงค์หลักในการขยายโอกาสและพัฒนาศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มบุคคล ชุมชนและองค์กรทั่วไปสามารถดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาวะที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของชุมชน/พื้นที่ โดยมีกรอบการสนับสนุนการดำเนินงานตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. ประกอบกับการนำแนวคิด “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”^{๙๙} “กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter)”^{๑๐๐} และข้อกำหนดของ “กฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter)”^{๑๐๑} มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนโครงการ

ช่องทางการสนับสนุนมี ๓ ช่องทางหลัก ได้แก่

๑. เปิดรับทั่วไป เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สนใจทั่วไป เสนอโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาวะของกลุ่มบุคคล ชุมชน องค์กร และพื้นที่ โดยเปิดรับตลอดทั้งปี
๒. เปิดรับประเด็นเฉพาะ ซึ่งเป็นประเด็นที่กำหนดจากนโยบาย เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. ประเด็นเร่งด่วน รวมถึงประเด็นหนุนเสริมแผนเชิงรุกในการนำชุดความรู้หรือรูปแบบการทำงานที่ประสบผลสำเร็จของแผนเชิงรุก (success model) มาขยายผล มีลักษณะเป็นชุดโครงการ เน้นทั้งการสนับสนุนผ่านพื้นที่ กลุ่มเป้าหมาย และประเด็นสุขภาพ ซึ่งเป็นการเปิดรับโดยร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์เพื่อขยายแนวร่วมสนับสนุนภาคีรายย่อยให้เข้าถึงทุนของ สสส.
๓. เสนอเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเชิงประเด็นหรือโครงการแบบง่าย เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ที่ไม่เคยได้รับทุนจาก สสส. หรือผู้ที่มีความตั้งใจในการสร้างเสริมสุขภาพแต่ขาดทักษะการเขียนโครงการ ได้ทดลองทำโครงการขนาดเล็กด้วยกระบวนการที่ง่ายและวัดผลได้ นำร่องใน ๕ ประเด็น ได้แก่ ลดละเลิกการบริโภคยาสูบ ลดละเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการขยะ อาหารปลอดภัยในโรงเรียน และเกษตรอินทรีย์เพื่อสุขภาพ

^{๙๙} ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง คือ ทางสายกลางในการดำรงชีวิต อันจะนำไปสู่สุขภาวะ (อยู่เย็นเป็นสุข) ทั้งด้านการผลิตและบริโภค อย่างพอประมาณ มีเหตุผล มีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี และมีคุณธรรม คำนึงถึงผลกระทบต่อผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม

^{๑๐๐} กฎบัตรออตตาวา ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ทั้ง ๕ ประการ คือ (๑) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพโดยเฉพาะในระดับท้องถิ่น (๒) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (๓) การเสริมสร้างชุมชนสุขภาพดี (๔) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพดี (๕) ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ที่เน้นการร่วมคิดร่วมทำของชุมชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพในระดับชุมชน

^{๑๐๑} กฎบัตรกรุงเทพ ข้อกำหนดสำคัญ ได้แก่ กำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพ เป็น (๑) ระเบียบวาระสำคัญของโลกาภิวัตน์ (๒) ความรับผิดชอบของทุกรัฐบาล (๓) หัวใจของงานชุมชนและประชาสังคม (๔) เกณฑ์พื้นฐานของการบริหารกิจการที่ดี

การดำเนินงานของแผน ในช่วงปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

๑. สร้างสรรค์โอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสู่ภาคีรายย่อยเพื่อขยายแนวร่วมการทำงาน สร้างเสริมสุขภาพ

ภาพรวมสนับสนุนโครงการรายย่อย จำนวน ๓,๔๐๙ โครงการ จำแนกตามประเภทโครงการ ดังนี้

๑.๑ **โครงการเปิดรับทั่วไป** สนับสนุนรวม ๖๙๖ โครงการ ซึ่งโครงการส่วนใหญ่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาวะของบุคคลและชุมชน เช่น การบริโภคอาหารปลอดภัย การจัดการขยะ การลดใช้สารเคมี การดูแลสุขอนามัยลดพฤติกรรมเสี่ยงและการจัดการตนเอง ครอบครัว ชุมชน การส่งเสริมให้คนในชุมชนออกกำลังกาย ลดค่าใช้จ่ายในการทำเกษตร และลดค่าใช้จ่ายในการซื้อสุราในงานบุญ และงานศพ เป็นต้น

๑.๒ **โครงการเปิดรับประเด็นเฉพาะ** สนับสนุนโครงการรายย่อยรวม ๒,๒๔๙ โครงการ ดังนี้

(๑) โครงการร่วมสร้างชุมชนและท้องถิ่นให้น่าอยู่ สนับสนุนชุมชน ๑,๑๐๔ ชุมชนทั่วประเทศที่มีความสนใจและมุ่งมั่นที่จะพัฒนาชุมชนและท้องถิ่นของตนเองให้น่าอยู่ ผ่านการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและชุมชน จนเกิดกฎกติกาและมาตรการต่างๆ ในชุมชน อาทิ ระเบียบการจำหน่ายสุรา กำหนดเขตพื้นที่ห้ามดื่มสุรา มาตรการงานบุญและงานประเพณีปลอดเหล้า กติกาชุมชนในการลดใช้สารเคมี กติกาชุมชนในการคัดแยกขยะ การปรับผังชุมชน การพัฒนาหมู่บ้าน ซึ่งส่งผลต่อการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพคนในชุมชนและก่อให้เกิดความยั่งยืนในระยะยาว

(๒) โครงการควบคุมบุหรี่ (มวนเองหรือยาเส้น) โดยใช้ชุมชนเป็นฐานสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมบุหรี่ (ยาเส้น/มวนเอง) ใน ๔๐ ตำบล ครอบคลุม ๔๓๐ หมู่บ้านใน ๖ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ชัยภูมิ และบุรีรัมย์ ผู้สูบบุหรี่ลด ละ เลิกบุหรี่ได้จำนวน ๑๐,๖๑๘ คน (คิดเป็น ๔๙.๖% ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการ) เกิดบุคคลต้นแบบในการเลิกบุหรี่มวนเอง จำนวน ๗๖๑ คน แกนนำ ๒,๓๐๓ คน มีศักยภาพในการดำเนินงานควบคุมการสูบบุหรี่ในระดับชุมชน เกิดมาตรการชุมชนและนโยบายสาธารณะในการดำเนินการควบคุมการสูบบุหรี่ทั้งในระดับตำบลและหมู่บ้าน จัดสถานที่สาธารณะให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ ๑,๐๘๐ แห่ง เกิดนวัตกรรมด้านกระบวนการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ และเทคนิคหรือวิธีการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ในด้านต่างๆ อีกทั้งเกิดพื้นที่ต้นแบบและศูนย์การเรียนรู้ด้านการดำเนินงานควบคุมยาสูบโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ๓ แห่ง

(๓) โครงการเยาวชนพลยุติธรรมร่วมสร้างสรรค์โรงเรียนปลอดบุหรี่ โดยสนับสนุน ๑๐๑ โรงเรียน ให้มีการจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกำหนดกฎหมายกำหนด เพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่

(๔) โครงการเทikinผัก น่ารักกินผลไม้ สนับสนุนโรงเรียน ๘๘ แห่ง ใน ๗ จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งเสริมให้นักเรียนมีความรู้เรื่องการบริโภคผักและผลไม้ที่ปลอดภัยและถูกหลักโภชนาการ และสามารถกระตุ้นให้นักเรียนรับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้น

(๕) โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง สนับสนุน ๒๐ โครงการในพื้นที่ตำบลสุขภาวะโดยมีแนวโน้มว่าจะเกิดการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และผู้สูงอายุที่พิการ ทูพพลภาพ (ติดเตียง) ในหมู่บ้าน/ชุมชน ส่งเสริม

การสร้างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุให้เข้มแข็งในระดับตำบล และพัฒนานโยบายสาธารณะด้านการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งเป็นการทำงานหนุนเสริมเชิงรุกโดยบูรณาการองค์ความรู้จากสำนัก ๔ กับพื้นที่ดำเนินงานของสำนัก ๓

(๖) โครงการชุมชนจักรยานเพื่อสุขภาวะ มุ่งสนับสนุนให้กลุ่ม/ชุมชน/ท้องถิ่นในพื้นที่ ๘๐ แห่งส่งเสริมให้เกิดชุมชนจักรยานที่เป็นต้นแบบของพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

(๗) โครงการมหัศจรรย์สื่อสร้างสรรค์ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส่งเสริมให้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน ๑๓๘ แห่ง มีสุขภาวะที่ดีในทุกมิติ มีพัฒนาการที่ดีเหมาะสมตามช่วงวัย และสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนร่วมพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้เป็นพื้นที่การเรียนรู้ร่วมกันของเด็กและชุมชน เป็นการทำงานหนุนเสริมแผนสื่อสารสุขภาวะและสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม

(๘) โครงการพลังสื่อพลเมืองเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง (active citizen) ส่งเสริมเยาวชนอย่างน้อย ๗๐ ทีมที่มีคุณลักษณะของความเป็นพลเมืองที่สร้างสรรค์ กล้าริเริ่มสื่อสร้างสรรค์ในรูปแบบต่างๆ เพื่อพัฒนาชุมชนและสังคมให้น่าอยู่ เป็นการดำเนินงานเพื่อหนุนเสริมแผนสื่อสารสุขภาวะและสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม

(๙) โครงการฟื้นฟูสุขภาวะชุมชนที่ประสบอุทกภัย เป็นชุดโครงการที่กำหนดประเด็นเร่งด่วน สืบเนื่องจากปัญหาอุทกภัยครั้งใหญ่ของประเทศ อันมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ ดังนั้นจึงสนับสนุนชุมชนในพื้นที่ที่ประสบอุทกภัยร่วมมือและทำกิจกรรมฟื้นฟูคุณภาพชีวิต ใน ๑๑๘ พื้นที่ ให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือทั้งด้านสุขภาพกาย ใจ เกิดรูปแบบการจัดการภัยพิบัติ ๗ พื้นที่ และมีนวัตกรรม ๑๐ โครงการ เช่น ปลุกพืชลอยน้ำ น้ำมันหอมระเหยกำจัดเชื้อรา หลักรหัสโมเดล ตู้นึ่งข้าวโอ๊ต เป็นต้น

(๑๐) โครงการสวนผักคนเมือง สนับสนุนพื้นที่ปลูกผักในเมือง ๑๒๔ แห่ง และสนับสนุนแหล่งเรียนรู้เพื่อขยายองค์ความรู้และเทคนิคการปลูกผักในเมืองในรูปแบบต่างๆ ๗ แห่ง พัฒนาพื้นที่ต้นแบบตามประเด็นการนำสวนผักเชื่อมโยงกับมิติอื่นๆ ของการพัฒนาเมือง ได้แก่ สวนผักกับการบำบัดเยียวยาผู้ป่วยจิตเวช สวนผักกับการพึ่งตนเองด้านอาหารของกลุ่มคนจนเมือง สวนผักกับการพัฒนาพื้นที่ว่างเปล่าในเมืองให้เป็นพื้นที่สีเขียว สวนผักกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน และสวนผักคนเมืองกับการพัฒนานวัตกรรมการทำเกษตรในเมือง เกิดหลักสูตรการเรียนรู้เรื่องการปลูกผักในเมือง ๔ หลักสูตร ได้แก่ นักสืบชาวสวน เกษตรในเมืองสู่เกษตรกรมืออาชีพ บ้านพึ่งตนเอง และนักกิจกรรมเด็กมีอาชีพ

(๑๑) โครงการค่ายอาสาสร้างเสริมสุขภาวะเปิดพื้นที่ในการทำกิจกรรมเพื่อสังคมของกลุ่มเด็กเยาวชน นิสิต นักศึกษา ยกกระดานการเรียนรู้ของเยาวชน ฝึกทักษะการทำงานร่วมกับชุมชนผ่านกระบวนการค่ายอาสา จำนวน ๕๔ ค่าย

(๑๒) โครงการพลังเพลงพลังปัญญาสนับสนุนวงดนตรี ๑๗ วง ใช้ดนตรีเป็นเครื่องมือในการรณรงค์ เกิดพื้นที่และเวทีในการนำเสนอบทเพลงประเด็นสุขภาวะทางปัญญา จนทำให้เกิด music movement ยกกระดานดนตรีมาขับเคลื่อนเชิงประเด็น เช่น ประเด็นสิ่งแวดล้อม ประเด็นการศึกษา การเข้าใจชีวิต เป็นต้น



(๑๓) โครงการละครเพื่อการเปลี่ยนแปลง สนับสนุนกลุ่มนักการละครเยาวชน ๔๐ กลุ่ม และภาคีเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อนงานละคร ๗ พื้นที่ เกิดเครือข่ายเยาวชนนักการละครรุ่นใหม่ ๒๒ กลุ่ม ประมาณ ๓๐๐ คน ที่สามารถสะท้อนเรื่องราวและมุมมองของเยาวชนที่มีต่อสังคมเพื่อก่อให้เกิดการแก้ปัญหาร่วมกัน นอกจากนั้นยังเกิดหลักสูตรวิชา “ละครเพื่อการเปลี่ยนแปลง” โดยบรรจุในหลักสูตรการเรียนการสอนครั้งแรกในสาขาการสื่อสารมวลชน คณะวิทยาการสารสนเทศ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(๑๔) โครงการนำร่องอาหารปลอดภัยกับการยกระดับสุขอนามัยในโรงเรียน สนับสนุนโรงเรียน ๓๒ แห่ง ฝึกปฏิบัติเรื่องการวิเคราะห์ปัญหาโรงเรียนและสามารถเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนได้

(๑๕) โครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สนับสนุน ๑๔๖ โครงการ โดยเปิดรับในประเด็นทั่วไปตามความสนใจของผู้สูงอายุ ประเด็นผักพื้นบ้านสร้างเสริมสุขภาพ การทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและอาสาสมัครเฝ้าระวังไข้เจสุภาพ (อผส.น้อย) เกิดกลไกอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ขาดโอกาสในชุมชน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยสนับสนุนงบประมาณและสนับสนุนกระบวนการทำงานของอาสาสมัครในระยะยาว ซึ่งมีอาสาสมัครผู้สูงอายุและอาสาสมัครเยาวชนที่ยังดำเนินงานต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า ๑๕,๐๐๐ คน

(๑๖) โครงการ “สร้างสรรค์นวัตกรรมการพลังงานหมุนเวียนเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน” สนับสนุน ๔๒ โครงการในการพัฒนานวัตกรรมการพลังงานหมุนเวียนที่เกิดประโยชน์ต่อชุมชนสามารถแก้ไขปัญหาหรือลดปัญหาของชุมชนได้ เช่น ปัญหาเรื่องน้ำเสีย ปัญหาเรื่องกลิ่นเหม็นจากมูลสัตว์ ปัญหาเรื่องขยะ/วัสดุเหลือใช้ในชุมชน เป็นต้น

• **โครงการในรูปแบบ “เมนูสร้างเสริมสุขภาพ”** (โครงการอย่างง่าย) สนับสนุน ๔๖๔ โครงการกระจายในพื้นที่ ๕๐ จังหวัดทั่วประเทศ เป็นการเปิดโอกาสให้ภาคีรายย่อยที่ไม่เคยได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส. ได้ดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็กที่สามารถทำได้ง่ายและวัดผลลัพธ์ได้เป็นรูปธรรม โดยทดลองนำร่องใน ๕ ประเด็น คือ ลดละเลิกการบริโภคยาสูบ ลดละเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการขยะ อาหารปลอดภัยในโรงเรียน และเกษตรอินทรีย์เพื่อสุขภาพ

๒. สร้างนวัตกรรมการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่^{๑๐๒} และชุดความรู้ที่เป็นตัวอย่างปฏิบัติการที่ดี

๒.๑ เกิด “นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ” ในระดับพื้นที่ จำนวน ๑๗๑ กรณี ที่นำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานโครงการจนเกิดผลการเปลี่ยนแปลงในชุมชนทั้งในด้านการดูแลสุขภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยงและสร้างสรรค์สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น มาตรการลดใช้ถุงพลาสติกเพื่อสะสมคะแนนเป็นส่วนลดจากร้านค้า ธนาคารหมวกนิรภัย กระบอกวัดปริมาณน้ำฝนด้วยไม้ไผ่ กองทุนขยะเพื่อแก้ปัญหาน้ำท่วม ธนาคารน้ำหมัก คู่มือครอบครัวต้นแบบลด ละ เลิกเหล้า อาสาสมัครควบคุมบุหรี่ เครื่องออกกำลังกายพร้อมผลิตกระแสไฟฟ้า เลือดยุงหลังจากผ้าทอมือ ของเล่นส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เป็นต้น

^{๑๐๒} นวัตกรรม หมายถึง การจัดการความคิด กระบวนการ ผลผลิต และ/หรือเทคโนโลยีที่เหมาะสม มาใช้งานให้เกิดประสิทธิผล และ/หรือ ประสิทธิภาพมากกว่าเดิมอย่างชัดเจน

๒.๒ เกิด “ชุดความรู้” ที่เป็นตัวอย่างปฏิบัติการที่ดีสามารถเผยแพร่ขยายผลได้ จำนวน ๔๓๘ โครงการ เช่น คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ชุดความรู้เรื่องการปลูกผัก คู่มือจัดตั้งธนาคารขยะ คู่มือควบคุมบุหรืโดยชุมชนเป็นฐาน คู่มือเตรียมรับมือภัยพิบัติ เมนูอาหารอย่างง่ายสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

๒.๓ เกิดกระบวนการจัดการสภาพแวดล้อมและปัจจัยทางสังคม ในชุมชนพื้นที่โครงการ ๒,๑๔๖ โครงการ ที่มีลักษณะเป็นกฎ กติกา ระเบียบหรือมาตรการชุมชน เช่น ข้อตกลงการจัดการขยะ ข้อตกลงห้ามดื่ม/ห้ามสูบบุหรี่ในงานประเพณี การจัดพื้นที่เขตปลอดบุหรี่ในชุมชน เกิดกลไกหรือระบบชุมชนที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือควบคุมการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือเฝ้าระวังสถานการณ์ปัญหาที่กระทบต่อสุขภาวะ เช่น ธนาคารขยะ กองทุนจัดการภัยพิบัติ ระบบเฝ้าระวังอุบัติเหตุในชุมชน ซึ่งมี “รูปธรรมของแนวโน้มความต่อเนื่องยั่งยืน” ในลักษณะต่างๆ เช่น มีโครงสร้างชุมชนที่จะรักษาพฤติกรรม และ/หรือมีกลไกรับผิดชอบดำเนินการต่อเนื่อง อาทิ การประกาศมาตรการ/นโยบายชุมชน ข้อตกลง การมีหน่วยเฝ้าระวัง ฯลฯ กิจกรรมที่โครงการสนับสนุนกลายเป็นพฤติกรรมในวิถีชีวิตของคนในชุมชน การได้รับการยกย่องเป็นต้นแบบ ตัวอย่างหรือศูนย์เรียนรู้ และการมีเจ้าภาพหรือเครือข่ายร่วมมือและสนับสนุนการทำงานในประเด็นที่สนใจร่วมกันต่อไป

๓. พัฒนาและเสริมสร้างขีดความสามารถภาคีเครือข่ายให้สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สนับสนุนกระบวนการพัฒนาศักยภาพในรูปแบบต่างๆ ทั้งการฝึกอบรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการศึกษาดูงานในพื้นที่ ให้แก่ภาคีจำนวน ๑๑,๓๖๐ คน ดังนี้

๓.๑ พัฒนาศักยภาพผู้สนใจเสนอโครงการ จำนวนกว่า ๓,๖๖๔ คน เพื่อเสริมทักษะเรื่องแนวคิด การสร้างเสริมสุขภาพและการเขียนโครงการให้มีคุณภาพ

๓.๒ พัฒนาศักยภาพกลุ่มภาคีผู้รับทุน จำนวนกว่า ๗,๐๐๐ คน ให้มีทักษะด้านการบริหารจัดการโครงการและสร้างเครือข่ายในระดับพื้นที่

๓.๓ พัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับตำบล ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล และแกนนำชุมชน จำนวน ๖๐๐ คน ในการบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน ๑๕๐ แห่ง เพื่อเป็นจุดจัดการสำคัญในงานสร้างเสริมสุขภาพและงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของพื้นที่

๓.๔ พัฒนาศักยภาพทีมติดตามสนับสนุนโครงการในระดับโซนภาค จำนวน ๔๖ คน ให้มีทักษะเรื่องการติดตามประเมินผลโครงการและการรายงานผลติดตามผ่านระบบออนไลน์ สามารถสนับสนุนให้ภาคีผู้รับทุนในพื้นที่ดำเนินโครงการได้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เน้นการติดตามแบบเสริมพลัง



จุดเน้นของแผน

๑. ขยายและกระจายโอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสู่ประชากรกลุ่มที่ขาดโอกาส โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ หรือกลุ่มคนชายขอบอื่นๆ
๒. เพิ่มการบูรณาการการทำงานกับแผนเชิงรุก โดยร่วมกันกำหนดเป้าหมายการสนับสนุนทุนที่ตอบสนองต่อทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส.
๓. พัฒนาขีดความสามารถภาคีเครือข่าย โดยเน้นกระบวนการจัดการความรู้ในกลุ่มที่ทำงานในกลุ่มเป้าหมายหรือในลักษณะใกล้เคียงกัน ให้สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง
๔. พัฒนารูปแบบและกระบวนการสนับสนุนโครงการนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถนำไปขยายผลในวงกว้างได้
๕. เพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการทำงานด้านสื่อสารสาธารณะ และระบบสนับสนุนให้ตอบสนองต่อการทำงานเชิงรุก

วัตถุประสงค์

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

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

๑. ขยายภาคีเครือข่ายการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

- ๑.๑ โครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายทั้งในกลุ่มบุคคล องค์กร และชุมชน กระจายทั่วทุกจังหวัด ไม่น้อยกว่า ๑,๘๐๐ โครงการ ตัวชี้วัดร่วมกับแผนอื่นๆ ได้แก่

- ๑) สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาวะที่สอดคล้องกับเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. เช่น การลดอัตราการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ เพิ่มชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง ไม่น้อยกว่า ๔๐๐ โครงการ หรือ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ ของโครงการที่สนับสนุน
- ๒) สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาวะที่เสนอจากกลุ่มประชากรที่ขาดโอกาส ไม่น้อยกว่า ๑๘๐ โครงการ หรือไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของโครงการที่สนับสนุน
- ๑.๒ โครงการที่เสนอโดยภาครายใหม่ไม่น้อยกว่า ๑,๐๘๐ โครงการ หรือไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของโครงการที่ได้รับการสนับสนุน
- ๑.๓ ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากการดำเนินโครงการทั้งโดยตรงและทางอ้อม ไม่น้อยกว่า ๓๖๐,๐๐๐ คน
๒. **สิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะ** เกิดสภาพแวดล้อมหรือปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะของคน องค์กร และชุมชนในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า ๑,๐๘๐ แห่ง
๓. **พัฒนาศักยภาพแกนนำและโครงการ**
 - ๓.๑ แกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนผลักดัน ชักชวนกลุ่มเป้าหมายหรือเป็นผู้มีบทบาทการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า ๓,๖๐๐ คน
 - ๓.๒ แกนนำที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ไม่น้อยกว่า ๔๐ คน (ร้อยละ ๕ ของโครงการที่สนับสนุน)
 - ๓.๓ โครงการที่ได้รับการพัฒนาและมีศักยภาพในการขยายผล ไม่น้อยกว่า ๔๐ โครงการ
๔. **โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดีและนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ**
 - ๔.๑ โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดี ไม่น้อยกว่า ๑๘๐ โครงการ หรือไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของโครงการที่ได้รับการสนับสนุน
 - ๔.๒ โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดีที่สามารถขยายผลได้ไม่น้อยกว่า ๑ เรื่อง/กรณี
 - ๔.๓ นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ที่ใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานโครงการ ไม่น้อยกว่า ๘๐ กรณี
 - ๔.๔ โครงการนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นโครงการทดลอง ไม่น้อยกว่า ๑๐ โครงการ
๕. **การสื่อสารสาธารณะ** เผยแพร่โครงการที่เป็นตัวอย่างปฏิบัติการที่ดี และหรือนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๑๘๐ โครงการ หรือไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของโครงการที่สนับสนุน

คำนิยามเชิงปฏิบัติการตามตัวชี้วัดแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ

- (๑) **กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์โดยตรง** หมายถึง ผู้ที่มีส่วนร่วมในโครงการ/ผู้ปฏิบัติ/ผู้ลงมือทำ/กลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการ



- (๒) **กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์ทางอ้อม** หมายถึง ผู้ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ลงมือทำแต่ได้รับผลประโยชน์จากที่มีโครงการดังกล่าว
- (๓) **แกนนำด้านสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง บุคคลที่มีบทบาทในการชักนำ/โน้มน้า/ผลักดัน พฤติกรรมให้กับกลุ่มเป้าหมาย เป็นแบบอย่างจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง และ/หรือเป็นผู้ที่มีบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่แล้วมาเป็นแกนนำในการดำเนินโครงการแล้วเกิดประสิทธิผล และ/หรือประสิทธิภาพ
- (๔) **ผู้นำการเปลี่ยนแปลง** หมายถึง แกนนำที่มีศักยภาพหรือได้รับการพัฒนาในการนำความรู้หรือกระบวนการไปขยายผลสู่กลุ่มเป้าหมายหรือพื้นที่เป้าหมายได้
- (๕) **โครงการที่มีศักยภาพขยายผล** หมายถึง โครงการที่ได้รับการพัฒนาเพื่อดำเนินงานต่อเนื่องสำหรับการต่อยอดหรือขยายผลที่มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงพฤติกรรมหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของกลุ่มเป้าหมายหรือพื้นที่เป้าหมาย
- (๖) **โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดี** หมายถึง โครงการที่ดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ มีรูปแบบผลงาน กิจกรรม กระบวนการ หรือแนวทางปฏิบัติที่น่าสนใจ สามารถนำไปเผยแพร่ได้
- (๗) **โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดีที่ขยายผลได้** หมายถึง โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดีที่ผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์รูปแบบแนวทางการดำเนินงานและผลลัพธ์ของโครงการแล้วพบว่าสามารถเป็นแบบอย่างในการนำไปขยายผลในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ หรือพื้นที่เป้าหมายอื่นๆ ได้
- (๘) **นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่** หมายถึง การจัดการความคิด กลไกหรือกระบวนการ และ/หรือเทคโนโลยีที่เหมาะสม นำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานโครงการหรือใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่แล้วได้ผลดีกว่าเดิม ตัวอย่างเช่น
- ก. การพัฒนาความรู้ใหม่จากการวิจัยและพัฒนา
 - ข. การนำสิ่งที่มีอยู่ในชุมชนอื่นมาปรับใช้ในชุมชนตนเอง
 - ค. การนำสิ่งที่มีอยู่มาปรับกระบวนการทัศน์ใหม่หรือทำด้วยวิธีใหม่
 - ง. การรื้อฟื้นสิ่งดีๆ ที่เคยมีในชุมชนมาปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

แนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพแบบเปิดรับทั่วไป เพื่อขยายและกระจายโอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทุนที่หลากหลายและเข้าถึงได้ง่าย
๒. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพผู้สนใจเสนอโครงการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะประชากรกลุ่มที่ขาดโอกาส หรือผู้สนใจเสนอโครงการในพื้นที่ที่ได้รับทุนน้อยหรือกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่เคยได้รับทุน เพื่อให้เกิดการกระจายทุนและยกระดับคุณภาพโครงการ

๓. บูรณาการการทำงานกับแผนเชิงรุก โดยร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการสนับสนุนทุนเพื่อหนุนเสริมเป้าหมายเฉพาะของ สสส.
๔. เสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ
๕. พัฒนาระบบและกลไกการติดตามสนับสนุนโครงการให้มีประสิทธิภาพ มีความหลากหลายเหมาะสมกับลักษณะโครงการและบริบทของพื้นที่
๖. สนับสนุนการจัดการความรู้ และสังเคราะห์ความรู้โครงการต่างๆ เพื่อนำไปสู่การเผยแพร่และขยายผล
๗. สนับสนุนการค้นหาวัดกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ และกระบวนการพัฒนาวัดกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถขยายผลได้
๘. เพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการทำงานด้านสื่อสารสาธารณะ

กลุ่มแผนงาน

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ ประกอบด้วย ๓ กลุ่มแผนงาน ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานขยายภาคีเครือข่ายและนวัตกรรม
๒. กลุ่มแผนงานประเมินผลและสังเคราะห์ความรู้
๓. กลุ่มแผนงานสื่อสารสาธารณะ

รายละเอียดกลุ่มแผนงาน

๑. แผนงานขยายภาคีเครือข่ายและนวัตกรรม

๑.๑ การสนับสนุนโครงการ

๑.๑.๑ สนับสนุนทุนเพื่อกระจายโอกาสและสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยมีรูปแบบของการสนับสนุนโครงการ ๔ รูปแบบ ได้แก่ ๑) เปิดรับทั่วไป ๒) เปิดรับเป็นชุดโครงการ/ประเด็นเฉพาะ ๓) โครงการสร้างเสริมสุขภาพอย่างง่าย และ ๔) รูปแบบอื่นๆ

๑.๑.๒ สนับสนุนโครงการนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยมี ๒ แนวทาง ดังนี้

- (๑) การค้นหาวัดกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยค้นหาทั้งในระยะเริ่มโครงการ ระหว่างดำเนินโครงการ และสิ้นสุดโครงการ
- (๒) พัฒนาแนวทางการสนับสนุนโครงการทดลองหรือศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาหรือสร้างนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

๑.๒ การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย

๑.๒.๑ ภาคีชุดโครงการ

สนับสนุนการเพิ่มขีดความสามารถทั้งในด้านวิชาการ และการบริหารจัดการ โครงการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถบูรณาการการทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายเพื่อยกระดับ และขยายผลโครงการ

๑.๒.๒ ภาคีผู้รับทุนโครงการรายย่อย

- (๑) ใช้กระบวนการติดตามสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง ภาคี เพื่อจุดประกายความคิดและการดำเนินงานที่สามารถต่อยอดและ ยกระดับคุณภาพผลงาน
- (๒) สนับสนุนแกนนำในระดับพื้นที่ ให้มีความรู้ความสามารถและพร้อมพัฒนา ศักยภาพเพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

๑.๒.๓ ภาคีผู้สนใจเสนอโครงการ โดยการเสริมทักษะแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาทักษะเรื่องเขียนโครงการให้มีคุณภาพ

๑.๓ การติดตามสนับสนุน

๑.๓.๑ พัฒนาระบบและกลไกการติดตามสนับสนุนโครงการให้มีประสิทธิภาพ มีความ หลากหลาย เหมาะสมกับลักษณะโครงการและบริบทของพื้นที่ ครอบคลุมทุกโซนภาค

๑.๓.๒ ปรับปรุงเครื่องมือการติดตามสนับสนุนโครงการให้เกิดประสิทธิภาพ เช่น ระบบ การรายงานผลติดตามออนไลน์ คู่มือ/เครื่องมือการติดตามสนับสนุนโครงการสำหรับผู้ติดตาม

๒. แผนงานประเมินผลและสังเคราะห์ความรู้

๒.๑. การประเมินผล สนับสนุนให้มีการประเมินผลระดับชุดโครงการ ประเมินผลกลไกการพัฒนา ข้อเสนอโครงการและกลไกการติดตามในระดับโซนภาค เพื่อเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพ การดำเนินงานโครงการ

๒.๒. การสังเคราะห์ความรู้ สนับสนุนการพัฒนา ค้นหา และรวบรวมความรู้เชิงปฏิบัติการ รวมถึง การสังเคราะห์ความรู้โครงการที่เป็นตัวอย่างปฏิบัติการที่ดีเพื่อนำไปสู่การเผยแพร่และขยายผล

๓. แผนงานสื่อสารสาธารณะ

๓.๑. พัฒนาเครื่องมือและช่องทางการสื่อสาร เพื่อสื่อสารประชาสัมพันธ์การเปิดรับข้อเสนอ โครงการให้เข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย

๓.๒. สื่อสารสาธารณะ โดยนำตัวอย่างโครงการปฏิบัติการที่ดี และนวัตกรรมการสร้างเสริม สุขภาพ สื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อสร้างการรับรู้และสร้างความเข้าใจเรื่องการสร้างเสริม สุขภาพ

๓.๓. รวบรวมและจัดการข้อมูล ผลการดำเนินงานโครงการ และสื่อประเภทต่างๆ ให้เป็นระบบ เพื่อความสะดวกต่อการใช้ประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพ

ภาคีหลัก

นักปฏิบัติการทั่วประเทศ ชุมชน ชมรม เครือข่ายองค์กรชุมชน สถาบันการศึกษา สำนักและเครือข่ายศาสนา องค์กรสาธารณประโยชน์ เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชน และกลุ่มประชากรเฉพาะ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานขยายภาคีเครือข่ายและนวัตกรรม	๒๖๕
๒. กลุ่มแผนงานประเมินผลและสังเคราะห์ความรู้	๓๐
๓. กลุ่มแผนงานสื่อสารสาธารณะ	๑๕
รวม	๓๑๐



๑๒

แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านระบบบริการสุขภาพ

สถานการณ์และแนวโน้ม

“ระบบสุขภาพ” หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ทั้งมวลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งระบบสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม วิถีชีวิต และอื่นๆ เพราะทุกระบบต่างมีความสัมพันธ์ต่อการดำรงชีวิตของประชาชน ซึ่งสถานการณ์ของระบบสุขภาพยังคงจำกัดในระบบสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการรักษาความเจ็บป่วย ในขณะที่มิติของความเจ็บป่วยมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น อาทิเช่น แนวโน้มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอีก ๑๒ ปีข้างหน้า เพิ่มขึ้น ๓.๖ เท่าหรือมีมูลค่า ๒๒๘,๔๘๒.๒ ล้านบาท และมีแนวโน้มเกิดความพิการร่วมด้วย ทำให้ต้องเพิ่มการดูแลระยะยาว (long term care) ทั้งนี้ อัตราความเจ็บป่วย จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ) เป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยจนกลายเป็นผู้พิการ ภาวะความเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อระบบบริการสุขภาพ ทั้งปัญหาการเข้าถึงบริการ ความแออัด ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มูลค่าทางเศรษฐกิจ โดยคาดการณ์ว่าใน ปี ๒๕๕๘ ประเทศไทยจะเสียรายได้จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึง ๕๒,๑๕๐ ล้านบาท ทั้งที่สามารถลดความสูญเสียได้ถึงร้อยละ ๑๐ - ๒๐ หากปรับพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล และสนับสนุนให้ระบบบริการสุขภาพมีสมรรถนะในการหยุดยั้งสาเหตุของความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) เป็นกลไกที่มุ่งเน้นการประสานศักยภาพ ทรัพยากร และองค์ความรู้ ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษาและภาคีเครือข่ายในอำเภอเป็นสำคัญ เพื่อร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในอำเภอ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน โดยมีเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงไร้รอยต่อเบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย พร้อมทั้งสามารถเสริมหนุนศักยภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชน ชุมชน เพื่อสร้างเสริม ป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วย พร้อมทั้งการประสานศักยภาพของระบบสุขภาพชุมชนที่สามารถดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และครอบคลุมมิติสุขภาพ สังคม วัฒนธรรมด้วยบริบทของพื้นที่เป็นสำคัญ เพื่อยกระดับประชาชน ชุมชนเป็นสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน



จากแนวโน้ม สถานการณ์ของระบบสุขภาพนั้น บุคลากรสุขภาพซึ่งถือว่าเป็นกำลังสำคัญของระบบบริการสุขภาพ เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน มีศักยภาพที่หลากหลาย จึงเป็นโอกาสในการยกระดับสมรรถนะและบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการสร้างองค์ความรู้ใหม่และแสวงหาแนวทางใหม่ๆ ผ่านการปฏิบัติงานสุขภาพเชิงรุก ในขณะเดียวกัน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและสถานการณ์สุขภาพ บ่งชี้ว่าการมีสุขภาพดีไม่ได้เกิดจากการรับบริการสุขภาพเพียงด้านเดียว แต่ต้องมุ่งสู่การสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดจากความร่วมกันของทุกภาคส่วน ครอบคลุมมิติด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนทุกเพศทุกวัยมีสมรรถนะในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ดังนั้น บุคลากรสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญ ในการถ่ายทอดองค์ความรู้ และทักษะการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งเสริมคุณลักษณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพในวิชาชีพ เพื่อร่วมสนับสนุนการสร้างสุขภาพของประชาชน

ทั้งนี้ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ มีหลักการดำเนินงานที่สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ สสส. ระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) และกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) โดยมีบทบาท “เสริมหนุนและสร้าง” ความสามารถด้านการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพชุมชน รวมถึงการเพิ่มสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรสุขภาพให้สามารถบริการประชาชนได้ ทั้งนี้ เป้าหมายหลักก็เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพมีกลไกการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และจัดการปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งเชิงประเด็น และเชิงพื้นที่ รวมทั้งมีบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพสามารถเกื้อหนุนต่อระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จุดเน้นของแผน

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพในปี ๒๕๕๘ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ มีจุดเน้นการดำเนินงาน ดังนี้

๑. สนับสนุนกลไกการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพโดยเน้นการทำงานระหว่างโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพระดับตำบล ภายใต้แนวทางการขับเคลื่อนอำเภอสุขภาพะ
๒. พัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผ่านบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้มีความสามารถในการจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนทุกกลุ่มวัย
๓. บูรณาการงานด้านสร้างเสริมสุขภาพทั้งเชิงประเด็น และเชิงพื้นที่ร่วมกับสำนักต่างๆ ใน สสส. รวมถึงองค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะในประชาชนทุกกลุ่มวัย

วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนรูปแบบ กลไกเพื่อผลักดันหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไปสู่แนวการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. พัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรสาธารณสุขให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ
๓. สนับสนุนการพัฒนาพื้นที่รองรับการทำงานเชิงประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ ของสสส.

เป้าหมาย ๑ ปีและตัวชี้วัด

๑. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการสนับสนุนระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อเป็นพื้นที่รองรับงานสร้างเสริมสุขภาพไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แห่ง^{๑๐๓}
๒. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) พัฒนาพื้นที่ต้นแบบระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอและระดับชุมชน ที่ผ่านการประเมินไม่น้อยกว่า ๓๐ แห่ง พร้อมขยายผลไปสู่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) อื่นๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
๓. พัฒนาระบบข้อมูลระดับอำเภอที่สามารถใช้ในการสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพใน รพช. ได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่า ๓๐ แห่ง
๔. บุคลากรในระบบบริการสุขภาพ อาทิเช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ใน รพช. และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีความตระหนักและทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ได้ไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ คน^{๑๐๔}
๕. มีมาตรการ หรือแนวทาง หรือหลักปฏิบัติเพื่อผลักดันวิชาชีพสาธารณสุขมุ่งสู่งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและมีการนำไปใช้จริงในระบบงาน หรือในหน่วยงาน หรือในเขตบริการสุขภาพไม่น้อยกว่า ๓ มาตรการ เช่น มาตรการจัดสรรเวลางานเพื่อทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน^{๑๐๕}
๖. องค์ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สามารถนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ไม่น้อยกว่า ๗๐ เรื่อง

^{๑๐๓} ปัจจุบันร่วมการดำเนินงานกับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ๒๕๕ แห่ง ซึ่งเป็นเครือข่ายของ สสส. จำนวน ๕๐ แห่ง

^{๑๐๔} ปัจจุบันมีบุคลากรในระบบบริการสุขภาพที่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับ สสส. ประมาณ ๑,๕๐๐ คน

^{๑๐๕} มาตรฐานเพื่อการผลักดันวิชาชีพสาธารณสุข อาทิเช่น ๑) การปรับปรุงคุณลักษณะที่พึงประสงค์และความรู้ความสามารถทางวิชาชีพที่มุ่งสู่การสร้างเสริมสุขภาพ ๒) กำหนดเพิ่มเกณฑ์ความรู้ความสามารถด้านการสร้างเสริมสุขภาพในการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพการให้บริการผู้ประกอบการวิชาชีพสาธารณสุข ๓) กำหนดกระบวนการพัฒนาสมรรถนะและเจตคติด้านการสร้างเสริมสุขภาพในการพัฒนาทักษะของวิชาชีพสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ๔) ระบุความต้องการและความจำเป็นในการประกอบวิชาชีพที่มุ่งสู่งานการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม

แนวทางการดำเนินงาน

๑. การเสริมหนุนระบบบริการสุขภาพสู่การสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิ ให้มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม (holistic care) เพื่อตอบสนองต่อความต้องการท้องถิ่น เชื่อมโยงกับระบบการเมือง สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม
๒. การพัฒนาขีดความสามารถระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพชุมชน (strengthen primary and community health care) ให้มีศักยภาพสนับสนุนประชาชนในการดูแลตนเอง (self care) สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (community involvement)
๓. การเพิ่มศักยภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพผ่านบุคลากรสาธารณสุข ให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ ที่สามารถขับเคลื่อน วางแผนและมีระบบติดตามประเมินอย่างเป็นระบบ
๔. ส่งเสริมการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเชิงประเด็น (issue-based) และเชิงพื้นที่ (area-based) ร่วมกับสำนักต่างๆ ใน สสส. รวมถึงองค์กร หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพจะร่วมกัน

กลุ่มแผนงาน

๑. กลุ่มแผนงานสนับสนุนกลไกสุขภาพระดับอำเภอเพื่ออำเภอสุขภาพ

เพื่อเสริมหนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกลไกระบบสุขภาพระดับอำเภอให้สามารถพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ชุมชน และสังคม นำไปสู่การจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพต่อไป โดยประกอบด้วยงานหลัก ๓ ด้าน ดังนี้

- ๑.๑ การค้นหาและสนับสนุนการพัฒนาต้นแบบระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สุขภาพภายใต้บริบทต่างๆ รวมถึงเสริมกลไกการบริหารจัดการในระดับอำเภอ และระดับจังหวัด ให้สามารถสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
- ๑.๒ การเสริมหนุนความรู้ ระบบข้อมูลสุขภาพ และนวัตกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับเพิ่มขีดความสามารถระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพชุมชนผ่านกลไกระบบสุขภาพระดับอำเภอ
- ๑.๓ สร้างการรับรู้ และถ่ายทอดแนวคิด รูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป ให้สามารถเข้าใจและนำทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพนำไปใช้ประโยชน์

๒. กลุ่มแผนงานเสริมสมรรถนะนักสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ

เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพที่มีองค์ความรู้ ทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพสามารถวางแผนขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ได้ ตลอดจนมีบทบาทในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยประกอบด้วยงานหลัก ๓ ด้าน ดังนี้

- ๒.๑ พัฒนาองค์ความรู้และเพิ่มทักษะการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะของการเป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นผู้นำการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ เช่น ขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านวิชาชีพพยาบาล สนับสนุนการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มวิชาชีพเภสัชกร ทันตแพทย์ ให้มีส่วนร่วมในงานสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น เป็นต้น
- ๒.๒ สนับสนุนการพัฒนากลไกและมาตรการเพื่อสร้างแรงจูงใจของบุคลากรสาธารณสุขให้เอื้อต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ
- ๒.๓ เสริมสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งหวังให้บุคลากรสาธารณสุขเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการและระบบสุขภาพชุมชน เช่น สนับสนุนการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ เพื่อให้บุคลากรมีความเข้าใจ ตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตน ในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

๓. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการสร้างสุขภาวะผ่านระบบบริการสุขภาพ

การนำแนวคิด ความรู้ นวัตกรรมทางด้านสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มต่างๆ ในเชิงประเด็น และเชิงพื้นที่มาสนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดีในมิติต่างๆ ผ่านระบบบริการสุขภาพ โดยประกอบด้วยงานหลัก ๒ ด้าน ดังนี้

- ๓.๑ สนับสนุนการใช้ความรู้งานวิจัย และนวัตกรรมทางสุขภาพที่จำเป็นต่อการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพชุมชน เช่น การพัฒนางานประจำสูงงานวิจัย (R2R) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ, การสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต ทั้งในประเด็นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจของบุคลากรสาธารณสุข ไปจนถึงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาวะที่ดีในทุกมิติ
- ๓.๒ บูรณาการงานด้านสร้างเสริมสุขภาพทั้งเชิงประเด็น และเชิงพื้นที่ร่วมกับสำนักต่างๆ ใน สสส. รวมถึงองค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนทุกกลุ่มวัย



ภาคีหลัก

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรเอกชน องค์กรภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสนับสนุนกลไกสุขภาพระดับอำเภอเพื่ออำเภอสุขภาวะ	๕๐
๒. กลุ่มแผนงานเสริมสมรรถนะนักสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๔๐
๓. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ	๒๐
รวม	๑๑๐

๑๓

แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

สถานการณ์และแนวโน้ม

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาสุขภาพคนไทยดีขึ้น โดยตัวบ่งชี้สำคัญว่าคนไทยมีสุขภาพดีขึ้น คือ อายุขัยเฉลี่ย และอัตราการตายของทารก ซึ่งปัจจุบันอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มเป็น ๗๒ และอัตราการตายของทารกลดลงจาก ๑๐๒ คน ในปี ๒๕๐๓ เป็น ๑๑.๔ คนในปี ๒๕๕๕ ทั้งนี้ เพราะคนไทยมีภาวะโภชนาการดีขึ้น การสุขภาพดีขึ้น เข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น การบริการมีคุณภาพดีขึ้น รวมทั้งคนไทยมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ประชากรในประเทศไทยกลับมีแนวโน้มลดจำนวนลง ซึ่งไม่สัมพันธ์กับอายุขัยเฉลี่ยของประชากรที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะหญิงมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวมากกว่าเพศชาย ส่งผลให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ซึ่งผู้สูงวัยมีแนวโน้มเจ็บป่วยและทุพพลภาพ ซึ่งต้องใช้บริการจากสถานพยาบาลสูงขึ้น จะส่งผลให้ประชากรในวัยแรงงานมีการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อเงินออมและการพัฒนาคุณภาพแรงงาน^{๑๐๑}

ในด้านความเจ็บป่วยของคนไทยมีการเปลี่ยนแปลงจากการป่วยด้วยโรคติดต่อ เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมมากขึ้น จากข้อมูลภาระโรค ปี ๒๕๕๔ ซึ่งได้ศึกษาการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร พบว่า สาเหตุรายโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียในเพศชาย ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดในสมอง และโรคมะเร็งตับ ตามลำดับ ส่วนเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีสาเหตุมาจากแบบแผนในการดำรงชีวิตและพฤติกรรมการใช้ชีวิตเปลี่ยนไป กล่าวคือ ขาดการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายน้อย พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีไขมันมาก รับประทานอาหารและผลไม้ไม่เพียงพอ สูบบุหรี่ และดื่มสุรา

ในอีกด้านหนึ่ง คนไทยจำนวนมากหันมาให้ความสนใจในการดูแลรักษาสุขภาพมากขึ้นเรื่อยๆ เห็นได้จากผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มนานาชนิดเพื่อสุขภาพที่มีการผลิตเพิ่มขึ้น เพื่อตอบสนองผู้บริโภคที่ห่วงใยสุขภาพ มีการออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆ เช่น การเข้าฟิตเนส การขี่จักรยาน การเล่นโยคะ เป็นต้น ซึ่งกระแสรักสุขภาพนี้ได้จำกัดเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุหรือคนวัยทำงานเท่านั้น คนรุ่นใหม่เองก็หันมาให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพที่ดีเช่นกัน

^{๑๐๑} เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ และคณะ, ๒๕๕๗ และ NSEB



การเข้าสู่สังคมยุคดิจิทัล ซึ่งเทคโนโลยีสารสนเทศทำให้เกิดโลกไร้พรมแดน ผู้คนสามารถเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ และเชื่อมโยงถึงกันได้ภายในเวลาอันรวดเร็ว เทคโนโลยีจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการใช้ชีวิตประจำวัน จะเห็นได้ว่าผู้ใช้อินเทอร์เน็ตและสมาร์ทโฟนมีจำนวนเพิ่มขึ้น เมื่อมีการนำเสนอหลักเรื่องการดูแลสุขภาพและเทคโนโลยีมาผนวกกัน ทำให้เห็นแนวโน้มรูปแบบการใช้ชีวิตแบบใหม่ ที่มีความทันสมัยและสะดวกสบายขึ้น โดยการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และนำไปสู่การสุขภาวะที่ดี

ดังนั้น จึงจำเป็นต้องขับเคลื่อนสังคมให้มีสุขภาวะมากขึ้น เพื่อให้คนไทยถึงพร้อมทางสุขภาพ ภายใต้อารมณ์ และอารมณ์ มีพฤติกรรมและวัฒนธรรมในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ มีความสามารถในการจัดการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพ^{๑๐๓} น่าจะเป็นทางเลือกต้นๆ ที่จะเอื้ออำนวยให้บุคคลมีสุขภาวะดีทั้ง ๔ มิติ ซึ่งโจทย์สำคัญที่จะต้องเร่งดำเนินการ คือ การให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และสร้างความตระหนักว่า เรื่องการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องที่บุคคล ครอบครัว องค์กร และชุมชนต้องรับผิดชอบตนเองเป็นพื้นฐาน นอกจากนั้น การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นเรื่องที่ทุกคน/ทุกภาคส่วนในสังคมควรใส่ใจ โดยเฉพาะการกำหนดนโยบายสาธารณะจะต้องคำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพเป็นสำคัญ

สสส. เป็นกลไกหนึ่งในระบบสุขภาพ โดยมีภารกิจในการสนับสนุนให้ “กลไก” สำคัญๆ ในระบบสุขภาพดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปฏิบัติงานเสริมหนุนซึ่งกันและกันเป็นเครือข่าย เพื่อสร้างประโยชน์ไปสู่ประชาชนได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งปัจจุบันระบบและกลไกบางอย่างในระบบสุขภาพยังไม่เอื้อต่อการผลักดันและพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพในหมู่ประชาชน ซึ่งการดำเนินงานของ สสส. นั้น “ภาคีเครือข่าย” ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และชุมชนท้องถิ่น เป็นกลไกสำคัญในการเป็นมีส่วนร่วม (หุ้นส่วน) และใช้ศักยภาพในขับเคลื่อนในการสร้างสังคมสุขภาวะ อย่างเข้มแข็ง และ ยั่งยืน โดยผลจากการทำงานที่ผ่านมาได้เกิดพัฒนาทุนทางสังคม ทุนทางปัญญา และเกิดภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพมากมายทั้งในและนอกประเทศ ภาคีในภาคส่วนต่างๆ เข้าใจและเห็นความสำคัญในบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. มากขึ้น ขณะเดียวกันภาคีเครือข่าย สสส. ที่มีศักยภาพที่หลากหลาย จำเป็นต้องบูรณาการและสร้างการทำงานร่วมกัน เพื่อยกระดับการทำงาน และก้าวผ่านความท้าทายด้านสุขภาวะที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

จากสถานการณ์ทิศทางโดยรวม ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจในการสนับสนุนของ สสส. เพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ยังมีปัจจัยในการทำงานร่วมกันที่ภาคีเครือข่ายต้องการให้มีการพัฒนาในส่วนการหนุนเสริม อาทิ การมีพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้เชื่อมโยงต่อยอดงาน และการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ สถานการณ์ ด้านผู้ทำงานภาคสังคม นั่นคือ คนรุ่นใหม่เลือกที่จะเข้ามาต่อยอดงานทางสังคมน้อยลง ทำให้คนทำงานภาคสังคมมีจำนวนลดน้อยลง ในขณะที่การสร้างเสริมสุขภาพหรืองานพัฒนาด้านอื่นๆ จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะใหม่ในการทำงาน

สสส. จึงให้ความสำคัญกับแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (แผน ๑๓) โดยมีการดำเนินงานภายใต้กฎบัตรออตตาวา ที่หนุนเสริมให้บุคคลได้เพิ่มพูนการควบคุมดูแลสุขภาพ

^{๑๐๓} ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ให้คำจำกัดความ การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาวะทางกาย จิต ปัญญา และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมบุคคลและการจัดการสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

ของตนเอง สร้างความเข้มแข็งเรื่องทักษะและสมรรถภาพของบุคคล อีกทั้งเพิ่มศักยภาพของกลุ่มคนในการเปลี่ยนแปลงสภาพเงื่อนไขต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจและสังคม อันมีผลต่อสุขภาพ ตลอดจนสนับสนุนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ทั้งนี้ แผนมีภารกิจหลักในการสนับสนุนให้เกิดระบบและกลไกที่สนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพโดยเน้นการเชื่อมโยงระหว่างแผน ด้วยการพัฒนากระบวนการข้อมูลสุขภาพ สร้างและจัดการข้อมูลองค์ความรู้ใหม่ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อเป็นเครื่องมือในการสื่อสารสุขภาพ ผลักดันกลไกขับเคลื่อนนโยบาย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ เพื่อให้ทุกแผนของ สสส. และภาคีเครือข่าย สามารถใช้ประโยชน์ร่วมกัน รวมทั้งสนับสนุนกลไกการเชื่อมโยงงานระหว่างองค์กรที่ทำงานขับเคลื่อนสุขภาพ โดยมีหน่วยงานเจ้าภาพหลักเป็นกลไกขับเคลื่อน พร้อมกันนี้ สสส. เล็งเห็นความสำคัญของการสานและเสริมพลังภาคีเครือข่าย การพัฒนาขีดความสามารถของบุคคลและองค์กรภาคีเครือข่ายให้เท่าทันพลวัตของปัจจัยต่างๆ ที่กระทบต่อสุขภาพ และการบูรณาการเชื่อมโยงข้ามภาคส่วนข้ามประเด็น ข้ามพรมแดนในการสร้างเสริมสุขภาพ

จุดเน้นของแผน

เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย ในปี ๒๕๕๘ แผน ๑๓ มีจุดเน้นการดำเนินงาน ดังนี้

๑. บูรณาการข้อมูลสุขภาพภายใน สสส. เพื่อบริหารจัดการข้อมูลให้อยู่ในระบบกลางที่ทุกแผนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ
๒. สนับสนุนการพัฒนาและใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น แอปพลิเคชัน เนื้อหาบนสื่อใหม่ (new media) เพื่อใช้สื่อสารความรู้สุขภาพสู่ประชาชน และเชื่อมโยงเครือข่ายนักพัฒนาสื่อเทคโนโลยี
๓. ส่งเสริมแนวคิดการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ในกลุ่มผู้กำหนดนโยบายทุกระดับ
๔. ศึกษาวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ และพัฒนาต้นแบบนาร่องที่เกี่ยวกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี
๕. สานพลังเครือข่าย ผ่านการเปิดพื้นที่และการบริหารความสัมพันธ์ภาคีอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านการเชื่อมสัมพันธ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการสานเสริมพลังนำไปสู่การขับเคลื่อนงานสุขภาพ
๖. สร้างขยายกลไกการมีส่วนร่วม การสื่อสาร และสร้างระบบที่เอื้อต่อการเชื่อมโยงและสนับสนุนการดำเนินงาน
๗. พัฒนาขีดความสามารถภาคีเครือข่าย สนับสนุนและสร้างโอกาสการพัฒนาความรู้และทักษะตามฐานสมรรถนะ (competency-based development) ที่เป็นระบบกระตุ้น จุดประกาย เพื่อสร้างคนเข้ามาทำงานทางสังคม ส่งเสริม และพัฒนาความก้าวหน้าและความยั่งยืนให้แก่ภาคีเครือข่าย

๘. ขยายการทำงานของ สสส. และ ภาควิชาเครือข่ายนานาชาติ ผ่านการยกระดับองค์ความรู้สู่ระดับสากล ขยายเครือข่ายและการผลักดันการก่อตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รูปแบบคล้าย สสส. ในประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคอาเซียน

วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนให้เกิดระบบและกลไกการบริหารจัดการข้อมูล องค์ความรู้ ตลอดจนสร้างองค์ความรู้ใหม่ เพื่อนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. สนับสนุนให้เกิดกลไกการพัฒนาและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับใช้เป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมทางสุขภาพ
๓. สนับสนุนให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่ตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในระดับชาติ พื้นที่ และองค์กร เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีของประชาชน
๔. สนับสนุนให้เกิดกลไกการสร้างและเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี
๕. เพื่อสานสัมพันธ์และเสริมพลังภาควิชาเครือข่าย สสส. สร้างการมีส่วนร่วม นำไปสู่การเชื่อมโยงต่อยอด การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน
๖. เพื่อพัฒนาระบบและกลไกสำคัญที่หนุนเสริม และใช้ประโยชน์ร่วมกันในการขับเคลื่อนสร้างความสัมพันธ์และต่อยอดงาน
๗. เพื่อพัฒนาขีดความสามารถภาควิชาเครือข่ายผ่านกลไกกลางด้านการพัฒนาศักยภาพ ที่มุ่งให้ภาควิชาเครือข่ายสามารถใช้ศักยภาพในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง
๘. เพื่อขยายเครือข่ายนานาชาติ และสร้างความแข็งแกร่งของ สสส. และภาควิชาเครือข่าย ในเวทีโลก นำไปสู่การยกระดับการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของภาควิชาเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เป้าหมาย ๑ ปี และตัวชี้วัด

๑. เกิดหน่วยวิชาการ/ศูนย์สนับสนุนข้อมูลวิชาการ/สถาบัน ที่ทำหน้าที่รวบรวม จัดการ เผยแพร่ ข้อมูลความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๑ แห่ง
๒. องค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ หนังสือ คู่มือ ชุดความรู้ เอกสารวิชาการ รายงาน ผลการศึกษาวิจัย บทความ ไม่น้อยกว่า ๔๐ เรื่อง และมีการนำองค์ความรู้อย่างน้อย ๑๐ เรื่อง ไปใช้เผยแพร่ ขยายผลหรือต่อยอดการศึกษา/วิจัย หรือสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
๓. สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศที่สื่อสารข้อมูลความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ฐานข้อมูล แอปพลิเคชัน(application) เนื้อหาบนสื่อใหม่(new media) ประเภทต่างๆ ซึ่งผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไม่น้อยกว่า ๒๐ ชิ้น และมีการนำสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ

- ที่พัฒนาขึ้น เผยแพร่ผ่านช่องทางต่างๆ จนเกิดการนำไปใช้ประโยชน์จริง ซึ่งนำไปสู่การสร้าง
ความตระหนักในการดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
๔. มีการนำนโยบายสาธารณะที่แสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพไม่น้อยกว่า ๑๐ ประเด็น
ไปขับเคลื่อนในระดับองค์กร พื้นที่ หรือระดับชาติ ร่วมกับองค์กรยุทธศาสตร์ หรือกลไก
ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ
 ๕. พัฒนารูปแบบ (model) นำร่อง แนวทางการดำเนินงาน หรือแนวปฏิบัติที่ดี (good practice)
ที่เอื้อต่อการสร้างสิ่งแวดล้อมสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นจากการศึกษา/วิจัย หรือสรุปบทเรียนไม่น้อยกว่า
๗ รูปแบบ/แนวทาง และสามารถพัฒนาให้เป็นต้นแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ
 ๖. กลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นต่างๆ ในรูปแบบคณะทำงาน
เครือข่ายการทำงาน หรือความร่วมมือระหว่างองค์กร ทั้งในและต่างประเทศ และนำไปสู่การ
ขับเคลื่อนประเด็นการทำงาน ไม่น้อยกว่า ๗ กลไก/เครือข่าย/ความร่วมมือ
 ๗. ภาควิชาเครือข่ายมีความพึงพอใจการสนับสนุนของ สสส. และการพัฒนาศักยภาพ อย่างน้อย
ร้อยละ ๘๒
 ๘. เกิดกิจกรรม/เวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชื่อมสัมพันธ์ และ/หรือ เสริมขีดความสามารถภาคี
เครือข่าย ทั้งที่จัดในส่วนกลาง ระดับภาค หรือระดับพื้นที่ อย่างน้อย ๑๐ ครั้ง
 ๙. เกิดระบบหรือเครื่องมือที่สนับสนุนการทำงานและการเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย ที่ภาคีเครือข่าย
มีความพึงพอใจ และเกิดการใช้ประโยชน์อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย ๓ ระบบ
 ๑๐. เกิดยุทธศาสตร์ และแผนการพัฒนาศักยภาพภาคีอย่างเป็นระบบ โดยมีหลักสูตรการพัฒนา
ศักยภาพ อย่างน้อย ๑๐ หลักสูตร
 ๑๑. เกิดองค์ความรู้ทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เผยแพร่งานสู่นานาชาติ อย่างน้อย ๒ เรื่อง

แนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่และต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ การ
สื่อสารผ่านเทคโนโลยี และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างเหมาะสม
๒. บูรณาการทำงานร่วมกับแผนต่างๆ ของ สสส. ในเชิงพื้นที่ เชิงประเด็น และเชิงระบบ เพื่อตอบสนอง
ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.
๓. เชื่อมประสานภาคียุทธศาสตร์ (strategic partners) และภาคีร่วมพัฒนา (boundary
partners) และขยายแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อร่วมขับเคลื่อนการทำงานในภาพใหญ่



กลุ่มแผนงาน

๑. กลุ่มงานส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลและองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยงานหลัก ๔ ด้าน ดังต่อไปนี้

- ๑.๑ จัดการความรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อนำมาใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน โดยแบ่งเป็น ความรู้วิชาการสำหรับคนทำงานด้านสุขภาพ และความรู้สุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป
- ๑.๒ ศึกษา/วิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่หรือพัฒนาต้นแบบการทำงาน ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น สถานการณ์แนวโน้มสุขภาพในบริบทต่างๆ เพื่อใช้ในการวางแผน และกำหนดทิศทางนโยบายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
- ๑.๓ พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ระบบจัดเก็บ/ค้นหา ข้อมูลงานวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบนำเสนอข้อมูลสุขภาพ ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ ที่เก็บข้อมูลสถิติหรือผลการสำรวจทางสุขภาพของทุกสำนักใน สสส. และการเชื่อมโยงเว็บไซต์แผนงาน/โครงการต่างๆ ของ สสส. (web link)
- ๑.๔ สนับสนุนการจัดตั้งหน่วยวิชาการ/ศูนย์ข้อมูล/สถาบันวิจัยและพัฒนา ที่มีบทบาทในการบริหารจัดการและเผยแพร่ข้อมูลองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับองค์กร และ/หรือระดับภูมิภาค

๒. กลุ่มงานสร้างความตระหนักเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วยงานหลัก ๔ ด้าน ดังต่อไปนี้

- ๒.๑ พัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเป็นเครื่องมือในการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่
 - ๒.๑.๑ สนับสนุนการศึกษา การรวบรวมองค์ความรู้ เกี่ยวกับเทคนิคการพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ รูปแบบการสื่อสารผ่านสื่อเทคโนโลยีที่หลากหลาย สถานการณ์แนวโน้มเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสื่อสาร เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับนักสื่อสารสุขภาพ และประชาชนทั่วไป
 - ๒.๑.๒ สนับสนุนการพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น การพัฒนาแอปพลิเคชัน บนสมาร์ตโฟน/แท็บเล็ต เนื้อหาบนสื่อใหม่ (new media) เพื่อเป็นเครื่องมือในการสื่อสารข้อมูลและองค์ความรู้สุขภาพ หรือต่อยอดเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่มีอยู่ และประยุกต์ให้เข้ากับความต้องการใช้งาน
- ๒.๒ สนับสนุนกลไกการพัฒนาศักยภาพในกลุ่มนักพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ (software developer) เพื่อขยายแนวคิดเรื่องการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสื่อสารองค์ความรู้สุขภาพ และสร้างความตระหนักในการพัฒนาสื่อเทคโนโลยีเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่

- ๒.๒.๑ สร้างและเชื่อมโยงเครือข่ายนักพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อร่วมพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
- ๒.๒.๒ สนับสนุนการบ่มเพาะ/พัฒนาศักยภาพนักพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ (incubation) ในด้านองค์ความรู้ด้านสุขภาพ การออกแบบ เทคนิคการพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ และการตลาด เพื่อให้สามารถพัฒนาผลงานไปสู่การใช้งานได้จริง
- ๒.๓ พัฒนานักสื่อสารข้อมูลและองค์ความรู้สุขภาพ
 - ๒.๑.๑ สร้างและพัฒนานักสื่อสารข้อมูลและองค์ความรู้สุขภาพผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มประชาชนทั่วไป เพื่อให้มีแนวคิดองค์ความรู้ และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และสามารถเผยแพร่องค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมความรู้สุขภาพผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศได้
 - ๒.๑.๒ สร้างและเชื่อมโยงเครือข่ายนักสื่อสารข้อมูลและองค์ความรู้สุขภาพในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ครู และประชาชนทั่วไป
 - ๒.๑.๓ สนับสนุนให้เกิดกลไกการพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อรองรับความต้องการในการสื่อสารข้อมูลองค์ความรู้เกี่ยวกับประเด็นการทำงานต่างๆ ของ สสส. โดยใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ

๓. กลุ่มงานพัฒนานโยบายสาธารณะและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

- ๓.๑ สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพในระดับชาติ พื้นที่ และองค์กร
 - ๓.๑.๑ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกิดความตระหนักถึงการกำหนดนโยบายที่แสดงถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
 - ๓.๑.๒ ผลักดันแนวคิด การพัฒนานโยบายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ให้บรรจุอยู่ในหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพผู้นำของหน่วยงานต่างๆ เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายที่ตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
 - ๓.๑.๓ สนับสนุนเวทีนโยบายสาธารณะที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่รับผิดชอบต่อสุขภาพ และค่านึงปัจจัยทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในทุกระดับ
- ๓.๒ พัฒนารูปแบบและกลไกการสร้างและเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี
 - ๓.๒.๑ วิจัยและพัฒนานวัตกรรมหรือต้นแบบ นำร่อง เกี่ยวกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี เช่น การพัฒนาเมืองสุขภาวะ การพัฒนาสุขภาวะประชาชนตามลุ่มแม่น้ำ การพัฒนานวัตกรรมเพื่อสุขภาวะ เป็นต้น รวมทั้งการต่อยอดนวัตกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย



๓.๒.๒ สนับสนุนกลไกการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย สสส. ให้สามารถสร้างผลกระทบทางสังคม และพึ่งพาตนเองทางการเงินได้ ตามแนวคิดของกิจการเพื่อสังคม (Social Enterprise)

๔. กลุ่มงานภาคีสัมพันธ์ มีการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ ดังต่อไปนี้

๔.๑ สร้างความเข้าใจและสร้างความมีส่วนร่วมของภาคี (partner segmentation & engagement) และต่อยอดขยายผลและพัฒนาความร่วมมือภาคีเครือข่าย (networking and collaboration) โดยมีการดำเนินการหลัก ดังต่อไปนี้

๔.๑.๑ จัดภาคีตามกลุ่มเป้าหมาย (partner segmentation) และสร้างความเข้าใจแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนวางรูปแบบการทำงาน และเสริมศักยภาพกับภาคีให้ตรงตามเป้าหมาย

๔.๑.๒ พัฒนาระบบและออกแบบ platform การสื่อสารกับภาคี ที่มีประสิทธิภาพ

๔.๑.๓ สร้างกระบวนการในการรับฟังเสียงสะท้อน (feedback) จากภาคีและการมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน

๔.๑.๔ สร้างพื้นที่สานต่อเจตจำนงของภาคีเครือข่าย ปฏิญญาภาคีสร้างเสริมสุขภาวะผ่านการขับเคลื่อน เวทีและกลไกทั้งระดับภาค และระดับประเทศ

๔.๑.๕ พัฒนากิจกรรม สร้างและเปิดพื้นที่ในการเชื่อมโยงงาน และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใหม่ๆ เพื่อตอบโจทย์ภาคีตามกลุ่มเป้าหมาย อาทิ กิจกรรมเยี่ยมเยียนภาคีเครือข่าย กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และทัวร์แหล่งเรียนรู้ เป็นต้น

๔.๑.๖ ออกแบบกิจกรรมและสร้างระบบให้เกิดการขับเคลื่อนนวัตกรรมใหม่ๆ ร่วมกัน

๔.๒ พัฒนาระบบและกลไกที่เอื้อต่องานพัฒนาภาคีสัมพันธ์ (Enabler Platforms) โดยมีการดำเนินการหลัก ดังต่อไปนี้

๔.๒.๑ พัฒนาระบบบริหารจัดการภาคีสัมพันธ์ (Customer Relationship Management : CRM) ในการวิเคราะห์สร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์กับภาคี

๔.๒.๒ พัฒนาระบบการสื่อสารที่หลากหลายและเข้าถึงกลุ่มภาคีเป้าหมาย

๔.๒.๓ พัฒนา “คู่มือภาคีเครือข่าย” เพื่อเสริมให้เกิดการสร้างความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงาน และเกิดมาตรฐานกลางในการดำเนินการของภาคีเครือข่าย

๔.๒.๔ พัฒนาระบบ ฐานข้อมูลเครือข่าย และ ระบบข้อมูล องค์ความรู้ภาคี เพื่อประโยชน์ในการสานและเสริมพลังภาคีเครือข่าย และเพิ่มประสิทธิภาพการขับเคลื่อนงานสุขภาวะ

๕. กลุ่มงานพัฒนาศักยภาพ มีการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ในการพัฒนาขีดความสามารถภาคีเครือข่าย (Capacity Building) อย่างเป็นระบบ โดยมีแนวทางการทำงานดังต่อไปนี้

- ๕.๑ พัฒนาหลักสูตรมาตรฐานเพื่อพัฒนาศักยภาพตามฐานสมรรถนะ (competency-based learning) ตามกลุ่มภาคีเป้าหมาย
- ๕.๒ ขยายผล การรวบรวมและจัดระบบข้อมูลการพัฒนาสมรรถนะของภาคีเครือข่าย วิเคราะห์และประเมินประโยชน์ วิจัย วิเคราะห์ ผลที่เกิด (supply side analysis) และหาแนวทางในการใช้ประโยชน์ความรู้ให้กว้างขวางขึ้น (demand side analysis)
- ๕.๓ พัฒนา สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานสถาบันนักบริหารงานทางสังคมและ/หรือหน่วยงานบริการการพัฒนาศักยภาพ
- ๕.๔ ผลิตรายการการเรียนรู้ สร้างช่องทาง และเปิดพื้นที่การเรียนรู้ที่หลากหลายเพื่อให้ภาคีเครือข่ายสามารถเข้าถึงพร้อมประเมินผลการดำเนินงานแผนพัฒนาศักยภาพในภาพรวม
- ๕.๕ เปิดพื้นที่เพื่อกระตุ้น จุดประกาย สร้างคนเข้ามาทำงานทางสังคม (workforce planning) ผ่านการเปิดพื้นที่ เช่น งานคนไทยขอมือหน่อย การสร้างผู้นำทางสังคม และความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ต่างๆ
- ๕.๖ ส่งเสริมและพัฒนาความก้าวหน้าและความยั่งยืนให้แก่ภาคีเครือข่าย และคนทำงานทางสังคมผ่านการสนับสนุนแผนงาน/โครงการที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างโมเดล และพัฒนาระบบการสร้างควมยั่งยืนภาคีเครือข่าย

๖. กลุ่มงานวิเทศสัมพันธ์ มีการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ในการขยายการทำงานของ สสส. และภาคีเครือข่ายสู่นานาชาติ (International Relations) มีแนวทางการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- ๖.๑ ขยายเครือข่าย สร้างความสัมพันธ์กับเครือข่ายนานาชาติยุทธศาสตร์ อาทิ เช่น สำนักงานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, South East Asian Regional Office : WHO-SEARO)
- ๖.๒ รวบรวมเผยแพร่องค์ความรู้ระดับนานาชาติ และพัฒนาศักยภาพภาคีสู่ระดับสากล
- ๖.๓ เผยแพร่บทบาทและการทำงานของ สสส. และภาคีเครือข่าย สู่เวทีนานาชาติ
- ๖.๔ เคลื่อนไหวผลักดันนโยบาย ผ่านการเตรียมความพร้อมการเป็นเจ้าภาพจัดประชุมนานาชาติ ได้แก่ The International Conference for Physical Activity and Health (ISPAH 2016), The Global Healthy Workplace Awards & Summits 2016
- ๖.๕ เผยแพร่รูปแบบองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ ผลักดันการก่อตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รูปแบบคล้าย สสส. (Health Promotion Model) ในประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคอาเซียน
- ๖.๖ พัฒนาระบบและกลไกที่เอื้อต่อการสร้างศักยภาพของงานวิเทศสัมพันธ์



ภาคีหลัก

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ มูลนิธิหมอชาวบ้าน สถาบันการศึกษา สมาคมวิชาชีพ สำนักงานสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การภาคเอกชน องค์การภาครัฐ องค์การภาคประชาชน องค์การภาคีเครือข่ายผู้รับทุน สสส. องค์การยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพะหน่วยงาน สถาบัน องค์การต่างๆ ที่มีประสบการณ์ด้านการพัฒนา ศักยภาพหรือด้านการสร้างและพัฒนาคนในการทำประโยชน์เพื่อสังคม, ASHOKA, World Health Organization (WHO), International Network of Health Promotion Foundations (INHPF), Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA), International Society for Physical Activity and Health (ISPAH), Global Health Workforce Alliance (GHWA), International Union for Health Promotion and Education (IUHPE)

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลและองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๖๐
๒. กลุ่มแผนงานสร้างความตระหนักเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ	๔๐
๓. กลุ่มแผนงานพัฒนานโยบายสาธารณะและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๔๐
๔. กลุ่มแผนงานภาคีสัมพันธ์	๒๕
๕. กลุ่มแผนงานพัฒนาศักยภาพ	๔๕
๖. กลุ่มแผนงานวิเทศสัมพันธ์	๕๐
๗. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการพัฒนากลไกทางสังคม	๖๐
๘. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการติดตามและประเมินผล	๓๐
รวม	๓๕๐

๑๔

แผนอาหารเพื่อสุขภาพ

สถานการณ์และแนวโน้ม

ประเทศไทยได้ชื่อว่าเป็นเมืองอู่น้ำ และมีศักยภาพการผลิตสู่การเป็นครัวของโลก แต่สถานการณ์ของระบบอาหารในบ้านเรากลับมีสภาพที่ไม่มั่นคงและไม่มีสุขภาพที่เพียงพอ ตั้งแต่สภาพของผู้ผลิต การผลิต การกระจายและการตลาดอาหารไปจนถึงการบริโภค ซึ่งมีทั้งภาวการณ์บริโภคที่สิ้นเกิน และขาดแคลนโภชนาการ รวมถึงผลกระทบทางสุขภาพจากการบริโภคอาหารที่ไม่มีคุณภาพและไม่ปลอดภัย ดังข้อมูลต่อไปนี้

- (๑) ปี ๒๕๕๖ องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization : FAO) ระบุว่า ประเทศไทยมีสถานการณ์ปัญหาในด้านภาวะโภชนาการรุนแรง โดยจัดให้อยู่ในกลุ่ม B : Child Micronutrient Deficiency หรือกลุ่มที่เด็กได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ
- (๒) คนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป บริโภคผักและผลไม้เฉลี่ยเพียงวันละ ๓ ส่วนมาตรฐาน และยิ่งน้อยลงอีกในเด็กไทยอายุ ๒ - ๑๔ ปี ที่บริโภคผักและผลไม้เฉลี่ย ๐.๗ - ๑.๓ ส่วนมาตรฐานต่อวันเท่านั้น (มาตรฐานคือประมาณ ๕ ส่วนต่อวัน หรือ ๔๐๐ - ๖๐๐ กรัม/คน/วัน)
- (๓) จำนวนคนที่บริโภคผักและผลไม้ที่ได้มาตรฐานต่อวันมีแนวโน้มลดลง คือ มีเพียงร้อยละ ๑๗.๗ (๙ ล้านคน) ในปี ๒๕๕๒ ซึ่งลดลงจากร้อยละ ๒๑.๗ ในปี ๒๕๔๗
- (๔) ปี ๒๕๕๔ ตรวจพบสารเคมีตกค้างในเลือดของประชาชนสูงถึงร้อยละ ๓๖ และเกษตรกรร้อยละ ๓๒ นอกจากนี้ ผลการตรวจผักที่วางจำหน่ายในห้างสรรพสินค้า ตลาดสด และรถเร่โดยเฉลี่ยพบสารเคมีทางการเกษตรสูงกว่ามาตรฐานสหภาพยุโรป (EU) ร้อยละ ๔๐
- (๕) พื้นที่ทำเกษตรกรรมมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะพื้นที่ปลูกผลไม้ลดลงมากกว่า ๓.๔ แสนไร่ ในปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๕ ส่งผลให้ราคาผลไม้สูงขึ้น นอกจากนี้ เกษตรกรร้อยละ ๖๐ ต้องเช่าที่ดินทำกิน
- (๖) ค่าใช้จ่ายต่อคนในการซื้อผักมีแนวโน้มลดลงในช่วง ๑๑ ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี ๒๕๔๕ - ๒๕๕๕ โดยพบว่า คนที่มีฐานะดีที่สุดมีค่าใช้จ่ายในการซื้อผักต่อวันลดลงจาก ๓๔ บาท เหลือ ๑๔ บาท และคนที่มีฐานะต่ำสุดมีค่าใช้จ่ายในการซื้อผักต่อวันลดลงจาก ๒๗ บาท เหลือ ๘ บาท



- (๗) เด็กไทยมีระดับเขาวนปีญญาลดลงเรื่อยๆ การสำรวจในรอบ ๑๒ ปี (๒๕๔๐ - ๒๕๕๒) พบค่าเฉลี่ยที่ ๘๘ - ๙๑ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ ๙๐ - ๑๑๐ เช่นเดียวกับพัฒนาการสมวัยในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ที่ลดลงจากร้อยละ ๗๒ ในปี ๒๕๔๗ เหลือร้อยละ ๖๗ ในปี ๒๕๕๐ อันสะท้อนถึงภาวะขาดสารอาหารและโภชนาการที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการทางกายและสติปัญญาต่ำ
- (๘) ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กจะส่งผลให้รายได้ของประเทศลดลงถึงร้อยละ ๒ - ๓ เพราะเด็กที่ได้รับอาหารไม่เหมาะสมเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จะมีความสามารถน้อยในการสร้างรายได้
- (๙) ปี ๒๕๕๒ พบเด็กไทยอายุ ๖ - ๑๘ ปี มีภาวะอ้วนเฉลี่ยร้อยละ ๑๒.๖ โดยมีอัตราการกินอาหารไขมันสูง และขนมกินเล่น/ขนมกรุบกรอบ เป็นประจำทุกวัน มากกว่าช่วงวัยอื่น ร้อยละ ๑๐.๗ และร้อยละ ๓๖.๘ ตามลำดับ
- (๑๐) ปี ๒๕๕๕ พบความถี่ของการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียม ผ่านสื่อต่างๆ สูงมาก โดยเฉพาะในรายการการ์ตูน ช่วงวันเสาร์-อาทิตย์ ตั้งแต่เวลา ๗:๐๐ - ๑๐:๐๐ น. รวม ๓๓ ชิ้น ซึ่งงานวิจัยยืนยันว่า การโฆษณานั้นมีผลต่อการซื้อและการบริโภคอาหาร รวมทั้งเครื่องดื่มที่มีผลต่อสุขภาพเด็ก และทำให้เด็กใช้เงินซื้อขนมเฉลี่ยคิดเป็น ๔๐% ของค่าใช้จ่ายต่อวัน หรือประมาณ ๒๖ บาทต่อคนต่อวัน
- (๑๑) การสำรวจอาหารโรงเรียนในสามสังกัดคือ สพฐ. อปท. และตชด. ใน ๔ ภาคของประเทศไทย เมื่อปี ๒๕๕๕ พบว่า คุณภาพอาหารกลางวันที่โรงเรียนจัดให้จะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การให้ความสำคัญและความสามารถในการบริหารจัดการของโรงเรียน และการสนับสนุนจากชุมชนท้องถิ่น ทั้งนี้ การสำรวจพบว่าอาหารกลางวันโรงเรียนส่วนใหญ่มีใยอาหารต่ำ มีวิตามินเอและเหล็กไม่เพียงพอ
- (๑๒) การสำรวจร้านขายอาหารว่างและเครื่องดื่มในโรงเรียนจำนวน ๓๔๕ แห่งทั่วประเทศของเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน เมื่อปี ๒๕๕๕ พบว่า ประเภทของร้านขายขนมที่พบมากที่สุด ๔ อันดับแรก คือ ขนมปังกรอบและคุกกี้ (๔๔%) น้ำอัดลม (๓๙%) ไอศกรีม (๓๖%) และนม-นมเปรี้ยว (๒๖%) ตามลำดับ

ตัวอย่างของสถานการณ์ข้างต้นนี้ แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์และผลกระทบที่สูงยิ่งของระบบอาหารกับสุขภาพของคนในสังคมไทย การดำเนินการเพื่อให้ทุกคนได้เข้าถึงการบริโภคอาหารที่มีคุณภาพและโภชนาการ และสร้างค่านิยมและพฤติกรรมของการบริโภคอาหารสุขภาพ จึงเป็นภารกิจที่มีความสำคัญซึ่งจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงทั้งระบบอาหาร (food system) ตั้งแต่การผลิตสู่การตลาดและการกระจาย สู่การแปรรูปเป็นอาหาร และสู่ผู้บริโภค ที่เรียกกันว่า 'From Farm to Table'

การดำเนินงานตามหลักการข้างต้นนี้ ต้องอาศัยการขับเคลื่อนด้วยการใช้ความรู้ ใช้พลังการสื่อสาร สังคม และการผลักดันนโยบายที่สำคัญๆ ซึ่งตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ เป็นต้นมา สสส. และภาคีเครือข่ายด้านอาหารและโภชนาการ ได้มีส่วนร่วมกันรณรงค์ให้เกิดความตื่นตัวและมีความรู้ในการเลือกบริโภคอาหารและโภชนาการที่เหมาะสมกับวัยต่างๆ อาหารที่ลดหวานมันเค็ม รวมถึงการสร้างปัจจัยเสริมต่ออาหารสุขภาพ เช่น การทำเกษตรอินทรีย์ ปลอดภัยจากสารเคมี และปลอดภัย การทำตลาดสีเขียว การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนี้ยังมีบทบาทขับเคลื่อนข้อเสนอทางนโยบายเพื่อควบคุมและลดปัจจัย

เสี่ยงด้านอาหาร อาทิ ร่างพระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก มาตรการโรงเรียนปลอดน้ำอัดลมและขนมกรุบกรอบ ประกาศเพิ่มค่าอาหารกลางวันในโรงเรียน มาตรการระบบการจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียน มาตรการควบคุมการขึ้นทะเบียนสารเคมีทางการเกษตร เป็นต้น

เพื่อต่อยอดพันธกิจและผลงานเหล่านี้ ให้ขยายทันการรับมือกับวิกฤติอาหารและสุขภาพ รวมทั้งความเปลี่ยนแปลงระดับใหญ่ เช่น การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในปี ๒๕๕๘ สภาพความเป็นเมืองที่ขยายและเติบโตอย่างรวดเร็ว และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สสส. จึงพัฒนาแผนอาหารเพื่อสุขภาวะขึ้น ให้สนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของภาคีเครือข่ายและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ที่มีบทบาทสำคัญตลอดทั้งระบบอาหาร

นิยามศัพท์สำคัญ

อาหารเพื่อสุขภาวะ (Healthy Food & Nutrition) อาหารที่มีคุณลักษณะทางกายภาพและส่วนประกอบที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ปลอดภัย ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และทุกคนสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีปริมาณที่ได้รับเพียงพอ และมีเสถียรภาพ

ปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะ (Food Environment) คุณลักษณะทางด้านกายภาพ เศรษฐกิจ นโยบาย สังคมวัฒนธรรม การสร้างโอกาสและเงื่อนไขที่มีผลต่อการเลือกบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และภาวะโภชนาการของประชาชน

การบริโภคผักผลไม้ที่เพียงพอ การบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยและเพียงพอตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (๔๐๐ กรัมต่อวันหรือ ๕ ส่วนมาตรฐาน)

จุดเน้นของแผน

ส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ ลดอาหารที่หวานมันเค็มและให้พลังงานสูง

๑. ส่งเสริมให้เกิดระบบห่วงโซ่อาหารของพืชผักผลไม้ที่ปลอดภัยและปลอดภัย เพื่อให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงแหล่งผลิต-แหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการผักผลไม้ปลอดภัย รวมทั้งส่งเสริมการปลูกพืชผักของผู้บริโภค
๒. ส่งเสริมการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะในพื้นที่ยุทธศาสตร์ โดยให้ความสำคัญกับศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียน เป็นลำดับแรก
๓. ส่งเสริมความร่วมมือกับภาคผู้ผลิต ให้เกิดต้นแบบของอาหารสุขภาพและโภชนาการที่แพร่หลายและเข้าถึงผู้บริโภค
๔. รณรงค์ส่งเสริมความรู้และทักษะ เพื่อสร้างค่านิยมทางสังคมของการบริโภคอาหารสุขภาพ ควบคู่ไปกับค่านิยมของวิถีชีวิตสุขภาวะ

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

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้บริโภคผักผลไม้อย่างเพียงพอโดยส่งเสริมให้เกิดการผลิต การเข้าถึง แหล่งผลิต-แหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการผักผลไม้ที่ปลอดภัย ได้อย่างสะดวก รวมทั้งให้มีความรู้และค่านิยมในการปลูกเพื่อบริโภค
๒. เพื่อส่งเสริมให้พื้นที่หรือองค์กรยุทธศาสตร์ได้มีการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม โดยเน้นที่กลุ่มเป้าหมายเด็กวัยเรียน
๓. เพื่อบริหารโครงสร้างค่านิยมในการบริโภคอาหารสุขภาวะ และการใช้วิถีชีวิตที่มีสุขภาวะ

เป้าหมาย ๑ ปี และตัวชี้วัด

เป้าหมายและตัวชี้วัดระดับชาติ

๑. เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้เพียงพอเพียงตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (๔๐๐ กรัมต่อวันหรือ ๕ ส่วนมาตรฐาน) อย่างน้อยเป็นร้อยละ ๑๘ - ๒๐ ในระยะ ๓ ปี (ข้อมูลปี ๒๕๕๒ คือร้อยละ ๑๗.๗ และเป้าหมายของยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ๒๕๖๔ คือ ร้อยละ ๕๐)
๒. ลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียน อายุ ๖ - ๑๔ ปี ให้น้อยกว่าร้อยละ ๑๑ ภายในระยะเวลา ๓ ปี (สถานการณ์ปัจจุบันมีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ ๑๑ และเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี อยู่ที่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐)

เป้าหมายและตัวชี้วัดระดับแผน

๓. เกิดต้นแบบของแหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการ ผักผลไม้เพื่อการบริโภคที่ปลอดภัย/ปลอดภัย รวมทั้ง ๓ ประเภท จำนวน ๕๐ แห่ง
๔. เกิดต้นแบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนที่มีการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะที่ภาคยุทธศาสตร์นำไปขยายผลต่อได้ จำนวนอย่างน้อย ๖๐๐ แห่ง
๕. เกิดมาตรการ/นโยบายที่ส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ หรือ ลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ในระดับระดับชาติอย่างน้อย ๒ มาตรการ/นโยบาย และในระดับท้องถิ่นอย่างน้อย ๑๐ มาตรการ/นโยบาย
๖. ผู้บริโภคมีความรู้และมีแนวโน้มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้ และมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาวะ อย่างน้อยร้อยละ ๕๐

แนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนระบบอาหารที่ส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัย/ปลอดภัย อย่างเหมาะสมทั้งด้านโภชนาการ ปริมาณ และราคา

- (๑) เพิ่มแหล่งผลิต-จำหน่ายพืชผักปลอดภัยใกล้บ้าน ตลาดชุมชน และตลาดในองค์กร/สถาบัน
- (๒) เพิ่มระบบรับรองความปลอดภัยของผักผลไม้ที่ได้มาตรฐาน เชื่อถือได้ทั้งระบบรับรองแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้ผลิตกับผู้บริโภคที่เหมาะสมกับการผลิตในท้องถิ่น และระบบรับรองขนาดใหญ่สำหรับการผลิตพืชผักผลไม้ที่เข้าสู่ตลาดใหญ่
- (๓) ส่งเสริมระบบห่วงโซ่อาหารผักผลไม้ปลอดภัยและปลอดภัยที่สั้นลงเพื่อให้เป็นทางเลือกของผู้บริโภค อาทิ ระบบความสัมพันธ์แบบมีส่วนร่วมที่ผู้ผลิตเชื่อมโยงตรงกับผู้บริโภค ระบบความสัมพันธ์ที่แหล่งจำหน่ายอาหาร เช่น ร้านอาหาร ร้านค้า ธุรกิจท่องเที่ยว โรงแรม โรงพยาบาล เชื่อมโยงตรงกับเกษตรกรผู้ผลิตในท้องถิ่น
- (๔) ส่งเสริมการทำสวนเกษตรปลอดภัยและปลอดภัยในโรงเรียน ในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้แบบครบวงจร
- (๕) ส่งเสริมการปลูกผักในครัวเรือน สวนผักคนเมือง สวนผักในองค์กร โดยทำให้ความรู้และเครื่องมือมีความแพร่หลาย ผู้บริโภคเข้าถึงได้ง่าย และเกิดเป็นกระแสค่านิยมใหม่ในสังคม

๒. สนับสนุนภาคยุทธศาสตร์ให้พัฒนาต้นแบบในการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาพ โดยเน้นพื้นที่ยุทธศาสตร์ของเด็กวัยเรียน เป็นสำคัญ

- (๑) สนับสนุนและผลักดันให้ภาคีเครือข่ายพัฒนาต้นแบบของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนในการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เช่น มีการจัดการอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสมตามวัย เพิ่มปริมาณการบริโภคผักผลไม้ และลดการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสจัดทั้งหวาน มัน เค็ม ฯลฯ จนกระทั่งสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ ที่นำไปสู่การต่อยอดขยายผลยังพื้นที่อื่นๆ ต่อไป
- (๒) สนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายสามารถขับเคลื่อนให้เกิดการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่ออาหารสุขภาพได้มากขึ้น เช่น การกำหนดมาตรการโรงเรียนลดน้ำอัดลมและขนมกรุบกรอบ การจัดการอาหารรอบรั้วโรงเรียน ฯลฯ
- (๓) ส่งเสริมความร่วมมือกับภาคผู้ผลิต ให้เกิดต้นแบบของอาหารสุขภาพและโภชนาการที่แพร่หลายและเข้าถึงผู้บริโภค โดยแสวงหาความร่วมมือกับภาคผู้ผลิต ผู้ประกอบการด้านอาหารในทุกระดับ และรูปแบบของกิจการเพื่อสังคม
- (๔) สนับสนุนและผลักดันให้มาตรการหรือนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวกับการลดอัตราส่วนของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เช่น มาตรการจัดการอาหารในโรงเรียน ร่างพระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก มาตรการฉลากสัญลักษณ์อย่างง่าย ฯลฯ



๓. รณรงค์สร้างความรู้และค่านิยมการบริโภคอาหารสุภาพะ ควบคู่ไปกับค่านิยมของวิถีชีวิตสุภาพะ

- (๑) ใช้การสื่อสารการตลาดเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมออกแบบการรณรงค์อย่างครบวงจร
- (๒) ส่งเสริมเมนูอาหารที่ปรุงจากผักผลไม้ที่ปลอดภัย ให้มีความแพร่หลายและสร้างเป็นกระแสใหม่ของสังคม
- (๓) สร้างต้นแบบของกิจกรรมรณรงค์ ทั้งด้านสื่อความรู้ และการขับเคลื่อนนโยบายให้มีการนำไปขยายผลต่อได้อย่างกว้างขวาง
- (๔) การพัฒนาสื่อความรู้ในรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับคนแต่ละกลุ่มวัยให้สามารถเข้าถึงและนำไปใช้ประโยชน์ได้ง่าย และสามารถติดตามความเปลี่ยนแปลงได้ทั้งในระดับบุคคล (ผู้บริโภค) และองค์กร เช่น สื่อเรื่องข้อมูลทางโภชนาการที่ประยุกต์ได้ง่ายและทันสมัย เมนูอาหาร ฯลฯ
- (๕) การใช้การสื่อสารการตลาดเพื่อรณรงค์เปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งในระดับบุคคลและองค์กร เช่น การสร้างกระแสวิพากษ์วิจารณ์ เป็นต้น
- (๖) การรณรงค์ควบคู่ไปกับเรื่องของการมีกิจกรรมทางกายและการลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง

กลุ่มแผนงาน

เพื่อตอบสนองเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และยุทธศาสตร์ของแผนอาหารเพื่อสุภาพะ ลักษณะการดำเนินงาน จึงประกอบด้วย ๒ กลุ่มแผนงาน ได้แก่

๑. **กลุ่มแผนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสุภาพะ** ครอบคลุมแผนงานและโครงการที่ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนค่านิยมและพฤติกรรมของผู้บริโภค การเพิ่มสัดส่วนการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัย อาหารศึกษา การจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็ก การสื่อสารรณรงค์ ฯลฯ
๒. **กลุ่มแผนงานความมั่นคงและความปลอดภัยในระบบอาหาร** ครอบคลุมแผนงานและโครงการที่ส่งเสริมการเชื่อมโยงของระบบอาหาร จากการผลิตถึงการกระจาย และสู่ผู้บริโภค โดยเน้นที่ความมั่นคงของชุมชนฐานเกษตร ความหลากหลายทางพันธุกรรม การพัฒนาระบบความสัมพันธ์ของผู้ผลิตกับผู้บริโภค การพัฒนาระบบรับรองมาตรฐานความปลอดภัยของผักผลไม้ ตลาดสีเขียว กิจกรรมเพื่อสังคมที่ส่งเสริมระบบความมั่นคงทางอาหาร ฯลฯ

๑. กลุ่มแผนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสุภาพะ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) พัฒนายุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารสุภาพะและโภชนาการที่จำแนกตามกลุ่มวัย เพื่อให้เกิดการวางแผนสื่อสารสังคมและขับเคลื่อนรณรงค์ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยจะเน้นที่กลุ่มเด็กวัยเรียนเป็นสำคัญ รวมทั้งคำนึงถึงกลุ่มผู้สูงอายุ

- (๒) จัดกลไกแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย ให้ครอบคลุมระบบการผลิต-การกระจาย-การบริโภคอาหารสุขภาพและโภชนาการ รวมถึงยุทธศาสตร์การส่งเสริมการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และอาหารสุขภาพ เพื่อให้เกิดต้นแบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลตามเป้าหมายในพื้นที่และองค์กรนำร่อง ของการส่งเสริมการบริโภค การกระจายอาหาร การเผยแพร่หลักการบริโภค-เมนูอาหารสุขภาพที่สอดคล้องกับพฤติกรรมกรรมกิจกรรมทางกาย การส่งเสริมการจำหน่ายและบริการอาหารสุขภาพ-ลดหวานมันเค็ม ในโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงพยาบาล สถานทีราชการ สถานประกอบการ สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน การขับเคลื่อนนโยบายที่เอื้อต่อการส่งเสริมอาหารและโภชนาการที่มีคุณภาพ ต้นทุนต่ำ และสนับสนุนให้มีการบริโภคอาหารตามวัตถุดิบและวัฒนธรรมของท้องถิ่น (บูรณาการกับภาคีเครือข่ายของแผนสำนักเชิงรุกด้านประเด็น ด้านกลุ่มเป้าหมาย ด้านพื้นที่ และด้านองค์กร รวมทั้งหน่วยงานระดับชาติ และหน่วยงานระดับท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง)
- (๓) ร่วมกับแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา และกลุ่มสนับสนุนงานการตลาดเพื่อสังคม วางแผนสื่อสารณรงค์ให้เข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ และสร้างค่านิยมพฤติกรรมบริโภคอาหารคุณภาพและโภชนาการ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ ลดอาหารหวานมันเค็ม ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตลอดจนการสร้างทักษะชีวิตให้แก่ครอบครัวและชุมชนในการเลือกบริโภคอาหารสุขภาพ การรู้เท่าทันการตลาดอาหาร การปลูกพืชผักกินเอง รวมทั้งการสร้างช่องทางสื่อสารและช่องทางการตลาดเพื่อเชื่อมโยงระหว่างเกษตรกรผู้ผลิต ตลาด และผู้บริโภคอาหารสุขภาพ
- (๔) สนับสนุนงานวิจัยและพัฒนา การจัดการความรู้ และการจัดแหล่งเรียนรู้ในพื้นที่และองค์กร เพื่อให้เกิดการนำงานวิชาการไปเป็นฐานพัฒนายุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนมาตรการและนโยบาย และการรณรงค์สร้างค่านิยมในสังคม
- (๕) ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และวาระการจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียน และให้สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์อาหารแห่งชาติ

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วย แผนงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โครงการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านอาหารและโภชนาการเพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัย โครงการเด็กไทยแก้มใส โครงการพัฒนาศูนย์เรียนรู้เด็กไทยดูดี มีพละนามัย โครงการสร้างเสริมความเข้มแข็งของนโยบายอาหารและโภชนาการในประเทศไทย โครงการอาหารสุขภาพอื่นๆ เช่น โครงการณรงค์เพื่อเด็กไทยไม่กินหวาน โครงการลดการบริโภคเค็ม (โซเดียม) ในประเทศไทย ฯลฯ

๒. กลุ่มแผนงานความมั่นคงทางอาหารและความปลอดภัยในระบบอาหาร

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) พัฒนายุทธศาสตร์และจัดกลไกแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย ให้ครอบคลุมระบบการผลิต-การกระจาย-การตลาด-การบริโภค ตั้งแต่การเสริมสร้าง พื้นฟูขยายฐานทรัพยากร

อาหารและความหลากหลายทางชีวภาพ ส่งเสริมระบบการผลิตที่ปลอดภัยและยั่งยืนของทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภค การสนับสนุนเครือข่ายความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลระหว่างผู้ผลิตและผู้บริโภค ช่องทางจำหน่ายและตลาดอาหารสุขภาพ-ตลาดทางเลือก การสร้างความตระหนักของสังคมในคุณค่าของวิถีการผลิตที่มั่นคงและยั่งยืน รวมถึงมาตรการควบคุมการจำหน่ายและบริการอาหารไม่ปลอดภัยและมาตรการส่งเสริมอาหารสุขภาพในพื้นที่และองค์กรนำร่องตามเป้าหมาย

- (๒) สนับสนุนให้เกิดต้นแบบและศูนย์เรียนรู้ของการจัดการพื้นที่และชุมชนที่มีระบบการผลิตและการกระจายอาหารที่ยั่งยืน (บูรณาการกับสำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน) และต้นแบบด้านการจัดบริการอาหารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลตามเป้าหมายในพื้นที่และองค์กรนำร่อง (บูรณาการกับภาคีเครือข่ายของแผนฯ สำนักเชิงรุกด้านประเด็น ด้านกลุ่มเป้าหมาย ด้านพื้นที่ และด้านองค์กร รวมทั้งหน่วยงานระดับชาติ และหน่วยงานระดับท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง)
- (๓) ร่วมกับแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา และกลุ่มสนับสนุนงานการตลาดเพื่อสังคมวางแผนสื่อสารรณรงค์ให้เข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ และสร้างค่านิยมพฤติกรรมบริโภคอาหารปลอดภัย-อาหารวัฒนธรรมท้องถิ่น-อาหารที่ให้พลังงานต่ำ และร่วมวางแผนส่งเสริมการตลาดให้แก่อาหารปลอดภัยในโครงการนำร่อง ตลอดจนสร้างทักษะการรู้เท่าทันผลกระทบจากภายนอกที่ส่งผลต่อความมั่นคงทางอาหาร
- (๔) สนับสนุนงานวิจัยและพัฒนา การจัดการความรู้ เพื่อให้เกิดการนำงานวิชาการไปเป็นฐานพัฒนายุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนมาตรการและนโยบาย และการรณรงค์สร้างค่านิยมในสังคม
- (๕) แสวงหาภาคีเครือข่ายภาคธุรกิจเพื่อสังคม เพื่อช่วยขยายโอกาสของการพัฒนาระบบการกระจายและการตลาดอาหารปลอดภัย ให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน
- (๖) ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์อาหารแห่งชาติ และมติสมัชชาปฏิรูปว่าด้วยการจัดการทรัพยากรในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงของฐานทรัพยากรอาหาร

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วย แผนงานสนับสนุนความมั่นคงทางอาหาร โครงการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเรื่อง การควบคุมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โครงการอาหารปลอดภัยเชิงรายเป็นสุข โครงการการสร้างสังคมผู้บริโภคสีเขียว โครงการศึกษาและพัฒนาความมั่นคงทางอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาวะชุมชนชาติพันธุ์ โครงการการเพิ่มศักยภาพชุมชนด้านเกษตรปลอดภัยด้วยกระบวนการเรียนรู้ผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ โครงการการสร้างวิทยาเขตสีเขียวที่กินได้ : การวิจัยเพื่อจัดทำแนวทางการทำเกษตรกรรมในเมืองภายในมหาวิทยาลัย โครงการ “สามพรานโมเดล” เพื่อการพัฒนาโซ่คุณค่าสินค้าเกษตรอินทรีย์ในพื้นที่อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม และพื้นที่ใกล้เคียง โครงการฟาร์มสร้างสุข งามาธิบัติ โครงการเครือข่ายสายสืบผักผลไม้ปลอดภัย ฯลฯ

ภาคีหลัก

ประกอบด้วย

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

ภาคีด้านวิชาการ อาทิ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และสถาบันการศึกษา ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการเกษตรและฐานทรัพยากรอาหาร ด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ด้านชุมชน ด้านการตลาดสุขภาพ ฯลฯ

ภาคีด้านการขับเคลื่อนสังคม อาทิ เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน เครือข่ายลดเค็ม เครือข่ายคนไทยไร้พุง เครือข่ายนมแม่ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพด้านอาหาร-โภชนาการและคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายสมัชชาปฏิรูปด้านการจัดการทรัพยากร เครือข่ายสื่อสารสุขภาพฯ ฯลฯ

การบริหารจัดการ

กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ โดยมีสำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก ๕) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพ	๗๐
๒. กลุ่มแผนงานความมั่นคงและความปลอดภัยในระบบอาหาร	๑๑๕
๓. กลุ่มแผนงานรณรงค์สื่อสารสังคม	๒๕
รวม	๒๑๐
๔. การจัดการอาหารในโรงเรียนตามแนวพระราชดำริ	๔๐
รวม	๒๕๐



๑๕

แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ

สถานการณ์และแนวโน้ม

พฤติกรรมการใช้ชีวิต (lifestyle) ของคนในยุคปัจจุบัน มีเทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในชีวิตมากขึ้น ทั้งด้านการติดต่อสื่อสารผ่านกลุ่มสังคมออนไลน์ (social network) ด้านการเดินทางคมนาคม ด้านการศึกษา ด้านการทำงาน และด้านการบริโภคและการใช้ชีวิต ฯลฯ ซึ่งล้วนแล้วแต่เอื้ออำนวยให้เกิดความสะดวกสบาย รวดเร็ว แต่ในขณะเดียวกัน ปัจจัยแวดล้อมทางด้านเทคโนโลยีที่ล้ำสมัยเหล่านี้ได้ส่งผลให้พฤติกรรมดำเนินชีวิตของคนยุคใหม่เต็มไปด้วยความเร่งรีบ เสพติดเทคโนโลยีและสื่อออนไลน์ ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาครอบครัวและสังคมต่างๆ อาทิ ปัญหา เด็กติดเกมส์ ปัญหาสุรา สิ่งเสพติด และการพนัน ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ปัญหาอาชญากรรม รวมทั้งปัญหาสุขภาพจากการทำงานและการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม จากการรับประทานอาหารหวาน-มัน-เค็มมากเกินไป การขาดการออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ความเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น ซึ่งล้วนแล้วแต่นำไปสู่การเกิดโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกลุ่มโรค NCDs (Non-Communicable Diseases) ที่มีแนวโน้มสถิติผู้เจ็บป่วยและเสียชีวิตสูงขึ้นเรื่อยๆ^{๑๐๘} อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันผู้คนเริ่มหันมาให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองให้แข็งแรง และให้ความสำคัญกับสมดุลของการทำงานและการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพ (healthy lifestyle) มากขึ้น แนวคิดของการใช้ชีวิตอย่างพอเพียง การใช้ทรัพยากรอย่างรู้คุณค่า การกลับเข้าหาธรรมชาติ ความรับผิดชอบต่อสังคม และธรรมาภิบาล จึงเป็นสิ่งที่สังคมให้ความสำคัญมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ความล้ำสมัยและการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี ยังส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ของคนในยุคปัจจุบัน ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว เสรี และมีความเฉพาะเจาะจงตามความสนใจของตนมากขึ้น ดังนั้น รูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้สมัยใหม่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนตามเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตในปัจจุบัน โดยเน้นที่ “กระบวนการเรียนรู้” มากกว่า “องค์ความรู้” เพราะหากผู้เรียนมี “ทักษะในการเรียนรู้และวิธีเรียนรู้ที่ดี” ก็ย่อมสามารถขวนขวายหาความรู้จากสื่อการเรียนรู้ต่างๆ ตามความสนใจได้ด้วยตนเอง ซึ่งถือเป็น “การเรียนรู้ด้วยความกระตือรือร้น (active learning)” เป็น “การเรียนรู้จากการลงมือทำ (learning by doing)” เช่น การเรียนรู้ผ่านกิจกรรมนอกหลักสูตร/นอกห้องเรียนผ่านแหล่งเรียนรู้ต่างๆ ทำให้ได้สัมผัสประสบการณ์การเรียนรู้

^{๑๐๘} ข้อมูลจากสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ปี ๒๕๕๒ (สำรวจ ๔ ปี/ครั้ง) ระบุว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยกลุ่มโรค NCDs ถึง ๑๔ ล้านคน เสียชีวิตมากกว่า ๓ แสนคน หรือคิดเป็น ๗๓% ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมด และมากกว่าครึ่งเสียชีวิตก่อนอายุ ๖๐ ปี คิดเป็นมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง ๒ แสนล้านบาท/ปี

ได้ทดลองทำ จะยิ่งทำให้ผู้เรียนจดจำและเกิดการเรียนรู้จากภายในอย่างแท้จริง เป็นการเสริมสร้าง/พัฒนาทักษะการใช้ชีวิตที่ตรงกับความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย ให้สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันได้ มีทักษะชีวิตที่รู้เท่าทัน มีภูมิคุ้มกัน นำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

โดยในปี ๒๕๕๗ ที่ผ่านมา ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะได้เปิดให้บริการแก่สาธารณะอย่างเต็มรูปแบบ โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายและผู้ให้บริการต่างๆ ได้ร่วมมือประสบการณ์ ได้ทดลองลงมือทำ ซึ่งเป็นการจุดประกายและสร้างแรงบันดาลใจในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ ผ่านกระบวนการเรียนรู้รูปแบบต่างๆ อาทิ นิทรรศการสุขภาวะ กิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะในประเด็นสุขภาพกาย จิต ปัญญา และสังคม การให้บริการห้องสมุดสร้างปัญญาและศูนย์บริการข้อมูลข่าวสาร การฝึกอบรมหลักสูตรสร้างเสริมขีดความสามารถผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาวะ การเยี่ยมชมศึกษาดูงานอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การสร้างกระบวนการเรียนรู้กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะที่ผ่านมายังมีข้อจำกัด อาทิ การสร้างบุคลิกและตัวตน (brand personality) ของ “ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ” ขาดเอกลักษณ์ที่ชัดเจนที่สะท้อนบุคลิก (style) และภาพลักษณ์ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้เป็นที่จดจำแก่สาธารณชน นอกจากนี้เป็นการเรียนรู้แบบช่องทางเดียว และกลุ่มเป้าหมายในการทำงานยังไม่มี ความชัดเจนนัก อาทิ การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย (target segmentation) การกำหนดตำแหน่ง (positioning) เนื่องจากการสื่อสาร/องค์ความรู้ด้านสุขภาวะ (แนวคิด/วัฒนธรรมด้านสุขภาพ) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ควรนำเสนออย่างตรงประเด็น (จุดคานงัด) ถูกกลุ่มเป้าหมาย และสื่อออกไปในช่องทาง (medium) ที่ถูกต้อง ซึ่งแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะประจำปี ๒๕๕๘ จะมุ่งเน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงมากขึ้น ให้สอดคล้องกับพฤติกรรมและกระบวนการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งเสริมทักษะชีวิตภายนอกห้องเรียน เพื่อเตรียมความพร้อมให้เด็กและเยาวชนในอนาคต ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนสังคมโดยฐานความรู้ให้สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะนำไปสู่การมีทักษะชีวิตที่รู้เท่าทัน มีภูมิคุ้มกัน และนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

จุดเน้นของแผน

ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะเป็นแหล่งเรียนรู้ต้นแบบ^{๑๐๔} ด้านสุขภาวะ ที่สร้างแรงบันดาลใจ เสริมทักษะชีวิต ให้ประชาชนมีความสามารถในการปรับทัศนคติ และเปลี่ยนพฤติกรรม ไปสู่การมีสุขภาวะอย่างยั่งยืนได้ด้วยตนเอง

๑. พัฒนาศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้เป็นแหล่งเรียนรู้ต้นแบบด้านสุขภาวะที่มีบรรยากาศ เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย และเป็นแหล่งเรียนรู้ที่มีชีวิต เช่น ชุมชนรอบศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ และแหล่งเรียนรู้ต้นแบบ ตามภูมิภาค

^{๑๐๔} **ต้นแบบ** หมายถึง รูปธรรมของการเป็นแหล่งเรียนรู้ที่จุดประกาย สร้างแรงบันดาลใจ เสริมทักษะชีวิตด้านสุขภาวะ โดยการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ ผ่านองค์ความรู้ สื่อและกิจกรรมต่างๆ ให้กลุ่มเป้าหมายทุกระดับบุคคล และหน่วยงาน/องค์กร/ชุมชน สามารถนำแนวคิดและประสบการณ์ ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน และขยายผลต่อยอดหน่วยงาน/องค์กร/ชุมชนต่อไป

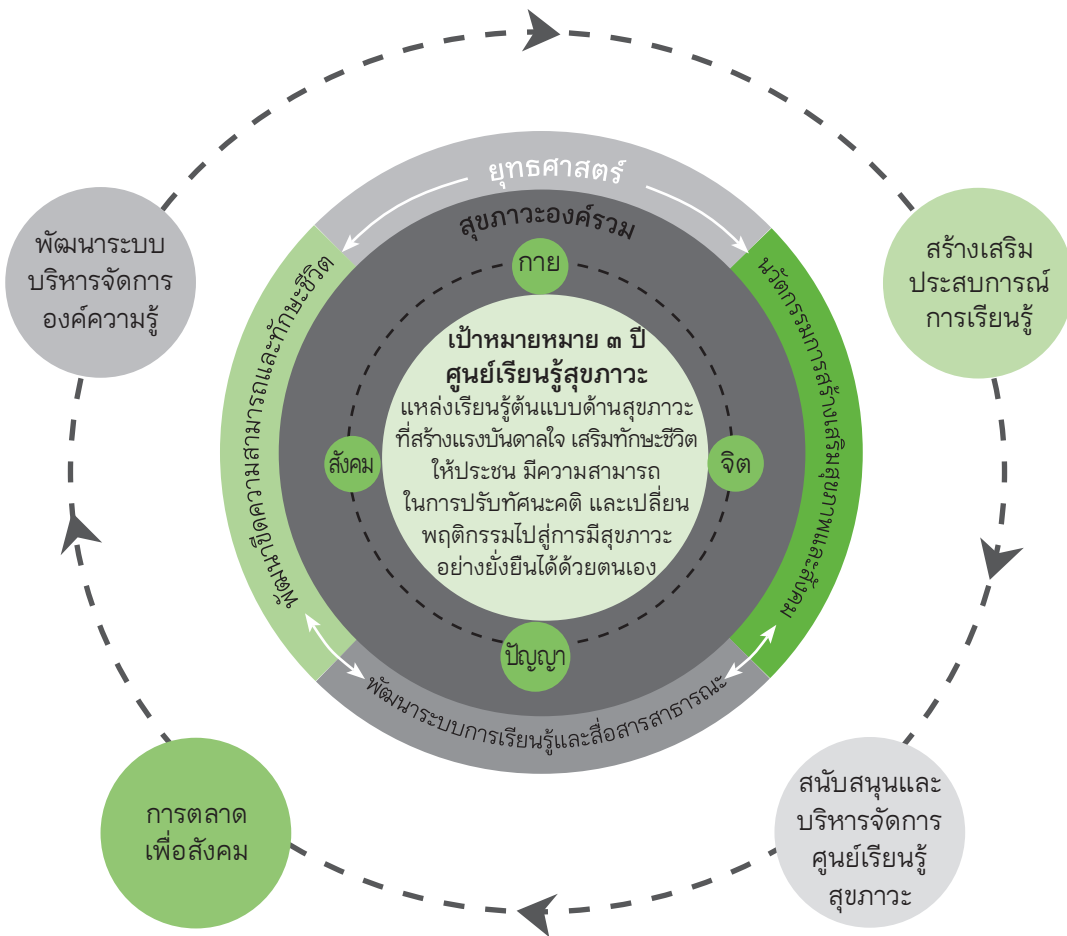
๒. ขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้ด้านสุขภาวะให้เข้าถึงโอกาสการเรียนรู้ผ่านนิทรรศการ กิจกรรม และช่องทางการเรียนรู้ต่างๆ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม และลดช่องว่างความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ
๓. พัฒนาระบบบริการและกิจกรรมสนับสนุนการเรียนรู้สุขภาวะให้สอดคล้องเหมาะสมกับ ความสนใจและธรรมชาติในการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ผ่านนิทรรศการและกิจกรรม แต่ละกลุ่ม เพื่อสร้างประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาวะแก่สาธารณชน และขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะให้เกิดการขยายผลไปทั่วประเทศ
๔. พัฒนานวัตกรรมการดำเนินงาน ทั้งในเชิงระบบและกลไกการดำเนินงานรูปแบบใหม่ๆ การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงาน/องค์กรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม รวมทั้ง เครือข่ายแหล่งเรียนรู้ต่างๆ เพื่อผนึกกำลังในการส่งเสริมให้ประชาชนมีทักษะ และขีดความสามารถในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ
๕. มุ่งเน้นการพัฒนากลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคมที่มีประสิทธิภาพในการสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มเป้าหมายมีทัศนคติและพฤติกรรมด้านบวก และทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็น ค่านิยมปฏิบัติในการสร้างวิถีสุขภาวะที่ดี ให้ความสำคัญโดยเฉพาะกลุ่มเด็ก เยาวชน และ ครอบครัว
๖. ให้ความสำคัญในการศึกษาค่านิยม ความเชื่อ ทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึง บริบทแวดล้อม อันเป็นปัจจัยต่อการสร้างวิถีสุขภาวะที่ดีของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อประเมินและ พัฒนาปรับปรุงแนวทางการทำงานได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
๗. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในวิชาชีพและเครือข่ายที่ต้องร่วมดำเนินงานให้มีความรู้ความเข้าใจ ในงานการตลาดเพื่อสังคม รวมไปถึงการประยุกต์ปฏิบัติได้เหมาะสมกับปัญหาและโจทย์ งานที่กำหนด พร้อมทั้งสร้างเครือข่ายพันธมิตรใหม่ๆ ในงานการตลาดเพื่อสังคม ที่สอดคล้อง กับการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้เป็นแหล่งเรียนรู้ต้นแบบที่มีชีวิต และมีบรรยากาศ เอื้ออำนวย ต่อการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการออกแบบการให้บริการ (service design) ที่คำนึงถึง มุมมองของผู้ใช้บริการเป็นหลัก เพื่อให้ผู้ให้บริการมีการเข้าถึงและเกิดความพึงพอใจ
๒. เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น โดยผ่านระบบการเรียนรู้และสื่อสารสาธารณะ ในรูปแบบใหม่และตรงกับกลุ่มเป้าหมาย
๓. เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและขีดความสามารถของกลุ่มเป้าหมายให้เท่าทันพลวัตการเปลี่ยนแปลง ทางสังคม โดยเน้นกลไกการขยายผลแนวคิดและวิธีการสร้างเสริมสุขภาวะ ที่สอดคล้องวิถีชีวิต และตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย

๔. เพื่อพัฒนากลไกการขยายผลแนวคิดและวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องวิถีชีวิตและตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย นำไปสู่นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
๕. เพื่อพัฒนากลยุทธ์และวางแผนการตลาดเพื่อสังคมที่มีประสิทธิภาพในการสร้างการเปลี่ยนแปลงสังคมได้สอดคล้องกับเป้าหมายและยุทธศาสตร์หลักขององค์กรที่กำหนดไว้

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน



๑. พัฒนาระบบการเรียนรู้และสื่อสารสาธารณะโดยเน้นการพัฒนาระบบและกลไกบริหารจัดการองค์ความรู้ ข้อมูล เทคโนโลยีสารสนเทศทั้งในองค์กร สสส. และภาคีเครือข่าย รวมทั้งการวางแผนกลยุทธ์ทางการตลาดและการสื่อสารให้เหมาะสมกับบริบทและความสนใจ ของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น

๒. พัฒนากิจกรรมชีวิตและขีดความสามารถของกลุ่มเป้าหมายให้เท่าทันพลวัตการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเพิ่มโอกาสการเรียนรู้ สร้างประสบการณ์ ทักษะชีวิตให้ประชากรกลุ่มเป้าหมาย มีภูมิคุ้มกันและรู้เท่าทันกระแสการเปลี่ยนแปลงทางสังคมผ่านการเรียนรู้ด้วยรูปแบบที่หลากหลาย อาทิ นิทรรศการสร้างแรงบันดาลใจ กิจกรรมสร้างสรรค์การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นต้น
๓. พัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและสังคม เพื่อเป็นกลไกการขยายผลแนวคิดและวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องวิถีชีวิตและตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย ทั้งนวัตกรรมเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่ต้นแบบการเรียนรู้สุขภาพะ การขยายพื้นที่/ช่องทางสร้างเสริมสุขภาพ การขยายโอกาสและความร่วมมือกับหน่วยงาน องค์กร และเครือข่ายการเรียนรู้ต่างๆ

เป้าหมาย ๑ ปี และตัวชี้วัดหลัก

๑. ขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้ด้านสุขภาพะ

- ๑.๑. มีผู้รับรู้ข่าวสารของศูนย์เรียนรู้สุขภาพะทุกช่องทาง เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๒,๐๐๐,๐๐๐ คน (ฐานข้อมูลเดิม ปี ๒๕๕๖ มีผู้รับรู้ข่าวสารของศูนย์เรียนรู้สุขภาพะทุกช่องทาง ทั้งสิ้น ๑,๐๐๐,๐๐๐ คน)
- ๑.๒. มีผู้มาใช้บริการทุกช่องทางเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ ๓๐ (ฐานข้อมูลเดิม ปี ๒๕๕๖ มีผู้มาใช้บริการทุกช่องทางรวมทั้งสิ้น ๖๐๐,๐๐๐ คน/ครั้ง ต่อปี)
- ๑.๓. มีสมาชิกศูนย์เรียนรู้สุขภาพะทุกช่องทางเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ ๒๐ (ฐานข้อมูลเดิม ปี ๒๕๕๖ มีสมาชิกรวมทั้งสิ้น ๓๐,๐๐๐ คน)
- ๑.๔. เกิดพันธมิตรเครือข่ายแหล่งเรียนรู้ จากความร่วมมือ พัฒนา และเชื่อมโยงกิจกรรมของศูนย์เรียนรู้สุขภาพะกับแหล่งเรียนรู้ หน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายต่างๆ เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑๐ แห่ง

๒. ศูนย์เรียนรู้สุขภาพะ เป็นแหล่งเรียนรู้ที่มีบรรยากาศการเรียนรู้ที่มีชีวิตชีวา ก่อให้เกิดแนวคิดในการปรับทัศนคติและเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพะ

- ๒.๑. มีผู้มาใช้บริการทุกช่องทางที่ศูนย์เรียนรู้สุขภาพะ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๐ (ฐานข้อมูลเดิม ปี ๒๕๕๖ มีผู้ใช้บริการ ๕๕,๐๐๐ คน)
- ๒.๒. ผู้มาใช้บริการเกิดความพึงพอใจในการใช้บริการทุกช่องทาง อย่างน้อยร้อยละ ๘๐
- ๒.๓. ผู้มาใช้บริการเกิดแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างน้อยร้อยละ ๘๐

๓. กลุ่มเป้าหมายรับรู้และตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพะ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕ และเกิดการตระหนักเห็นด้วยและสนับสนุนในการเนื้อหาประเด็นสุขภาพะที่ได้สื่อสาร ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

กลุ่มแผนงาน

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

๑. แผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้

แผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้ มุ่งเน้นการวางระบบบริหารจัดการข้อมูลและองค์ความรู้ด้านสุขภาวะ (knowledge management) จากภาคีเครือข่าย สสส. อย่างเป็นระบบ ตลอดจนการพัฒนาระบบฐานข้อมูลและองค์ความรู้สุขภาวะทั้งจากหน่วยงานภายในและภายนอก สสส. ที่เกื้อหนุนต่อสถานการณ์ปัจจุบันโดยมุ่งหวังให้ภาคีเครือข่าย คนทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์องค์ความรู้ด้านสุขภาวะได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว

จุดเน้นของแผนงาน

๑. การพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้ด้านสุขภาวะอย่างเป็นระบบ ด้วยการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูล สื่อ และองค์ความรู้จากศูนย์วิชาการ/ศูนย์ข้อมูลของภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ
๒. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมด้านสุขภาวะของ สสส. ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

แนวทางการดำเนินงาน

๑. รวบรวมองค์ความรู้และสื่อด้านสุขภาวะจากองค์กร/หน่วยงานต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ อาทิ หนังสือ วารสาร ฐานข้อมูล สื่อวีดิทัศน์ ฯลฯ พร้อมให้บริการที่ห้องสมุดและศูนย์บริการข้อมูลข่าวสาร
๒. เชื่อมประสานศูนย์ข้อมูล/ศูนย์วิชาการของภาคีเครือข่ายสำนักต่างๆ ของ สสส. เพื่อร่วมพัฒนาฐานข้อมูลและองค์ความรู้กลางของ สสส.
๓. พัฒนาระบบถังข้อมูลกลาง (Data Tank) ที่มีจัดเก็บข้อมูลหมวดหมู่อย่างเป็นระบบ และสามารถสืบค้นข้อมูลผ่านทางศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารได้
๔. สังเคราะห์องค์ความรู้ด้านสุขภาวะเชิงประเด็นที่สอดคล้องกับงานบูรณาการของ สสส. และจัดทำเป็นฐานข้อมูลที่ง่ายต่อการปรับปรุงพัฒนาเนื้อหา และการสืบค้นข้อมูล
๕. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลและองค์ความรู้ด้านสุขภาวะ เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม และสื่อส่งเสริมการเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
๖. พัฒนาฐานข้อมูลเครือข่ายการเรียนรู้ และ/หรือแหล่งเรียนรู้ด้านต่างๆ ทั้งภายในและภายนอก สสส. เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการเชื่อมโยงและต่อยอดการดำเนินงานร่วมกัน

๒. แผนงานสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้

แผนงานสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้ มุ่งสร้างแรงบันดาลใจ เสริมทักษะชีวิต และสร้างประสบการณ์ตรงจากการเรียนรู้ด้านสุขภาวะแบบองค์รวมทั้ง ๔ มิติ (กายใจ ปัญญา และสังคม) ผ่านการสังเคราะห์และแปลงองค์ความรู้มานำเสนอในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย อาทิ นิทรรศการเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะ นิทรรศการหมุนเวียน ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสาร หลักสูตรฝึกอบรม/การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โครงการ/กิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ต่างๆ ตลอดจนพื้นที่สร้างประสบการณ์ในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และสร้างประสบการณ์ด้านสุขภาวะแก่ประชาชน รวมถึงกลุ่มองค์กรที่พร้อมนำองค์ความรู้ไปต่อยอดขยายผล โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

จุดเน้นของแผนงาน

๑. สร้างแรงบันดาลใจและพัฒนาทักษะชีวิตในรูปแบบที่หลากหลาย ผ่านพื้นที่และกิจกรรมในการสร้างประสบการณ์การใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ อาทิ ขุดนิทรรศการ จุดเรียนรู้ในอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สวนสาธารณะและสนามเด็กเล่นเพื่อการเรียนรู้ ศูนย์อาหาร (SOOK Canteen) สถานีสุข (SOOK Station) ห้องสมุดสร้างปัญญา กิจกรรมสร้างสุข ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนการนำเสนอได้อย่างหลากหลายโดยคำนึงถึงพฤติกรรมการเรียนรู้ของแต่ละกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ และมุ่งเน้นสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อนำศักยภาพ/จุดเด่นของแต่ละหน่วยงาน สนับสนุนให้กิจกรรมเกิดผลลัพธ์และผลกระทบที่ชัดเจน นำไปสู่เป้าหมายร่วมกันในการสร้างสังคมสุขภาวะอย่างยั่งยืนต่อไป
๒. เชื่อมโยงและจัดกิจกรรมเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมให้กับเด็ก เยาวชน และคนในชุมชนรอบอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะทั้ง ๓ ชุมชน ได้แก่ ชุมชนหน้าสมาคมธรรมศาสตร์ ชุมชนบ้านมั่นคงสวนพลู และชุมชนบ้านเอื้ออาทรสวนพลูพัฒนา ให้เข้ามาใช้บริการเป็นอาสาสมัครและร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะจัดขึ้น
๓. สร้างพันธมิตรเครือข่ายแหล่งเรียนรู้ จากความร่วมมือและเชื่อมโยงกิจกรรมของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะกับแหล่งเรียนรู้ หน่วยงาน/องค์กร และภาคีเครือข่ายต่างๆ เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะบริเวณใกล้เคียง ตลอดจนพัฒนาพื้นที่ต้นแบบแหล่งเรียนรู้สุขภาวะในภูมิภาคต่างๆ เพื่อเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ด้านสุขภาวะ
๔. ผลิตชุดความรู้ (Knowledge Toolkit) เพื่อเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย มีความสนุกสนาน ดึงดูดใจ อาทิ นิทรรศการยิ้ม-คีน Info สร้างสุข โดยมุ่งเน้นไปยังกลุ่มเป้าหมายที่มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาวะ อาทิ โรงเรียน ครู นักกิจกรรม บรรณารักษ์ ได้นำไปเผยแพร่และขยายผลองค์ความรู้ด้านสุขภาวะออกไปในวงกว้าง



แนวทางการดำเนินงาน

๑. ออกแบบ จัดทำ และบริหารจัดการกระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้และสร้างประสบการณ์ด้านสุขภาวะผ่านช่องทางต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ได้แก่
 - (๑) นิทรรศการเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะ (จัดแสดงที่อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ) เน้นกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยจะมีกิจกรรมสลับเปลี่ยนหมุนเวียน เพื่อเสริมการรับรู้ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้เข้าชมสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน
 - (๒) นิทรรศการหมุนเวียนจำนวน ๒ เรื่อง (จัดแสดงที่อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ) เน้นกลุ่มเด็กและเยาวชน นำเสนอประเด็นการรู้เท่าทันต่อค่านิยมและกระแสสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ อาทิ สินค้าและบริการเพื่อความสวยงาม เป็นต้น
 - (๓) นิทรรศการสัญจรและคาราวานสุขภาวะ ซึ่งมีประเด็นที่สอดคล้องกับนิทรรศการหมุนเวียน และเป็นประเด็นที่ส่งเสริมการเรียนรู้ในเรื่องใกล้ตัว (จัดแสดงในพื้นที่ต่างๆ ภายนอกอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะทั้งในกรุงเทพฯ และจังหวัดต่างๆ) เน้นกลุ่มเด็กเยาวชนตลอดจนประชาชนทั่วไปเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างกว้างขวาง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีขีดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาวะได้ด้วยตนเอง
 - (๔) กิจกรรมสร้างสรรค์ เน้นกลุ่มประชาชนอายุ ๒๕ - ๔๕ ปี เพื่อพัฒนาทักษะการใช้ชีวิตที่รู้เท่าทันต่อค่านิยมและกระแสสังคม รวมถึงการใช้ชีวิตอย่างสมดุล โดยส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านเวทีเสวนา/แลกเปลี่ยนเรียนรู้การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการฯ ที่สามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน
 - (๕) หลักสูตรฝึกอบรมและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เน้นการขยายผลชุดความรู้จากการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาวะเพื่อสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ในสถานศึกษา องค์กร/หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม
 - (๖) พัฒนาช่องทางให้บริการของศูนย์บริการข้อมูลข่าวสาร (resource center) ได้แก่ ห้องสมุด สร้างปัญญา เว็บไซต์ และแอปพลิเคชัน SOOK Library ให้เป็นจุดรวบรวมสื่อสุขภาวะที่มีความหลากหลาย ทันสมัย มีความน่าเชื่อถือ กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก
 - (๗) พัฒนาพื้นที่ต้นแบบในการสร้างประสบการณ์ในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะฯ ฯลฯ
๒. พัฒนารูปแบบร้านค้าและศูนย์อาหารเพื่อสุขภาวะ (SOOK Shop และ SOOK Canteen) เพื่อเป็นพื้นที่ในการนำเสนอทางเลือกสู่การมีสุขภาพดี ผ่านสินค้าและบริการที่เกิดจากความตั้งใจของผู้ผลิตด้วยกระบวนการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน มุ่งหวังให้ผู้บริโภคได้รับประโยชน์ และเกิดแรงบันดาลใจในการปรับทัศนคติและเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน
๓. พัฒนานวัตกรรมการดำเนินงานทั้งในเชิงระบบและกลไกการดำเนินงานในรูปแบบใหม่ๆ เพื่อเป็นกลไกในการขยายผลแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย

อาทิ กลไกการดำเนินงานในรูปแบบของกิจการเพื่อสังคม (Social Enterprise) การดำเนินงานในรูปแบบกองทุนร่วมลงทุนในกิจการที่ริเริ่ม/สร้างสรรค์นวัตกรรมทางสังคม (Social Venture Capital Fund) เป็นต้น

๔. เชื่อมประสาน สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาวะในรูปแบบต่างๆ ให้กับกลุ่มเป้าหมาย
๕. ประมวลผลความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการต่างๆ จากศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการให้มีคุณภาพทันสมัยและสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย
๖. ถอดองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่ให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาเนื้อหาและรูปแบบในการนำเสนอ รวมทั้งส่งกลับไปยังแผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาและต่อยอดการดำเนินงานของแผนงาน/โครงการต่างๆ ต่อไป
๗. ประสานและพัฒนาความร่วมมือกับเครือข่ายการเรียนรู้ด้านต่างๆ อาทิ เครือข่ายศูนย์เรียนรู้/แหล่งเรียนรู้/พิพิธภัณฑ์ทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนและต่อยอดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมผ่านโครงการ/กิจกรรมต่างๆ อาทิ นิทรรศการ และกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ เป็นต้น
๘. พัฒนาพื้นที่ต้นแบบแหล่งเรียนรู้สุขภาวะในภูมิภาคต่างๆ เพื่อเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ด้านสุขภาวะโดยการคัดเลือกและประสานเชื่อมโยงแหล่งเรียนรู้เดิมในพื้นที่ที่มีศักยภาพ เพื่อพัฒนาให้รองรับการบริหารจัดการและการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. แผนงานสนับสนุนและบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ

แผนงานสนับสนุนและบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ มุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อสนับสนุน พัฒนา ออกแบบแนวทางการให้บริการต่างๆ (service design) ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ และการติดตามประเมินผล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการให้บริการต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย (target needs) ได้อย่างสอดคล้องเหมาะสมเพื่อสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ใช้บริการ รวมถึงงานสื่อสารการตลาด ที่มุ่งเน้นกระตุ้นและส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เกิดการเรียนรู้ และเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะในทุกช่องทางอย่างต่อเนื่อง เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้ด้านสุขภาวะให้เข้าถึงโอกาสการเรียนรู้ ผ่านนิทรรศการ กิจกรรม และช่องทางการเรียนรู้ อันจะนำไปสู่การปรับทัศนคติ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสาธารณชนไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน

จุดเน้นของแผนงาน

๑. การออกแบบการให้บริการ (service design) ให้สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย (target segmentation)



๒. ปรับปรุงพื้นที่ให้บริการสาธารณะ (public sSpace) ภายในอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้พร้อมให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด
๓. พัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถของผู้ให้บริการในส่วนงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้มีทักษะในการให้บริการอย่างเป็นมิตร (service mind) เพื่อสร้างความประทับใจให้กับผู้ใช้บริการ
๔. การสื่อสารการตลาดเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะ เป็นการสร้างการรับรู้ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้เป็นที่จดจำแก่สาธารณชน และไปสู่กลุ่มเป้าหมายให้กว้างขวางขึ้น โดยใช้ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายกลุ่มต่างๆ (target segmentation) ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ

แนวทางการดำเนินงาน

๑. วิเคราะห์พฤติกรรมการเรียนรู้และความต้องการกลุ่มเป้าหมาย (target need) เพื่อออกแบบประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับผู้ใช้บริการในส่วนต่างๆ รวมทั้งจัดทำแผนบริหารจัดการและการให้บริการ (service plan) ต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้ตอบสนองความต้องการและธรรมชาติในการเรียนรู้ของผู้ใช้บริการ
๒. สำรวจและปรับปรุงพื้นที่ให้บริการสาธารณะ (public space) ภายในอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ อาทิ จุดประชาสัมพันธ์และลงทะเบียน (information & registration) พื้นที่ส่วนต้อนรับ (lobby & orientation zone) พื้นที่ผ่อนคลาย (relax zone) สำหรับผู้มาใช้บริการอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ การปรับปรุงอาคารให้มีความร่มรื่นและสอดคล้องกับแนวคิดอาคารสถาปัตยกรรมสีเขียว (green building) การออกแบบป้ายสัญลักษณ์และป้ายบอกทาง (signage) ภายในอาคารให้เอื้ออำนวยต่อการใช้งานของผู้รับบริการทุกกลุ่ม ฯลฯ พร้อมให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด
๓. ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการในส่วนงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้มีทักษะในการให้บริการอย่างเป็นมิตร (service mind) อาทิ เจ้าหน้าที่ฝ่ายต้อนรับและลงทะเบียน เจ้าหน้าที่นำชมและจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ เจ้าหน้าที่ประจำร้านขายของที่ระลึก (souvenir shop) เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการภายในห้องอาหาร (canteen) เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย (รปภ.) เจ้าหน้าที่รักษาความสะอาด แม่ครัว ตลอดจนบุคลากรและเจ้าหน้าที่ของ สสส. เป็นต้น รวมถึงการจัดทำคู่มือการให้บริการอย่างเป็นมิตร เพื่อให้เป็นแนวทางการดำเนินงานกับบุคลากรต่างๆ
๔. การติดตามประเมินผลการรับรู้/ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เพื่อพัฒนาการดำเนินงานของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
๕. งานสื่อสารการตลาด มีการวางยุทธศาสตร์และพัฒนาแผนการสื่อสารการตลาดเชิงรุก โดยเน้นการเข้าไปหากกลุ่มเป้าหมายเพื่อสร้างประสบการณ์ตรง และการกำหนดกลยุทธ์การตลาดตามกลุ่มเป้าหมาย โดยแบ่งส่วนการตลาด (market segmentation) ทั้งนี้เพื่อนำมาใช้ในการ

พัฒนาการสื่อสารทางตลาด ให้มีประสิทธิภาพ และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะได้ นอกจากนี้ยังมีรูปแบบการจัดการการบริหารความสัมพันธ์ลูกค้า และพัฒนาเนื้อหาและช่องทางการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ภายในศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ แก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ ที่มาใช้บริการ

๖. บริหารงานศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ในส่วนงานอาคารและสถานที่ และระบบสนับสนุนต่างๆ ให้มีความพร้อมให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

๔. แผนงานการตลาดเพื่อสังคม

งานการตลาดเพื่อสังคม ถือได้ว่าเป็นหนึ่งเครื่องมือสำคัญในงานสร้างเสริมสุขภาวะ และการสร้างแนวคิดของวิถีสุขภาวะให้เกิดขึ้นทั้งโดยตรงและโดยอ้อมไปยังกลุ่มเป้าหมายและประชาชนโดยรวม การกำหนดทิศทางและเป้าหมาย ในงานการตลาดเพื่อสังคม จำเป็นต้องสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายการวางยุทธศาสตร์งานหลักขององค์กร โดยงานการตลาดเพื่อสังคมมีหน้าที่วางแผนกลยุทธ์และออกแบบแผนงานการตลาด ที่มาพร้อมกลไกสนับสนุนสร้างการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย เป้าหมายของการทำงานการตลาดเพื่อสังคมของ สสส. ไม่เพียงมุ่งเน้นผลลัพธ์ความสำเร็จของการเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายและประชาชนเป็นสำคัญเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับการสร้างฐานบุคลากรและสร้างพันธมิตรเครือข่ายในวิชาชีพนี้ให้เกิดขึ้นควบคู่ไปด้วย เนื่องจากในประเทศไทย มีผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญในงานด้านนี้อยู่ไม่มากนัก การขยายแนวคิดและการสร้างพลังเครือข่ายในวิชาชีพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินงานไปด้วยกัน

จุดเน้นของแผนงาน

๑. งานการตลาดเพื่อสังคม มุ่งเน้นที่การพัฒนากลยุทธ์ให้มีประสิทธิภาพ ในการสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มเป้าหมายมีทัศนคติและพฤติกรรมด้านบวก และทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นค่านิยมปฏิบัติ ในการสร้างวิถีสุขภาวะที่ดี
๒. ให้ความสำคัญในการศึกษาค่านิยม ความเชื่อ ทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงบริบทแวดล้อม อันเป็นปัจจัยต่อการสร้างวิถีสุขภาวะที่ดีของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อประเมินและพัฒนาปรับปรุงแนวทางการทำงานได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
๓. ติดตามการเปลี่ยนแปลงของเทรนด์งานการตลาดและงานสื่อสารในปัจจุบัน และนำมาพัฒนาวิธีการใหม่ๆ ในการสร้างนวัตกรรมงานการตลาดเพื่อสังคม
๔. ออกแบบระบบกลาง ในการพัฒนาช่องทางการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้เกิดความคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพสูงสุดในการทำงานการตลาดเพื่อสังคม และสอดคล้องกับแนวทางที่องค์กรกำหนดไว้
๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในวิชาชีพและเครือข่ายที่ต้องร่วมดำเนินงาน ให้มีความรู้ความเข้าใจ ในงานการตลาดเพื่อสังคม รวมไปถึงการประยุกต์ปฏิบัติได้เหมาะสมกับปัญหาและโจทย์งานที่กำหนด
๖. สร้างเครือข่ายพันธมิตรใหม่ๆ ในงานการตลาดเพื่อสังคม ที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน



แนวทางการดำเนินงาน

๑. พัฒนาแผนงานการศึกษาทัศนคติกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงาน รวมถึงการออกแบบประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ
๒. สร้างกลไกการทำงานการตลาดเพื่อสังคมที่มีประสิทธิภาพในการรองรับการดำเนินงาน
๓. สร้างระบบฐานองค์ความรู้งานการตลาดเพื่อสังคม ให้เกิดการเข้าถึง และพร้อมใช้งาน
๔. พัฒนาแผนการเชื่อมเครือข่ายพันธมิตรในงานการตลาดเพื่อสังคมให้สอดคล้องและพร้อมเป็นฐานการทำงานในระยะยาว

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้	๒๓
๒. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาวะ	๙๖
๓. กลุ่มแผนงานสนับสนุนและบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ	๑๐๖
๔. กลุ่มแผนงานสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม	
๔.๑. กลุ่มแผนงานสื่อสารประเด็นปัจจัยเสี่ยงหลัก ๒๔๔ ล้านบาท	๓๒๐
๔.๒. กลุ่มแผนงานสื่อสารประเด็นสุขภาวะ ๗๖ ล้านบาท	
รวม	๕๔๕

งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

ในการพัฒนางานใหม่ของ สสส. ในระยะหลัง จะมีความเกี่ยวข้องของเนื้องานใหม่ ประเด็นใหม่ กับแผนงานต่างๆ ที่มีอยู่แล้วพอสมควร นอกเหนือจากการประสานงานในรูปแบบต่างๆ แล้ว สสส. ได้พัฒนารูปแบบการบูรณาการงานใหม่ ที่มีลักษณะประสานและต่อยอดจากฐานงานเก่าที่มีอยู่ โดยเพิ่มการจัดการและงบประมาณที่จำเป็น

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

จุดเน้นของแผน

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ สสส. ได้วางแผนรองรับการจัดการกลุ่มงานกลางที่จะเป็นการดำเนินงานตามแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ – ๒๕๖๐) โดยมีสาระสำคัญของแผนที่ครอบคลุมทั้งการขยายการสื่อสาร สร้างเสริมสุขภาพ และงานขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ พร้อมทั้งเตรียมความพร้อมรองรับปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพในเชิงประเด็นที่มีเนื้องานกระจายในหลายแผน
๒. เพื่อรองรับประเด็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นระหว่างปี

เป้าหมาย ๑ ปี และตัวชี้วัด

๑. มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ
๒. กลุ่มเป้าหมายของงานสร้างเสริมสุขภาพรับรู้และตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕

ยุทธศาสตร์

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

๒. พัฒนางานขับเคลื่อนการสร้างพลเมืองเพื่อประเทศไทยที่น่าอยู่ (active citizen) ซึ่งเป็นการดำเนินงานขับเคลื่อนของภาคีพัฒนาประเทศไทย และเครือข่ายที่ต่อเนื่องจากสมัชชาปฏิรูป โดยจะดำเนินการเพื่อกระตุ้น/ปลูกให้สังคมเกิดความตื่นตัว เห็นโอกาส และเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการสร้างพลเมืองเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมไทยให้มีสุขภาวะที่ดีขึ้น ควบคู่กับส่งเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความเป็นพลเมืองสำหรับเยาวชนในระดับอุดมศึกษาและส่งเสริมให้เยาวชนได้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพและคุณลักษณะของพลเมืองที่สร้างสรรค์ ผ่านกระบวนการเรียนรู้และปฏิบัติจากสังคมจริง ตลอดจนสนับสนุนกลไกความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ให้เกิดการขับเคลื่อนขบวนการสร้างพลเมืองเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมไทยให้น่าอยู่ อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

๓. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสื่อสารสร้างสุขภาวะตั้งแต่ระดับ บุคคล องค์กร ภาคนโยบาย มุ่งสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของร่วม จนเกิดการร่วมผลักดันประเด็นการสร้างเสริมสุขภาวะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสังคม

การบริหารจัดการ

สำนักงานบริหารจัดการในลักษณะกลุ่มงานกลางภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงาน

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานจัดการกลุ่มงานกลาง	๑๙๐
๒. กลุ่มแผนงานขับเคลื่อนการสร้างพลเมืองเพื่อประเทศไทยที่น่าอยู่	๗๐
๓. กลุ่มแผนงานสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาวะ	๘๓
รวม	๓๔๓

งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกลไกหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ โดยเป็นองค์กรขนาดเล็กที่เน้นความยืดหยุ่นและใช้นวัตกรรมในการบริหารจัดการ มุ่งสร้างการมีส่วนร่วมหรือแสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในลักษณะเจ้าภาพร่วม

อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กร แม่ สสส. จะสั่งสมความรู้และประสบการณ์ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อีกทั้ง มีคณะกรรมการและภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งและมีความรู้ความสามารถสูงและหลากหลาย ทว่า ด้วยปัญหาสังคมและสุขภาพมีความยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น จึงกลายเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อการทำงานเชิงรุกได้ทันต่อความคาดหวังเท่าที่ควร ดังนั้น สสส. จึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริหารจัดการรวมทั้งระบบติดตามประเมินผลเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและพลวัตในการสร้างเสริมสุขภาพ

ในแผนดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ สสส. มีวัตถุประสงค์และแนวทางการบริหารจัดการกองทุนและสำนักงานให้ตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร ดังนี้

สรุปทิศทางและเป้าหมาย

๑. การมุ่งเน้นบุคลากร

- (๑) พัฒนาความเป็นผู้นำ พัฒนาขีดความสามารถหลักที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังขององค์กรรวมทั้งการขยายขอบเขตการพัฒนาไปยังภาคี
- (๒) สร้างวัฒนธรรมและคุณค่าหลักขององค์กรในตัวเจ้าหน้าที่
- (๓) สร้างความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร
- (๔) สร้างบรรยากาศของความคิดสร้างสรรค์และสภาพแวดล้อมที่ดีต่อการทำงาน

๒. การจัดการกระบวนการ

- (๑) ให้ความสำคัญกับข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้ใช้บริการเพื่อพัฒนาและปรับปรุงระบบที่เน้นคุณภาพ (ความรวดเร็ว ความถูกต้องเชื่อถือได้) และนวัตกรรมการให้บริการ
- (๒) กำหนดกระบวนการดำเนินงานที่สำคัญขององค์กร การยึดมั่นกับการนำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๓. การจัดการความรู้

- (๑) การมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศพื้นฐานที่เชื่อถือได้และสนับสนุนการจัดการความรู้
- (๒) การสร้างวัฒนธรรมและแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการความรู้และเสริมสร้างนวัตกรรม เช่น การจัดเก็บ แบ่งปัน และสร้างความรู้ใหม่

๔. การมุ่งเน้นผู้ใช้บริการ

- (๑) พัฒนาระบบการและจิตใจที่พร้อมให้บริการ เรียนรู้และรับฟังผู้ใช้บริการ
- (๒) สร้างความสัมพันธ์และความพึงพอใจให้เกิดแก่ผู้ใช้บริการ
- (๓) การสื่อสารสองทางที่ชัดเจน สม่ำเสมอ

๕. การวางแผนและการทำงานเชิงกลยุทธ์

- (๑) การวางแผนกลยุทธ์ที่เน้น การใช้ข้อมูล กระบวนการและผู้เกี่ยวข้อง สามารถบ่งชี้ปัญหา/จุดบอดของการทำงาน การกำหนดความท้าทายในการดำเนินงาน กำหนดช่วงเวลาในการวางแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาว
- (๒) การกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และกรอบเวลาในการบรรลุเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ สามารถจะตอบความท้าทาย/ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์/โอกาสในการพัฒนาทางด้านนวัตกรรมองค์กร สามารถสร้างความสมดุลระหว่างโอกาสและความท้าทายทั้งระยะสั้นและระยะยาวของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด
- (๓) การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ มีการจัดสรรทรัพยากร การประเมินความเสี่ยง การจัดทำแผนหลักด้านทรัพยากรบุคคล มีตัวชี้วัดและการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนแผนได้ตามความจำเป็น
- (๔) มีการคาดการณ์ผลการดำเนินงานทั้งในระยะสั้นและระยะยาว มีการเปรียบเทียบ แผน-ผล อย่างสม่ำเสมอ

ยุทธศาสตร์และแนวทางการดำเนินการ

ด้านการพัฒนาบุคลากรและองค์กร

การพัฒนาบุคลากรยังคงเป็นหัวใจในการขับเคลื่อนองค์กรในปี ๒๕๕๘ และได้เพิ่มงานทางด้านการพัฒนาองค์กรเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์อีกด้วย โดยยังคงยึดการพัฒนาบุคลากรและองค์กรตามแนวค่านิยมหลัก (core values) ที่จะนำไปสู่การสร้างพฤติกรรมการทำงานที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมขององค์กร ได้แก่ การมีวิสัยทัศน์คิดการใหม่อย่างสร้างสรรค์ (be innovative) ห่วงผลลัพธ์เพื่อส่วนรวม (collective impact) กระตือรือร้นทำงานเชิงรุก (be proactive) มุ่งหวังผลที่ยั่งยืน (sustainable) มีจิตสำนึกต่อสาธารณะ (public-minded) ห่วงใยใส่ใจสุขภาพ (health conscious) รวมทั้งมีความสมดุลในการใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีคุณค่า สามารถขับเคลื่อนให้ สสส. เป็นองค์กรต้นแบบด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้ โดยยุทธศาสตร์และการดำเนินงานประกอบด้วย

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

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

๓. การพัฒนาการสรรหาบุคลากรเชิงรุกโดยพัฒนาระบบการคัดเลือกบุคลากรเชิงรุกต่อเนื่องจากแผนหลักในช่วงที่ผ่านมา 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. มีการจัดสรรทุนให้แก่ภาคีในการดำเนินงานโครงการเสริมสร้างสุขภาวะทั่วประเทศนับพันโครงการในแต่ละปีซึ่งรวมทั้งโครงการใหม่และโครงการต่อเนื่องในการบริหารจัดการมีการกำกับติดตามตรวจสอบโครงการ การเบิกจ่าย การบันทึกบัญชี การจัดการวัสดุ ครุภัณฑ์ รวมทั้งการจัดทำข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องในการวางแผนการดำเนินงาน ประกอบกับแผนงานโครงการเหล่านั้น มีแนวทางในการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน ส่งผลให้แนวทางการบริหารจัดการในการสนับสนุนแผนงานโครงการต่างๆ จำเป็นต้องมีความคล่องตัว ยืดหยุ่น รวดเร็ว ถูกต้อง และเป็นที่ยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง

งานด้านการเงิน การบัญชี พัสดุ และตรวจสอบแผนงานโครงการเป็นส่วนสำคัญยิ่งในการขับเคลื่อนงานของ สสส. ที่มุ่งจะให้เกิดความยืดหยุ่น เพิ่มประสิทธิภาพ มีความรวดเร็ว น่าเชื่อถือ โดยให้เกิดความสมดุลกับระบบตรวจสอบและควบคุมภายในขององค์กร โดยในแผนดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ จะมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

มีการพัฒนาระบบบริหารพัสดุ จัดทำทะเบียนครุภัณฑ์ เพื่อรองรับการสนับสนุน ภาคี เครือข่ายอย่างเป็นระบบ รัดกุม ตรวจสอบได้ และสามารถดำเนินการปิดงบการเงินได้อย่างถูกต้องเป็นไปตามกฎหมายกำหนด ตามแผนงาน หมวดเงิน และหมวดบัญชี ตลอดจนมีระบบการควบคุมครุภัณฑ์ที่สามารถตรวจนับได้ มีการจัดทำแผนความต้องการพัสดุของโครงการที่เหมาะสม มีการดูแลและการเก็บรักษาอย่างดี สามารถนำมาบริหารจัดการให้เกิดความคุ้มค่า เพื่อลดต้นทุนในการดำเนินงาน



๕. ปรับปรุงกระบวนการให้บริการทางการเงิน บัญชี และพัสดุอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนการทำงาน ผ่านการจัดทำขั้นตอนมาตรฐานการปฏิบัติงาน การปรับปรุงระเบียบ แนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง และการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการเงิน บัญชีและทรัพย์สิน ภายในองค์กร การบริหารพัสดุขององค์กรและภาคี การลงบัญชีออนไลน์สำหรับภาคี

๖. พัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการที่สามารถจัดการข้อมูลได้อย่าง ถูกต้องเป็นไปตามหลักการและนโยบายบัญชีภาครัฐ รวมทั้งมาตรฐานการบัญชีทั่วไป (กรณีนโยบาย บัญชีภาครัฐไม่ได้กำหนดไว้) สามารถรายงานผลที่ถูกต้องและรวดเร็ว

๗. พัฒนาบุคลากรฝ่ายบัญชีและการเงินให้มีสมรรถนะในการเป็นผู้นำในด้านการพัฒนาวัตกรรม ด้านการบริหารที่มีประสิทธิภาพทันสมัย และสามารถถ่ายทอดงานของฝ่ายได้เป็นอย่างดี รวมทั้งการ ให้การบริการที่เป็นเลิศแก่ภาคี

ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

ความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้วิธีการทำงาน ต้องมีการปรับเปลี่ยนให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและพฤติกรรมผู้ใช้งาน สสส. ได้ตระหนัก ถึงปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงนี้ จึงได้ให้ความสำคัญกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการเพิ่ม ประสิทธิภาพของการทำงานทั้งของเจ้าหน้าที่ สสส. และภาคีที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ

ในแผนดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ งานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จะมุ่งที่จะตอบสนองต่อการสร้าง องค์ความรู้ในการบริหารจัดการและวางแผนเพื่อตอบสนองต่อการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีวิสัยทัศน์คิดการ ใหม่อย่างสร้างสรรค์ (be proactive) ดังนี้

๘. พัฒนาประสิทธิภาพของระบบสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหาร และการบริหารโครงการ

๙. พัฒนาระบบการจัดการความรู้เพื่อตอบสนองต่อวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรเพื่อมุ่งสู่ การจัดการความรู้ โดยพัฒนาระบบและมาตรฐานการจัดเก็บข้อมูลอย่างถูกต้อง เหมาะสม ครบถ้วน การสืบค้นและแบ่งปันข้อมูลที่รวดเร็ว แม่นยำ การนำเอาข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อประโยชน์ในการบริหารงาน

๑๐. เพิ่มประสิทธิภาพ ความมั่นคงปลอดภัยของการให้บริการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของ องค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานขององค์กร การให้บริการ ที่เป็นพื้นฐาน รวมทั้งการจัดทำแผนรองรับความเสี่ยงและเหตุฉุกเฉิน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจได้ว่า ระบบจะสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่องแม้จะมีเหตุฉุกเฉิน

ด้านอำนวยการบริหารจัดการสำนักงาน

งานด้านอำนวยการมีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการในกระบวนการหลักที่เป็นกระบวนการ ที่สำคัญขององค์กร เช่น การให้บริการงานบริหารงานทั่วไป การจัดการอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ การให้ บริการด้านการจัดซื้อจัดจ้าง การให้บริการศูนย์สัญญา การให้บริการด้านกฎหมาย และการให้การ บริการด้านสารบรรณและเอกสาร เป็นต้น ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรับปรุงกระบวนการให้การ บริการอย่างต่อเนื่องให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ ดังนั้น

ภารกิจหลักของงานด้านอำนวยการบริหารจัดการสำนักงาน จึงต้องปรับปรุงกระบวนการทำงาน จัดทำขั้นตอนมาตรฐานการปฏิบัติงาน การปรับปรุงระเบียบแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง การรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเพื่อนำมาสู่การปรับปรุงงาน เป็นต้น

ในแผนดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ งานด้านอำนวยการบริหารจัดการสำนักงาน จะดำเนินงานต่อเนื่องจากแผนในช่วงก่อน ดังนี้

๑๑. การขยายขอบเขตของการให้บริการจัดการอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะให้สอดคล้องกับนโยบายและแผนกลยุทธ์ของศูนย์เรียนรู้ ที่เน้นการขยายเวลา ขอบเขต และคุณภาพของการให้บริการ โดยเฉพาะการให้บริการในการใช้ประโยชน์จากพื้นที่แก่เจ้าหน้าที่ ภาควิชาเครือข่าย และสาธารณชนทั่วไป

๑๒. ปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน ปรับกฎระเบียบให้ทันสมัย และการสื่อสารแก่ผู้ใช้บริการอย่างทั่วถึง ทั้งนี้เพื่อสร้างความเข้าใจในกระบวนการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกัน เพิ่มคุณภาพของการให้บริการ โดยลดความล่าช้าของกระบวนการและลดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานในทุกกระบวนการ

๑๓. การพัฒนาบุคลากรและการขับเคลื่อนให้เกิดนวัตกรรมขององค์กรจากงานประจำ

ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์

การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ ครอบคลุมการดำเนินงานตลอดวงจรของการบริหารและพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์และศักยภาพขององค์กรสำหรับการวางแผนและกำหนดยุทธศาสตร์ดำเนินงาน การวางแผนไปสู่การปฏิบัติ การวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญและเสนอทางเลือกในการดำเนินงานตามแผน การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและจัดทำทางเลือกเชิงนโยบายเพื่อการยกระดับการพัฒนาการทำงานของกองทุนอย่างต่อเนื่อง

งานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ในแผนดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ สสส. จะมีจุดเน้นดังนี้

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

๑๕. การเพิ่มความเข้มข้นในการแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ โดยกระบวนการการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของ เช่น การติดตามผลและการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เพื่อกำหนดและปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ที่เหมาะสม การพัฒนาและกำหนดตัวชี้วัดในระดับต่างๆ จากระดับประเทศ ไปสู่ระดับองค์กรและบุคคลที่วัดผลได้อย่างเหมาะสม เทียบตรง

ด้านการตรวจสอบภายใน

การตรวจสอบภายใน (Internal Audit) เป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติงานด้านต่างๆ ภายในองค์กรให้สำเร็จ เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนด เพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงานขององค์กรให้ดีขึ้น รวมทั้งเป็นการให้ข้อมูลกับฝ่ายบริหารและเป็นหลักประกันขององค์กรในด้านการประเมิน



ประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการควบคุมภายในที่เหมาะสม โดยอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ คณะอนุกรรมการกำกับดูแลการตรวจสอบภายใน ซึ่งมีผู้ตรวจสอบภายในทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการ

การตรวจสอบภายในในแผนดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ สสส. ให้ความสำคัญกับการตรวจสอบภายในสามด้าน ได้แก่ ด้านการเงินบัญชี (Financial Audit) ด้านการปฏิบัติตามข้อกำหนด (Compliance Audit) และด้านการดำเนินงาน (Operating/Performance Audit) การปฏิบัติตามผลการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบ และติดต่oprสานงานกับผู้รับตรวจ การให้คำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุงให้ถูกต้อง และพัฒนาเครื่องมือการปฏิบัติงานเพื่อการควบคุมภายในที่ดีและป้องกันความเสี่ยง

ด้านการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีคณะทำงานบริหารความเสี่ยงรับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย กำกับดูแลและให้ข้อเสนอแนะ โดยยึดแนวทางการดำเนินงานตามหลักสากล และสอดคล้องกับวัฒนธรรมองค์กร

แนวทางการดำเนินงานในปี ๒๕๕๘ สสส. ทั้งในระดับองค์กรและระดับปฏิบัติการตามมาตรฐานการบริหารความเสี่ยงสากลหรือมาตรฐานการบริหารความเสี่ยงที่เป็นที่ยอมรับทั่วไป การกำหนดแผนการบริหารความเสี่ยงจะครอบคลุมถึงการระบุความเสี่ยง สาเหตุของความเสี่ยง การจัดระดับความสำคัญของความเสี่ยงในทุกด้าน การระบุผู้รับผิดชอบ วิธีการในการบริหารความเสี่ยงให้เหลืออยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และการทบทวนแผนการบริหารความเสี่ยงเป็นระยะเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. เงินเดือน ค่าจ้าง และการพัฒนาบุคลากร	๑๔๐
๒. การประชุมคณะกรรมการชุดต่างๆ รวมคณะกรรมการประเมินผล	๒๐
๓. การเงิน การบัญชี การพัสดุ และการตรวจสอบ	๒๒
๔. การพัฒนายุทธศาสตร์ บริหารความเสี่ยง และติดตามประเมินผล	๑๙
๕. การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ	๒๘
๖. การอำนวยการและบริหารสำนักงาน	๒๘
๗. การเผยแพร่ข้อมูลและประชาสัมพันธ์	๓๒
รวม	๒๘๙



สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

๔๔/๘ อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ

เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๒๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๓๔๓ ๑๕๐๐

www.thaihealth.or.th