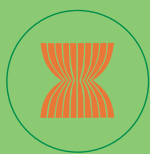


ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐



ทุกคนบนแผ่นดินไทย มีขีดความสามารถ
สังคม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาวะ



ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

สสส
สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ



ทุกคนบนแผ่นดินไทย มีขีดความสามารถ
สังคม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสภาวะ

คำนำ

พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ มาตรา ๒๑ (๒) และ (๓) รวมถึงข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔ ข้อ ๑๔ และ ๒๐ กำหนดให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี โดยแสดงรายละเอียดของวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และตัวชี้วัด ตลอดจนยุทธศาสตร์ หรือแนวทางการดำเนินงานตามแผน กลุ่มแผนงาน และงบประมาณประจำปี ในระยะเวลา ๑ ปี พร้อมรายละเอียดให้ชัดเจน และระบุงบเงินงบประมาณเบิกจ่ายสำหรับโครงการต่อเนื่องที่ยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จและถึงกำหนดจ่ายในปีงบประมาณนั้น

แม้ว่าในปีที่ผ่านมาการดำเนินงานของทั้ง สสส. และภาคีจะได้รับผลกระทบอย่างมากจากปัจจัยภายนอกที่อยู่นอกเหนือการควบคุม แต่ในแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งเป็นปีสุดท้ายในการดำเนินงานตามแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) ฉบับนี้ สสส. ยังคงมุ่งมั่นทำงานตามบทบาทในการเป็นผู้จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังภาคีเครือข่ายในทุกภาคส่วนทั้งบุคคลและองค์กร เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ที่สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในกรอบสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals : SDGs) ตลอดจนยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อให้บรรลุตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. ที่กำหนดไว้

จากการทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ประกอบกับการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงานทั้งภายในและภายนอก ตลอดจนการประเมินระดับความเสี่ยงและผลกระทบต่อการดำเนินงานของ สสส. ที่อาจจะเกิดขึ้น ทั้งนี้ เพื่อความต่อเนื่องในการดำเนินงาน คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจึงเห็นชอบให้ใช้กรอบนโยบายตามแผนหลัก ๓ ปี เป็นแนวนโยบายในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ต่อไป โดยมีการปรับเปลี่ยนจุดเน้นการดำเนินงานในบางส่วนให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

การจัดทำแผนการดำเนินงานฉบับนี้ สำนักงานได้ให้ความสำคัญกับการจัดทำแผนตามหลักธรรมาภิบาล มีความโปร่งใสตรวจสอบได้ มีการจัดกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การมองทิศทางในอนาคตโดยใช้ข้อมูลที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ นอกจากนั้น ยังคำนึงถึงการบูรณาการการทำงานตามแนวนโยบายแห่งรัฐในร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ พร้อมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่สอดคล้องตามแผนหลัก ๓ ปี ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ รวมถึงจัดทำค่าแถลงประกอบงบประมาณประจำปีให้สอดคล้องกับข้อบังคับที่ปรับปรุงใหม่

สำนักงานขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ภาคีเครือข่าย และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อใช้เป็นกรอบการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกันตามวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาพจะเข้าถึงประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ส่วนที่ ๑

ภาพรวมแผนการดำเนินงาน
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

ส่วนที่ ๒

รายละเอียดแผนหลัก

ส่วนที่ ๓

ภาคผนวก

สารบัญ

ส่วนที่ ๑ ภาพรวมแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

๑	กรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐	๙
๒	การบริหารจัดการ การกำกับติดตามและประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง	๑๑
๓	การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๕
๔	ค่าเฉลี่ยประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงินตามแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐	๑๙

ส่วนที่ ๒ รายละเอียดแผนหลัก

๑	แผนควบคุมยาสูบ	๒๙
๒	แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๔๕
๓	แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	๖๙
๔	แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๙๗
๕	แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๑๒๕
๖	แผนสุขภาวะชุมชน	๑๔๕
๗	แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๑๖๙
๘	แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๑๘๑
๙	แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๑๙๗
๑๐	แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๒๑๑
๑๑	แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	๒๒๕
๑๒	แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๒๔๗
๑๓	แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๒๕๕
๑๔	แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	๒๗๓
๑๕	แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	๒๘๙
	งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	๓๐๖
	งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน	๓๐๘

ส่วนที่ ๓ ภาคผนวก

๑	รายงานสรุปความก้าวหน้าการดำเนินงานตามนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (เดือนตุลาคม ๒๕๕๗ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๕๙)	๓๒๑
๒	กรอบอัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่ สสส. ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐	๓๒๙
๓	ข้อบังคับกองทุนฯ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙	๓๓๑
๔	การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนการดำเนินงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐	๓๔๑

ส่วนที่



ภาพรวมแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

- ๑ กรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
- ๒ การบริหารจัดการ การกำกับติดตามและประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง
- ๓ การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ
- ๔ คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงินตามแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

กรอบนโยบายและแนวทาง การจัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

การประชุมคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ ๘/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๗ ที่ประชุมมีมติให้ความเห็นชอบ “แนวนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)” เพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ และในการประชุมคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ ๔/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๕๙ ที่ประชุมได้ให้ความเห็นชอบ “หลักการและกระบวนการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐” ซึ่งเป็นไปตามข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙ (รายละเอียดภาคผนวก ๓)

แผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ นี้เป็นแผนการดำเนินงานที่อยู่ภายใต้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี โดยปีนี้เป็นปีสุดท้ายของแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) ถึงแม้การดำเนินงานของสำนักงานในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่ผ่านมา จะได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ภายนอกจนต้องมีการปรับแผนการดำเนินงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน แต่สำนักงานจะเร่งดำเนินการเพื่อชดเชยการได้รับผลกระทบดังกล่าวในแผนการดำเนินประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแนวนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) ต่อไป

อนึ่ง จากการพิจารณาผลการดำเนินงานตามแนวนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) ที่ผ่านมา พบว่าการดำเนินงานของ สสส. มีความก้าวหน้าพอสมควร (รายละเอียดตามภาคผนวก ๑) แต่ยังคงมีช่องว่างที่สำคัญ โดยเฉพาะการสนับสนุนภาคีทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน รวมถึงภาคประชาสังคมในการการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ที่สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในกรอบสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals : SDGs) ตลอดจนยุทธศาสตร์ชาติซึ่งล้วนแล้วแต่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องทั้งสิ้น นอกจากนี้ จากการทบทวนสภาพแวดล้อมการดำเนินงานทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งสถานการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของ สสส. บ่งชี้ว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจนมีผลต่อการปรับเปลี่ยนกรอบแนวนโยบายแต่อย่างใด ขณะเดียวกัน การบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐตามแนวนโยบายแห่งรัฐในร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ยังคงเป็นทิศทางและโอกาสที่ดี ดังนั้น สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์จึงเสนอข้อมูลตั้งต้นทั้งจากภายในและภายนอก รวมถึงจุดเน้นการดำเนินงานในแผนหลัก ๓ ปี ดังกล่าว แก่คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อประกอบ





การพิจารณากำหนดแนวนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และจุดเน้นการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ขององค์กร ก่อนที่แผนหลักทั้ง ๑๕ แผน จะนำไปใช้ในการจัดทำรายละเอียดแต่ละแผนต่อไป

จากการประชุมคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ ๕/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๙ ที่ประชุมมีมติให้ความเห็นชอบ “จุดเน้นการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐” ที่ยังคงกรอบแนวนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) โดยมีการขยายเนื้อหาให้เหมาะสมกับภาวะการณ์ปัจจุบัน บางประการ ดังนี้

๑. ใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี เพื่อการบูรณาการการทำงาน และมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ ภายใต้กลไกการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

- โดยเน้นการบรรลุผลตามแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)

๒. ขยายฐานผู้รับประโยชน์ ผ่านการพัฒนาจากทุนความรู้ เพื่อเสริมพลังสังคมให้เกิดความตื่นรู้ในด้านสุขภาพของประชากรที่กว้างขวางขึ้น

- รวมถึงการพัฒนาและปรับปรุงชุดความรู้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อขยายสู่ผู้รับประโยชน์ในพื้นที่ และองค์กรที่กว้างขึ้น

๓. สร้างความยั่งยืน โดยมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนหลัก พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย รวมถึงขยายการทำงานสู่นานาชาติ

- เน้นการหนุนเสริมการพัฒนาประเทศที่สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูป และสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนใหม่ๆ
- เน้นบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับองค์กรในระบบสุขภาพ

๔. มุ่งสร้างนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ และเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

๕. ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบสู่สังคมสูงอายุ

- รวมถึงการประสานภาพรวม เพื่อเตรียมความพร้อมและพัฒนาคนในทุกช่วงวัย รองรับสังคมสูงอายุ

๒

การบริหารจัดการ การกำกับ ติดตามและประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง

แผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ของ สสส. ดำเนินการตามบทบัญญัติของกฎหมาย กฎ และระเบียบที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยมีโครงสร้างการดำเนินงาน ประกอบด้วย (๑) ด้านนโยบายและการกำกับดูแลกองทุน (๒) ด้านการบริหารจัดการกองทุนและการนำนโยบายไปปฏิบัติ และ (๓) ด้านการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

ด้านนโยบายและการกำกับดูแลกองทุน

สสส. มีกลไกในการกำกับนโยบายและกำกับดูแลกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพทำหน้าที่ควบคุมดูแลการดำเนินกิจการกองทุนในระดับนโยบาย และกำหนดงบประมาณในภาพรวม ออกหลักเกณฑ์ กฎ ระเบียบ ข้อบังคับที่สำคัญในการดำเนินงาน ให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงาน กำกับดูแลฝ่ายบริหาร รวมทั้งควบคุมผลการปฏิบัติงานของผู้จัดการซึ่งเป็นหัวหน้าฝ่ายบริหารให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ นอกจากนี้ คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพยังได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผน และคณะอนุกรรมการเฉพาะด้าน เช่น คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงานกองทุน คณะอนุกรรมการพัฒนากฎระเบียบของ สสส. คณะอนุกรรมการกำกับดูแลการตรวจสอบภายใน คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน คณะอนุกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อทำหน้าที่ในการกำกับดูแลและให้คำปรึกษาสำนักงานในด้านต่างๆ

ด้านการกำกับติดตาม สสส. มีแนวทางในการกำกับดูแลแผนงาน/โครงการ ซึ่งแบ่งตามขนาดของวงเงินงบประมาณ โดยเฉพาะกรณีแผนงานและโครงการที่มีวงเงินงบประมาณสูงหรือมีความสำคัญ คณะกรรมการบริหารแผนจะแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศ เพื่อกำกับดูแล ชี้แนะ กำกับทิศทาง และกำหนดกรอบในการประเมินผลแผนงาน/โครงการ นอกจากนี้ สสส. ยังมีการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อช่วยสนับสนุนการกำกับติดตามแผนงาน/โครงการ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การกำหนดเงื่อนไขเกี่ยวกับการเบิกจ่ายงวดเงิน





การพัฒนาสารสนเทศเพื่อติดตามผล กระบวนการติดตามงานระดับแผนและแผนงานโดยคณะกรรมการบริหารแผน การตรวจเยี่ยมแผนงาน/โครงการ และการตรวจสอบและพัฒนา นอกจากนั้นจะจัดให้มีระบบติดตามและแจ้งเตือนผลการดำเนินงาน (Alert System) ในแต่ละแผน เพื่อช่วยในการกำกับติดตามด้วย

ด้านการบริหารจัดการกองทุน และการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ในการบริหารจัดการกองทุน โดยสำนักงานกองทุนเป็นองค์กรที่รับผิดชอบดำเนินการมีผู้จัดการกองทุนเป็นผู้บริหารสูงสุด ผู้อำนวยการสำนักต่างๆ และเจ้าหน้าที่ มีบทบาทและหน้าที่ในการดำเนินงาน “อย่างมืออาชีพ” ตามนโยบายของกองทุน ภายใต้การกำกับดูแลโดย คณะกรรมการบริหารแผน หรือคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจ ซึ่งโครงสร้างของสำนักต่าง ๆ จะแบ่งตามลักษณะการดำเนินงาน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกอบด้วย ๑๐ สำนัก ดังนี้

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

แต่ละสำนักดำเนินการศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์ช่องว่างจากผลการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบและวิธีปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะและขีดความสามารถของบุคลากรและภาคีเครือข่าย ส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้ รวบรวม จัดเก็บบทเรียนและผลงานวิชาการ เผยแพร่ และส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากความรู้ดังกล่าวทั้งภายในองค์กร สสส. และแก่สาธารณชน ทั้งนี้การบริหารจัดการแผนงาน/โครงการต่างๆ สสส. ทำหน้าที่เป็นน้ำมือนหล่อเลี้ยง โดยมีภาคีเครือข่ายซึ่งมีได้อยู่ในโครงสร้างของสำนักงาน

เป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งในส่วนของโครงการและกิจกรรมต่างๆ เป็นกัลยาณมิตรที่มีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมเรียนรู้ ร่วมพัฒนา ตลอดจนร่วมลงทุนด้วยในบางกรณี เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย โดยมีประชาชนเป็นผู้รับประโยชน์สูงสุด

กลไกและแนวทางการนำแผนหลักสู่การปฏิบัติ มีการกำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน หรือ คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจ การปฏิบัติตามแผนหลักดำเนินงานโดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ ผ่านกระบวนการพัฒนาชุดโครงการ หรือโครงการร่วมกันกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนของ สสส. ซึ่งเป็นการจัดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลัง ให้แก่ภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ในการดำเนินงานตามแนวปฏิบัตินั้นจะมีกระบวนการพิจารณาทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของข้อเสนอชุดโครงการหรือโครงการกับวัตถุประสงค์ตามมาตรา ๕ ของพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ รวมทั้งความสอดคล้องกับแผนหลักและแผนการดำเนินงานประจำปีโดยสำนักงาน จึงจะทำการเสนอเพื่อพิจารณาขอรับการอนุมัติสนับสนุนชุดโครงการหรือโครงการในแต่ละระดับต่อไป ขั้นตอนก่อนแล้วการดำเนินงานเหล่านี้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของกองทุน สสส. ซึ่งกำหนดให้เป็นความรับผิดชอบร่วม (shared accountability) ระหว่างสำนักงาน คณะกรรมการบริหารแผน ผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งภาคีหลักกับภาคียุทธศาสตร์ ที่จะกลั่นกรองโครงการให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์กองทุนและแผนหลัก รวมทั้งยังสามารถปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดประสิทธิผลต่อไป

ด้านการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

การประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน แบ่งเป็น ๒ ส่วน ได้แก่ ๑) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามขนาดของวงเงินงบประมาณโดยคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านระบบและกลไกของคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ คณะกรรมการบริหารแผนหรือสำนักงาน และ ๒) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโดยคณะกรรมการประเมินผลซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้ง โดยมีอำนาจหน้าที่ (๑) ประเมินผลด้านนโยบายและการกำหนดกิจกรรมของกองทุน (๒) ติดตามตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน (๓) รายงานผลการปฏิบัติงานพร้อมทั้งข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในทุกกรอบปี โดยให้คณะกรรมการประเมินผลมีอำนาจเรียกเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับกองทุน จากบุคคลใด หรือเรียกบุคคลใดมาชี้แจงข้อเท็จจริงเพื่อประกอบการพิจารณาประเมินผลได้ สสส. ยังคงสนับสนุนให้งานติดตามและประเมินผลของคณะกรรมการประเมินผลเป็นไปตามแผนการดำเนินงานที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดกลไกที่มีความชัดเจนมีมาตรฐาน และให้บรรลุตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการประเมินผลตามมาตรา ๓๘ ของพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุน





การสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ มีเป้าหมายการดำเนินงานให้เกิดกรอบการประเมินผลการดำเนินงานที่เห็นความเชื่อมโยงของกระบวนการทำงานของ สสส. ในมิติต่างๆ ทั้งในระดับกระบวนการและผลลัพธ์ และสามารถเชื่อมโยงไปถึงเป้าหมายทั้งในระยะสั้นและระยะยาวขององค์กร มีกระบวนการติดตามการนำผลที่ได้จากการประเมินผลนโยบายของ สสส. มาปรับใช้กับการกำหนดทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานของ สสส. เพื่อการบรรลุตามเป้าหมายของ สสส. ในระยะ ๑๐ ปี รวมทั้งมุ่งสร้างเครือข่ายหรือศูนย์กลางการติดตามและประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการติดตามและประเมินผลแผนงาน/โครงการในระดับต่างๆ ให้แก่ภาคีเครือข่ายต่อไป

ด้านการบริหารความเสี่ยง

ในปี ๒๕๖๐ สสส. จะทำการทบทวนรายการความเสี่ยงที่มีผลกระทบกับองค์กรให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยยังคงรักษาคุณภาพของกระบวนการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานสากล และให้ความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง ทั้งจากปัจจัยภายนอกที่เกิดจากสถานการณ์ทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี และปัจจัยภายในองค์กรที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงาน ตลอดจนให้ความสำคัญกับการประเมินภาพลักษณ์องค์กรและความน่าเชื่อถือของสังคม (Public Trust) เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในองค์กร ทั้งกระบวนการระบุ วิเคราะห์ ประเมิน กำหนดมาตรการ ดูแล ตรวจสอบ และควบคุมความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับกิจกรรมหน้าที่และกระบวนการทำงาน เพื่อให้ความเสี่ยงขององค์กรอยู่ในระดับที่ยอมรับได้และไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน นอกจากนี้ สสส. จะเพิ่มความเข้มข้นในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจในทุกขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยง รวมถึงให้มีการบริหารความเสี่ยงในระดับแผนงาน/โครงการ ซึ่งจะมีส่วนช่วยรับประกันการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานของ สสส. ภายใต้การใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม

๓

การบูรณาการ การสร้างเสริมสุขภาพ

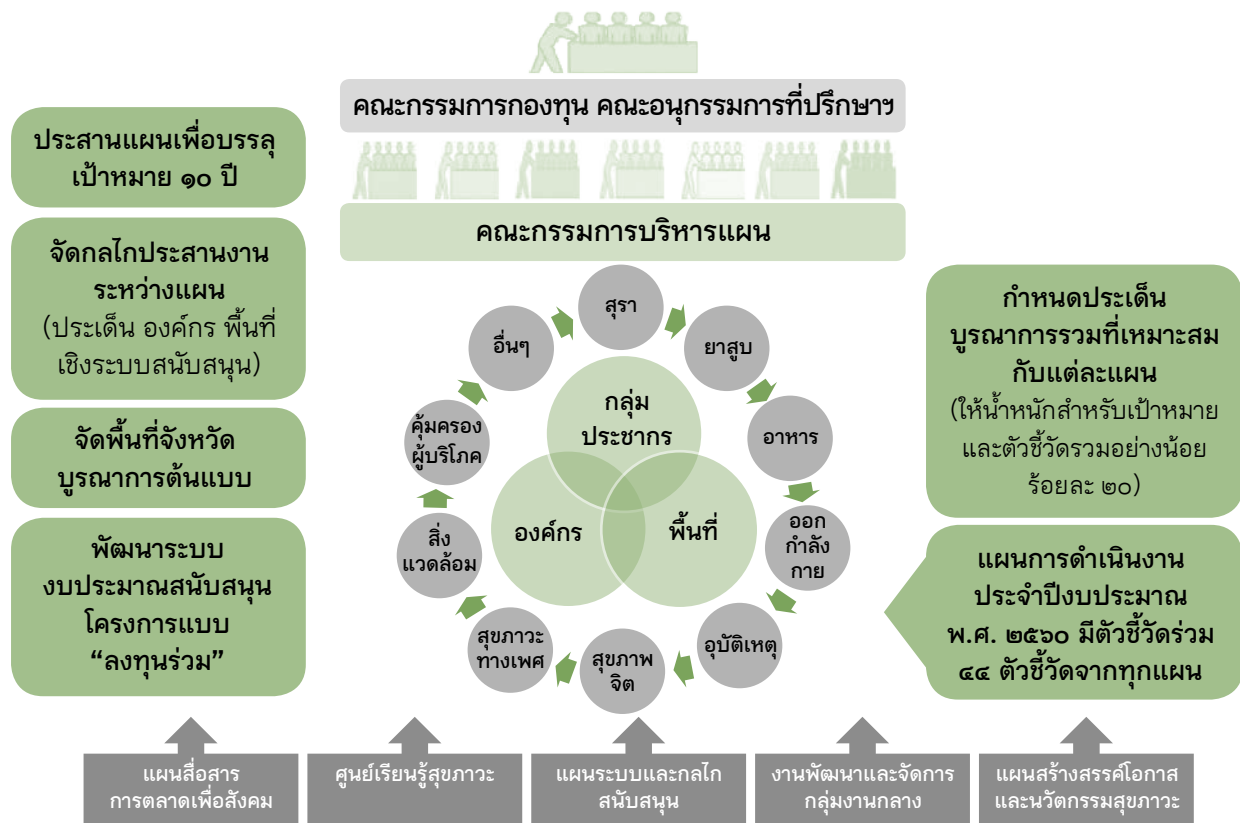
หลักการ

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

กลไกและกระบวนการในการบูรณาการ

๑. จัดทำแผนที่ทางเดินในแต่ละเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี โดยระบุเจ้าภาพหลักและเจ้าภาพร่วมทั้งภายในและภายนอก สสส. พร้อมประเด็นความร่วมมือ
๒. จัดกระบวนการเพื่อร่วมกันหารือระหว่างเจ้าภาพหลักกับเจ้าภาพร่วม ก่อนที่แต่ละแผนจะพัฒนาแผนและนารายละเอียดที่ได้บรรจุไว้ในแผน พร้อมกำหนดเป็นเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมของทุกแผนที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม
๓. จัดกลไกการประชุมภายใน สสส. ที่มีความสม่ำเสมอ เพื่อประสานการทำงานระหว่างแผนเชิงประเด็น แผนเชิงองค์กร แผนเชิงพื้นที่ และแผนเชิงระบบสนับสนุน
๔. มอบหมายให้คณะกรรมการบริหารแผน ที่รับผิดชอบเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปีนั้น ให้เป็นผู้กำกับดูแลในการบูรณาการ



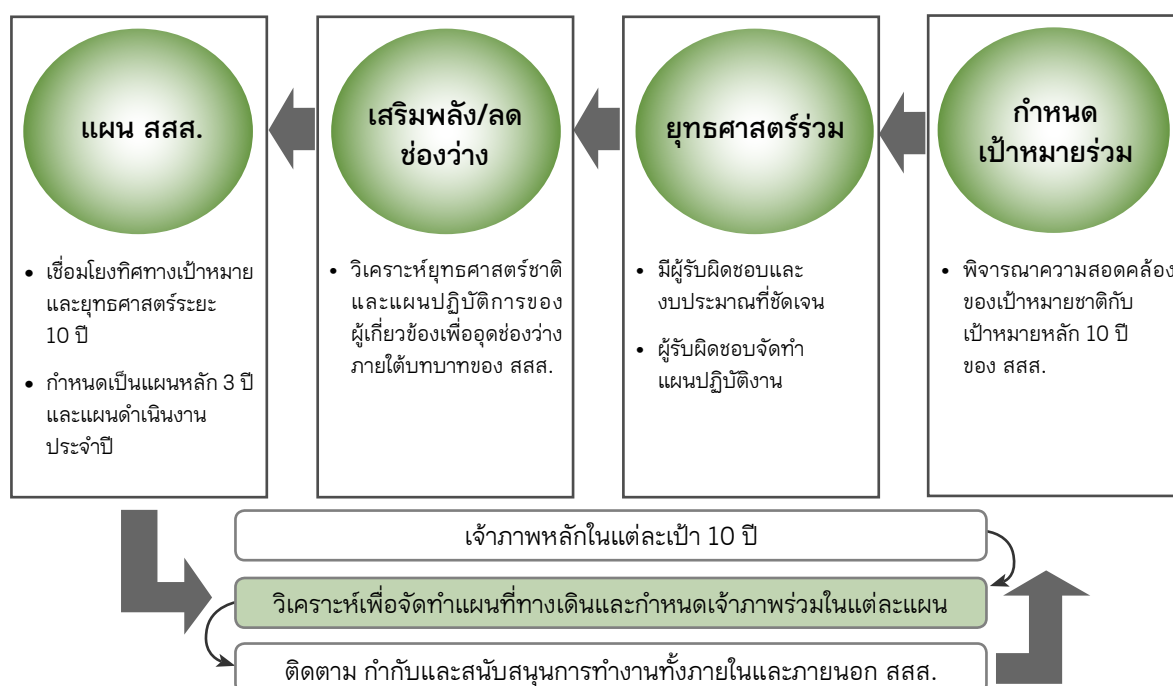


การจัดทำแผนอย่างบูรณาการ

ในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) สสส. ให้ความสำคัญกับการประสานแผนเพื่อบรรลุเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส. ที่ว่า “ทุกคนมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างมีสุขภาวะ” ซึ่งมีเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ควบคู่กับการประสานงานระหว่างแผนเชิงประเด็น แผนเชิงองค์กร แผนเชิงพื้นที่ และแผนเชิงระบบสนับสนุน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากลักษณะสำคัญของเป้าหมาย สสส. คือ เป็นเป้าหมายระดับชาติและต้องทำงานที่ได้ผลในระดับประชากร ซึ่งมีภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันกำหนด รวมถึงมีการดำเนินงานเพื่อนำมาสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกัน โดยเจ้าภาพหลักในแต่ละเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ได้มีการวิเคราะห์แผนตาม “กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของ สสส.” ทั้ง ๕ ขั้นตอน ได้แก่ (๑) การใช้องค์ความรู้ในการทบทวนเป้าหมายร่วมหรือหากยังไม่มีเป้าหมายร่วมก็ต้องมีการวิเคราะห์ประโยชน์ร่วมและประโยชน์เฉพาะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อยู่ในเป้าหมาย ๑๐ ปีอย่างถ่องแท้ ทั้งในมิติของเศรษฐศาสตร์ การสัมพันธ์ หรือสังคม ก่อนนำมาสู่การกำหนดเป้าหมายร่วม (๒) ทบทวนยุทธศาสตร์ร่วมซึ่งมีผู้รับผิดชอบ เพื่อทำความเข้าใจบทบาทและพันธกิจของผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วน รวมถึงทรัพยากรตลอดจนแผนปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบนั้น หากยังไม่มียุทธศาสตร์การดำเนินงานก็ควรวางยุทธศาสตร์ร่วมเสียก่อน โดยในการวางยุทธศาสตร์ร่วมจำเป็นต้องนำความรู้ทางกฎหมาย นโยบาย สถานการณ์ ข้อมูลวิชาการหรือการถอดองค์ความรู้จากผู้ที่มิประสบการณ์ในการทำงาน ร่วมประกอบการวาง

ยุทธศาสตร์ (๓) ทำการวิเคราะห์จากยุทธศาสตร์ร่วมของประเทศและแผนปฏิบัติการของผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาช่องว่างในการดำเนินงาน ที่สอดคล้องกับบทบาทของ สสส. (๔) จัดทำเป็นแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ที่เชื่อมโยงเป้าหมายและยุทธศาสตร์ของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือตอบสนองต่อทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (๕) การดำเนินงานเพื่อตอบสนองเป้าหมายเฉพาะใดๆ นั้น มักจะต้องการการบูรณาการการทำงานและการสนับสนุนจากหลายๆ แผนใน สสส. แผนที่เป็นเจ้าภาพหลักจึงต้องมีการวิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนที่ทางเดินร่วมกับแผนอื่นๆ ที่เป็นเจ้าภาพร่วม โดยคำนึงถึงขอบเขตการทำงานในแต่ละแผนตามตัวแบบการทำงานระดับองค์กรของ สสส.^๑

กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของ สสส.



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

^๑ เจ้าภาพหลักทุกแผนได้จัดส่งข้อมูลแผนยุทธศาสตร์ที่ผ่านการวิเคราะห์แล้วให้ สนย. เพื่อสังเคราะห์และส่งให้กับเจ้าภาพร่วม





เพื่อให้การบูรณาการการทำงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ภายในแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ฉบับนี้ จึงมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมจากทุกแผนรวมทั้งสิ้น ๔๔ ตัวชี้วัด โดยส่วนใหญ่เน้นไปที่การตอบสนองเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติ และเป้าหมายเฉพาะตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ทั้งเรื่องของการลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยเสริมทางสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ไม่เพียงแต่เป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมเท่านั้นที่ส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการการทำงานภายใน สสส. แต่จะสังเกตได้ว่าเป้าหมายและตัวชี้วัดหลักในหลายแผนก็เป็นงานที่ต้องบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานของรัฐอื่น อาทิ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งผลลัพธ์จากเป้าหมายและตัวชี้วัดในลักษณะนี้มีความสอดคล้องกับแนวนโยบายแห่งรัฐในรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ และทิศทางการปฏิรูปของประเทศ ตลอดจนเป็นการเสริมการทำงานของกลไกประสานงาน เช่น คณะกรรมการเขตสุขภาพ และคณะกรรมการกำหนดแนวทางการประสานความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับ สสส. เป็นต้น

๕

คำแถลงประกอบงบประมาณ แสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน ตามแผนการดำเนินงานประจำปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

โดยปกติ สสส. จะระบุรายละเอียดเกี่ยวกับงบประมาณและนโยบายทางการเงินไว้ในแผนการดำเนินงานประจำปีอยู่แล้ว แต่ตามข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยการเงิน การบัญชี และทรัพย์สินของกองทุน พ.ศ. ๒๕๕๙ หมวดที่ ๔ ส่วนที่ ๑ กำหนดให้ สสส. ต้องจัดทำ “คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน” ดังนั้น ในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ สสส. จึงได้เพิ่มเติมเนื้อหาในส่วนนี้เพื่อให้สอดคล้องกับข้อบังคับดังกล่าว โดยมีรายละเอียดดังนี้

กรอบนโยบายทางการเงิน

เมื่อวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๙ ที่ประชุมคณะกรรมการนโยบายทางการเงินซึ่งมี ดร.พิสิฐ ลี้อาธรรม เป็นประธาน ได้เห็นชอบให้คงกรอบนโยบายทางการเงินซึ่งผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๗ จำนวน ๔ ข้อ ไว้เช่นเดิม ได้แก่

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

การทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณ

คณะกรรมการนโยบายทางการเงินได้เห็นชอบในหลักการต่อการทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยสรุปดังนี้

๑. ให้จัดทำประมาณการจากผลการดำเนินงานจริงที่ผ่านมาในอดีต (๑๓ ปี) และภาระผูกพันจริงในปัจจุบัน โดยคำนวณเป็นงบกระแสเงินสด (Cash Flow)





๒. คงกรอบนโยบายทางการเงินเดิมไว้ทั้ง ๔ ข้อ
๓. กำหนดเป้าหมายลดระดับเงินทุนสำรองในแต่ละปีลงอย่างเหมาะสม เพื่อให้เหลือแค่เพียงพอที่จะรองรับความผันผวน (๑,๐๐๐ - ๑,๕๐๐ ล้านบาท)

นอกจากนั้น ยังได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้

๑. ให้คำนึงถึงข้อสังเกตของหน่วยงานตรวจสอบที่แนะนำให้หลีกเลี่ยงการตั้งงบประมาณแบบขาดดุล
๒. ให้พิจารณาภาระผูกพันของ สสส. ที่มีอยู่จริง เพื่อเปรียบเทียบกับเงินทุนสำรองที่มีอยู่และรายรับที่จะเข้ามา
๓. ให้มีเงินทุนสำรองคงเหลือ เพื่อรองรับกรณีที่ไม่มียารับเข้ามา (๑,๐๐๐ - ๑,๕๐๐ ล้านบาท)
๔. ให้พิจารณาหามาตรการในการจัดการภาระผูกพันที่มีการเบิกจ่ายล่าช้าเกิน ๑๘ เดือน

ทั้งนี้ เพื่อความรอบคอบในการทบทวน เสนอให้คณะนางเบญจมาศ แก้วพรหมมาลย์ รองประธาน คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินเป็นตัวแทนอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน เพื่อทำหน้าที่เป็นประธาน คณะทำงาน และร่วมกับสำนักงานฯ ทำการทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ด้วย

สาระสำคัญของงบประมาณและความสัมพันธ์ระหว่างรายรับกับ งบประมาณสำหรับการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

ในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๐ นั้น สสส. ได้จัดทำพร้อมกับ งบประมาณของแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)^๑ อย่างไรก็ตาม ในการกำหนดกรอบวงเงินงบประมาณประจำปี ๒๕๖๐ คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินจะดำเนินการทบทวนตามข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม ปี ๒๕๕๙ ข้อที่ ๕.๓ (๑)^๒ โดยได้ผ่านการทบทวนเมื่อวันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๕๙ ที่ประชุมคณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินได้เห็นชอบให้เสนอกรอบวงเงินงบประมาณสนับสนุนโครงการของกองทุนประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ สำหรับอนุมัติโครงการใหม่เป็นจำนวน ๔,๑๖๕ ล้านบาท และมีรายจ่ายบริหารสำนักงานรวมถึงรายจ่ายอื่นจำนวน ๓๗๓ ล้านบาท รวมกรอบวงเงินงบประมาณทั้งสิ้น ๔,๕๓๘ ล้านบาท

^๑ เมื่อวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๕๗ ที่ประชุมคณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินได้เห็นชอบให้เสนอกรอบวงเงินงบประมาณสนับสนุนโครงการของกองทุนประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ และเมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๗ คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ให้ความเห็นชอบกรอบวงเงินงบประมาณสนับสนุนโครงการและระดับเงินทุนสำรองขั้นต่ำเพื่อรองรับความผันผวนตามที่คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินเสนอ

^๒ กำหนดให้ผู้จัดการร่วมกับคณะกรรมการบริหารแผนจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีที่มีเป้าหมายและตัวชี้วัดหลักที่สอดคล้องกับเป้าหมายและตัวชี้วัดหลักตามแผนหลักไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕ ภายใต้วงเงินงบประมาณตามกรอบการทบทวนงบประมาณรายปีโดยคณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน เพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนสิงหาคมของทุกปี

คำอธิบายเกี่ยวกับประมาณการรายรับประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

จากการพิจารณาผลการทบทวนที่คณะทำงานได้ดำเนินการตามหลักการและคำแนะนำของคณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน โดยศึกษาข้อมูลประมาณการสถานะเงินทุนสำรอง ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ และผลการดำเนินงานจริงที่ผ่านมาในอดีต ตลอดจนการผูกพันจริงในปัจจุบัน รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านรายรับของ สสส. ที่แม้ปัจจุบันจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการปรับขึ้นอัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ในปี ๒๕๕๙ แต่ก็อาจมีการปรับปรุงกฎหมายกำหนดเพดานรายรับได้เช่นกัน ดังนั้น เพื่อความรอบคอบคณะทำงานจึงจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยแบ่งเป็น ๒ x ๒ สถานการณ์ (scenarios) เพื่อเสนอให้คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินพิจารณาความเหมาะสม โดย ๒ สถานการณ์แรกเป็นกรณีปกติที่ สสส. ยังไม่ถูกกำหนดเพดานรายรับและ สสส. จัดทำงบประมาณทั้งแบบขาดดุลและสมดุล ตามลำดับ^๔ สถานการณ์สองเป็นกรณีพิเศษที่ สสส. จัดทำงบประมาณแบบสมดุล แต่ถูกกำหนดเพดานรายรับไว้ที่ ๔,๐๐๐ ล้านบาท และ ๔,๕๐๐ ล้านบาท ตามลำดับ

	สถานการณ์ปกติ (กรณี สสส. ไม่มีเพดานรายรับ)		สถานการณ์พิเศษ (กรณี สสส. ถูกกำหนดเพดานรายรับ)	
	Scenario ๑ ขาดดุล	Scenario ๒ สมดุล	Scenario ๓ รายรับ ๔,๐๐๐ ลบ. และสมดุล	Scenario ๔ รายรับ ๔,๕๐๐ ลบ. และสมดุล
วงเงินอนุมัติปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐	๔,๙๐๐	๔,๕๐๑	๓,๖๗๐	๔,๑๖๕
สถานะเงินลงทุนปลายตันสุทธิ	๑,๘๒๑	๑,๘๒๑	๑,๘๒๑	๑,๘๒๑
รายได้ภาษี	๔,๗๓๘	๔,๗๓๘	๔,๐๐๐	๔,๕๐๐
รายได้อื่น	๓๘	๓๘	๓๘	๓๘
รายได้รวม	๔,๗๗๖	๔,๗๗๖	๔,๐๓๘	๔,๕๓๘
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนโครงการ	๔,๗๘๑	๔,๖๐๕	๔,๓๔๘	๔,๕๒๒
เบิกจ่ายโครงการใหม่	๑,๗๒๕	๑,๕๔๙	๑,๒๙๒	๑,๔๖๖
เบิกจ่ายโครงการต่อเนื่อง	๓,๐๕๖	๓,๐๕๖	๓,๐๕๖	๓,๐๕๖
ค่าใช้จ่ายบริหารโครงการ	๑๙๓	๑๘๖	๑๗๕	๑๘๒
ค่าใช้จ่ายอื่น	๓๘๐	๓๗๕	๓๖๘	๓๗๓
ค่าใช้จ่ายรวม	๕,๓๕๔	๕,๑๖๖	๔,๘๕๑	๕,๐๗๗

^๔ นิยามงบประมาณสมดุล รายได้รวม = กรอบวงเงินอนุมัติเพื่ออุดหนุนโครงการ + รายจ่ายบริหารสำนักงานและอื่นๆ





	สถานการณ์ปกติ (กรณี สสส. ไม่มีเพดาน รายรับ)		สถานการณ์พิเศษ (กรณี สสส. ถูกกำหนดเพดาน รายรับ)	
	Scenario ๑ ขาดดุล	Scenario ๒ สมดุล	Scenario ๓ รายรับ ๔,๐๐๐ ลบ. และสมดุล	Scenario ๔ รายรับ ๔,๕๐๐ ลบ. และสมดุล
รายรับสูงกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	-๕๗๘	-๓๙๐	-๘๕๓	-๕๓๙
สถานะเงินลงทุนปลายงวดสุทธิ ณ สิ้นปี ๒๕๖๐ (ไม่รวมค่าเสื่อม ๘๕ ลบ.)	๑,๓๒๘	๑,๕๑๖	๑,๐๕๓	๑,๓๖๗

คำชี้แจงเกี่ยวกับงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

เมื่อวันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๕๙ ที่ประชุมคณะกรรมการนโยบายทางการเงินได้เห็นชอบให้เสนอกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ แบบที่ ๔ (Scenario 4) ต่อคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเสนอให้กำหนดวงเงินงบประมาณสำหรับอนุมัติโครงการใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นจำนวน ๔,๑๖๕ ล้านบาท และมีรายจ่ายบริหารสำนักงานและรายจ่ายอื่นจำนวน ๓๗๓ ล้านบาท รวมกรอบวงเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ทั้งสิ้น ๔,๕๓๘ ล้านบาท ต่ำกว่าประมาณการรายรับของ สสส. (เกินดุล) ในกรณีที่ สสส. ยังไม่มีเพดานรายรับ ซึ่งคาดว่าจะอยู่ที่ ๔,๗๗๖ ล้านบาทอยู่ ๒๓๘ ล้านบาท หรือเป็นการจัดงบประมาณแบบสมดุลในสถานการณ์ที่ สสส. ถูกกำหนดเพดานรายรับไว้ที่ ๔,๕๐๐ ล้านบาท

จากวงเงินงบประมาณสำหรับอนุมัติโครงการใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นจำนวน ๔,๑๖๕ ล้านบาทนี้คาดว่าจะเกิดการเบิกจ่ายโครงการใหม่ในปีงบประมาณเดียวกันจำนวน ๑,๔๖๖ ล้านบาท และค่าใช้จ่ายบริหารโครงการ ๑๘๒ ล้านบาท นอกจากนั้น ยังมีการเบิกจ่ายโครงการต่อเนื่องซึ่งเป็นการอนุมัติจากปีก่อนหน้าจำนวน ๓,๐๕๐ ล้านบาท รวมในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ จะมีการเบิกจ่ายเงินอุดหนุนโครงการทั้งสิ้น ๔,๗๐๔ ล้านบาท ทั้งนี้ การอนุมัติตามกรอบงบประมาณและการเบิกจ่ายทั้งหมดจะไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อ สสส. เนื่องจากสถานะเงินลงทุนปลายงวดสุทธิ ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ของ สสส. ยังเหลืออยู่อีก ๑,๓๖๗ ล้านบาท

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การบริหารจัดการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ หากระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ระดับเงินทุนสำรองของ สสส. มีมากเกินไปจนเป็นการไม่มีประสิทธิภาพในการใช้จ่ายเงิน หรือน้อยเกินไปจนไม่เพียงพอรองรับความเสี่ยง หรือจนหากมีสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจนอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินงาน ขอให้สำนักงานนำกรอบวงเงินงบประมาณนี้กลับมาให้คณะกรรมการนโยบายทางการเงินพิจารณาทบทวนใหม่อีกครั้ง^๕

^๕ มติที่ประชุมคณะกรรมการนโยบายทางการเงิน เมื่อวันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๕๙

	สถานการณ์ปกติ (กรณี สสส. ไม่มีเพดานรายรับ)		สถานการณ์พิเศษ (กรณี สสส. ถูกกำหนดเพดานรายรับ)	
	Scenario ๑ ขาดดุล	Scenario ๒ สมดุล	Scenario ๓ รายรับ ๔,๐๐๐ ลบ. และสมดุล	Scenario ๔ รายรับ ๔,๕๐๐ ลบ. และสมดุล
สอดคล้องกับผลการดำเนินงาน ตลอด ๑๓ ปีที่ผ่านมา	√	x	x	√
มีงบประมาณเพียงพอ ต่อการดำเนินงานตามภารกิจ	√	√	x	√
คำนึงถึงข้อสังเกตของ หน่วยตรวจสอบ	x	√	√	√
มีสภาพคล่องเพียงพอ ต่อการเบิกจ่าย	√	√	√	√
มีเงินทุนคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เพียงพอรองรับความเสี่ยง หากไม่มีรายได้เข้ามา	√	x	√	√

สรุปประมาณการสถานะทางการเงินประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เปรียบเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ.

๒๕๕๕ - ๒๕๕๙

	๒๕๕๕	๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐f
รายได้ภาษี	๓,๕๖๑	๓,๘๑๒	๓,๘๘๒	๔,๒๒๑	๔,๔๗๔	๔,๕๐๐
รายได้อื่น	๒๐๘	๒๖๑	๒๖๗	๒๒๓	๒๑๘	๓๘
รายได้รวม	๓,๗๗๐	๔,๐๗๓	๔,๑๔๙	๔,๔๔๔	๔,๖๙๒	๔,๕๓๘
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนโครงการ	๓,๒๒๔	๓,๔๘๕	๔,๓๖๓	๔,๖๒๖	๔,๗๓๒	๔,๕๒๒*
ค่าใช้จ่ายบริหารโครงการ	๑๑๓	๑๔๔	๑๑๖	๑๒๓	๑๒๕	๑๘๒
ค่าใช้จ่ายอื่น	๑๙๔	๒๑๔	๒๕๙	๒๖๙	๒๗๒	๓๗๓
ค่าใช้จ่ายรวม	๓,๕๓๑	๓,๘๔๒	๔,๗๓๘	๕,๐๑๘	๕,๑๒๙	๕,๐๗๗
รายรับสูงกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	๒๓๘	๒๓๑	-๕๘๙	-๕๗๔	-๔๓๗	-๕๓๙
สถานะเงินลงทุนปลายงวด	๒,๗๓๒	๒,๘๖๒	๒,๔๗๔	๑,๙๐๐	๑,๔๖๓	๑,๓๖๗
วงเงินอนุมัติ	๓,๙๕๖	๔,๗๐๐	๔,๘๐๐	๕,๑๐๐	๔,๘๗๐	๔,๑๖๕

*ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ เป็นค่าประมาณการ คาดว่าจะเกิดการเบิกจ่ายโครงการใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวน ๑,๔๖๖ ล้านบาท และจะมีการเบิกจ่ายโครงการต่อเนื่องซึ่งเป็นการอนุมัติจากปีก่อนหน้าจำนวน ๓,๐๕๖ ล้านบาท

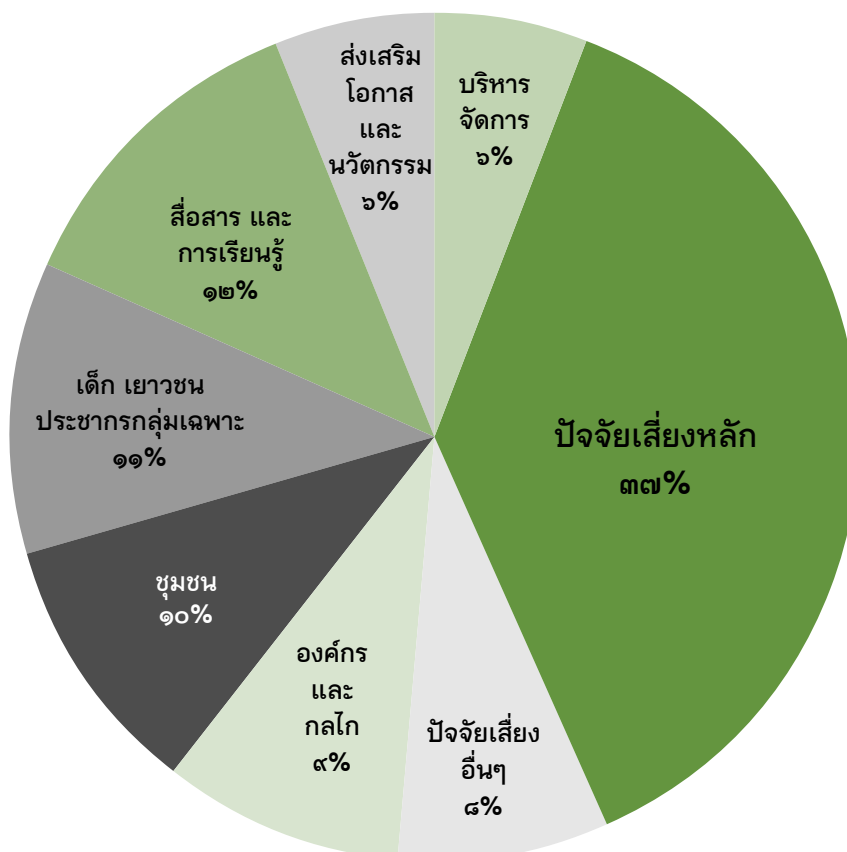
แผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐





แนวทางการจัดสรรงบประมาณตามแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

ในการจัดสรรงบประมาณสำหรับแต่ละแผน สสส. ได้คำนึงถึงความสอดคล้องกับแนวนโยบายในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และกรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ รวมถึงความจำเป็นเร่งด่วนของประเด็นปัญหาสุขภาพตามลำดับของภาระโรค และความเป็นไปได้ในการบริหารจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย งบประมาณส่วนใหญ่เป็นการจัดสรรเพื่อสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การควบคุมยาสูบ การควบคุมแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด การจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม การลดเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัยในวัยรุ่น รวมถึงเสริมสร้างปัจจัยบวก ได้แก่ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการส่งเสริมอาหารเพื่อสุขภาวะ คิดเป็นร้อยละ ๓๗ ของงบประมาณทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปีก่อนเล็กน้อย นอกจากนี้ ยังกำหนดงบประมาณสำหรับการบริหารจัดการสำนักงานไว้ในระดับที่ไม่สูงมากเช่นเดิม



การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ จำแนกรายแผน

หน่วย : ล้านบาท

	จำนวน
สนับสนุนโครงการ	๔,๑๖๕
๑ แผนควบคุมยาสูบ	๓๖๐
๒ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๓๖๐
๓ แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	๒๖๐
๔ แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๒๐๐
๕ แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๒๔๔
๖ แผนสุขภาวะชุมชน (รวมบูรณาการเชิงพื้นที่)	๔๗๒
๗ แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๒๕๓
๘ แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๑๖๑
๙ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๒๑๒
๑๐ แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๒๓๒
๑๑ แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	๒๗๐
๑๒ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๑๐๐
๑๓ แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๒๓๙
๑๔ แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	๑๙๒
๑๕ แผนส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ	๔๓๐
๑๖ งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	๑๘๐
๑๗ งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน	๒๘๘



ส่วนที่

๒

รายละเอียดแผนหลัก

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



แผนควบคุมยาสูบ

สถานการณ์และแนวโน้ม

การสูบบุหรี่ เป็นพฤติกรรมเสี่ยงหลักที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCDs) ที่ไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ โรคกลุ่มนี้เป็น “สี่” กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคเบาหวาน และกลุ่มโรคปอดเรื้อรัง โดยมีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญร่วมกัน โดยแบ่งได้เป็นสองกลุ่มคือ “สี่” ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม อันได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และ “สี่” ปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน แนวคิดที่ให้ความสำคัญกับ ๔ โรคหลัก ผ่านการจัดการ ๔ พฤติกรรม และ ๔ การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ เรียกว่าเป็นโมเดล ๔x๔x๔ ซึ่งเป็นรากฐานของการป้องกันและควบคุมปัญหา NCDs ในปัจจุบัน

NCDs เป็นปัญหาสุขภาพอันดับ ๑ ของโลก และอันดับ ๑ ในประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม โดยการสำรวจปี ๒๕๕๑ พบว่า NCDs เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกถึง ๓๖ ล้านคนต่อปี หรือร้อยละ ๖๓ ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด สำหรับในประเทศไทยผลการสำรวจในปี ๒๕๕๒ พบว่ากลุ่มโรค NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทยถึง ๓๑๔,๓๔๐ คน หรือร้อยละ ๗๓ ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมด NCDs จึงเป็นปัญหาสำคัญของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของโลก ซึ่งส่งผลกระทบทั้งในระดับประชากรและระดับปัจเจกบุคคล เช่น รายได้ระดับบุคคล รายได้ครัวเรือน ความสามารถตลาดแรงงาน ความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ซึ่งประมาณการต้นทุนผลกระทบต่อสังคมโลกในช่วงปี ๒๕๕๔ - ๒๕๗๓ มีมูลค่าถึง ๔๖.๗ ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือคิดเป็นประมาณ ๑,๔๐๑ ล้านล้านบาท สำหรับประเทศไทยมีมูลค่าทั้งสิ้น ๑๔๘,๕๑๒ ล้านบาทในปี ๒๕๕๒ หรือร้อยละ ๒.๒ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ หรือคิดเป็นมูลค่า ๓,๑๒๘ บาทต่อหัวประชากร ประชากรไทยจำนวนมากที่มีความผิดปกติหลายประการร่วมกัน ที่พร้อมจะพัฒนาเป็น NCDs ต่อไป จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ ปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒ พบว่า ความชุกของกลุ่มอาการเมตาบอลิกในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ ๒๑.๗ หรือคิดเป็นกว่า ๘ ล้านคน โดยความชุกของหญิงและชายคิดเป็นร้อยละ ๒๔.๕ และร้อยละ ๑๘.๘ ตามลำดับ^๖

^๖ รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิกฤตสุขภาพ วิกฤตสังคม. ๒๕๕๗





ในประเทศไทยการสูบบุหรี่ทำให้เกิดภาระโรคสูงเป็นอันดับที่ ๒ รองจากปัจจัยเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เพิ่มขึ้นจาก ๔๕,๑๓๖ คนต่อปี (๒๕๔๗) เป็น ๕๐,๗๑๐ คนต่อปี (๒๕๕๒) เป็นเพศชาย ๔๒,๙๘๙ คน และเพศหญิง ๗,๗๒๑ คน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายหลักของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ๑๑,๘๙๕ คน รองลงมาคือโรคมะเร็งปอด ๑๑,๗๔๒ คน โรคหลอดเลือดสมอง ๑๑,๖๖๖ คน โรคอื่นๆ ๕,๑๒๔ คน โรคมะเร็งอื่นๆ ๔,๑๓๙ คน โรคมะเร็งช่องปาก ๓,๑๐๔ คน และโรคทางเดินหายใจอื่นๆ ๓,๐๔๐ คน เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจถึง ๗๔.๙ พันล้านบาท (๒๕๕๒) หรือ ๐.๗๘ ของ GDP คิดเป็น ๔๒ บาทต่อบุหรี่ ๑ ซอง^๗

ผลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทยล่าสุด ปี ๒๕๕๘ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ในจำนวนประชากรที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีผู้สูบบุหรี่ ๑๐.๙ ล้านคน (ร้อยละ ๑๙.๙) โดยในภาพรวมพบว่า ในช่วงปี ๒๕๔๗ - ๒๕๕๒ อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ ๒๓.๐ เป็นร้อยละ ๒๐.๗ ตามลำดับ แต่กลับเพิ่มขึ้นในปี ๒๕๕๔ เป็นร้อยละ ๒๑.๔ และลดลงเหลือร้อยละ ๑๙.๙ ในปี ๒๕๕๖ จากนั้นกลับเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๒๐.๗ ในปี ๒๕๕๗ และลดลงเป็นร้อยละ ๑๙.๙ ในปี ๒๕๕๘ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการสูบบุหรี่ ปี ๒๕๕๘ กับปี ๒๕๕๗ พบว่า ทั้งเพศชายและหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง อัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง ๒๑.๘ เท่า

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ ปี ๒๕๕๗ พบว่า ประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีการสูบบุหรี่ในปัจจุบันลดลง จากร้อยละ ๒๓.๗ ในปี ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๑๙.๕ ในปี ๒๕๕๗ ทั้งนี้ พบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง เพศชายมีการสูบบุหรี่ลดลงจากร้อยละ ๔๕.๖ ในปี ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๓๗.๕ ในปี ๒๕๕๗ และเพศหญิงมีการสูบบุหรี่ลดลงจากร้อยละ ๒.๙ ในปี ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๒.๖ ในปี ๒๕๕๗

ผู้สูบบุหรี่ที่เป็นเด็กและเยาวชน (อายุ ๑๕ - ๒๔ ปี) มีอัตราการสูบเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ ๑๕.๐๗ (๑.๔๔ ล้านคน) ในปี ๒๕๕๗ เป็นร้อยละ ๑๕.๑๗ (๑.๔๖ ล้านคน) ในปี ๒๕๕๘

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่า ในปี ๒๕๕๘ กลุ่มอายุ ๑๙ - ๒๔ ปี และ ๔๑ - ๕๙ ปีมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๗ เพียงเล็กน้อย ส่วนกลุ่มอายุ ๑๕ - ๑๘ ปี และ ๒๕ - ๔๐ ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงเล็กน้อย ส่วนกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ซึ่งมีอัตราการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มอายุนี้ร้อยละ ๑๖.๑๒

เมื่อพิจารณาผู้สูบบุหรี่ตามเขตการปกครอง และปัจจัยตามภูมิศาสตร์พบว่า กลุ่มผู้ที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงยังคงเป็นกลุ่มผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล และอยู่ในภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร ตามลำดับ

^๗ BOD Thailand. ๒๕๕๒

จากการสำรวจสถานการณ์ของการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ในปี ๒๕๕๗ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในภาพรวมอัตราการได้รับควันบุหรี่ในสถานที่สาธารณะต่างๆ เมื่อเปรียบเทียบกับปี ๒๕๕๔ ลดลงเล็กน้อย และยังคงพบเช่นเดียวกับปี ๒๕๕๔ ว่าสถานที่ที่ประชากรได้รับควันบุหรี่มือสองมากที่สุดคือตลาดสด หรือตลาดนัดร้อยละ ๓๔ รองลงมาคือสถานที่ให้บริการขนส่งสาธารณะร้อยละ ๕๐ ร้านอาหารหรือภัตตาคาร ร้อยละ ๗๒ ศาสนสถานร้อยละ ๗๖ สถานที่ราชการร้อยละ ๘๒ สถานบริการสาธารณสุขร้อยละ ๘๖ โรงเรียน ต่ำกว่าอุดมศึกษาร้อยละ ๘๙ และในอาคารของมหาวิทยาลัยร้อยละ ๙๖ ตามลำดับ^๙

ค่าใช้จ่ายของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำตั้งแต่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปในปี ๒๕๕๗ พบว่า มีค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อเดือนเป็นเงิน ๔๒๓ บาท โดยผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในเขตเทศบาลมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในนอกเขตเทศบาล (๕๗๒ บาท และ ๓๒๙ บาท ตามลำดับ) สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุดคือ ๘๑๐ บาท และผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่ำสุดคือ ๒๕๑ บาท ซึ่งอาจเนื่องจากผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในกรุงเทพมหานครสูบบุหรี่ที่ผลิตจากโรงงาน ซึ่งมีราคาสูงกว่าผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่มวนเองซึ่งมีราคาถูกกว่า^{๑๐}

นับตั้งแต่ปี ๒๕๓๕ จนถึงปัจจุบัน ประเทศไทยมีการปรับขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ชิกาแรต รวม ๑๑ ครั้ง โดยล่าสุดในวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ ได้มีประกาศในราชกิจจานุเบกษา ประกาศใช้กฎกระทรวงขึ้นภาษีสรรพสามิต บุหรี่ชิกาแรตในอัตราตามมูลค่าจากร้อยละ ๘๗ เป็นร้อยละ ๙๐ และอัตราตามปริมาณจากรัศมีละ ๑ บาท เป็น ๑.๑๐ บาท โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ เป็นต้นไป ทั้งนี้ จากการปรับขึ้นภาษีสรรพสามิต ในระยะที่ผ่านมา ทำให้กรมสรรพสามิตจัดเก็บภาษียาสูบได้เป็นมูลค่าเพิ่มขึ้นตามลำดับ (รายได้สรรพสามิตบุหรี่ ในปี ๒๕๕๘ รวม ๖๒,๗๓๔ ล้านบาท คิดเป็นสัดส่วนรายได้ภาษียาสูบต่อรายได้ภาษีสรรพสามิต ร้อยละ ๑๕.๑๕ และคิดเป็นสัดส่วนรายได้ภาษียาสูบต่อรายได้รวมของรัฐ ร้อยละ ๓.๑๓)

จากการประมาณการความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ในปี ๒๕๕๒ (Disease Attributed to Smoking) พบว่า ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐกิจเท่ากับ ๗๔,๘๘๔ ล้านบาท (คำนวณเป็นความสูญเสีย ๔๒ บาทต่อบุหรี่ ๑ ซอง) หรือ ร้อยละ ๐.๗๘ ของ GDP โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์เท่ากับ ๑๑,๔๗๓ ล้านบาท (ร้อยละ ๑๕ ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด) ค่าใช้จ่ายทางอ้อมทางการแพทย์เท่ากับ ๑,๑๖๘ ล้านบาท (ร้อยละ ๑.๕๖) การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ป่วยเท่ากับ ๗๓๑ ล้านบาท (ร้อยละ ๐.๙๘) การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ดูแลผู้ป่วยเท่ากับ ๒๙๓ ล้านบาท (ร้อยละ ๐.๓๙) และการสูญเสียผลิตภาพจากการตายก่อนวัยอันควรเท่ากับ ๖๑,๒๑๙ ล้านบาท (ร้อยละ ๘๑.๗๕)^{๑๑}

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจำนวนมหาศาลทั้งในรูปแบบความสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและการสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน โดยนักสูบหน้าใหม่เพศชายที่เกิดขึ้นทุกๆ หนึ่งรายจะมีต้นทุนทางเศรษฐกิจ ๑๕๘,๐๐๐ บาทต่อคน สำหรับนักสูบหน้าใหม่เพศหญิงที่เกิดขึ้นทุกๆ หนึ่งรายจะมีต้นทุนทางเศรษฐกิจ

^๙ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗ วิเคราะห์โดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ (ศจย.)

^{๑๐} สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. ๒๕๕๗

^{๑๑} ข้อมูลปี ๒๕๕๒ ปรับปรุงปี ๒๕๕๘ โดยโครงการ Burden of Disease (BOD)





๘๕,๐๐๐ บาทต่อคน^{๑๑} ทั้งนี้ได้มีการประเมินค่าความเต็มใจจ่ายของครัวเรือนต่อมาตรการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. พบว่า ครัวเรือนประชากรไทยเต็มใจจ่ายเพื่อสนับสนุนให้มีการดำเนินการควบคุมยาสูบของ สสส. จำนวน ๑,๓๓๑ ล้านบาท^{๑๒} ทั้งนี้ จากรายงานการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment : SROI)^{๑๓} พบว่า สสส.ลงทุนในประเด็นควบคุมยาสูบ ๑ บาท ได้ผลตอบแทนทางสังคมเท่ากับ ๑๘.๓๔ บาท

องค์การอนามัยโลกได้ประเมินการควบคุมยาสูบของประเทศไทยเมื่อปี ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๗ ระบุว่า การควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีความก้าวหน้าและประสบความสำเร็จอย่างชัดเจน ความสำเร็จที่เด่นชัด ได้แก่ การพิมพ์ภาพและคำเตือนบนซองบุหรี่ การห้ามโฆษณาและการมีกฎหมายที่ครอบคลุม อันเกิดจากบทบาทอันเข้มแข็งขององค์กรต่างๆ ทุกภาคส่วน การเสนอแนะในประเด็นสำคัญต่างๆ อาทิ ควรให้ความสำคัญในการผลักดันพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ ซึ่งเน้นเรื่องการป้องกันไม่ให้เยาวชนเข้าถึงยาสูบ ควรให้ความสำคัญกับบุหรี่ยี่ห้อตนเอง โดยใช้มาตรการทั้งด้านภาษี ขนาดภาพคำเตือน การณรงค์ด้านพิษภัยและบริการช่วยเหลือบุหรี่ ควรเพิ่มบทบาทของภาคประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในการช่วยเหลือบุหรี่ และผลักดันให้ยาช่วยเหลือบุหรี่เข้าสู่บัญชียาหลัก

ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันเป็นภาคีตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก หรือ WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO-FCTC) เป็นลำดับที่ ๓๖ จาก ๑๖๘ ประเทศ เพื่อใช้เป็นกรอบมาตรการในการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศตั้งแต่วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๘ เป็นต้นมาจึงได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ฉบับแรกที่ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศ ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ ดังกล่าวนี้อันสิ้นสุดในเดือนกันยายน ๒๕๕๗ และผลการดำเนินงานตามแผนฯ ดังกล่าวประสบความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจระดับหนึ่ง แต่ด้วยกลยุทธ์ทางการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ทำให้ประชาชนโดยเฉพาะเยาวชนและกลุ่มผู้เปราะบางมีพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์และมาตรการในการควบคุมยาสูบที่ต่อเนื่องและครอบคลุมทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กรมควบคุมโรคในฐานะผู้รับผิดชอบหลักในการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศ ร่วมกับภาคีเครือข่าย จึงได้จัดทำ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สอง พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒ ขึ้น ซึ่ง (ร่าง) แผนดังกล่าว ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๕๙ โดยมีแผนยุทธศาสตร์ย่อย รวม ๖ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

๑. สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ
๒. ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังเด็กเยาวชน และนักสูบหน้าใหม่

^{๑๑} การพัฒนาแนวทางการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาดัชนีทุน ความเจ็บป่วย. มนตร์ดีม ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ, ๒๕๕๕

^{๑๒} การประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ : การประเมินความเต็มใจจ่ายของครัวเรือนต่อมาตรการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. มนตร์ดีม ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ, ๒๕๕๕

^{๑๓} การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment : SROI) จากการดำเนินงานของ สสส. ปิยะ หาญวรงค์ชัย และคณะ, ๒๕๕๖

๓. ช่วยให้ผู้เสพลึกใช้ยาสูบ
๔. ควบคุมและเปิดเผยส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ
๕. ทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่
๖. ใช้มาตรการทางภาษี และปราบปรามเพื่อควบคุมยาสูบ

จุดเน้นของแผน

ด้านนโยบายสาธารณะ และการบังคับใช้กฎหมาย

๑. เน้นการบังคับใช้กฎหมายในนโยบาย/มาตรการที่มีอยู่อย่างเข้มข้น/ต่อเนื่อง โดยเฉพาะนโยบายการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่เพื่อลดอัตราผู้ได้รับควันบุหรี่มือสอง
๒. ผลักดันนโยบาย/มาตรการใหม่ที่เตรียมการไว้แล้ว ได้แก่
 - ร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. (ฉบับใหม่) และสนับสนุนการให้ความรู้เกี่ยวกับ ร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและประชาชน ตลอดจนสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายกรณีร่างพระราชบัญญัติผ่านสภานิติบัญญัติและตราเป็นกฎหมายของประเทศแล้ว
 - การผลักดันยาให้รักษาการติดยาเสพติดเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติโดยเข้าไปมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้เกิดการต่อรองราคายารักษาการติดยาเสพติด
 - การผลักดันการขึ้นภาษีทั้งภาษีบุหรี่ซิการ์และยาเส้น

ด้านวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

๑. สนับสนุนให้มีการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) การวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based research) ให้มากขึ้น โดยเชื่อมประสานชุมชนท้องถิ่นร่วมกระบวนการ
๒. พัฒนางานวิจัย/วิชาการให้เพียงพอต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และการขับเคลื่อนของเครือข่ายรณรงค์ และนำความรู้ที่ได้กลับมาใช้ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะประเด็นดังนี้
 - (๑) การผลักดันยารักษาการติดยาเสพติดในบัญชียาหลัก
 - (๒) รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติในอนาคต ตลอดจนนโยบายการร่วมลงทุนของแหล่งทุนต่างๆ
 - (๓) นโยบายการซื้อบริการเลิกบุหรี่โดย สปสช. (๔) นโยบายข้อเสนอมาตรการทางภาษีและใบอนุญาต





(๕) การประเมินผลนโยบายในประเด็นต่างๆ เช่น ภาพคำเตือน เขตปลอดบุหรี่ ภาษี รูปแบบการบำบัด เพื่อการเลิกสูบบุหรี่ (๖) การเฝ้าระวังธุรกิจและการตลาดของอุตสาหกรรมบุหรี่ (๗) การเฝ้าระวังการบริโภคและผลกระทบจากการบริโภคยาสูบ และ (๘) นโยบายการนำบุหรี่ออกจากการค้าเสรี หรือมาตรการลดผลกระทบจากการค้าเสรี/TPP

๓. จัดทำระบบข้อมูล วิเคราะห์งานวิจัย/วิชาการให้ง่ายต่อการนำไปใช้งาน รวมถึงมีการสรุปบทเรียน และจัดทำเป็นคู่มือการดำเนินงานเพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาบุหรี่
๔. ส่งเคราะห์งานวิจัยในประเด็นยาสูบในระยะที่ผ่านมา พร้อมค้นหาช่องว่างเพื่อพัฒนาให้เกิงานวิจัยด้านการควบคุมยาสูบที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง

ด้านเครือข่ายการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่

๑. มุ่งเน้นการป้องกันนักสูบหน้าใหม่โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและผู้หญิง ลดการสูบในผู้ชาย/ผู้ที่อยู่ในชนบท โดยเน้นกลยุทธ์การรณรงค์โทษพิษภัยของยาเส้นและบุหรี่ การให้ ๑ อสม.ชวน ๑ คนเลิกบุหรี่ การรณรงค์ในประเด็น “บุหรี่ = ผิดศีล” และ “คนรุ่นใหม่ไม่เสพติดบุหรี่”
๒. เน้นการป้องกันการได้รับควันบุหรี่มือสองและมือสาม โดยการขยายพื้นที่รูปธรรมปลอดบุหรี่ทั้งตามกฎหมายกำหนด และรณรงค์เพิ่มเติม เช่น การรณรงค์บ้านปลอดบุหรี่ ตลาดปลอดบุหรี่ สถานีขนส่งปลอดบุหรี่ สนามบินปลอดบุหรี่ เป็นต้น
๓. เน้นการสื่อสารเพื่อปรับค่านิยมให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ อุตสาหกรรมยาสูบ และการสูบบุหรี่ เป็นสิ่งไม่ปกติธรรมดา (De-normalization)
๔. สนับสนุนให้เกิดการเริ่มต้นวางแผน/ดำเนินการพัฒนางานควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่ โดยการสนับสนุนการดำเนินงานจังหวัดควบคุมยาสูบ ๗๖ จังหวัด และกรุงเทพมหานคร
๕. ผลักดันงานบูรณาการการทำงานด้านการควบคุมยาสูบร่วมกับแผนงานอื่นๆ ได้แก่ แผนสุขภาวะชุมชน แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ เป็นต้น

ด้านบริการเลิกบุหรี่

๑. พัฒนารูปแบบระบบการบำบัดและส่งต่อให้ชัดเจน มีประสิทธิภาพ และเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยเลิกบุหรี่ โดยผลักดันให้มียาการรักษาการติดนิโคตินในบัญชียาหลักแห่งชาติให้มากขึ้น
๒. พัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์สายด่วนเลิกบุหรี่ ๑๖๐๐ ในระบบสาธารณสุข

ด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อ

๑. สนับสนุนการศึกษาข้อมูลความรู้ทางวิชาการทั้งระดับประเทศและระดับพื้นที่ เพื่อใช้เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหา NCDs และสนับสนุนให้เกิดการนำความรู้มาใช้เพื่อสื่อสารสังคมและรณรงค์ในประเด็น “ลดบุหรี่/เหล้า เพิ่มอาหาร/ออกกำลังกาย เพื่อหลีกเลี่ยง NCDs”
๒. สนับสนุนให้เกิดการเริ่มต้นวางแผน และ/หรือดำเนินการพัฒนาด้านแบบการดำเนินงานในประเด็นรูปแบบ เนื้อหา และช่องทางการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิด NCDs
๓. สนับสนุนให้เกิดการเริ่มต้นวางแผน และ/หรือดำเนินการวิจัยในประเด็นความสัมพันธ์ระหว่าง NCDs กับปัจจัยเสี่ยงทั้งสี่ (บุหรี่ เหล้า อาหาร การออกกำลังกาย) และการศึกษาประสิทธิผลของมาตรการ/กิจกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการป้องกัน NCDs
๔. สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมประสาน/สร้างกลไกการทำงานให้เกิดการศึกษาในประเด็นการลดการบริโภคหวาน (น้ำตาล) และเค็ม (เกลือ) เพื่อหลีกเลี่ยง NCDs และนำองค์ความรู้ที่ได้ไปผลักดันต่อในระดับนโยบาย โดยเชื่อมประสานการทำงานกับกระทรวงสาธารณสุข
๕. สนับสนุนให้เกิดเวทีทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร เครือข่าย ศูนย์วิชาการประเด็นพฤติกรรมเสี่ยง ทั้ง ๔ องค์กรสนับสนุนงบประมาณต่างๆ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหา NCDs
๖. พัฒนาพื้นที่นำร่อง NCDs คลินิกในการร่วมให้บริการช่วยเหลือบุหรี่

วัตถุประสงค์

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





เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. ความชุกการเสพยาสูบของประชากรไทย ลดลงเมื่อสิ้นปี ๒๕๖๐ ไม่เกินร้อยละ ๑๗.๘ (ข้อมูลปี ๒๕๕๖ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยโดยรวมร้อยละ ๑๙.๙๔) (อ้างอิงตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒)
๒. เกิดมาตรการและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อแนวโน้มการลดลงของอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรไทย โดยพัฒนา/ผลักดันนโยบาย กฎหมาย มาตรการ แนวปฏิบัติเพื่อการควบคุมยาสูบให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒
๓. เกิดรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายเข้มแข็งขึ้น โดยการสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมาย ไม่น้อยกว่า ๕ จังหวัด
๔. เกิดกรณีตัวอย่างกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดไม่น้อยกว่า ๕ จังหวัด
๕. เกิดองค์ความรู้จากการวิจัยที่จำเป็นสำหรับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง และมีการจัดเวทีวิชาการระดับชาติ
๖. เกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นการไม่สูบบุหรี่มากขึ้นในประชาชนไทย อย่างน้อย ๒ ประเด็นสำคัญ
๗. เกิดการพัฒนามาตรฐานบริการเลิกบุหรี่ในระดับบริการต่างๆ และมีการขยายตัวของบริการเลิกบุหรี่ของประเทศ สายด่วนเลิกบุหรี่แห่งชาติ สามารถบริการเปิดให้บริการแก่ประชาชนทั้งเชิงรับและเชิงรุกโดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่า ๑๕,๐๐๐ ครั้งต่อเดือน มีจำนวนผู้ติดบุหรี่ที่ใช้บริการรับคำปรึกษาและป้องกันการสูบบุหรี่ โดยเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๔,๐๐๐ รายต่อเดือน และมีจำนวนผู้เลิกบุหรี่ได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๔๐
๘. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ เช่น คลินิกฟ้าใส ร้านยา คลินิกทันตกรรม มีการขยายเครือข่ายหน่วยการเลิกบุหรี่ที่มีคุณภาพ สามารถให้บริการได้ตามมาตรฐาน รวมไม่น้อยกว่า ๔๐๐ แห่ง
๙. เกิดเวทีทำงานเรื่องการควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) โดยการมีส่วนร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุข แหล่งทุน ศูนย์วิชาการประเด็นพฤติกรรมเสี่ยงทั้งสี่ประเด็น (บุหรี่ เหล้า อาหาร การออกกำลังกาย)

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ร่วมกับสำนักสุขภาวะชุมชน สนับสนุนองค์ความรู้ให้แก่ชุมชน/พื้นที่ ในการพัฒนาให้เกิดนวัตกรรม การดำเนินงานควบคุมยาสูบ จำนวน ๕๐ แห่ง

๒. ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในการสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการเพื่อให้ได้กรอบวิธีการพัฒนาตัวชี้วัด และได้นักวิชาการในการวัดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในโรงเรียน
๓. ร่วมกับแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ในการสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการเพื่อให้ได้กรอบวิธีการพัฒนาตัวชี้วัด และได้นักวิชาการในการดำเนินการวัดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในสถานประกอบการ
๔. ร่วมกับแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ ในการสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการเพื่อให้ได้กรอบการพัฒนา Package การทำงานเพื่อลดการบริโภคบุหรี่ และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๕. บูรณาการการทำงานในโครงการ “๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” โดยเชื่อมประสานการทำงานร่วมกับแผนงานอื่นๆ ใน สสส. ดังนี้
 - แผนสุขภาวะชุมชน ในการประสานให้เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมขับเคลื่อนโครงการ
 - แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในการประสานให้เครือข่ายเยาวชน และโรงเรียนร่วมขับเคลื่อนโครงการ
 - แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ ในการผลักดันให้เกิดการวัดผลการเลิกบุหรี่อย่างเป็นระบบ
 - แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ในการเชิญชวนให้ภาคีเครือข่ายร่วมรณรงค์ให้เกิดการเลิกบุหรี่
 - แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ ในการเชิญชวนให้ภาคีเครือข่ายร่วมรณรงค์ให้เกิดการเลิกบุหรี่

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

๑. เชื่อมโยงภาคีหลักที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็นเพื่อสร้างเป้าหมายร่วมในด้านการควบคุมยาสูบ ตลอดจนการเชื่อมร้อยการทำงานเพื่อเสริมพลังซึ่งกันและกัน ได้แก่ พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม เพื่อสร้างการมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายหนึ่งที่สำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs)





๒. พัฒนาศูนย์ข้อมูลเชิงวิชาการและจัดการความรู้เพื่อใช้ประโยชน์ในการผลักดันงานควบคุมยาสูบ ตลอดจนเพื่อการสนับสนุนเชิงนโยบายสาธารณะและการติดตามประเมินผล
๓. พัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และประชาชน
๔. รณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาสูบ ผ่านช่องทางสื่อ และการทำงานของภาคีเครือข่ายต่างๆ
๕. สนับสนุนบริการเลิกบุหรี่ ในบริบทต่างๆ
๖. เชื่อมโยงการทำงานด้านการควบคุมยาสูบร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส. เช่น แผนสุขภาพะชุมชน แผนสุขภาพะเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาพะ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ แผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร เป็นต้น

กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมการบริโภคยาสูบ ประกอบด้วย ๖ กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงานมีการกิจโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย

- ๑.๑ สนับสนุนองค์กรหลักของรัฐด้านการควบคุมยาสูบ เช่น สถาบันควบคุมยาสูบของรัฐ และสนับสนุนเพื่อเสริมความเข้มแข็งและยั่งยืนให้แก่หน่วยจัดการหลัก เช่น คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ (คยข.) สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยพัฒนาข้อเสนอเพื่อผลักดันนโยบายและการบังคับใช้กฎหมายด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ตลอดจนร่วมผลักดันกฎหมายและมาตรการการควบคุมยาสูบของประเทศตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลกในประเด็นต่างๆ อาทิ มาตรา ๕.๓ การป้องกันการแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบโดยอุตสาหกรรมยาสูบ มาตรา ๖ มาตรการด้านราคา และด้านภาษี มาตรา ๙ การเปิดเผยส่วนประกอบ มาตรา ๑๑ การบรรจุหีบห่อและภาพคำเตือน มาตรา ๑๓ การห้ามโฆษณา ส่งเสริมการขายยาสูบ และสนับสนุนโดยอุตสาหกรรมยาสูบ มาตรา ๑๔ การให้บริการเลิกบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรา ๑๕ การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย
- ๑.๒ พัฒนานโยบายและมาตรการใหม่ โดยลำดับความสำคัญจากข้อสรุปทางวิชาการ และเงื่อนไขทางยุทธศาสตร์ เช่น นโยบายที่เน้นการลดการบริโภคยาเส้น บุหรี่มวนเอง การป้องกันบุหรี่หนีภาษีและบุหรี่ปลอม การปรับปรุงโครงสร้างภาษียาสูบและระบบการจัดเก็บภาษี การยกเลิกสิทธิประโยชน์

ทางภาษียาสูบ การขยายการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ อีกทั้งการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย/มาตรการสำคัญ อาทิ การเพิ่มสารที่ทำให้บุหรี่ดับง่ายเพื่อลดปัญหาอัคคีภัย สนับสนุนให้ปลูกพืชทดแทนการปลูกใบยาสูบ และสนับสนุนให้มีพระราชบัญญัติคณะกรรมการควบคุมยาสูบจังหวัด/เจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย

- ๑.๓ สนับสนุนการผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ ในพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕ และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ ในประเด็นการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ การโฆษณาโดยตรง การโฆษณาโดยวิธีแปรเปลี่ยนเครื่องหมายการค้า การส่งเสริมการขายรูปแบบต่างๆ การผลิตและจำหน่ายสินค้าซึ่งมีรูปลักษณะคล้ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ การลดพิษภัยในผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะจากภาคประชาสังคมในการบังคับใช้กฎหมาย
- ๑.๔ เน้นการเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายโดยเฉพาะส่วนภูมิภาค โดยเพิ่มบทบาทและศักยภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ กรุงเทพมหานคร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายเข้มข้นขึ้น ส่วนสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบในส่วนกลาง ทำหน้าที่ประสาน สนับสนุน ติดตามและประเมินผล สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการบังคับใช้กฎหมายให้มากยิ่งขึ้น มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นศูนย์กลางและเน้นการทำงานกับผู้กำหนดนโยบายในแต่ละหน่วยงาน ให้ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง โดยเฉพาะการจัดเขตปลอดบุหรี่ที่ถูกต้องตามกฎหมาย และการประกาศนโยบายสนับสนุน เช่น การไม่รับบุคลากรที่ติดบุหรี่เข้าทำงาน ตลอดจนการสนับสนุนเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อผลักดันนโยบายในการควบคุมยาสูบในระดับท้องถิ่น ร่วมไปกับการสนับสนุนพัฒนาให้โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเป็นศูนย์กลางในการให้บริการเลิกบุหรี่และการควบคุมยาสูบ
- ๑.๕ เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการมีบทบาทการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย โดยเปิดช่องทางการสื่อสารเพื่อรับเรื่องร้องเรียนให้ประชาชนแจ้งเหตุได้สะดวกมากขึ้น
- ๑.๖ สนับสนุนการเข้าร่วมมีบทบาทหลักในนโยบายยาสูบระดับสากล เช่น การสนับสนุนการดำเนินงานตามกรอบอนุสัญญาควบคุมการบริโภคยาสูบ และการพัฒนาศักยภาพคณะผู้แทนไทยในเวทีสากล เป็นต้น

๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

สนับสนุนให้ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ (ศจย.) ร่วมกับภาคีทางวิชาการต่างๆ พัฒนางานวิจัย จัดการความรู้ การศึกษาฝึกอบรม ในเรื่องต่างๆ ได้แก่





๒.๑ สนับสนุนการวิจัยและขยายฐานเครือข่ายนักวิจัยด้านบุหรี่และสุขภาพ โดยเฉพาะงานวิจัยใน ๗ กลุ่มนโยบายที่สำคัญ เพื่อการควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ/ตำบล โดยเน้นชุมชนเป็นฐาน การวิจัยพื้นฐานที่จำเป็น การวิจัยที่สนับสนุนนโยบาย การวิจัยเพื่อสนับสนุนการดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก และทุนวิทยานิพนธ์ปริญญาโทและเอก ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ รวมทั้งการสนับสนุนด้านวิชาการเพื่อพัฒนาหลักสูตรการควบคุมยาสูบในระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษาในสาขาการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนการเพิ่มสมรรถนะกำลังคนในระบบการให้บริการเลิกบุหรี่ในหน่วยงานหลักที่ให้บริการอย่างทั่วถึง และเผยแพร่ความรู้ในรูปแบบต่างๆ และวิเคราะห์ สังเคราะห์ ปรับปรุงชุดความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยให้เหมาะสมกับการรับรู้ของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เพื่อขยายสู่ผู้รับประโยชน์ในพื้นที่และองค์กรที่กว้างขวางขึ้น

๒.๒ พัฒนาเครือข่ายนักวิชาการในกลุ่มประเด็นวิชาการสำคัญ ได้แก่ รูปแบบบริการการเลิกบุหรี่ในระดับต่างๆ มาตรการทางภาษีและการรับมือภาวะคุกคามที่มาจากการค้าเสรี การควบคุมผลิตภัณฑ์รูปแบบต่างๆ ของยาสูบ งานวิจัยเชิงพฤติกรรมและสังคม บุหรี่มวนเอง การเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย และการประเมินประสิทธิภาพมาตรการการควบคุมยาสูบที่ใช้อยู่

๒.๓ พัฒนาระบบข้อมูลในระบบเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ในผู้ใหญ่ เยาวชน รวมทั้งการเฝ้าระวังการโฆษณาส่งเสริมการขาย และการให้ทุนอุปถัมภ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยเป็นความร่วมมือระหว่าง ศยจ. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

๒.๔ จัดการประชุมวิชาการ “บุหรี่หรือสุขภาพแห่งชาติ” เป็นประจำอย่างต่อเนื่องทุกปีเพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนทางวิชาการและประสบการณ์ระหว่างผู้ที่ทำงานและผู้สนใจ

๒.๕ พัฒนาระบบการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO-FCTC) มาตรการต่างๆ การวิจัยในคำถามถึงมาตรการในกลุ่มเป้าหมายที่ยังบรรลุผลต่ำ และพัฒนานักวิจัยประเมินผลในมิติต่างๆ โดยเน้นเชิงคุณภาพ ให้ครอบคลุมการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบ

๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่าย การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่

๓.๑ จัดกิจกรรมพิเศษและสร้างกระแสสังคม เพื่อรณรงค์กระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวและปลูกฝังค่านิยมการไม่สูบบุหรี่ การขยายพื้นที่รูปธรรมปลอดบุหรี่ การรณรงค์บ้านปลอดบุหรี่ การรักษาสิทธิของตนเองจากการได้รับอันตรายของควันบุหรี่มือสอง การสร้างจิตอาสาเพื่อลดการสูบบุหรี่ และการสนับสนุนนโยบายที่สำคัญ การเลิกบุหรี่ การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและองค์กรต่างๆ

ในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ตลอดจนจัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังและเปิดโปงกลยุทธ์ต่างๆ ของบริษัทบุหรี่ให้สังคมรับรู้ และผลักดันให้เกิดการพัฒนาและแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- ๓.๒ พัฒนาเพื่อขยายรูปแบบและภาคีในการทำงานกับเยาวชนเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ รวมทั้งขยายการดำเนินงานในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ภูมิลำเนาในชนบท และพื้นที่ภาคใต้ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่สูง
- ๓.๓ พัฒนาและขยายเครือข่ายในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มต่างๆ ทั้งที่ดำเนินการมาแล้วหรือภาคีใหม่ เช่น กลุ่มธุรกิจโรงแรม โรงพยาบาล สตรี สื่อมวลชน ผู้ใช้แรงงาน กลุ่มคนที่เลิกบุหรี่ได้ กลุ่มผู้นำทางสังคมที่ไม่สูบบุหรี่ และการพัฒนาช่องทางสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ใหม่ๆ ในกลุ่มเป้าหมายเยาวชน
- ๓.๔ ขยายแนวร่วมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนงานด้านการรณรงค์และการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย เช่น เครือข่ายสถานประกอบการปลอดบุหรี่ เครือข่ายโรงแรมปลอดบุหรี่ เครือข่ายสถาบันสุขภาพเด็กและภาควิชากุมารเวช สำนักงาน หอพัก เครือข่ายผู้ไร้กล่องเสียง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายสถานีตำรวจ เครือข่ายจังหวัดปลอดบุหรี่ เพื่อให้เป็นต้นแบบของสถานที่ราชการปลอดบุหรี่และเห็นความสำคัญของการบังคับใช้กฎหมายการจัดเขตปลอดบุหรี่ เครือข่ายครุระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา เพื่อการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหการสูบบุหรี่ของเยาวชน ตลอดจนเครือข่ายเยาวชนอาสาสร้างสถานศึกษาปลอดบุหรี่
- ๓.๕ สนับสนุนให้เกิดการควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด และขยายเครือข่ายทำงานควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่ โดยประสานกับภาคีในแผนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะการขยายเครือข่ายในระดับภูมิภาค ทั้งกับกลุ่มตำรวจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เพื่อรณรงค์ลดการบริโภคและการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายในภาคประชาสังคม ตลอดจนการสนับสนุนภาคีเครือข่ายของ สสส. กับแผนอื่นๆ ทั้งภาคีเชิงประเด็น ภาคีเชิงองค์กร และภาคีเชิงพื้นที่ เพื่อสอดแทรกการลดการบริโภคนยาสูบในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ
- ๓.๖ สนับสนุนให้เกิดการสร้างนวัตกรรม ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร และการพัฒนาสื่อนวัตกรรม ให้แก่หน่วยงานต่างๆ อาทิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการ สถานศึกษา
- ๓.๗ พัฒนาและขยายผลนวัตกรรมในการควบคุมการบริโภคนยาสูบ ในองค์กรที่มีนโยบายพัฒนาคุณภาพการจัดเขตปลอดบุหรี่ให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการสนับสนุนบุคลากรที่ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่เพื่อขยายเครือข่ายแนวร่วมให้มากขึ้น
- ๓.๘ ส่งเสริมและสนับสนุนให้เครือข่ายภาคีการควบคุมการบริโภคนยาสูบเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม โดยจะสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายทางด้านองค์ความรู้ที่ถอดบทเรียนจากการทำงานและสื่อพร้อมใช้ รวมทั้งการจัดกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพและติดตาม เพื่อเสริมหนุนการดำเนินโครงการของเครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายโรงพยาบาล เครือข่ายครู และเครือข่ายเยาวชน





๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนบริการเลิกบุหรี่

- ๔.๑ พัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ระดับชาติ หรือสายด่วนเลิกบุหรี่แห่งชาติ (National Quitline) ให้เข้มแข็งขึ้นในทุกกระบวนการ (ปฐมภูมิ ทุตติภูมิ และตติภูมิ) โดยขยายงานและพัฒนาคุณภาพของสถานบริการและบุคลากรเพื่อการเลิกบุหรี่ และพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ตแห่งชาติ รวมทั้งพัฒนาให้เกิดคู่มือในการช่วยให้เลิกบุหรี่ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย และภูมิภาค อาทิ กลุ่มผู้หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กและเยาวชน เพื่อดึงดูดผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ รวมถึงการพัฒนาแบบแผนการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลนอกระบบสุขภาพไปกับการพัฒนาระบบการรักษาผู้ติดยาเสพติด พัฒนาสร้างความเข้มแข็งทางจิตเพื่อการเลิกบุหรี่ ผลักดันให้ยารักษาการติดยาเสพติดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พัฒนาเว็บไซต์เพื่อช่วยเหลือเลิกบุหรี่ เพื่อเป็นอีกหนึ่งช่องทางที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย สนับสนุนให้มีระบบคัดกรองผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดโดยทดลองดำเนินการในเครือข่ายโรงพยาบาลปลอดบุหรี่
- ๔.๒ สนับสนุนการดำเนินงานเครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อการไม่สูบบุหรี่ อาทิ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ เทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย เพื่อขยายการส่งเสริมและกระตุ้นให้บุคลากรสาธารณสุขเข้ามามีบทบาทในการผลักดันนโยบายและสนับสนุนระบบบริการเลิกบุหรี่ รวมถึงการส่งต่ออย่างเป็นระบบ ตลอดจนการขยายและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการให้คำแนะนำช่วยเหลือเลิกบุหรี่ และการสนับสนุนนวัตกรรมเลิกบุหรี่ เช่น พัฒนาสมุนไพรรักษาเลิกบุหรี่ การนวดกดจุดสะท้อนเท้า เป็นต้น

๕. กลุ่มแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

- ๕.๑ เชื่อมประสาน บูรณาการการทำงานกับสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นองค์กรหลักในระบบสุขภาพที่รับผิดชอบงานด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- ๕.๒ พัฒนาชุดความรู้ที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรม (การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ) ต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งลำไส้และมะเร็งปอด
- ๕.๓ สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ผสมผสานไปกับการดำเนินงานปกติในระบบบริการสาธารณสุข และในกลุ่มสถานประกอบการ

๖. กลุ่มแผนงานสนับสนุนภาคีเชิงยุทธศาสตร์

- ๖.๑ สนับสนุนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินโครงการจังหวัดควบคุมยาสูบทั่วประเทศ ซึ่งเน้นยุทธศาสตร์การทำงานสร้างความเข้มแข็งของกลไกการทำงานระดับจังหวัด การบังคับใช้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ การรณรงค์ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ และการพัฒนาระบบบำบัดและการชวนให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่

๖.๒ สนับสนุนการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขและเครือข่ายหมออนามัยและสม.ที่จะชวนผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่โดยการทำกิจกรรมเชิญชวน ทำชวนให้เลิกสูบบุหรี่ในระดับตำบลและหมู่บ้านทั่วประเทศ (โครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน)

ภาคีหลัก

คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สมาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สมาคมหมออนามัย สมาคมนักการแพทย์ สมาคมแพทย์แผนไทย มูลนิธิส่งเสริมวิจัยทางการแพทย์ มูลนิธิใบไม้เขียว สมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม มูลนิธิสร้างสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย หน่วยราชการทุกกระทรวง โดยเฉพาะกระทรวงยุติธรรม กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา สื่อมวลชน ภาคธุรกิจเอกชนต่างๆ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย	๓๔
๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร	๓๗
๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่ายการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่	๑๗๒
๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนบริการเลิกบุหรี่	๓๑
๕. กลุ่มแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ	๒๐
๖. กลุ่มแผนงานสนับสนุนภาคีเชิงยุทธศาสตร์	๖๖
รวม	๓๖๐



๒

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
และสิ่งเสพติด

สถานการณ์และแนวโน้ม

ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑. จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในช่วงปี ๒๕๔๔ - ๒๕๕๘ ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมที่เป็นนักดื่มค่อนข้างคงที่ โดยจากร้อยละ ๓๒.๗ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๓๔ ในปี ๒๕๕๘ และข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ ปี ๒๕๕๗ พบว่า ประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน ๑๒ เดือนที่ผ่านมา มีการดื่มลดลงจากร้อยละ ๔๕.๓ ในปี ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๓๘.๙ ในปี ๒๕๕๗ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาจากการดื่มใน ๓๐ วันที่ผ่านมาพบว่าเพศชายและเพศหญิงมีการดื่มลดลง โดยเพศชายมีการดื่มลดลงจากร้อยละ ๕๖.๒ ในปี ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๔๓.๒ ในปี ๒๕๕๗ และร้อยละ ๑๖.๒ ในปี ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๑๒.๗ ในปี ๒๕๕๗ ในเพศหญิงโดยผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสี่ยงปานกลาง ขึ้นไปต่อวันที่ดื่มใน ๓๐ วัน ในปี ๒๕๕๗ ลดลงจากร้อยละ ๗.๓ ในปี ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๓.๔ ในปี ๒๕๕๗

๒. ด้านปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย พบว่าปริมาณการบริโภคเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลงจาก ๘.๐๙ ลิตรต่อคนต่อปีในปี ๒๕๔๐ เป็น ๖.๙๕ ลิตรต่อคนต่อปีในปี ๒๕๕๘ โดยการบริโภคสุรากลั่นมีสัดส่วนสูงที่สุดตลอดช่วงสิบเจ็ดปีที่ผ่านมา รองลงมาคือ เบียร์ และไวน์ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม สัดส่วนการบริโภคสุรากลั่นมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่สัดส่วนการบริโภคเบียร์และไวน์เพิ่มขึ้น

๓. สถานการณ์การบริโภคแอลกอฮอล์ในภูมิภาค จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี ๒๕๕๔ พบว่า ภาคเหนือมีความชุกของนักดื่มสูงสุด คือ ร้อยละ ๔๑.๗ รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ ๓๙.๑ ภาคกลาง ร้อยละ ๓๑.๘ และภาคใต้มีความชุกของนักดื่มน้อยที่สุด^{๙๔} เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่า จังหวัดที่มีความชุกของนักดื่มสูงสุด ได้แก่ พะเยา รองลงมาเป็นแพร่ เชียงราย นครพนม และน่าน นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์ดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์^{๙๕} พบว่า จังหวัดพะเยา มีความเสี่ยงสูงสุด รองลงมาเป็นปราจีนบุรี แพร่ พิษณุโลก และเชียงใหม่

^{๙๔} การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๕๘, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

^{๙๕} ดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ เป็นตัวชี้วัดแบบดัชนีผสมผสาน ซึ่งประกอบด้วย ๕ ประเด็นหลัก ได้แก่ ความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ สัดส่วนของการดื่มประจำของนักดื่มผู้ใหญ่ทั้งหมด สัดส่วนการดื่มหนักของนักดื่มผู้ใหญ่ทั้งหมด สัดส่วนของการดื่มแล้วขับยานพาหนะ และความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น





๔. ผลสำรวจประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บริโภค ในปี ๒๕๕๗ (ตอบได้มากกว่า ๑ ประเภท) พบว่า ส่วนใหญ่ดื่มเบียร์มากที่สุด คือ ร้อยละ ๖๕.๘ อันดับสองเป็นสุราสี/สุราแดงราคาถูก ร้อยละ ๔๒.๑ อันดับสาม สุราขาวและสุรากลั่นชุมชน ร้อยละ ๓๙.๓ อันดับสี่คือสุราสี/สุราแดงที่มีราคาแพงร้อยละ ๑๒.๖ และอันดับห้า คือไวน์คูลเลอร์/สุราผสมน้ำผลไม้/เหล้าปั่น ร้อยละ ๗.๓

๕. ภาษีสรรพสามิตจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ที่เคยมีอัตราเพิ่มถึงร้อยละ ๓๘.๖ ในปี ๒๕๔๕ ได้ค่อย ๆ ลดลงเป็นร้อยละ ๑๖.๑, ๑๑.๐ และ ๗.๕ ตามลำดับในปี ๒๕๔๖ - ๒๕๔๘ และในปี ๒๕๔๙ อัตราเพิ่มดังกล่าวเปลี่ยนเป็นอัตราลด ร้อยละ ๒.๐ คิดเป็นมูลค่า ๑,๓๘๙ ล้านบาท สำหรับภาษีในปี ๒๕๕๐ และ ๒๕๕๑ มีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๖.๔ และ ๖.๓ ตามลำดับ อันเนื่องมาจากการเพิ่มอัตราภาษีของรัฐบาล ในวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๕๐ และเมื่อเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๒ รัฐบาลได้ประกาศเพิ่มอัตราภาษีขึ้นอีกครั้ง โดยภาษี ในปี ๒๕๕๒ ยังคงมีอัตราลดเป็นร้อยละ ๓.๖ และมีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๖.๓ และ ๘.๘ ในปี ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๔ ตามลำดับ^{๑๑} ทั้งนี้ล่าสุดเมื่อวันที่ ๓ กันยายน ๒๕๕๖ คณะรัฐมนตรี มีมติเห็นชอบให้ปรับโครงสร้างภาษีอัตราภาษี สุราใหม่ ทั้งขยายเพดานอัตราภาษีให้สูงขึ้น และปรับเปลี่ยนวิธีการจัดเก็บใหม่มีผลบังคับใช้ ๔ กันยายน ๒๕๕๖

๖. การดื่มเครื่องดื่มของคนไทยและผลกระทบจากสุราในด้านต่างๆ ในสังคมยังอยู่ในระดับสูง ในปี ๒๕๕๘ จากการรวบรวมสถิติข่าวความรุนแรงทางเพศ จากหนังสือพิมพ์ ๑๔ สำนักพิมพ์ ในรอบปี ๒๕๕๘ โดยมูลนิธิหญิงชายก้าวไกล พบว่ามีข่าวความรุนแรงทางเพศ ทั้งหมด ๓๐๖ ข่าว มากที่สุดคือข่าวข่มขืนรักร่วม ๒๒๔ ข่าว คิดเป็นร้อยละ ๗๓.๒ และมีผู้ที่เสียชีวิตถึง ๒๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๐ โดยอาชีพของผู้ถูกระทำส่วนใหญ่เป็น นักเรียน/นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๕ สำหรับปัจจัยกระตุ้นมาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็นร้อยละ ๓๐ รองลงมามีปัญหาการยับยั้งอารมณ์ทางเพศ คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๓ นอกจากนี้ ข้อมูลจากผลจากการสำรวจ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่า การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อสมาชิก ที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน และส่งผลกระทบต่อคนภายนอกครัวเรือน ซึ่งพบว่าปัญหาทางการเงินส่งผลกระทบต่อ สมาชิกในครัวเรือนมากกว่าปัญหาอื่นๆ ร้อยละ ๕.๗ รองลงมาคือการใช้ปากเสียง ทะเลาะโต้เถียงกัน ในครัวเรือน และก่อให้เกิดความรำคาญ รบกวนการทำงานและคุณภาพชีวิต (ร้อยละ ๕.๕ และ ๔.๓ ตามลำดับ) และปัญหาการลงมือทำร้ายร่างกาย และการกระทำความรุนแรง (ร้อยละ ๐.๙ และ ๑.๒ ตามลำดับ)^{๑๒}

๗. ตัวอย่างของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การเพิ่มขึ้นของอัตรา การบาดเจ็บรุนแรงในช่วงเทศกาล ซึ่งให้เห็นว่าในช่วงเทศกาลวันหยุดยาวสงกรานต์ มีจำนวนผู้บาดเจ็บเพิ่มขึ้น ๑.๗ เท่าจากช่วงปกติ ในภาพรวม ผู้บาดเจ็บที่ดื่มจะมีปริมาณการดื่มที่สูงมาก โดยเฉลี่ยดื่ม ๑๒๔.๗๕ กรัมของ เอทานอล นอกจากนี้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาความรุนแรง ในครอบครัว จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี ๒๕๕๔ พบว่า ครัวเรือนที่มีสมาชิกดื่มสุรา มีปัญหา การใช้ความรุนแรงในครอบครัวและหรือปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ร้อยละ ๓๖.๖

^{๑๑} ข้อมูลจากเว็บไซต์กรมสรรพสามิต <https://edweb.excise.go.th/stastw/CompareOverAllTaxStatisticByProdYearAction.do> เข้าถึง กรกฎาคม ๒๕๕๕

^{๑๒} การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. ๒๕๕๗, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

๘. ข้อมูลภาวะสังคมไทย โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า **ค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** จาก ๑๕๑,๖๐๗ ล้านบาท ในปี ๒๕๔๘ เพิ่มขึ้นเป็น ๑๗๘,๘๑๐ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๑ แล้วลดลงเหลือ ๑๔๕,๑๗๖ ในปี ๒๕๕๗ และเพิ่มขึ้นเป็น ๑๔๗,๘๘๓ ในปี ๒๕๕๘ (ที่มา: สำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

๙. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยและผลกระทบจากสุราในด้านต่างๆ ในสังคมยังอยู่ในระดับสูง เช่น การศึกษาการโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๒ ชี้ว่า **เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงได้สร้างภาระโรคในคนไทยมากเป็นอันดับหนึ่ง** โดยก่อให้เกิดผลต่ออุบัติเหตุ มะเร็ง ตับแข็ง การถูกทำร้าย โรคทางจิตเวช โรคหัวใจและหลอดเลือดและอื่นๆ และในปี ๒๕๕๖ การสูญเสียปีสุขภาวะ รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ พบว่า **ประชากรไทยเพศชายสูญเสียปีสุขภาวะโดย มีการเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ใน ๑๐ อันดับแรก** นอกจากนี้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้ชี้ให้เห็นตัวเลขความเสียหายทางเศรษฐกิจจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ในปี ๒๕๔๙ คิดเป็นมูลค่าสูงถึง ๑๕๐,๖๗๗ ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ ๒ ของ GDP)

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด

๑. สถานการณ์ด้านการค้า ลักลอบ นำเข้า และการปราบปรามจับกุม สถานการณ์ปัญหาสารเสพติดภายในประเทศในปัจจุบันยังอยู่ในระดับรุนแรงโดยมีปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยที่ยังดำรงอยู่ ขณะที่ปัจจัยแวดล้อมทั้งปัญหาเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และค่านิยมในการดำรงชีวิตก็มีอิทธิพลต่อสถานการณ์สารเสพติดด้วยเช่นกัน โดยการลำเลียงในปริมาณมากในระดับล้านเม็ดถูกแบ่งการลำเลียงเป็นระดับแสนเม็ดเพื่อลดการสูญเสีย เห็นได้จากการจับกุมของกลางระดับแสนเม็ดเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมามากกว่า ๑ เท่าตัว (๔๐ คดีเป็น ๘๖ คดี) ขณะที่กลุ่มนักค้ารายย่อยก็ถูกจับกุมมากขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้ ข้อมูล ณ วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๙ มีผู้ต้องขังทั่วประเทศทั้งสิ้น ๓๒๐,๙๑๒ คน เป็นนักโทษเด็ดขาด (คดีถึงที่สุดแล้ว) ๒๖๑,๙๑๑ คน ในจำนวนนี้เป็นคดีสารเสพติด ๑๘๙,๑๙๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๒.๒ โดยเป็นนักโทษหญิงร้อยละ ๑๖ และเป็นเยาวชนอายุไม่เกิน ๒๕ ปีร้อยละ ๒๓.๙

๒. สถานการณ์ด้านผู้เสพ ผู้ติด การสำรวจครัวเรือนระดับชาติเพื่อประมาณการจำนวนผู้ใช้สารเสพติดทั่วประเทศในปี ๒๕๕๔ พบว่า ประชากรไทยอายุระหว่าง ๑๒ - ๖๕ ปี (๔๘.๓๕ ล้านคนทั่วประเทศ) ประมาณ ๓.๔๘ ล้านคน หรือ ๗๒.๐๒ คนต่อพันคนเคยใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดในชีวิต ผู้ที่รายงานว่าใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน ๑ ปี และ ๓๐ วันก่อนการสำรวจ มีจำนวนประมาณ ๕.๘ แสนคน และ ๓.๔ แสนคน หรือคิดเป็น ๑๒.๐๓ และ ๗.๐๔ คนต่อพันคนตามลำดับ และที่ยังคงใช้สารเสพติดมากกว่า ๒๐ วันใน ๓๐ วัน มีจำนวน ๓.๓๘ คนต่อพันคน สารเสพติดที่มีผู้เคยใช้มากที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ กัญชา กระท่อม ยาบ้า สารระเหย ผีเสื้อ ไอซ์ ผงขาว/เฮโรอีน ยาอี/ยาเลิฟ น้ำต้มใบกระท่อม ยางกัญชา ยาเค และโคเคน โดยมีผู้รายงานว่าเคยใช้กัญชา ๒.๔ ล้านคน กระท่อม ๑.๒ ล้านคน และยาบ้า ๙ แสนคน คิดเป็น ๕๑.๓๕, ๒๕.๔๐ และ ๑๘.๖๖ คนต่อพันคน ตามลำดับ





๓. สถิติจำนวนคดีและผู้ต้องหาที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด ระหว่างปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘ พบว่าจำนวนคดีและผู้ต้องหาที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดมีแนวโน้มลดลง โดยที่จำนวนผู้ต้องหา ๒๔๕,๒๘๕ คนในปี ๒๕๕๔ ลดลงเหลือเพียง ๑๖๐,๙๓๘ คน ในปี ๒๕๕๘ เมื่อแยกคดีที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดออกเป็นคดีค้า และคดีเสพแล้วจะพบว่าจำนวนคดีค้าลดลงเพียงเล็กน้อย ในขณะที่จำนวนคดีเสพลดลงมากกว่าอย่างเห็นได้ชัด ทำให้เมื่อคิดเป็นสัดส่วนแล้วสัดส่วนของคดีเสพต่อคดีทั้งหมดเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ ๒๕.๒ ในปี ๒๕๕๔ เป็นร้อยละ ๓๔.๗ ในปี ๒๕๕๘ เมื่อแจกแจงจำนวนคดีตามชนิดของสารเสพติด พบว่าคดีเกี่ยวข้องกับสารเสพติดประเภทยาบ้ามีจำนวนมากที่สุดอยู่ทุกปี โดยข้อมูลเมื่อวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๙ พบว่า นักโทษจากคดียาเสพติดจากยาบ้ามีจำนวน ๑๖๘,๐๕๕ คน

๔. ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาสารเสพติด ในปี ๒๕๕๗ กลุ่มผู้เสพและผู้ติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพจากหน่วยงานต่างๆ ทั่วประเทศมีจำนวน ๒๒๒,๒๙๑ คน คาดประมาณว่ามีผู้เสพผู้ติดสารเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทุกระบบในปี ๒๕๕๙ จำนวน ๒๒๐,๐๐๐ คน การเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาโดยสมัครใจ (รวมมาตรการ ๑๐๘) มีสัดส่วนสูงเป็นร้อยละ ๕๐.๕ ระบบบังคับบำบัดร้อยละ ๔๕.๑ และระบบต้องโทษร้อยละ ๔.๔ สำหรับกลุ่มผู้เสพรายใหม่มีสัดส่วนลดลง เหลือประมาณ ๓ ใน ๕ คน จากเดิมเมื่อ ๑๐ ปีที่ผ่านมา ที่มีอยู่ประมาณ ๔ ใน ๕ คน แต่พบว่ากลุ่มเด็กอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๑๘.๖ เป็นร้อยละ ๒๑.๔ โดยครึ่งหนึ่งกำลังเรียนอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มยาที่ใช้ในกลุ่มนี้ คือ กัญชา พิษกระท่อม และเฮโรอีน เพิ่มขึ้นในด้านพฤติกรรมการใช้สารเสพติด แม้ว่าผู้ใช้ส่วนใหญ่จะใช้สารเสพติดชนิดเดียว แต่แนวโน้มของการใช้ยามากกว่า ๑ ชนิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากเดิมร้อยละ ๑๒.๑ เป็นร้อยละ ๑๗.๙ ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อการบำบัดรักษาและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพของผู้เสพ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ได้รับการบำบัดรักษาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มผู้ติดและผู้ติดยรุนแรงเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ จากการประมาณการจำนวนผู้ติดสารเสพติดในปี ๒๕๕๗ โดยใช้วิธีขยายเครือข่าย (network scale up) พบว่าประชากรไทยประมาณ ๗ หมื่นคน (ร้อยละ ๐.๑๑ ของประชากร) เป็นผู้ใช้สารเสพติดแบบผิดในปัจจุบัน

๕. สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในเยาวชน พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ มีอัตราการเพิ่มของเยาวชนที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากที่สุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากร้อยละ ๓๕.๒ ในปี ๒๕๕๔ เป็น ร้อยละ ๕๐.๙ ในปี ๒๕๕๘ และภาคใต้ จากร้อยละ ๑๙.๒ ในปี ๒๕๕๔ เป็นร้อยละ ๓๑.๔ ในปี ๒๕๕๘ ด้วยยาเสพติดที่เยาวชนเข้าไปเกี่ยวข้องและถูกจับกุมมากที่สุด ได้แก่ ยาบ้า ร้อยละ ๖๔.๙ รองลงมาพิษกระท่อม ร้อยละ ๑๒.๕ น้ำดื่มกระท่อม ร้อยละ ๑๐.๒ กัญชา ร้อยละ ๖.๐ และไอซ์ ร้อยละ ๓.๕ ซึ่งพบว่าเด็กและเยาวชนมีอัตราเข้าบำบัดรักษา ตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๗ เป็น ๑๕ ๒๔ ๒๓ และ ๑๕ คน ตามลำดับ เมื่อแยกเป็นรายภาคพบว่าในปี ๒๕๕๗ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มีความชุกมากที่สุด คือ ๑๘ คน รองลงมาคือ ภาคเหนือ ๑๕ คน ภาคกลาง ๑๓ คน และกรุงเทพมหานคร ๙ คน ต่อประชากร ๑๐,๐๐๐ คน สารเสพติดสำคัญที่เด็กและ

เยาวชนนิยมใช้และเข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุด คือ ยาบ้า โดยพบว่า เด็กและเยาวชนมีการใช้ยาบ้า มากถึง ๓ ใน ๔ ของเยาวชนทั้งหมดที่เข้ารับการบำบัดรักษา รองลงมาคือ กัญชา ร้อยละ ๑๐.๐ ไอซ์ ร้อยละ ๓.๖ และ พืชกระท่อม ร้อยละ ๓.๐

๖. นโยบายและมาตรการตอบสนองต่อปัญหายาเสพติดในประเทศไทย อาจจะแบ่งออกเป็นสี่กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ ๑) **มาตรการทางอาญา** ในประเทศไทย ตลอดช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา ได้มีความพยายามเป็นอย่างมาก ในการเบี่ยงเบนสถานะของผู้เสพให้เข้าสู่ระบบฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยมีกฎหมายต่างๆ และการดำเนินงาน ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ (๑) พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๔๕ (๒) ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ (๓) คลินิกให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมของศาลอาญา และ (๔) (ร่าง) ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๕๘ ๒) **มาตรการปราบปราม** ที่นำมาใช้ในประเทศไทยนั้น จากแผนการปราบปรามยาเสพติดปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ของประเทศไทย สามารถจัดกลุ่มมาตรการที่นำมาใช้ได้เป็น การลดการปลูกพืชเสพติด การสกัดกั้นสารเสพติด ๓) **มาตรการบำบัดรักษา** หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ให้การบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายประกอบด้วยกระทรวงหลักสองกระทรวง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงยุติธรรม โดยการบำบัดรักษาการเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทย อิงตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๔๕ ๔) **มาตรการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด** เป็นมาตรการสำหรับผู้บริโภคสารเสพติดที่ยังไม่พร้อมจะเลิกสารเสพติดได้อย่างเด็ดขาด เป็นการ ยืดหยุ่นวิธีการรักษาโดยยึดความพร้อมของผู้เข้ารับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง บริการลดอันตรายประกอบด้วย บริการให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินผลความเสี่ยงของตนเองต่อการป้องกัน การติดเชื้อ HIV/AIDS, Hepatitis B และ C (Information Education and Communication : IEC) เพื่อ ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดเปลี่ยนแปลงตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ บริการตรวจเลือดหา HIV, Hepatitis B, C และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยสมัครใจ Voluntary Counseling and Testing (VCT) การจัดบริการ methadone ระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment : MMT) การจัดบริการ เข็มและอุปกรณ์สะอาด (Needle and Syringe Program : NSP) การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer education) และการทำงานเชิงรุกเพื่อลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Outreach program) และ ๕) **มาตรการป้องกันในสถานศึกษา** เช่น การสำรวจจำนวนผู้ใช้ ผู้เกี่ยวข้องกับ สารเสพติดในสถานศึกษา การรณรงค์ในรูปแบบต่างๆ การสร้างแรงจูงใจ การสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้เกี่ยวข้องและ ผู้เสพล้าเปิดตัวและเข้าสู่กระบวนการบำบัด การให้ความรู้และทักษะแก่ครู อาจารย์ในการรับมือปัญหาสารเสพติด ในสถานศึกษา การนำเสนอสื่อความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ รวมทั้งการจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของเด็กและเยาวชน และระบบสนับสนุนเด็กและเยาวชนต่างๆ ซึ่งหมายรวมถึงในระบบการเรียนการสอนด้วย เพื่อให้เกิดการบูรณาการแก้ปัญหาและสามารถป้องกันปัญหาสารเสพติดในสถานศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ





จุดเน้นของแผน

ด้านนโยบายสาธารณะ และการบังคับใช้กฎหมาย

๑. สนับสนุนการออกกฎหมาย มาตรการ และนโยบายสาธารณะทั้งมาตรการด้านอุปสงค์ (Demand Side) และด้านอุปทาน (Supply Side) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความจำเป็นทั้งเร่งด่วนและระยะยาว อาทิ
 - (๑) มาตรการควบคุมการเข้าถึง และราคา ได้แก่ มาตรการจำกัดจำนวนใบอนุญาต/เพิ่มค่าธรรมเนียม และอัตราโทษ มาตรการห้ามจำหน่ายรอบสถานศึกษา โดยกำหนดระยะห่างระหว่างมหาวิทยาลัย กับร้านค้าจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการห้ามโฆษณาโดยสิ้นเชิง มาตรการการขึ้นภาษี และมาตรการป้องกันการแทรกแซงนโยบายแอลกอฮอล์จากการค้าเสรี
 - (๒) สนับสนุนการศึกษาข้อมูลเพื่อจัดทำข้อเสนอมาตรการห้ามสมาคมหรือกิจกรรมกีฬาไม่ได้รับ สпонเซอร์จากรธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ หากมีงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน พัฒนาการกีฬาแห่งชาติ
๒. เพิ่มประสิทธิภาพของกลไกการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาทิ การศึกษา ทบทวนและพัฒนามาตรฐานเฝ้าระวังการกระทำผิด ระบบเฝ้าระวังการทำตลาดของธุรกิจ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย/เรื่องร้องเรียนรวมทั้งการประชุม คณะอนุกรรมการป้องกันและปราบปรามการกระทำผิดพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อสร้างมาตรฐานการบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเน้นการบังคับใช้มาตรการห้ามขายเหล้า ให้เด็กที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี และห้ามเด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ดื่มเหล้า (ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖) และการสื่อสารขยายให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบังคับใช้กฎหมาย
๓. สนับสนุนการออกนโยบายระดับพื้นที่/จังหวัดและท้องถิ่น เช่น นโยบายงานบุญประเพณีปลอดเหล้า งดเหล้าเข้าพรรษา รวมทั้งผลักดันให้คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด ดำเนินการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่และลดผลกระทบ โดยเน้น การทำงานที่มียุทธศาสตร์ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่/จังหวัด

การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑. เชื่อมประสานกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เครือข่ายนักวิชาการและขยายเครือข่ายนักวิจัย ระดับพื้นที่เพื่อร่วมกำหนดโจทย์วิจัย พัฒนางานวิจัยสร้างองค์ความรู้ใหม่ และจัดการความรู้ที่มีอยู่แล้วให้พร้อมใช้งานได้ ซึ่งเป็นองค์ความรู้และงานวิจัยที่จำเป็นและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งาน รวมถึงหน่วยงานภาครัฐสามารถนำองค์ความรู้ไปต่อยอดงานได้
๒. สร้างความร่วมมือในด้านข่าวสาร การพัฒนาบุคลากร และการชี้แนะนโยบายทั้งในประเทศและระดับสากลโดยการจัดการประชุมวิชาการสู่ระดับชาติ/นานาชาติ การจัดการประชุมวิชาการในระดับภูมิภาคการสนับสนุนบุคลากรในเครือข่ายให้เข้าร่วมการประชุมวิชาการระดับชาติ/นานาชาติ และการเชื่อมโยงกับองค์กรวิชาการสากล เชื่อมการทำงานด้านยุทธศาสตร์โลก
๓. การพัฒนางานวิจัย และสรุปบทเรียนเพื่อจัดทำเป็นคู่มือการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด รวมถึงระบบข้อมูลข่าวสารที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ผลงานวิจัย โดยสนับสนุนให้เกิดการเริ่มต้นวางแผนและ/หรือดำเนินการวิจัยในประเด็นดังต่อไปนี้
 - (๑) งานวิจัยสถานการณ์ปัญหาสุราทั้งด้านอุปสงค์อุปทานสาเหตุและกลไกปัญหาผลกระทบนโยบายและมาตรการดูแลผลกระทบทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากแอลกอฮอล์
 - (๒) การวิจัยเชิงปฏิบัติการมาตรการระดับชุมชน อาทิ แรงจูงใจในการเลิกดื่ม/ไม่ดื่ม ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ทั้งเยาวชน กลุ่มผู้หญิงและกลุ่มผู้ใช้แรงงาน รวมถึงแนวทางการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ ศึกษาความสัมพันธ์ของรายได้เฉลี่ยของประชากรระดับจังหวัดกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงให้มีการศึกษาวิถีชีวิต/วัฒนธรรม กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ท้องถิ่น เช่น สุราชุมชน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าพื้นที่ใดมีปัญหา เพื่อจะได้ทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - (๓) การวิจัยเชิงปฏิบัติการมาตรการการเข้าถึงได้แก่ มาตรการใบอนุญาตผลิต/จำหน่าย ซึ่งครอบคลุมประเด็นความหนาแน่นของจุดจำหน่าย มาตรการเพิ่มค่าธรรมเนียมและการกำหนดค่าธรรมเนียมหลายระดับ มาตรการใบอนุญาตผู้จำหน่าย/ร้านจำหน่ายแบบมีที่นั่งดื่ม (On-premise) มาตรการแยกร้านจำหน่ายสุราและยาสูบเป็นการเฉพาะ ฯลฯ
 - (๔) มาตรการห้ามโฆษณาและภาพคำเตือน (ซึ่งครอบคลุมประเด็นภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการห้ามโฆษณานอกจุดจำหน่าย มาตรการ Counter advertising (๕๐:๕๐) คือให้มีการแสดงข้อความ/ภาพ/ภาพเคลื่อนไหวประกบการโฆษณาในปริมาณเท่ากันในทุกสื่อ แนวทางการรับทุนอุปถัมภ์กรณีรับทุนสนับสนุนจากกองทุนกีฬาแห่งชาติ





- (๕) มาตรการทางภาษี ได้แก่ อัตราภาษี ภาวะเงินเฟ้อ ราคาขั้นต่ำ ฯลฯ
- (๖) การประเมินผลนโยบายต่างๆ เช่น มาตรการควบคุมการโฆษณา มาตรการควบคุมการเข้าถึง มาตรการทางภาษี (โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาษีเหล้าขาวยังต่ำกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทอื่น)
- (๗) การเฝ้าระวังธุรกิจและการตลาดของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์
- (๘) การเฝ้าระวังการบริโภคและผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- (๙) การเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มเด็ก ทหารเกณฑ์ กลุ่มคนทำงาน (พนักงานบริษัท สาวโรงงาน เกษตรกร)
- (๑๐) นโยบายการนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออกจากหรือมาตรการลดผลกระทบจากการค้าเสรี/ความตกลงหุ้นส่วนยุทธศาสตร์เศรษฐกิจเอเชีย - แปซิฟิก (Trans-Pacific Partnership : TPP)

ด้านพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑. สนับสนุนการต่อยอดการรณรงค์ประเด็น (๑) ชุมชนคนสู้เหล้า งดเหล้าครบพรรษา สูการงดเหล้า ออกพรรษา โดยเน้นการพัฒนาชุมชน/กิจกรรมต้นแบบที่จะทำให้เพิ่มโอกาสของการงดเหล้าได้ครบพรรษา และที่จะทำให้เพิ่มโอกาสของการเลิกดื่มเหล้าได้ตลอดชีวิต (๒) สิ่งแวดล้อมปลอดเหล้า ควบคู่กับการนำเสนอโทษพิษภัยจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรณรงค์ประเด็นนี้ครอบคลุมถึงการไม่ให้ของขวิญเป็นเหล้า งานบุญประเพณีปลอดเหล้า สงกรานต์และปีใหม่ปลอดเหล้า รับน้องปลอดเหล้า งานเลี้ยงของราชการปลอดเหล้า คนรุ่นใหม่ไม่ดื่มเหล้า รวมทั้งเชื่อมกับประเด็นการใช้ศาสนา สุขภาวะทางปัญญา และการจัดการความขัดแย้ง ตลอดจนการมีความสุขทางเลือก
๒. สนับสนุนให้เกิดการเริ่มต้นวางแผนและหรือดำเนินการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานในประเด็นดังต่อไปนี้ (๑) ต้นแบบชุมชนคนสู้เหล้า งดเหล้าเข้าพรรษา สูงดเหล้าครบพรรษา สูงดเหล้าออกพรรษา โดยเน้นพัฒนาต้นแบบชุมชนนำร่องบางพื้นที่ที่สามารถวัดผลลัพธ์ได้ รูปแบบ/วิธีการที่จะทำให้เกิดการเลิกดื่มเหล้าได้ตลอดชีวิต (๒) ต้นแบบการดำเนินงานจังหวัดยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ ควบคู่ไปกับการดำเนินงานจังหวัดควบคุมปัจจัยเสี่ยง
๓. สนับสนุนการขยายและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเยาวชนให้ครอบคลุมเยาวชนทุกระดับตั้งแต่ ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา อุดมศึกษา นอกระบบการศึกษา และกลุ่มเสี่ยง อาทิ จัดกิจกรรมเยาวชนสร้างสรรค์สุขภาวะ รณรงค์สัปดาห์อายิ๊วะ (นำร่องเพิ่มพื้นที่ทางสังคมแก่อายิ๊วะบางแห่ง) ตลอดจนการค้นหาแนวทางทำงานเพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเยาวชน และเครือข่ายครอบครัวให้รู้ทันธุรกิจแอลกอฮอล์และเป็นแกนนำในการร่วมเฝ้าระวังทิศทางการตลาด

ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พัฒนาแคมเปญรณรงค์และมาตรการเฉพาะกลุ่มเยาวชน เช่น การเชื่อมกับมาตรการกฎหมายห้ามขายให้เด็กอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี รวมถึงประสานแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อขับเคลื่อนงานป้องกันปัญหาการดื่มในเด็กและเยาวชน

๔. การสื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างบรรทัดฐานสังคมให้เห็นว่าเหล้าเป็นสินค้าไม่ธรรมดา (De-normalization) อย่างต่อเนื่อง และการตอบโต้ธุรกิจแอลกอฮอล์เรื่องการตลาดที่ขาดความรับผิดชอบ ในงานกิจกรรมดนตรี กีฬาและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน เช่น การติดตามข่าวผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเด็กและเยาวชน แล้วตีแผ่ต่อสังคมให้ต่อเนื่อง
๕. พัฒนาศักยภาพกำลังคนเครือข่ายร่วมปกป้องปัญหาแอลกอฮอล์ รวมทั้งขยายและเชื่อมเครือข่ายทั้งการสร้างผู้นำรุ่นใหม่และขยายเครือข่ายนักวิชาการในระดับพื้นที่รวมทั้งขยายภาคีหุ้นส่วน ยุทธศาสตร์ เช่น กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงอื่นๆ

การสนับสนุนทุนอุปถัมภ์ทดแทนธุรกิจแอลกอฮอล์

๑. ประเมินผลลัพธ์จากการจัดงานปลอดเหล้า
๒. สื่อสารกิจกรรมปลอดเหล้าให้เป็นระบบและต่อเนื่อง
๓. ขยายเครือข่ายกิจกรรมทดแทนในงานบุญ ประเพณีระดับพื้นที่ และกิจกรรมดนตรี กีฬา ในงานโรงเรียน มหาวิทยาลัย
๔. เพิ่มนโยบายไม่รับสปอนเซอร์ และรวมถึงมาตรการอื่นๆ ในการจัดงาน

การพัฒนารูปแบบและระบบบริการเลิกสุรา

๑. พัฒนาและบูรณาการรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มทั้งในและนอกระบบสุขภาพ
๒. พัฒนาศักยภาพนักวิชาการสาธารณสุข ผู้ที่ปฏิบัติงานภาครัฐและเอกชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา
๓. เชื่อมโยงระบบบริการเลิกสุราเข้ากับกิจกรรมหรือนโยบายทุกระดับ รวมทั้งสื่อสารให้ผู้มีปัญหาการดื่มสุราเข้าถึงบริการ





การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

๑. พัฒนางานวิชาการและงานวิจัย พัฒนาระบบข้อมูล ต่อยอดองค์ความรู้ เพื่อการผลักดันนโยบาย การป้องกัน ดูแลและแก้ไขปัญหายาเสพติด (policy-driven research) โดยสนับสนุนการศึกษา ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อกำหนดจุดยืนทางนโยบายและสนับสนุนการดำเนินการผลักดันนโยบายการแก้ไข ปัญหายาเสพติด อันเกิดมาจากนโยบายพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และการจัดระดับ ความเป็นสารเสพติดของยาเสพติด เป็นต้น และสนับสนุนให้เกิดการเริ่มต้นวางแผนและ/หรือดำเนินการ วิจัย ในประเด็น ดังนี้ (๑) การจัดประเภทยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ (ยาบ้า, กระท่อม ฯลฯ) (๒) การพัฒนา/ปรับปรุงกระบวนการจัดการกับผู้เสพ/ผู้ติด/ผู้ค้ายาเสพติดทั้งระบบ (ทั้งกระบวนการ ยุติธรรม กระบวนการบำบัด และกระบวนการชุมชน) โดยพัฒนางานวิชาการเกี่ยวกับแนวคิดของ นโยบายการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด (Decriminalization) นโยบายแก้ปัญหาคณลันคูกจากคดียาเสพติด นโยบายการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm Reduction) กับการแก้ปัญหายาเสพติดในประเทศไทย และ (๓) การเฝ้าระวังสถานการณ์ทางด้านอุปสงค์ อุปทาน และผลกระทบต่างๆ
๒. พัฒนางานเชิงระบบ สร้างนวัตกรรมในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการแก้ไขและ จัดการปัญหายาเสพติด โดยสนับสนุนให้เกิดการเริ่มต้นวางแผนและ/หรือดำเนินการพัฒนาต้นแบบ การดำเนินงานในประเด็น ต้นแบบชุมชนป้องกัน/บำบัดยาเสพติด
๓. พัฒนาและบูรณาการรูปแบบระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพยาเสพติดทั้งในและนอกระบบ สุขภาพ โดยในระบบสุขภาพ ดำเนินการร่วมกับกรมสุขภาพจิต
๔. พัฒนาและเชื่อมประสานกับหน่วยงานภาครัฐ และเครือข่ายภาคประชาชนในการป้องกัน ดูแลและ แก้ไขปัญหายาเสพติดร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น เหล้า บุหรี่

วัตถุประสงค์

๑. พัฒนานโยบายสาธารณะให้เกิดมาตรการและสิ่งแวดล้อมเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และการป้องกัน แก้ไขปัญหา บำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพยาเสพติด
๒. พัฒนากลไกและการประสานงานของภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และการป้องกัน แก้ไขปัญหา บำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพยาเสพติด
๓. พัฒนาระบบข้อมูล องค์ความรู้และการจัดการความรู้ที่จำเป็น เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และการป้องกัน แก้ไขปัญหา บำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพยาเสพติด

๔. พัฒนาเครือข่ายการมีส่วนร่วมจากประชาชนและองค์กรต่างๆ ในการร่วมสร้างการรับรู้ ความตระหนักในสังคมและในประชาชนกลุ่มต่างๆ เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการป้องกันแก้ไขปัญหา บำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพยาเสพติด
๕. พัฒนารูปแบบและบริการเลิกสุราและรูปแบบระบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ
๖. พัฒนาและจัดการองค์ความรู้ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และกลไกสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และการป้องกัน แก้ไขปัญหา บำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพยาเสพติด

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

ด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑. ลดอัตราการดื่มสุราของคนไทยในรอบ ๑๒ เดือนใน ปี ๒๕๖๐ ให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ ๒๙.๕ (ข้อมูลปี ๒๕๕๘ อัตราการดื่มสุราของคนไทยในรอบ ๑๒ เดือน เท่ากับร้อยละ ๓๔.๐)
๒. ลดอัตราการดื่มสุราของคนไทยในรอบ ๓๐ วัน ในปี ๒๕๖๐ ให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ ๑๘.๑๒ (ข้อมูลปี ๒๕๕๔ อัตราการดื่มสุราของคนไทยในรอบ ๓๐ วัน เท่ากับร้อยละ ๑๘.๑๒)
๓. ลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรผู้ใหญ่ไทยในปี ๒๕๖๐ ให้เหลือน้อยกว่า ๗.๑ ลิตร แอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี (ข้อมูลปี ๒๕๕๗ ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรผู้ใหญ่ไทย เท่ากับ ๖.๙๑ ลิตรแอลกอฮอล์ต่อคนต่อปี)
๔. เกิดนโยบายสาธารณะใหม่ที่ส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือนโยบายด้านการบริการสนับสนุนการเลิกดื่มสุราในระบบบริการสุขภาพ โดยมีนโยบายระดับชาติได้รับการเสนอต่อคณะกรรมการระดับชาติ/หน่วยงานองค์กรหลักที่มีหน้าที่กำหนดนโยบาย และ/หรือเกิดนโยบายระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และภาค อย่างน้อย ๕ นโยบายต่อปี
๕. สนับสนุนให้เกิดกลไกการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ โดยประชาชนมีส่วนร่วม อย่างน้อย ๕ จังหวัด
๖. ศูนย์วิชาการร่วมกับภาคีวิชาการร่วมกันสนับสนุนให้เกิดชุดโครงการวิจัยที่สอดคล้องต่อการดำเนินงานของภาคส่วนต่างๆ อย่างน้อยปีละ ๑๕ เรื่อง โดยเฉพาะตอบการสนองการขับเคลื่อนนโยบายและการทำงานในพื้นที่ ตลอดจนการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อกำกับติดตามสถานการณ์และการประเมินผล





๗. เกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นการลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ในประชากรไทย ปีละอย่างน้อย ๒ ประเด็นสำคัญ
๘. เกิดกิจกรรมเพื่อทดแทนทุนอุปถัมภ์ของธุรกิจแอลกอฮอล์โดยในส่วนของประเพณีวัฒนธรรมในงาน ประเพณี และในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ อย่างน้อยปีละ ๑๕๐ งาน ซึ่งส่งผลต่อการส่งเสริมนโยบาย สาธารณะด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๙. เกิดชุดองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการพัฒนารูปแบบและขยายผลบริการเลิกสุราหรือนวัตกรรมการดูแล ผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงเฉพาะและบริบทของสังคมไทย อย่างน้อย ๕ เรื่อง

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

๑. เกิดความรู้ งานวิชาการ ระบบข้อมูล และฐานข้อมูลวิชาการในด้านการป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟู สุขภาพผู้เสพยาเสพติด การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด (Decriminalization) การแก้ปัญหาคนล้นคุกจากคดียาเสพติด การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm Reduction) กับการแก้ปัญหายาเสพติดในประเทศไทยที่สอดคล้องต่อการดำเนินงานของภาคส่วนต่างๆ หรือ เกิดนวัตกรรมในการจัดการปัญหายาเสพติดอย่างน้อย ๕ เรื่อง
๒. เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ มาตรการ หรือกลไกที่มีประสิทธิภาพต่อการลดผลกระทบจาก การใช้ยาเสพติด ตลอดจนข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย ๑ นโยบาย

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ร่วมกับสำนักสุขภาวะชุมชน ในการสนับสนุนองค์ความรู้ให้แก่ชุมชน/พื้นที่ ในการพัฒนาให้เกิด นวัตกรรมในการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน ๕๐ แห่ง
๒. ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในการสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการเพื่อให้ได้กรอบวิธี การพัฒนาตัวชี้วัด และได้นักวิชาการในการวัดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในโรงเรียน
๓. ร่วมกับแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ในการสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการเพื่อให้ได้กรอบวิธี การพัฒนาตัวชี้วัด และได้นักวิชาการในการดำเนินการวัดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ในสถานประกอบการ

๔. ร่วมกับแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ ในการสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการเพื่อให้ได้กรอบการพัฒนา Package การทำงานเพื่อลดการบริโภคบุหรื การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มพฤติกรรมบริโภคอาหารสุขภาพ และเพิ่มกิจกรรมทางกาย
๕. บูรณาการงานรณรงค์ดเหล้าครบพรรษา โดยเชื่อมประสานการทำงานร่วมกับแผนงานอื่นๆ ใน สสส. ดังนี้
 - แผนสุขภาพะชุมชน ในการประสานให้เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมรณรงค์ดเหล้าครบพรรษา
 - แผนสุขภาพะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในการประสานให้เครือข่ายเยาวชน และโรงเรียนร่วมขับเคลื่อนงานรณรงค์ดเหล้าครบพรรษา
 - แผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร ในการเชิญชวนให้ภาคีเครือข่ายร่วมรณรงค์ดเหล้าครบพรรษา

แนวทางการดำเนินงาน

ด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การขับเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการพัฒนารูปแบบบริการเลิกสุรา และการทดแทนทุนอุปถัมภ์จากธุรกิจแอลกอฮอล์ ดังนี้

๑. เชื่อมโยงภาคีหลักที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็น เพื่อสร้างเป้าหมายร่วมในด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดจนการเชื่อมร้อยการทำงานเพื่อเสริมพลังซึ่งกันและกันทั้ง ๓ พลัง ได้แก่ พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม เพื่อสร้างการมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายหนึ่งที่สำคัญของการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs)
๒. เชื่อมประสานเครือข่ายนักวิชาการ นักวิจัย และผู้ปฏิบัติงานทั้งหน่วยงานในภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาสังคม และชุมชนท้องถิ่น ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนางานวิจัย และองค์ความรู้ หรือข้อมูลเชิงประจักษ์ของผลลัพธ์และผลกระทบของโครงการ/มาตรการหรือนโยบายที่ได้ดำเนินการไปแล้ว รวมถึงผลิตความรู้ใหม่ๆ ที่สามารถส่งต่อยังหน่วยงานเจ้าภาพหลักอันจะเป็นประโยชน์ต่อทำงาน และการผลักดันนโยบายที่เหมาะสมในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๓. พัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง





๔. รณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ทั้งนี้ งานดังกล่าวนำไปสู่การสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ที่ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ ๕ ประการ ในการจัดการกับปัญหายาเสพติด ได้แก่

๑. การควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ (Price and Availability)
๒. การปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงสนับสนุนในการดื่ม (Attitude)
๓. การลดอันตรายจากการบริโภค (Harm reduction)
๔. การจัดการปัญหายาเสพติดในระดับพื้นที่ (Alcohol policy at every setting)
๕. การพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็งในการจัดการกับปัญหา (Supportive process)

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การขับเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมีการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ดังนี้

๑. เชื่อมประสานเครือข่ายนักวิชาการ นักวิจัย และผู้ปฏิบัติงานทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาสังคม และชุมชนท้องถิ่น ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนางานวิจัย และองค์ความรู้ หรือข้อมูลเชิงประจักษ์ของผลลัพธ์และผลกระทบของโครงการ/มาตรการหรือนโยบายที่ได้ดำเนินการไปแล้ว รวมถึงผลิตความรู้ใหม่ๆ ที่สามารถส่งต่อยังหน่วยงานเจ้าภาพหลักอันจะเป็นประโยชน์ต่อทำงานและการผลักดันนโยบายที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
๒. พัฒนาระบบข้อมูล ระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูลฯ ข้อมูลสถานการณ์อุปสงค์ อุปทานของยาเสพติด และการจัดการความรู้ที่มีความทันสมัยอยู่ตลอดเวลา
๓. พัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะในด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน
๔. รณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมุ่งเน้นการทำงานในกลุ่มเยาวชนเพื่อการป้องกันนักเสพยาหน้าใหม่

ทั้งนี้การดำเนินงานดังกล่าวนำไปสู่การสนับสนุนแผนแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ได้แก่

๑. ยุทธศาสตร์การป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด
๒. ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติดและผู้ติดยาเสพติด
๓. ยุทธศาสตร์การสร้างและพัฒนาระบบรองรับการคืนคนดีให้สังคม
๔. ยุทธศาสตร์การควบคุมตัวยาและผู้ค้ายาเสพติด
๕. ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศ
๖. ยุทธศาสตร์สร้างสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันปัญหายาเสพติด
๗. ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมภาคประชาชน
๘. ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการอย่างบูรณาการ

กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ประกอบด้วย ๖ กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงาน มีภารกิจโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย

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





- ๑.๒ สนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะ/มาตรการ รวมทั้งข้อเสนอในประเด็นต่างๆ ทั้งมาตรการด้านอุปสงค์ (demand side) ในการควบคุมปัญหาเครื่องยนต์แอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนการผลักดันนโยบายด้านอุปทาน (supply side) ร่วมกับมาตรการทางสังคมเพื่อควบคุมเครื่องยนต์แอลกอฮอล์ อาทิ มาตรการกำกับเตือนบนบรรจุภัณฑ์เครื่องยนต์แอลกอฮอล์ การควบคุมการโฆษณา มาตรการทางภาษี การห้ามจดทะเบียนตราสัญลักษณ์เครื่องยนต์แอลกอฮอล์เข้ากับผลิตภัณฑ์อื่น การขยายกฎหมายห้ามดื่มห้ามขาย การจำกัดการเข้าถึง การจำกัดการออกใบอนุญาตในการผลิตและจำหน่ายสุรา มาตรการห้ามสมาคมหรือกิจกรรมกีฬารับสponseอร์ธุรกิจเครื่องยนต์แอลกอฮอล์ และยาสูบ หากได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ การใช้ตัวชี้วัดด้านการลดการบริโภคและปัญหาจากสุราในการประเมินผลงานระดับจังหวัด ทั้งนี้จะดำเนินการเชื่อมโยงนโยบายกับกลไกตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ อาทิ การผลักดันให้แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องยนต์แอลกอฮอล์ตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์แห่งชาติได้รับการรับรอง เป็นมติสมัชชาสุขภาพ และหน่วยงานต่างๆ นำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติ
- ๑.๓ สนับสนุนการผลักดันนโยบายในภาคปฏิบัติของพื้นที่หรือกิจกรรมห้ามดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สถานที่ท่องเที่ยวปลอดเหล้า บุญประเพณีปลอดเหล้า สวนสาธารณะปลอดเหล้า สถานที่ราชการปลอดเหล้า สถานศึกษาปลอดเหล้า รับน้องปลอดเหล้า เป็นต้น การสนับสนุนการดำเนินงานยุทธศาสตร์จังหวัด โดยคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด รวมถึงการสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในท้องถิ่น โดยเฉพาะการประกาศเทศบัญญัติหรือนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๑.๔ การขยายแนวร่วมไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนงานด้านการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย เช่น การประสานกรมสรรพสามิตในการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุราควบคู่กับพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประสานกับกระทรวงยุติธรรมในการจัดสรรพื้นที่ในเรือนจำให้เป็นเขตปลอดเหล้า การประสานกรุงเทพมหานครในการจัดสถานที่ห้ามดื่มห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประสานกระทรวงศึกษาธิการในการจัดสถานศึกษาให้เป็นเขตห้ามดื่มห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพประสานกระทรวงพาณิชย์และภาคีแนวร่วมทั้งในประเทศและระดับอาเซียนเพื่อแสดงจุดยืนต่อภาครัฐเกี่ยวกับนโยบายการเจรจาการค้าเสรีที่เกี่ยวข้องกับสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้อยู่บนพื้นฐานในการตระหนักถึงสุขภาพของประชาชน การประสานสำนักงานป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (ป.ป.ท.) ในการร่วมเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

สนับสนุนให้ศูนย์วิจัยปัญหาสุรாதำหน้าที่

๒.๑ เชื่อมประสานกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เครือข่ายนักวิจัยและขยายเครือข่ายนักวิจัย ระดับพื้นที่ เพื่อร่วมกำหนดโจทย์วิจัย พัฒนางานวิจัยสร้างองค์ความรู้ใหม่ และจัดการความรู้ที่มีอยู่แล้วให้พร้อมใช้งานได้ ซึ่งเป็นองค์ความรู้และงานวิจัยที่จำเป็นและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ อาทิ

- (๑) ด้านสถานการณ์ปัญหาสุรา ทั้งด้านอุปสงค์ อุปทาน สาเหตุและกลไกปัญหา ผลกระทบ นโยบาย และมาตรการดูแลผลกระทบทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากแอลกอฮอล์ที่มีความทันสมัย
- (๒) ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการมาตรการระดับชุมชน อาทิ แรงจูงใจในการเลิกดื่ม/ไม่ดื่ม ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ทั้งเยาวชน กลุ่มผู้หญิงและกลุ่มผู้ใช้แรงงาน รวมถึงแนวทางการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ ความสัมพันธ์ของรายได้เฉลี่ยของประชากรระดับจังหวัดกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงให้มีการศึกษาวิถีชีวิต/วัฒนธรรม กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ท้องถิ่น เช่น สุราชุมชน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าพื้นที่ใดมีปัญหา เพื่อจะได้ทำงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- (๓) การวิจัยเชิงปฏิบัติการมาตรการเข้าถึง ได้แก่ แนวทางการจำกัดจุดขายและการจำกัดใบอนุญาตการผลิตและจำหน่าย มาตรการเพิ่มค่าธรรมเนียมและการกำหนดค่าธรรมเนียมหลายระดับ มาตรการใบอนุญาตผู้จำหน่าย/ร้านจำหน่ายแบบมีที่นั่งดื่ม (On-premise) มาตรการแยกร้านจำหน่ายสุราและยาสูบเป็นการเฉพาะ
- (๔) มาตรการห้ามโฆษณาและภาพคำเตือน ซึ่งครอบคลุมประเด็นภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการห้ามโฆษณานอกจุดจำหน่าย มาตรการ counter advertising (๕๐ : ๕๐) คือให้มีการแสดงข้อความ/ภาพ/ภาพเคลื่อนไหวประกอบการโฆษณาในปริมาณเท่ากัน ในทุกสื่อ แนวทางการรับทุนอุปถัมภ์กรณีรับทุนสนับสนุนจากกองทุนกีฬาแห่งชาติ
- (๕) มาตรการทางภาษี ได้แก่ อัตราภาษี ภาวะเงินเฟ้อ ราคาขั้นต่ำ ฯลฯ
- (๖) การประเมินผลนโยบายต่างๆ เช่น มาตรการควบคุมการโฆษณา มาตรการควบคุมการเข้าถึง มาตรการทางภาษีโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาษีเหล้าขาวที่ยังต่ำกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทอื่น มาตรการรักษาน้ำบาด การศึกษาประเมินผลของการสื่อสารสาธารณะที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้บริโภค
- (๗) การเฝ้าระวังธุรกิจและการตลาดของอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์
- (๘) การเฝ้าระวังการบริโภคและผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์





(๙) การเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มเด็ก ทหารเกณฑ์ กลุ่มคนทำงาน (พนักงานบริษัท สาวโรงงาน เกษตรกร)

(๑๐) นโยบายการนำเครื่องตีเผลอกอฮอลล์ออกจากข้อตกลงเสรีทางการค้าหรือมาตรการลดผลกระทบจากการค้าเสรี/ความตกลงหุ้นส่วนยุทธศาสตร์เศรษฐกิจเอเชีย - แปซิฟิก (Trans-Pacific Partnership : TPP)

๒.๒ จัดทำระบบฐานข้อมูลที่เข้าถึงง่าย เข้าใจง่าย นำไปใช้ได้สะดวกโดยประสานกับหน่วยงานด้านข้อมูลต่างๆ เช่น สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรมควบคุมโรค สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและการพัฒนาฐานข้อมูลระดับปฐมภูมิหน่วยงานต่างๆ การพัฒนาและใช้ฐานข้อมูลที่ให้ข้อมูลสถานการณ์ที่ชัดเจน ศึกษาสาเหตุ ผลกระทบเชิงลึกจากการตีเผลอกอฮอลล์โดยจำแนกตามกลุ่มประชากรเฉพาะมากขึ้น เช่น ตามกลุ่มอายุ เพศ รายได้ ศาสนา ฯลฯ และเผยแพร่ข้อมูลจากการศึกษาผ่านสื่อมวลชนอย่างเป็นระบบ ทั้งสื่อหลักและสื่อรอง รวมถึงสื่อในชุมชน เช่น การสื่อสารข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบกับระหว่างจังหวัดและภูมิภาคที่สามารถเฝ้าระวังสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ การสื่อสารวิชาการเพื่อผลักดันนโยบายและบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงการเฝ้าระวังกลยุทธ์ของธุรกิจเครื่องตีเผลอกอฮอลล์

๒.๓ ประเมินผลกิจกรรมต่างๆ ต่อการลดปัญหา โดยเน้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการและพัฒนาเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ซึ่งรวมถึงการประเมินผลโครงการรณรงค์ในระดับชุมชนและถอดบทเรียนความสำเร็จของพื้นที่ให้พัฒนาเป็นโมเดลเพื่อขยายผลทั้งในเชิงของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ รวมถึงงานบุญประเพณีเฉพาะพื้นที่ และเผยแพร่ความรู้ในรูปแบบต่างๆ ให้ตรงกับวิถีการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ตลอดจนการเป็นที่ปรึกษาแก่องค์กรและหน่วยงานต่างๆ

๒.๔ การจัดประชุมวิชาการสู่ระดับชาติ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

๒.๕ พัฒนาเชื่อมโยงความร่วมมือด้านข่าวสาร การพัฒนาบุคลากร และการชี้แนะนโยบายทั้งในประเทศและระดับสากลกับองค์กรวิชาการสากล เชื่อมการทำงานด้านยุทธศาสตร์โลกในการลดอันตรายจากเครื่องตีเผลอกอฮอลล์ ตลอดจนประสานสนับสนุนให้มีเวทีในระดับสากล ทั้งด้านนโยบาย วิชาการ รู้เท่าทันทิศทางการตลาดธุรกิจแอลกอฮอล์

๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

สนับสนุนให้สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้าเป็นศูนย์ประสานงานและขยายเครือข่ายการรณรงค์และประชาสัมพันธ์โดย

- ๓.๑ เสริมความเข้มแข็งในการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาชน ให้ภาคประชาชนมีส่วนสนับสนุนส่งเสริมให้การทำงานของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดมีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายในมาตรการต่างๆ ที่ระบุในพระราชบัญญัติโดยเฉพาะมาตรการห้ามโฆษณาและการส่งเสริมการขาย การจำกัดอายุผู้ซื้อ การจำกัดสถานที่ดื่มและจำหน่ายโดยเฉพาะสถานศึกษา หอพัก และร้านเหล้ารอบสถานศึกษาให้มีผลบังคับใช้จริง ประสานกระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร และผู้กำหนดนโยบายต่างๆ ให้เกิดเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในทุกจังหวัด
- ๓.๒ สนับสนุนการขยายและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเยาวชนให้ครอบคลุมเยาวชนทุกระดับตั้งแต่ ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา อุดมศึกษา นอกระบบการศึกษา และกลุ่มเสี่ยง อาทิ จัดกิจกรรมเยาวชนสร้างสรรค์สู่สภาวะ ธารรงค์สัมผัสอาชีวะ (นำร่องเพิ่มพื้นที่ทางสังคมแก่อาชีวะบางแห่ง) ตลอดจนการค้นหาแนวทางทำงานเพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเยาวชน และเครือข่ายครอบครัวให้รู้ทันธุรกิจแอลกอฮอล์และเป็นแกนนำในการร่วมเฝ้าระวังทิศทางการตลาด ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พัฒนาแคมเปญรณรงค์และมาตรการเฉพาะกลุ่มเยาวชน เช่น การเชื่อมกับมาตรการกฎหมายห้ามขายให้เด็กอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี รวมถึงประสานแผนสู่สภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อขับเคลื่อนงานป้องกันปัญหาการดื่มในเด็กและเยาวชน
- ๓.๓ การเฝ้าระวังกลยุทธ์ของธุรกิจแอลกอฮอล์โดยเฉพาะกลยุทธ์การตลาด “Below the Line” ที่ธุรกิจแอลกอฮอล์ใช้การสร้างการยอมรับในหมู่ประชาชน อาทิ ในด้านศิลปวัฒนธรรม กีฬา แปรนด์ในสินค้าอื่น สุขภาพ (ผลดี/ดื่มอย่างมีสติ) การแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม การแทรกในสื่อเฉพาะ ในสื่ออิเล็กทรอนิกส์ใหม่ๆ การให้เยาวชนร่วมขาย การตลาดระดับค้าปลีก ตลอดจนการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังและตีแผ่กลยุทธ์ธุรกิจแอลกอฮอล์เพื่อให้สังคมรู้เท่าทัน และพัฒนาเครือข่ายชุมชนออนไลน์เพื่อสร้างกระแสผ่านระบบอินเทอร์เน็ต สร้างประเด็นและโอกาสอย่างต่อเนื่อง
- ๓.๔ ขยายและพัฒนาเครือข่ายอื่นๆ ได้แก่ เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบที่หลากหลาย และมีระบบการสนับสนุนช่วยเหลือจนสามารถพึ่งพาตนเองได้ เครือข่ายชุมชน ลด ละ เลิกเหล้า ยุติความรุนแรงในครอบครัวให้เป็นกรณีตัวอย่างที่เกิดจากการรวมกลุ่มคนในชุมชนอย่างเข้มแข็ง โดยครอบคลุมชุมชนเมือง ชนบท และชุมชนในนิคมอุตสาหกรรม เครือข่ายนักกฎหมาย เพื่อสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย เครือข่ายสื่อท้องถิ่นและเครือข่ายสื่อพื้นบ้าน สมาคมด้านสื่อและการตลาด ให้เป็นพันธมิตรในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลให้เข้าถึงพื้นที่ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ เพื่อสร้างความชัดเจนด้านผลเสียที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มผู้มีเศรษฐกิจฐานต่ำ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มแรงงานนอกระบบ ประชากรกลุ่มเฉพาะ





เพื่อรองรับสภาวะผันผวนทางเศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายต่างๆ ให้เป็นแกนนำในการรณรงค์ให้รัฐและสังคมเข้าใจว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำลายสุขภาพ ครอบครัว และสังคมไม่ใช่สินค้าธรรมดาต้องมีมาตรการควบคุมปัญหาจากการบริโภคอย่างเท่าทันธุรกิจแอลกอฮอล์

๓.๕ ใช้โอกาสในการรณรงค์ตามเทศกาลต่างๆ อาทิ เข้าพรรษา ทอดกฐิน ปีใหม่ สงกรานต์ ตลอดจนงานบุญ ประเพณีในระดับท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะวาระ เข้าพรรษาที่รัฐบาลได้กำหนดให้เป็นวันงดดื่มสุราแห่งชาติให้เป็นวาระสำคัญของชาติในด้านการรณรงค์เพื่อการไม่ดื่มสุรา ที่จะมีการนำเสนอข้อมูลสำคัญอื่นๆ แก่สาธารณชน โดยเน้นการพัฒนาชุมชนต้นแบบที่ดีที่จะทำให้เพิ่มโอกาสของการงดเหล้าได้ครบพรรษา และที่จะทำให้เพิ่มโอกาสของการเลิกดื่มเหล้าได้ตลอดชีวิต

๓.๖ เน้นการรณรงค์เพื่อสกัดนักดื่มหน้าใหม่ และกลุ่มเป้าหมายที่มีแนวโน้มการดื่มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิง กลุ่มผู้ดื่มประจำ กลุ่มผู้ดื่มหนัก กลุ่มเยาวชน และให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ดื่มที่บ้านตนเองหรือบ้านเพื่อน และขยายการรณรงค์มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายผู้ที่ไม่ดื่มให้มีส่วนร่วมในการชักชวนผู้ดื่มให้ลด ละ เลิก และเชื่อมกับกลไกมาตรการบำบัดดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ดื่มสามารถเลิกเหล้าได้ตลอดชีวิต และการใช้ต้นทุนทางวัฒนธรรม ประเพณี และศาสนาที่มีอยู่ในการพัฒนาหรือยกระดับกิจกรรมรณรงค์ในประเด็นใหม่ๆ เพื่อสร้างกระแสให้ประชาชนเปลี่ยนพฤติกรรม

๓.๗ สนับสนุนให้เกิดการเริ่มต้นวางแผนและหรือดำเนินการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานในประเด็นดังต่อไปนี้ (๑) ต้นแบบชุมชนสุ้งเหล้า งดเหล้าเข้าพรรษา สู้งดเหล้าครบพรรษา สู้งดเหล้าออกพรรษา โดยเน้นพัฒนาต้นแบบชุมชนนำร่องบางพื้นที่ ที่สามารถวัดผลลัพธ์ได้ รูปแบบ/วิธีการที่จะทำให้เกิดการเลิกดื่มเหล้าได้ตลอดชีวิต (๒) ต้นแบบการดำเนินงานจังหวัดยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ ควบคู่ไปกับการดำเนินงานจังหวัดควบคุมปัจจัยเสี่ยง

๓.๘ สนับสนุนจัดตั้งเครือข่ายองค์กรชุมชน รวมถึงการเสริมความเข้มแข็งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันนโยบายท้องถิ่นร่วมสร้างรูปธรรมในการรณรงค์งดเหล้ามากขึ้น เช่น การพัฒนามาตรการชุมชน การพัฒนาชุมชน/พื้นที่นำร่อง จำกัดใบอนุญาตขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์ปัญหาและหาทางแก้ไขเพื่อผลักดันให้เกิดต้นแบบชุมชนที่ลดปัญหาได้จริง สร้างภูมิคุ้มกันที่ดีของชุมชนอย่างต่อเนื่อง และหนุนเสริมอาชีพลักษณะกิจการเพื่อสังคมที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเชื่อมประสานแผนสุขภาวะชุมชนเพื่อขับเคลื่อนต้นแบบชุมชน บุคคล นโยบายปลอดเหล้า ขยายสู่ชุมชนเครือข่าย

๓.๙ เสริมศักยภาพภาคีงดเหล้าและหาแนวทางสนับสนุนด้านความก้าวหน้าในสายงานของกำลังคน เครือข่ายร่วมปกป้องปัญหาแอลกอฮอล์และบูรณาการการทำงานด้านการควบคุมเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ร่วมกับประเด็นอื่นๆ ได้แก่ ยาสูบ อุบัติเหตุ การพนัน ยาเสพติด รวมถึงสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs Network) การสร้างผู้นำรุ่นใหม่และการประสานการสนับสนุนภาคีเครือข่ายของ สสส. ในแผนต่างๆ ทั้งภาคีเชิงประเด็น และภาคีเชิงองค์กร เช่น เครือข่ายครอบครัว สถานประกอบการ กองทัพไทย เครือข่ายนักออกกกำลังกาย เพื่อสอดแทรกและบูรณาการการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาวะเชิงบวกอื่นๆ ตลอดจนการขยายความร่วมมือกับ “องค์กรร่วมทุน” ที่มีศักยภาพในการดำเนินงานด้านนี้ด้วยทุนทรัพย์ตนเอง หรือร่วมสนับสนุนทุนในกิจกรรมที่เห็นประโยชน์ร่วมทางสังคมให้มากขึ้น

- ๓.๑๐ บูรณาการและตั้งเป้าหมายร่วมกับแผนอื่นๆ ของสสส. 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) กลุ่มส่งเสริมนโยบายสาธารณะและการพัฒนางาน
- ๔.๒ ปรับบทบาทของแผนงานจากผู้สนับสนุนทุนเป็นผู้สนับสนุนกระบวนการยกระดับงานให้เกิดแรงกระเพื่อมมากขึ้น โดยมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาในการออกแบบวางแผนการณรงค์ การออกแบบสนับสนุนให้เกิดกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อให้กิจกรรมนำไปสู่ความยั่งยืนและสนับสนุนการขยายแนวคิดการจัดงานประเพณีปลอดเหล้าผ่านการจัดให้พื้นที่ต้นแบบเป็นแหล่งเรียนรู้ เปิดโอกาสให้พื้นที่อื่นๆ มาศึกษาดูงาน การพัฒนาศักยภาพภาคี และสร้างแรงกระตุ้นเชิงบวก การเชื่อมงานกับระดับนโยบาย อาทิ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา การทำงานในพื้นที่ร่วมกับองค์กรของรัฐ อาทิ จังหวัด เทศบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ เพื่อให้เกิดพื้นที่ต้นแบบ การเน้นพลังของเยาวชนในการสื่อสารด้านแรงบันดาลใจการทำงานรณรงค์ และเน้นการดึงภาคธุรกิจร่วมให้ทุนอุปถัมภ์ทดแทนธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กว้างขวางขึ้น และการสร้างแบรนด์ปลอดเหล้าเพื่อเชื่อมโยงและต่อยอดกิจกรรมปลอดเหล้าให้เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวาง
- ๔.๓ สนับสนุนทุนอุปถัมภ์กิจกรรมนิสิตนักศึกษาในสถาบันการศึกษา โดยมียุทธศาสตร์การสร้าง ความเข้าใจและให้รู้เท่าทันรูปแบบการแอบแฝงของธุรกิจเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และไม่รับทุนธุรกิจ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลักดันให้เกิดเครือข่ายสถาบันการศึกษาขับเคลื่อนกิจกรรมปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดทั้งปี การเฝ้าระวังและสร้างสภาพแวดล้อมรอบสถาบันการศึกษาให้ปลอดเครื่องดื่ม





แอลกอฮอล์โดยทำงานเชื่อมโยงกับชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่และการดึงภาคธุรกิจร่วมทุนอุปถัมภ์ทดแทนธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กว้างขวางขึ้นโดยจะเชื่อมประสานแผนสุขภาพเด็กเยาวชนและครอบครัว เพื่อเสริมพลังขับเคลื่อนงานกิจกรรมปลอดเหล้าเข้าสู่กลุ่มเป้าหมายเด็กเยาวชน นิสิตนักศึกษา

- ๔.๔ ประสานภาคีเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญเพื่อหนุนเสริมการผลักดันนโยบายทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น
- ๔.๕ พัฒนาระบบการสนับสนุน งานวิชาการ งานประเมินผลเน้นการประเมินผลลัพธ์จากการจัดงานปลอดเหล้า การศึกษาวิจัยและเฝ้าระวังสถานการณ์ของธุรกิจแอลกอฮอล์และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
- ๔.๖ ผลិតสื่อและการกระจายสื่อสนับสนุนการวางแผนการดำเนินการผลิตสื่อเพื่อเป็นต้นแบบในการรณรงค์โดยร่วมกับสมาคมวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆ รวมถึงการจัดให้มีศูนย์กระจายสื่อตามภูมิภาคต่างๆ รวมทั้งพัฒนาแนวทางการสื่อสารกิจกรรมปลอดเหล้าให้เป็นระบบและต่อเนื่อง

๕. กลุ่มแผนงานด้านพัฒนารูปแบบการเลิกสุรา

- ๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาและบูรณาการรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราและผู้ติดสุราที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยเข้าสู่ระบบบริการ ทั้งในระบบสาธารณสุข และนอกระบบสาธารณสุขอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนและการบำบัดฟื้นฟูทางเลือก การพัฒนาศักยภาพการถ่ายทอดเทคโนโลยีแก่เครือข่ายบุคลากร นักวิชาการ และภาคีเครือข่าย โดยประสานงานกับภาคราชการ ภาควิชาการ องค์กรเอกชนและองค์กรทางศาสนา ควบคู่กับการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายในการขยายผลรูปแบบกลไกการบำบัดผ่านการผลักดันเชิงนโยบายระดับชาติ เชื่อมประสานแผนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ ในการขยายผลรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราผ่านระบบบริการสุขภาพและการเชื่อมโยงระบบบริการเข้ากับกิจกรรมและมาตรการอื่นๆ และสื่อสารให้ผู้มีปัญหการดื่มสุราเข้าถึงบริการ ตลอดจนการสนับสนุนให้มีระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑
- ๕.๒ สนับสนุนการพัฒนาศูนย์ให้บริการเลิกเหล้าทางโทรศัพท์ ให้มีคุณภาพในการให้บริการ ให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพและเป็นระบบ รวมถึงการสร้างกลไกเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ

๖. กลุ่มแผนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

- ๖.๑ สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการ/วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ เชื่อมโยงประสานภาคนักวิจัย/วิชาการ ผู้บริหาร/กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานขององค์กรทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพสารเสพติดในระบบสาธารณสุขระบบยุติธรรม และชุมชน เพื่อร่วมกำหนดโจทย์วิจัย พัฒนางานวิจัยสร้างความรู้ใหม่ และจัดการความรู้ที่มีอยู่แล้วให้พร้อมใช้งานได้ ซึ่งเป็นความรู้และงานวิจัยที่จำเป็นและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ที่หน่วยงานสามารถนำความรู้ไปต่อยอดได้
- ๖.๒ พัฒนาระบบข้อมูล ระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูลฯ ข้อมูลสถานการณ์อุปสงค์ อุปทานของยาเสพติด และการจัดการองค์ความรู้ที่มีความทันสมัยอยู่ตลอดเวลา รวมถึงพัฒนาระบบบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาครัฐ เครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน
- ๖.๓ สนับสนุนให้มีกลไกภาคประชาสังคมในการรณรงค์ และสื่อสารสู่สาธารณะสร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักรู้ทันต่อปัญหายาเสพติด และสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมุ่งเน้นการทำงานในกลุ่มเยาวชนเพื่อการป้องกันนักเสพติดหน้าใหม่
- ๖.๔ บูรณาการงานร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น เหล้า บุหรี่ โดยเชื่อมประสานกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชนรวมถึงการเชื่อมประสานการทำงานภายใน สสส. ร่วมกับสำนักต่างๆ ที่มีต้นทุนในการดำเนินงานในการป้องกัน ดูแล แก้ไขปัญหายาเสพติด

๗. กลุ่มแผนงานสนับสนุนภาคีเชิงยุทธศาสตร์

- ๗.๑ ผลักดันให้เกิดการทำงานควบคุมปัญหาสุราในระดับจังหวัดควบคู่ไปกับการทำงานควบคุมปัญหายาสูบตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินโครงการจังหวัดควบคุมยาสูบทั่วประเทศ
- ๗.๒ สนับสนุนองค์กรและเครือข่ายพระสงฆ์ให้ดำเนินการโครงการงดเหล้าเข้าพรรษาสู่ดเหล้าออกพรรษาเพื่อการกระตุ้นให้เกิดการลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเข้าพรรษาให้มากที่สุด และสร้างเครือข่ายคนหัวใจหิน (คนเลิกเหล้า) ให้มีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ อันจะนำไปสู่การทำให้คนกลุ่มนี้โปรณรงค์เชิญชวนให้ผู้ดื่มฯ หันมาเลิกดื่มให้มากขึ้น ตลอดจนรณรงค์ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ในหมู่เด็กและเยาวชน





ภาคีหลัก

ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครือข่ายหมออนามัย สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า เครือข่ายพระ มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล มูลนิธิเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา มูลนิธิสื่อเพื่อเยาวชน ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะเศรษฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มูลนิธิเพื่อพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ภาคธุรกิจเอกชนต่างๆ ฯลฯ

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

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

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย	๕๐
๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร	๓๐
๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์	๑๒๐
๔. กลุ่มแผนงานด้านทุนอุปถัมภ์	๓๕
๕. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนารูปแบบการเลิกสุรา	๔๕
๖. กลุ่มแผนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด	๓๓
๗. กลุ่มแผนงานสนับสนุนภาคีเชิงยุทธศาสตร์	๔๗
รวม	๓๖๐

๓

แผนการจัดการความปลอดภัยและ
ปัจจัยเสี่ยงทางสังคม

สถานการณ์และแนวโน้ม

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

๑. จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ จนถึงปัจจุบัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับฐานข้อมูลสำคัญ เช่น

๑.๑ ข้อมูลคดีอุบัติเหตุจราจรของสำนักงานตำรวจแห่งชาติระบุว่า สถิติผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร เริ่มลดลงตามลำดับ จาก ๑๔,๐๑๒ คน ในปี ๒๕๔๖ เป็น ๑๐,๗๔๒ คน ในปี ๒๕๕๓ ๙,๙๑๐ คน ในปี ๒๕๕๔ ๘,๗๔๖ คน ในปี ๒๕๕๕ ๗,๓๓๘ คน ในปี ๒๕๕๖ และ ๖,๙๘๕ คน ในปี ๒๕๕๗ โดยอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรลดจาก ๒๒.๒๑ คนต่อแสนของประชากร ในปี ๒๕๔๖ เป็น ๑๖.๘๒ ๑๕.๔๗ ๑๓.๕๗ และ ๑๑.๓๓ คนต่อแสนของประชากร ในปี ๒๕๕๓ ๒๕๕๔ ๒๕๕๕ และ ๒๕๕๖ ตามลำดับ และ ๑๐.๗๓ คนต่อแสนประชากรในปี ๒๕๕๗ ซึ่งลดลงร้อยละ ๕๐.๑๕ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๔๖ กับ ปี ๒๕๕๗

๑.๒ ข้อมูลรายงาน Global Status Report on Road Safety ๒๐๑๓ (ซึ่งเป็นการรายงานข้อมูล การเสียชีวิต ณ ปี ๒๕๕๓) และ ๒๐๑๕ (ซึ่งเป็นการรายงานข้อมูลการเสียชีวิต ณ ปี ๒๕๕๕) ขององค์การอนามัยโลก ได้คาดการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศต่างๆ รวมถึงประเทศไทยด้วย โดยคำนวณจากสมการซึ่งประกอบไปด้วยตัวแปรหลายตัว ผลจากการคำนวณแล้วพบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตลดลง จาก ๒๖,๓๑๒ คน ในปี ๒๕๕๓ เหลือ ๒๔,๒๓๗ คนในปี ๒๕๕๕ หรือสามารถลดผู้เสียชีวิตลงได้ ๒,๐๗๕ คน

๑.๓ ข้อมูลการเชื่อมโยงข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนนจากฐานข้อมูลสำคัญ ๓ แหล่ง ได้แก่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ข้อมูลมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย และบริษัทกลางคุ้มครอง ผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ซึ่งดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูลโดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวน ผู้เสียชีวิตลดลง จาก ๒๒,๘๘๖ ในปี ๒๕๕๔ เป็น ๒๒,๔๕๑ คนในปี ๒๕๕๕ และลดลงเหลือ ๒๒,๐๒๙ คน และ ๒๑,๔๓๒ คน ในปี ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗ ตามลำดับ





๒. แนวโน้มสถานการณ์ความรุนแรงของอุบัติเหตุทางถนนยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในช่วงเวลาปกติและในช่วงเทศกาล ทั้งนี้ข้อมูลเปรียบเทียบในเชิงพื้นที่ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๖ แสดงให้เห็นว่า **ความรุนแรงของอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มกระจายตัวอยู่รอบศูนย์กลางทางเศรษฐกิจของแต่ละภูมิภาค** ดังนั้น การดำเนินการมาตรการเพื่อลดความรุนแรงของอุบัติเหตุ ควรเน้นไปยังพื้นที่ดังกล่าว เช่น จังหวัดต่างๆ ที่อยู่โดยรอบเมืองใหญ่ของแต่ละภาค ซึ่งมักมีการเดินทางสัญจรทางไกลวิ่งผ่านและใช้ความเร็วสูง นอกจากนี้ **สภาพแวดล้อมทางกายภาพของถนน** ยังเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอุบัติเหตุ จากข้อมูลสถิติของกรมทางหลวงล่าสุดพบว่า **ทางหลวง ๔ ช่องจราจรหรือมากกว่า มักเกิดอุบัติเหตุที่มีความรุนแรงน้อยกว่าทางหลวง ๒ ช่องจราจร** ซึ่งอาจมีอุบัติเหตุเฉี่ยวชนในลักษณะประสานงาเกิดขึ้นได้ รวมถึงอุบัติเหตุรถตกข้างทางที่มีโอกาสเกิดขึ้นมากกว่า (ที่มา : รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖)

๓. ข้อมูลจำนวนรถจักรยานยนต์จดทะเบียนสะสมตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๘ เพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉลี่ยปีละ ๔๒๘,๑๕๐ คัน โดยล่าสุดปี ๒๕๕๘ มีจำนวนรถจักรยานยนต์จดทะเบียนสะสมทั้งสิ้น ๒๐,๓๐๘,๒๐๑ คัน คิดเป็นร้อยละ ๕๕ ของรถจดทะเบียนทั้งหมด (ข้อมูลจากกรมการขนส่งทางบก ในปี ๒๕๕๕ ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗ มีรถจักรยานยนต์จำนวนสะสม ๑๙,๐๒๓,๗๕๑ คัน ๑๙,๘๕๓,๑๕๗ คัน และ ๒๐,๑๔๑,๒๑๓ คัน ตามลำดับ และมีจำนวนรถจดทะเบียนสะสม ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๖, ๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘ เท่ากับ ๓๔,๖๒๔,๔๐๖ คัน ๓๕,๘๓๕,๑๘๐ คัน และ ๓๖,๗๓๑,๐๒๓ คัน ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่ารถจักรยานยนต์ รถจดทะเบียนทั้งหมด เพิ่มขึ้นทุกปี และจากสถิติการเสียชีวิตของผู้ใช้รถประเภทต่างๆ พบว่า**ผู้ใช้รถจักรยานยนต์มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่ารถประเภทอื่นถึง ๓.๔ เท่า** (ข้อมูลจากใบมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย)

๔. สถิติการสวมหมวกนิรภัยภาพรวมของประเทศยังอยู่ในอัตราคงที่ แม้ว่ารัฐบาลจะประกาศปีรณรงค์การสวมหมวกนิรภัย ๑๐๐% มาตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ จนถึงปี ๒๕๖๓ แต่ข้อมูลการสำรวจจากมูลนิธิไทยโรดส์ ๖ ปีติดต่อกัน ชี้ให้เห็นว่าระหว่างปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๘ อัตราการสวมหมวกนิรภัยอยู่ที่ร้อยละ ๔๔ ๔๖ ๔๓ ๔๓ ๔๒ และ ๔๓ ตามลำดับ โดยมีผู้สวมหมวกนิรภัยที่เป็นผู้ขับขี่ร้อยละ ๕๑ ผู้โดยสารร้อยละ ๑๙ แม้ในเขตเมืองจะมีสัดส่วนผู้สวมหมวกนิรภัยที่ค่อนข้างสูง (ร้อยละ ๗๒) แต่กลับมีสัดส่วนค่อนข้างต่ำในเขตชนบท (ร้อยละ ๒๙) **ชี้ให้เห็นว่าต้องเน้นทำงานเพิ่มขึ้นในพื้นที่เขตชนบท** และยังพบว่า การสวมหมวกนิรภัยในกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้รถจักรยานยนต์เริ่มมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ ๓๔ ในปี ๒๕๕๔ เหลือเพียงร้อยละ ๒๓ ในปี ๒๕๕๖ ในขณะที่เดียวกันการสวมหมวกนิรภัยในกลุ่มเด็กยังคงอยู่ที่ร้อยละ ๗ ทั้งนี้หากเจาะลึกในระดับพื้นที่พบว่า**ในจังหวัดที่มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เข้มข้น ร่วมกับการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังในเรื่องการสวมหมวกนิรภัยทั้งผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้าย รวมถึงมีการส่งเสริมในเรื่อง “มาตรการองค์กรส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย”** โดยเน้นสร้างความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ ทั้งเจ้าหน้าที่ตำรวจ ท้องถิ่น ภาคเอกชน สถานศึกษา รวมถึงสื่อมวลชนในพื้นที่ซึ่งมีความสำคัญมาก **ทำให้อัตราการสวมหมวกนิรภัยในพื้นที่จังหวัดนั้นเพิ่มสูงขึ้น** มา เช่น จังหวัดพังงา ในปี ๒๕๕๗ มีอัตราการสวมหมวกนิรภัยสูงถึงร้อยละ ๖๓ โดยในปี ๒๕๕๖ มีอัตราการสวมหมวกเพียงร้อยละ ๓๓ เป็นต้น (ที่มา : รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖)

๕. สถานการณ์ล่าสุดของอุบัติเหตุเมาแล้วขับในปี ๒๕๕๖ จากรายงานคดีอุบัติเหตุจราจรทางบกของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และระบบรายงานข้อมูลอุบัติเหตุของกรมทางหลวง บ่งชี้การลดลงของสัดส่วนอุบัติเหตุเมาแล้วขับทั้งในภาพรวมของทั้งประเทศและเฉพาะอุบัติเหตุบนทางหลวง อย่างไรก็ตาม สำหรับอุบัติเหตุเมาแล้วขับบนทางหลวงหมายเลข ๔ หลัก คือทางหลวงแผ่นดินสายรองที่เข้าถึงพื้นที่ในระดับตำบล กลับมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยมักเกิดขึ้นตั้งแต่เวลาหกโมงเย็นถึงตีสาม สำหรับปัญหาการดื่มแล้วขับในกลุ่มผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุทางถนน จากรบบข้อมูลของโรงพยาบาลเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (injury surveillance) พบว่าสถานการณ์ในภาพรวมมีแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยสัดส่วนของผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรที่เป็นผู้ขับขี่ยานพาหนะลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ ๔๕ ในปี ๒๕๔๘ ลงมาเหลือร้อยละ ๓๓ ในปี ๒๕๕๖ แต่จากการจำแนกข้อมูลตามประเภทยานพาหนะของผู้บาดเจ็บได้เปิดเผยให้เห็นว่า สัดส่วนการดื่มแล้วขับที่ลดลงมีเพียงกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ที่ครองสัดส่วนมากที่สุดในระบบข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บเท่านั้น โดยในช่วง ๒ - ๓ ปีที่ผ่านมา กลุ่มผู้บาดเจ็บที่ขับขี่ยานพาหนะประเภทอื่น เช่น รถยนต์นั่งส่วนบุคคล รถกระบะ และสามล้อเครื่อง เริ่มมีแนวโน้มที่สัดส่วนการดื่มแล้วขับกลับเพิ่มสูงขึ้น (ที่มา : รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖)

๖. พฤติกรรมการใช้ความเร็ว ยังเป็นปัญหาสำคัญที่สุดของอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย ด้วยการขับด้วยความเร็วที่สูงขึ้น ทำให้ผู้ขับขี่มีเวลาลดลงในการตัดสินใจและควบคุมรถ อีกทั้งหากเกิดอุบัติเหตุการชนก็จะทำให้ร่างกายได้รับแรงกระแทกมากขึ้น ส่งผลให้โอกาสการบาดเจ็บและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น จากการรายงานข้อมูลสถิติอุบัติเหตุบนทางหลวงล่าสุดในปี ๒๕๕๖ พบว่ามูลเหตุสัณนิฐานในการเกิดอุบัติเหตุบนทางหลวงสูงที่สุด คือ การใช้ความเร็ว ๘,๖๒๐ ครั้ง หรือคิดเป็นร้อยละ ๗๗ ของอุบัติเหตุทั้งหมด อีกทั้งยังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต คิดเป็นสัดส่วนมากถึง ๒ ใน ๓ ของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนทางหลวง บริเวณที่เกิดอุบัติเหตุความเร็วมากที่สุด คือ ทางหลวงขนาด ๔ ช่องจราจร ร้อยละ ๔๒ ลักษณะการชนเป็นอุบัติเหตุตกข้างทาง ร้อยละ ๔๘ โดยประเภทของยานพาหนะที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุการใช้ความเร็วมากที่สุด คือ รถยนต์นั่งและรถกระบะปิกอัพประมาณร้อยละ ๕๐ สำหรับการตรวจจับความเร็วยานพาหนะบนทางหลวงที่ดำเนินการอยู่ โดยตั้งแต่ปี ๒๕๕๑ ถึง ๒๕๕๖ แม้ว่าสถิติการตรวจจับความเร็วมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องกว่าเท่าตัว แต่ในช่วงเวลาเดียวกันนี้ สัดส่วนอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากการใช้ความเร็วยังคงไม่เปลี่ยนแปลงไป (ที่มา : รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖)

๗. การสำรวจพฤติกรรมการใช้ความเร็วของรถตู้โดยสารและรถบัสโดยสาร รายไตรมาส ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗ บนทางหลวงสายหลักต่างๆ ภายในรัศมี ๒๐๐ กิโลเมตรรอบกรุงเทพมหานคร พบว่าในภาพรวมทั้งรถตู้โดยสารและรถบัสโดยสาร ยังใช้ความเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนดอยู่มากถึง ร้อยละ ๕๑ และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ความเร็วของรถโดยสารในแต่ละจุดสำรวจของรถโดยสารทั้ง ๔ ประเภท (รถตู้โดยสารประจำทาง รถตู้โดยสารทั่วไป รถบัสโดยสารประจำทาง และรถบัสโดยสารทั่วไป) พบว่ารถโดยสารส่วนใหญ่





มีแนวโน้มที่จะใช้ความเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนดเพิ่มมากขึ้นเมื่อระยะทางห่างจากกรุงเทพมหานครมากขึ้น โดยเฉพาะบนทางหลวงสายหลักที่มุ่งหน้าสู่ภูมิภาคต่างๆ เช่น ทางหลวงหมายเลข ๑ ๒ ๔ ๓๕ และทางหลวงหมายเลข ๓๔๔ เป็นต้น สำหรับการเกิดอุบัติเหตุรถโดยสารมีแนวโน้มความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น โดยมี ๒ ประเด็นหลักที่ต้องเร่งปรับปรุงแก้ไข คือ ปัญหาสภาพความปลอดภัยของตัวรถ และปัญหาพฤติกรรมการใช้ความเร็วของผู้ขับขี่รถตู้และรถบัสโดยสาร โดยเฉพาะในกลุ่มรถโดยสารส่วนบุคคล และรถเช่าเหมา ซึ่งต้องการการกำกับดูแลจากหน่วยงานภาครัฐอย่างทั่วถึงและเข้มข้น (ที่มา : ผลการสำรวจพฤติกรรมการใช้ความเร็วของรถตู้โดยสารและรถบัสโดยสาร โดย มูลนิธิไทยโรดส์)

๘. การสำรวจพฤติกรรมการใช้ความเร็วบนทางหลวงสายหลักในประเทศไทย จากจุดสำรวจทั้งหมด ๒๔๔ จุด บนทางหลวงสายหลักที่เป็นเส้นทางเชื่อมระหว่างภาคถึงภาค จังหวัดถึงจังหวัด หรืออำเภอถึงอำเภอ จำนวนรถทั้งหมด ๔๑๑,๖๘๐ คัน (รถยนต์ ๔ ล้อขนาดเล็ก ๗๗๗,๗๔๓ คัน และรถบรรทุกขนาดใหญ่ ๑๓๓,๙๓๗ คัน) ในภาพรวมพบว่า รถยนต์ ๔ ล้อขนาดเล็ก มีสัดส่วนการใช้ความเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนดเฉลี่ยสูงกว่ารถบรรทุกขนาดใหญ่ (รถยนต์ ๔ ล้อขนาดเล็ก เฉลี่ยร้อยละ ๕๕ และรถบรรทุกขนาดใหญ่เฉลี่ยร้อยละ ๓๘) และเมื่อจำแนกตามช่วงเวลา พบว่าพฤติกรรมการใช้ความเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนดบนทางหลวงสายหลักในช่วงบ่าย (๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.) มีแนวโน้มการใช้ความเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนดสูงกว่าช่วงเช้า (๐๕:๐๐ - ๑๒:๐๐ น.) เล็กน้อย ทั้งในกลุ่มของรถยนต์ขนาดเล็กและรถบรรทุกขนาดใหญ่ (ที่มา : ผลการสำรวจพฤติกรรมการใช้ความเร็วบนทางหลวงสายหลักในประเทศไทย โดย มูลนิธิไทยโรดส์)

๙. ปัจจุบันถนนในประเทศไทยอยู่ในความดูแลของหน่วยงานหลัก ได้แก่ กรมทางหลวง กรมทางหลวงชนบท การทางพิเศษแห่งประเทศไทย กรมโยธาธิการและผังเมือง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยข้อมูลล่าสุดของปี ๒๕๕๕ ถนนในความรับผิดชอบของกรมทางหลวงมีความยาว ๖๗,๖๒๓ กิโลเมตร กรมทางหลวงชนบท ๔๙,๐๘๐ กิโลเมตร การทางพิเศษ ๒๐๘ กิโลเมตร ที่เหลืออยู่ในความรับผิดชอบของท้องถิ่นประมาณ ๙๓,๐๐๐ กิโลเมตร และในปี ๒๕๕๕ มีผู้เสียชีวิตบนถนนในความรับผิดชอบของกรมทางหลวง ๑,๕๔๔ ราย กรมทางหลวงชนบท ๑๖๑ ราย การทางพิเศษ ๑๔ ราย แสดงให้เห็นว่าผู้เสียชีวิตที่เหลือนอก ๑๒,๓๔๐ รายเสียชีวิตบนถนนในเขตท้องถิ่น ซึ่งควรต้องจัดการปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่อำเภอ ตำบล ให้เพิ่มมากขึ้นและดำเนินการอย่างเข้มข้น (ที่มา : รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖)

๑๐. การศึกษาวิจัยถึงประสิทธิผลของการใช้เข็มขัดนิรภัยในประเทศไทย พบว่า สามารถช่วยลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ได้ถึง ร้อยละ ๓๔ และผู้ที่ไม่ใช้เข็มขัดนิรภัยมีอัตราความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ใช้เข็มขัดนิรภัยถึง ๒ เท่า แต่จากผลการสำรวจพฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัยในปี ๒๕๕๔ ผู้ขับขี่และผู้โดยสารที่นั่งตอนหน้ามีอัตราการใช้ร้อยละ ๕๘ และร้อยละ ๔๐ ตามลำดับ โดยผู้ใช้รถผู้ขายคาดเข็มขัดมากกว่าผู้หญิงเล็กน้อย (ร้อยละ ๕๕ และร้อยละ ๕๐ ตามลำดับ) และผู้ใช้รถเก่งคาดเข็มขัดมากกว่าผู้ใช้รถกะบะ (ร้อยละ ๖๐ และ ๔๘ ตามลำดับ) จากการสำรวจพบ ๕ เหตุผลหลัก ที่ผู้ใช้รถยนต์ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย คือ เดินทางระยะใกล้

(ร้อยละ ๕๑) ไม่ได้ขับซึ่รถออกถนนใหญ่ (ร้อยละ ๒๙) เร่งรีบหรือต้องขึ้นลงรถบ่อย (ร้อยละ ๒๘) ลืม (ร้อยละ ๒๒) และรู้สึกอึดอัดไม่สบาย (ร้อยละ ๒๐) (ที่มา : รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖)

๑๑. สถิติของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) และการรายงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ตัวเลขการเสียชีวิตและการบาดเจ็บ ในช่วง ๗ วันอันตรายของเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ จนถึงปัจจุบันมีแนวโน้มลดลง แต่อัตราการลดลงนั้นเริ่มที่จะชะลอตัว ซึ่งหากพิจารณาสถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลสำคัญนี้ เป็นแค่เพียงจำนวนการเสียชีวิตแค่ ร้อยละ ๕ เท่านั้นของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งปี ฉะนั้นหากต้องการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุและลดจำนวนผู้เสียชีวิตลงให้ได้ ประเทศไทยต้องการการดำเนินการในเรื่องนี้ตลอดทั้งปี มิใช่แค่ช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง และต้องมีการจัดการที่ใกล้ชิดกับปัญหาและพื้นที่ มีกลไกการจัดการในระดับพื้นที่ที่มีความเข้มแข็ง ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยลดการเสียชีวิตลงได้จริงตามเป้าหมาย

๑๒. ข้อมูลสถิติอุบัติเหตุของกรมทางหลวง พบว่าจำนวนจุดอันตรายในปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๕ (จุดอันตรายคือ ตำแหน่งหรือช่วงถนนที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นต่อปี ๓ ครั้งขึ้นไป) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่อเทียบกับปริมาณการเดินทางบนทางหลวง โดยการลดลงนี้เกิดจาก การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศอุบัติเหตุบนทางหลวง (Highway Accident Information Management System : HAIMS) ที่สามารถระบุตำแหน่งของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นแต่ละครั้ง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์บ่งชี้ตำแหน่งของจุดอันตราย เพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ เมื่อแยกตามรายจังหวัดในปี ๒๕๕๕ พบว่า มีจังหวัดที่มีจำนวนจุดอันตรายเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๓ จำนวน ๒๖ จังหวัด ลดลง ๒๔ จังหวัด ไม่เปลี่ยนแปลง ๑๒ จังหวัด และไม่มีจุดอันตราย ๑๕ จังหวัด โดยจุดอันตรายบนทางหลวงส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ ๕๕ ยังคงอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ซึ่งมีปริมาณการเดินทางสูงเช่นเดิม และเมื่อจำแนกข้อมูลตามประเภทของทางหลวง พบว่าทางหลวงสายหลักและสายรองมีจำนวนจุดอันตรายลดลง ในขณะที่ทางหลวงสายย่อยที่เชื่อมระหว่างจังหวัดกับอำเภอ มีจำนวนจุดอันตรายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นแนวทางการจัดสรรงบประมาณแก้ไขจุดอันตราย ควรให้ความสำคัญต่อทางหลวงสายย่อยเชื่อมโยงระหว่างจังหวัดกับอำเภอ (ที่มา : รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖)

๑๓. ประเทศไทยมีเส้นทางรถไฟความยาวรวมกว่า ๔ พันกิโลเมตร มีทางตัดผ่านเส้นทางรถไฟมากถึง ๒,๔๕๗ แห่ง ซึ่งทางตัดผ่านเส้นทางรถไฟเหล่านี้ มีทั้งแบบที่มีเครื่องกั้นและไม่มีเครื่องกั้น บางแห่งเป็นทางตัดผ่านที่เป็นสะพานหรืออุโมงค์ และในจำนวนนี้เป็นทางลักผ่านของประชาชนในท้องถิ่นอีก ๕๓๘ แห่ง ซึ่งเป็นทางตัดผ่านที่ผิดกฎหมายและไม่มีการควบคุมด้านความปลอดภัย อีกทั้งยังเป็นบริเวณที่มักเกิดอุบัติเหตุขึ้นบ่อยครั้ง และจากสถิติของการรถไฟแห่งประเทศไทย (ร.ฟ.ท.) ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๕๖ มีอุบัติเหตุรถไฟชนกับยานพาหนะหรือคนที่สัญจรผ่านจุดตัดทางรถไฟกับถนนรวมเป็นจำนวนมากถึง ๑,๔๑๒ ครั้ง มีผู้เสียชีวิตรวม ๖๒๑ ราย และบาดเจ็บ ๑,๔๐๔ ราย ซึ่งแม้ว่าจำนวนอุบัติเหตุและการเสียชีวิตเริ่มมีแนวโน้มลดลงในช่วง ๑๐ กว่าปีที่ผ่านมา แต่ด้วยอุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟ มีความรุนแรงสูงเมื่อเทียบกับอุบัติเหตุทางถนน





ในลักษณะอื่นๆ จึงมักเป็นเหตุเศร้าสลดและส่งผลให้เกิดความสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน คิดเป็นมูลค่ามหาศาลในแต่ละปี (ที่มา : รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖)

๑๔. จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุและประเภทยานพาหนะ พบว่าทุกกลุ่มอายุ มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการใช้รถจักรยานยนต์โดยกลุ่มอายุที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์มากที่สุด คือ กลุ่มอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง และเมื่อพิจารณาที่ช่วงเวลาที่มียานพาหนะผู้เสียชีวิตมากที่สุด คือ ช่วงเดือนมกราคม มีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงถึง ๑,๕๙๗ คน รองลงมาคือ เดือนมีนาคม กุมภาพันธ์ และเมษายน ตามลำดับ ซึ่งมีข้อสังเกตว่า ช่วงเดือนมกราคมและเมษายน ตัวเลขจำนวนผู้เสียชีวิตสูงขึ้น น่าจะมาจากเป็นช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ที่มีการเดินทางสูง ทำให้ผู้เสียชีวิตสะสมรายเดือนสูงกว่าเดือนอื่นๆ และเมื่อพิจารณาข้อมูลรายจังหวัด พบว่าจังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนสูงที่สุด ๑๐ อันดับแรก ในปี ๒๕๕๗ ได้แก่ ระยอง ปราจีนบุรี ชลบุรี จันทบุรี ประจวบคีรีขันธ์ พิษณุโลก ฉะเชิงเทรา ชุมพร นครนายก และลำพูน (ที่มา : ข้อมูลมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

๑. หลายปีที่ผ่านมาไทยประสบเหตุการณ์ภัยพิบัติทางธรรมชาติที่รุนแรงในหลายพื้นที่สร้างความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคมและสภาพแวดล้อมซึ่งไม่สามารถประเมินค่าได้

ภาพแสดงสถิติภัยพิบัติในประเทศไทยระหว่างปี ๒๕๓๑ - ๒๕๕๕^{๑๔}

ประเภทภัยพิบัติ (ช่วงเวลา)	จำนวนครั้ง	ความเสียหาย		
		บาดเจ็บ (คน)	เสียชีวิต (คน)	มูลค่า (ล้านบาท)
อุทกภัย (๒๕๓๒ - ๒๕๕๔)	มากกว่า ๔๐,๐๐๐	มากกว่า ๒,๐๐๐	มากกว่า ๒,๐๐๐	๑๒,๕๙๑,๘๑๐
สึนามิ (๒๕๔๗)	๑	๑๑,๗๗๕	๕,๔๐๑	๔๔,๔๙๑
ดินโคลนถล่ม (๒๕๓๑ - ๒๕๕๕)	๓๕	มากกว่า ๕๐๐	๕๔๑	มากกว่า ๒,๐๕๓
วาทภัย (๒๕๓๒ - ๒๕๕๒)	๓๖,๐๒๔	๑,๓๖๗	๘๔๒	๕๐๕,๑๕๕
อัคคีภัย (๒๕๓๒ - ๒๕๕๒)	๔๖,๙๘๙	๓,๗๗๕	๑,๖๓๕	๒,๔๔๑,๘๖๑
ภัยแล้ง (๒๕๓๒ - ๒๕๕๒)	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	๑,๓๓๑,๔๗๔
ภัยจากการคมนาคมและขนส่ง (๒๕๓๒ - ๒๕๕๒)	๑,๗๗๑,๐๘๑	๑,๑๓๕,๙๒๓	๒๔๘,๓๕๗	๓๙,๗๖๒
ภัยจากไฟฟ้า (๒๕๔๑ - ๒๕๕๒)	๖๐,๓๐๗	กินพื้นที่ประมาณ ๖๐ จังหวัด มีพื้นที่เสียหายรวม ๑,๐๒๗,๒๘๘ ไร่		

ที่มา : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

^{๑๔}ที่มา : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.). “๕ สถานการณ์เด่นในรอบทศวรรษ” สุขภาพคนไทย, ๒๕๕๖. (http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2013/thai2013_15.pdf)

๒. อุทกภัยเป็นภัยที่สร้างความเสียหายมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเหตุการณ์อุทกภัยปี ๒๕๕๔ มีพื้นที่ได้รับผลกระทบรวมทั้งสิ้น ๖๕ จังหวัด ประชาชนได้รับความเดือดร้อน ๔,๐๖๘,๓๖๑ คน มีผู้เสียชีวิต ๖๘๐ ราย บ้านเรือน พื้นที่การเกษตร นิคมอุตสาหกรรม โรงงาน ร้านค้า สนามบินดอนเมือง และภาคธุรกิจต่างๆ ได้รับความเสียหาย จากการประเมินความเสียหายในเชิงมูลค่าทางเศรษฐกิจของศูนย์วิจัยกสิกรไทย พบว่า ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เป็นมูลค่าสุทธิประมาณ ๒๔๒,๒๐๐ ล้านบาท

๓. เหตุการณ์แผ่นดินไหวและคลื่นสึนามิ เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๗ ซึ่งเกิดจากการยุบตัวของเปลือกโลกใต้มหาสมุทรอินเดีย กระตุ้นให้เกิดคลื่นสึนามิสูงประมาณ ๓๐ เมตร ถือเป็นธรณีพิบัติครั้งรุนแรงมากที่สุด คร่าชีวิตผู้คนใน ๑๔ ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย โดยตัวเลขจากสำนักวิจัยและความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยระบุว่า มีผู้เสียชีวิต ๕,๔๐๑ คน บาดเจ็บ ๑๑,๗๗๕ คน สูญหาย ๒,๔๒๑ คน มูลค่าความเสียหายรวม ๔๔,๔๙๑ ล้านบาท ความสูญเสียต่อระบบเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวมากกว่า ๓๐,๐๐๐ ล้านบาท

๔. ปัญหาไฟป่าและหมอกควัน ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงฤดูแล้งเป็นประจำทุกปี และเริ่มทวีความรุนแรงมากขึ้น ตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยศูนย์ทะเบียนมะเร็งเชียงใหม่ปี ๒๕๕๐ พบว่า คนเชียงใหม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดมากกว่าคนไทยทั่วไปถึงเกือบ ๗ เท่า^{๙๙} และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

สถานการณ์ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นและการศึกษากระบวนการรับมือภัยพิบัติของประเทศที่ผ่านมา พบว่า ข้อมูลสถิติ และองค์ความรู้ที่เกิดจากการถอดบทเรียนการรับมือภัยพิบัติทั้งในระดับชาติและชุมชน ยังขาดแคลน ข้อมูลอยู่มาก จำเป็นที่จะต้องมีการรวบรวมข้อมูล สถิติ และกรณีศึกษาการรับมือภัยพิบัติเพื่อสังเคราะห์ออกมาเป็นองค์ความรู้และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อผลักดันให้เกิดระบบการบริหารจัดการภัยพิบัติของประเทศที่มีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุที่ว่า การเกิดภัยพิบัติในแต่ละครั้งเป็นเรื่องที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงทั้งในชีวิตและทรัพย์สิน และกระจายเป็นวงกว้างในหลายพื้นที่ ความเสียหายที่เกิดต่อระบบการคมนาคมขนส่ง ทำให้ความช่วยเหลือจากภาครัฐ องค์กรเอกชนและอาสาสมัครไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ในทันที ชุมชนที่มีความเข้มแข็ง มีการประสานงานภายในชุมชน รวมถึงมีการแบ่งบทบาทและหน้าที่ของแต่ละคนที่ชัดเจนในการรับมือภัยพิบัติที่เกิดขึ้น จะสามารถบรรเทาภัยที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าชุมชนหรือพื้นที่ที่ขาดการเตรียมความพร้อมในรับมือภัย

แนวโน้มการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ค่อยๆ ลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปลายปี ๒๕๔๔ แต่ข้อมูลปี ๒๕๕๘ การจมน้ำยังคงเป็นภัยคุกคามอันดับ ๑ ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีเมื่อเทียบกับทุกสาเหตุทั้งโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อ โดยมีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสนคน สูงที่สุด เท่ากับ ๕.๔ ซึ่งเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงประมาณ ๒ เท่าตัว สถานที่ที่เด็กจมน้ำอยู่ที่บ้านและบริเวณบ้านสูงที่สุดร้อยละ ๓๖.๖ แหล่งน้ำที่มีเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำสูงที่สุดคือแหล่งน้ำ

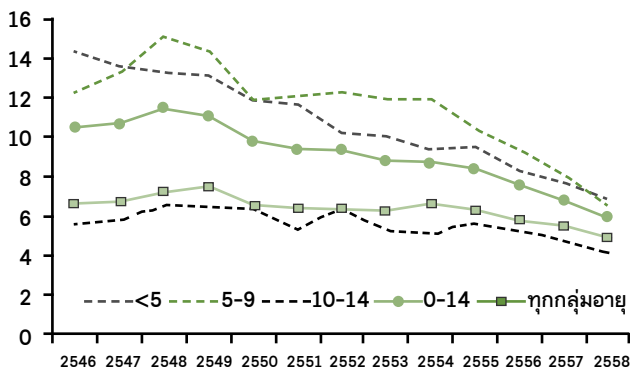
^{๙๙} ที่มา : “หมอก-ควัน ๕๓ แรงแซง ๒ ปีก่อน”. คมชัดลึก, ๑ ธันวาคม ๒๕๕๓.





ธรรมชาติร้อยละ ๓๙.๒ รองลงมาคืออ่างอาบน้ำร้อยละ ๖.๘ และสระว่ายน้ำร้อยละ ๒.๗ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุด รองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) และภาคเหนือ โดยมีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน เท่ากับ ๗.๑ ๖.๐ ๕.๙ และ ๕.๒ ตามลำดับ สำหรับการเข้าถึงการรักษาพยาบาลพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ที่บาดเจ็บรุนแรงจากการจมน้ำ ถูกนำส่งโดยญาติหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์มากที่สุดร้อยละ ๔๙.๕ รองลงมาคือหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ ๔๗.๓^{๒๐}

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



แหล่งข้อมูล: ข้อมูลมรณบัตร. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วิเคราะห์: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

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



แหล่งข้อมูล: โรงพยาบาลเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บ 28 แห่ง
ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติ
สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค

การกำหนดมาตรการป้องกันให้มีประสิทธิภาพยังควรต้องใช้หลายมาตรการควบคู่กันไป สำหรับประเทศไทยที่ส่วนใหญ่จะเกิดการจมน้ำในแหล่งน้ำธรรมชาติซึ่งมีบริเวณค่อนข้างกว้าง ดังนั้นการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงขนาดใหญ่จำเป็นต้องใช้ต้นทุนภายในชุมชน เช่น การกำหนดให้เด็กอายุตั้งแต่ ๕ ปีขึ้นไปได้เรียนว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด การออกกฎระเบียบข้อบังคับสำหรับท้องถิ่นในการดูแลแหล่งน้ำ และควรจัดให้มีทีมเครือข่ายเพื่อดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในชุมชนเพื่อทำหน้าที่บูรณาการการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำของหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

๑. การศึกษาสถานการณ์ พฤติกรรมและผลกระทบการพนันในประเทศไทย ปี ๒๕๕๘^{๒๑} สสำรวจประชากรที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การเล่นพนัน ร้อยละ ๗๓.๘ (ต่ำกว่าการสำรวจในปี ๒๕๕๖ ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ ๗๖.๕^{๒๒} และในปี ๒๕๕๓ อยู่ที่ร้อยละ ๗๗.๑^{๒๓}) โดยกว่าร้อยละ ๖๐ เริ่มเล่นพนันครั้งแรกตอนอายุ

^{๒๐} สุชาติ เกิดมงคลการ สัม เอกเฉลิมเกียรติ และกาญจณีย์ ตำนาคแก้ว. “การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการตกน้ำ จมน้ำ ทั้ง ๕ มิติของการทำงาน”. ๒๕๕๘.

^{๒๑} การสำรวจโดย คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับ ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ (SAB), ๒๕๕๘

^{๒๒} การสำรวจโดย คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับ กรมสรรพสามิต มณฑล ภิรติพรานนท์ และวิษณุ วงศ์สินศิริกุล, ๒๕๕๖

^{๒๓} การสำรวจโดย คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับ สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๔

ไม่เกิน ๒๐ ปี และผู้เริ่มเล่นการพนันครั้งแรกอายุต่ำสุดคือ ๗ ปี สำหรับเหตุผลของกลุ่มที่เล่นพนัน ๕ อันดับแรก ได้แก่ ต้องการเลี้ยงชีพ/อยากลอง (ร้อยละ ๗๐.๑) อยากได้เงิน (ร้อยละ ๓๘.๙) ตื่นเต้น/เพลิดเพลิน (ร้อยละ ๓๒.๓) เล่นตามคนใกล้ชิด (ร้อยละ ๒๔) และมีคนชวนให้เล่น (ร้อยละ ๑๙.๔) ส่วนเหตุผลของกลุ่มที่ไม่เล่นพนัน ๕ อันดับแรกคือ ไม่ชอบ (ร้อยละ ๗๔.๘) เล่นไม่เป็น (ร้อยละ ๓๘.๔) เป็นสิ่งผิดกฎหมาย (ร้อยละ ๒๓.๗) กลัวเสียเงิน (ร้อยละ ๑๘.๙) และเป็นอบายมุข (ร้อยละ ๑๖.๑)

๒. ในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา มีผู้เล่นการพนันร้อยละ ๕๒.๔ หรือประมาณการเท่ากับประชากรจำนวน ๒๗,๓๙๓,๖๗๘ คน ทั้งนี้ เป็นกลุ่มเด็กและเยาวชน (๑๕ - ๒๕ ปี) ถึงร้อยละ ๑๑.๒ หรือ ๓,๑๑๖,๖๓๔ คน สำหรับประเภทการพนันที่เล่นมากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ ๑) สลากกินแบ่งรัฐบาล มีผู้เล่นพนันร้อยละ ๓๖.๕ หรือประมาณการเท่ากับประชากร ๑๙.๐๗ ล้านคน มีวงเงินหมุนเวียน ๗๗,๑๔๓ ล้านบาท ๒) หว่ยใต้ดิน มีผู้เล่นพนันร้อยละ ๓๑.๖ หรือประมาณการเท่ากับประชากร ๑๖.๔๙ ล้านคน มีวงเงินหมุนเวียน ๑๓๐,๘๗๙ ล้านบาท ๓) พนันทายผลฟุตบอล พบว่า มีผู้เล่นพนันร้อยละ ๓.๘๑ หรือประมาณการเท่ากับประชากร ๑.๙๙ ล้านคน มีวงเงินหมุนเวียน ๑๓๖,๑๒๕ ล้านบาท

๓. ด้านทัศนคติของคนไทยที่เล่นการพนัน ส่วนใหญ่แสดงทัศนคติว่า การพนันก่อให้เกิดหนี้สิน การเล่นพนันทำให้ขาดความน่าเชื่อถือทางด้านการเงิน และออนไลน์เป็นช่องทางที่ทำให้เข้าถึงการพนันได้ง่ายขึ้น เมื่อให้กลุ่มผู้เล่นการพนันประเมินว่าตนเองติดพนันหรือไม่ พบว่า ร้อยละ ๗.๙ หรือประมาณการเท่ากับประชากร ๒,๑๗๒,๑๔๘ คน ระบุว่า “ติดการพนัน” และอีกร้อยละ ๑๙ หรือประมาณการ ๕,๑๘๒,๐๗๓ คน ระบุว่า “ไม่แน่ใจ” ทั้งนี้ กลุ่มเด็กและเยาวชน (๑๕ - ๒๕ ปี) ประเมินว่าติดการพนันถึงร้อยละ ๖.๖ หรือ ๒๐๗,๐๐๐ คน

๔. ผู้เล่นพนันจำนวนไม่น้อยยังมีพฤติกรรมการเล่นพนันในระดับที่เป็นปัญหา เช่น ร้อยละ ๓๔.๒ เคยรู้สึกผิด ละอายใจภายหลังเล่นพนัน ร้อยละ ๒๑.๙ หลังชนะพนัน เคยมีความต้องการอย่างมากที่จะเล่นอีก เพื่อเอาชนะหรือให้ได้เงินเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๑.๑ เคยเล่นพนันนานกว่าที่ตั้งใจจะเล่น/ที่วางแผนไว้ ร้อยละ ๒๐.๘ หลังเสียพนัน รู้สึกว่าจะต้องรีบกลับมาแก้มือ เพื่อเอาเงินที่เสียไปคืนมาให้เร็วที่สุด

๕. การสำรวจสถานการณ์ พฤติกรรม และผลกระทบการพนันในกลุ่มนักศึกษาไทย ปี ๒๕๕๖^{๓๔} มีนักศึกษาถึงร้อยละ ๒๘.๙๗ ที่ระบุว่า เคยเล่นการพนัน หรือคิดเป็น ๕๒๗,๖๓๖ คน (จากจำนวนนักศึกษาในระดับปริญญาตรีทั้งประเทศปีการศึกษา ๒๕๕๕ มีจำนวนทั้งสิ้น ๑,๘๒๑,๓๑๘ คน ข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๕๖ จาก www.info.mua.go.th) โดยประเภทเกมพนันที่นักศึกษานิยมเล่นพนันมากที่สุดในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมา คือ เกมพนันไพ่ ถึงร้อยละ ๖๗.๑๖ หรือคิดเป็น ๓๕๔,๓๖๐ คน รองลงมาคือ เกมพนันบิงโกร้อยละ ๒๙.๖๐ หรือคิดเป็น ๑๕๖,๑๘๐ คน เกมพนันหว่ยใต้ดินร้อยละ ๒๗.๒๗ หรือคิดเป็น ๑๔๓,๘๘๖ คน เกมพนันสลากกินแบ่งรัฐบาลร้อยละ ๒๖.๐๔ หรือคิดเป็น ๑๓๗,๓๙๖ คน และเกมพนันฟุตบอลร้อยละ ๑๙.๗๖ หรือคิดเป็น ๑๐๔,๒๖๑ คน ส่วนเกมพนันตู้ม้า เกมพนันหว่ยหุ้น เกมพนันโป๊กเกอร์ และเกมพนันหว่ยต่างประเทศ มีนักศึกษานิยม

^{๓๔} การศึกษาสถานการณ์ พฤติกรรม และผลกระทบการพนันในประเทศไทย
ประจำปี ๒๕๕๖ : กรณีศึกษาสถาบันอุดมศึกษา โดย มณฑิต กิตติพรานนท์,
กมลทิพย์ อาร์ธอส, วิษณุ วงษ์สินศิริกุล





เล่นพนันค่อนข้างน้อย กล่าวคือ มีเพียงร้อยละ ๓.๖๑ ๒.๕๕ ๒.๖๒ และ ๐.๘๔ ตามลำดับเท่านั้น นอกจากนี้เมื่อทำการประมาณมูลค่าของวงเงินพนันของทั้ง ๘ ประเภทเกมพนันในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมาได้ถึง ๑๒,๔๙๙,๕๗๖,๒๗๖ บาท โดยการพนันที่มีวงเงินสูงสุด คือ เกมพนันฟุตบอล ๓,๗๘๗,๑๕๘,๘๔๐ บาท รองลงมาคือ เกมพนันไพ่ ๓,๖๙๓,๑๕๐,๕๕๑ บาท เกมพนันหวยใต้ดิน ๘๑๒,๖๔๖,๕๔๕ บาท เกมพนันสลากกินแบ่งรัฐบาล ๓๒๙,๗๐๒,๓๑๑ บาท เกมพนันบิงโก ๒๓๒,๖๘๙,๔๕๘ บาท เกมพนันตู้ม้า ๕๒,๓๓๗,๐๔๖ บาท เกมพนันหวยหุ้น ๓๔,๐๙๓,๔๒๐ บาท และเกมพนันหวยต่างประเทศ ๙,๔๙๑,๙๗๐ บาท ส่งผลกระทบจากการเล่นพนันของนักศึกษาในด้านการเรียน ด้านครอบครัว ด้านเพื่อนสนิท ด้านคนรัก/แฟน และด้านการทำงาน ผลการสำรวจจะพบว่าในความคิดเห็นของนักศึกษาแล้ว ผลกระทบเหล่านี้อยู่ในระดับค่อนข้างน้อยทั้งสิ้นโดยมีค่าเฉลี่ยระดับผลกระทบอยู่ระหว่าง ๑.๘๒ ถึง ๑.๙๙ จากค่าระดับผลกระทบสูงสุด ๕.๐๐ อย่างไรก็ตาม ประสพการณ์การพนันที่นักศึกษาประสบและเป็นประสบการณ์ที่สะท้อนถึงการเสพติดพนัน ผลสำรวจชี้ให้เห็นว่านักศึกษาที่เคยมีประสบการณ์ในด้านนี้มากที่สุดคือ กลุ่มนักศึกษาที่เล่นพนันฟุตบอล หวยใต้ดิน และพนันตู้ม้า

๖. พฤติกรรมการรับชมและการเล่นพนันท้ายผลฟุตบอลยูโร ๒๐๑๖^{๒๔} พบว่า ร้อยละ ๓๖.๙ ตั้งใจจะดูการถ่ายทอดสดฟุตบอลยูโร ๒๐๑๖ โดยร้อยละ ๔๒.๗ มีทัศนคติว่าการเล่นพนันบอลไม่ใช่ว่าเสี่ยงดวงเพราะต้องใช้ความสามารถในการวิเคราะห์ และร้อยละ ๔๕.๗ มองว่า การวางเดิมพันข้างทีมที่เชียร์เป็นการแสดงออกถึงการเป็นแฟนบอลของทีมนั้น ที่น่าสนใจเกือบร้อยละ ๖๐ ไม่เคยได้ยินได้ฟังการรณรงค์หรือถูกห้ามปรามไม่ให้เล่นพนันบอล โดยนักพนันมัธยมปลายและอาชีวศึกษา ร้อยละ ๒๖ เล่นทุกสัปดาห์ และ ๒ ใน ๓ ไม่กังวลว่าจะถูกจับหรือถูกลงโทษ ที่สำคัญการแข่งขันฟุตบอลยูโรรอบนี้มีกลุ่มตัวอย่างตั้งใจจะเล่นพนันถึงร้อยละ ๑๖.๕ ด้านวงเงินที่จะใช้ในการเล่นพนันมีหลายระดับ ตั้งแต่ไม่เกิน ๕๐๐ บาท จนถึงสูงกว่า ๕,๐๐๐ บาท อันดับแรกคือเว็บไซต์ รองลงมา ได้แก่ หนังสือพิมพ์กีฬา อินเทอร์เน็ต และ ทีวี

๗. สถานการณ์การขยายตัวของการเล่นพนันหลากหลายรูปแบบ ทั้งการเพิ่มปริมาณต่อเนื่องของการพนันถูกกฎหมาย คือ ลอตเตอรี่ (ประกอบด้วยสลากกินแบ่งรัฐบาลและสลากการกุศล) จากยอดรวม ๖๘ ล้านฉบับในปี ๒๕๕๓ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ จำนวน ๗๒ ล้านฉบับ ปี ๒๕๕๗ จำนวน ๗๔ ล้านฉบับ และล่าสุดปี ๒๕๕๙ จำนวน ๑๒๐ ล้านฉบับต่องวด และความพยายามแก้ไขกฎหมายเพื่อให้สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลสามารถจำหน่ายสลาก ๓ ตัว ๒ ตัว ด้วยเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติ การกระจายตัวของการเล่นพนันฟุตบอลและการพนันออนไลน์ทั้งในหมู่เยาวชนและคนทำงาน การใช้วิธีการเสี่ยงโชคเป็นเครื่องมือทางการตลาดโดยใช้รางวัลมูลค่าสูงเหมือนกับสลากเป็นแรงจูงใจ การรุกคืบของธุรกิจพนันและคล้ายพนันผ่านระบบ SMS การขยายพื้นที่และความถี่ของการพนันที่เกี่ยวข้องกับวิถีวัฒนธรรมและชุมชน การทำตลาดเชิงรุกของบ่อนกาสิโนชายแดนคู่ขนานกับการเติบโตของธุรกิจการพนันในประเทศ บริเวณชายแดนล้อมรอบไทยมีการเปิดกาสิโนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นขนาดใหญ่ประมาณ ๑๐ แห่ง และมีขนาดเล็กอีกเป็นจำนวนมาก โดยมีนักพนันชาวไทยเป็นลูกค้าส่วนใหญ่มากกว่า ร้อยละ ๙๐ ของลูกค้าทั้งหมด ทั้งกลุ่มที่เดินทางไปเล่นพนันแบบส่วนบุคคลและแบบโปรแกรมท่องเที่ยว

^{๒๔} การสำรวจพฤติกรรมการรับชมและการเล่นพนันท้ายผลฟุตบอลยูโร ๒๐๑๖ กลุ่มนักพนันมัธยมปลายและอาชีวศึกษา โดย ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ (SAB), ๒๕๕๙

ที่มีการเล่นพนันเป็นหนึ่งในโปรแกรม โดยสรุปผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเล่นการพนัน ส่วนใหญ่เกิดจากการเล่นการพนันเกินขนาดและเสพติดการเล่นพนันก่อให้เกิดปัญหาหนี้สิน และตามมาด้วยปัญหาในการดำเนินชีวิต ปัญหาครอบครัว และผลกระทบต่อสังคม ขณะเดียวกันธุรกิจการพนันก็มีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดผลประโยชน์มหาศาลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มต่างๆ ทำให้การพนันกลายเป็นธุรกิจเชิงพาณิชย์ที่สำคัญ และปัญหาการพนันมีความสลับซับซ้อนยิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เกิดกลไก การผลักดันนโยบายและมาตรการทางกฎหมาย และเน้นให้ความสำคัญกับการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับภาคสังคม

๘. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพนันในประเทศไทยถือได้ว่าอยู่ในช่วงของการปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย โดยสรุปดังนี้

๘.๑ พระราชบัญญัติการพนัน พ.ศ. ๒๔๗๘ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมการเล่นพนัน การออกใบอนุญาต และการเก็บภาษีค่าธรรมเนียม และระบุห้ามเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี เล่นการพนัน ซึ่งล่าสุด กระทรวงมหาดไทยเตรียมปรับปรุงกฎหมายฉบับนี้ โดยปรับแยกเรื่องการให้รางวัลด้วยการเสี่ยงโชคออกมาเป็นกฎหมายอีกฉบับ และทั้ง ๒ ฉบับ ได้แก่ ร่างพระราชบัญญัติการให้รางวัลด้วยการเสี่ยงโชค พ.ศ. และ ร่างพระราชบัญญัติการพนัน พ.ศ. ซึ่งผ่านการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาแล้ว

๘.๒ พระราชบัญญัติสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ. ๒๕๑๗ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลกิจการสลากกินแบ่งรัฐบาล ทั้งนี้ เมื่อวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ คสช. มีประกาศ คำสั่ง ที่ ๑๑/๒๕๕๘ เรื่อง มาตรการแก้ไขปัญหที่เกิดจากการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล อาศัยอำนาจตามความใน ๔๔ ของรัฐธรรมนูญชั่วคราว ๒๕๕๗ โดยมีสาระสำคัญ คือ การปรับคณะกรรมการสลากกินแบ่งรัฐบาลใหม่ และกำหนดเพิ่มโทษผู้จำหน่ายสลากเกินราคาเป็น “ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” โดยให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายทหารที่ผู้บัญชาการทหารบก หรือแม่ทัพภาคมีอำนาจหน้าที่ในการป้องกันและปราบปรามการกระทำอันเป็นความผิดตามกฎหมายนี้ และการกำหนดสัดส่วนเงินรายได้จากการจำหน่ายสลากใหม่โดยให้ร้อยละสามเป็นเงิน “กองทุนสลากกินแบ่งรัฐบาลเพื่อพัฒนาสังคม” เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลเกินราคา และเพื่อประโยชน์ต่อการปฏิรูปประเทศในด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้คณะกรรมการสลากกินแบ่งรัฐบาลดำเนินการแก้ไขปรับปรุง พระราชบัญญัติสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลให้สอดคล้องกับประกาศดังกล่าว และอยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

นอกจากนี้แล้ว ยังมีพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ มีเนื้อหาในการคุ้มครองเด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ไม่ให้เล่นการพนันและเข้าถึงพื้นที่ที่จัดให้มีการพนัน





จุดเน้นของแผน

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

ด้านการพัฒนานโยบาย และสร้างเป้าหมายร่วม

๑. กำหนดเป้าหมาย (Strategic Outcome) โจทย์ร่วม (Focus) จัดลำดับความสำคัญ (Priority) และเชื่อมประสานการทำงาน ๓ พลังไปในทิศทางเดียวกัน
๒. ผลักดันเชิงนโยบายอย่างจริงจังเพื่อให้เกิดการปฏิบัติจริง ทั้งแบบไม่เป็นทางการผ่าน กรม/กอง/สำนัก ที่เป็นหน่วยปฏิบัติงานทำให้เกิดการทำงานประจำต่อเนื่องให้มากยิ่งขึ้น เพื่อหนุนเสริมการทำงานผ่านโครงสร้างทางการ
๓. เน้นการสนับสนุนการทำงานของตำรวจทั้งส่วนกลาง และส่วนพื้นที่ โดยเฉพาะการหาแนวทางการทำงานร่วมกับรองผู้บังคับการจังหวัดที่รับผิดชอบงานจราจรของจังหวัด

ด้านเครือข่ายภาคีภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

๑. กำหนดเป้าหมายและประเด็นการสื่อสารร่วมกันเพื่อเชื่อมประสานการทำงานของเครือข่ายภาคีในการสื่อสารให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างสอดคล้องกัน รวมถึงการพัฒนาสื่อ นวัตกรรมให้หลากหลายน่าสนใจ ตลอดจนการเพิ่มช่องทางการสื่อสารให้หลากหลายทั้งส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะการสื่อสารทางสังคมออนไลน์
๒. แสวงหาโอกาสในการรณรงค์เพื่อผลักดันเชิงนโยบาย (Advocacy) ให้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกรณีอุบัติเหตุทางถนนที่อยู่ในความสนใจของสังคม (Hot Issue) เพื่อให้ภาครัฐเข้ามาแก้ไขปัญหาและแสดงบทบาท (Take Action) ให้มากยิ่งขึ้น
๓. เสริมศักยภาพเครือข่ายสื่อมวลชนในการรายงานข่าวเชิงสืบสวนสาเหตุ และเสริมศักยภาพและขยายเครือข่ายนักรณรงค์ในการสื่อสารสาธารณะให้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการเสริมศักยภาพเครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบ (เครือข่ายเหยื่อเมาแล้วขับ) ให้มีบทบาทสำคัญในการสื่อสารสาธารณะ

ด้านการพัฒนาโครงสร้างและการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่

๑. สร้างความเข้มแข็งให้แก่ “กลไกจังหวัด” ควบคู่กับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดต้นแบบและการขยายกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับพื้นที่ เช่น ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) เป็นต้น และการเชื่อมโยงกับภาคนโยบายรวมถึงการทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ในโครงการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) และกระทรวงมหาดไทยผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด

๒. เพิ่มต้นแบบความปลอดภัยทางถนนในระดับพื้นที่ โดยสานพลังเชื่อมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน และขยายการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้าง มาตรการทางสังคม มาตรการองค์กร และมาตรการชุมชน
๓. เชื่อมประสานการทำงานกับเครือข่ายผู้บริโภคในด้านการสืบสวนสาเหตุอุบัติเหตุในพื้นที่เพื่อ ขยายผ่านสื่อมวลชน มุ่งสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายสาธารณะทั้งในระดับพื้นที่และส่วนกลาง
๔. ขยายทีมวิชาการแกนนำ ระดับภาค/พื้นที่ รวมถึงการสังเคราะห์ความรู้เฉพาะพื้นที่เพื่อเสริมการทำงาน ในพื้นที่ได้เข้มข้นขึ้น เสริมการเชิญวิทยากร/ใช้ข้อมูลจากส่วนกลาง ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพเฉพาะ เช่น ทักษะ ๕ ข. คือ ๑) ขงข้อมูล ๒) ชักชวน/เชื่อม ๓) ชื่นชม/เชียร์ ๔) ช้อนแผนงาน/โครงการ ๕) เช็ก ติดตามกำกับ ให้คณะทำงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในระดับจังหวัด (สอจร.) ภาคและพื้นที่จังหวัดอย่างเป็นระบบ

ด้านการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้อุบัติเหตุจราจร

๑. เพิ่มการจัดการข้อมูลที่ระบุต้นทุน (cost) ให้เป็นข้อมูลเฉพาะ/เจาะลึก เช่น รถจักรยานยนต์- รถจักรยานยนต์ไฟฟ้า รถกระบะ รถโดยสารไม่ประจำทาง เป็นต้น เพื่อเน้นการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น รวมถึงการแปลงองค์ความรู้สู่คู่มือเชิงปฏิบัติ (Tool, Train, Team) ตลอดจนการพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อรองรับการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน
๒. เพิ่มโอกาสและช่องทางในการนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ต่อการผลักดันนโยบายสาธารณะในระดับ ต่างๆ และการสร้างความตระหนักต่อสังคมให้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการสื่อสารผ่านสังคมออนไลน์
๓. พัฒนากลไก “กำกับติดตาม” ที่เข้มข้น เพื่อประเมินประสิทธิภาพของมาตรการหลัก และสะท้อนกลับ ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๔. ยกกระดับให้เกิดสถาบันจัดการความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนน เพื่อสร้างความยั่งยืน ผลักดันให้มี กองทุนหรืองบประมาณสนับสนุนสถาบันเป็นประจำทุกปี

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

๑. เน้นการสนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน โดยสนับสนุนองค์ความรู้ เพื่อมุ่งให้ชุมชน มีส่วนร่วมสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เหมาะสมทั้งในระดับพื้นที่ จังหวัด ประเทศ โดยเชื่อมโยงและเสริมภาคส่วนราชการในการวางแผน ออกแบบ เสริมการทำงาน โดยเฉพาะ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
๒. ยกระดับการทำงานจากฐานการทำงานในพื้นที่สู่การจัดการเชิงระบบในระดับจังหวัด ที่ให้ความสำคัญ ในช่วงก่อนเกิดภัย ทั้งด้านการป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention and Mitigation) ด้านการ เตรียมความพร้อม (Preparedness) โดยมุ่งเสริมสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างภาคประชาสังคม และท้องถิ่นกับหน่วยงานภาครัฐ โดยพัฒนาอย่างเป็นกระบวนการทั้งการเชื่อมโยงความรู้ การจัดการ





ข้อมูล-สารสนเทศ ระบบการควบคุม-สั่งการ ระบบการสนับสนุนทรัพยากร ระบบเฝ้าระวัง ระบบสาธารณสุข ฯลฯ รวมทั้งการติดตาม/ถอดรหัสการเกิดภัยและการตอบสนองที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาสรุปและพัฒนาเป็นกระบวนการเรียนรู้เสริมศักยภาพให้กับเครือข่าย

๓. ให้ความสำคัญกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี เน้นการเชื่อมประสานการทำงานกับกรมควบคุมโรค องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และกระทรวงศึกษาธิการ รวมถึงการติดตามประเมินผลเพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาแผนต่อไป
๔. ส่งเสริมการให้ความรู้ด้านภัยพิบัติกับสาธารณะ ความรู้การรับมือภัยภาคปฏิบัติกับประชาชน การสื่อสารต้นแบบชุมชนจัดการตนเองและองค์ความรู้จากภาคปฏิบัติ รวมทั้งการสื่อสารนโยบายสาธารณะ

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

๑. พัฒน่องค์ความรู้พร้อมทั้งเผยแพร่สื่อสารงานวิจัยสู่สาธารณะ โดยมุ่งประเด็นสำคัญ อาทิ การสร้างกลไกป้องกันเด็กและเยาวชน การรองรับปัญหาการพนันจากการเปิดการค้าเสรีและการพนันชายแดน
๒. การติดตามการแก้ไข พระราชบัญญัติสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล ที่ต้องสอดคล้องกับ มาตรา ๔๔ คำสั่ง ที่ ๑๑/๒๕๕๘ เรื่องมาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่เกิดจากการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล
๓. สนับสนุนการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยมุ่งสู่การลดปัญหาการพนัน ไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน โดยเฉพาะร่างพระราชบัญญัติการพนัน พ.ศ. และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น พนันเสี่ยงโชค พนันผ่านข้อความสั้น พนันออนไลน์ การพนันกับการกีฬา
๔. ขยายและพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายให้เป็นเจ้าภาพร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะ การพัฒนาองค์ความรู้ และการรณรงค์สร้างความตระหนักต่อสังคม ตลอดจนการสร้างแกนนำและกรณีตัวอย่างเพื่อการสื่อสารสาธารณะ
๕. พัฒนายุทธศาสตร์การสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักถึงผลกระทบจากการพนันอย่างรอบด้าน รวมถึงการเชื่อมประสานการทำงานกับกองทุนสลากเพื่อพัฒนาสังคมในการร่วมสื่อสารสาธารณะ

วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนเป้าหมายการลดแนวโน้มการเกิดและการสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนของประชาชนไทยของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน
๒. สนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

๓. พัฒนาโครงสร้างการทำงานและการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่
๔. ประสานและส่งเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายลดอุบัติเหตุทางถนน
๕. รณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนน
๖. สนับสนุนการวิจัยและการจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุทางถนนที่จำเป็น
๗. พัฒนาและจัดการความรู้ สร้างความเข้มแข็งของท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และถอดบทเรียนการจัดการภัยพิบัติ
๘. พัฒนาเครือข่ายการทำงานเพื่อสนับสนุนการสร้างความตระหนักต่อปัญหาผลกระทบจากการพนัน การปกป้องเด็กและเยาวชน และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่มีทิศทางไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

๑. เกิดนโยบายสาธารณะใหม่ที่ส่งผลต่อการลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เช่น มาตรการเฝ้าคนเมาออกจากถนน (ดื่ม+ขับ = จับ+ขัง) การลดความเร็วในเขตเมือง เป็นต้น
๒. เกิดกระแสสังคมและความตื่นตัวของประชาชนในด้านความปลอดภัยจากอุบัติเหตุทางถนน อย่างน้อย ๒ ประเด็นต่อปี
๓. เกิดการพัฒนาโครงสร้างการทำงาน และการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างน้อยจำนวน ๗๐ จังหวัด และในจำนวนนี้มีจังหวัดที่มีการยกระดับการพัฒนาจังหวัดและสร้างนวัตกรรมในจังหวัด อย่างน้อย ๑๐ จังหวัด
๔. เกิดการพัฒนาระบบข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุจราจรที่ถูกต้อง ทันเหตุการณ์ และเกิดระบบฐานข้อมูลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้รถใช้ถนนรายจังหวัดที่มีความน่าเชื่อถือ พร้อมกับมีรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนเป็นประจำทุกปี
๕. เกิดองค์ความรู้และการจัดการความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนที่จำเป็นอย่างน้อย ๑๐ เรื่องต่อปี พร้อมเกิดชุดความรู้ในประเด็นสำคัญอย่างน้อย ๕ ชุดต่อปี เพื่อเผยแพร่สู่สาธารณะ และมีการประชุมวิชาการระดับชาติอย่างต่อเนื่องทุก ๒ ปี





ด้านการจัดการภัยพิบัติ

๑. เกิดการสื่อสารสาธารณะที่เน้นด้านการป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention and Mitigation) ด้านการเตรียมความพร้อม (Preparedness) อย่างเป็นรูปธรรม
๒. เกิดตัวอย่างรูปธรรมการทำงานที่มีกลไกความร่วมมือระหว่างภาคประชาสังคมและท้องถิ่นกับหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งเกิดจากการสร้างต้นแบบพื้นที่ชุมชนเข้มแข็งจัดการภัยพิบัติ อย่างน้อย ๑๐ พื้นที่

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

๑. เกิดนโยบายสาธารณะ มาตรการ หรือกลไกที่มีประสิทธิภาพต่อการลดผลกระทบจากการพนัน ตลอดจนข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ๑ เรื่อง
๒. เกิดรูปธรรมในการทำงานร่วมกับกองทุนสลากกินแบ่งรัฐบาลเพื่อพัฒนาสังคมอย่างน้อย ๒ กรณี

ตัวชี้วัดร่วม

๑. การบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนอื่นๆ โดยสนับสนุนให้เกิดการถอดบทเรียนจากกรณีความสำเร็จ เพื่อพัฒนาต้นแบบ หรือรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน และเชื่อมประสานกับแผนงานอื่นเพื่อขยายผล ทั้งในเชิงของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ เช่น
 - (๑) แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อขยายประเด็นความปลอดภัยในเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ไม่น้อยกว่า ๒๐ แห่ง
 - (๒) แผนสุขภาวะชุมชน เพื่อขยายประเด็นกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) ไม่น้อยกว่า ๒๐ แห่ง

แนวทางการดำเนินงาน

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบาย ให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยในด้านความปลอดภัยทางถนน มีการพัฒนาสมรรถนะขององค์กรและบุคลากรที่จำเป็น และการบูรณาการยุทธศาสตร์ทั้งด้านการบังคับใช้กฎหมาย (enforcement) การให้ข้อมูลความรู้ (education) วิศวกรรมจราจร (engineering) การจัดระบบบริการฉุกเฉิน (EMS) และการประเมินผล

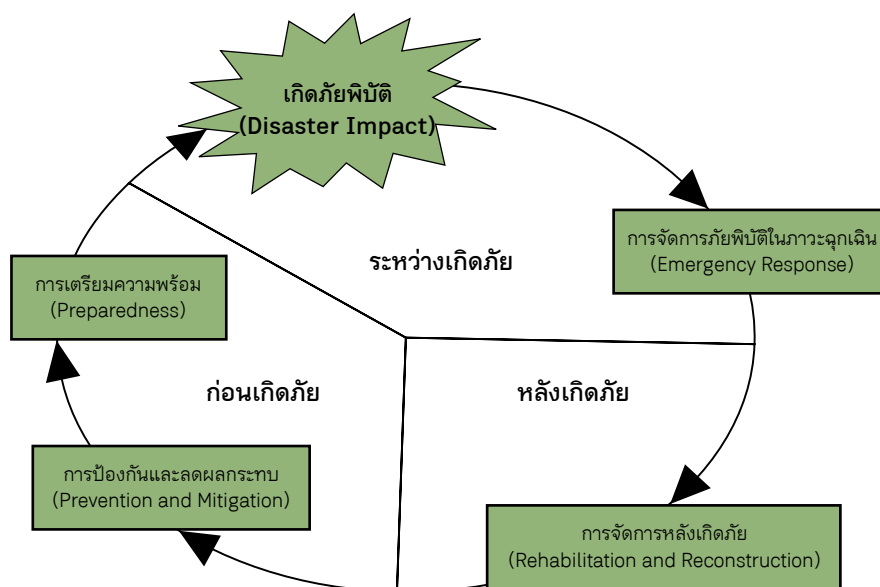
(evaluation) ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ทั้งในนโยบายระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ โดยนำไปสู่การสนับสนุนกรอบยุทธศาสตร์ตามแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ ทั้ง ๕ ประการ ได้แก่

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

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

เชื่อมโยงการทำงานระหว่างภาคประชาสังคม ท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ เพื่อสร้างกลไกความร่วมมือที่มุ่งเน้นสู่การลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น โดยให้ความสำคัญสูงต่อการดำเนินงานในช่วงก่อนเกิดภัย ทั้งด้านการป้องกันและลดผลกระทบ ด้านการเตรียมความพร้อม และรองรับการทำงานในช่วงระหว่างเกิดภัย และหลังเกิดภัย

ภาพแสดงวงจรการเกิดภัยพิบัติ (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, ๒๕๕๓)





ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

สสส.ขับเคลื่อนดำเนินงานตามยุทธศาสตร์หลัก “สามสานพลัง” ประกอบด้วยพลังปัญญา พลังนโยบาย และพลังสังคม เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น พัฒนาให้เกิดระบบฐานข้อมูลสถิติด้านการควบคุมปัญหาการพนันระดับชาติ มุ่งเน้นสร้างความตระหนักต่อสังคมด้านผลกระทบจากการพนันเพื่อสร้าง “ภูมิคุ้มกันให้แก่ภาคสังคม” เป็นเจ้าภาพหลักร่วมกันในการจัดระเบียบ นโยบาย มาตรการ และกลไกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อมุ่งสู่การลดปัญหาจากการพนันหลักที่ก่อผลกระทบสูงก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชนเป็นสำคัญ

กลุ่มแผนงาน

แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ประกอบด้วย ๖ กลุ่มแผนงาน ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานการพัฒนา นโยบาย และสร้างเป้าหมายร่วม

๑.๑ สนับสนุนศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ดำเนินงานตามแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ ซึ่งดำเนินการด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายตามกรอบปฏิญญาอมสโก คือลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงเหลือต่ำกว่า ๑๐ คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปี ๒๕๖๓ ภายใต้แนวทางการดำเนินงาน ๕ เสาหลัก ของแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน ได้แก่ (๑) โครงสร้างการจัดการความปลอดภัยทางถนนที่เข้มแข็ง และการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ (๒) ถนนและการสัญจรอย่างปลอดภัย (๓) ยานพาหนะปลอดภัย (๔) ผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย (๕) การตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยมีกรอบแนวทางการทำงาน ๘ ประการ ได้แก่ การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย การลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการดื่มแล้วขับขี่ยานพาหนะ การแก้ไขปัญหาจุดเสี่ยงและจุดอันตราย การปรับปรุงพฤติกรรมการใช้ความเร็ว การยกระดับมาตรฐานยานพาหนะให้ปลอดภัย การพัฒนาสมรรถนะผู้ใช้รถใช้ถนนให้ปลอดภัย การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินการรักษาและฟื้นฟูผู้บาดเจ็บ และการพัฒนาระบบการบริหารจัดการของประเทศ

๑.๒ ผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ และแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน รวมถึงการสนับสนุนหน่วยปฏิบัติงานระดับกรม/กอง/สำนัก ให้ทำงานประจำต่อเนื่องให้มากยิ่งขึ้น และประสานความร่วมมือในการสนับสนุนการทำงานของตำรวจทั้งส่วนกลางและส่วนพื้นที่

- ๑.๓ ร่วมผลักดันจุดคานงัดสำคัญทางนโยบายให้เกิดกระบวนการนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันแก้ไขปัญหาคอขวดเหตุจราจร รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย และกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนร่วมกัน และสร้างมาตรการเสริมการบังคับใช้กฎหมาย เช่น การกำหนดให้หน่วยงานต่างๆ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน มี “มาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน” เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ ตี๋มไม่ขับ การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย ไม่ขับเร็วเกินกฎหมายกำหนด เป็นต้น
- ๑.๔ ผลักดันและสนับสนุนให้การดำเนินงานตามทิศทาง “ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน” ของสหประชาชาติและกรอบแผนทศวรรษความปลอดภัยทางถนนของ สปถ. เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ (๑) สนับสนุนโครงสร้าง สปถ. ทั้งในระดับชาติ จังหวัด และอำเภอ/ท้องถิ่น และคณะกรรมการ สปถ. ๖ ชุด ที่มีอยู่ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควบคู่ไปกับการเชื่อมโยงบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (๒) สนับสนุนกลไกด้านข้อมูล MIS และการติดตามกำกับ ประเมินผล (Monitoring and Evaluation : M&E) ให้มีประสิทธิภาพ (๓) สนับสนุนและผลักดัน ให้เกิด “โครงสร้างการจัดการด้านวิชาการ” และกลไกด้านงบประมาณที่เหมาะสมกับการขับเคลื่อนการแก้ปัญหา ตลอดจนการนำผลการประเมินครั้งทศวรรษของแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนมาพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานตาม ๕ เสาหลัก
- ๑.๕ สนับสนุนศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) ในการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายที่ส่งผลกระทบสูงจากฐานวิชาการเสนอในการประชุมสำคัญเพื่อให้ข้อเสนอได้รับการแก้ไข และการจัดเวทีวิชาการสาธารณะในเรื่องที่เป็นประเด็นตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
- ๑.๖ ผลักดันนโยบายเจาะประเด็นเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อควบคุมความปลอดภัยทางถนนทั้งระบบ เช่น รถจักรยานยนต์ กำหนดรถที่ผลิตขายต้องมีความเร็วไม่เกินกำหนด การควบคุมการปรับแต่งความเร็วรถ ควบคู่กับการลดพฤติกรรมเสี่ยง (ตี๋มไม่ขับ สวมหมวกนิรภัย ขับขี่ความเร็วไม่เกินอัตราที่กำหนด) รถโดยสารสาธารณะ ควบคุมทั้งมาตรฐานและคุณภาพรถและผลักดันให้เกิดการคาดเข็มขัดนิรภัยในผู้โดยสารทุกที่นั่ง รวมถึงคุณภาพพนักงานขับรถ เป็นต้น โดยมุ่งเน้นสนับสนุนหน่วยงานที่มีส่วนสำคัญให้ดำเนินการด้านการบังคับใช้กฎหมายในระดับปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ตำรวจวิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนนเพื่อนำไปกำหนดเป็นแนวทางและมาตรการในการบังคับใช้กฎหมาย และในด้านการเพิ่มมาตรฐานความปลอดภัยในรถสาธารณะและในรถรับส่งนักเรียน อาทิ สภาพรถ การคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้โดยสารสาธารณะ การติดตั้งกล้องติดรถยนต์ ใช้เทคโนโลยีเพื่อจำกัดความเร็วของรถโดยสาร ความชำนาญเส้นทางของคนขับ ด้านการปรับปรุงโครงสร้างถนนให้ปลอดภัย อาทิ การจัดการจุดเสี่ยง ให้มีเลนทางเท้า และทางรถจักรยาน





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

๑.๘ ขยายความร่วมมือให้มีการร่วมลงทุนเรื่องความปลอดภัยทางถนนจากภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดเจ้าภาพขับเคลื่อนงานที่หลากหลายขึ้น เช่น สถานศึกษา สถานประกอบการ การนิคมอุตสาหกรรม หน่วยงานของรัฐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น บริษัทประกันภัย พร้อมส่งเสริมให้เรื่องความปลอดภัยทางถนนเป็นส่วนหนึ่งของ “มาตรการองค์กร/มาตรการชุมชน”

๒. กลุ่มแผนงานการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

สนับสนุนสำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ มูลนิธิเมาไม่ขับ ชมรมคนห่วงหัว เครือข่ายหมอบอานามัย มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และเครือข่ายสื่อมวลชน ในการประสานงานและขยายเครือข่ายและรณรงค์ประชาสัมพันธ์

๒.๑ รณรงค์ สื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้เกิดการรับรู้ สร้างจิตสำนึกความปลอดภัย และการสร้างค่านิยมความปลอดภัยในการลดอุบัติเหตุและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนให้มีความปลอดภัย โดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย การขับรถในความเร็วดังที่กฎหมายกำหนด การดื่มไม่ขับ การไม่โทรศัพท์ขณะขับรถ เป็นต้น รวมทั้งการสื่อสารข้อมูลและกรณีอุบัติเหตุทางถนนที่ส่งผลกระทบต่อความสนใจของสังคมและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะ ตลอดจนการรณรงค์เพื่อลดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเป้าหมายหลักที่เป็นเด็กและเยาวชน โดยให้ครอบครัวและสังคมมีบทบาทในการดูแลปกป้องลูกหลานให้ลดพฤติกรรมเสี่ยง และสนับสนุนการเสริมสร้างวินัยจราจรควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมาย

๒.๒ ส่งเสริมให้เกิดผู้นำความปลอดภัย และมี “มาตรการทางสังคม” “มาตรการองค์กร” และ “มาตรการชุมชน” ที่เอื้อต่อการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน เช่น มาตรการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยของบุคลากร นักเรียน นักศึกษา ในองค์กร มาตรการในการขับขีรถของบุคลากรในหน่วยงาน มาตรการชุมชนลดอุบัติเหตุ เป็นต้น

- ๒.๓ ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ และมีการจัดการการสื่อสารสาธารณะในเชิงยุทธศาสตร์ ทั้งด้านเนื้อหา รูปแบบ ช่องทางสื่อสาร สื่อสารมวลชนต่างๆ อาทิ การมีแผนยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสารความปลอดภัยทางถนน มีการพัฒนาความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนให้กับสื่อสารมวลชน ส่งเสริมให้เกิด “แกนนำและสื่อต้นแบบ” และ “เครือข่ายสื่อ” ที่ทำงานด้านอุบัติเหตุทางถนน เพิ่มการแปลงสารในเรื่องความปลอดภัยให้หลากหลาย สะดวกในการเข้าถึงและเข้าใจง่าย ผ่านช่องทางต่างๆ รวมทั้งสื่อออนไลน์ มีการนำเสนอและการเกาะติด ในกรณีเหตุการณ์สำคัญส่งผลกระทบต่อความสนใจของสังคม และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านความปลอดภัยที่เหมาะสม และมีการนำเสนอข่าวสารด้านความปลอดภัยทางถนนในเชิงการสืบสวนสาเหตุอุบัติเหตุ นำไปสู่การแก้ไขปัญหาของภาคนโยบายและหน่วยงานที่รับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ
- ๒.๔ สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ หน่วยงานท้องถิ่น ชุมชนเข้ามาจัดระบบเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุทางถนน อย่างยั่งยืน ขยายจำนวนภาคีเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และพัฒนาศักยภาพภาคีภาคประชาสังคมในการดำเนินงาน ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานองค์กร ภาคธุรกิจ มูลนิธิ ภาคประชาสังคม และสื่อมวลชนทุกแขนง ให้เข้ามามีบทบาท และมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนเพิ่มมากขึ้น
- ๒.๕ ขยายความร่วมมือกับภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น ชุมชน เช่น สมาคมผู้ประกอบการรถจักรยานยนต์ หอการค้าจังหวัด บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ บริษัทประกันภัย บริษัทเครือซิเมนต์ไทย เป็นต้น ให้ร่วมลงทุนในการจัดระบบเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุทางถนนมากยิ่งขึ้นโดยใช้โอกาสการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมในการขยายการทำงานร่วมกับภาคเอกชน
- ๒.๖ เชื่อมประสานการขยายผลต่อยอดการทำงานผ่านแผนที่เกี่ยวข้องของ สสส. อาทิ แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ในการรณรงค์สร้างความปลอดภัยในกลุ่มแรงงาน กลุ่มวินมอเตอร์ไซด์ โดยเฉพาะการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสาร ส่งเสริมให้สถานประกอบการมีมาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน เพื่อดูแลความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และการเดินทางไป-กลับจากที่พักกับที่ทำงานของบุคลากร แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัวในการเผยแพร่องค์ความรู้เพื่อลดอุบัติเหตุจราจรในเด็ก ตลอดจนการปลูกฝังจิตสำนึกด้านความปลอดภัยทางถนน การสวมหมวกนิรภัยในเด็ก และการปฏิบัติตามวินัยจราจร แผนสุขภาวะชุมชน ในการรณรงค์ให้ชุมชนเกิดความตื่นตัวในเรื่องความปลอดภัยทางถนนและสร้างมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยของคนในชุมชน แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยขยายประเด็นความปลอดภัยทางถนนเรื่องการสวมหมวกนิรภัย การดื่มไม่ขับ





๓. กลุ่มแผนงานการพัฒนาโครงสร้างและการบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่

- ๓.๑ สนับสนุนการวางแผนงานอย่างมีส่วนร่วม และการบูรณาการการดำเนินงานทุกภาคส่วนทั้งราชการ ท้องถิ่น เอกชน และชุมชน ในการป้องกันและลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในระดับจังหวัด และขยายออกไปทั้งระดับอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเน้นการสนับสนุนจังหวัดที่มีการยกระดับ การพัฒนาการลดอุบัติเหตุทางถนนทั้งจังหวัด และสร้างนวัตกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน และสนับสนุนสัมฤทธิ์ผลของการทำงานเพื่อลดปัญหาในพื้นที่ กำกับติดตามผลระดับจังหวัด และ สะท้อนผลการติดตามเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ๓.๒ ส่งเสริมผลักดันให้เกิดการสร้างและพัฒนาข้อเสนอนโยบายและข้อปฏิบัติ ในระดับจังหวัด ระดับ อำเภอ และระดับพื้นที่ เสนอให้หน่วยงานที่รับผิดชอบแก้ไขปัญห และรวบรวมเป็นข้อเสนอมา ยัง ส่วนกลางเพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ และกระตุ้นให้หน่วยงานที่มีหน้าที่หลัก เกิดการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ เช่น ผลักดันให้ระเบียบวาระเรื่อง ความปลอดภัยทางถนนถูกบรรจุเป็นระเบียบวาระการประชุมประจำของจังหวัด เป็นต้น
- ๓.๓ ส่งเสริมให้มีผู้เชื่อมประสาน (change agent) ด้านความปลอดภัยในระดับต่างๆ ที่มีศักยภาพ ที่เหมาะสมกับการขับเคลื่อนงาน เพื่อกระตุ้น จัดการความรู้ และเชื่อมโยงการทำงานของเครือข่าย ให้มาเสริมพลัง และขยายผลการดำเนินงาน รวมทั้งยกระดับการขับเคลื่อนไปสู่แผนปฏิบัติการระดับ จังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่
- ๓.๔ สนับสนุนคณะทำงานวิชาการ ที่ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา กำกับดูแลทางด้านวิชาการแก่จังหวัดและ พื้นที่ รวมทั้งการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญห อุบัติเหตุ เพื่อขยายผลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จสู่พื้นที่อื่น รวมทั้งประมวลผลชุดความรู้ที่สำคัญ จัดทำเป็นข้อเสนอ เผยแพร่ผ่านช่องทางสื่อต่างๆ และเพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ
- ๓.๕ ผลักดันให้เกิดต้นแบบความปลอดภัยทางถนนในระดับพื้นที่ โดยสานพลังเชื่อมกับภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน ท้องถิ่น เพื่อสร้างมาตรการทางสังคม มาตรการองค์กร และมาตรการ ชุมชน ด้านความปลอดภัยทางถนนในองค์กร หน่วยงาน ท้องถิ่นต่างๆ ทั่วประเทศ
- ๓.๖ สนับสนุนการป้องกันและลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนน โดยเน้นการพัฒนาให้เกิดกลไกการจัดการ ความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน (ศปถ.อปท.) โดยผลักดันให้อำเภอและท้องถิ่นเห็นความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยทางถนน และ สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง พร้อมกับมีมาตรการของท้องถิ่นและชุมชน

๔. กลุ่มแผนงานการพัฒนากระบวนการข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร

- ๔.๑ สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่เป็นต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับเรื่องของการความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย และสร้างงานวิจัยที่สำคัญตามความจำเป็นของสถานการณ์ เช่น ผลกระทบจากการเปิดเขตเสรีการค้าอาเซียน นโยบายแนวทางการซ่อม/สร้างถนน การวิจัยเพื่อประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อความปลอดภัยทางถนน การวิเคราะห์ต้นทุนและความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนแยกตามประเภทรถ เป็นต้น
- ๔.๒ พัฒนาระบบข้อมูลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงหลักของผู้ใช้รถใช้ถนนระดับจังหวัดที่มีความต่อเนื่องและครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศอย่างเป็นระบบ รวมถึงการจัดทำรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยเป็นประจำทุกปี ตลอดจนการยกระดับการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนให้ครอบคลุมถึงปัจจัยสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ๔.๓ ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากข้อมูลและองค์ความรู้ในการวางแผนพัฒนายุทธศาสตร์และดำเนินมาตรการแก้ไขปัญหาคุอุบัติเหตุจราจรทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม รวมถึงพัฒนาระบบการนำเสนอข้อมูลความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะให้มีประสิทธิภาพ เช่น ข้อเสนอเชิงนโยบาย จัดทำเอกสารประกอบการประชุมวิชาการ พัฒนาเว็บไซต์ และการจัดเวทีร่วมกับสื่อมวลชน เป็นต้น
- ๔.๔ สนับสนุนและผลักดันให้เกิดกลไกการจัดการติดตามกำกับ ประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาระบบข้อมูลติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการลดทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน โดยเฉพาะในประเด็นหลัก การติดตามประสิทธิภาพของมาตรการหลักต่างๆ พร้อมกับสนับสนุนให้มีกลไกติดตามภาควิชาการและภาคประชาชน ในการเกาะติดและสะท้อนปัญหาให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แกนนำนักวิชาการด้านความปลอดภัยทางถนนเชิงประเด็น ได้แก่ เครือข่าย Road Safety Watch เครือข่ายเฝ้าระวังรถโดยสารสาธารณะปลอดภัย เป็นต้น
- ๔.๕ สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้และพัฒนาชุดความรู้ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ให้เป็นคู่มือที่พร้อมนำไปปฏิบัติตาม เพื่อการสื่อสารสาธารณะ โดยมุ่งเน้นการสร้างและรวบรวมองค์ความรู้และข้อมูลจากที่ต่างๆ จัดทำเป็นฐานข้อมูลด้านอุบัติเหตุทางถนน แปลงเป็นข่าวสาร และสื่อสารไปในช่องทางที่เหมาะสมโดยเพิ่มโอกาสและช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพให้สอดคล้องกับการใช้ประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติ และภาคประชาสังคม
- ๔.๖ พัฒนานักวิชาการเชิงประเด็น ประสานเครือข่ายวิชาการ พัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนทั้งในระดับประเทศ ระดับภาค และพื้นที่ ในการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อขับเคลื่อนการแก้ปัญหาในประเด็นสำคัญ





- ๔.๗ สนับสนุนให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนงานวิชาการในระดับพื้นที่ ที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของพื้นที่ เพื่อให้การแก้ไขปัญหาบนฐานวิชาการ ผสานด้วยการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยมุ่งเน้นจุดจัดการในระดับอำเภอ ท้องถิ่น และกลไกในระดับหน่วยงานองค์กร
- ๔.๘ จัดประชุมวิชาการเรื่องความปลอดภัยทางถนนระดับชาติ เป็นประจำทุกสองปี โดยสร้างความร่วมมือและความเป็นเจ้าของร่วมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

๕. กลุ่มแผนงานการจัดการภัยพิบัติ

- ๕.๑ สร้างองค์ความรู้ทางวิชาการด้านการบริหารจัดการภัยพิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ การพัฒนางานวิจัยเพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการนำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ในมิติต่างๆ ตั้งแต่การป้องกันหรือลดผลกระทบ การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ การตอบสนองเมื่อเกิดภัย และการฟื้นฟูหลังประสบภัยพิบัติ และการสกัดความรู้ทางวิชาการด้านการบริหารจัดการภัยพิบัติ รวมถึงประเด็นภัยจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ทั้งจากเครือข่ายและการทำงานในพื้นที่และจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นด้านการนำไปใช้ประโยชน์ เช่น สนับสนุนงานวิจัยเรื่องประสิทธิภาพในการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติของโรงพยาบาลทั่วประเทศ คู่มือการออกแบบการจัดฝึกซ้อมแผนรับภัยพิบัติรวมทั้งการประเมิน (table และ field exercise) การพัฒนาคู่มือการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน (Emergency Operations Center : EOC) การพัฒนาหลักสูตรทีมช่วยเหลือทางการแพทย์ในสถานการณ์ภัยพิบัติ (Disaster Medical Assistance Team : DMAT) การจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์เผยแพร่ความรู้เรื่องภัยพิบัติสู่เครือข่าย/ชุมชน มาตรการของชุมชนท้องถิ่นในการป้องกันแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
- ๕.๒ สร้างเครือข่ายความร่วมมือทางด้านวิชาการกับผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารจัดการภัยพิบัติในหน่วยงานต่างๆ ทั้งจากภาคสังคม ภาควิชาการ และภาคนโยบาย ทั้งในและต่างประเทศ เช่น กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย มหาวิทยาลัยต่างๆ ตลอดจน Asian Disaster Preparedness Center (ADPC) และ World Health Organization (WHO)
- ๕.๓ สนับสนุนการสร้างพื้นที่นำร่อง/ต้นแบบที่มีการจัดการเชิงระบบในระดับจังหวัด โดยเสริมสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับภาคประชาสังคมและท้องถิ่น ในการรับมือภัยพิบัติอย่างเป็นรูปธรรมโดยมีชุมชนและเครือข่ายเป็นแกนหลัก ซึ่งมีแผนป้องกันการเกิดภัย แผนเตรียมความพร้อมรับมือภัย และแผนการฟื้นฟูหลังประสบภัย และเกิดบทเรียนภาคปฏิบัติระดับชุมชน สำหรับการประยุกต์ใช้ในการรับมือภัยพิบัติครั้งต่อไป และสามารถนำไปเผยแพร่ให้ชุมชนอื่นปฏิบัติต่อไปได้ รวมถึงการขยายประเด็นการทำงานให้ครอบคลุมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำ

๕.๔ สนับสนุนการสร้างเครือข่ายองค์กรสาธารณประโยชน์ นักวิชาการ ภาคประชาชน และเครือข่ายอาสาสมัคร/จิตอาสา ให้มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างกระบวนการจัดการภัยพิบัติของประเทศให้มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการรับมือกับภัยพิบัติ การช่วยเหลือฟื้นฟูพื้นที่ประสบภัย และการเชื่อมโยงการทำงานกับภาครัฐ

๕.๕ สร้างความตระหนักรู้เรื่องการเฝ้าระวังภัยพิบัติ การช่วยเหลือตนเองและบุคคลใกล้เคียงเบื้องต้นอย่างมีประสิทธิภาพในการรับมือสถานการณ์ภัยพิบัติรูปแบบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในประเทศไทย รวมถึงการสร้าง ความตระหนักต่อปัญหาเด็กจมน้ำ และแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการจมน้ำของเด็ก

๖. กลุ่มแผนงานด้านการลดปัญหาจากการพนัน

การพัฒนาเครือข่ายการทำงานเพื่อสนับสนุนการสร้างความตระหนักรู้ต่อปัญหาผลกระทบจากการพนัน การปกป้องเด็กและเยาวชน และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่มีทิศทางไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน โดย

๖.๑ การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อสนับสนุนในการเฝ้าระวังและตระหนักถึง ปัญหาการพนัน โดยเสริมความเข้มแข็งให้กลไกการจัดการในการประสานการดำเนินงานด้านวิชาการ เพื่อมุ่งเน้นการดำเนินการดังนี้

(๑) สร้างความรู้โดยการสนับสนุนทุนวิจัย ๔ มิติ ได้แก่ อุปสงค์ อุปทาน ผลกระทบ และมาตรการทางกฎหมาย โดยเน้นการพัฒนาตัวชี้วัดสถานการณ์การพนันระดับจังหวัดและพัฒนาชุดความรู้สำหรับเยาวชน

(๒) การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายนักวิจัย/นักวิชาการ ภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านการลดผลกระทบจากการพนัน โดยการพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา/องค์กรภาคต่างๆ ตั้งแต่ นักวิชาการสาขาวิชาต่างๆ ในมหาวิทยาลัย จนถึงการศึกษาในระดับชุมชน และการมีปฏิบัติการต่างๆ เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสานสัมพันธ์ระหว่างนักวิจัย/นักวิชาการและภาคีเครือข่าย รวมถึงการนำเสนอผลงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้งานทั้งในประเทศและต่างประเทศ

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

๖.๒ การพัฒนาเครือข่ายเพื่อการรณรงค์และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่มีทิศทางไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน มีหน่วยงานทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพร่วมในการจัดระเบียบนโยบาย มาตรการ และกลไกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อมุ่งสู่การลดผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะ





อย่างยิ่งเด็กและเยาวชนโดยเสริมความเข้มแข็งให้กับกลไกการจัดการในการประสานการดำเนินงานด้านการเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบาย เพื่อมุ่งเน้นการดำเนินการดังนี้

- (๑) รณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อกระตุ้นให้เกิดการตระหนักของสังคมถึงปัญหาจากการพนัน ผลกระทบที่เกิดขึ้น การเห็นความสำคัญของการร่วมลดปัญหาการพนันในสังคมไทย และการรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมที่ส่งเสริมการพนัน การพลิกมุมมองใหม่ในการแก้ปัญหาการเล่นพนันจนเกิดผลเสีย (Harmful use) รวมถึงการเชื่อมประสานการทำงานกับกองทุนสลาก เพื่อพัฒนาสังคมในการร่วมสนับสนุนทุนดำเนินการ
- (๒) ขยายและเสริมศักยภาพภาคีเครือข่ายในการทำงาน รวมถึงการขยายแนวร่วมและพัฒนาศักยภาพหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเครือข่ายสื่อสาธารณะ เพื่อสนับสนุนนโยบาย มาตรการต่างๆ เพื่อให้เกิดการควบคุมทางด้านอุปทาน การลดอุปสงค์ และการลดผลกระทบของการพนัน ตลอดจนการสนับสนุนให้เกิดกลไกการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาจากการพนันในระดับชาติ
- (๓) พัฒนาให้เกิดกลไกการเฝ้าระวังทั้งด้านนโยบายสาธารณะที่อาจส่งผลกระทบต่อการเพิ่มพื้นที่การพนัน การเล่นพนันที่ก่อให้เกิดหนี้สิน และด้านการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการสร้างกลไกป้องกันแก้ไขปัญหา รวมถึงการสนับสนุน ติดตาม ผลักดันการปรับปรุงร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาการพนัน โดยครอบคลุมหลักการที่จะไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน อาทิ ร่างพระราชบัญญัติสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ. ร่างพระราชบัญญัติการพนัน พ.ศ. (ฉบับประชาชน)
- (๔) เชื่อมประสานการทำงานร่วมกับกรมสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาแนวทางและระบบจุดบริการเพื่อให้คำปรึกษา/บำบัดให้กับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาการพนัน
- (๕) บูรณาการการทำงานของกลุ่มแผนงานด้านการลดปัญหาการพนันร่วมกับแผนอื่นๆ อาทิ แผนควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว

ภาคีหลัก

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

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

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก โรงพยาบาลรามาธิบดี สมาคมปลอดภัยไว้ก่อน สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยแห่งประเทศไทย มูลนิธิเพื่อการบริหารจัดการน้ำแบบบูรณาการ มูลนิธิชุมชนไท มูลนิธิตกสิกรรมธรรมชาติ ศูนย์กสิกรรมธรรมชาติ สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา ฯลฯ

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เครือข่ายรณรงค์หยุดพนัน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา กระทรวงยุติธรรม กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ กรมสุขภาพจิต เครือข่ายนักวิชาการสาขาต่างๆ เครือข่ายสื่อมวลชน เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายที่ทำงานกับเด็กและเยาวชน เครือข่ายสื่อออนไลน์





งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานการพัฒนานโยบายและสร้างเป้าหมายร่วม	๑๘
๒. กลุ่มแผนงานการพัฒนาเครือข่ายภาคีภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์	๕๖
๓. กลุ่มแผนงานการพัฒนาโครงสร้างและการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่	๕๕
๔. กลุ่มแผนงานการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร	๘๐
๕. กลุ่มแผนงานการจัดการภัยพิบัติ	๕๑
๖. กลุ่มแผนงานการลดปัญหาจากการพนัน	-
รวม	๒๖๐

หมายเหตุ : กลุ่มแผนงานการลดปัญหาจากการพนัน ใช้บอณุมัติของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙
สำหรับการดำเนินงานในปีนี้

๕

แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

สถานการณ์และแนวโน้ม

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในแผนนี้ ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ นอกเหนือไปจากปัจจัยเสี่ยงหลักที่ สสส. กำหนดไว้ในแผนเฉพาะแล้ว ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุทางถนนและอุบัติเหตุ การขาดการออกกำลังกาย และปัจจัยเสี่ยงด้านอาหาร ทั้งนี้ การเลือกประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเพื่อดำเนินการในแผน จะเน้นประเด็นที่ส่งผลกระทบสูงต่อประชาชนส่วนใหญ่ และมีแนวทางที่สามารถขับเคลื่อนได้ตามวัตถุประสงค์และยุทธศาสตร์ของ สสส. ในช่วงระยะแผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ยังคงกรอบการดำเนินงานใน ๔ แผนงาน คือ (๑) แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ (๒) แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต (๓) แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาวะ และ (๔) แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา ซึ่งในช่วงที่ผ่านมา ทั้ง ๔ แผนงาน สามารถขับเคลื่อนในทิศทางที่สอดคล้องต่อการบรรลุเป้าหมายในระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. ที่กำหนดไว้

สถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับทั้ง ๔ แผนงานดังกล่าว รวมถึงผลการดำเนินงานที่สำคัญ ในช่วงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ มีสาระสำคัญที่สามารถรวบรวมและสรุปได้ ดังนี้

๑. ปัญหาการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

๑.๑ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังอยู่ในอัตราสูง แม้จะเริ่มมีแนวโน้มลดลง

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ได้ให้ข้อสรุปที่สำคัญว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัจจัยคุกคามคุณภาพประชากรในระยะยาว เพราะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่ยังขาดความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ วุฒิภาวะและอื่นๆ จึงก่อปัญหาด้านสุขภาพโดยตรงต่อตัวแม่เองและการก ซึ่งมักจะคลอดก่อนกำหนดและมีภาวะน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ ส่งผลต่อพัฒนาการล่าช้าตลอดช่วงวัยเด็ก และด้วยเป็นวัยที่ยังไม่พร้อมสำหรับการตั้งครรภ์และการเป็นแม่ การเปลี่ยนบทบาทมาเป็น “แม่วัยรุ่น” ทำให้ตัววัยรุ่นและครอบครัว ต้องสูญเสีย “โอกาส” การพัฒนาศักยภาพในการพึ่งตนเองเพราะวัยรุ่นที่ประสบปัญหานี้ส่วนใหญ่ต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต คุณภาพชีวิต และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศด้วย ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงเป็นภารกิจสำคัญในช่วงที่สังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อัตราส่วนและจำนวนผู้สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว





ขณะที่อัตราเกิดของประชากรลดลง และแนวโน้มประชากรไทยจะเริ่มลดลงในระยะ ๕ - ๑๐ ปี ข้างหน้า ดังนั้น การเกิดที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงมีความสำคัญอย่างมากต่ออนาคตของการพัฒนาประเทศ

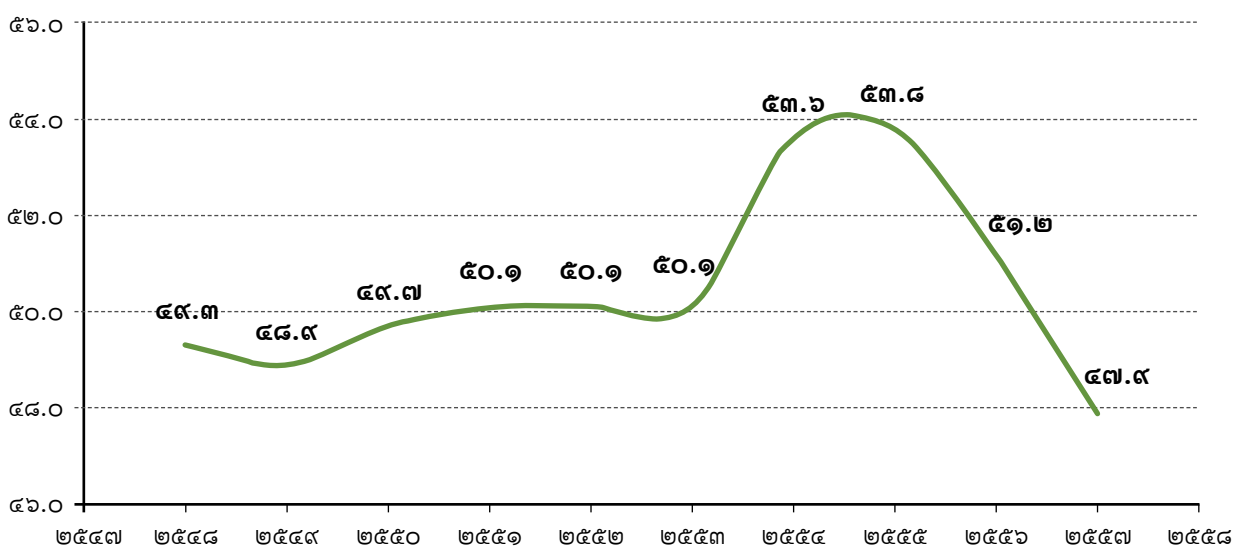
เนื่องจากประเทศไทยไม่สามารถจัดเก็บข้อมูลเรื่องการตั้งครรภ์ได้ จึงใช้อัตราการคลอดเป็นตัวบ่งชี้สถานการณ์แทน ซึ่งพบว่าอัตราการคลอดของวัยรุ่นหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปีต่อประชากรหญิงวัยเดียวกันหนึ่งพันคน เพิ่มขึ้นจาก ๔๘.๙ ในปี ๒๕๔๙ เป็น ๕๓.๘ ในปี ๒๕๕๕ และเริ่มมีแนวโน้มลดลงเป็น ๕๑.๒ และ ๔๗.๙ ในปี ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗ ตามลำดับ (มีแม่วัยรุ่น ๑๑๒,๒๗๗ คนในปี ๒๕๕๗) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการคลอดของวัยรุ่นในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ สิงคโปร์ ที่มีเพียง ๒ - ๖ รายต่อวัยรุ่นหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน ประเทศไทยจึงมีอัตราการคลอดของวัยรุ่นหญิง อยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกับกลุ่มประเทศพัฒนาน้อย (Less developed regions)

ในช่วงเดียวกัน อัตราการคลอดของเด็กหญิงอายุ ๑๐ - ๑๔ ปี ต่อประชากรหญิงวัยเดียวกันหนึ่งพันคน เพิ่มขึ้นจาก ๑.๑ ในปี ๒๕๔๙ เป็น ๑.๘ ในปี ๒๕๕๕ และเริ่มมีแนวโน้มลดลงช้าๆ เป็น ๑.๗ และ ๑.๖ ในปี ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗ ตามลำดับ (ปี ๒๕๕๗ มี ๓,๒๑๓ คน)

ในขณะที่อัตราการคลอดในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงชัดเจน แต่อัตราการคลอดซ้ำในวัยรุ่นอายุ ๑๐ - ๑๙ ปี กลับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก ร้อยละ ๑๑.๓ ของจำนวนคลอดในวัยรุ่นทั้งหมด ในปี ๒๕๕๓ เป็นร้อยละ ๑๒.๒ และ ๑๒.๘ ในปี ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗ ตามลำดับ บ่งชี้ว่ามาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นยังขาดประสิทธิภาพ

ภาพแสดงอัตราการคลอดในวัยรุ่นหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ต่อประชากรหญิงวัยเดียวกัน ๑,๐๐๐ คน

อัตราการคลอดต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี



ที่มา : สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

องค์การยูนิเซฟประจำประเทศไทยได้สรุปปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น^{๓๐} ไว้ดังนี้

- (๑) การขาดความรู้และได้รับข้อมูลผิดๆ เกี่ยวกับเพศ อนาถัยการเจริญพันธุ์ และวิธีคุมกำเนิด นับแต่การไม่รู้วิธีใช้ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด ไปจนถึงการมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เช่น การหลังภายนอกช่องคลอด หรือการนับช่วงเวลาปลอดภัยหน้า ๗ หลัง ๗ ป้องกันการตั้งครรภ์ได้
- (๒) การไม่ใช้อุปกรณ์คุมกำเนิดหรือใช้ไม่สม่ำเสมอ วัยรุ่นจำนวนมากขาดความเอาใจใส่เรื่องการตั้งครรภ์ เพราะสามารถไปทำแท้ง หรือใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินหลังมีเพศสัมพันธ์ได้
- (๓) มุมมองของวัยรุ่นในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่เป็นไปตามทัศนคติของกลุ่มวัยรุ่น ขัดแย้งกับค่านิยมของคนส่วนใหญ่ ในประเด็นของการไม่สมควรมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน
- (๔) ทัศนคติและพฤติกรรมเชิงลบของครู พ่อแม่ และผู้ให้บริการ เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และบริการด้านสังคมสงเคราะห์ และยังเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารกับวัยรุ่น และการขอความช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง
- (๕) วัยรุ่นขาดการดูแลเอาใจใส่จากพ่อแม่ ผู้ปกครอง ทำให้วัยรุ่นต้องอยู่ลำพัง โดยขาดการแนะนำกิจกรรมที่เอื้อต่อพัฒนาการที่ดี
- (๖) บรรทัดฐานทางเพศและการตีตราทางสังคม ทำให้วัยรุ่นขาดความรู้ด้านอนาถัยการเจริญพันธุ์ และความรับผิดชอบร่วมกันในการมีเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นหญิงไม่ได้รับการสนับสนุนในการค้นหาข้อมูล และการบริการต่างๆ ที่เกี่ยวกับอนาถัยการเจริญพันธุ์ ในขณะที่ถูกคาดหวังให้รับผิดชอบเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ และผลสืบเนื่องที่ตามมาหลังตั้งครรภ์ วัยรุ่นชายได้รับการสนับสนุนจากสื่อต่างๆ และแรงกดดันจากเพื่อนในเรื่องการเพิ่มความเป็นชาย แต่ไม่ต้องร่วมรับผิดชอบในเรื่องของการป้องกันการตั้งครรภ์และการดูแลบุตร
- (๗) ปัจจัยอื่นๆ เช่น สื่อวัยรุ่นประเภทต่างๆ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การแต่งงานในวัยเยาว์ ความยากจน อายุที่กฎหมายกำหนดให้สมรสกันได้ การตีตราทางสังคมต่อการทำแท้ง

๑.๒ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะที่อัตราการใช้ถุงยางอนามัยมีแนวโน้มลดลง

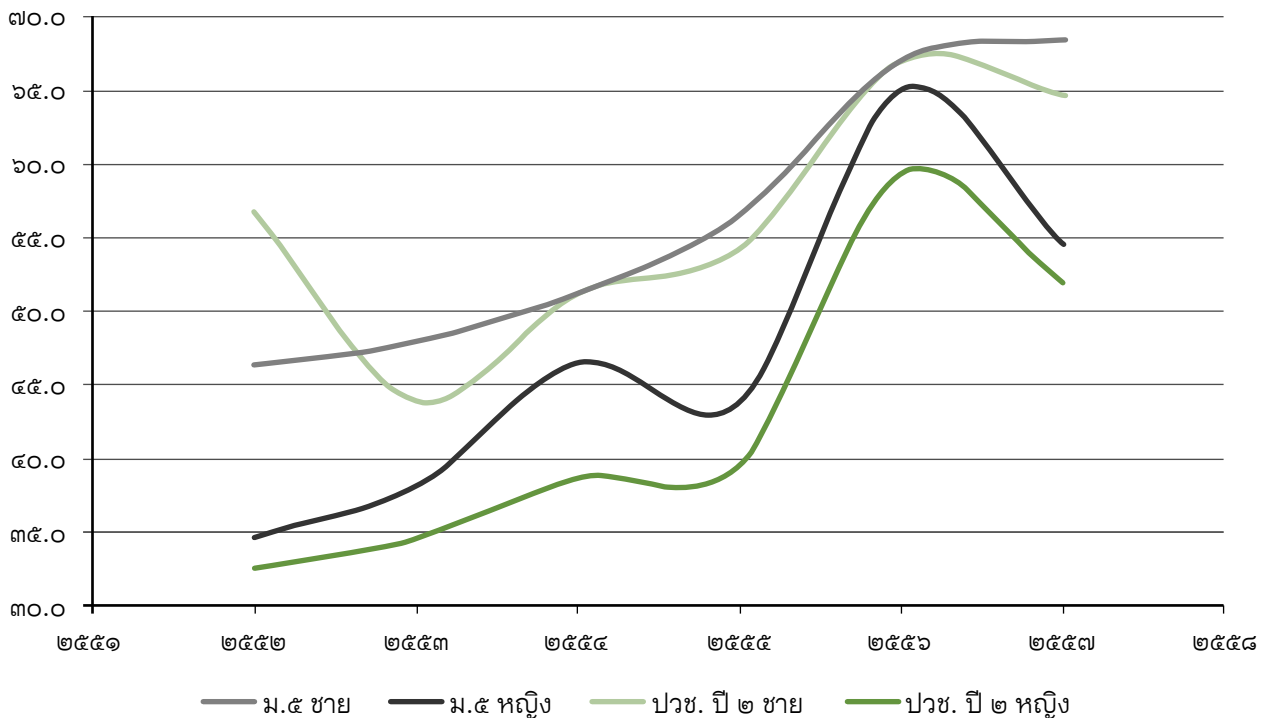
สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รายงานว่า ตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ - ๒๕๕๗ วัยรุ่นอายุ ๑๐ - ๑๙ ปี เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้นเกือบ ๕ เท่าตัว จาก ๗.๕๓ เป็น ๓๔.๕๐ ต่อประชากรแสนคน ขณะที่อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งหลังสุด ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตลอดจนถึงระดับร้อยละ ๖๐ ในปี ๒๕๕๖ แต่กลับมีแนวโน้มลดลงในปี ๒๕๕๗ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นหญิง

^{๓๐} รายงานสังเคราะห์ การวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย ๒๕๔๘ โดยองค์การยูนิเซฟประจำประเทศไทย (หน้า ๑๖)





ภาพแสดงร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ และอาชีวศึกษา ชั้นปีที่ ๒



ที่มา : สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

๑.๓ พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙

สภานิติบัญญัติแห่งชาติได้เห็นชอบพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และเริ่มมีผลบังคับใช้ในปี ๒๕๕๙ เป็นโอกาสทางนโยบายที่จะขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยขยายผลจากโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดที่ สสส. ได้สนับสนุนใน ๒๐ จังหวัด ตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ ให้ดำเนินงานตามภารกิจ ๙ ด้าน ที่ต้องขับเคลื่อนอย่างประสานสอดคล้องกัน ซึ่งผลการดำเนินงานในจังหวัดนาร่องดังกล่าว ได้แสดงให้เห็นว่าหากมีนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจนจากระดับนโยบายในส่วนกลาง จะช่วยให้งานขับเคลื่อนในพื้นที่มีโอกาสก้าวหน้าได้เร็วขึ้น

พระราชบัญญัตินี้กำหนดให้วัยรุ่น คือบุคคลอายุตั้งแต่ ๑๐ - ๑๙ ปีบริบูรณ์ มีสาระสำคัญหลักคือ การกำหนดให้วัยรุ่นมีสิทธิตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง และมีสิทธิได้รับการอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ได้รับการจัดสวัสดิการสังคม อย่างเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ (มาตรา ๕) และยังกำหนดให้หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง ต้องจัดบริการให้สอดคล้องกับการได้รับสิทธิดังกล่าว เช่น ให้สถานศึกษาจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศวิถีศึกษา ให้สถานบริการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ฯลฯ รวมถึงกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนให้วัยรุ่นเข้าถึงสิทธิดังกล่าว

พระราชบัญญัตินี้ ยังกำหนดให้มี “คณะกรรมการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น” มีอำนาจหน้าที่เสนอนโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อคณะรัฐมนตรี ประสานงาน ติดตาม ประเมินผล และร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานของเอกชนที่เกี่ยวข้อง ให้มีการปฏิบัติตามนโยบายและแผนที่กำหนด

๑.๔ สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

๑.๔.๑ การสนับสนุนการสอนเพศศึกษาในสถาบัน

ในช่วงปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๘ สสส. ได้สนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรแกนกลางระดับจังหวัดเพื่อผลักดันการเรียนการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนมัธยมใน ๓๔ จังหวัด มีการอบรมครูและจัดระบบสนับสนุนติดตาม ช่วยให้เกิด “หน่ออ่อน” ของการขับเคลื่อนเรื่องนี้ในจังหวัดต่างๆ และมี ๓๒๖ โรงเรียนที่จัดการเรียนการสอนได้ โดยผลการประเมินพบว่า การสอนเพศศึกษาจะเกิดขึ้นได้อย่างเข้มแข็งหรือไม่ ขึ้นกับแนวความคิดและการสนับสนุนของผู้บริหารสถานศึกษา เป็นปัจจัยสำคัญที่สุด การดำเนินงานนี้ยังส่งผลให้สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ประกาศนโยบายสนับสนุนและมีหลักสูตร รวมถึงเอกสารแนะนำในเรื่องนี้ที่ชัดเจน

นอกจากนี้ ระหว่างปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ สสส.ได้สนับสนุนโครงการพัฒนาชุดกิจกรรมและสื่อการเรียนรู้ เพื่อเสริมการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา และการพัฒนาเยาวชนเชิงบวกสำหรับเยาวชนอาชีวศึกษาโดยครูในสถาบันอาชีวศึกษาที่ผ่านการอบรม สามารถนำชุดสื่อไปใช้ได้ตามวัตถุประสงค์ โครงการได้ผลิตชุดการเรียนรู้และคู่มือการใช้ ๕๐๐ ชุด ส่งให้กับสถาบันอาชีวศึกษา โดยมีหนังสือส่งจากสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.) ทั้งนี้ สสส.ร่วมกับผู้แทนมูลนิธิ Path2Health (P2H) ผู้พัฒนาชุดสื่อดังกล่าว ได้เข้าพบเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (มิถุนายน ๒๕๕๘) เพื่อหารือแนวทางการสนับสนุนเชิงนโยบายด้วย

๑.๔.๒ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นใน ๒๐ จังหวัดนำร่อง

ผลจากการสนับสนุนโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นำร่องในจังหวัดอุดรธานี และอุดรธานีในช่วงปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๘ ช่วยให้ทราบถึงปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จและข้อจำกัดในการขับเคลื่อนงานนี้ เมื่อรวมกับผลการทบทวนบทเรียนในต่างประเทศ สสส.และภาคีจึงพัฒนากรอบ “๙ ภารกิจ” เพื่อขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดที่มีประสิทธิภาพ และสนับสนุนให้มีการดำเนินงานใน ๑๙ จังหวัด^{๓๓} และในพื้นที่กรุงเทพมหานครตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ ถึงปัจจุบัน ทั้งนี้ สสส. ได้จัดให้มีระบบสนับสนุนและติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

(๑) การจัดระบบพี่เลี้ยงเพื่อดูแลเป็นรายจังหวัด

(๒) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในทุกจังหวัดทุก ๖ เดือน

^{๓๓} จังหวัดที่สมัครเข้าร่วมและได้รับการสนับสนุนจาก สสส. ให้ดำเนินงานนำร่องตามภารกิจ ๙ ด้านแล้ว (ถึงกรกฎาคม ๒๕๕๙) ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ ลำพูน พะเยา ลำปาง ตาก นครสวรรค์ นครราชสีมา นครพนม ชัยภูมิ เลย มหาสารคาม ขอนแก่น ฉะเชิงเทรา สุพรรณบุรี สมุทรสาคร เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ กระบี่ และกรุงเทพมหานคร





(๓) จัดทำเว็บไซต์ thaiteenpreg.org เพื่อให้ข้อมูล เป็นเวทีสื่อสารแลกเปลี่ยนและพัฒนาทีมงาน

(๔) มีทีมประเมินผลรายจังหวัด ที่ลงติดตามต่อเนื่อง

ทั้งนี้ การดำเนินงานใน ๑๙ จังหวัด เริ่มมีตัวอย่างพื้นที่ที่มีความสำเร็จในการลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่ปฏิบัติการ จังหวัดละ ๓ อำเภอ อำเภอละ ๒ ตำบล และอยู่ระหว่างการเริ่มประเมินผลด้วยการวิจัย

๑.๔.๓ การขับเคลื่อนนโยบายและกลไกในส่วนกลาง

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร ผู้รับผิดชอบโครงการสนับสนุนด้านวิชาการและการพัฒนานโยบายเพื่อการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการป้องกันเอดส์ได้ทำงานร่วมกับภาคีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่งผลที่สำคัญ ดังนี้

(๑) ร่วมสนับสนุนข้อมูลในการผลักดันพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และได้ร่วมเป็นกรรมการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ กระทั่งได้รับความเห็นชอบจากสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

(๒) จัดประชุมคณะกรรมการประสานยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (core team ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากกระทรวงหลัก ทีมนักวิชาการ และภาคีที่เกี่ยวข้อง) ต่อเนื่องทุกเดือน รวมถึงการใช้กลไกนี้สนับสนุนการทำงานของกระทรวง พม. สธ. ศธ. และหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง ช่วยให้เกิดการเชื่อมและหนุนเสริมการทำงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในการขับเคลื่อนงาน ทั้งในระดับนโยบาย และในระดับพื้นที่ ที่สอดคล้องกันมากขึ้น เช่น

(๒.๑) การสนับสนุนวิทยากรร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในการประชุมชี้แจงการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด ๗ ครั้ง ทั่วประเทศ

(๒.๒) การประสานกับทีมงานขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดใน ๒๐ จังหวัด ที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. ในการเชื่อมโยงการทำงาน โดยใช้บุด้านเด็ก เยาวชนและครอบครัว ซึ่งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์สนับสนุนไปที่จังหวัด

(๒.๓) ในปี ๒๕๕๘ ได้ประสานการทำงานร่วมกับภาคี นักวิชาการ และหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง พัฒนาร่างยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในระยะ ๑๐ ปี และเสนอคณะรัฐมนตรีด้านสังคมให้ความเห็นชอบ (๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๘) ซึ่งขณะนี้ นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และ core team ได้เตรียมประสานและทำงานร่วมกับ

กรมอนามัยเพื่อนำร่างยุทธศาสตร์นี้ทำประชาพิจารณ์อีกครั้ง ก่อนเสนอให้คณะกรรมการระดับชาติที่จะตั้งขึ้น ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้พิจารณารับรองเพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนต่อไป

๑.๔.๔ การพัฒนาระบบให้คำปรึกษาและส่งต่อวัยรุ่นและผู้ประสบปัญหาจากการตั้งครรภ์

นับแต่ปี ๒๕๕๖ สสส.ได้สนับสนุนการพัฒนาศูนย์ให้การปรึกษาทางเลือกสำหรับผู้ประสบปัญหาท้องไม่พร้อมทางสายโทรศัพท์ ๑๖๖๓ ทุกวันตั้งแต่ ๐๙.๐๐ - ๒๑.๐๐ น. มีการพัฒนาศักยภาพผู้ให้คำปรึกษา และระบบประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบ โดยในปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ มีสถิติผู้ขอคำปรึกษากว่า ๑,๐๐๐ ราย ต่อเดือน โดยผู้ขอรับคำปรึกษาโทรมาจากทุกจังหวัดของประเทศ หนึ่งในสามมาจากพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ผู้โทรปรึกษาเป็นผู้ที่กังวลว่าจะตั้งครรภ์ ร้อยละ ๕๘ และตั้งครรภ์แล้วร้อยละ ๔๒ ผู้ที่ตั้งครรภ์แล้ว ร้อยละ ๘๓.๓ มีอายุครรภ์น้อยกว่า ๑๒ สัปดาห์ เกือบร้อยละ ๘๐ ของผู้ที่ตั้งครรภ์แล้ว ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์

ในระหว่างการทำงานปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ สสส.ได้สนับสนุนให้สาย ๑๖๖๓ ทำงานร่วมกับกรมอนามัยและเครือข่ายแพทยอาสา R-SA (Referral system for Safe Abortion) เพื่อพัฒนาเครือข่ายให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยเพิ่มเป็น ๖๗ แห่ง ที่สามารถรับการส่งต่อจากผู้ขอคำปรึกษาที่ตัดสินใจเลือกบริการนี้ ทั้งนี้ โอกาสการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์มีเพิ่มมากขึ้น หลังจากการขับเคลื่อนของภาคี สสส.ร่วมกับหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ “Medabon” (ชื่อทางการค้า) ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นยายุติการตั้งครรภ์ ตั้งแต่วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๗ ซึ่งยานี้จะใช้ได้โดยเครือข่ายหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับกรมอนามัยเท่านั้น

ทั้งนี้ การดำเนินงานสายให้คำปรึกษา ๑๖๖๓ มีเป้าหมายในการพัฒนาระบบให้คำปรึกษาที่มีมาตรฐาน เพื่อเตรียมพัฒนาเข้าสู่การเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพของ สปสช.ต่อไป

๑.๔.๕ การรณรงค์สร้างความตื่นตัวเรื่อง “การคุยเรื่องเพศกับลูก”

ภาคีของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ ได้สนับสนุนด้านความเชี่ยวชาญให้กับภาคีผลิตสื่อของฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม (social marketing) ของ สสส. ทำให้เกิดชุดการรณรงค์ (package) ในช่วงเดือนมิถุนายน - สิงหาคม ๒๕๕๙ ประกอบด้วย

- (๑) www.คุยเรื่องเพศ.com ที่แนะนำการประเมินความพร้อมของผู้ปกครอง และบรรจุชุดความรู้การคุยเรื่องเพศกับลูกที่เป็นคำแนะนำที่ง่ายรวมถึงแนะนำเว็บให้คำปรึกษา
- (๒) รายการเกมสัปดาห์ทางทีวี “Sexpert Family” ทุกวันอาทิตย์ เวลา ๑๖.๑๕ น. ทางสถานีโทรทัศน์ช่อง ๘ ดิจิตอลทีวี ที่ช่วยสร้างกระแสและให้ความรู้ผู้ปกครองในการคุยและให้คำแนะนำเรื่องเพศกับลูกหลาน (เริ่มออกอากาศ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๙)
- (๓) สปอตทีวีเรื่อง “โอกาสทองคุยเรื่องเพศกับลูก” (มิถุนายน - กรกฎาคม ๒๕๕๙)





(๔) การอบรม “พลิกมุมมองเรื่องเพศ” สำหรับผู้ประกอบการ และวิทยากรจากจังหวัดต่างๆ ที่จะนำกลับไปอบรมต่อ

๒. สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย

๒.๑ สถานการณ์ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ

เมื่อถึงสิ้นปี ๒๕๕๗ คาดประมาณว่า ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตทั้งหมด ๔๔๕,๕๐๐ คน เป็นเพศหญิง ๑๙๓,๐๐๐ คน เพศชาย ๒๕๒,๕๐๐ คน แยกเป็นผู้ใหญ่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ๔๓๘,๖๐๐ คน และเด็กอายุไม่เกิน ๑๕ ปี ๖,๙๐๐ คน โดยจำแนกตามเพศได้เป็นผู้ใหญ่เพศหญิง ๑๗๒,๔๐๐ คน ผู้ใหญ่เพศชาย ๒๖๖,๒๐๐ คน เด็กหญิง ๓,๓๐๐ คน เด็กชาย ๓,๖๐๐ คน

การคาดการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในปี ๒๕๕๗ มีประมาณ ๗,๘๒๐ คน เป็นเพศหญิงราว ๒,๐๐๐ คน เพศชาย ๕,๘๒๐ คน แยกเป็นผู้ใหญ่ ๗,๗๐๐ คน เด็กอายุไม่เกิน ๑๕ ปี ๑๒๐ คน จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลง ร้อยละ ๗๔ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๔๓ แต่ก็ยังสูงอยู่ เฉลี่ยวันละ ๒๒ คน

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต คาดว่ามีประมาณปีละ ๒๐,๕๐๐ คน โดยเป็นเพศหญิง ๖,๒๒๐ คน เพศชาย ๑๔,๒๘๐ คน แยกเป็นผู้ใหญ่ ๒๐,๓๓๐ คน เด็ก ๑๗๐ คน จำนวนผู้เสียชีวิตลดลง ร้อยละ ๖๓ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๔๓

สาเหตุและช่องทางการติดเชื้อรายใหม่ของผู้ใหญ่ร้อยละ ๑๐ เนื่องจากการใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกันของผู้ใช้สารเสพติด และการติดเชื้อรายใหม่ส่วนใหญ่ร้อยละ ๙๐ เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน โดยประมาณร้อยละ ๔๕ จากการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย ร้อยละ ๓๐ จากการมีเพศสัมพันธ์ในคู่อุ้งกินที่ไม่ทราบว่าเป็นฝ่ายติดเชื้อ ร้อยละ ๑๑ จากการมีเพศสัมพันธ์ในการซื้อขายบริการทางเพศกับผู้หญิง และร้อยละ ๔ จากการมีเพศสัมพันธ์ฉาบฉวย^{๒๔}

๒.๒ สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันเอดส์ที่สำคัญในปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙

๒.๒.๑ ระหว่างปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร ผู้รับผิดชอบโครงการสนับสนุนด้านวิชาการและการพัฒนานโยบายเพื่อการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการป้องกันเอชไอวี ร่วมกับทีมงานสำนัก ๒ สสส. และทีมงานของสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) ได้หารือร่วมกันในการออกแบบการขับเคลื่อนงานในระดับจังหวัด เพื่อนำไปสู่การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยได้ลงพื้นที่ ๓ จังหวัดนำร่อง ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ลพบุรี และสุราษฎร์ธานี(ภายหลังได้ถอนตัว และจังหวัดกำแพงเพชร ได้รับคัดเลือกเข้าร่วมแทน) เพื่อสร้างความเข้าใจและร่วมกันกำหนดกรอบแนวทางการดำเนินงานมาตรการระดับจังหวัดที่สามารถป้องกัน

^{๒๔} ร่างยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๓ (จัดทำโดย ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ พฤษภาคม ๒๕๕๙)

การติดเชื้ร่ายใหม่ที่มีประสิทธิผล และมอบให้เครือข่ายภาคส่วนต่างๆ ที่ร่วมขับเคลื่อนงานในแต่ละจังหวัด พัฒนาข้อเสนอโครงการนำร่องระดับจังหวัดขึ้น

ทั้งนี้ จากการดำเนินการในระยะแรกพบว่า แนวทางที่แต่ละจังหวัดเสนอขึ้นมา ยังไม่ครอบคลุมมาตรการที่สำคัญ ดังนั้น เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันในกรอบแนวคิดและแนวทางสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์มุ่งสู่การยุติเอดส์ขององค์การอนามัยโลก ภายในปี ๒๕๗๓ (3Zero's ได้แก่ ลดการติดเชื้ร่ายใหม่ ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ และลดการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์) นพ.วิวัฒน์ ร่วมกับ สสส. และ สอวพ.จึงได้จัดกระบวนการร่วมกับผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องพัฒนา “คู่มือการดำเนินงาน ๑๐ มาตรการ เพื่อป้องกันการติดเชื้เอชไอวีร่ายใหม่ที่มีประสิทธิผล ในระดับจังหวัด” ตามยุทธศาสตร์การมุ่งสู่การยุติเอดส์ และได้ทำความเข้าใจกับทีมงานและเครือข่ายในทั้ง ๓ จังหวัดแล้ว โดยทั้ง ๓ จังหวัดจะได้เริ่มดำเนินงานตามคู่มือทั้ง ๑๐ มาตรการดังกล่าวในปี ๒๕๕๙

๒.๒.๒ ยุทธศาสตร์รณรงค์ทางอนามัยแห่งชาติ ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒ ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการเอดส์ชาติ ในปี ๒๕๕๘ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทั้งหญิงและชาย มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัย เริ่มมีการขับเคลื่อนโดยหลายภาคส่วน เช่น กรมควบคุมโรค กรมอนามัย UNFPA และ สสส. โดยเฉพาะการสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนผู้ผลิตถุงยางและติดตั้งตู้จำหน่ายถุงยางอัตโนมัติ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะส่งผลดีต่อการขับเคลื่อนมาตรการสนับสนุนการเข้าถึงถุงยางอนามัยตามยุทธศาสตร์นี้ และมีการจัดแถลงข่าวในประเด็นการสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นี้ เมื่อวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

๓. สถานการณ์ด้านสุขภาพจิต

๓.๑ ความหมายของ “สุขภาพจิต”

กรมสุขภาพจิตได้ให้นิยามสุขภาพจิตว่าหมายถึง “สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป” โดยแบ่งองค์ประกอบของสุขภาพจิตเป็น ๔ องค์ประกอบ ได้แก่

- (๑) **สภาพจิตใจ** หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะของสุขภาพตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิต
- (๒) **สมรรถภาพของจิตใจ** หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข
- (๓) **คุณภาพของจิตใจ** หมายถึง คุณลักษณะที่ดีงามของจิตใจในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเอง และสังคม





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

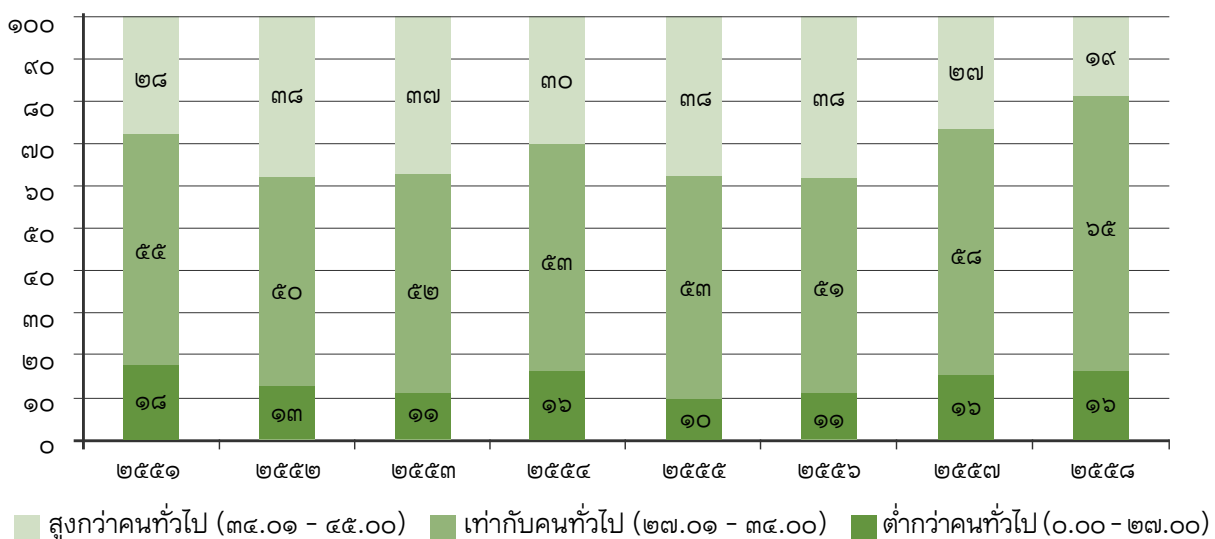
นิยามสุขภาพจิตข้างต้น นำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตคนไทย^{๒๙} โดยฉบับเต็มมีคำถาม ๕๕ ข้อ และฉบับย่อมี ๑๕ ข้อ เรียกแบบประเมินฉบับย่อนี้ว่า แบบประเมินความสุขคนไทย เนื่องจากเมื่อกล่าวถึงสุขภาพจิตในทางบวกจะสื่อถึงความสุข ซึ่งครอบคลุม ๔ องค์ประกอบ ดังกล่าว

๓.๒ สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย

๓.๒.๑ ร้อยละของคนไทยที่มีความสุขมีแนวโน้มลดลง

จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-Economic Survey : SES)^{๓๐} ในปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗ และการสำรวจภาวะทำงานของประชากร ๒๕๕๘ โดยผนวกแบบประเมินสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยทีมวิชาการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และจัดทำเป็นรายงานผลสำรวจความสุขคนไทย (สุขภาพจิต) พบว่า **ร้อยละของคนไทยที่มีคะแนนความสุขต่ำกว่าคนทั่วไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๑.๒ และ ๑๕.๖ ในปี ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗ เป็นร้อยละ ๑๖.๔ ในปี ๒๕๕๘ (ดังภาพแสดง)** แสดงให้เห็นว่า อัตราส่วนคนไทยที่มีความสุขมีแนวโน้มลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจลักษณะเดียวกันในช่วงปี ๒๕๕๒ ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๕ ที่พบว่า ค่าคะแนนความสัมพันธ์ในครอบครัวไทย มีแนวโน้มลดลงโดยตลอด รวมถึงสมรรถภาพทางจิตใจ (ความสามารถในการจัดการปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต) ยังอยู่ในระดับต่ำ (ดังภาพแสดง)

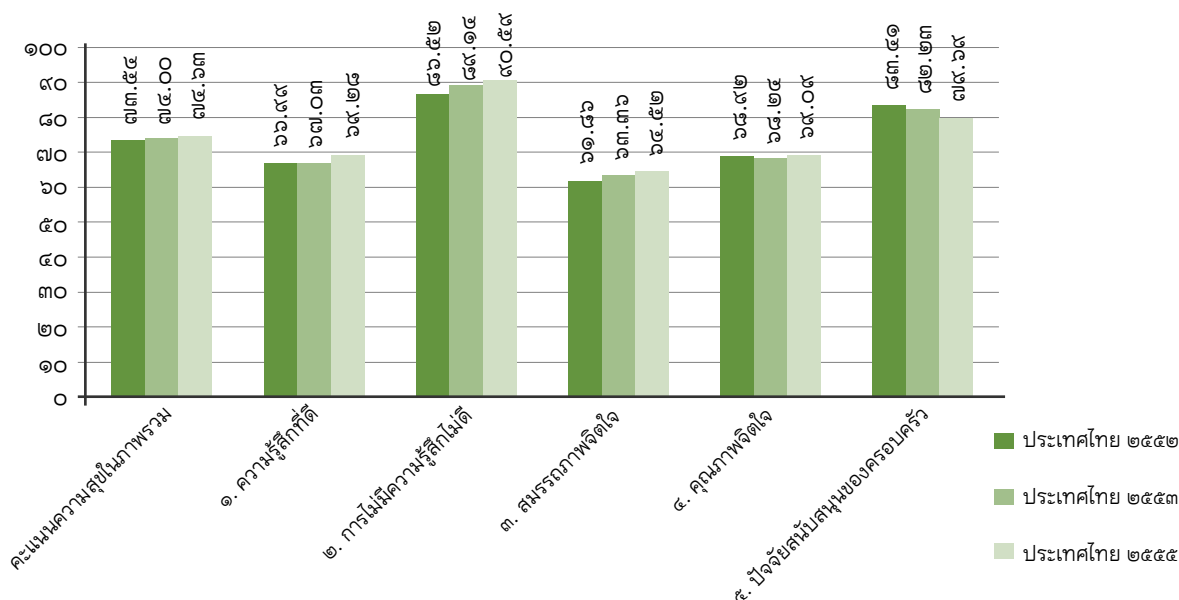
ภาพแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของประชากร ๓ กลุ่ม ปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๘



^{๒๙} อภิชัย มงคล และคณะ. ๒๕๕๗. การพัฒนาและทดสอบดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

^{๓๐} การสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพแสดงร้อยละของคะแนนความสุขในภาพรวมและ ๕ องค์ประกอบ ปี ๒๕๕๒ ๒๕๕๓ ๒๕๕๔
โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ



เหตุที่ส่งผลให้สัดส่วนคนไทยที่มีความสุขมีแนวโน้มลดลง อาจมีอีกหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โครงการสำรวจความสุขคนไทย ซึ่ง สสส. โดยแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ได้ประสานและสนับสนุนให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างสำนักงานสถิติแห่งชาติและทีมนักวิชาการจากสถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ผลิตเป็น “ข้อมูลความสุขรายจังหวัด” และ “ปัจจัยความสุขคนไทย” (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และเอกอนงค์ สิตลาภินันท์. ๒๕๕๔. คู่มือสร้างสุขระดับจังหวัด.) ได้วิเคราะห์ปัจจัยกำหนดความสุขของคนไทย ซึ่งพบว่ามีความสอดคล้องกับรายงานวิจัยเรื่องความสุขจากต่างประเทศ โดยระบุว่าความสุขเป็นผลรวมของปัจจัยต่างๆ ในชีวิต โดยแบ่งเป็น **ปัจจัยภายในบุคคล** ได้แก่ สุขภาพจิต สุขภาพกาย ประสบการณ์ในครอบครัว การศึกษา เพศ และอายุ **ปัจจัยภายนอกบุคคล** ได้แก่ อาชีพ รายได้ ชุมชน ค่านิยมและการนับถือศาสนา รวมถึงนโยบายของรัฐที่มุ่งเน้นการจัดการที่ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความสุขของประชาชนโดยสถานการณ์ดังกล่าว สอดคล้องกับรายงานความสุขโลกปี ๒๕๕๔ โดย Helliwell, J., Layard, R. & Sachs, J. (2012) ซึ่งได้สรุปปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของประชากรโลก ได้แก่ รายได้ การงาน ทูทางสังคม ศาสนาและระบบคุณค่า สุขภาพจิต สุขภาพกาย ครอบครัว การศึกษา เพศ และอายุ

ข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าความสุขส่งผลต่อปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพด้วย ได้แก่

- (๑) สุขภาพและอายุขัย สุขภาพช่วยให้ชีวิตยืนยาวและมีสุขภาพที่แข็งแรง
- (๒) รายได้และการสร้างผลผลิต คนที่มีความสุข จะมีความสามารถในการทำงานและสร้างรายได้ดีกว่า ส่งผลต่อขีดความสามารถในการแข่งขันขององค์กรและประเทศชาติ





- (๓) พฤติกรรมส่วนบุคคลและพฤติกรรมทางสังคม คนที่มีความสุข จะมีพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมทางสังคมที่ดี ช่วยให้มีสุขภาพดี สร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน

๓.๒.๒ โรคซึมเศร้ายังเป็นภาระโรคที่สำคัญ โดยเฉพาะในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น

องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์แนวโน้มสถานการณ์โรคซึมเศร้าว่าจะเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์สูงสุดอันดับที่ ๒ รองจากโรคหัวใจ ในปี ๒๕๖๓ และคาดว่าในปี ๒๕๗๓ โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุอันดับที่ ๑ ของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรโลกทั้งนี้เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของเด็กและเยาวชนวัย ๑๐ - ๒๔ ปีทั่วโลกที่สูงถึง ๒.๖ ล้านคนต่อปี พบว่า ๑ ใน ๓ มีสาเหตุจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งพบความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า^{๙๙} ส่วนประเทศไทยพบข้อมูลจากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๖^{๑๐๐} พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) อันดับที่ ๑ ในเพศหญิง และอันดับที่ ๓ ในเพศชาย ซึ่งเป็นอันดับที่สูงขึ้นจากผลสำรวจปี ๒๕๕๒ ที่โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ อันดับ ๓ ในเพศหญิง และอันดับที่ ๘ ในเพศชาย

๓.๓ สถานการณ์การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิตของ สสส.

๓.๓.๑ แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในประชากรกลุ่มเฉพาะ ทำงานร่วมกับภาคีแผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน พัฒนารูปแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในแรงงานนอกระบบ เป็นงานต่อเนื่องจากปี ๒๕๕๘ มีกลุ่มเป้าหมายเป็นแรงงานนอกระบบใน ๓ เขตของกรุงเทพมหานคร คือ ร่มเกล้า ลาดกระบัง และวังทองหลาง ในแต่ละพื้นที่ มีแกนนำกลุ่ม ๕ คน ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ให้สามารถค้นหาวิเคราะห์ปัญหา และออกแบบกระบวนการ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนได้ ในชื่อโมเดล “ลดทุกข์ สร้างสุข”

การดำเนินงาน ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทิศทางที่ดีขึ้น สามารถเป็นตัวอย่างเพื่อการเรียนรู้ให้กับผู้อื่นได้ จำนวน ๑๗ คน และสามารถเริ่มทำบทบาทเป็น “trainer” ที่สามารถจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับแกนนำรุ่น ๒ ได้

๓.๓.๒ สสส.ได้สนับสนุนให้นักวิชาการ กรมสุขภาพจิต ทำงานร่วมกับสำนักนโยบายและแผน กรมสุขภาพจิต ทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาข้อเสนอแผนงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพจิตระดับชาติ และได้ทำงานวิชาการดังกล่าวเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต เพื่อผลักดันมิติด้านสร้างเสริมสุขภาพจิต ส่งผลให้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ชัดเจน ในร่างยุทธศาสตร์สุขภาพจิต ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔

^{๙๙} WHO, 2004

^{๑๐๐} รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๖.สำนักงานพัฒนานโยบายและสุขภาพระหว่างประเทศ. ๒๕๕๘.

๔. สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

ประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ มีขอบเขตกว้างมาก ในช่วงปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗ แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จึงจัดให้มีการทบทวนสถานการณ์และจัดทำยุทธศาสตร์การทำงาน ด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพขึ้น โดยมีข้อสรุปเบื้องต้นว่า มี ๒ ประเด็นหลักด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพที่ สสส. ควรขับเคลื่อนเพื่อนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน ได้แก่ (๑) มลพิษจากอุตสาหกรรม และ (๒) สิ่งแวดล้อมในเขตเมือง การทบทวนสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ จึงเน้น ๒ ประเด็นหลักนี้ ซึ่งมีสถานการณ์และการดำเนินงานที่สำคัญ ในช่วงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ ดังนี้

๔.๑ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

ความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในระยะเวลาที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดความเจริญเติบโตทาง ด้านเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบและความเสียหายต่อทรัพยากรโลกเป็น อย่างมาก ประเทศไทยและอีก ๑๘๙ ประเทศทั่วโลก ได้เห็นพ้องต้องกันในการตั้งเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ Millennium Development Goals (MDGs) ที่มุ่งเป้าพัฒนา ๘ ด้านหลัก ในการประชุมสหประชาชาติเมื่อปี ๒๕๔๓ โดยระยะเวลา ๑๕ ปี ของการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว กำลังจะสิ้นสุดลง ได้เกิดความสำเร็จ เป็นอย่างดีในหลายประเทศ^{๓๓}

เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการพัฒนาที่ยั่งยืน สหประชาชาติจึงได้กำหนดเป้าหมายขึ้นใหม่ โดย อาศัยกรอบความคิดที่มองการพัฒนาเป็นมิติ ของเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ให้มีความเชื่อมโยงกัน เรียกว่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ซึ่งพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้ร่วมแถลงเพื่อย้ำเจตนารมณ์ของไทยในการร่วมมือกับสหประชาชาติ ต่อเรื่องนี้ ในการประชุมสหประชาชาติระดับผู้นำ เพื่อรับรองระเบียบวาระการพัฒนาภายหลังปี ๒๕๕๘ ณ นครนิวยอร์ก โดย SDGs จะเป็นทิศทางการพัฒนาตั้งแต่เดือนกันยายน ๒๕๕๘ ถึงเดือนสิงหาคม ๒๕๗๓ ครอบคลุม ระยะเวลา ๑๕ ปี ซึ่งประกอบไปด้วย ๑๗ เป้าหมาย^{๓๔} และขณะนี้อยู่ระหว่างการศึกษาเป้าหมาย การพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ SDGs บรรจุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ด้วย

จากยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมของ สสส. ที่ประกอบด้วย ๒ ประเด็นหลัก คือเรื่อง มลพิษอุตสาหกรรมและเรื่องสิ่งแวดล้อมเมืองที่เน้นประเด็นการจัดการขยะ นั้น สอดคล้องกับเป้าหมาย SDGs ตัวที่ ๙ และ ๑๒ ตามลำดับ ที่มุ่งสร้างหลักประกันให้มีการผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืน นอกจากนั้นในเป้าหมาย ที่ ๓ ก็ได้มุ่งสร้างหลักประกันว่าประชากรต้องมีชีวิตที่มีสุขภาพและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัยด้วย

^{๓๓} <http://sustainabledevelopment.un.org>, <http://www.manpattanalibrary.com/newsdetail.php?id=48>

^{๓๔} <http://www.thaigov.go.th/index.php/en/government-th1/item/95716-95716>





๔.๒ สถานการณ์ปัญหาการจัดการขยะ (สิ่งแวดล้อมในเขตเมือง)

กรมควบคุมมลพิษ ได้สรุปสถานการณ์มลพิษในปี ๒๕๕๖ว่า จากการสำรวจข้อมูลปริมาณขยะมูลฝอยทั่วประเทศในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทั่วประเทศ ๗,๗๘๒ แห่ง พบว่ามีจำนวนขยะมูลฝอยราว 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 ล้านตันในปีนั้น ขณะที่ปัจจุบันประเทศไทยมีสถานที่กำจัดขยะทั้งหมด ๒,๔๙๐ แห่ง เป็นสถานที่กำจัดขยะแบบถูกต้องเพียง ๔๖๖ แห่ง ยังคงมีสถานที่กำจัดแบบไม่ถูกต้อง เช่น การเททิ้งกลางแจ้ง เผาในที่โล่ง อยู่ถึง ๒,๐๒๔ แห่ง ทำให้ขยะมูลฝอยสะสมทั้งประเทศมีสูงถึง ๑๙.๙ ล้านตัน ซึ่งจะมีความสูงเท่ากับตึกใบหยก ๒ เรียงต่อกัน ๑๐๓ ตึก ทั้งนี้ แนวโน้มปริมาณขยะจากชุมชนจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี ๒๕๕๖แต่ละคนมีส่วนทำให้เกิดขยะประมาณ ๑.๑๕ กิโลกรัม/คน/วัน เพิ่มขึ้นจาก ๑.๐๓ กิโลกรัม/คน/วัน ในปี ๒๕๕๑

๔.๓ สถานการณ์ปัญหามลพิษอุตสาหกรรม

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

จากกรณีที่มีนักวิชาการทำการศึกษาด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โดยรอบเหมืองแร่ทองคำของ บริษัท อัครา รีซอร์สเซส จำกัด จังหวัดพิจิตรในช่วงปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ มีประชากรที่ได้รับการตรวจทั้งสิ้น ๑,๕๘๓ คน พบประชาชนที่มีโลหะหนักหรือไทโอไซยาเนตในร่างกายเกินค่าอ้างอิง จำนวน ๘๑๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๖ ของประชาชนที่ได้รับการตรวจ^{๓๕} นอกจากนั้นกลุ่มชาวบ้านที่คัดค้านไม่เอาเหมืองทองคำ ต.เขาเจ็ดยอด อ.ทับคล้อ จ.พิจิตร ได้กังวลเกี่ยวกับผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ จึงส่งเรื่องให้ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (กสม.) กองปราบปราม ศูนย์ดำรงธรรม เพื่อขอให้มีการตรวจสอบในพื้นที่ ส่งผลให้มีการ

^{๓๕} หนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ ปีที่ ๓๖ ฉบับที่ ๓,๑๕๗ วันที่ ๑๕-๑๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

พิจารณาของ ๔ กระทรวงที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีมติที่จะยุติการอนุญาตอาชญาบัตรพิเศษสำรวจแร่ทองคำและประทานบัตรทำเหมืองแร่ทองคำ รวมถึงคำขอต่ออายุประทานบัตรทั่วประเทศ และคณะรัฐมนตรีมีมติรับทราบเมื่อวันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๕๙

๔.๔ สถานการณ์การดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ โดย สสส.

๔.๔.๑ โครงการป้องกันภัยจากพิษตะกั่ว ได้ลงพื้นที่ตรวจวิเคราะห์ตะกั่วจากสีทาอาคารในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ และใน ๖ จังหวัดภาคใต้ (ระนอง ชุมพร พังงา ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช) รวม ๑๑๘ แห่ง ผลการวิเคราะห์ตะกั่วในเครื่องเล่นในสนามเด็กเล่นกรุงเทพมหานคร พบว่ามีสารตะกั่วปนเปื้อน ตั้งแต่ ๒,๐๐๐ - ๓,๐๐๐ ppm สูงกว่าค่าปลอดภัยถึง ๕ เท่า จึงจัดทำชุดความรู้เรื่องโลหะหนักในสีทาอาคาร และจากผลการสำรวจปริมาณสารตะกั่วในสีน้ำมันทาอาคารที่จำหน่ายในประเทศ เพื่อสื่อสารรณรงค์ผ่านหลายช่องทางรวมถึง TPBS รวมทั้งได้ให้ข้อมูลกับคณะกรรมการการปฏิรูประบบสาธารณสุข สปช. ด้วย ซึ่งต่อมากระทรวงอุตสาหกรรมได้ผ่านพระราชกฤษฎีกากำหนดให้ผลิตภัณฑ์ อุตสาหกรรมสีเคลือบแอลคิดต้องเป็นไปตามมาตรฐาน พ.ศ. ๒๕๕๙ (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ๒๙ มกราคม ๒๕๕๙) และจะมีผลบังคับใช้ในปี ๒๕๖๐ กำหนดให้สีน้ำมันทาอาคารมีการควบคุมมาตรฐานปริมาณตะกั่ว ไม่สูงเกิน ๑๐๐ ppm รวมถึงการควบคุมปริมาณโลหะหนักอีก ๓ ตัวคือปรอท แคดเมียม และโครเมียมเฮกซะวาเลนท์ ด้วย

๔.๔.๒ โครงการจัดการขยะมูลฝอยแบบบูรณาการจังหวัดมหาสารคาม ร่วมกับ อบท. ๓๐ แห่ง มหาวิทยาลัย ๒ แห่ง และหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ขับเคลื่อนการบูรณาการเพื่อพัฒนากลไกและรูปแบบจัดการขยะในภาพรวมของจังหวัด โดยเน้นการพัฒนาแกนนำใน อบท. และชุมชน สร้างการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย กระตุ้นให้เจ้าภาพหลัก เช่น ทสจ. และ อบท. เข้าร่วมสนับสนุนการทำงาน กระทั่งได้เครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงใน ๒๙ อบท. รวมทั้งได้จัดกิจกรรมรณรงค์ระดับจังหวัดเพื่อกระตุ้นให้พื้นที่ทั้งในและนอกเครือข่ายให้ความสนใจและร่วมกันแก้ไขปัญหาเรื่องขยะ โดยได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้ว่าราชการจังหวัด การทำงานมีผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแล้ว ได้แก่

- (๑) มีบาง อบท. ที่เริ่มเตรียมทำข้อบัญญัติ และบาง อบท. นำไปดำเนินการต่อเติมพื้นที่ทุกชุมชน คือ อบต.ขามเรียง
- (๒) เกิดพื้นที่ต้นแบบในการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนจาก อบท. แล้วใน ๓ ตำบล คือ ต.เขวไร่ ต.ท่าสองคอน และ ต.เหล่าดอกไม้
- (๓) จากผลของการขับเคลื่อนงานของโครงการทำให้เกิดมิติสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ให้เรื่องการจัดการขยะ เป็นนโยบายระดับจังหวัด





๔.๔.๓ โครงการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการบริหารจัดการของเสียที่ยั่งยืน ทำการศึกษาสภาพปัญหาและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการของเสียทุกประเภทในประเทศไทย ทั้งที่เป็นของเสียชุมชนของเสียอุตสาหกรรม ของเสียอันตราย และของเสียเคมีวัตถุที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ ซึ่งปัจจุบันการจัดการของเสียดังกล่าว อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหลายหน่วยงาน รวมทั้งทำการศึกษาวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้โครงการจะค้นหาและศึกษากรณีตัวอย่างการบริหารจัดการที่ดีในการจัดการของเสียทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมทั้งติดตามการดำเนินงานตามแผนงานใน Roadmap การจัดการขยะของรัฐบาล เพื่อวิเคราะห์และประเมินว่าการดำเนินการตาม Roadmap จะนำไปสู่การจัดการขยะมูลฝอยอย่างยั่งยืนได้มากน้อยเพียงใด โดยมีผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการจัดการขยะตาม Roadmap ของรัฐบาล และเพิ่มการมีส่วนร่วมและการเข้าถึงข้อมูลของประชาชนผู้ได้รับผลกระทบ ในกระบวนการกำหนดนโยบายเรื่องการจัดการของเสียของรัฐ

๕. สถานการณ์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

๕.๑ สถานการณ์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่สำคัญ

๕.๑.๑ พิมพ์เขียวเพื่อการปฏิรูประบบคุ้มครองผู้บริโภค

ในปี ๒๕๕๘ ภาคิแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ได้ทำงานภายใต้กลไกคณะกรรมการการปฏิรูปการคุ้มครองผู้บริโภค (ภายใต้ สปช.) และได้จัดทำ “พิมพ์เขียวเพื่อความเปลี่ยนแปลง” โดยเน้น ๔ ประเด็น ดังนี้ (ปัจจุบันได้ส่งผลต่อให้ สปท.พิจารณาดำเนินการ)

- (๑) ระบบคุ้มครองผู้บริโภคภาคราชการ
- (๒) พระราชบัญญัติองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค
- (๓) ระบบชดเชยความเสียหายและระบบร้องเรียน ร้องทุกข์ รวมทั้งการเสนอ กฎหมายรับประกันความบกพร่องของสินค้า (Lemon Law)
- (๔) ระบบความปลอดภัยของสินค้าและบริการ

๕.๑.๒ การรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเชื่อดื้อยา

องค์การสหพันธ์ผู้บริโภคสากล (Consumers International) ได้กำหนดให้ปี ๒๕๕๙ เป็นปีที่ต้องให้ความสำคัญในเรื่องอาหารปลอดภัยและได้กระตุ้นให้สมาชิกทั่วโลกรณรงค์ “สร้างสุขภาพที่ดี ต้องไม่มียาปฏิชีวนะ” (Antibiotic Off the Menu) เพื่อลดอันตรายจากเชื่อดื้อยาปฏิชีวนะ โดยได้เรียกร้องให้ ลด ละ เลิกการใช้ยาปฏิชีวนะในกระบวนการเลี้ยงสัตว์เพื่อเป็นอาหาร ในวันสิทธิผู้บริโภคสากล (World Consumer Right Day) เมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๕๙

๕.๑.๓ เกิดข้อตกลงร่วมกันระหว่าง กสทช. อย. และองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน ในการควบคุมการเผยแพร่โฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย โดยโครงการสื่อสาร ยินดีให้ความร่วมมือในการเฝ้าระวัง กำกับ ควบคุมการเผยแพร่ ที่จะไม่ให้มีการกระทำที่ผิดกฎหมาย หากพบการกระทำผิดของช่องสถานี ในโครงการ จะอำนวยความสะดวกให้หน่วยงานรัฐในการบังคับใช้กฎหมาย

๕.๒ สถานการณ์การดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดย สสส.

๕.๒.๑ “หน้าต่างเตือนภัย”

ผลจากการทำงานของแผนงานพัฒนาวิชาการและกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) ร่วมกับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑๐ และ ๘ (อุบลราชธานี และ อุดรธานี) พัฒนาระบบตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งเมื่อพบการปลอมปนสารที่เป็นอันตราย จะนำขึ้นระบบฐานข้อมูลออนไลน์ ที่ช่วยให้สามารถสืบค้นดูได้ โดยตั้งชื่อระบบว่า “Single Window” และได้ทำงานขยายผลกับหน่วยงานด้านสุขภาพของชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ในการพัฒนา อสม. เพื่อให้

- (๑) มีความรู้ และสามารถตรวจพิสูจน์เบื้องต้นกับผลิตภัณฑ์ต้องสงสัยในความปลอดภัย และสามารถส่งต่อเพื่อตรวจสอบยืนยัน
- (๒) ช่วยเผยแพร่ข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยจากฐานข้อมูล Single Window เพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองสุขภาพประชาชนในชุมชนของตนได้

ผลจากการนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้นำไปประกาศเป็นนโยบาย และขยายผลให้ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั่วประเทศดำเนินการ

๕.๒.๒ “ขบวนการปลอดสารบีบีเอ”

คคส. ได้ทำการจัดการความรู้ และจัดทำชุดความรู้เรื่อง “การจัดการปัญหาสารบีบีเอในขวดนม และภาชนะบรรจุอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก” จัดพิมพ์เผยแพร่และเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของแผนงาน และเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้เกิดกระแสเรียกร้องให้มีการปรับปรุงมาตรฐานภาชนะบรรจุนมสำหรับเด็ก จากชุดความรู้นี้ คคส. ได้ทำงานร่วมกับ อย. เพื่อเร่งการปรับปรุงมาตรฐานภาชนะบรรจุนมสำหรับเด็ก กระทั่งมีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ ๓๖๙ พ.ศ. ๒๕๕๘ เรื่องขวดนม และภาชนะบรรจุนมสำหรับทารก และเด็กเล็ก ซึ่งในประกาศระบุว่าจะต้องไม่ผลิต และจำหน่ายขวดนมหรือภาชนะบรรจุนมที่มีสารบีบีเอเป็นส่วนประกอบจะมีผลในปี ๒๕๖๐

๕.๒.๓ การป้องกันปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ

แผนงานพัฒนากลไกการเฝ้าระวังระบบยา (กพย.) ได้จัดทำข้อมูลทางวิชาการในประเด็นสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาที่ทวีความรุนแรงในประเทศไทย โดยร่วมกับภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดประชุม





ระดมความคิดเห็น และสรุปเป็นข้อมูลสถานการณ์ปัญหา และข้อเสนอแนวทางการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหา เชื้อดื้อยา พร้อมทั้งผลักดัน มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประเด็นการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยา ซึ่งได้ผ่านการรับรอง จากที่ประชุมสมัชชาสุขภาพ ปี ๒๕๕๘ ส่งผลให้เกิด

- (๑) ร่างนโยบายและยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาแห่งชาติ (โดย กพย.ได้ร่วมพัฒนาและผลักดัน)
- (๒) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อยู่ระหว่างเตรียมการจัดตั้งคณะกรรมการแห่งชาติด้านนโยบายเชื้อดื้อยา โดยผู้จัดการแผนงาน กพย. ร่วมเป็นคณะกรรมการด้วย
- (๓) กพย. และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้ใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้ นำมาใช้สื่อสารสังคมอย่างต่อเนื่อง ครึ่งล่าสุดเมื่อวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๙ ส่งผลให้สังคมเกิดความตื่นตัวในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง

๕.๒.๔ คคส. กพย. และโครงการสร้างความเข้มแข็งกลไกคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน ในฐานะองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน ได้ประสานกับ กสทช.และ อย. ร่วมกันประชุมหารือแนวทางการเฝ้าระวัง และควบคุม ดูแลการโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผิดกฎหมาย พร้อมกันนี้ยังได้ร่วมประชุมกับภาคเอกชน ที่ทำธุรกิจกระจายการสื่อสาร เช่น ไทยคมพีเอสไอ ทู เพื่อหาแนวทางในการป้องกันการโฆษณาที่กระทำความผิดทางกฎหมาย ส่งผลให้เริ่มมีมาตรการที่ กสทช.สั่งการ

๕.๒.๕ การดูแลมาตรฐานและความปลอดภัยในการใช้บริการจากตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญ

จากผลการศึกษาวิจัย ภายใต้โครงการสร้างความเข้มแข็งกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน เรื่องสถานการณ์ความปลอดภัยของการบริโภคน้ำดื่มจากตู้หยอดเหรียญ ได้พัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย ในการคุ้มครองความปลอดภัยให้กับผู้บริโภค เพื่อเสนอต่อ กทผ. อย. และ สคบ. ซึ่งปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (นายจิระชัย มูลทองโร่ย) เมื่อครั้งดำรงตำแหน่งรองปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีที่กำกับดูแลงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของประเทศ ได้รับเป็นเจ้าภาพในการจัดเวทีหารือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดมาตรฐานดูแลความปลอดภัยของน้ำดื่มจากตู้หยอดเหรียญ โดยได้เชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อย. สคบ. กทผ. การประปานครหลวง กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ร่วมประชุมกันแล้วครั้งหนึ่ง ขณะนี้อยู่ระหว่างการทบทวนและพิจารณาร่างกฎหมายที่จะบังคับใช้ร่วมกัน

จุดเน้นของแผน

การขับเคลื่อนแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในปัจจุบัน ประกอบด้วย ๔ แผนงาน ซึ่งทั้ง ๔ แผนงาน ยังมีการกิจที่ต้องขับเคลื่อนต่อเนื่อง โดยมีจุดเน้นของแต่ละแผนงาน ที่ได้จากการสังเคราะห์ร่วมกันระหว่างภาคี ที่รับผิดชอบการขับเคลื่อนและผู้แทนคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๒ เมื่อวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๙

ตามกรอบการดำเนินงานของแผน และมีความสอดคล้องกับแนวนโยบาย ๕ ข้อในการจัดทำแผนดำเนินงาน สสส. พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้

๑. แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ

เน้นการทำงานใน ๒ ส่วนหลักๆ ที่เชื่อมโยงกัน คือการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และการป้องกัน และแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น เพื่อตอบทิศทางและเป้าหมาย ๑๐ ปี ของ สสส. ดังนี้

๑.๑ การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น

๑.๑.๑ ใช้กลไกคณะกรรมการประสานยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น (core team) และข้อมูลจากการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ ในการ

- (๑) ติดตามและสนับสนุน การดำเนินงานโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น ระดับจังหวัด ตามภารกิจ ๔ ด้าน อย่างเข้มข้น เพื่อให้เป็นจังหวัดและพื้นที่ต้นแบบ สำหรับจังหวัด อื่นๆ ที่จะต้องเริ่มดำเนินงาน ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๔ ที่เริ่มมีผลบังคับใช้ ในปี ๒๕๕๔
- (๒) เสริมหนุนกลไกสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการระดับชาติตามพระราชบัญญัติการป้องกัน และแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น เพื่อสร้างแรงสนับสนุนทางนโยบายต่อการขับเคลื่อน การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น ในระดับพื้นที่
- (๓) พัฒนาแนวทางการสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนภารกิจตามพระราชบัญญัติ การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น ในระดับพื้นที่

๑.๑.๒ หาแนวทางสานต่อกระแสความตื่นตัวประเด็น “การคุยเรื่องเพศกับลูก” โดยทำงานร่วมกับ ฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม (Social marketing)

๑.๑.๓ จัดประชุมวิชาการและการจัดการความรู้ระหว่าง ๒๐ จังหวัด และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความตื่นตัวทางวิชาการและทางนโยบาย รวมถึงเพื่อกระตุ้นให้ทุกภาคส่วนตระหนักถึงความสำคัญ ของการร่วมมือกันในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น

อนึ่ง ที่ประชุมเมื่อ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๔ ยังได้ให้ข้อเสนอเพิ่มเติมในการดำเนินงานเรื่องนี้ ดังนี้

- (๑) ควรส่งเสริมบทบาทของภาคส่วนอื่นนอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข ในการทำงานด้านนี้ เพิ่มขึ้น เช่น พม. ศธ. รง.
- (๒) มุ่งลดผลกระทบต่อวัยรุ่นตั้งครรภ์ หรือแม่วัยรุ่น เช่น กรณีที่ต้องออกจากโรงเรียน วัยรุ่นที่ คลอดช้า วัยรุ่นที่ตัดสินใจเลือกเรียน กศน. ครอบครัววัยรุ่นที่ไม่พร้อมเลี้ยงลูก





- (๓) ถอดบทเรียน และสังเคราะห์ความรู้จากการทำงานใน ๒๐ จังหวัดนำร่อง ของนักวิชาการที่เชี่ยวชาญ เพื่อนำไปขยายผลให้จังหวัดอื่นๆ โดยอาจทำเป็นคลิปวิดีโอเพื่อการเผยแพร่ได้อย่างกว้างขวาง
- (๔) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และการติดตามประเมินผล ให้มีความน่าเชื่อถือ ทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ
- (๕) ปรับทัศนคติและมุมมองการทำงานป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชน โดยเน้นการเปลี่ยนทัศนคติในคน ๓ กลุ่มที่มีผลกระทบสูงต่อเด็กวัยรุ่น คือ ผู้บริหารสถานศึกษา พยาบาล และแพทย์

๑.๒ การป้องกันและลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

เน้นการทำงานร่วมกับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการนำหลักการและมาตรการสำคัญตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ และยุทธศาสตร์รณรงค์อย่างอนามัยแห่งชาติ ไปขับเคลื่อนให้เกิดผลได้จริง โดยเลือกพื้นที่ ๓ จังหวัดนำร่อง ซึ่งอยู่ในกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการติดเชื้อสูง ขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว อย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง ในระยะเวลา ๓ ปี เพื่อให้ได้รูปแบบการทำงานที่จะมีโอกาสนำไปขยายผลลดการติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิผลในจังหวัดอื่นๆ ต่อไป

๒. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

๒.๑ ทำงานร่วมกับกรมสุขภาพจิต เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ในการพัฒนายุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพจิต โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานหลักและภาคส่วนหลักที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการเตรียมการ เพื่อขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตตามยุทธศาสตร์ชาติที่จะมีขึ้นดังกล่าว

๒.๒ ค้นหาและสร้างความเข้มแข็งให้ภาคีนอกเหนือจากกรมสุขภาพจิต (ทั้งในและนอกภาคสุขภาพ) เพื่อสานและเสริมพลังการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิต

อนึ่ง ที่ประชุมเมื่อ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๙ ยังได้ให้ข้อเสนอเพิ่มเติมในการดำเนินงานเรื่องนี้ ดังนี้

- (๑) พัฒนาสื่อเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตผ่าน Social Media ที่ช่วยสร้างมุมมองและทัศนคติด้านบวกและสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพจิต (Mental health literacy) ที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยสร้างความตระหนักต่อสังคมในการป้องกันการติดยาและการเลือกปฏิบัติต่อมีผู้ปัญหาสุขภาพจิต
- (๒) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานและใช้กลไก District Health System (DHS) ทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและพัฒนาให้มีเครื่องมือในการประเมินสุขภาพจิตและกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพจิตอย่างง่ายเพื่อให้ชุมชนสามารถนำไปใช้ได้จริงในพื้นที่

- (๓) ส่งเสริมการพัฒนารูปแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในเขตเมือง เช่น การเติมมิติสุขภาพจิตในประเด็นการดูแลผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร
- (๔) พัฒนารูปแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนให้แผนอื่นๆ ของ สสส. และภาคส่วนอื่นๆ นำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น แม่วัยรุ่น ผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มออกัสติก ผู้ต้องขัง

๓. แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาวะ

ขับเคลื่อนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาวะใน ๒ ประเด็นหลักคือ มลพิษอุตสาหกรรม และสิ่งแวดล้อมในเขตเมือง โดยมีจุดเน้นการดำเนินงาน ดังนี้

- ๓.๑ ผลักดันนโยบาย กฎหมาย ที่จะส่งผลดีต่อการป้องกันและแก้ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมทั้งด้านมลพิษอุตสาหกรรม และสิ่งแวดล้อมในเขตเมือง ร่วมไปกับการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพคนทำงานรุ่นใหม่
- ๓.๒ เชื่อมร้อย และสานพลังภาคีเครือข่าย ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสังเคราะห์ความรู้และขับเคลื่อนการปฏิรูป EIA และการใช้ SEA กำหนดทิศทางการพัฒนาพื้นที่ในระยะยาว

๔. แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

๔.๑ สนับสนุนการปฏิรูประบบการคุ้มครองผู้บริโภค ตามพิมพ์เขียวทิศทางการปฏิรูปเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบคุ้มครองผู้บริโภค

๔.๒ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความเข้มแข็งขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชนให้เป็นองค์กรที่มีคุณภาพ เพื่อรองรับให้เกิดความพร้อมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ตามบทบาทหน้าที่ขององค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งระบุไว้ในรัฐธรรมนูญมาตรา ๖๔ ฉบับปี ๒๕๕๙

๔.๓ ทำงานร่วมกับหน่วยงานเจ้าภาพและภาคีหลักในการจัดการการดื้อยาจุลชีพของประเทศไทย

๔.๔ หาแนวทางพัฒนากลไกการทำงานของแผนงาน ในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา ให้เป็นสถาบันวิชาการที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังและจัดการความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและระบบยา เพื่อเสริมสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภคในภาครัฐและภาคประชาชนให้มีความเข้มแข็ง





วัตถุประสงค์

๑. ประสานและเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันระหว่าง ภาคีหลัก (boundary partners) และภาคียุทธศาสตร์ (strategic partners) รวมถึงหน่วยงานที่เป็นเจ้าของเรื่อง เพื่อตั้งเป้าหมายการทำงานร่วมกันในแต่ละประเด็นปัจจัยเสี่ยง และร่วมกันกำหนดจุดคานงัด ในการดำเนินงานที่จะสามารถเปลี่ยนหรือพลิกสถานการณ์ของปัญหา และนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยเสริมสร้างสุขภาพที่ยั่งยืนได้
๒. กระตุ้นและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับหน่วยงานที่เป็นเจ้าของเรื่อง พร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันกับภาคีอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างนวัตกรรมในรูปแบบต่างๆ ที่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. พัฒนาและสร้างความเข้มแข็ง ให้กับกลไกการติดตามและประเมินภายใน รวมถึงสนับสนุนการถอดบทเรียนการทำงานของภาคีให้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์และขยายผลของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. มีข้อเสนอนโยบายระดับประเทศเพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (ภายใต้ ๔ แผนงาน) ที่ได้รับการตอบรับจากหน่วยงานหรือองค์กรที่มีอำนาจออกนโยบายหรือกฎหมายนั้น ๒ เรื่อง^{๓๖}
๒. มีจังหวัดต้นแบบที่ดำเนินมาตรการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างเข้มแข็งและสามารถแสดงผลลัพธ์การลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ อย่างน้อย ๒ จังหวัด
๓. มีจังหวัดที่ดำเนินงานตามภารกิจ ๙ ด้าน^{๓๗} อย่างเป็นระบบ ที่สามารถแสดงผลการลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นในพื้นที่ปฏิบัติการได้ใน ๑๐ จังหวัด (พื้นที่ปฏิบัติการตามโครงการ หมายถึง พื้นที่ดำเนินงานตามภารกิจ ๙ ด้าน ที่กำหนดไว้จังหวัดละ ๓ อำเภอ อำเภอละ ๒ ตำบล)
๔. มีเป้าหมายร่วมในระดับชาติ และแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตของคนไทย ที่เริ่มมีการขับเคลื่อน โดยมีกลไกระดับชาติเป็นเจ้าภาพ และมีภาคีหลัก ทั้งในและนอกภาคสุขภาพ เข้าร่วมสนับสนุนและร่วมขับเคลื่อน

^{๓๖} ได้แก่ การปรับปรุงกฎหมายเดิม เช่น (๑) แก้ไขพระราชบัญญัติสิ่งแวดล้อม (๒) แก้ไขพระราชบัญญัติยา (๓) ปรับปรุง มาตรการการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม (EIA) และการผลักดันกฎหมายใหม่ เช่น (๑) ร่างพระราชบัญญัติแจ้งเตือนภัยและการจัดการปัญหาสินค้าไม่ปลอดภัย (๒) ร่างพระราชบัญญัติความรับผิดชอบต่อความชำรุดบกพร่องของสินค้า เป็นต้น

^{๓๗} ภารกิจ ๙ ด้านประกอบด้วย (๑) การประสานแผน บชข และกลไกทำงานร่วมกัน (๒) การพัฒนาทักษะผู้ประกอบการในการสื่อสารกับบุตรหลาน (๓) การเรียนรู้เพศศึกษาของวัยรุ่น (๔) การดูแลกลุ่มเปราะบาง (๕) การสื่อสาร (๖) บริการสุขภาพที่เป็นมิตร (๗) บริการด้านสังคมและสวัสดิการที่จำเป็นและเชื่อมโยงกับบริการด้านสุขภาพและการศึกษา (๘) บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์ให้กับวัยรุ่น (๙) ระบบกำกับ ติดตามและพัฒนาการทำงาน

๕. มีอปท. ต้นแบบ ที่ได้ถอดบทเรียนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (ภายใต้ ๔ แผนงาน) และเป็นแหล่งเรียนรู้ที่สามารถขยายผลไปยัง อปท. ในพื้นที่อื่นๆ ได้ อย่างน้อย ๗ แห่ง
๖. มีอปท. ที่มีข้อบัญญัติท้องถิ่นหรือมีการจัดทำแผนและจัดสรรงบประมาณเพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ภายใต้ ๔ แผนงาน อย่างน้อย ๕ แห่ง
๗. มีความรู้ที่ได้นำไปใช้ในการพัฒนาและผลักดันนโยบายหรือเพื่อสื่อสารสร้างความตระหนักให้สังคมในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ภายใต้ ๔ แผนงาน จำนวน ๔ เรื่อง^{๓๔}

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ร่วมกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ พัฒนาและผลักดัน ร่างพระราชบัญญัติการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. (ฉบับประชาชน) เพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (โดยการควบคุมโฆษณาและการแจกนมผง) ที่ได้รับบรรจุเข้าสู่การพิจารณาในสภานิติบัญญัติแห่งชาติ
๒. ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว พัฒนาหนังสือเรียนวิชาสุขศึกษาและคู่มือครูในการจัดกระบวนการเรียนรู้ ที่ผนวกเรื่องเพศศึกษาที่สามารถบูรณาการเข้าในหลักสูตรและระบบการเรียนการสอนในระดับมัธยมศึกษา และได้รับการรับรองมาตรฐานจาก สพฐ.
๓. ร่วมกับแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ในการประเมินผลการสื่อสารณรงค์เรื่อง “โอกาสทองคุยเรื่องเพศกับลูก” เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มผู้ใหญ่ที่อยู่แวดล้อมตัววัยรุ่น สามารถพูดคุยเรื่องเพศและเป็นที่ปรึกษาที่ดีให้กับบุตรหลานวัยรุ่นได้ ซึ่งมีการเผยแพร่สื่อและการณรงค์ในครึ่งหลังของปี ๒๕๕๙ โดยกลุ่มเป้าหมายได้รับรู้ข่าวสาร เกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนทัศนคติอย่างน้อย ร้อยละ ๖๕

แนวทางการดำเนินงาน

๑. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ (รวมการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น)

- (๑) สนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ใน ๑๙ จังหวัด และกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับการสนับสนุนโครงการบูรณาการการทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อพัฒนาและเสริมความเข้มแข็งของกลไกขับเคลื่อนระดับจังหวัดที่จะหนุนเสริมการประสานและ

^{๓๔} ตัวอย่างความรู้จากการถอดบทเรียนเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดเพื่อใช้ในการขยายผล การประมวลความรู้เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ระดับประเทศในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ความรู้เพื่อสนับสนุนการประยุกต์ใช้เครื่องมือ Strategic Environmental Assessment (SEA) เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาพื้นที่ขนาดใหญ่ที่อาจส่งผลกระทบต่อประชาชน และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น





เชื่อมโยงการทำงานในระดับอำเภอและตำบล รวมถึงสนับสนุนการจัดการความรู้ระหว่างกัน โดยเน้นพัฒนากระบวนการติดตามประเมินภายในที่เข้มข้นมากขึ้น และพัฒนาศักยภาพบางด้านที่จำเป็นให้กับกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในแต่ละจังหวัด

นอกจากนี้ จะทำงานร่วมกับหน่วยงานและภาคีหลัก หาแนวทางในภาพรวม เพื่อสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในทุกจังหวัด

- (๒) จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนการบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นประจำทุกเดือน ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานและภาคส่วนหลักที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการทำงานหนุนเสริมกันและกัน รวมถึงสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการระดับชาติ ตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ซึ่งในขณะจัดทำแผนนี้ ยังอยู่ระหว่างการเตรียมเสนอต่อ ครม.) เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกระดับชาติที่มีบทบาทหน้าที่ในเรื่องนี้ให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- (๓) ติดตามสนับสนุนการขับเคลื่อนงานใน ๓ จังหวัดนำร่อง ที่นำ “คู่มือการดำเนินงาน ๑๐ มาตรการ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่มีประสิทธิภาพ ในระดับจังหวัด” ตามยุทธศาสตร์การมุ่งสู่การยุติเอดส์ ไปขับเคลื่อนให้เกิดผลได้จริง เพื่อนำไปสู่การขยายผล
- (๔) ร่วมกับแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาและภาคีที่เกี่ยวข้อง ประเมินผลจากการทำงานร่วมกัน ในการสื่อสารรณรงค์เรื่อง “โอกาสทองคุยเรื่องเพศกับลูก” และวิเคราะห์แนวทางการขับเคลื่อนงานสื่อสารรณรงค์ในระยะต่อไป เพื่อสร้างบรรยากาศที่เอื้อให้คนทุกกลุ่มในสังคม ได้เปิดโอกาสให้ตนเองและคนรอบข้าง เรียนรู้เรื่องการมีพฤติกรรมทางเพศที่เป็นสุขและปลอดภัย และนำไปสู่การปรับฐานคิดเรื่องเพศเชิงบวกในระยะยาว

๒. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

- (๑) ทำงานร่วมกับนักวิชาการและผู้บริหารของกรมสุขภาพจิต รวมถึงนักวิชาการและตัวแทนจากหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะจากภาคส่วนอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข ในการสังเคราะห์ความรู้ และแนวทางขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตของคนไทย โดยมีกลไกระดับชาติเป็นเจ้าภาพ และมีภาคีหลักทั้งในและนอกภาคสุขภาพ เข้าร่วมสนับสนุนและร่วมขับเคลื่อน
- (๒) นำชุดความรู้ เครื่องมือ และทุนต่างๆ ที่แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิตมีอยู่เดิม ไปบูรณาการและพัฒนาการทำงานร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส. เพื่อสนับสนุนการเพิ่มมิติด้านสุขภาพจิตให้กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

๓. กลุ่มแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาวะ

- (๑) สนับสนุนภาคีภาควิชาการ เครือข่ายภาคประชาสังคม และตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้และวางแนวทางขับเคลื่อนการปฏิรูประบบประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม
- (๒) ทำงานร่วมกับสถาบันวิชาการด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางพัฒนาเครื่องมือประเมินสิ่งแวดล้อมเชิงยุทธศาสตร์ สำหรับใช้กำหนดทิศทางการพัฒนาระยะยาวของพื้นที่ระดับภาค
- (๓) สนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการผลักดันกฎหมายหรือมาตรการสำคัญเร่งด่วนด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ ร่างพระราชบัญญัติการรายงานข้อมูลการปล่อยมลพิษและการเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ การแก้ไขพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ รวมถึงส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายหรือมาตรการต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ
- (๔) ทำงานร่วมกับภาคีในการออกแบบการพัฒนาศักยภาพคนทำงานรุ่นใหม่ด้านสิ่งแวดล้อม

๔. กลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

- (๑) สนับสนุนการปฏิรูประบบการคุ้มครองผู้บริโภค ตามพิมพ์เขียวทิศทางการปฏิรูปเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบคุ้มครองผู้บริโภค ตามที่คณะกรรมการปฏิรูประบบคุ้มครองผู้บริโภค สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติได้จัดทำไว้แล้ว โดยมีกรอบการปฏิรูปใน ๔ ด้าน คือ (๑) บูรณาการการทำงานในระบบคุ้มครองผู้บริโภคภาครัฐ (๒) การมีองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็ง (๓) การมีระบบชดเชยความเสียหายและระบบร้องเรียนร้องทุกข์ ที่สามารถช่วยเหลือผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายได้อย่างรวดเร็ว และ (๔) พัฒนาระบบกำกับดูแลความปลอดภัยของสินค้าและบริการที่เท่าทันต่อเทคโนโลยีและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว
- (๒) พัฒนาศักยภาพองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน พัฒนาศักยภาพท้องถิ่นในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และพัฒนาแกนนำคนรุ่นใหม่ในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภค
- (๓) พัฒนาเครือข่ายนักวิชาการในการรวบรวม สร้างและจัดการความรู้ และทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาระบบประกันด้านความปลอดภัยของสินค้าและบริการที่เป็นมาตรฐาน โดยใช้หลักการป้องกันล่วงหน้า (precautionary principle) ในการกำหนดมาตรฐานที่จำเป็นและเหมาะสม





- (๕) จัดให้มีการสังเคราะห์ความรู้เพื่อใช้ในกระบวนการหรือ การพัฒนากลไกการทำงานตามแบบแผนของแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และแผนงานการเฝ้าระวังระบบยาให้เป็นสถาบันวิชาการที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังและจัดการความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและระบบยา โดยทำงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะมีส่วนช่วยเสริมสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภคในภาครัฐและภาคประชาชนให้มีความเข้มแข็ง

๕. กลุ่มแผนงานการพัฒนาโครงการ การจัดการความรู้และการสื่อสารสังคม

- (๑) จัดประชุมหารือ รวมถึงจัดจ้างนักวิชาการเพื่อศึกษาทบทวนข้อมูล ชุดความรู้ เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาข้อเสนอโครงการ ที่ตอบสนองเป้าหมายและตัวชี้วัดของแผน
- (๒) สร้างความร่วมมือและเป็นเจ้าภาพร่วม กับภาคีหลักหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดประชุม จัดแถลงข่าว หรือจัดกิจกรรมอื่นๆ เพื่อสื่อสารสังคมในประเด็นที่เชื่อมโยงและหนุนเสริมการดำเนินงานของแผน เช่น การจัดประชุมระดับชาติเรื่องสุขภาวะทางเพศ การจัดแถลงข่าวร่วมกับหน่วยงานหรือภาคี
- (๓) พัฒนาศักยภาพและส่งเสริมการดำเนินงานของภาคีและเครือข่าย โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการหรือจัดกระบวนการ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงาน การสังเคราะห์ความรู้และถอดบทเรียน
- (๔) พัฒนาแนวคิดและสร้างความเข้าใจทิศทางการดำเนินงานร่วมกับภาคีอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับการดำเนินงาน เช่น การนำชุดความรู้ที่มีในแผนงานที่ดูแล พัฒนาเป็นสื่อการเรียนรู้เผยแพร่ผ่านช่องทางต่างๆ
- (๕) บริหารจัดการการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุนติดตามและให้คำปรึกษาแก่ภาคี เช่น การลงพื้นที่ศึกษาติดตามผลการดำเนินงานร่วมกับผู้แทนหน่วยงานหรือภาคีที่เกี่ยวข้อง การจัดให้คณะกรรมการบริหารแผนได้ลงศึกษาติดตามการดำเนินงานของภาคีในพื้นที่

ภาคีหลัก

กลุ่มภาคีที่ร่วมกับ สสส. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนงานต่างๆ ได้แก่ กรมสุขภาพจิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) มูลนิธิแพธทูเฮลท์ มูลนิธิสถาบันธรรมรัฐเพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม มูลนิธิบูรณะนิเวศ สมาคมสถาบันอาชีวศึกษาเอกชน ภาคีแผนอื่นๆ ของ สสส.ที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มภาคีหน่วยงานรัฐ ที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับประเด็นปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในแผน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (โดยเฉพาะกรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อย.) กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงอุตสาหกรรม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)

กลุ่มภาคียุทธศาสตร์ ที่มีบทบาทด้านการเสนอนโยบาย ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันการศึกษา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สป.) สถาบันผู้แทนราษฎร วุฒิสภา และสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

กลุ่มภาคีด้านสื่อสารมวลชน เพื่อสนับสนุนการรณรงค์สื่อ สร้างความเข้าใจในประเด็นขับเคลื่อนทางนโยบายต่างๆ

กลุ่มภาคีที่เข้าร่วมหรือสนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ในส่วนภูมิภาค ได้แก่ หน่วยงานด้านสุขภาพ หน่วยงานด้านการศึกษา สถาบันระดับอุดมศึกษา ภาคประชาสังคม และ อปท. ทุกระดับ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ	๒๘
๒. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต	๒๐
๓. กลุ่มแผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาวะ	๑๕
๔. กลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา	๑๒๕
๕. กลุ่มแผนงานการพัฒนาโครงการ การจัดการความรู้และการสื่อสารสังคม	๑๒
รวม	๒๐๐



๕

แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ

สถานการณ์และแนวโน้ม

งานวิจัยไวท์ฮอลล์ในช่วงปี ค.ศ. ๑๙๗๘ - ๑๙๘๔ โดย ไมเคิล มาร์ม็อต ที่ศึกษาจากกลุ่มข้าราชการพลเรือน ผู้ชายของอังกฤษจำนวน ๑๗,๐๐๐ คน พบว่าคนทำงานระดับล่างสุดมีอัตราการตายมากกว่าคนทำงานระดับบนสุด ๔ เท่า และเมื่อตำแหน่งสูงขึ้น สุขภาพก็ดีขึ้น นั่นคือ เหตุปัจจัยในการทำงานแม้จะทำให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพครอบคลุมตั้งแต่ระดับบนสุดถึงล่างสุด เช่น ความเครียด หรือโรคหัวใจ แต่หากอยู่ในตำแหน่งต่ำสุด ก็จะเครียดมากกว่า มีอัตราการเป็นโรคหัวใจมากกว่า ฯลฯ

แนวคิดเรื่องปัจจัยในการใช้ชีวิตและการทำงานส่งผลกระทบต่อสุขภาพ นำไปสู่การแต่งตั้งคณะกรรมการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลก ซึ่งได้ข้อสรุปว่า ในช่วงชีวิตของมนุษย์ เริ่มตั้งแต่เกิด เติบโต เรียนหนังสือ ทำงาน แก่ และตาย ล้วนได้รับผลกระทบจากความเหลื่อมล้ำในการกระจายอำนาจ ความมั่งคั่ง และทรัพยากร และนำไปสู่ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ หรือกล่าวโดยสั้น **ความไม่เป็นธรรมทางสังคมคือสาเหตุหลักของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพนั่นเอง**

ในปี ๒๕๕๒ สมัชชาอนามัยโลกได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ และมีมติให้ประเทศสมาชิกจัดช่องว่างความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพดังกล่าวด้วยปฏิบัติการผ่านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ภายในเวลาหนึ่งชั่วอายุคน

ประชากรชายขอบถือว่าเป็นกลุ่มเปราะบางและมีปัจจัยเสี่ยงที่แสดงให้เห็นอาการของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพได้รุนแรงและชัดเจนกว่ากลุ่มประชากรอื่น เป็นต้นว่า คนป่วยทางจิตเวชมีอายุขัยสั้นกว่าคนทั่วไปราว ๑๐ - ๒๐ ปี คนไร้บ้านมีสุขอนามัยในระดับต่ำและมีอัตราป่วยทางจิตเวชสูงกว่าคนทั่วไป ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเป็นคนพิการมากกว่าคนกลุ่มอื่น คนงานที่มีรายได้น้อยอย่างกลุ่มแรงงานนอกระบบเข้าถึงระบบประกันสังคมได้น้อยกว่าแรงงานในระบบ และเข้าถึงได้เพียง ๑.๖ ล้านคนจากจำนวนราว ๒๒ ล้านคน ผู้หญิงมีรายได้และเข้าถึงตลาดงานน้อยกว่าผู้ชาย กลุ่มผู้ต้องขังหญิงเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ต้องคลอดและเลี้ยงลูกในเรือนจำ ฯลฯ ปรากฏการณ์ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพที่ปรากฏในสังคมผ่านกลุ่มคนชายขอบจึงเป็นตัวชี้วัดที่ชัดเจนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างของสังคมโดยรวม





ด้วยเหตุนี้ การทำงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้างหรือปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจึงไม่ใช่เป็นเพียงการบรรเทาทุกข์ให้กลุ่มประชากรชายขอบหรือคนบางกลุ่มเท่านั้น หากเป็นการลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้างของสังคมโดยรวม เพราะโครงสร้างความเหลื่อมล้ำนั้นไม่ได้กระทำต่อกลุ่มประชากรชายขอบเพียงกลุ่มเดียว หากครอบคลุมถึงกลุ่มประชากรทุกกลุ่มในสังคม

แม้ว่ากลุ่มคนชายขอบจะมีความหลากหลาย แต่ก็ประสบสถานการณ์ปัญหาที่ทำทลายร่วมกัน ดังนี้ (๑) ไร้ตัวตน ถูกมองข้าม (๒) ถูกผลักภาระ (๓) มีความเสี่ยงสูง (๔) ถูกกีดกันออกจากรายนโยบาย และ (๕) มีจิตสำนึกจำยอมหรือยอมจำนน

เมื่อประกอบกับบริบทแวดล้อมทางสังคม ซึ่งมีความคิดกระแสหลักว่าด้วยเสรีนิยมใหม่ ชาติ ความมั่นคงของรัฐ ยิ่งนำมาสู่การเลือกปฏิบัติ ที่ส่งผลต่อกลุ่มคนชายขอบมากขึ้น และความขัดแย้งทางการเมืองแบบแยกขั้ว ก็เป็นอุปสรรคอย่างยิ่งต่อการกระบวนการสร้างความร่วมมือ

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

แม้ว่า สสส. จะกำหนดให้ทุกแผนหลักดำเนินงานโดยคำนึงถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำ แต่ก็มีคามจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับ “ประชากรกลุ่มเฉพาะ” ได้แก่ ประชากรบางกลุ่มที่มีทั้งความเปราะบาง (vulnerability) มีความเสี่ยง (risk) หรือต้องการกระบวนการพิเศษในการเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพ สุขภาวะ อันถือเป็นปัจจัยส่งผ่านสังคมกำหนดสุขภาพ (intermediary determinants) ที่ทำให้สูญเสียสุขภาพเข้าไม่ถึงบริการ และไม่ได้รับประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายในภาพรวม การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ จึงต้องมีการทำงานผ่านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในระดับต่างๆ

สรุปสถานการณ์ปัญหาประชากรกลุ่มเฉพาะที่แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะดำเนินการในปัจจุบันได้ดังนี้

สถานการณ์ผู้สูงอายุ

ข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุในปี ๒๕๕๙^{๓๔} มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๐,๗๗๔,๗๐๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๕ ซึ่งคาดว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ในปี ๒๕๖๔ คือ อีก ๕ ปีข้างหน้า ประชากรสูงอายุจะมีถึง ๑ ใน ๕ และเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) และในอีก ๑๙ ปี (พ.ศ. ๒๕๗๘) โดยประมาณการว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ ๓๐

^{๓๔} สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. มิเตอร์ประเทศไทย, [ออนไลน์], สืบค้นจาก <http://www.thailandometers.mahidol.ac.th/> (วันที่สืบค้น ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๙)

ของจำนวนประชากรทั้งหมด^{๔๐} ส่งผลให้ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ซึ่งโครงสร้างอายุของประชากรที่เปลี่ยนไปนี้ เทียบกับการเปลี่ยนโครงสร้างของสังคมไทยโดยรวมด้วย ทั้งนี้เมื่อจำแนกประเภทผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น ร้อยละ ๗๙.๕ โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ ๖๐ - ๖๙ ปี มีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งผู้อื่นในบางกิจกรรมของกิจวัตรประจำวันร้อยละ ๑๔.๐ โดยส่วนใหญ่อยู่ในวัยมากกว่า ๗๐ ปี และมีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งผู้อื่นทั้งหมดร้อยละ ๑.๕ โดยส่วนใหญ่อยู่ในวัยมากกว่า ๘๐ ปี^{๔๑} ซึ่งผู้สูงอายุในช่วงวัยปลายหรืออายุตั้งแต่ ๘๐ ปีขึ้นไปนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงน่าจะสะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ^{๔๒} รวมทั้งการที่อายุยืนยาวขึ้นกลับตามมาด้วยการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยาวนานขึ้น และโอกาสที่จะอยู่ในภาวะพึ่งพิงอันเนื่องมาจากการทุพพลภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในปี ๒๕๕๗ มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวลำพังร้อยละ ๘.๗ และร้อยละ ๑๘.๘ อยู่ลำพังกับคู่สมรส ซึ่งทั้ง ๒ กลุ่มจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความเปราะบางต่อปัญหาต่างๆ

ประเทศไทยเคยมีประชากรวัยแรงงานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและถึงจุดสูงสุดเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๓ (จำนวนประมาณ ๔๐ ล้านคน) แต่จากนั้นเป็นต้นมาจะมีสัดส่วนที่ลดลงตามลำดับ ซึ่งอีกไม่เกิน ๑๕ ปี ประชากรไทยจะเริ่มเข้าสู่เข้าสู่รูปแบบที่วัยแรงงานต้องรับภาระการเลี้ยงดูกลุ่มประชากรผู้สูงอายุและเด็กมากขึ้นเรื่อยๆ จากปัจจุบันที่มีสัดส่วนประชากรวัยทำงานประมาณ ๔.๕ คนต่อการดูแลผู้สูงอายุ ๑ คน และประชากรวัยเด็กอีก ๑ คน (๔:๑:๑) เป็น สัดส่วนประชากรวัยทำงานประมาณ ๒ คนต่อการดูแลผู้สูงอายุ ๑ คน และประชากรวัยเด็กอีก ๑ คน (๒:๑:๑) ทำให้ครอบครัวในปัจจุบันและครอบครัวใหม่ในอนาคต จะต้องประสบกับปัญหาความเครียดจากภาระค่าครองชีพและภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลคนในครอบครัวที่เพิ่มขึ้น^{๔๓} นับได้ว่าจากนี้ไปสังคมไทยกำลังอยู่ในสภาวะการณ์ที่มีผู้สูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจะส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ อีกทั้งจะมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นของทั้งระดับภาครัฐและครัวเรือนในเรื่องสวัสดิการ และสุขภาพอนามัย

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่พบยังคงเป็นประเด็นด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ ซึ่งในด้านสุขภาพ^{๔๔} จากผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี ๒๕๕๖^{๔๕} พบว่าผู้สูงอายुर้อยละ ๔๕ มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคมได้ หากแต่การมีโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีภาวะลูกหลานแทรกซ้อนอาจทำให้สมรรถนะในการปฏิบัติการกิจชีวิตประจำวันลดลง หรืออาจจะ

^{๔๐} มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. ๒๕๕๘. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๗. บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)

^{๔๑} สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒.

^{๔๒} วิพรรณ ประจวบเหมาะและชลธิชา อัศวรินทร์. ๒๕๕๓. “ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ: ศึกษาจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓” ในสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓, ๘๗ - ๙๘.

^{๔๓} คณะกรรมการปฏิรูประบบบำนาญเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. ๒๕๕๘. รายงานข้อเสนอปฏิรูประบบบำนาญเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ. สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

^{๔๔} วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, (๒๕๕๖), รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๕, สถานที่พิมพ์: โรงพิมพ์ บริษัท เอสเอสพลัส มีเดีย จำกัด, นนทบุรี.

^{๔๕} โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAPP). ๒๕๕๖.

การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี ๒๕๕๖





ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และแนวโน้มมีความรุนแรงสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น โดยโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ ๔๑ เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ร้อยละ ๑๘ โรคข้อเสื่อมร้อยละ ๙ นอกจากนี้ การสำรวจในปี ๒๕๕๖ นี้ยังบ่งชี้ว่า ในด้านงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในประชากรก่อนที่จะมีปัญหาโรคเรื้อรังดังกล่าวจนเป็นเหตุให้เกิดภาวะพึ่งพิงนั้น มีการเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคอยู่ในระดับไม่สูงนัก เช่น ผู้สูงอายุร้อยละ ๕๖.๗ ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน ร้อยละ ๓๑ การตรวจการได้ยินร้อยละ ๓๐ การตรวจการมองเห็นร้อยละ ๔๖ การคัดกรองผู้ที่มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ ๒๘ การประเมินความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมร้อยละ ๑๒ การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมร้อยละ ๑๓ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันร้อยละ ๒๒ - ๔๗ การได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปร้อยละ ๔๐ เป็นต้น นอกจากนี้ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยคาดการณ์ว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมอยู่ที่ ๒๒๙,๐๐๐ คน และในอีก ๒๐ ปี ข้างหน้าจะเพิ่มเป็นกว่า ๔๕๐,๐๐๐ คน และเพิ่มสูงมากกว่า ๑ ล้านคนในปี ๒๕๙๓ หรืออีกเพียง ๔๐ ปีข้างหน้า ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนี้สูญเสียความคิด ความจำ และความสามารถในการทำงานการตัดสินใจต่างๆ แล้ว ยังนำมาสู่ปัญหาภาระค่าใช้จ่ายที่สูงมาก รวมถึงผลกระทบต่อครอบครัวทั้งภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลและสภาพจิตใจอีกด้วย

ในด้านเศรษฐกิจ พบว่าในปี ๒๕๕๗ มีผู้สูงอายุร้อยละ ๓๔.๓ ยังคงเป็นผู้สูงอายุที่ยากจนซึ่งมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน โดยผู้สูงอายุร้อยละ ๓๓.๙ ยังคงทำงาน ในขณะที่แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ ๓๖.๗ มาจากบุตร ซึ่งแนวโน้มรายได้หลักของผู้สูงอายุจากบุตรมีแนวโน้มลดลง ขณะที่รายได้จากการทำงานของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่าผู้สูงอายุในวัยต้นช่วงอายุ ๖๐ - ๖๔ ปี ร้อยละ ๕๙.๒ ยังคงทำงานอยู่ส่วนอัตราความครอบคลุมของการมีหลักประกันรายได้ของคนไทย^{๖๖} วัย ๓๐ - ๕๙ ปี ในปัจจุบันอยู่ที่เพียงร้อยละ ๒๖.๓ ส่วนใหญ่ของแรงงานนอกระบบกว่า ๒๔ ล้านคนไม่มีหลักประกันรายได้กรณีชราภาพ ซึ่งมีประมาณ ๑.๖ ล้านคนที่เข้าร่วมประกันสังคมตามมาตรา ๔๐ (ประกันโดยสมัครใจ) (ข้อมูล ณ เดือนมกราคม ๒๕๕๗) อย่างไรก็ตาม แม้ผู้สูงอายุจะมีสิทธิประโยชน์ชราภาพ หรือเบี้ยยังชีพชราภาพ ก็อาจไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ เพราะผู้สูงอายุในอนาคตมีความเสี่ยงที่จะไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัว จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมการออมควบคู่กับการได้รับสวัสดิการสังคม เช่น ระบบเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รวมถึงส่งเสริมการทำงานเพื่อมีรายได้เสริมสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางรายได้เพื่อสามารถดำเนินชีวิตในช่วงสูงวัยได้อย่างพอเพียง ทั้งนี้จากการบังคับใช้พระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔ ที่ได้เริ่มดำเนินการรับสมัครสมาชิกกองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.) ในปี ๒๕๕๕ ซึ่งมีผู้เป็นสมาชิก กอช. แล้ว ๔๒๓,๐๐๐ ราย จะส่งผลให้แรงงานนอกระบบมีการออมเพื่อความมั่นคงทางรายได้ยามสูงวัยเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามเนื่องจากการออมภาคสมัครใจ ดังนั้นคงจะยังมีประชากรอีกจำนวนมากที่ยังเข้าไม่ถึงเครื่องมือ/กลไกการออมนี้ ตลอดจนการออมเพียงขั้นต่ำคงจะมีคำถามเรื่องความเพียงพอที่จะรองรับการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันตลอดจนการดูแลสุขภาพจนถึงวันสุดท้ายของชีวิต

^{๖๖} วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. รายงานการประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ (๒๕๔๕ - ๒๕๕๖) ระยะที่ ๒, [ออนไลน์], สืบค้นจาก: http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_๓๐๙.pdf. (วันที่ค้นข้อมูล: ๑๗ เมษายน ๒๕๕๗).

นอกจากนี้ ยังมีปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมถึงการพัฒนาระบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไข เช่น การพัฒนากฎระเบียบที่เอื้อต่อการดำเนินงานและใช้งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การพัฒนาศักยภาพกำลังคนในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในชุมชนท้องถิ่น รวมถึงยังขาดกลไกที่มีประสิทธิภาพในการเชื่อมโยงและบูรณาการการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของหน่วยงานต่างๆ เกี่ยวข้อง ในขณะเดียวกันในพื้นที่เขตเมือง เช่น พื้นที่กรุงเทพมหานคร หรือเมืองใหญ่ๆ ในส่วนภูมิภาคแม้ว่าจะมีการพัฒนาระบบสาธารณสุขูปโภคพื้นฐานต่างๆ อย่างต่อเนื่อง แต่กลับพบว่ายังขาดกลไกในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเมืองที่มีประสิทธิภาพ

สถานการณ์คนพิการ

จำนวนคนพิการจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ^{๓๗} ในปี ๒๕๕๕ คือ ๑,๔๗๔,๐๙๖ คน ในขณะที่ฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ^{๓๘} ระบุว่ามีคนพิการที่มีชีวิตอยู่ ๑,๕๖๘,๘๔๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๓๘ ของประชากรทั้งประเทศ และมีการคาดการณ์ว่ายังมีคนพิการที่ไม่ได้ลงทะเบียนอีกมากกว่า ๓ แสนคน รวมมีคนพิการทั้งสิ้นประมาณ ๑.๙ ล้านคน ในจำนวนนี้ร้อยละ ๔๘.๐๗ เป็นผู้พิการประเภททางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว รองลงมาเป็นคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายทางการเห็น ทางสติปัญญา ทางจิตหรือพฤติกรรมออทิสติก และทางการเรียนรู้ ร้อยละ ๑๗.๗๘ ๑๐.๗๕ ๗.๒๒ ๗.๑๘ ๐.๕๑ และ ๐.๔๓ ตามลำดับ นอกจากนี้มีคนพิการที่พิการมากกว่า ๑ ประเภท คิดเป็นร้อยละ ๖.๔๕ และไม่ระบุประเภทความพิการคิดเป็นร้อยละ ๑.๑๑ เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุพบว่ามีคนพิการในวัยสูงอายุ (อายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป) มากที่สุดถึงร้อยละ ๔๙.๐๘ รองลงมาเป็นวัยทำงาน (อายุ ๑๕ - ๖๐ ปี) คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๘๒ และวัยเด็ก (อายุ ๐ - ๑๔ ปี) คิดเป็นร้อยละ ๓.๑

ปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตคนพิการที่สำคัญ ได้แก่ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และพระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งพระราชบัญญัติทั้ง ๓ ฉบับกำหนดกรอบสิทธิประโยชน์การคุ้มครองและการสนับสนุนที่คนพิการพึงได้รับ ซึ่งรวมถึงเรื่องการศึกษา การทำงาน การรักษาพยาบาล การได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือ ฯลฯ

^{๓๗} สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (๒๕๕๖). รายงานการสำรวจคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๕.

^{๓๘} ศูนย์ข้อมูลคนพิการและเทคโนโลยีสารสนเทศ, รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทยประจำเดือนมีนาคม ๒๕๕๙ ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ เดือนมีนาคม ๒๕๕๙, <http://dep.go.th/th/news/รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทยประจำเดือนมีนาคม ๒๕๕๙>, (สืบค้นเมื่อ ๙ มิถุนายน ๒๕๕๙)





อย่างไรก็ดี จากการติดตามการเข้าถึงสิทธิของคนพิการ^{๕๕} พบว่าคนพิการรับรู้สิทธิตามพระราชบัญญัติสำคัญคิดเป็นร้อยละ ๕๐ - ๗๐ กล่าวคือ รับรู้สิทธิพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร้อยละ ๕๐ (ผู้ดูแลคนพิการก็รับรู้ในสัดส่วนเดียวกัน) รับรู้สิทธิพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ร้อยละ ๖๐ และรับรู้สิทธิในพระราชบัญญัติการจัดการศึกษาร้อยละ ๗๐ เมื่อถูกละเมิดสิทธิมี คนพิการเพียง ๑ ใน ๒ ที่สามารถร้องเรียนเรื่องสิทธิที่ถูกละเมิดได้ ส่วนคนพิการที่ไม่สามารถร้องเรียนนั้นเกิดจาก ไม่มีผู้ให้คำปรึกษา และไม่ทราบว่าควรร้องเรียนหน่วยงานใด

สิ่งอำนวยความสะดวกและการปรับสภาพแวดล้อม คนพิการเพียงร้อยละ ๒๘.๖ ได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือ อีกร้อยละ ๗๑.๔ ไม่ได้รับ และมีคนพิการถึงร้อยละ ๗๐ ไม่ได้รับการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตเพราะเชื่อว่าดูแล ตัวเองหรือฝึกเองได้

การรวมกลุ่มคนพิการเป็นประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีความเข้มแข็งด้านการรวมกลุ่มมีสมาคมคนพิการทุกประเภท แห่งประเทศไทย สมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย และองค์กรตัวแทนคนพิการสำหรับคนพิการประเภทต่างๆ ซึ่งได้รับการอุดหนุนจากภาครัฐ แต่ปัจจุบันสมาคมคนพิการประเภทต่างๆ มีความเข้มแข็งแตกต่างกัน สามารถ เข้าถึงทรัพยากรและการสนับสนุนจากรัฐไม่เท่ากัน เป็นที่มาของปัญหาความไม่เป็นธรรมอีกประเภทหนึ่ง

ปัญหาการเข้าถึงการศึกษาเป็นต้นทางของข้อจำกัดอื่นๆ ในชีวิต คนพิการร้อยละ ๕๗.๖ มีการศึกษาต่ำกว่า ประถมศึกษา ร้อยละ ๒๒.๔ ไม่ได้รับการศึกษา เพียงร้อยละ ๒๐ ของคนพิการสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือสูงกว่า ปัจจุบันแม้จะมีกรอบนโยบาย แต่ยังไม่สามารถจัดการศึกษาเพื่อคนพิการอย่างเป็นระบบและครบถ้วน ผลสืบเนื่องที่สำคัญคือ สามในสี่ (ร้อยละ ๗๔.๓) ของคนพิการไม่ได้ทำงาน

การประกอบอาชีพคนพิการ จากข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทยประจำเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พบว่ามีคนพิการที่อยู่ในวัยแรงงาน (อายุ ๑๕ - ๖๐ ปี) จำนวน ๗๔๘,๙๔๑ คน แบ่งเป็นคนพิการที่ประกอบอาชีพ ๒๑๓,๘๙๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๕๖ คนพิการ ที่สามารถประกอบอาชีพได้ ที่ยังคงไม่ได้ประกอบอาชีพ ๓๙๗,๘๐๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๑๑ และคนพิการ ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เนื่องจากพิการมากช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำนวน ๑๓๗,๒๔๕ คน คิดเป็น ร้อยละ ๑๘.๓๓ ในส่วนการประกอบอาชีพของคนพิการ ส่วนใหญ่แบ่งเป็น รับจ้างทั่วไป เกษตรกรรม ประกอบ กิจการส่วนตัว/ธุรกิจอิสระ อาชีพอื่นๆ ลูกจ้างภาคเอกชน และราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๑๗ ๓๕.๙๐ ๑๑.๔๙ ๖.๖๖ ๖.๓๖ และ ๑.๔๒ ตามลำดับ

ช่องว่างและความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ คนพิการได้รับสิทธิในการประกอบอาชีพในระบบตามมาตรา ๒๐ และมาตรา ๓๓ - ๓๕ ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ แต่ด้วยข้อจำกัด ด้านสุขภาพ ทักษะคติของครอบครัวและคนพิการ สิ่งอำนวยความสะดวกในการเดินทางที่ไม่เอื้ออำนวย ทำให้

^{๕๕} ดร.พรธิดา วิเศษศิลปานนท์และคณะ. รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์โครงการการติดตามการเข้าถึงสิทธิของคนพิการและการพัฒนารูปแบบ ระบบสวัสดิการที่ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิของคนพิการ. ๒๕๕๖. <http://nep.go.th/th/publishdocument>, สืบค้นเมื่อ ๕ เมษายน ๒๕๕๗.

๓ ใน ๔ ของคนพิการที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่มีอาชีพและรายได้อื่น นอกจากได้รับเบี้ยความพิการเดือนละ ๘๐๐ บาท ส่วนคนพิการที่มืงานทำจะมีรายได้เฉลี่ยเพียง ๒ ใน ๓ ของคนธรรมดาเท่านั้น ซึ่งค่าตอบแทนที่ได้ เทียบเท่าแรงงานไร้ฝีมือโดยเฉลี่ยเดือนละประมาณ ๗,๐๐๐ - ๙,๐๐๐ บาท ซึ่งไม่เพียงพอสำหรับรายจ่ายกรณี จุกเงินหรือจำเป็น และการออมเพื่ออนาคต

จากข้อมูลการจ้างงานคนพิการ และการส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ที่รวบรวมโดยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พก.) ณ วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๘ มีสถานประกอบการทั้งสิ้น ๑๒,๗๗๖ แห่ง มีการจ้างงานคนพิการตามมาตรา ๓๓ จำนวน ๒๘,๕๑๔ คน ปฏิบัติ ตามมาตรา ๓๕ จำนวน ๖,๐๕๔ คน และมีการส่งเงินเข้ากองทุนตามมาตรา ๓๔ เป็นเงิน ๒,๓๑๖,๖๐๗,๔๖๒.๘๗ บาท

แม้หลายองค์กรดำเนินงานการพัฒนาคนพิการ ทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรภาคสังคม องค์กรเพื่อ คนพิการที่สนับสนุนการพัฒนาการศึกษา อาชีพ รายได้ และการดำรงชีวิต การเคลื่อนงานเครือข่ายคนพิการ แต่มีจุดอ่อนคือ ขาดฐานข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางการแปลงแนวนโยบายไปสู่การปฏิบัติการทั้งในระดับชาติ ภูมิภาค และท้องถิ่น ขาดการประสานงานและการเคลื่อนงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และขาดทัศนคติ และแนวคิดการพัฒนาคนพิการเชิงบวก บุคลากรภาครัฐส่วนใหญ่และการขับเคลื่อนงานของหน่วยงานภาครัฐ ยังดำเนินงานตามแนวคิดเชิงสงเคราะห์มากกว่าเชิงรุก ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพด้านอาชีพ และการศึกษาของ คนพิการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจ ตลอดจนเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพแบบองค์รวมด้วยการ มีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรภาคสังคม เครือข่ายคนพิการ และองค์กรเพื่อคนพิการ ผ่านการแปลง แนวนโยบายไปสู่การปฏิบัติการทั้งในระดับชาติ ภูมิภาค และท้องถิ่นจึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญยิ่ง

สถานการณ์มุสลิมไทย

การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรมปี ๒๕๕๗ พบว่าประชากรไทยอายุ ๑๓ ปีขึ้นไปที่นับถือศาสนา อิสลามมีจำนวน ๒.๓๔ ล้านคน (ร้อยละ ๔.๒)^{๔๐} โดยส่วนใหญ่กว่าร้อยละ ๗๐ อาศัยอยู่ในภาคใต้ โดยเฉพาะ ภาคใต้ตอนล่าง และในจังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส โดยมุสลิมไทยในแต่ละพื้นที่ มีภูมิหลังทางด้านชาติพันธุ์และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ในช่วงที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพชีวิตของมุสลิมไทย ที่วัดด้วยดัชนีหลายดัชนีดีด้อยกว่าประชากรไทยโดยเฉลี่ยในประเด็นหลัก คือ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ สังคม และการศึกษา รวมถึงปัญหาสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ด้านสุขภาพ ตัวบ่งชี้ภาพรวมของปัญหาสุขภาพของมุสลิมไทยคือ อายุมัธยฐานซึ่งเท่ากับ ๒๗.๐ ปี ซึ่งน้อยกว่าอายุมัธยฐานของคนไทยทั่วไปคือ ๒๙.๒ ปี (สำมะโนประชากรและเคหะ ๒๕๔๓ เนื่องจากไม่มีข้อมูล ในปี ๒๕๕๓) ทั้งนี้ อายุมัธยฐานของมุสลิมไทยใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้น้อยกว่า (๒๕.๐ ปี)^{๔๑} โดยดัชนี

^{๔๐} สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสภาวะทางสังคมและสุขภาพจิต (ความสุข) ความสุขคนไทย พ.ศ. ๒๕๕๗. [ออนไลน์]. สืบค้นจาก : <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/soc-culFullReport๕๗.pdf>. (วันที่สืบค้น: ๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๙).

^{๔๑} แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย (เพื่อการพัฒนา), สำมะโนประชากรมุสลิมไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๓, มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย.





การพัฒนาคน ปี ๒๕๕๘^{๓๓} ระบุว่า จังหวัดยะลา และ นราธิวาส อยู่ในห้าจังหวัดที่มีความก้าวหน้าด้านสุขภาวน้อยที่สุดหรือล้าหลังมากที่สุด ส่วนงานวิจัยของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทยพบว่า มุสลิมออกกำลังกายและบริโภคผักและผลไม้มากกว่า และได้รับการตรวจยืนยันว่าเป็นโรคเบาหวานร้อยละ ๓.๓ ซึ่งถือว่าน้อยเมื่อเทียบกับร้อยละ ๔.๓ ของคนไทยทั่วไป แต่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๙.๙ สูงกว่าคนไทยโดยเฉลี่ยที่ร้อยละ ๙.๑^{๓๔} ด้านพฤติกรรมสุขภาพและการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในมุสลิมไทย พบว่ามุสลิมไทยมีอัตราการบริโภคยาสูบและค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคยาสูบ (๑๓๙.๐๐ บาท/ครัวเรือน) สูงกว่าประชากรทั่วไป (๑๑๑.๐๐ บาท/ครัวเรือน) แต่หากพิจารณาแนวโน้มระหว่างปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการบริโภคบุหรี่ของครัวเรือนมุสลิมไทยเพิ่มขึ้นเพียง ๑๗ บาท/เดือน ซึ่งน้อยกว่าครัวเรือนไทยโดยทั่วไป (เพิ่มขึ้น ๒๖ บาท/เดือน) นอกจากนี้ครัวเรือนมุสลิมไทยมีค่าใช้จ่ายในการบริโภคสุรณ้อยกว่าครัวเรือนไทยทั่วไปมาก แม้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖ เช่นเดียวกับครัวเรือนไทยโดยทั่วไป แต่การเพิ่มขึ้นน้อยกว่า (๙ บาท/เดือน) เมื่อเทียบกับ ๒๔ บาท/เดือน) ซึ่งปัจจัยสำคัญคือ คำสอนของศาสนาอิสลามซึ่งควบคุมการบริโภคสุราอย่างเข้มงวด^{๓๕} นอกจากนี้ข้อมูลจากการประเมินสถานการณ์การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ การเลิกสูบบุหรี่สำเร็จ และการสัมผัสควันบุหรี่มือสองที่บ้าน ในพื้นที่ ๔ จังหวัด และ ๔ อำเภอชายแดนใต้ในปี ๒๕๕๘^{๓๖} พบว่าจำนวนมีผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบปัจจุบันร้อยละ ๒๗.๖ ซึ่งถือว่ายังคงมีอัตราสูง ในขณะที่มีผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองที่บ้านร้อยละ ๔๓.๗ โดยในงานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นประชากรมุสลิมร้อยละ ๘๘.๘ ยังคงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโทษพิษภัยจากการสูบบุหรี่และควันบุหรี่มือสอง

ด้านเศรษฐกิจ ข้อมูลจากการสำรวจในปี ๒๕๕๖ ระบุว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมุสลิมไทย (๒๓,๐๑๔ บาท) ต่ำกว่าคนไทยทั่วไป (๒๓,๐๗๖ บาท) เล็กน้อย แต่พื้นที่ที่มีประชากรมุสลิมในสัดส่วนสูง ได้แก่ ปัตตานี และนราธิวาส สัดส่วนคนจนร้อยละ ๓๗.๔๔ และ ๓๕.๓๑ ตามลำดับ ในทำนองเดียวกันปัญหาความยากจนก็มีในประชากรมุสลิม (ร้อยละ ๑๙.๗๗) มากกว่าคนไทยทั่วไป (ร้อยละ ๑๐.๖๓) และปัญหาความยากจนของมุสลิมก็รุนแรงมากในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งของมุสลิมไทยอาศัยอยู่ นอกจากนี้ข้อมูลดัชนีความก้าวหน้าของคนปี ๒๕๕๘ ในตัวชี้วัดย่อยด้านชีวิตการทำงานและตัวชี้วัดด้านชีวิตการงาน ระบุว่า จังหวัดยะลา และปัตตานี อยู่ในห้าอันดับจังหวัดแรกที่มีความล้าหลังด้านชีวิตการงานมากที่สุด ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการมีชีวิตการทำงานที่ไม่ดีนำไปสู่การมีรายได้และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีนักเช่นกัน

ด้านการศึกษา เยาวชนมุสลิมไทยโดยเฉพาะในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ยังมีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาต่ำ เห็นได้จากคะแนนทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติขั้นพื้นฐาน หรือ O-Net ของนักเรียนในจังหวัดนราธิวาส ปัตตานี และยะลาอยู่ในอันดับรั้งท้ายของประเทศ ส่วนคะแนนผลการทดสอบมาตรฐานอิสลามศึกษา หรือ I-Net

^{๓๓} สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๕๘). ดัชนีความก้าวหน้าของคน ปี ๒๕๕๘

^{๓๔} ศุภวรรณ โมสินุทธ และคณะ. (๒๕๕๕). รายงานสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงโรคติดต่อกลุ่มประชากรมุสลิม ภายใต้การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคติดต่อ. รายงานวิจัยเสนอต่อแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย.

^{๓๕} กนกวรรณ ยีหวังเจริญ. (๒๕๕๗). งานวิจัยศึกษาเปรียบเทียบโครงสร้างรายได้และพฤติกรรมบริโภคของมุสลิมไทยปี ๒๕๔๙-๒๕๕๖.

^{๓๖} ดร.ชอฟียะห์ นิเมะ ศ.ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ และ รศ.ดร.พญ.สาวตรี อัสนางค์กรชัย (๒๕๕๘) การประเมินสถานการณ์การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ การเลิกสูบบุหรี่สำเร็จ และการสัมผัสควันบุหรี่มือสองที่บ้าน ในพื้นที่ ๔ จังหวัด และ ๔ อำเภอชายแดนใต้. สถาบันการจัดการระบบสุขภาพมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

คะแนนเฉลี่ยของทุกวิชาไม่ผ่านครึ่งหนึ่ง ยกเว้นวิชาเดียวคือวิชาจริยธรรมที่ได้คะแนนเกินครึ่ง^{๕๖} นอกจากนี้ดัชนีการพัฒนาด้าน ปี ๒๕๕๘ ในการประเมินความก้าวหน้าของคนด้านการศึกษาพบว่า นราธิวาส ปัตตานี และยะลา เป็นจังหวัดที่มีความล้าหลังด้านการศึกษามากที่สุด ๓ ลำดับแรกของประเทศ ทั้งนี้สาเหตุเกิดจากปัญหาการเข้าถึงการศึกษา ที่เกิดจากอุปสรรคทางเศรษฐกิจ และช่องว่างทางศาสนาและวัฒนธรรม ตลอดจนความจำเป็นที่เยาวชนต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นเพื่อศึกษาศาสนา และจริยธรรม เนื่องจากวิชาเหล่านี้ไม่ได้ถูกบูรณาการอยู่ในหลักสูตรอย่างชัดเจน จึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับลักษณะเฉพาะทางศาสนาและวัฒนธรรม โดยการพัฒนาตำราเรียนที่มีการบูรณาการหลักการทางศาสนาพร้อมกับวิชาสามัญ เพื่อลดภาระในการเรียน และมีโอกาสในการเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา รวมถึงเพิ่มเติมการสอนวิชาชีพ เพื่อให้มีโอกาและทักษะในการประกอบอาชีพอิสระต่างๆ หลังจบการศึกษา

สถานการณ์ประชากรไทยเพศหญิง

ข้อมูลประชากรของประเทศไทยปี ๒๕๕๘ (ณ เดือนธันวาคม ๒๕๕๘) พบว่า มีประชากรทั้งประเทศ ๖๕,๗๒๙,๐๙๘ คน แบ่งเป็นชาย ๓๒,๒๘๐,๘๘๖ คน และหญิง ๓๓,๔๔๘,๒๑๒ คน^{๕๗} แต่คาดการณ์ว่าแนวโน้มของประชากรไทยกำลังอยู่ในสภาพ “คงตัว”^{๕๘} แต่ความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงจะเพิ่มมากขึ้น โดยจำนวนประชากรเพศหญิงจะมีจำนวนรวมมากกว่าเพศชาย^{๕๙} อย่างไรก็ตามจำนวนประชากรเพศหญิงที่มีมากกว่าเพศชายไม่ได้หมายความว่าโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ เท่าเทียมกับเพศชาย และแม้ปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าในการจัดการศึกษา การแพทย์ สาธารณสุข วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในระดับทวิคูณกว่าโลกในศตวรรษที่แล้วอย่างมาก แต่หลายประเทศผู้หญิงยังคงไม่สามารถเข้าถึงความก้าวหน้าเหล่านี้โดยเฉพาะกลุ่มที่ถูกสังคมกีดกันเบียดขับออกไปในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ทั้งความยากจน ความพิการ ภาวะด้อยโอกาสทางสังคม และความเป็นอื่นทางวัฒนธรรม อาทิ กลุ่มชาติพันธุ์ส่วนน้อย และอื่นๆ ดังนั้นความไม่เท่าเทียมเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องเพศจึงยังคงปรากฏและดำเนินไปราวกับเป็นเรื่องปกติ

จากการสำรวจสถานการณ์ด้านสุขภาพในปี ๒๕๕๘ พบว่า ผู้หญิงมีสัดส่วนของอาการป่วย/รู้สึกไม่สบาย และมีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวสูงกว่าผู้ชายอย่างเห็นได้ชัด ในขณะที่ผู้ชายมีสัดส่วนของการเกิดอุบัติเหตุ/ถูกทำร้ายสูงกว่าผู้หญิง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงมีการป่วยที่ต้องนอนพักรักษาในสถานพยาบาลสูงกว่าผู้ชาย^{๖๐}

^{๕๖} ผลวิจัยเด็กมุสลิมใต้ “เรียนหนักแต่ล้มเหลว” แนะนำบูรณาการ “ศาสนา-สามัญ”, [ออนไลน์], สืบค้นจาก <http://www.enn.co.th/๔๖๔๐>

^{๕๗} ระบบสถิติทางการทะเบียน. สถิติประชากรและบ้าน-จำนวนประชากรแยกอายุ. แหล่งที่มา: http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php. ค้นเมื่อวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๙.

^{๕๘} สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศ จากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓. แหล่งที่มา: www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/FileUpload/PDF/Report-File-๔๐๙.pdf. ค้นเมื่อวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๙.

^{๕๙} ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, “ความไม่สมดุลของประชากรชายและหญิงในประเทศไทย”, ใน ประชากรและสังคม ๒๕๕๑: มิติ “เพศ” ในประชากรและสังคม. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม, ๒๕๕๑.

^{๖๐} สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนวนอนามัยและสวัสดิการ ปี ๒๕๕๘. แหล่งที่มา: <http://service.nso.go.th/>. ค้นเมื่อวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๙.





ขณะที่รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี ๒๕๕๖ พบว่าสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year : DALY) ในเพศหญิงคือ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๘.๒ รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ ๗.๘ และโรคซึมเศร้า ร้อยละ ๕.๔ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสถานะทางสุขภาพของผู้หญิง ด้วยการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost : YLL) พบว่าสาเหตุของความสูญเสียหลักในเพศหญิงคือ โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ ๑๐.๖ รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ ๘.๔ และโรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ ๗.๐ ตามลำดับ และพบว่าสาเหตุหลักของความสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย (Year of Life Lost due to Disability : YLD) ในเพศหญิง คือ โรคซึมเศร้าร้อยละ ๑๒.๖ รองลงมาคือ โรคต่อกระดูกร้อยละ ๘.๕ และโรคข้อเสื่อมร้อยละ ๗.๔ ทั้งนี้ กฤตยา อาชวนิจกุลและกุลภา วจนสาระ^{๑๑} ได้ให้ภาพสถานะสุขภาพของผู้หญิงไว้ว่า “ผู้หญิงไทยมีชีวิตยืนยาวกว่าผู้ชายไทย ด้วยคุณภาพชีวิตที่ดีน้อยกว่า เสี่ยงต่อการตกอยู่ในภาวะซึมเศร้ามากกว่า อยู่กับโรคเรื้อรังและความพิการยาวนานกว่า ขณะที่ความรุนแรงทางเพศเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งของสุขภาพผู้หญิง”

แม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยจะมีระบบประกันสุขภาพของประชาชนถึง ๓ ระบบ ซึ่งผู้หญิงได้สิทธิประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพเหล่านั้นด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตามชุดสิทธิประโยชน์เหล่านั้นยังไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่จำเป็นสำหรับผู้หญิงบางประการ รวมทั้งยังมีกลุ่มผู้หญิงอีกหลายกลุ่มที่ตกอยู่ในสถานะ “ข้อยกเว้น” และถูกกันออกไป (exclude) จากการได้รับสิทธิขั้นพื้นฐาน และการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดี อาทิ ผู้ต้องขังหญิง ผู้หญิงกลุ่มชาติพันธุ์ ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิ ผู้หญิงที่เผชิญความรุนแรง เป็นต้น

สถานการณ์คนไร้บ้าน

คนไร้บ้านและผู้ป่วยข้างถนน ปัจจุบันพบกระจายตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร และเมืองใหญ่ในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ ตัวเลขอย่างเป็นทางการของหน่วยงานต่างๆ ของทั้งภาครัฐภาคเอกชน และนักวิชาการที่ศึกษาวิจัยเรื่องนี้มีความแตกต่างกันอยู่มาก และยากที่จะหาตัวเลขที่แน่ชัดได้ ดังนั้น สสส.และภาคีที่เกี่ยวข้องจึงพัฒนาวิธีวิทยาในการได้มาซึ่งข้อมูลจำนวน รวมทั้งสถานการณ์สุขภาพของคนไร้บ้านและผู้ป่วยข้างถนนโดยนําร่องใน ๒ พื้นที่คือ กรุงเทพมหานคร และเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จากการแจกจ่ายและการสำรวจคนไร้บ้านในพื้นที่กรุงเทพมหานคร^{๑๒} พบจำนวนคนไร้บ้านทั้งที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะ และศูนย์พักพิงของรัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น ๑,๓๐๗ คน โดยเป็นเพศชาย ๑,๐๘๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๓ เป็นเพศหญิง ๒๐๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕ เป็นเพศทางเลือก ๑๓ คน และไม่สามารถระบุเพศได้ ๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๒ ขณะที่พบคนไร้บ้านและผู้ป่วยข้างถนนในพื้นที่เทศบาลขอนแก่น พบจำนวนทั้งสิ้น ๑๓๖ คน เป็นเพศชาย ๑๑๑ คน

^{๑๑} กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. มองผ่านเลนส์เพศภาวะและความหลากหลาย: ข้อเสนอการพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อสุขภาพผู้หญิง. นครปฐม: สมาคมเพศวิถีศึกษา. ๒๕๕๘.

^{๑๒} อนรรฆ พัทธษานิน. คนไร้บ้าน: จุดเริ่มต้นการสำรวจและต่อยอดสุขภาพวิธีการและข้อมูลการแจกจ่ายคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร. เอกสารประกอบการเสวนาวิชาการคนไร้บ้าน: จุดเริ่มต้นการสำรวจและต่อยอดสุขภาพคนไร้บ้าน วันที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๘.

คิดเป็นร้อยละ ๘๒ เป็นเพศหญิง ๒๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘^{๓๓} โดยโครงสร้างอายุของคนไร้บ้านมีแนวโน้มเป็นสังคมประชากรสูงอายุเช่นเดียวกับประชากรทั่วไป แต่กลับมีลักษณะเฉพาะที่ส่วนใหญ่เป็นผู้ชายสูงวัย ทั้งนี้ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ความยากจน และปัญหาครอบครัวเป็นแรงผลักดันสำคัญของการกลายมาเป็นคนไร้บ้าน นอกจากนี้ยังพบว่าคนไร้บ้านส่วนใหญ่มีอาชีพที่ไม่มั่นคงและปราศจากหลักประกันจากการจ้างงาน

ในส่วนของพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของคนไร้บ้าน พบว่าสัดส่วนของคนไร้บ้านสูบบุหรี่หรือยาเส้นสูงถึงร้อยละ ๕๕ เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรโดยทั่วไปที่มีเพียงประมาณร้อยละ ๒๑ และพบว่ามีคนไร้บ้านที่ดื่มสุรา ร้อยละ ๔๑ คนไร้บ้านประมาณร้อยละ ๓๑ มีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยเกือบทั้งหมดเป็นโรคจากพฤติกรรม หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ และโรคหัวใจ เป็นต้น ด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพคนไร้บ้านเลือกบริการผ่านช่องทางหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสัดส่วนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๓๗ รองลงมา คือจ่ายด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ ๑๘ นอกจากนี้บางส่วนเลือกการเข้ารับบริการผ่านช่องทางของระบบสังคมสงเคราะห์ ซึ่งการมีบัตรประชาชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนไร้บ้านเลือกใช้บริการสุขภาพดังกล่าว

จากข้อมูลข้างต้นอาจกล่าวได้ว่าเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการสะท้อนให้เห็นภาพปัญหาของคนไร้บ้านที่ใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางความเสี่ยงทางสังคมและสุขภาพ และความเหลื่อมล้ำทางโอกาสในการเข้าถึงความมั่นคงทางรายได้และการมีสุขภาวะที่ดี นอกจากนี้ยังเป็นส่วนสำคัญในการต่อยอดทั้งในเชิงปฏิบัติการและนโยบายเกี่ยวกับคนไร้บ้านที่จำเป็นต้องมีความครอบคลุมทั้งกลุ่มคนไร้บ้านส่วนใหญ่ กลุ่มคนไร้บ้านหน้าใหม่ กลุ่มเสี่ยงที่จะมาเป็นคนไร้บ้าน และประเด็นปัญหาที่น่าจะปรากฏขึ้นในอนาคตกับกลุ่มคนไร้บ้าน

สถานการณ์ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติ

ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล เป็นกลุ่มบุคคลที่ไม่สามารถเข้าถึงและใช้สิทธิขั้นพื้นฐาน บริการของรัฐ รวมถึงสิทธิด้านอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเพราะมีปัญหาสถานะบุคคลภายใต้กฎหมายสัญชาติ กฎหมายการทะเบียนราษฎร และกฎหมายคนเข้าเมืองที่ถูกเข้าใจ หรือตีความให้เป็นเงื่อนไขในการเข้าถึงสิทธิด้านต่างๆ^{๓๔} ทั้งนี้ หากพิจารณาจากจุดเกาะเกี่ยวกับประเทศไทยจะสามารถจำแนกกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคลได้เป็น ๕ กลุ่มหลัก ประกอบด้วย (๑) ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่มีจุดเกาะเกี่ยวที่จะนำไปสู่การมีสัญชาติไทย (๒) ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่มีจุดเกาะเกี่ยวที่จะนำไปสู่การพัฒนาเป็นคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมาย และมีสิทธิอาศัยถาวร (๓) ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่มีจุดเกาะเกี่ยวเกี่ยวกับประเทศไทยและประเทศอื่นในเวลาเดียวกัน (๔) ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่ไม่มีจุดเกาะเกี่ยวที่จะนำไปสู่การมีสัญชาติไทย และ (๕) บุคคลไร้เอกสารพิสูจน์ทราบตัวบุคคล

^{๓๓} พรทิพย์ จอมพุก และธณภูมิ สามัคคีคารมย์. รายงานความก้าวหน้าการสำรวจสถานการณ์และการจัดทำฐานข้อมูลคนไร้บ้าน. เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาคนไร้บ้านจังหวัดขอนแก่น ครั้งที่ ๒/๒๕๕๗ วันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๗.

^{๓๔} ดร.ณัฏฐ์ ไพศาลพานิชย์กุล. ยุทธศาสตร์การพัฒนาสิทธิในสุขภาวะของผู้มีปัญหาสถานะบุคคล. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ๒๕๕๗.





สหประชาชาติได้กำหนดความหมายของ**แรงงานข้ามชาติ** ไว้ในอนุสัญญาว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของแรงงานข้ามชาติและสมาชิกในครอบครัวว่าหมายถึง บุคคลซึ่งจะถูกว่าจ้างให้ทำงาน กำลังถูกว่าจ้าง หรือเคยถูกว่าจ้างทำงาน โดยได้รับค่าตอบแทนในรัฐที่ตนไม่ได้เป็นคนของชาตินั้น^{๖๕} ทั้งนี้สถิติแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ณ เดือนพฤษภาคม ๒๕๕๙ มีจำนวนทั้งสิ้น ๑,๔๙๓,๔๑๘ คน เมื่อจำแนกตามลักษณะการเข้าเมืองจะสามารถจำแนกได้ ดังนี้ แรงงานข้ามชาติตลอดชีพจำนวน ๔๙๕ คน ประเภททั่วไปจำนวน ๑๐๑,๑๒๖ คน พิสูจน์สัญชาติจำนวน ๑,๐๓๙,๕๑๓ คน นำเข้าตามบันทึกข้อตกลง (MOU) จำนวน ๓๒๓,๒๗๐ คน และชนกลุ่มน้อย/กลุ่มชาติพันธุ์จำนวน ๒๙,๐๑๔ คน^{๖๖}

จากการศึกษาของ พงศธร พอกเพิ่มดี และคณะ^{๖๗} พบว่าผู้มีปัญหาสถานะบุคคล กลุ่มที่ ๑ - ๓ ที่มีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาลจากกองทุนให้สิทธิ (คินสิทธิ) ตามมติคณะรัฐมนตรี ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ สามารถเข้าใช้บริการด้านสุขภาพภายใต้กองทุนนี้ในระดับดีและมีความพึงพอใจต่อสิทธิและการบริการที่ได้รับ ในส่วนแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาอย่างถูกกฎหมายนั้นได้รับการดูแลจากระบบประกันสังคม ส่วนกลุ่มผู้ติดตาม เช่น บุตร หรือบิดา มารดา แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีสิทธิในระบบประกันสังคมสามารถเข้าสู่กองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวด้วยการซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ แต่อย่างไรก็ตามพบปัญหาที่สำคัญคือ ความครอบคลุมของการมีสวัสดิการรักษายาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม การขายบัตรประกันสุขภาพมีอัตราลดลง อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านแรงงาน รวมทั้งนโยบายการประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ทำให้เกิดช่องว่างในการหลีกเลี่ยงทำการประกันตนและซื้อบัตรประกันสุขภาพ ขณะที่บุคคลไร้เอกสารพิสูจน์ทราบตัวบุคคล หรือกลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติยังคงไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาลได้เลย

แม้ว่าจะมีกฎหมาย นโยบาย และกลไกที่รับรองและเอื้อต่อการเข้าถึงและใช้สิทธิด้านต่างๆ แต่ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติหลายกลุ่มยังเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงสิทธิและบริการ ทั้งจากตัวผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติเองที่ยังไม่รับรู้สิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องหรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกลไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ และตัวผู้ให้บริการที่ต้องเผชิญกับภาระงานและงบประมาณที่เพิ่มมากขึ้น อุปสรรคของการสื่อสาร รวมทั้งรูปแบบและกระบวนการเฉพาะที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย อุปสรรคเหล่านี้ทำให้ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในพื้นที่ประเทศไทยยังเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดีได้

^{๖๕} กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์คนต่างด้าวที่ทำงานในประเทศไทย. แหล่งที่มา: https://www.m-society.go.th/article_attach/๔๘๗๘/๑๔๒๘๖.pdf. ค้นเมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๙.

^{๖๖} กระทรวงแรงงาน. สถานการณ์ตลาดแรงงานในประเทศ: สถิติแรงงานต่างด้าว เดือนพฤษภาคม ๒๕๕๙. แหล่งที่มา: http://www.mol.go.th/academician/situation_labor%20market. ค้นเมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๙.

^{๖๗} พงศธร พอกเพิ่มดี และคณะ. รายงานการวิจัยโครงการการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนคินสิทธิ (ให้สิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตามมติ ครม. ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ๒๕๕๘.

สถานการณ์กลุ่มแรงงาน

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๘^{๖๕} รายงานว่าประชากรไทยที่มีงานทำมีจำนวน ๓๘.๓ ล้านคน เป็นแรงงานในระบบ ๑๖.๙ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๔๔.๑ ที่เหลือเป็นผู้ทำงานที่ไม่ได้รับความคุ้มครองหรือไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงาน เรียกว่าแรงงานนอกระบบ ๒๑.๔ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๙ ซึ่งแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านการเกษตรร้อยละ ๕๖.๙ รองลงมาทำงานอยู่ในภาคการค้าและการบริการ และภาคการผลิตคิดเป็นร้อยละ ๓๒.๙ และ ๑๑.๑ ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าจ้างเฉลี่ยต่อเดือนของแรงงานนอกระบบกับแรงงานในระบบที่มีสถานภาพการทำงานเป็นลูกจ้างพบว่า แรงงานนอกระบบได้ค่าจ้างน้อยกว่าแรงงานในระบบถึงประมาณ ๒.๒ เท่ากล่าวคือ แรงงานในระบบได้รับค่าจ้างเฉลี่ย ๑๔,๔๒๗ บาทต่อเดือน ขณะที่แรงงานนอกระบบได้รับค่าจ้างเฉลี่ย ๖,๕๕๘ บาทต่อเดือน ทั้งนี้ ในเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๕๙ พบว่าแรงงานไทยร้อยละ ๕๕.๙ มีการะเหินของครัวเรือนเฉลี่ย ๑๑๙,๐๖๑ บาทต่อครัวเรือน นับว่ามีหนี้สูงสุดในรอบ ๘ ปี นับจากปี ๒๕๕๒^{๖๖} เนื่องจากเศรษฐกิจที่ชะลอตัว ภาวะค่าครองชีพที่มีการขึ้นตามกลไกตลาด และค่าจ้างที่ไม่ปรับขึ้นมาหลายปี ทำให้มีค่าใช้จ่ายมากกว่ารายรับ ทำให้แรงงานโดยเฉพาะกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า ๑๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน แม้จะหารายได้เสริมจากงานหลักแล้วยังไม่พอใช้จ่าย และใช้บริการเงินกู้ ทั้งในระบบ และนอกระบบมากขึ้น

แรงงานนอกระบบต้องเผชิญกับปัญหา ๓ ลักษณะ ดังนี้ (๑) ปัญหาจากการทำงาน การได้รับค่าตอบแทนต่ำ การทำงานหนัก และได้ค่าจ้างไม่ต่อเนื่อง (๒) ความไม่ปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับสารเคมีเป็นพิษ รวมทั้งเครื่องมือเครื่องจักรที่เป็นอันตราย และ (๓) สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนท่าทางในขณะการทำงาน รวมทั้งทำงานในสถานที่ที่มีฝุ่นควันรบกวน และแสงสว่างไม่เพียงพอ พบว่าแรงงานนอกระบบ จำนวน ๖.๕ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๔ ของแรงงานนอกระบบทั้งหมด มีปัญหาที่เกิดจากการทำงานร้อยละ ๖๘.๗ จากสภาพแวดล้อมในการทำงาน ร้อยละ ๔๖.๒ และความไม่ปลอดภัยในการทำงาน ร้อยละ ๓๗.๑ ทั้งนี้แรงงานนอกระบบหนึ่งคนอาจจะพบปัญหาได้มากกว่า ๑ ด้าน

แรงงานในระบบหรือแรงงานในสถานประกอบการ จากรายงานสถานการณ์ตลาดแรงงานในประเทศ ปี ๒๕๕๘^{๖๗} พบว่า ความต้องการแรงงานลดลงจากปี ๒๕๕๗ ร้อยละ ๑๗.๓๑ ขณะที่มิผู้ประกันตนมาขึ้นทะเบียนขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานเพิ่มขึ้น^{๖๘} จำนวน ๖๓๙,๑๘๕ คน เป็นผู้ถูกเลิกจ้าง ๘๔,๒๗๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๑๕ และผู้ลาออก จำนวน ๕๕๔,๙๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๘๑ และปัญหาที่แรงงานยังคงเผชิญ คือ การได้ค่าจ้างต่ำกว่ากฎหมายกำหนด มีรายได้ไม่พอจ่าย ทำงานหนักมากกว่า ๘ ชั่วโมงต่อวัน ทำงานล่วงเวลาไม่มีเวลาพักผ่อน เพื่อให้มีรายได้เพียงพอต่อค่าครองชีพที่ปรับตัวสูงขึ้นรวมทั้งปัญหาหนี้สินนอกระบบ

^{๖๕} กลุ่มสถิติแรงงาน สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. ๒๕๕๘. <http://service.nso.go.th/> (สืบค้นเมื่อ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๙)

^{๖๖} ศูนย์พยากรณ์เศรษฐกิจและธุรกิจ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย. ผลสำรวจสถานภาพธุรกิจ วันแรงงานแห่งชาติ ๒๕๕๙. http://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=๑๔๖๑๘๔๙๖๒ ที่มา: ประชาชาติธุรกิจออนไลน์ ข้อมูล updated: ๒๘ เมษายน ๒๕๕๙ เวลา ๒๐:๒๕:๓๒ น.

^{๖๗} กองวิจัยตลาดแรงงาน กระทรวงแรงงาน. ๒๕๕๘.วารสารสถานการณ์ตลาดแรงงาน ปีที่ ๒๓ ฉบับที่ ๒ ประจำเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ <http://lmi.doe.go.th/images/file/analyze/analyze๑๓.pdf> สืบค้นข้อมูล ๒๒/๐๖/๕๙

^{๖๘} สถานการณ์การว่างงาน การเลิกจ้างและความต้องการแรงงาน (มิถุนายน ๒๕๕๙). กองวิจัยตลาดแรงงาน กระทรวงแรงงาน. <http://lmi.doe.go.th/index.php/๒๐๑๒-๐๗-๒๒-๐๙-๕๐-๑๒/๕๓๑-unemployment-๐๖๕๙> : สืบค้นข้อมูล ๑๖/๐๖/๒๕๕๙





หลักประกันด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานเนื่องจากแรงงานนอกระบบต้องใช้อำนาจหรือที่สาธารณะ เป็นสถานที่ทำงาน แต่ระบบการดูแลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานยังไม่ชัดเจน แตกต่างจากลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีกฎหมายควบคุมในเรื่องสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของสถานประกอบการ แรงงานนอกระบบจึงมีความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยจากการทำงานอย่างมาก นอกจากนี้ในปัจจุบันไม่มีระบบสวัสดิการสังคมรองรับสำหรับแรงงานนอกระบบที่เจ็บป่วยจากการทำงาน ขณะที่นโยบายการขยายประกันสังคมไปสู่แรงงานนอกระบบ ก็เป็นสวัสดิการที่ไม่ได้แยกแยะสาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากการทำงานดังนั้นในการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพและความปลอดภัยควรให้ความสำคัญกับมาตรการป้องกันปัญหาต่างๆ กับการสร้างระบบสวัสดิการรองรับแรงงานที่เจ็บป่วย

โครงสร้างประชากรของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ประชากรวัยทำงานต้องรับหน้าที่ดูแลผู้พึ่งพิงได้แก่ ประชากรเด็กและประชากรสูงอายุมากขึ้น โดยในปี ๒๕๕๓ มีผู้ต้องพึ่งพิง ๔๘ คน ต่อวัยแรงงาน ๑๐๐ คน และในอีก ๑๕ ปีข้างหน้า จะต้องเพิ่มผู้ต้องพึ่งพิงเพิ่มขึ้นเป็น ๖๐ คนต่อวัยแรงงาน ๑๐๐ คน เนื่องจากประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นหากประชากรในวัยทำงานเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติแล้ว ผลกระทบนั้นจะไม่ได้จำกัดอยู่ในระดับบุคคลเท่านั้น แต่ยังกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติอีกด้วย กลุ่มวัยแรงงาน เหล่านี้ซึ่งถือเป็นกำลังสำคัญในการสร้างเศรษฐกิจของประเทศ ทุกภาคส่วนควรร่วมกันอย่างจริงจังในการดูแลเรื่องความปลอดภัยในการทำงาน สวัสดิการและความมั่นคงในการทำงาน เพื่อยกระดับให้แรงงานเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในปี ๒๕๕๘ มีเป้าหมายสำคัญ คือ ประชากรของประเทศสมาชิกมีการค้าขาย ไปมาหาสู่ระหว่างกันได้มากขึ้น รวมทั้งมีศักยภาพในการแข่งขันกับโลกภายนอก โดยเป็นตลาดและฐานการผลิตเดียว เน้นการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ ทุน และแรงงานมีฝีมือระหว่างกันอย่างเสรี จากการวิเคราะห์ถึงศักยภาพของประเทศไทย^{๓๓} พบว่ามีจุดแข็งที่สำคัญ ได้แก่ (๑) แรงงานไทยมีทักษะฝีมือ (๒) มีวัตถุดิบทางการเกษตร (๓) มีที่ตั้งเหมาะสมในการเป็นศูนย์กลางด้านคมนาคมขนส่ง สำหรับจุดด้อย ได้แก่ (๑) ภาคการผลิตของไทยยังมีประสิทธิภาพต่ำ (๒) ขาดแคลนแรงงาน (๓) การกระจุกตัวของพื้นที่อุตสาหกรรมส่งผลกระทบต่อสภาพแวดล้อม อุตสาหกรรมหลักยังต้องพึ่งพาเงินทุนจากต่างประเทศ และ (๔) สินค้าอุตสาหกรรมยังเชื่อมโยงวัตถุดิบจากภาคการเกษตรไม่มากนัก โดยมีการคาดการณ์ว่า เมื่อเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน พ.ศ. ๒๕๕๘ ผลจากการขาดแคลนแรงงานสายอาชีพหรือภาคการผลิตย่อมทำให้ตลาดแรงงานไทยอยู่ในสภาพที่ต้องพึ่งพาคนเก่งจากประเทศอื่นมาช่วยด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และวิศวกรรม เนื่องจากเราไม่สามารถผลิตได้พอกับความต้องการ ขณะทำงานในระดับล่าง เราก็จำเป็นต้องพึ่งพาแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน ดังนั้น แรงงานไทยไม่ว่าจะเป็นแรงงานในสถานประกอบการหรือแรงงานนอกระบบจึงจำเป็นต้องอย่างมากที่ต้องได้รับการเตรียมความพร้อมไปสู่ตลาดโลก ซึ่งปัญหาที่ต้องรีบแก้ไข คือ การพัฒนาภาษาเพื่อการสื่อสาร พัฒนาฝีมือแรงงาน และความชำนาญในอาชีพให้ยิ่งขึ้น

^{๓๓} วุฒิชัย ปุชยะนาวิณ. เปิดผลวิเคราะห์อุตสาหกรรมไทยมั่นใจศักยภาพแข่งขันรับ AEC. <http://www.thai-aec.com/881#ixzz3coqDSADt>

จุดเน้นของแผน

แผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๐ ของแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะที่ได้ทบทวนสถานการณ์และแนวทางดำเนินงานร่วมกับภาคีหลักยังคงเป็นการทำงานที่ต่อเนื่องจากแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๙ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ในทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) และแผนหลัก สสส. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ มุ่งเน้นที่การลดความแตกต่างด้านการเข้าถึงสิทธิและโอกาสในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพะ และไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร

จากกรอบนโยบายในการจัดทำแผนการดำเนินงานข้างต้น สามารถสรุปเป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๐ โดยมีจุดเน้นหลัก ดังนี้

๑. สอดคล้องกับแนวนโยบายการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพะ และทิศทางเป้าหมาย ๑๐ ปี ของ สสส. เพื่อบูรณาการการทำงาน และมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ
๒. สร้างความยั่งยืนโดยมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนหลัก พัฒนาศักยภาพภาคี เครือข่าย และหนุนเสริมการพัฒนาประเทศที่สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูปและสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนใหม่ๆ
๓. วิเคราะห์ประเด็นงานจากสถานการณ์ทางสุขภาพของกลุ่มประชากรผ่านกรอบแนวคิดปัจจัยสังคม กำหนดสุขภาพ
๔. ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมถึงการประสานภาพรวม เพื่อเตรียมความพร้อมและพัฒนาคนในทุกช่วงวัย รองรับสังคมผู้สูงอายุ
๕. สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมการทำงาน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างยั่งยืน
๖. เน้นแนวคิดสังคมฐานสิทธิเพื่อเปลี่ยนสังคมไทยจากเวทนานิยม หรือสังคมฐานสงเคราะห์เป็นสังคมที่ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกัน ทั้งเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายและจัดการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม^{๗๓}
๗. เน้นกลุ่มเป้าหมายที่ยากลำบากที่สุดในสังคม หรือกลุ่มที่ประสบปัญหาซ้อนทับ เช่น คนพิการรุนแรง ผู้ต้องขังสูงอายุ ผู้หญิงที่เผชิญปัญหาความรุนแรง เป็นต้น

^{๗๓} ศ.วริยะ นามศิริพงศ์พันธุ์, การขับเคลื่อนสังคมไทย สู่สังคมฐานสิทธิคนพิการ. มูลนิธิสากลเพื่อคนพิการ, www.wiriya.net/download.php?id=0103...9.doc





วัตถุประสงค์

๑. พัฒนาและจัดการข้อมูล องค์ความรู้ และเครือข่ายวิชาการ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ
๒. พัฒนากลไก การทำงานเพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสังคม ที่เป็นปัจจัยนำไปสู่ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะ
๓. ส่งเสริมกลไกการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตการทำงานของภาคีเครือข่าย เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. ประชากร มีความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ เพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างน้อยร้อยละ ๒๕ เทียบจากผลการประเมินดัชนีตามยุทธศาสตร์ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔) ระยะที่ ๒ จากร้อยละ ๒๘.๖ เป็นร้อยละ ๓๕
๒. คนพิการมีโอกาสด้านการมีงานทำและรายได้จากองค์กรตัวกลางต้นแบบอย่างน้อย ๓ แห่ง พร้อมทั้งมีระบบฐานข้อมูลติดตามคนพิการที่ได้รับการจ้างงานภายใต้แผนงานที่ สสส.สนับสนุน อย่างน้อย ๑ รูปแบบ
๓. แรงงานนอกระบบเข้าถึงหลักประกันสังคม มาตรา ๔๐ และกองทุนการออมแห่งชาติผ่านหน่วยบริการชุมชนในพื้นที่ดำเนินการ อย่างน้อย ๑๐ หน่วยบริการ
๔. คนไร้บ้านเข้าถึงสิทธิ ปัจจัยขั้นพื้นฐาน และบริการต่างๆ เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑๗๒ คน ใน ๓ จังหวัดนำร่อง
๕. ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพ กลุ่มชาติพันธุ์ และประชากรข้ามชาติเข้าถึงสิทธิและบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ผ่านระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ชายแดนที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อย่างน้อย ๑ รูปแบบ
๖. ผู้ต้องขังหญิงได้รับการดูแลสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสม อย่างน้อย ๑ รูปแบบ
๗. เกิดการเก็บข้อมูลความเหลื่อมล้ำของสังคมในมิติต่างๆ โดยเฉพาะทางสุขภาพ เพื่อเป็นฐานในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานให้เกิดการเข้าถึงสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะในอนาคต อย่างน้อย ๓ ประเด็น อาทิ ข้อมูลสาธารณสุขมูลฐานในเรือนจำหญิงตามข้อกำหนดของสหประชาชาติ ข้อมูลการสูบบุหรี่ในกลุ่มมุสลิมไทย ข้อมูลสถานการณ์ความรุนแรงต่อผู้หญิง เป็นต้น

ตัวชี้วัดร่วม

๑. เกิดความร่วมมือภายใน สสส. และภาคีเครือข่ายที่มีภารกิจเกี่ยวข้อง ในการเตรียมความพร้อมและพัฒนาคนในทุกช่วงวัย เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ อย่างน้อย ๓ ประเด็น เช่น การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน^{๙๙} ทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง สุขภาพจิตสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น
๒. มีจำนวนมุสลิมผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันลดลงร้อยละ ๑๐ โดยเฉพาะในพื้นที่เป้าหมาย (๕ อำเภอ ใน ๓ จังหวัด ชายแดนใต้ ได้แก่ อ.เมือง และ อ.หนองจิก จ.ปัตตานี อ.เมือง จ.ยะลา และ อ.เมือง อ.สุไหงปาดี จ.นราธิวาส)
๓. เกิดกระบวนการ/เครื่องมือสื่อสารเพื่อปรับทัศนคติและสร้างความเข้าใจในการอยู่ร่วมกับประชากรกลุ่มเฉพาะ ๕ ประเด็น

แนวทางการดำเนินงาน

๑. **กลุ่มงานพัฒนาความรู้และนวัตกรรม** พัฒนาความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะ รวบรวมพัฒนา วิเคราะห์ และถ่ายทอดข้อมูล งานวิชาการ รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือในการปฏิบัติงาน หนุนเสริม การพัฒนาระบบและกลไกการขับเคลื่อนของเจ้าภาพหลัก ลดข้อจำกัดหรือการกีดกันการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน หรือบริการด้านสังคม เพื่อนำสู่การขยายผลในระดับต่างๆ โดยมุ่งเน้นที่ระบบสวัสดิการสังคม ระบบสุขภาพ การปรับสภาพแวดล้อม และเศรษฐกิจ

๒. **กลุ่มงานด้านการสนับสนุนนโยบาย** สนับสนุนการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล จัดทำข้อเสนอแนะนโยบาย เพื่อผลักดันนโยบาย รวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานแบบบูรณาการและนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ในประเด็นที่สอดคล้องเชื่อมโยงกับแนวทางการขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะ

๓. **กลุ่มงานด้านการพัฒนาศักยภาพภาคีและแกนนำ** โดยการเสริมพลังภาคีในระดับบุคคลองค์กร การพัฒนาศักยภาพผู้นำรุ่นใหม่เพื่อให้มีศักยภาพ ขีดความสามารถในการจัดการตนเองและการทำงานเชิงรุกเพื่อ สร้างความเป็นธรรมทางสุขภาวะในประชากรกลุ่มเฉพาะ รวมทั้งการเพิ่มขีดความสามารถเพื่อยกระดับฐานคิด การทำงานที่มุ่งสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาวะ และมุ่งเน้นการกระตุ้นและหนุนเสริม การรวมพลังเครือข่ายภาคีที่ทำงานด้านการสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาวะของประชากร กลุ่มเฉพาะทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ

๔. **กลุ่มงานด้านการสื่อสารสังคม** สนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือในการขับเคลื่อนความเป็นธรรมทาง สุขภาวะในการเปลี่ยนมายาคติที่มีต่อประชากรกลุ่มเฉพาะ และช่วยสร้างความเข้าใจประเด็นที่มีความละเอียดอ่อน ต่างๆ รวมทั้งการสร้างการยอมรับในการอยู่ร่วมกันท่ามกลางความหลากหลายของผู้คน

^{๙๙} ร่วมพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริม อาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) อย่างน้อย ๒๐๐ แห่ง ร่วมกับ แผนสุขภาวะชุมชน





ภาคีหลัก

หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข วิทยาลัยราชสุดา สถาบันวิศวกรรมพื้นฟูสมรรถภาพและเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก สถาบันพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยศิลปากร สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง มหาวิทยาลัยนครพนม

ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และอื่นๆ อาทิ มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ เครือข่ายศิลปินดนตรี คนพิการ มูลนิธิโกลดคิมทอง สมาคมกีฬาคนพิการแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมสถาปนิกสยามในพระบรมราชูปถัมภ์ มูลนิธิผู้หญิง มูลนิธิเพื่อนหญิง มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล มูลนิธิธีรนาถกาญจน์อักษร ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาสิทธิผู้หญิง ศูนย์ฝึกอบรมโครงการผู้หญิงเพื่อสันติภาพและความยุติธรรม ศูนย์การศึกษาและพัฒนาสิทธิมนุษยชน สมาคมเพศวิถีศึกษา มูลนิธิเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา เครือข่ายสตรีชนเผ่า มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย ชมรมผู้นำสุขภาวะมุสลิมไทย เครือข่ายชุมชนรักษ์สุขภาวะ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ศูนย์วิชาการและศูนย์ประสานงานแรงงานนอกระบบ สถาบันการเงิน หอการค้าจังหวัด สมาคมผู้ประกอบการ สมาอุตสาหกรรม คณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทย เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือกและเกษตรกรพันธุ์ปัญญา มูลนิธิพิพิธภัณฑ์แรงงานไทย มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย สมาคมครอบครัวศึกษาแห่งประเทศไทย มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา มูลนิธิชุมชนไทย ศูนย์ปฏิบัติการร่วมเพื่อแก้ปัญหาประชาชนบนพื้นที่สูง มูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท มูลนิธิช่วยไ้พรหมแดน มูลนิธิวิวัฒน์สาธารณสุข ศูนย์ส่งเสริมสิทธิมนุษยชนภาคอีสาน มูลนิธิอารมณ พงศ์พจน์ มูลนิธินิคม จันทรวีฑูร สถาบันเพื่อชุมชนเกษตรกรรมยั่งยืน เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือกภาคอีสาน มูลนิธินวัตกรรมทางสังคม มูลนิธิสร้างสรรค์สังคมและสุขภาวะ มูลนิธิการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม มูลนิธิอาชีวเวชศาสตร์ไทย สถาบันวิจัยและพัฒนาเพื่อเฝ้าระวังสถานะไร้รัฐ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ และเครือข่ายสื่อมวลชน เป็นต้น

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานพัฒนาความรู้และนวัตกรรมในการสร้างเสริมสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๑๔๔
๒. กลุ่มแผนงานสนับสนุนนโยบาย	๕๘
๓. กลุ่มแผนงานพัฒนาศักยภาพภาคีและเครือข่าย	๓๕
๔. กลุ่มแผนงานสื่อสารสังคม	๗
รวม	๒๔๔



๖

แผนสุขภาวะชุมชน

สถานการณ์และแนวโน้ม

แผนสุขภาวะชุมชนได้ประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อออกแบบและกำหนดวิธีการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๐ จาก ๕ ชุดข้อมูล ได้แก่

๑. ข้อเสนอแนะและนโยบายของคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ คณะกรรมการประเมินผล คณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๓ และกลไกกำกับติดตามที่คณะกรรมการบริหารแผนมอบหมาย
๒. ทบทวนแนวนโยบายรัฐบาลและคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องดำเนินการ โดยเฉพาะการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๓. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจข้อมูลระดับตำบล จำนวน ๒,๖๐๐ ตำบล ครอบคลุมประชากร ๖.๔ ล้านคน ๒.๑ ล้านครัวเรือน เพื่อเทียบกับเป้าหมายระดับชาติ ทั้งปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ
๔. ข้อมูลทั้ง ๓ ชุดดังกล่าวมา ได้นำเสนอในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทบทวนและจัดทำแผนการดำเนินงานของแผนสุขภาวะชุมชน ประจำปี ๒๕๖๐ ร่วมกับภาคีร่วมพัฒนา เพื่อทบทวนวิธีการที่จะนำไปสู่การบูรณาการงานโครงการเข้าสู่งานประจำขององค์กรชุมชนท้องถิ่นและการแปลงนโยบายรัฐบาลสู่ปฏิบัติการจริงในพื้นที่ที่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมของพื้นที่ รวมถึงความต่อเนื่องในการดำเนินการโดยชุมชนท้องถิ่น
๕. ปี ๒๕๖๐ เป็นช่วงเวลาที่จะมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ซึ่งมีความเป็นไปได้สูงที่จะมีการปรับปรุงและปฏิรูประบบการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งด้านขอบเขตของพื้นที่รับผิดชอบ กระบวนการทำงาน และงบประมาณ รวมถึงการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนอันส่งผลต่อการดำเนินงานขององค์กรและหน่วยงานที่สนับสนุน





การจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น จึงเป็นเงื่อนไขที่แผนสุขภาวะชุมชนจะต้องมีการติดตามและวิเคราะห์เพื่อจะได้มีส่วนร่วมในกระบวนการปรับเปลี่ยนและบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน เข้าไปเป็นสาระของกิจกรรมการพัฒนา

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น สำหรับปี ๒๕๖๐ แผนสุขภาวะชุมชนยังคงให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการจัดการพื้นที่ให้มีขีดความสามารถในการรองรับการเปลี่ยนแปลงที่กระทบต่อสุขภาวะชุมชน (Community Resiliency) และการสนับสนุนให้เกิดปฏิบัติการของชุมชนที่สอดคล้องกับแนวนโยบายของคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และแนวนโยบายรัฐบาลและคณะรักษาความสงบแห่งชาติ จึงได้สรุปสถานการณ์และแนวโน้มที่สำคัญต่อการดำเนินงานของแผนสุขภาวะชุมชน ในปี ๒๕๖๐ ดังนี้

๑. ด้านนโยบาย

๑.๑ นโยบายรัฐบาลและคณะรักษาความสงบแห่งชาติ เน้นให้มีการบูรณาการงานของหน่วยงานและองค์กรด้านสุขภาพ สำหรับแผนสุขภาวะชุมชนที่รับผิดชอบการขับเคลื่อนขบวนการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน จะต้องเร่งรัดให้มีการพัฒนารูปธรรมของการทำงานร่วมกันขององค์กรภาครัฐ และองค์กรชุมชนในพื้นที่ระดับตำบลและจังหวัด ทั้งนี้เพื่อใช้ในการขยายผลไปยังพื้นที่เป้าหมายที่กำหนดร่วมกันขององค์กรนโยบายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลร่วมกันระหว่างองค์กรและหน่วยงานภาครัฐ

๑.๒ นโยบายของคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยแผนสุขภาวะชุมชนได้ออกแบบและกำหนดกลวิธีการดำเนินงานในช่วงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี พร้อมทั้งได้กำหนดกรอบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับแนวนโยบายของคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง สำหรับปี ๒๕๖๐ แผนสุขภาวะชุมชนมีความพร้อมในการขับเคลื่อนนโยบายลงสู่การปฏิบัติ ดังนี้

(๑) การขยายฐานผู้รับผลประโยชน์โดยประยุกต์ใช้องค์ความรู้และแนวทางที่เกิดจากการดำเนินงานของแผนอื่นใน สสส. ความรู้จากหลักวิชาการ และความรู้จากปฏิบัติการของชุมชน มาจัดทำเป็นกรอบแนวทางที่สนับสนุนให้มีการดำเนินงานโดยชุมชนท้องถิ่น และบูรณาการงานกับภาคียุทธศาสตร์ที่เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนนโยบายลงสู่การปฏิบัติ

(๒) การสร้างความยั่งยืน มุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนหลัก ทั้ง ๓ ระดับ คือ (๑) ระดับตำบล โดยทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคณะกรรมการพัฒนาตำบล (๒) ระดับจังหวัด พัฒนาร่วมมือกับผู้ว่าราชการจังหวัดหรือนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดโดยใช้พื้นที่ระดับตำบลเป็นพื้นที่ปฏิบัติ (๓) ระดับนโยบาย โดยสร้างและพัฒนาร่วมมือกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการพัฒนาชุมชน สถาบันพัฒนาองค์กร

ชุมชน (องค์การมหาชน) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้ประโยชน์จากศักยภาพของพื้นที่ที่ได้รับการสนับสนุนจากแผนสุขภาพะชุมชนในการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบจากการแปลงนโยบายรัฐบาลสู่ปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่น รวมถึงการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายโดยการพัฒนาศูนย์กลางของชุมชนท้องถิ่นให้มีทักษะในดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพะชุมชน และเพิ่มขีดความสามารถของผู้นำชุมชนท้องถิ่นในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและการรณรงค์

- (๓) การสร้างนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยทำข้อตกลงร่วมกับทุกโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากแผนสุขภาพะชุมชน จะต้องมีการพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทที่เป็นความเฉพาะของพื้นที่ และครอบคลุมทุกช่วงวัย^{๙๕}
- (๔) การเตรียมความพร้อมของชุมชนท้องถิ่นสู่สังคมผู้สูงอายุ^{๙๖} โดยเป็นการดำเนินงานของแผนสุขภาพะชุมชนร่วมกับแผนสุขภาพะประชากรกลุ่มเฉพาะ และบูรณาการเชิงนโยบายกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข

๒. ด้านการบูรณาการภายใน สสส.

สืบเนื่องจากนโยบายรัฐบาลและคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่เน้นการบูรณาการระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้การทำงานของ สสส. จะปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานร่วมกันภายในและการทำงานร่วมกันของภาคีร่วมพัฒนาของแต่ละแผน ให้มีความพร้อมที่จะทำงานร่วมกับองค์กรและหน่วยงานรัฐอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นโอกาสที่จะทำให้งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยมีเป้าหมายที่ชัดเจนและเกิดผลต่อสุขภาพในทุกระดับ

๓. ด้านการรณรงค์และการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

สืบเนื่องจากการดำเนินงานของแผนสุขภาพะชุมชนที่สอดคล้องกับนโยบายและการบูรณาการงานที่กล่าวมา ส่งผลให้มีแนวโน้มที่ทำงานรณรงค์ด้านสุขภาพมีทิศทางที่เกื้อกูลกันของภาพรวมของ สสส. และกลไกขับเคลื่อนหลัก ตามช่วงเวลาและจังหวะที่สอดคล้องกัน เช่น การรณรงค์ลดอุบัติเหตุที่กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับงานด้านการตลาดเพื่อสังคมได้จัดทำสื่อรณรงค์ แผนสุขภาพะชุมชนได้แปลมาเป็นภาษาสำหรับชุมชนท้องถิ่นในการรณรงค์เพื่อเสริมกระแสนรณรงค์ระดับชาติ เป็นต้น รวมถึงแผนสุขภาพะชุมชนจะใช้การรณรงค์ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยเฉพาะนโยบายที่มีข้อกฎหมายกำหนดไว้

^{๙๕} ส่วนหนึ่งการบูรณาการงานของ สสส. กับกระทรวงสาธารณสุข

^{๙๖} ตามแนวนโยบายรัฐผ่านแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ที่กำลังจะประกาศใช้ในปี ๒๕๖๐





จุดเน้นของแผน

แผนการดำเนินงานของแผนสุขภาพชุมชน ประจำปี ๒๕๖๐ ได้กำหนดจุดเน้นรองรับสถานการณ์และแนวโน้มที่กำลังมาข้างหน้า โดยยังคงยึด ๒ หลักการในการดำเนินงาน คือ (๑) ใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา (area-based development) และ (๒) คำนึงถึงสุขภาพในทุกนโยบายของชุมชนท้องถิ่น (Health in All Policies-HiAP) ครอบคลุมกว่า ๒,๐๐๐ ตำบล ที่มีประสบการณ์การดำเนินงานร่วมกับแผนสุขภาพชุมชน และมีความพร้อมในการพัฒนาสุขภาพชุมชนให้มีความต่อเนื่องและบูรณาการเข้าสู่งานประจำ รวมถึง มีนักสร้างเสริมสุขภาพชุมชน^{๓๓} ที่มีขีดความสามารถในการทำงานด้านการรณรงค์และแปลงนโยบายหรือแนวทางในการดำเนินงานให้มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ตนเอง ดังนี้

- (๑) การประสานและใช้ประโยชน์จากประสบการณ์และองค์ความรู้ของแผนอื่นใน สสส. และภาคียุทธศาสตร์ ผสมผสานกับศักยภาพของพื้นที่ที่ได้รับการสนับสนุนจากแผนสุขภาพชุมชนในการพัฒนาพื้นที่สำหรับการเรียนรู้ของเครือข่ายในการขยายความครอบคลุมของการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับประเด็นนโยบายที่เป็นการตกลงร่วมกันระหว่าง สสส. กับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือหน่วยงานเจ้าของเรื่อง เช่น การพัฒนาศูนย์เรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ การพัฒนาระบบการดูแลเด็กปฐมวัย เป็นต้น
- (๒) การรณรงค์และสนับสนุนการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะเรื่องเฉพาะประเด็นที่สอดคล้องกับการดำเนินงานโดยภาพรวมของ สสส. และข้อตกลงร่วมของ สสส. กับกลไกขับเคลื่อนหลัก โดยเน้นพื้นที่ที่ผ่านประสบการณ์การทำงานร่วมกับแผนสุขภาพชุมชนกว่า ๒,๐๐๐ ตำบล
- (๓) การขยายนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านการปฏิบัติของพื้นที่ต้นแบบไปยังพื้นที่กว่า ๒,๐๐๐ ตำบล โดยเฉพาะการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและปัจจัยส่งเสริมสุขภาพของทุกช่วงวัยอันจะส่งผลกระทบต่ออัตราการเกิดโรคลดลงหรือไม่เพิ่มขึ้นในระดับชุมชนท้องถิ่นเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของระดับประเทศ
- (๔) การเปิดช่องทางในการใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลที่สนับสนุนโดยแผนสุขภาพชุมชนทั้งภายใน สสส. และวิเคราะห์ร่วมกับฐานข้อมูลของภาคียุทธศาสตร์ เพื่อใช้ในการกำหนดเป้าหมายและกำหนดตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพชีวิต (สุขภาพะ) ของประชาชน รวมถึงการสร้างข้อตกลงร่วม กำหนดตัวชี้วัดร่วมระหว่างกลไกขับเคลื่อนหลัก โดยเฉพาะตัวชี้วัดความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น

^{๓๓} นักสร้างเสริมสุขภาพชุมชน หมายถึง บุคลากรในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ผ่านกระบวนการและกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การประชุม การอบรม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสรุปบทเรียน การถอดบทเรียน การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง และการเรียนรู้ข้ามพื้นที่หรือการศึกษาดูงาน จนมีทักษะ ความรู้ ความสามารถ สามารถพัฒนาต่อยอดและประยุกต์ใช้ในพื้นที่และเครือข่ายได้

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่นำไปใช้ในแผนสุขภาวะชุมชน

๑. ระบบการจัดการสุขภาวะชุมชน หมายถึง การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นด้วยกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นสู่การเป็นชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ (สุขภาวะ) โดยการเสริมพลังความร่วมมือให้องค์กรหลักในชุมชนทำบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างเต็มศักยภาพ อันมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้เชื่อมประสานให้เกิดการพัฒนาแนวทางการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งด้านการเมืองการปกครอง สังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม และสุขภาพ จนเกิดเป็นระบบสนับสนุนการปฏิบัติการต่างๆ ขององค์กรหลัก แกนนำ กลุ่ม และเครือข่ายของประชาชน ซึ่งส่งผลให้มีผู้นำ - แกนนำ มีทักษะในการจัดการชุมชนตนเอง มีศักยภาพในการสร้างและใช้ความรู้ที่เกิดจากปฏิบัติการที่ได้ผลดีของชุมชนโดยชุมชนเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และขับเคลื่อนกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นอย่างเป็นพลวัตควบคู่ไปกับปฏิบัติการจริงอย่างต่อเนื่อง
๒. การจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น หมายถึง การจัดการระบบการทำงานของตำบล การพัฒนาด้านต่างๆ ของตำบล ทั้งที่เป็นการพัฒนาตามนโยบาย การแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และการตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นระบบ เน้นการทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยการปฏิบัติทั้งหมดอยู่ในกรอบและระเบียบ ข้อกำหนดต่างๆ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การปรับตัวที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ โดยเกี่ยวข้องการทำงานและกิจกรรม ๕ ด้าน คือ (๑) ด้านสังคม (๒) ด้านเศรษฐกิจ (๓) ด้านสุขภาพ (๔) ด้านสภาวะแวดล้อม และ (๕) ด้านการเมืองการปกครอง
๓. คุณลักษณะการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น ๗ ประการ ประกอบด้วย (๑) การสร้างการเรียนรู้ ปัญหาและความต้องการ (เป้าหมายร่วมและผลกระทบ) ของชุมชนท้องถิ่น รวมทั้งการแก้ไขและจัดการ (๒) การมี (สร้าง) กลไก ผลักดันทุกระดับของการจัดการตนเอง (ทำเป็นและเป็นเจ้าของ) (๓) การสร้างคนให้มีขีดความสามารถในการจัดการตนเองได้ (๔) การสร้างการมีส่วนร่วมทุกมิติ และทุกรูปแบบ (๕) การระดมเงินและทรัพยากรเพื่อเป็นทุนโดยเน้นการพึ่งตนเองและความต่อเนื่อง (๖) การมีข้อตกลงร่วม เพื่อสร้างความยั่งยืนและความสัมพันธ์แนวราบ และ (๗) การจัดการความร่วมมือระหว่างองค์กร ภาครัฐและหน่วยงานต่างๆ
๔. เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันวิชาการ องค์กรชุมชน องค์กรภาคประชาสังคม และสำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน (สำนัก ๓) ที่มีเป้าหมายเพื่อร่วมขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นให้น่าอยู่โดยมีบทบาทสำคัญในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน การผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับตำบล เครือข่าย และจังหวัด รวมถึงการขับเคลื่อนและรณรงค์ให้มีการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคืนอำนาจให้ชุมชน





๕. ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน^{๑๔} หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลและพื้นที่ในเขตรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานและองค์กรอื่นๆ ที่มีกระบวนการค้นหาทุนและศักยภาพโดยใช้เครื่องมือวิจัยชุมชน และระบบข้อมูลตำบล มีการระบุชัดเจนถึงทุนที่มีศักยภาพในการทำหน้าที่เป็น “แหล่งเรียนรู้” มีการพัฒนาผู้รู้และแกนนำของแหล่งเรียนรู้ให้มีขีดความสามารถในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันภายในพื้นที่ของตนเองและเครือข่าย มีกระบวนการออกแบบการจัดการเรียนรู้ให้กับเครือข่าย และทำหน้าที่กลไกบริหารจัดการเครือข่ายและกระตุ้นให้เครือข่ายจัดกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อร่วมสร้างประเทศไทยให้น่าอยู่ที่มีการประกาศปฏิญญาร่วมกัน
๖. ศูนย์ประสานงานเครือข่ายเฉพาะประเด็นและจัดการเรียนรู้ (ศปง.) หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลหรือพื้นที่ในเขตรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ ที่มีทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นมีความชำนาญในด้านการพัฒนาเป็นผู้ที่สามารถสรุปและถ่ายทอดความรู้ได้ ทำบทบาทเป็นศูนย์เรียนรู้เฉพาะประเด็น ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ องค์กร หน่วยงาน บุคคลและนักศึกษาที่สนใจ รวมถึงทำหน้าที่เป็นกลไกบริหารจัดการเครือข่ายและการอำนวยความสะดวกให้ขบวนการขับเคลื่อนงานเฉพาะประเด็นสู่การปฏิบัติในพื้นที่
๗. ระบบการจัดการจังหวัดน่าอยู่ หมายถึง การนำใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด ทำหน้าที่เป็นกลไกในการเชื่อมโยงองค์ความรู้จากปฏิบัติการจริงในแต่ละเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัด โดยการร่วมกันขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ปัญหา และมีรูปธรรมการจัดการ อันสอดคล้องกับนโยบายสาธารณะของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่
๘. สถาบันวิชาการ หมายถึง หน่วยงาน องค์กร สถาบัน ที่ทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้และสร้างความรู้ใหม่เพื่อหนุนเสริมการดำเนินงานของศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน ศูนย์ประสานงานเครือข่ายเฉพาะประเด็นและจัดการเรียนรู้ ระบบการจัดการจังหวัดน่าอยู่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย และการดำเนินงานของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ พร้อมทั้งผลักดันกระบวนการกำหนดยุทธศาสตร์ในการสร้างการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย
๙. นโยบายสาธารณะ หมายถึง องค์ความรู้จากปฏิบัติการของ “แหล่งเรียนรู้” ของศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ประมวลและวิเคราะห์กิจกรรมที่ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่โดยชุมชนท้องถิ่น จนเกิดเป็นปฏิญญาเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ของแต่ละภูมิภาค

^{๑๔} แผนหลักปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ ใช้ชื่อว่า “ศูนย์เรียนรู้ด้านการจัดการสุขภาวะสี่มิติ หรือ แม่ข่าย”

และมีข้อตกลงร่วมของเครือข่ายในภาพรวม ซึ่งสมาชิกของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ได้ใช้เป็นแนวทางการขับเคลื่อนของแต่ละพื้นที่ทั้งระดับตำบล เครือข่าย และจังหวัด รวมถึงนโยบาย แห่งรัฐด้วย

๑๐. การจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ^{๗๔} หมายถึง การประเมินและถอดบทเรียน ทบทวนสังคมของพื้นที่ เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลจากปฏิบัติการที่จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพจะอันจะทำให้คนในชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น
๑๑. การพัฒนาศักยภาพ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของชุมชนท้องถิ่นที่สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิด การพัฒนาแนวคิด ความรู้ ทักษะ วิธีการทำงาน และความสามารถในด้านอื่นๆ ภายใต้กระบวนการ และกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การประชุม การฝึกอบรม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสรุปบทเรียน การถอดบทเรียน การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง และการเรียนรู้ข้ามพื้นที่หรือการศึกษาดูงาน เพื่อนำมา ยกระดับการทำงานในพื้นที่และเครือข่าย รวมถึงการเข้ารับการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่แผนสุขภาพะ ชุมชนกำหนดและ สสส. จัดให้
๑๒. ชุดความรู้ หมายถึง ความรู้ที่เกิดจากการถอดบทเรียน การวิจัยและพัฒนา กระบวนการทำงานของ พื้นที่และเครือข่ายในการเพิ่มศักยภาพระบบการจัดการตนเองของพื้นที่สู่การจัดการตนเองของชุมชน ท้องถิ่น เพื่อนำใช้ในการถ่ายทอดให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาพื้นที่และเครือข่ายต่อไป
๑๓. การวิจัยชุมชน หมายถึง การประเมินชุมชนด้วยการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน (Rapid Ethnographic Community Assessment Process : RECAP)^{๗๕} ในการพัฒนาทักษะด้านการ ถอดบทเรียนและการเขียนสรุปข้อมูลทุนทางสังคมและศักยภาพของกลุ่มหรือแหล่งปฏิบัติการ ในพื้นที่ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง โดยการใช้ศักยภาพในการ จัดการปัญหาสู่การจัดการตนเองในระดับพื้นที่ รวมถึงการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงกับองค์กรและ หน่วยงานหนุนเสริมเพื่อเข้ามาเกื้อกูลให้ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองได้ดีขึ้น
๑๔. ระบบข้อมูลตำบล หมายถึง การจัดทำข้อมูลตำบลโดยใช้โปรแกรม (Thailand Community Networking Appraisal Program : TCNAP) ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล ตรวจสอบ ใช้ข้อมูล และเป็นเจ้าของ โดยการสร้างทีมพัฒนาฐานข้อมูลตำบลในการ เก็บรวบรวมข้อมูลและใช้ข้อมูลของชุมชนเพื่อจัดการกับปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิต ของแต่ละชุมชน จนเกิดการพึ่งตนเองและนำไปสู่การพัฒนาตำบลสู่การเป็นตำบลสุขภาวะที่ยั่งยืน

^{๗๔} สำหรับปี ๒๕๖๐ กำหนดไว้ ๗ ประเด็น ประกอบด้วย (๑) การควบคุมการบริโภคยาสูบ (๒) การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลด อุบัติเหตุจราจร (๓) ระบบอาหารชุมชน (๔) การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (๕) การดูแลผู้สูงอายุ (๖) การเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน และ (๗) ระบบการดูแลเด็กปฐมวัยโดยชุมชนท้องถิ่น

^{๗๕} มีการปรับปรุงให้มีการประเมินระดับหมู่บ้านที่ชัดเจนยิ่งขึ้น





๑๕. นวัตกรรม หมายถึง กระบวนการนำใช้ความคิดใหม่ สิ่งประดิษฐ์ใหม่ แนวทางและวิธีการทำงานใหม่ ที่ก่อให้เกิดประโยชน์และผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้เกี่ยวข้อง เช่น การเพิ่มคุณค่า การเพิ่มผลผลิต การเพิ่มผลตอบแทน การเพิ่มคุณภาพ การลดค่าใช้จ่าย การสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและเพิ่มปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น เพื่อใช้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น
๑๖. แหล่งเรียนรู้ หมายถึง แหล่งปฏิบัติการที่เกิดจากการรวมตัว ร่วมคิด ร่วมทำของคนในพื้นที่ที่สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้อันเกิดจากการสรุปบทเรียนของการปฏิบัติจนเกิดเป็นผลดีจริง ซึ่งอาจเกิดจากนโยบายของภาครัฐ องค์กรชุมชน หรือการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรชุมชนกับภาครัฐ รวมถึงองค์ความรู้ที่เป็นภูมิปัญญาของท้องถิ่น ชุมชนคิดเอง มีการเรียนการสอนด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นและก่อให้เกิดการพัฒนาหรือการต่อยอดใช้องค์ความรู้ที่ได้ฝึกอบรมหรือได้รับการถ่ายทอด
๑๗. ทูทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์เชื่อมโยง แลกเปลี่ยนของคนในชุมชนทั้งงาน เงิน และข้อมูล ที่ส่งผลกระทบอันเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการตนเอง ทูทางสังคมแบ่งได้เป็น ๖ ระดับดังนี้
- (๑) **ระดับบุคคลและครอบครัว** หมายถึง คนเก่ง คนสำคัญ ปราชญ์ชาวบ้าน คนที่มีความเชี่ยวชาญ เป็นผู้ได้รับความเคารพนับถือและนึกถึงเมื่อต้องการความช่วยเหลือ คนที่สามารถชี้นำการพัฒนาและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสภาวะแวดล้อม ด้านสุขภาพ และด้านการเมืองการปกครอง รวมถึงคนต้นแบบหรือครอบครัวต้นแบบ
 - (๒) **ระดับกลุ่มทางสังคมและองค์กรชุมชน** หมายถึง กลุ่มทางสังคม (รวมถึงองค์กรชุมชน) ซึ่งเกิดจากการรวมตัวกัน มีเป้าหมายเดียวกัน ทำกิจกรรมร่วมกันจนสามารถช่วยเหลือเกื้อกูลแก้ปัญหาของกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม รวมถึงคนในชุมชนนั้นได้ เช่น กลุ่มอาชีพ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มออมทรัพย์ กองทุนประเภทต่างๆ เป็นต้น ที่มียาน กิจกรรมในด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสภาวะแวดล้อม ด้านสุขภาพ และด้านการเมืองการปกครอง
 - (๓) **ระดับหน่วยงาน** หมายถึง หน่วยงานที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ เป็นได้ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรอิสระ องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร มียานและกิจกรรมทั้งทำเอง ร่วมทำ หรือสนับสนุนในพื้นที่ ทั้งนี้รวมถึงแหล่งประโยชน์ที่เป็นส่วนส่งเสริมการขับเคลื่อนงาน เช่น หอกระจายข่าว ศาลาประชาคม อาคารสถานที่สาธารณะ วัด แหล่งน้ำ ป่าชุมชน เป็นต้น
 - (๔) **ระดับชุมชนหรือหมู่บ้าน (จัดการตนเอง)** หมายถึง ทูทางสังคมทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ระดับกลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชนภายในหมู่บ้านที่มีงานและกิจกรรมโดดเด่นหรือความเชี่ยวชาญในการจัดการตนเองอันเกิดจากงานและกิจกรรมที่สามารถสร้างผลกระทบต่อ ๑๓ กลุ่มประชากร ๗ ประเด็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ

- (๕) ระดับตำบล หมายถึง ทูทางสังคมทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ระดับกลุ่มทางสังคม องค์กร ชุมชน ที่มีลักษณะการทำงานที่คล้ายคลึงกัน มีการเชื่อมประสาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้งานและ กิจกรรมไม่ว่าด้านเทคนิค วิชาการ ข้อมูลและเงินทุน ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างหมู่บ้านอย่างน้อย ๒ หมู่บ้านขึ้นไป
- (๖) ระดับเครือข่าย หมายถึง ทูทางสังคมทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ระดับกลุ่มทางสังคม องค์กร ชุมชน ที่มีลักษณะการทำงานคล้ายคลึงกันและมีการเชื่อมประสาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้งานและ กิจกรรมไม่ว่าด้านเทคนิค วิชาการ ข้อมูลและเงินทุน ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างตำบลอย่างน้อย ๒ ตำบล ขึ้นไป
๑๘. วิทยากรชุมชน หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ของตำบลที่มีความรู้อันอาจเกิดจากการสั่งสมหรือได้รับการ ถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น และมีการปฏิบัติได้จริง สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ที่มีอยู่ให้กับตำบล เครือข่ายที่มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
๑๙. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง หมายถึง บุคคลผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ เป็นผู้นำเชิงความคิดของชุมชน ท้องถิ่นที่มีความคิดริเริ่ม สามารถสร้างปฏิบัติการให้เกิดผลได้จริง โดยได้รับการยอมรับและศรัทธา จากคนในพื้นที่และจากบุคคลทั่วไปเพื่อพัฒนาต่อยอดและประยุกต์ใช้ในพื้นที่
- นิยามเชิงปฏิบัติการดังกล่าวนี้ นำไปสู่กระบวนการดำเนินแผนสุขภาวะชุมชน ในปี ๒๕๖๐ อย่างเป็น รูปธรรม และแสดงลักษณะบูรณาการสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแผนปฏิบัติการจริงอย่างชัดเจน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทเรียนการจัดการตนเองหรือหน่วยงาน และองค์กรที่มีประสบการณ์ในการจัดการเครือข่าย รวมถึงมีขีดความสามารถในการจัดการเรียนรู้ ได้ทำหน้าที่เป็น “ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน” และ “ศูนย์ประสานงานเครือข่ายเฉพาะประเด็น และจัดการเรียนรู้”
๒. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครใจเข้าร่วมเรียนรู้กับศูนย์จัดการ เครือข่ายสุขภาวะชุมชนได้พัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาวะชุมชนที่แสดงรูปธรรมของ การจัดการตนเอง การจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ และการลดปัญหาทางสุขภาพได้





๓. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการรวมตัวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานและองค์กรประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและองค์กรชุมชนในจังหวัดเดียวกันขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ^{๘๑} เพื่อสุขภาพระดับจังหวัดและร่วมขับเคลื่อนจังหวัดน่าอยู่
๔. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้สถาบันวิชาการดำเนินการวิจัยร่วมกับชุมชนท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาเฉพาะและพัฒนาแนวทางใหม่ๆ ในการจัดการสุขภาวะชุมชน รวมถึงการนำความรู้จากการวิจัยไปประยุกต์ใช้ได้ในพื้นที่อื่น
๕. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาทักษะและขีดความสามารถบุคลากรของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการตนเองและพัฒนากระบวนการที่นำไปใช้ในกระบวนการจัดการตนเอง การกำหนดเป้าหมายการพัฒนาสุขภาวะและการลดปัญหาทางสุขภาพของประชาชนในพื้นที่
๖. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือประเมินความก้าวหน้าความเข้มแข็งของชุมชนและการจัดการสุขภาวะโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้นำใช้และบูรณาการเข้าสู่ระบบการทำงานในระดับองค์กรและกลุ่มทางสังคม

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน จำนวนไม่น้อยกว่า ๘ แห่ง ทำหน้าที่เป็นกลไกในการสร้างการเรียนรู้และการพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชนของสมาชิกในเครือข่ายไม่น้อยกว่า ๒๐ ตำบล^{๘๒}
๒. เกิดศูนย์ฝึกอบรม ด้านการใช้เครื่องมือการวิจัยชุมชน^{๘๓} และด้านการพัฒนาระบบข้อมูลตำบล^{๘๔} ที่มีความเชี่ยวชาญในการนำใช้ข้อมูลในการพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชนและมีการบูรณาการเข้าสู่แผนพัฒนาชุมชนท้องถิ่นทั้งระยะสั้นและระยะกลาง จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐ แห่ง
๓. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๐๐ แห่ง ร่วมกับภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการและภาคยุทธศาสตร์ ประมวลความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติและสอบทานกับหลักฐานทางวิชาการเพื่อกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ขับเคลื่อนโดยชุมชนท้องถิ่น และขึ้นำการกำหนดนโยบายระดับจังหวัดและประเทศ

^{๘๑} นโยบายสาธารณะ ประกอบด้วย ๘ ประเด็น (๑) ด้านการบริหารจัดการท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม (๒) ด้านการจัดสวัสดิการสังคมโดยชุมชน (๓) ด้านเกษตรกรรมยั่งยืน (๔) ด้านการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (๕) ด้านการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน (๖) ด้านการดูแลสุขภาพชุมชนโดยชุมชน (๗) ด้านการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนท้องถิ่น และ (๘) การลงทุนด้านสุขภาพโดยชุมชน รวมถึงนโยบายรัฐบาลและคณะรักษาความสงบแห่งชาติ

^{๘๒} ตำบล หมายถึง พื้นที่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานและองค์กร

^{๘๓} Rapid Ethnographic Community Assessment Process : RECAP

^{๘๔} Thailand Community Network Appraisal Program : TCNAP

๔. เกิดระบบการจัดการจังหวัดนำอยู่จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ จังหวัด^{๔๔} จากการทำงานร่วมกันของเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด
๕. มีสถาบันทางวิชาการ จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ แห่ง ดำเนินการวิจัยร่วมกับชุมชนท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาเฉพาะพื้นที่และค้นหาแนวทางใหม่ในการจัดการปัญหาและการเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการสุขภาวะชุมชน รวมทั้งความรู้จากการวิจัยนำไปประยุกต์ใช้ได้ในพื้นที่อื่น
๖. มีบุคลากร^{๔๕} ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน และบุคลากรของหน่วยงานในพื้นที่ที่มีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาวะชุมชนและสนับสนุนการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ตนเองและเครือข่าย จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ คน
๗. ใช้ตัวชี้วัดชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งในพื้นที่นำร่อง จำนวนไม่น้อยกว่า ๔๐ ตำบล ตามข้อตกลงร่วมกันของกรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) ที่ครอบคลุมพื้นที่เป้าหมายของทั้งสององค์กร^{๔๖}
๘. ขุดความรู้ที่เป็นคู่มือ หลักสูตร เครื่องมือทางวิชาการ และแนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนได้เผยแพร่และใช้ประโยชน์จากสถาบันวิชาการและภาคยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สนใจ

ตัวชี้วัดร่วม^{๔๗}

การดำเนินงานของแผนสุขภาวะชุมชนตามตัวชี้วัดร่วมที่กำหนดไว้ในแผนหลัก สสส. ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ได้บรรลุเป้าหมายในปี ๒๕๕๙ แล้ว อย่างไรก็ดี แผนสุขภาวะชุมชนจะใช้ช่วงเวลาของปี ๒๕๖๐ ทบทวนกระบวนการและผลลัพธ์ตามแนวทางการบูรณาการภายใน สสส. เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการดำเนินงานของแผนหลัก สสส. ในช่วงสามปีถัดไป รวมถึงการกำหนดตัวชี้วัดร่วมที่มีแนวโน้มที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากตัวชี้วัดหลักในช่วงที่ผ่านมา

ดังที่กล่าวมาข้างต้น ทั้งแนวนโยบายรัฐบาลและคณะรักษาความสงบแห่งชาติ และคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่มอบให้ สสส. บูรณาการงานด้านการส่งเสริมสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น แผนสุขภาวะชุมชนจึงได้ร่วมกับแผนอื่นภายใน สสส. และหน่วยงานขับเคลื่อนนโยบายรัฐบาลและคณะรักษาความสงบแห่งชาติ แผนสุขภาวะชุมชน จึงกำหนดตัวชี้วัดร่วมเพิ่มเติม

^{๔๔} ข้อมูลการกระจายตัวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย โดยจังหวัดที่มีจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย ที่มีแนวโน้มมากกว่าร้อยละ ๘๐ และหรือเป็นข้อตกลงร่วมของภาคยุทธศาสตร์ของแผนสุขภาวะชุมชน และแผนอื่นๆ ของ สสส.

^{๔๕} เป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการบูรณาการภายในแผนสุขภาวะชุมชน

^{๔๖} ปี ๒๕๕๙ ได้ชุดตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งที่จะนำไปใช้ในต่อไป ๒๕๖๐ และมีการเผยแพร่ในวงกว้าง

^{๔๗} แผนสุขภาวะชุมชนประสานกันกับแผนอื่นๆ ใน สสส. เพื่อหารือและตกลงร่วมกัน ในการนำชุดความรู้ พื้นที่ดำเนินการ กลุ่มเป้าหมายและบทเรียนจากการดำเนินงานที่ดีของแต่ละแผนมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน





แผนสุขภาวะชุมชน ได้กำหนดตัวชี้วัดร่วมไว้ดังนี้

๑. ยกระดับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ แห่ง ที่บริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีพื้นฐานจากบทเรียนจากการจัดการตนเองและมีขีดความสามารถในการจัดการเรียนรู้ร่วมกับเครือข่ายตามความเชี่ยวชาญเฉพาะ
๒. เกิดศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ จำนวนไม่น้อยกว่า ๕๐ แห่ง โดยจัดทำเป็นข้อตกลงระหว่างสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๓. เกิดศูนย์เรียนรู้ด้านการพัฒนาระบบการดูแลเด็กปฐมวัยโดยชุมชนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐ แห่ง ที่มีความพร้อมในการจัดการเรียนรู้และขยายผลให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นสมาชิกของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่และที่สนใจ โดยการทำงานประสานกับแผนสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว
๔. เกิดนวัตกรรมจัดการสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา (area-based development) ในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แห่ง ประกอบด้วย ประเด็นการควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดอุบัติเหตุจราจร และการจัดการอาหารเพื่อสุขภาพ
๕. เกิดการขยายผลนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเด็กและเยาวชน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่นำนวัตกรรมไปปรับใช้ในพื้นที่ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แห่ง
๖. ทบทวนชุดความรู้การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและการเพิ่มปัจจัยส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา และนำไปประยุกต์ใช้ขยายผลสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สนใจ
๗. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ร่วมรณรงค์ตามวาระต่างๆ ของ สสส. และระเบียบวาระตามนโยบายรัฐบาล รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์ที่ดำเนินการโดยแผนสุขภาวะชุมชน

แนวทางการดำเนินงาน

๑. พัฒนากลไกจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน โดยการสนับสนุนให้เกิดศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน ศูนย์ประสานงานเฉพาะประเด็นและจัดการเรียนรู้ ระบบการจัดการจังหวัดนำอยู่ในการดำเนินงานและสร้างกิจกรรม^{๔๔} อันจะนำไปสู่การจัดการสุขภาวะชุมชน
๒. พัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชนตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา โดยให้ความสำคัญกับการสร้างแนวคิดและวิธีการใหม่ๆ ในการจัดการสุขภาวะชุมชนที่ดำเนินการโดยชุมชนท้องถิ่นเอง และมีการใช้จนเป็นวิธีการดูแลสุขภาพ รวมถึงการขยายผลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่และที่สนใจ
๓. สร้างความร่วมมือระหว่างสถาบันวิชาการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานและองค์กรในการจัดการความรู้จากปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่นและการวิจัยเพื่อสอบถามกับผู้ชำนาญการในเรื่องนั้นๆ เพื่อให้ได้ความรู้ที่แท้จริงและใช้ในกระบวนการจัดการสุขภาวะชุมชน
๔. เสริมสร้างศักยภาพและเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการจัดการสุขภาวะชุมชนอย่างมืออาชีพ โดยเฉพาะการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและการลดปัญหาสุขภาพ รวมถึงการมีทักษะในการพัฒนาวิธีการใหม่และบูรณาการเข้าสู่มาตรฐานการปฏิบัติงานขององค์กร
๕. ประสานและพัฒนาเป้าหมายร่วมกับหน่วยงานขับเคลื่อนนโยบายในส่วนกลาง โดยจัดทำเป็นข้อตกลงความร่วมมือหรือบันทึกความร่วมมือในการขับเคลื่อนนโยบายรัฐบาลสู่การปฏิบัติในพื้นที่
๖. พัฒนาแนวทางการสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ด้านการขับเคลื่อนและรณรงค์ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมกับชุมชนท้องถิ่น โดยมีการเชื่อมโยงกับการรณรงค์ตามระเบียบวาระของประเทศผ่านการร่วมมือกับสำนักใน สสส. ที่รับผิดชอบระเบียบวาระการรณรงค์และฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม

กลุ่มแผนงาน

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

^{๔๔} การดำเนินงานและสร้างกิจกรรม ประกอบด้วย (๑) การจัดทำระบบข้อมูล (๒) การจัดการเรียนรู้ (๓) การกำหนดประเด็น/เรื่อง (๔) การพัฒนาระบบการสื่อสารของชุมชน (๕) การพัฒนาศักยภาพคนทำงาน และ (๖) การสร้างวัฒนธรรมการทำงานใหม่สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น





๑. แผนงานสนับสนุนการจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน

เป็นการสนับสนุนให้เกิดศูนย์การจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน ยกกระตือรือร้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ และพัฒนากลไกการจัดการจังหวัดนำร่องเพื่อทำหน้าที่ ๓ ประการ คือ (๑) สร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของผู้นำชุมชนท้องถิ่นทั้งในชุมชนและเครือข่าย (๒) เป็นกลไกการขับเคลื่อน และจัดการเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นนำอยู่และบูรณาการข้ามเครือข่าย (๓) สร้างและพัฒนานวัตกรรม การจัดการสุขภาวะชุมชนโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

- (๑) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานและองค์กรที่ทำหน้าที่เป็น “ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน” ดำเนินการวิจัยชุมชนในการค้นหาทุนทางสังคมและศักยภาพของพื้นที่ ประมวลทุนทางสังคม และศักยภาพให้เป็นระบบของการจัดการสุขภาวะชุมชนของพื้นที่ สำหรับการปฏิบัติจริงของพื้นที่ที่มีความชัดเจนของแนวคิดหรือหลักการสำคัญ วิธีการ และการจัดการปัจจัยที่จำเป็นในการพัฒนาได้ จะถูกนำมาเป็น “แหล่งเรียนรู้” ที่ใช้กระตุ้นการเรียนรู้ร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย เช่น การจัดการคนที่เป็นผู้นำและผู้ปฏิบัติ การจัดการงานและกิจกรรมของแหล่งเรียนรู้ การจัดทำระบบข้อมูลและความรู้เพื่อใช้ในการออกแบบการดำเนินงาน การจัดการความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกับแหล่งเรียนรู้อื่น การบูรณาการกับเครือข่าย หน่วยงาน หรือองค์กรที่มาหนุนเสริม และการระบุถึงผลลัพธ์และผลกระทบจากปฏิบัติการของแหล่งเรียนรู้ในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและเพิ่มปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ
- (๒) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นนำอยู่วิเคราะห์ให้เห็นความชำนาญเฉพาะที่เป็นทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนท้องถิ่น และยกระดับเป็น “ศูนย์ประสานงานเฉพาะประเด็นและจัดการเรียนรู้^{๙๐}” ที่ทำหน้าที่จัดการเรียนรู้ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายที่มีความโดดเด่นในเรื่องนั้นๆ และร่วมกันพัฒนาให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย โดยเน้นการพัฒนานวัตกรรม
- (๓) ทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายมีการจัดทำระบบข้อมูลตำบลให้เป็นเครื่องมือในการสร้าง การเรียนรู้ สร้างการมีส่วนร่วม และสร้างความเป็นเจ้าของ ในกระบวนการกำหนดเป้าหมายร่วมและ กำหนดแนวทางการพัฒนาที่มาจากฉันทมติของสมาชิกในชุมชนท้องถิ่น ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เกิด วัฒนธรรมการใช้ข้อมูลของประชาชน ผู้นำทุกประเภททุกระดับในชุมชนท้องถิ่น โดยศูนย์จัดการ เครือข่ายสุขภาวะชุมชนจะต้องมีขีดความสามารถในการทำหน้าที่เป็น “ศูนย์ฝึกอบรมด้านการพัฒนา ระบบข้อมูลตำบล และการวิจัยชุมชน”
- (๔) ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนจัดทำหลักสูตรการเรียนรู้ร่วมกับเครือข่ายโดยการประมวลและ วิเคราะห์ข้อมูลให้เป็นกลุ่มของแหล่งเรียนรู้ที่มีแนวคิดและหลักการที่มีเป้าหมายเดียวกันอยู่ในกลุ่ม

^{๙๐} ดำเนินการร่วมกับแผนงานพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชนตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา

เดียวกัน จึงนำมาออกแบบเป็นหลักสูตรการเรียนรู้ที่สามารถกระตุ้นและสร้างความเข้าใจให้กับ ผู้นำชุมชนท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย รวมถึงมีการจัดสภาพแวดล้อม ให้เหมาะสมแก่การเรียนรู้อย่างมีพลัง โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและแรงบันดาลใจของ ผู้นำชุมชนท้องถิ่นในการขับเคลื่อนการพัฒนาพื้นที่ของตนเอง และมีการนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ จากศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนเอง

- (๕) ทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายจัดทำหลักสูตรการเรียนรู้ภายใน โดยใช้ข้อมูลจากการวิจัย ชุมชนและข้อมูลจากระบบข้อมูลตำบลเป็นสาระในการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสม โดยออกแบบ แนวทางการเรียนรู้ที่นำประสบการณ์แต่ละแหล่งเรียนรู้ของศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน มาเป็นตัวเทียบเคียง (Benchmark)
- (๖) ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายจัดทำข้อตกลงร่วมกัน ที่จะขับเคลื่อนประเด็นเด่นระดับเครือข่าย จำนวนไม่น้อยกว่า ๓ ประเด็น ตามที่ได้ร่วมกันประกาศ ปฏิญญาของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ในเดือนมีนาคมของทุกปี โดยแต่ละองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานและองค์กรจะต้องนำสู่ปฏิบัติการจริงในพื้นที่ รวมถึงบูรณาการ เข้าสู่งานประจำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานและองค์กรในพื้นที่
- (๗) พัฒนาศักยภาพ ๕ นักสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนด้วยการจัดทำหลักสูตรการพัฒนาทักษะในงานประจำ และจัดทำหลักสูตรเฉพาะเพื่อเพิ่มขีดความสามารถเฉพาะ โดยการทำงานร่วมกับสถาบันวิชาการ รวมถึงการรวมตัวเป็นเครือข่ายของแต่ละนักสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนให้เป็นกลไกจัดการความรู้ การบูรณาการกับภาคยุทธศาสตร์ และร่วมขับเคลื่อนนโยบายระดับเครือข่าย จังหวัด และประเทศ
- (๘) มีการรวมตัวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายที่อยู่ในจังหวัดเดียวกันและเชื่อมโยงการทำงาน ร่วมกับภาคร่วมพัฒนา ทั้งภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด โดยใช้ข้อมูลและรูปธรรมการจัดการตนเองเป็นพื้นฐานในการกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนการจัดการ สุขภาวะในภาพรวมของจังหวัด โดยให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะตามปฏิญญา ของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ที่ได้ประกาศร่วมกัน รวมถึงการตอบสนองต่อการปฏิรูป ประเทศไทยและการปฏิรูปกฎหมายที่เกี่ยวกับการกระจายอำนาจ
- (๙) สนับสนุนให้มีการพัฒนากลไกและระบบการจัดการระดับจังหวัด ที่มีบทบาทในการเชื่อมโยงงานและ กิจกรรมกับพื้นที่ตำบลในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะที่ให้ความสำคัญกับการนำใช้ทุนและ ศักยภาพของพื้นที่และบูรณาการกับทุนจากภายนอก อันนำไปสู่การจัดการสุขภาวะเฉพาะประเด็น ระดับเครือข่ายและจังหวัด





เป้าหมายและตัวชี้วัด

- (๑) เกิดศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน จำนวน ๘ แห่ง ทำหน้าที่เป็นกลไกในการสร้างการเรียนรู้และการพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชนของสมาชิกในเครือข่ายไม่น้อยกว่า ๒๐ ตำบล
- (๒) เกิดศูนย์ฝึกอบรมด้านการใช้เครื่องมือการวิจัยชุมชนและด้านการพัฒนาระบบข้อมูลตำบล ที่มีความเชี่ยวชาญในการนำใช้ข้อมูลในการพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะชุมชนและมีการบูรณาการเข้าสู่แผนพัฒนาชุมชนท้องถิ่นทั้งระยะสั้นและระยะกลาง จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐ แห่ง
- (๓) มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๗๐๐ แห่ง ร่วมกับภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และภาคยุทธศาสตร์ ประมวลความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติและสอบทานกับหลักฐานทางวิชาการ เพื่อกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ขับเคลื่อนโดยชุมชนท้องถิ่น และขึ้นำการกำหนดนโยบายระดับจังหวัดและประเทศ
- (๔) เกิดระบบการจัดการจังหวัดน่าอยู่ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ จังหวัด^{๙๙} จากการทำงานร่วมกันของเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด

๒. แผนงานพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา

เป็นการสนับสนุนความคิดและวิธีการใหม่ๆ ในการจัดการสุขภาวะชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ๑๐ ปีของ สสส. และนโยบายของคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จึงกำหนดเป้าหมายในการสนับสนุนเพื่อพัฒนานวัตกรรมจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การดูแลสุขภาพ กลุ่มประชากรเฉพาะ และองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการถอดบทเรียนจากนวัตกรรมและประมวลเป็นชุดความรู้เพื่อนำใช้ในการขยายฐานผู้รับประโยชน์และบูรณาการเข้าสู่กระบวนการดำเนินงานปกติของชุมชนท้องถิ่น โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

- (๑) สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ร่วมกับสถาบันวิชาการ ดำเนินงาน ๒ กิจกรรม ประกอบด้วย (๑) วิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยชุมชนและระบบข้อมูลตำบล เพื่อนำใช้ในการออกแบบงานและกิจกรรมในการจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ และ (๒) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อประมวลบทเรียนเป็นชุดความรู้ที่ขยายผลในเครือข่ายและข้ามเครือข่าย รวมถึงบูรณาการเข้าสู่กระบวนการและขั้นตอนในการจัดทำแผนพัฒนาของภาคร่วมพัฒนาในพื้นที่
- (๒) สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ร่วมกับผู้บริหารองค์กรในพื้นที่ใช้ข้อมูลจากการวิจัยชุมชนและระบบข้อมูลตำบลประกอบการปรึกษาหารือ เพื่อกำหนดแนวทางและออกแบบกิจกรรมที่จะทำให้เกิดนวัตกรรมองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีสถาบัน

^{๙๙} ข้อมูลการกระจายตัวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย โดยจังหวัดที่มีจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย ที่มีแนวโน้มมากกว่าร้อยละ ๘๐ และหรือเป็นข้อตกลงร่วมของภาคยุทธศาสตร์ของแผนสุขภาวะชุมชน และแผนอื่นๆ ของ สสส.

วิชาการ^{๙๒} ร่วมจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประมวลบทเรียนเป็นชุดความรู้เพื่อใช้ในการขยายผลภายในเครือข่ายและข้ามเครือข่าย รวมถึงบูรณาการเข้าสู่กระบวนการและขั้นตอนในการจัดทำแผนพัฒนาพื้นที่ของภาคีร่วมพัฒนาในพื้นที่

- (๓) ประสานความร่วมมือกับแผนอื่นของ สสส. ภาควิทยาศาสตร์ และสถาบันวิชาการ ในการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีกลไกการจัดการความรู้และสร้างเครื่องมือสำหรับการจัดการเรียนรู้โดยมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาวัตกรรมการจัดการสุขภาวะชุมชนที่มีรูปธรรมของการปฏิบัติรวมถึงการพัฒนาเป็นเครื่องมือทางวิชาการและคู่มือการบูรณาการโดยองค์กรและหน่วยงานสามารถนำไปปรับใช้ในการส่งเสริมการทำงานบูรณาการและสร้างวัฒนธรรมการทำงานขององค์กรที่คำนึงถึงสุขภาพในทุกกิจกรรม
- (๔) ประสานและพัฒนาเป้าหมายร่วมกับหน่วยงานขับเคลื่อนนโยบายในส่วนกลาง โดยจัดทำเป็นข้อตกลงความร่วมมือหรือบันทึกความร่วมมือในการขับเคลื่อนนโยบายรัฐบาลสู่การปฏิบัติในพื้นที่

เป้าหมายและตัวชี้วัด

- (๑) ยกระดับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ แห่ง ที่บริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีพื้นฐานจากบทเรียนจากการจัดการตนเองและมีขีดความสามารถในการจัดการเรียนรู้ร่วมกับเครือข่ายตามความเชี่ยวชาญเฉพาะ
- (๒) เกิดศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ จำนวนไม่น้อยกว่า ๕๐ แห่ง โดยจัดทำเป็นข้อตกลงระหว่างสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (๓) เกิดศูนย์เรียนรู้ด้านการพัฒนาระบบการดูแลเด็กปฐมวัยโดยชุมชนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐ แห่ง ที่มีความพร้อมในการจัดการเรียนรู้และขยายผลให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นสมาชิกของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่และที่สนใจ โดยการทำงานประสานกับแผนสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว
- (๔) เกิดนวัตกรรมจัดการสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา ในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แห่ง ประกอบด้วย ประเด็นการควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดอุบัติเหตุจราจร และการจัดการอาหารเพื่อสุขภาพ
- (๕) เกิดการขยายผลนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเด็กและเยาวชน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ นำนวัตกรรมไปปรับใช้ในพื้นที่ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แห่ง

^{๙๒} ดำเนินการร่วมกับแผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และสร้างองค์ความรู้





- (๖) ทบทวนชุดความรู้การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและการเพิ่มปัจจัยส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา และนำไปประยุกต์ใช้ขยายผลสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สนใจ
- (๗) มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ร่วมรณรงค์ตามวาระต่างๆ ของ สสส. และการเข้าร่วมกิจกรรมของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

๓. แผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และสร้างองค์ความรู้

เป็นการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือกันของนักวิชาการจากสถาบันวิชาการกับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย และกลไกการจัดการจังหวัดน่าอยู่ ด้วยการถอดบทเรียนปฏิบัติการจริง การวิจัยและพัฒนากระบวนการทำงานของพื้นที่และเครือข่ายในการเพิ่มศักยภาพระบบการจัดการสุขภาวะชุมชนของพื้นที่ การตอบสนองปัญหาและความจำเป็นของพื้นที่ ผลลัพธ์การจัดการตนเองของพื้นที่สู่การเพิ่มขีดความสามารถการพัฒนาสุขภาวะของชุมชนท้องถิ่น เพื่อนำใช้ในการถ่ายทอดให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาพื้นที่และเครือข่าย ใน ๔ ลักษณะ คือ

- (๑) การอธิบายสถานะการจัดการตนเอง (self-management profile) ของชุมชนท้องถิ่นเพื่อจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในระดับตำบลและระดับจังหวัด ที่แสดงการเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์ของการจัดการตนเองโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานและองค์กรเป็นกลไกการจัดการ กระบวนการและวิธีการจัดการตนเองขององค์กรชุมชน ภาคประชาชน หน่วยงานรัฐในพื้นที่ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการสุขภาวะของชุมชนท้องถิ่น
- (๒) การพัฒนาเครื่องมือ (tools) ในการเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการตนเองให้กับชุมชนท้องถิ่นและสถาบันวิชาการในรูปแบบของ คู่มือ แนวทาง รูปแบบและวิธีการทำงาน หลักสูตรการเพิ่มทักษะสำหรับผู้นำข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างงานใหม่ ตลอดจนเครื่องมือการวิจัยที่ได้รับการตรวจสอบตามหลักวิชาการแล้ว ได้แก่ แบบสำรวจ แบบวัด วิธีการและขั้นตอนการวิจัยชุมชน วิธีการสังเคราะห์ข้อมูลจากปฏิบัติการจริงในพื้นที่ให้เป็นข้อความรู้ที่สามารถเทียบเคียงกับสากลได้ และระบบข้อมูล เป็นต้น
- (๓) การสรุปรูปธรรม (techniques and methods) ของระบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นจากนวัตกรรมในเรื่องต่างๆ องค์กรต่างๆ และระดับต่างๆ ครอบคลุมการจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในโครงการจัดการพื้นที่ระดับตำบลและระดับจังหวัด
- (๔) การพัฒนาแนวทางที่เป็นไปได้ในการสนับสนุนการทำงานร่วมกันและความร่วมมือ (partnership building) ของผู้นำการเปลี่ยนแปลงจากชุมชนท้องถิ่น สถาบันวิชาการ และองค์กรภาคยุทธศาสตร์

โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

- (๑) สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างสถาบันวิชาการกับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย และกลไกการจัดการจังหวัดนำอยู่ในการกำหนดโจทย์ และทำการวิจัยและพัฒนาระบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นเพื่อการจัดการสุขภาวะชุมชน ในมิติต่างๆ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน
- (๒) สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างสถาบันวิชาการ กับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย และกลไกการจัดการจังหวัดนำอยู่ในการกำหนดตัวชี้วัด สถานะการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น การเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์ของการจัดการตนเอง จนสามารถสังเคราะห์เป็นนิยามอันเกิดจากปฏิบัติการจริงของวาทกรรม “ตำบลนำอยู่ จังหวัดนำอยู่” และ “ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น”
- (๓) สนับสนุนและส่งเสริมสถาบันวิชาการให้พัฒนาวิธีการและขั้นตอนการทำงานวิชาการและการจัดการความรู้ อันเกิดขึ้นในระบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น จนสามารถสรุปเป็นแนวทาง คู่มือ หลักสูตรและบทเรียน และนำไปใช้ในการเพิ่มสมรรถนะนักวิชาการชุมชนท้องถิ่นได้
- (๔) สนับสนุนและส่งเสริมนักวิชาการชุมชนท้องถิ่นให้จับคู่ทำงานวิจัยและพัฒนาร่วมกับนักวิชาการจากสถาบันวิชาการ ในการวิจัยเพื่อนำใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนในการขับเคลื่อนการยกระดับงานในประเด็นเฉพาะที่เชี่ยวชาญ
- (๕) สนับสนุนและส่งเสริมสถาบันวิชาการให้ทำงานร่วมกับผู้นำการเปลี่ยนแปลงในชุมชนท้องถิ่น เพื่อสังเคราะห์ผลของการนำใช้คู่มือ แนวทาง รูปแบบ วิธีการ ขั้นตอนการทำงานในการจัดการปัจจัยทางสังคมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในกลุ่มประชากรเฉพาะ ในองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ และคัดสรรส่วนที่ได้ผลดีจริงมาพัฒนาเป็นแนวทางการทำงานและหลักสูตรสำหรับเพิ่มสมรรถนะผู้นำกลุ่มต่างๆ
- (๖) สนับสนุนและส่งเสริมสถาบันวิชาการในกำหนดแนวทางการจัดการเรียนรู้และการฝึกอบรมร่วมกับชุมชนท้องถิ่น โดยเป็นหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นจากปฏิบัติการจริงของระบบการจัดการสุขภาวะชุมชน และมีการวิเคราะห์ผลการใช้หลักสูตรดังกล่าวเพื่อปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
- (๗) สนับสนุนและส่งเสริมสถาบันวิชาการ ให้มีการสังเคราะห์รูปธรรม และนวัตกรรมในเรื่องต่างๆ และระดับต่างๆ องค์กรสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ ในพื้นที่ ครอบคลุมการจัดการตนเองเพื่อการจัดการปัจจัยทางสังคมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ให้เป็นความรู้ทั่วไปที่นำไปใช้ในการขยายจำนวนผู้รับประโยชน์ทั้งเชิงพื้นที่และขยายผลวงกว้างโดยการพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย รวมถึงบูรณาการการทำงานกับภาคยุทธศาสตร์หรือภาครัฐที่ผูกเข้าเป็นภารกิจประจำของหน่วยงานและการรณรงค์





- (๘) จัดให้มีการติดตาม กำกับ และประเมินผล ตามหลักเกณฑ์ที่ สสส. กำหนด และสนับสนุนให้มีการสังเคราะห์ผลจากการประเมินระดับโครงการ พัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานของแผนสุขภาวะชุมชนในช่วงต่อไป รวมถึงการใช้ระบบข้อมูลตำบลในการพัฒนาตัวชี้วัดการจัดการสุขภาวะชุมชนและตัวชี้วัดชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง

เป้าหมายและตัวชี้วัด

- (๑) สถาบันวิชาการ จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ แห่ง มีการดำเนินการวิจัยร่วมกับชุมชนท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาเฉพาะพื้นที่และค้นหาแนวทางใหม่ในการจัดการปัญหาและสังเคราะห์ความรู้ที่เกิดขึ้นให้เป็นทางเลือกในการไปใช้ในพื้นที่อื่นได้
- (๒) ทบทวนชุดความรู้เพื่อพัฒนานวัตกรรมอันเป็นผลจากกระบวนการวิจัยและพัฒนาโดยใช้พื้นที่เป็นฐานและเมืองคึกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกการขับเคลื่อน ที่แสดงโอกาสและแนวทางการยกระดับการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบและมีรูปแบบการดำเนินงานที่วัดการเปลี่ยนแปลงได้ ครอบคลุมการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรเฉพาะ และองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ
- (๓) ทบทวนชุดความรู้การพัฒนาระบบการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น เพื่อลดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ที่เกิดจากการสังเคราะห์จากปฏิบัติการจริงและการสอบถามในพื้นที่เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ จนสามารถใช้เป็นความรู้ทั่วไปได้ที่ผ่านการพัฒนาเป็นนิยามและตัวชี้วัด เครื่องมือเพิ่มขีดความสามารถ รูปแบบแนวทางของระบบการจัดการตนเอง และแนวทางการพัฒนาความร่วมมือขององค์กรในพื้นที่และองค์กรภาคยุทธศาสตร์
- (๔) เกิดนักวิชาการชุมชนท้องถิ่นที่ได้รับการเพิ่มขีดความสามารถด้านการวิจัยและพัฒนาโดยใช้พื้นที่เป็นฐานในการขับเคลื่อนและการยกระดับงานในประเด็นเฉพาะที่เชี่ยวชาญ
- (๕) ทบทวนแนวทางใหม่ของการจัดการหลักสูตรที่มีกระบวนการเรียนรู้โดยเอาพื้นที่เป็นตัวตั้งและมีชุมชนท้องถิ่นเป็นหน่วยหลักในการจัดกิจกรรมเรียนการสอนร่วมกับสถาบันวิชาการ
- (๖) เกิดคู่ความร่วมมือ (cooperating partners) ระหว่างสถาบันวิชาการ กับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะในการวิจัยและพัฒนาเพื่อใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนในการขับเคลื่อนการยกระดับงานในประเด็นเฉพาะที่เชี่ยวชาญ จนขยายผลสู่การพัฒนาเป็นข้อเสนอนโยบายสาธารณะ
- (๗) เกิดเครือข่ายนักวิชาการชุมชนท้องถิ่นที่มีความสามารถในการทำวิจัยและพัฒนานวัตกรรมตลอดจนการสังเคราะห์ข้อมูลและจัดการความรู้เพื่อการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น
- (๘) เกิดเครือข่ายสถาบันวิชาการและภาคยุทธศาสตร์ที่หนุนเสริมการทำงานวิชาการและจัดการความรู้ของเครือข่ายนักวิชาการชุมชนท้องถิ่น

๔. แผนงานพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการเปลี่ยนแปลง

เป็นการพัฒนาทรัพยากรบุคคลที่เป็นทุนทางสังคมสำคัญในการสร้างการเปลี่ยนแปลงไปสู่ “ชุมชนสุขภาวะ ตำบลน่าอยู่ จังหวัดน่าอยู่” โดยมีกระบวนการดำเนินการที่เน้นการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะสำหรับผู้นำการเปลี่ยนแปลงในเรื่องและระดับต่างๆ ที่ได้รับการคัดสรรเข้ามาเรียนรู้เพื่อการพัฒนาตนเอง พัฒนางานในพื้นที่หรือองค์กรตนเอง การสร้างระบบการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายเพื่อสานพลังและเรียนรู้ร่วมกัน และมีบทบาทในการผลักดันนโยบายที่เอื้อต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นและการจัดการสุขภาวะชุมชน โดยมีกิจกรรมสำคัญ ๓ ประการ ดังนี้

- (๑) การจัดทำหลักสูตรเฉพาะสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ โดยกิจกรรมในหลักสูตรประกอบด้วย การฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนท้องถิ่นควบคู่กับการเรียนรู้ทฤษฎีและหลักวิชาการที่เกี่ยวข้อง
- (๒) การจัดกิจกรรมจัดการความรู้สำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เพื่อพัฒนาทักษะในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลทั้งด้านคุณภาพและปริมาณโดยเชื่อมโยงกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะร่วมของแต่ละเครือข่ายและปฏิญญาของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่
- (๓) การพัฒนาชุดความรู้ในรูปแบบของคู่มือและแนวทางที่เข้าใจง่ายสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ โดยเน้นชุดความรู้เพื่อการจัดการสุขภาวะชุมชน การพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานการพัฒนาและแนวทางทุกนโยบายเพื่อสุขภาวะ รวมถึงชุดความรู้การจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นและชุดความรู้ด้านการรณรงค์

โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

- (๑) ส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานและองค์กรในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ มีกระบวนการในการคัดสรรและเตรียมความพร้อมของบุคลากรและผู้นำที่เป็นทุนทางสังคมในชุมชนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพและเพิ่มขีดความสามารถให้สอดคล้องกับความจำเป็นในการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาวะชุมชนและการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น
- (๒) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน ศูนย์สนับสนุนวิชาการเพื่อการจัดการเครือข่าย^๓ และสถาบันวิชาการ พัฒนาหลักสูตรและเครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาและสร้างผู้นำชุมชนท้องถิ่นให้มีศักยภาพและความเชี่ยวชาญในกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการตนเองและมีขีดความสามารถในการสร้างการเรียนรู้ภายในพื้นที่ สร้างการเรียนรู้ร่วมกับเครือข่าย และสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในมิติต่างๆ

^๓ ศูนย์สนับสนุนวิชาการเพื่อการจัดการเครือข่าย ทำหน้าที่ในการสนับสนุนวิชาการและอำนวยความสะดวกในการบริหารจัดการเครือข่ายภายในกลุ่มจังหวัด บรรลุตามเป้าหมาย รวมถึงการร่วมกับศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน (ศจค.) และสำนัก ๓ ในการเสริมสร้างศักยภาพผู้นำและนักวิชาการให้มีขีดความสามารถในการขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ตามข้อตกลงร่วม





- (๓) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ศูนย์สนับสนุนวิชาการการขับเคลื่อนเฉพาะประเด็น^{๔๔} และสถาบันวิชาการพัฒนาหลักสูตรและเครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาและสร้างผู้นำชุมชนท้องถิ่นให้มีศักยภาพและความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการจัดการสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนาและแนวทางคำนึงถึงสุขภาพในทุกนโยบายของชุมชนท้องถิ่น
- (๔) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ศูนย์ฝึกอบรมการใช้เครื่องมือการวิจัยชุมชนและพัฒนาระบบข้อมูลตำบลได้พัฒนาบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนท้องถิ่นให้มีศักยภาพและความเชี่ยวชาญในการจัดทำและใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนาวัตกรรมการจัดการสุขภาวะชุมชน
- (๕) ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรและผู้นำชุมชนให้มีศักยภาพและทักษะในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในทุกกระดับ ที่เชื่อมโยงกับสถานการณ์และภาวะคุกคามในพื้นที่และระดับชาติ
- (๖) ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรท้องถิ่นและผู้บริหารท้องถิ่นทั้งฝ่ายการเมืองและฝ่ายข้าราชการประจำให้มีทักษะและสมรรถนะในการบูรณาการงานและกิจกรรมของแผนสุขภาวะชุมชนเข้าสู่งานตามภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- (๗) สนับสนุนสถาบันวิชาการพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรและผู้นำของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ด้วยกระบวนการสรุปทบทเรียน การจัดการความรู้ และการวิจัยชุมชน อันนำไปสู่การขยายผลระบบจัดการสุขภาวะชุมชนที่ใช้พื้นที่เป็นฐานการพัฒนาไปยังพื้นที่อื่นตามข้อตกลงร่วมของแผนสุขภาวะชุมชนกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย
- (๘) ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระดับต่างๆ และเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการจัดการสุขภาวะชุมชน
- (๙) สนับสนุนและส่งเสริมเกิดเครือข่ายนักวิชาการในสถาบันวิชาการที่มีขีดความสามารถในการทำวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการจัดการสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานการพัฒนา โดยร่วมกับ ๕ นักสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน ตลอดจนการสังเคราะห์ข้อมูลและจัดการความรู้เพื่อการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น
- (๑๐) เกิดเครือข่ายสถาบันวิชาการและภาคยุทธศาสตร์ที่หนุนเสริมการทำงานวิชาการและการจัดการความรู้ของเครือข่ายนักวิชาการชุมชนท้องถิ่น โดยเครือข่ายสถาบันวิชาการมีบทบาทในการสนับสนุนการปฏิรูปประเทศไทย
- (๑๑) เกิดเครือข่ายนักทรงคนในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ที่มีศักยภาพในการดำเนินการทรงคนในพื้นที่ของตนเองและเครือข่าย รวมถึงการหนุนเสริมการทรงคนในระดับประเทศ

^{๔๔} ศูนย์สนับสนุนวิชาการการขับเคลื่อนเฉพาะประเด็น ทำหน้าที่ออกแบบและขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะเรื่อง (ประเด็นเฉพาะ) โดยบูรณาการกับงานประจำโดยใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนาและการจัดการเครือข่ายเฉพาะประเด็นที่เป็นข้อตกลงร่วมกันของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

เป้าหมายและตัวชี้วัด^{๔๕}

- (๑) มีบุคลากร^{๔๖} ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน และบุคลากรของหน่วยงานในพื้นที่ ที่มีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาวะชุมชนและสนับสนุนการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ตนเองและเครือข่าย จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ คน
- (๒) เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือการวิจัยชุมชนและพัฒนาระบบข้อมูลตำบลเพื่อการพัฒนาวัตกรรมการจัดการสุขภาวะชุมชน ไม่น้อยกว่า ๒๐ คน
- (๓) ทบทวนหลักสูตรการพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลง และหลักสูตรการพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลงให้มีความชำนาญเฉพาะในการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพด้านต่างๆ ไม่น้อยกว่า ๗ หลักสูตร
- (๔) เกิดหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพด้านการรณรงค์และมีแนวทางด้านรณรงค์ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

ภาคีหลัก

ประกอบด้วย ๒ กลุ่ม คือ ภาคีระดับพื้นที่ และภาคียุทธศาสตร์

ภาคีระดับพื้นที่

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

^{๔๕} เป็นการบูรณาการภายในแผนสุขภาวะชุมชน

^{๔๖} เป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการบูรณาการภายในแผนสุขภาวะชุมชน





ภาคยุทธศาสตร์

- (๑) กระทรวงมหาดไทย เช่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการพัฒนาชุมชน กรมการปกครอง
- (๒) สถาบันวิชาการ
- (๓) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (๔) กระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นต้น
- (๕) สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)
- (๖) กระทรวงศึกษาธิการ
- (๗) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. แผนงานสนับสนุนการจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน	๒๗๖
๒. แผนงานพัฒนานวัตกรรมจัดการสุขภาวะตามแนวทางการใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา	๖๕
๓. แผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และสร้างองค์ความรู้	๗๔
๔. แผนงานพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการเปลี่ยนแปลง	๕๒
รวม	๔๖๗
๕. กลุ่มแผนงานบูรณาการ	๕
รวม	๔๗๒

๗

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน
และครอบครัว

สถานการณ์และแนวโน้ม

ในระยะเวลาที่ผ่านมา แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ได้ใช้ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มสำคัญในอนาคต ที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน ได้แก่ การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อลักษณะของครอบครัวและครัวเรือน มีการเปลี่ยนแปลงเป็นครอบครัวที่มีรูปแบบหลากหลาย และมีความเปราะบางมากขึ้น การก้าวสู่สังคมเมือง (urbanization) ส่งผลกระทบต่อระดับความสัมพันธ์ในครอบครัว ทำให้เด็กอยู่กับครอบครัวน้อยลง การใช้เวลาและกิจกรรมร่วมกันลดลง เพราะโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป เด็กอยู่กับสื่อและเทคโนโลยีมากขึ้น ในขณะที่ชุมชนก็ต่างคนต่างอยู่ สังคมเมืองขาดการปฏิสัมพันธ์กัน ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ (health inequalities) การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยที่ผ่านมาได้กระจายตัวอย่างเท่าเทียม ช่องว่างรายได้หรือความเหลื่อมล้ำในประเทศไทยจึงยังค่อนข้างกว้างและเกิดความเหลื่อมล้ำทางด้านอื่นๆตามมา อาทิ ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนทำให้เกิดเป็นชุมชนระหว่างประเทศที่มีการเชื่อมโยง (community of connectivity) ด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม

การดำเนินงานในช่วงปี ๒๕๕๔ ต่อเนื่องจากปี ๒๕๕๓ แผนให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็ก และเยาวชนตามช่วงวัยไปพร้อมกับการพัฒนาตัวชี้วัด และรูปธรรมของการเกิดครอบครัวอบอุ่นในชุมชนท้องถิ่น ซึ่งผลการดำเนินงานสอดคล้องกับกรอบนโยบายการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๔ สรุปได้ ดังนี้

๑. การพัฒนาสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว กำหนดเป็นยุทธศาสตร์สำคัญ ๓ ยุทธศาสตร์ ดังนี้ สร้างและพัฒนาศักยภาพแกนนำและต้นแบบให้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เสริมสร้างพลังภาคียุทธศาสตร์ และเครือข่าย และผลักดันการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ซึ่งส่งผลดังนี้

- (๑) มีการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเป็นศูนย์เรียนรู้ในการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการตามวัย จำนวน ๔๕ แห่ง ทั่วประเทศ
- (๒) มีการพัฒนาคุณภาพโรงเรียนระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน อาชีวศึกษา และอุดมศึกษา เพื่อเป็นฐานการทำงานประเด็นสุขภาวะ และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็ก และเยาวชน อาทิ บุหรี่ แอลกอฮอล์ ออกกำลังกาย จำนวน ๑,๔๐๐ แห่ง ทั่วประเทศ





(๓) พัฒนาตัวชี้วัดครอบครัวยุคใหม่ที่เป็นรูปธรรมในระดับชุมชนท้องถิ่น และสถานประกอบการ

(๔) สนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลเด็กในกระบวนการยุติธรรม เด็กพิการแต่กำเนิด เด็กในสถานสงเคราะห์ และเด็กด้อยโอกาสในระบบการศึกษา เพื่อมุ่งลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน

๒. ขยายฐานผู้รับประโยชน์จากศูนย์เรียนรู้ และต้นแบบ ถึงระดับบุคคลไม่น้อยกว่า ๑๐๐,๐๐๐ คน ซึ่งการพัฒนาคุณภาพเด็ก และเยาวชน ถือเป็นส่วนสำคัญในการเตรียมความพร้อมของประชาชนสู่สังคมผู้สูงอายุ

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

๔. เกิดนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ทักษะชีวิตของเด็ก และเยาวชน อาทิ หลักสูตรลูกเสือทักษะชีวิต ที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานลูกเสือแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน นำไปใช้เป็นหลักสูตรการเรียนการสอนลูกเสือ

การสร้างเสริมสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว จำเป็นต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อรูปแบบของการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในอนาคต ได้แก่ การที่รัฐบาลกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ด้วย **โมเดลประเทศไทย ๔.๐** ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ๓ มิติสำคัญ คือ เปลี่ยนจากการผลิตสินค้าโภคภัณฑ์เป็นสินค้าเชิงนวัตกรรม เปลี่ยนการขับเคลื่อนด้วยภาคอุตสาหกรรมเป็นการขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรม และเปลี่ยนจากการผลิตสินค้าเป็นเน้นการบริการ

ด้วยสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับสถานการณ์ด้านสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ที่ยังเป็นปัญหาต่อเนื่อง อาทิ

ครอบครัว การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงาน มีจำนวนลดลง ในขณะที่ครัวเรือนมีขนาดลดลง มีรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น โดยเฉพาะครัวเรือนที่อยู่คนเดียว ครัวเรือนอยู่เฉพาะสามีภรรยา ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับหลาน ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวมีความเปราะบางมากขึ้น

เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) มีพัฒนาการที่ไม่สมวัย **ความพิการแต่กำเนิด (birth defects)** เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ กลุ่มอาการดาวน์ เป็นต้น เป็นภาวะที่พบได้บ่อย โดยมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ ๓ - ๕ ของทารกเกิดมีชีพ **โภชนาการไม่เหมาะสม** ทั้งของมารดาและเด็ก อาทิ การขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลให้สมองของทารกในครรภ์เจริญเติบโตไม่เต็มที่ ทำให้เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย รวมถึงปัญหาโภชนาการ

ในเด็กปฐมวัย ทั้งภาวะโภชนาการเกินที่เพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๕.๘ ในปี ๒๕๔๐ เป็นร้อยละ ๘.๕ ในปี ๒๕๕๔ และภาวะพร่องโภชนาการหรือภาวะทุพโภชนาการ พบว่า ปี ๒๕๕๕ เด็กปฐมวัย มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ ๙.๒ ข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ ๘๐ ในปี ๒๕๓๕ เป็นร้อยละ ๗๐ ในปี ๒๕๕๕ รวมถึง **ปัญหาด้านการดูแลและการเลี้ยงดู**

เด็ก (๖ - ๑๔ ปี) ส่วนใหญ่อยู่ในระบบการศึกษา ซึ่งปัญหาสำคัญของกลุ่มเด็กวัยนี้ คือ **การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม** พบว่า เด็กไทยที่ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันมีเด็กผอมจำนวนไม่น้อยที่ยังขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย **พฤติกรรมติดเกม สื่อโทรทัศน์/ภาพยนตร์ และการเล่นอินเทอร์เน็ต** จากการสำรวจของสถาบันรามจิตติ ปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๔ พบว่า กว่าครึ่งหนึ่งของเวลาของเด็กหมดไปกับสื่อไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์/ภาพยนตร์ ส่งผลให้เด็กขาดพัฒนาการทางสังคม ขาดทักษะในการอยู่ร่วมกัน และการปรับตัวในสังคม อีกทั้งอิทธิพลของสื่อทำให้เกิดการใช้ยาแบบบริโภคนิยม พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการเลียนแบบสื่อ เด็กอ่านหนังสือน้อยลง ส่งผลให้เด็กขาดการพัฒนาในเรื่องภาษาและจินตนาการ **ความปลอดภัยในเด็ก** จากข้อมูลของศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า ในปี ๒๕๕๖ การจมน้ำเป็นสาเหตุหลักการตายของเด็ก คิดเป็นร้อยละ ๓๙ และสาเหตุการตายอันดับสองคือ อุบัติเหตุจากรถ คิดเป็นร้อยละ ๒๗ ซึ่งสาเหตุหลักยังคงเป็นรถจักรยานยนต์ทั้งการขับซีก่อนวัย เมาแล้วขับ ขับเร็ว และไม่ใส่หมวกนิรภัย **พัฒนาการและเชาวน์ปัญญาต่ำกว่ามาตรฐานสากล** จากการสำรวจระดับสติปัญญาของกรมสุขภาพจิต กับกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยวัยประถมศึกษาปีที่ ๑ ปี ๒๕๕๗ ทั่วประเทศ พบว่า IQ เฉลี่ย ๙๓.๑ จุด ต่ำลงจากปี ๒๕๕๔ ที่พบว่า เด็กไทยมี IQ เฉลี่ยที่ ๙๘.๕๙ จุด และต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากลยุคปัจจุบัน (IQ=๑๐๐)

เยาวชน (๑๕ - ๒๔ ปี) เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อย่างมาก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เทคโนโลยีและการสื่อสารที่ทันสมัย ส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีปัญหาทั้งด้านสุขภาพและด้านเรียนรู้ เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาทิ **การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน** อายุ ๑๕ - ๒๔ ปี พบว่า ตั้งแต่ปี ๒๕๓๔ - ๒๕๔๗ มีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงจนถึงร้อยละ ๑๕.๑๑ แต่ในปี ๒๕๔๗ - ๒๕๕๔ มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจนถึงร้อยละ ๑๖.๖ และในปี ๒๕๕๖ มีอัตราสูบบุหรี่ลดลงเป็นร้อยละ ๑๕.๐๗^{๙๙} โดยอายุที่เริ่มสูบของประชากรไทยลดลงจากอายุ ๑๘ ปี เป็น ๑๗ ปี **การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** พบว่าในภาพรวมของประเทศนั้น ความชุกของนักดื่มมีทิศทางลดลงเล็กน้อยโดยนักดื่มที่เป็นประชากรวัยทำงานลดลงร้อยละ ๒ ในช่วงปี ๒๕๔๔ - ๒๕๕๔ อย่างไรก็ตาม การดื่มของเยาวชนอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี กลับเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๑.๖ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๒๓.๗ ในปี ๒๕๕๔ หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ ๙.๕ ซึ่งเยาวชนอายุ ๑๕ - ๒๔ ปีที่เป็นผู้ดื่มเกือบ ๒.๕ ล้านคน มีประมาณร้อยละ ๑๕ ของนักดื่มทั้งหมด^{๑๐๐} **การใช้สารเสพติด สถานการณ์การเสพในประเทศไทย**

^{๙๙} สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากรไทย

^{๑๐๐} ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทยปี ๒๕๕๖





มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จากระบบรายงาน ระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) ในปี ๒๕๕๖ พบว่า ผู้เสพและผู้ติดยาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ ๒๐ - ๒๔ ปีมากที่สุดจำนวน ๗๐,๒๔๗ ราย รองลงมาคือ ช่วงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ๖๖,๖๒๔ ราย และ ช่วงอายุ ๒๕ - ๒๙ ปี ๕๒,๔๕๔ ราย **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

นอกจากนี้ ยังมีปัญหาของเด็กและเยาวชนกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ เด็กและเยาวชนที่ได้รับผลกระทบจาก **ความรุนแรง** พบว่า ความรุนแรงต่อเด็กและสตรีในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจน โดยข้อมูลจาก ศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๔ ให้การช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงรวม ๑๕,๘๘๒ ราย เฉลี่ยวันละ ๔๓ ราย และในปี ๒๕๕๓ สถิติเพิ่มขึ้นเป็น ๒๕,๗๔๔ ราย เฉลี่ยวันละ ๗๐ ราย **เยาวชนในกระบวนการยุติธรรม** ประเทศไทยมีเยาวชนที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี ๒๕๕๕ ทั่วประเทศ ๓๔,๒๗๖ คดี ส่วนใหญ่ผู้กระทำความผิดมีอายุ ๑๕ - ๑๘ ปี และเป็นคดีเกี่ยวกับยาเสพติด ให้โทษมากที่สุดร้อยละ ๔๓.๑๐ ของคดีทั้งหมด ในปี ๒๕๕๕ มีเยาวชนที่กระทำความผิดซ้ำเมื่อเปรียบเทียบกับคดีที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจทั่วประเทศมากที่สุดในรอบ ๔ ปีที่ผ่านมา (๒๕๕๑ - ๒๕๕๔) จำนวน ๖,๘๔๔ คดี ซึ่งตัวเลขนี้สะท้อนสภาพปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น **เด็กเร่ร่อน** เด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ประสบปัญหาครอบครัวแตกแยก ถูกทารุณกรรม ซึ่งแหล่งชุมชนแออัดที่มีจำนวนเด็กเร่ร่อนมากที่สุดอยู่ในเขตเมืองขนาดใหญ่ และเผชิญความเสี่ยงสูงต่อปัญหาเสพติด การขายบริการทางเพศ และอาชญากรรม ปี ๒๕๕๓ พบว่ามีจำนวนเด็กเร่ร่อนมากขึ้นทั่วประเทศ หรือประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๔๔ - ๒๕๕๑ ที่ประเมินว่ามีเด็กเร่ร่อน ๑๕,๐๐๐ - ๒๐,๐๐๐ คน ซึ่งขณะนี้มืองค์กรของภาครัฐและองค์กรเอกชนเข้าช่วยเหลือได้เพียง ๕,๐๐๐ คน **เด็กชายขอบ** มิติของสังคมไทยได้มีการให้ความหมายที่หลากหลาย “กลุ่มชายขอบ” (marginal group) หมายถึง กลุ่มที่ละทิ้งวัฒนธรรมเดิมของตนไปบางส่วน และยังไม่ได้เป็นที่ยอมรับอย่างสมบูรณ์ ในวัฒนธรรมใหม่ที่กลายเป็นวิถีชีวิตของตน ตั้งแต่เด็กต่างชาติ แรงงานต่างชาติ เด็กย้ายถิ่น (children on the move) หรือมีบางคนเป็นเด็กข้ามชาติที่เดินทางเข้าประเทศโดยลำพังหรือแยกจากผู้ปกครอง (unaccompanied and separated children) ซึ่งเป็นกลุ่มเด็กที่ยังเข้าไม่ถึงบริการของรัฐหรือเป็นเด็กต่างด้าวที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทย

จุดเน้นของแผน

จากการทบทวนผลการดำเนินงาน เปรียบเทียบกับทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. ปี ๒๕๖๐ แผนจึงปรับจุดเน้นของแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัวให้มีความสอดคล้องและต่อเนื่อง กับแผนที่ดำเนินการแล้วและเพื่อเป็นฐานการดำเนินงานระยะต่อไป ดังนี้

๑. เน้นผลลัพธ์เชิงสุขภาวะของเด็กและเยาวชนตามช่วงวัย (๐ - ๒๔ ปี) และสุขภาวะของครอบครัว ที่สอดคล้องกับโมเดลประเทศไทย ๔.๐ สถานการณ์สุขภาพ และความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยเฉพาะประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไข โดยใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. เป็นแนวทางในการดำเนินงานตามบทบาทของ สสส. และแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และ ครอบครัว รวมถึงให้ความสำคัญกับกระบวนการติดตามและประเมินผล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทั้งระยะสั้น และระยะยาว
๒. ขยายฐานผู้รับประโยชน์ และขยายผลในระบบ กลไกหลักตามแนวนโยบายคณะกรรมการกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รวมไปถึงการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลักดันสู่นโยบายและการพัฒนาที่เป็นรูปธรรม
๓. บูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุข ในการสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัย
๔. สร้างและพัฒนาแกนนำในกลุ่ม องค์กร ในทุกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในประชากร กลุ่มเป้าหมาย
๕. สนับสนุนให้สถาบันอุดมศึกษาเป็นกลไกสนับสนุนงานวิชาการ งานวิจัย การวิจัยในการติดตาม เพื่อขยายผล เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายและขยายฐานความรู้จากการทำงาน อย่างต่อเนื่อง และเพื่อขับเคลื่อนนโยบายด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ที่สอดคล้องกับแนวทาง การปฏิรูปประเทศ
๖. ให้ความสำคัญกับการบูรณาการความร่วมมือโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ทั้งในระดับจังหวัด ตำบล มุ่งให้เกิด กลไกความร่วมมือของทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่แผนพัฒนาระดับพื้นที่
๗. เน้นการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาสุขภาวะครอบครัว ในฐานะที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ และเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพประชากรทุกช่วงวัย ร่วมกับแผนอื่นโดยเฉพาะการตั้งเป้าหมายร่วม เพื่อบรรลุทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาสุขภาวะของครอบครัว ให้มีความสามารถในการพึ่งพาตนเอง มีสัมพันธภาพ ภายในครอบครัวที่ดี 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 ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดข้อเสนอนโยบาย มาตรการ หรือกลไกที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนในระดับชาติ และการพัฒนาคุณภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ไม่น้อยกว่า ๓ เรื่อง
๒. มีการกำหนดตัวบ่งชี้ครอบครัวอบอุ่นระดับชาติ ที่เน้นองค์ประกอบ ๓ ด้าน ได้แก่ (๑) ด้านสัมพันธภาพ (๒) ด้านการพึ่งพาตนเอง และ (๓) ด้านการบำบัดบาปหน้าที่ในครอบครัว โดยการมีส่วนร่วมของภาคียุทธศาสตร์
๓. เกิดกรณีตัวอย่างจังหวัดที่มีกลไกการพัฒนาเด็ก เยาวชนและครอบครัว จำนวน ๖ จังหวัด
๔. ร้อยละ ๘๐ ของจำนวนเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ๑,๕๐๐ ศูนย์ มีพัฒนาการสมวัย
๕. ร้อยละ ๕๐ ของจำนวนนักเรียนในโรงเรียน/สถานศึกษาสุขภาวะ^{๙๙} จำนวน ๖๐๐ โรงเรียน มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.
๖. องค์กรเยาวชนสุขภาวะ^{๑๐๐} จำนวน ๑๕๐ องค์กร มีประเด็นการทำงานที่ตอบสนองประเด็นที่เป็นทิศทางเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.
๗. ร้อยละ ๗๐ ของครอบครัวกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ทำงานมีความอบอุ่น

^{๙๙} โรงเรียน/สถานศึกษาสุขภาวะ หมายถึง โรงเรียน/สถานศึกษาที่มีแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มพฤติกรรมทางสุขภาพ โดยมี ๕ องค์ประกอบ คือ (๑) ผู้เรียนเป็นสุข (๒) องค์กรเป็นสุข (๓) สภาพแวดล้อมเป็นสุข (๔) ครอบครัวเป็นสุข และ (๕) ชุมชนเป็นสุข

^{๑๐๐} องค์กรเยาวชน หมายถึง กลุ่ม/ชมรม/สภาเด็กและเยาวชนที่รวมตัวกันอย่างอิสระและหลากหลาย ทำกิจกรรมสร้างสรรค์ เพื่อเสริมสร้าง สุขภาวะด้านกาย จิต ปัญญา และสังคมที่มีอย่างน้อย ๓ องค์ประกอบ คือ (๑) มีการรวมกลุ่มเด็กและเยาวชน และมีแกนนำในการขับเคลื่อนงาน (๒) มีการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง การเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ และการเฝ้าระวังสถานการณ์การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่อง (๓) การมีระบบการพัฒนาและส่งต่อความรู้ของเด็กและเยาวชน

๘. เกิดองค์ความรู้จากงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพ การแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง
๙. เกิดศูนย์วิชาการเพื่อการวิจัยและพัฒนางานวิชาการเชิงระบบ ด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อรวบรวมข้อมูลสถานการณ์และขับเคลื่อนการทำงานด้านเด็กและเยาวชนระดับชาติและระดับจังหวัด
๑๐. เกิดแกนนำที่มีศักยภาพในการถ่ายทอดความรู้ และเป็นต้นแบบในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยง ไม่น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ คน

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ร่วมกับแผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนสุขภาวะชุมชน แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ และภาคยุทธศาสตร์ เพื่อพัฒนาสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัวในพื้นที่เครือข่ายตำบลสุขภาวะ รวม ๓๐๐ ตำบล ทั้งนี้เพื่อขับเคลื่อนให้บรรลุทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.
๒. ร่วมกับแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร เพื่อพัฒนาให้เกิดครอบครัวอบอุ่นในองค์กรภาคสาธารณะ และภาคเอกชนไม่น้อยกว่า ๑๐๐ องค์กร ทั้งนี้เพื่อขับเคลื่อนให้บรรลุทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.
๓. นำเครื่องมือ/คู่มือ/แนวทางแก้ไขปัญหา ปัจจัยเสี่ยงของเด็ก และเยาวชน ที่สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. แผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ มาใช้ในโรงเรียน/สถานศึกษา โดยคำนึงถึงบริบทของโรงเรียน/สถานศึกษากลุ่มเป้าหมายไม่น้อยกว่า ๓๐๐ แห่ง และในองค์กรเยาวชนกลุ่มเป้าหมายไม่น้อยกว่า ๗๕ องค์กร

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ผลักดัน สนับสนุนและส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนทุกช่วงวัย ตั้งแต่เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) เด็ก (๖ - ๑๔ ปี) เยาวชน (๑๕ - ๒๔ ปี) และครอบครัว ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านกาย จิต ปัญญา และสังคม ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๔๕ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล และหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อบรรลุเป้าหมาย ดังนี้





- ๑.๑ ครอบครัว เน้นการเสริมสร้างความอบอุ่นของครอบครัว ตามดัชนีที่แสดงถึงครอบครัวอบอุ่น โดยสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาครอบครัวลักษณะเฉพาะ เพื่อให้เกิดความรู้ในการทำงาน และสนับสนุนให้เกิดพื้นที่ที่มีการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
- ๑.๒ เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) เน้นให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยโดยให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องของระบบการดูแลเด็กปฐมวัย ตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์ การคลอดที่มีคุณภาพ ด้านการบริการสุขภาพด้านการเลี้ยงดูโดยครอบครัว/ผู้ดูแลเด็ก ด้านการเรียนรู้และการสนับสนุนของหน่วยงาน/องค์กรหลัก ทั้งในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด
- ๑.๓ เด็ก (๖ - ๑๔ ปี) และเยาวชน (๑๕ - ๒๔ ปี) เน้นการพัฒนาระบบการเรียนการสอน ปรับกระบวนการเรียนรู้ สนับสนุนกิจกรรมสร้างสรรค์ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิต สร้างจิตสำนึก ความเป็นพลเมือง และสร้างค่านิยมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้อง โดยการทำงานผ่านโรงเรียน/สถานศึกษา และชุมชนท้องถิ่น
๒. เสริมสร้างขีดความสามารถของหน่วยงาน/องค์กร ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันศาสนา และแหล่งเรียนรู้ต่างๆ ให้เอื้อต่อการพัฒนา และการแก้ไข ปัญหาเด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยเน้นการมีส่วนร่วมกันทำงานเป็นเครือข่าย ร่วมกันกำหนด เป้าหมายร่วม และมีส่วนร่วมเชิงนโยบายกับภาคยุทธศาสตร์ และหนุนเสริมความเข้มแข็งของ นโยบายสำคัญของรัฐ
๓. สร้างปัจจัยสนับสนุนให้เด็ก เยาวชน และครอบครัวเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยสนับสนุนให้มีการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ที่เหมาะสม เช่น ห้องสมุด พิพิธภัณฑ์ ศูนย์กีฬา สวนสัตว์ รวมถึงการเปิดพื้นที่ เรียนรู้ร่วมกันทั้งทางกายภาพและทางปัญญาให้เด็ก เยาวชน และครอบครัวได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงการผลักดันกฎ ระเบียบ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ตลอดชีวิต
๔. มุ่งสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาวะเด็ก เยาวชน และ ครอบครัว โดยสนับสนุนงานวิชาการ พัฒนางองค์ความรู้ เครื่องมือ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน รวมถึงการสนับสนุนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
๕. สร้าง/พัฒนาแกนนำหรือต้นแบบ เพื่อประสานพลังเครือข่ายการขับเคลื่อนการพัฒนาในเด็กปฐมวัย เด็ก เยาวชน และครอบครัว
๖. ขยายผลการดำเนินงานเข้าสู่ระบบและกลไกขององค์กรหลัก

กลุ่มแผนงาน

เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์และยุทธศาสตร์ แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว ได้แบ่งการสนับสนุนเป็น ๔ กลุ่มแผนงาน ได้แก่

๑. กลุ่มแผนงานสนับสนุนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว ซึ่งกำหนดแนวทางการสนับสนุนแผนงาน/โครงการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การดำเนินงาน ดังนี้

- ๑.๑ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย ทั้งด้านการพัฒนาองค์ความรู้ การนำใช้ความรู้และพัฒนากระบวนการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล แผนงาน/โครงการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพสำหรับเด็กปฐมวัย แผนงาน/โครงการขององค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กปฐมวัยที่ต้องการจะพัฒนาขีดความสามารถและยกระดับเป็นศูนย์เรียนรู้ หรือพร้อมพัฒนาให้เป็นพื้นที่ฐานการทำงานของการแก้ปัญหาและพัฒนาประเด็นเฉพาะ และแผนงาน/โครงการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ๑.๒ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนากระบวนการเรียนการสอน ปรับกระบวนการเรียนรู้ สนับสนุนกิจกรรมสร้างสรรค์ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิต สร้างจิตสำนึกความเป็นพลเมือง และสร้างค่านิยมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้องให้แก่เด็กและเยาวชน ในระบบโรงเรียน เพื่อพร้อมยกระดับเป็นพื้นที่ฐานการทำงานตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.
- ๑.๓ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างและพัฒนาแกนนำและเครือข่ายเด็กและเยาวชนในชุมชน ระดับตำบล ผ่านกิจกรรมสร้างสรรค์ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิต สร้างจิตสำนึกความเป็นพลเมือง และสร้างค่านิยมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้องให้แก่เด็กและเยาวชน เพื่อพร้อมยกระดับให้กลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นพื้นที่ฐานการทำงานตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.
- ๑.๔ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่ให้ความสำคัญกับการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพให้แก่เด็กและเยาวชนด้อยโอกาส ทั้งในระดับชาติ ระดับชุมชนท้องถิ่น และระดับองค์กร
- ๑.๕ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบและกลไกการดูแลครอบครัว ทั้งในระดับจังหวัด และพื้นที่ รวมถึงแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมของการสร้างสัมพันธภาพสมาชิก เพื่อเพิ่มความอบอุ่นของครอบครัวในบริบทต่างๆ โดยเฉพาะครอบครัวลักษณะเฉพาะ เช่น ครอบครัวพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวที่มีลูกพิการ ครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวที่มีความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น





๒. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการพัฒนาาระบบ กลไก นวัตกรรมและนโยบายสาธารณะ ซึ่งกำหนดแนวทางการสนับสนุนแผนงาน/โครงการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การดำเนินงาน ดังนี้

- ๒.๑ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่เน้นการพัฒนากระบวนการเก็บข้อมูลด้านเด็กและเยาวชนให้มีประสิทธิภาพ ข้อมูลมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการติดตามสภาวะการณเด็ก เยาวชนอย่างใกล้ชิดรวมถึงการขับเคลื่อนและผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ข้อมูลดังกล่าวให้เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง
- ๒.๒ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่เน้นการจัดตั้งศูนย์/สถาบันทางวิชาการด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อใช้เป็นฐานวิชาการที่สนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นเชิงนโยบายที่สำคัญรวมถึงเป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว
- ๒.๓ สนับสนุนแผนงาน/โครงการที่ร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ ภาคเครือข่ายทั้งองค์กรภาครัฐ เอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชนในการขับเคลื่อนและผลักดันกฎหมาย/นโยบายสำคัญที่ส่งผลให้เด็ก เยาวชน และครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทั้งด้านบริการสุขภาพและการเรียนรู้ รวมถึงได้รับการปกป้องคุ้มครองสิทธิสามารถเข้าถึงบริการและสวัสดิการขั้นพื้นฐานของรัฐ

๓. กลุ่มแผนงานสนับสนุนงานวิชาการ ติดตามและประเมินผล และการพัฒนาศักยภาพภาคี ซึ่งกำหนดแนวทางการสนับสนุนแผนงาน/โครงการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การดำเนินงาน ดังนี้

- ๓.๑ สนับสนุนแผนงาน/โครงการการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สังเคราะห์และถอดบทเรียน/องค์ความรู้ และนำผลการดำเนินงานจากแผนงาน/โครงการมาจัดการความรู้และขยายผลสู่สาธารณะ รวมถึงเปิดโอกาสให้ภาคีได้เชื่อมโยงส่งต่อองค์ความรู้ เครื่องมือ/คู่มือ และนวัตกรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานในรูปแบบของเครือข่ายทั้งเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่
- ๓.๒ สนับสนุนแผนงาน/โครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำเยาวชน บุคลากรที่ทำงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงสื่อมวลชน ให้มีความรู้ ความสามารถที่จะทำงานตอบสนองความต้องการของสังคม พร้อมพัฒนาเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสังคม และด้านการศึกษาในระดับองค์กร/ชุมชนท้องถิ่น
- ๓.๓ สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพภาคีทั้งในระดับบุคคล องค์กร และเครือข่ายด้านการติดตามประเมินผล เพื่อเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพการดำเนินโครงการ

๔. กลุ่มแผนงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน ซึ่งกำหนดแนวทางการสนับสนุนแผนงาน/โครงการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การดำเนินงาน ดังนี้

- ๔.๑ สนับสนุนยุทธศาสตร์การพัฒนาคู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน ให้ได้รับการพัฒนาคุณภาพในด้านความรู้และทักษะอาชีพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น
- ๔.๒ สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากร และหน่วยงานที่รับผิดชอบการพัฒนาเด็กและเยาวชน เช่น ครู โรงเรียน ชุมชน ครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น โดยเฉพาะในระดับจังหวัดและชุมชนท้องถิ่น ให้มีความเข้มแข็งและดำเนินงานเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ภาคีหลัก

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กรมกิจการเด็กและเยาวชน กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว สถาบันรามจิตติ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรเอกชน สถาบันศาสนา สถาบันการศึกษา สื่อมวลชน องค์กรและเครือข่ายครอบครัว องค์กรและเครือข่ายเด็กและเยาวชน





งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๑๕๓
๒. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการพัฒนา ระบบ กลไก นวัตกรรม และนโยบายสาธารณะ	๔๐
๓. กลุ่มแผนงานสนับสนุนงานวิชาการ ติดตามและประเมินผล และการพัฒนาศักยภาพภาคี	๓๐
๔. กลุ่มแผนงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน	๓๐
รวม	๒๕๓

๘

แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

สถานการณ์และแนวโน้ม

แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร เป็นการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทาง เป้าหมายและ ยุทธศาสตร์ สสส. ๑๐ ปี โดยใช้แนวทาง Healthy Workplace Framework องค์กรอนามัยโลก อันประกอบไปด้วยปัจจัยสภาพแวดล้อมทางกายภาพในการทำงาน ทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพในที่ทำงาน สภาพแวดล้อมทางจิตใจและสังคมในการทำงาน และการเชื่อมโยงกับชุมชน ประยุกต์ให้สอดคล้องเพื่อสนับสนุนงานด้านองค์กร สุขภาวะตามแนวคิดการสร้างองค์กรแห่งความสุข ๘ มิติ (Happy 8) ได้แก่

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

ประกอบกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ของสหประชาชาติ ได้ระบุชัดเจนถึง การส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคน การส่งเสริมการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืน การสร้างความเท่าเทียมทางเพศสตรีและเด็กหญิง และลดความเหลื่อมล้ำภายในและระหว่างประเทศ





รวมถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๑ ที่เน้นให้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา มีการเชื่อมโยงทุกมิติของการพัฒนาอย่างบูรณาการ ทั้งมิติตัวคน สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและการเมือง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ เน้นการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพคน คนไทยทุกช่วงวัย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีสุขภาวะ มีความรู้และมาตรฐานการครองชีพที่ดีขึ้น อีกทั้งแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) (ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๒๕๗๘) กำหนดเป้าหมายไว้ว่า ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

โมเดล“ประเทศไทย ๔.๐” มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเศรษฐกิจไปสู่ “Value-Based Economy” หรือ “เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม” ได้แก่ (๑) เปลี่ยนจากการผลักดันสินค้าโภคภัณฑ์ไปสู่สินค้าเชิงนวัตกรรม (๒) เปลี่ยนจากการขับเคลื่อนประเทศด้วยภาคอุตสาหกรรมไปสู่การขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยี และความคิดสร้างสรรค์ (๓) เปลี่ยนจากการเน้นภาคการผลิตสินค้าไปสู่การเน้นภาคบริการมากขึ้น ซึ่งมีการบวบทศน์ในการพัฒนาประเทศ โดยมีสาระสำคัญ ๓ ประเด็น คือ (๑) เป็นจุดเริ่มต้นของยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ในการขับเคลื่อนไปสู่การเป็นประเทศที่มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน อย่างเป็นรูปธรรม (๒) เป็น “Reform in action” ที่มีการผลักดันการปฏิรูปโครงสร้างทางเศรษฐกิจ การปฏิรูปงานวิจัยและพัฒนา และการปฏิรูปการศึกษา ไปพร้อมๆ กัน (๓) เป็นการผนึกกำลังของทุกภาคส่วนภายใต้แนวคิด “ประชารัฐ” โดยเป็นประชารัฐที่ผนึกกำลังกับเครือข่ายพันธมิตรทางธุรกิจ การวิจัยพัฒนา และบุคลากรระดับโลก ภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

จะเห็นว่าองค์กรเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งองค์กรที่จัดตั้งเพื่อประโยชน์สาธารณะและองค์กรภาคเอกชนที่ดำเนินงานเพื่อแสวงหาผลกำไร ล้วนมีโครงสร้างและระบบการบริหารจัดการ มีหน่วยงานในความรับผิดชอบ และมีบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในองค์กรทั้งองค์กรภาคสาธารณะและภาคเอกชน ซึ่งเป็นกำลังคนวัยแรงงานของประเทศเกือบ ๑๙ ล้านคน^{๑๑๑} ดังนั้น องค์กรจึงเป็นทั้งเป้าหมายและกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนไปสู่สุขภาวะที่ดีขึ้นของบุคลากรภายในองค์กร ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องกับองค์กร รวมทั้งการใช้ศักยภาพขององค์กรในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาวะ อันเป็นพื้นที่หรือฐานรองรับการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพให้สามารถขยายผลในวงกว้าง

จากการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๕๗) ที่ผ่านมามีพบว่า ในช่วงครึ่งแผนได้ดำเนินการพัฒนาและขยายเครือข่ายได้ค่อนข้างมากทั้งภาคสาธารณะและภาคเอกชน โดยมีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ดังนี้ มีองค์กรที่มีการนำนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพไปสู่การปฏิบัติในองค์กรกว่า ๑,๐๐๐ องค์กร องค์กรที่มีการดำเนินงานเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตอย่างจริงจังและต่อเนื่องกว่า ๑,๑๐๐ องค์กร องค์กรที่มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพกว่า ๑,๔๐๐ องค์กร และมีประชาชน

^{๑๑๑}ที่มา : กำลังคนภาครัฐในฝ่ายพลเรือน สำนักพัฒนาระบบงานตำแหน่งและค่าตอบแทน สำนักงาน ก.พ.; กันยายน ๒๕๕๘, เว็บไซต์ : ศูนย์ข้อมูลแรงงานแห่งชาติ กระทรวงแรงงาน; มิถุนายน ๒๕๕๙, สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; ๒๕๕๗

มีส่วนร่วมและมีขีดความสามารถด้านการสร้างเสริมสุขภาพกว่า ๒.๘ ล้านคน รวมทั้งมีแกนนำในองค์กรที่ได้รับการพัฒนาขีดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตกว่า ๑๔,๐๐๐ คน อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถพัฒนาเครือข่ายองค์กรที่มีความหลากหลายเพื่อเป็นต้นแบบและขยายเครือข่ายในวงกว้าง ขาดนักสร้างสุขในองค์กรที่จะเป็นแกนนำขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร และพบข้อจำกัดด้านการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งขาดการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทหรือเงื่อนไขขององค์กรกลุ่มเป้าหมาย

องค์กรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ องค์กรภาคสาธารณะ และองค์กรภาคเอกชน

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

ภาคสาธารณะมีข้าราชการพลเรือนกว่า ๗๔๐,๐๐๐ คน ข้าราชการทหารกว่า ๓๐๐,๐๐๐ คน ข้าราชการตำรวจกว่า ๒๐๐,๐๐๐ คน และพระสงฆ์กว่า ๓๔๐,๐๐๐ รูป ซึ่งหากรวมครอบครัวประมาณ ๕,๐๐๐,๐๐๐ คน (ข้อมูลจากสำนักพัฒนาระบบบำนาญตำแหน่งและค่าตอบแทน สำนักงาน กพ.; กันยายน ๒๕๕๘, สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; ๒๕๕๗)

๒. องค์กรภาคเอกชน หมายถึง องค์กรภาคธุรกิจที่ดำเนินงานโดยภาคเอกชน ที่มีการสร้างผลกำไรจากการลงทุน ครอบคลุมสถานประกอบการภาคอุตสาหกรรม การค้าและบริการ รวมทั้งภาคการเงินการธนาคาร ทั้งที่เป็นสถานประกอบการขนาดใหญ่ และวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs)

กำลังแรงงานและคุณภาพชีวิตของบุคลากรในองค์กร

๑. องค์กรภาคเอกชน

ในปัจจุบันในปี ๒๕๕๔ พบว่า ประเทศไทยมีสถานประกอบการประมาณ ๔๑๘,๒๗๒ แห่ง โดยมีจำนวนผู้ใช้แรงงานในระบบ รวมจำนวน ๑๖,๔๑๐,๐๐๐ คน โดยแบ่งเป็นแรงงานหญิง คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๒๔ และแรงงานชาย คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๗๖ จากผู้ประกันตนทั้งหมด และมีแรงงานผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๖๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๘ ของจำนวนแรงงานทั้งหมด (ข้อมูลจากสำนักงานประกันสังคม เดือนพฤษภาคม ๒๕๕๘)

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตแรงงานในภาพรวม พบว่า ประชากรวัยแรงงานไทย (ช่วงอายุ ๑๕ - ๕๔ ปี) ยังประสบปัญหาทางสุขภาพทางกายและทางจิตใจ เนื่องจากการดำรงชีวิตของกำลังแรงงานส่วนใหญ่ไม่ได้เติบโตหรือปรับตัวได้ทันตามการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมโดยวัยแรงงาน





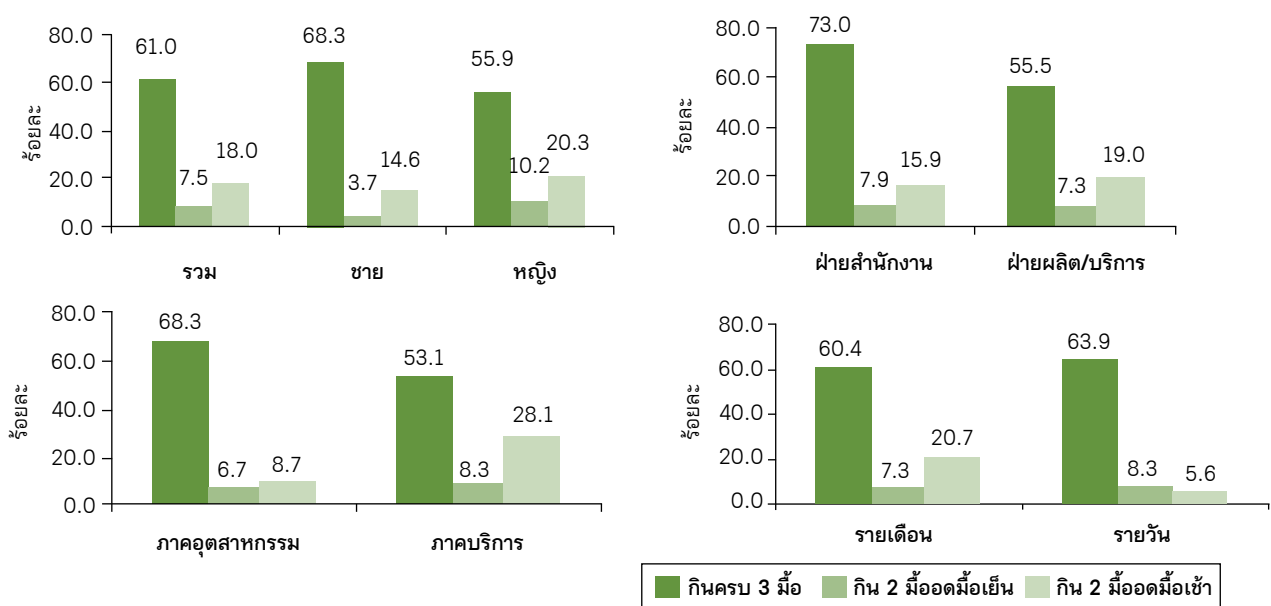
มีรายได้ปกติไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ ในขณะที่มีแรงกดดันในการทำงานหนักจากวันละ ๘ ชั่วโมงเป็น ๑๐ - ๑๒ ชั่วโมง ซึ่งนอกจากจะเป็นการบั่นทอนสุขภาพแล้วยังส่งผลให้ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว สะท้อนได้จากวัยแรงงานเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพหรือกลุ่มโรค NCDs เพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การออกกำลังกายไม่เพียงพอ การกินอาหารและโภชนาการที่ไม่เหมาะสม ฯลฯ

สำหรับ ๖ โรคในกลุ่มโรค NCDs ที่มีอัตราผู้เสียชีวิตสูงสุด คือ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วนลงพุง ซึ่งเกิดจาก ๖ ปัจจัยเสี่ยง คือ สูรา บุหรี่ อาหาร (หวาน-มัน-เค็มจัด) การออกกำลังกายไม่เพียงพอ ความเครียด ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่ากลุ่มโรค NCDs นอกจากจะส่งผลกระทบทางด้านสุขภาพแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสังคมด้วย เพราะทำให้ประชากรเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เกิดการสูญเสียศักยภาพในการประกอบอาชีพ และประเทศต้องแบกรับค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในแต่ละปีที่มีมูลค่ามหาศาล (<http://www.thaihealth.or.th>)

นอกจากนี้ยังพบว่า ประชากรวัยแรงงานมีพฤติกรรมละเลยและพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายหลายประการ ได้แก่

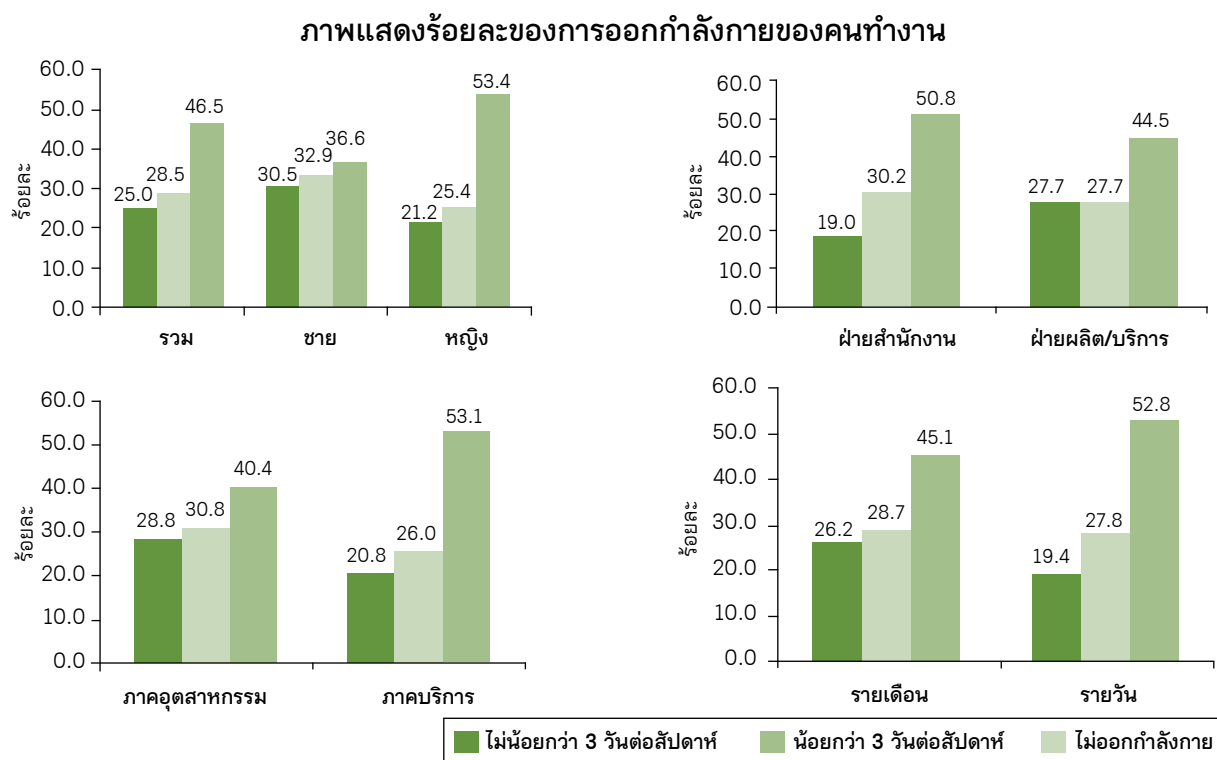
- (๑) การละเลยการรับประทานอาหารมื้อหลัก ทั้งๆ ที่เป็นช่วงวัยที่ต้องใช้พลังงานทางกายและสมองมากที่สุด แต่กลับได้รับสารอาหารไม่ครบและไม่เพียงพอในแต่ละวัน

ภาพแสดงร้อยละของแรงงานที่รับประทานอาหารมื้อหลัก



ที่มา : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๑ : ๔๘.

- (๒) การละเลยการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - Communicable Diseases : NCDs) เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือด เป็นต้น



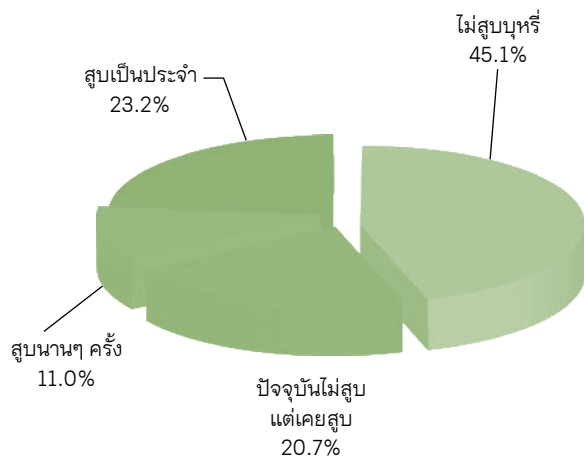
ที่มา : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๑ : ๑๐๐.

- (๓) พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพทางกาย ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มชูกำลัง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิดและเป็นสาเหตุการตายของประชากรไทยในอันดับต้นๆ

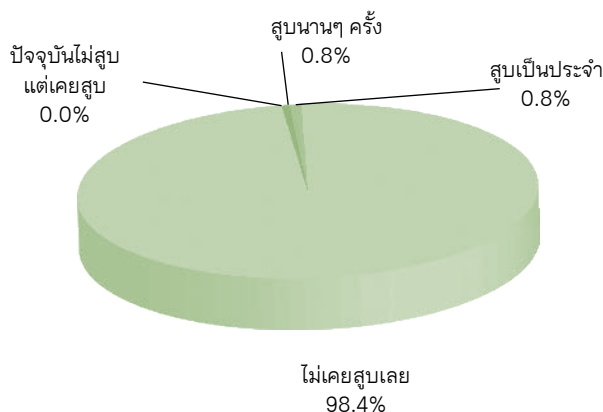




ภาพแสดงร้อยละพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของแรงงานชาย



ภาพแสดงร้อยละพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของแรงงานหญิง



ที่มา : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๑ : ๑๐๑.

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มชูกำลังนั้น ทั้งแรงงานชายและแรงงานหญิงมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกินกว่าครึ่งหนึ่งของแรงงานทั้งหมด ขณะที่แรงงานหญิงกว่าร้อยละ ๘๕ ไม่มีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง

จากพฤติกรรมละเลยและพฤติกรรมเสี่ยงที่ได้กล่าวมาข้างต้นของวัยแรงงานในภาคอุตสาหกรรมส่งผลต่อการเผชิญภัยเจ็บจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกลุ่มโรค NCDs โดยข้อมูลองค์การอนามัยโลกระบุประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรค NCDs ประมาณร้อยละ ๖๓ และที่สำคัญเป็นประชากรในประเทศกำลังพัฒนาถึงร้อยละ ๘๐ ขณะที่คนไทยเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรคนี้สูงกว่าอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยของประชากรทั้งโลกถึงร้อยละ ๑๐ สูงกว่าทุกประเทศในโลก และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยมากกว่าครึ่งเสียชีวิตก่อนอายุ ๖๐ ปี คิดเป็นมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง ๒ แสนล้านบาท/ปี (<http://www.thaihealth.or.th>)

จากรายงานสถานการณ์ความสุขคนทำงานในประเทศไทย ในช่วงครึ่งปีแรกของปี ๒๕๕๗ พบว่า ความสุขคนทำงานระดับประเทศโดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ย ๖๑.๑ อยู่ในระดับ “HAPPY” หรือ “ระดับความสุขตามเป้าหมาย” แต่มิติที่มีค่าคะแนนต่ำที่สุด คือ ฝอนคลายดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๕๒.๔ จัดอยู่ในระดับ “UNHAPPY” หรือ “ระดับความสุข ต่ำกว่าเป้าหมาย” ทั้งนี้ ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง คนทำงานหญิงและชายมีคะแนนความสุขใกล้เคียงกัน อยู่ที่ ๕๗.๗ และ ๕๖.๕ ตามลำดับ แต่เมื่อเปรียบเทียบความสุขระหว่างคนทำงานในภาครัฐกับภาคเอกชน พบว่า คนทำงานในภาครัฐมีค่าคะแนนสูงกว่าคนทำงานภาคเอกชน อาจเนื่องมาจากองค์กรภาคเอกชนต้องเผชิญกับสภาพการแข่งขันสูง ในขณะที่คนทำงานในลักษณะงานที่แตกต่างกันก็ส่งผลต่อความสุขของคนทำงานกล่าวคือ คะแนนเฉลี่ยความสุขของกลุ่มคนทำงานในสำนักงานมีค่าคะแนนสูงกว่าภาคการผลิตและภาคบริการ และคนทำงานในภาคบริการมีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงกว่าภาคการผลิต

ค่าคะแนนความสุขเฉลี่ยของคนทำงานในประเทศไทยในรายมิติและภาพรวมปี 2555 - 2557

ช่วงเวลา	 สุขภาพดี	 ผ่อนคลายดี	 น้ำใจดี	 จิตวิญญาณดี	 ครอบครัวดี	 สังคมดี	 ใฝ่รู้ดี	 สุขภาพเงินดี	 การงานดี	 ความสุขภาพรวม
ครึ่งปีแรก ม.ค. - มิ.ย. 55	61.6 HAPPY	51.3 HAPPY	67.3 HAPPY	68.6 HAPPY	62.5 HAPPY	56.2 HAPPY	62.2 HAPPY	55.7 HAPPY	60.5 HAPPY	 61.1 HAPPY
ครึ่งปีหลัง ก.ค. - ธ.ค. 55	61.5 HAPPY	52.0 HAPPY	67.9 HAPPY	68.8 HAPPY	59.4 HAPPY	57.4 HAPPY	61.8 HAPPY	55.3 HAPPY	59.9 HAPPY	 60.9 HAPPY
ครึ่งปีแรก ม.ค. - มิ.ย. 56	57.4 HAPPY	48.5 HAPPY	65.4 HAPPY	66.7 HAPPY	56.0 HAPPY	53.6 HAPPY	59.6 HAPPY	50.2 HAPPY	54.6 HAPPY	 57.1 HAPPY
ครึ่งปีหลัง ก.ค. - ธ.ค. 56	60.6 HAPPY	50.9 HAPPY	67.3 HAPPY	68.2 HAPPY	58.7 HAPPY	56.1 HAPPY	62.6 HAPPY	53.9 HAPPY	59.3 HAPPY	 60.2 HAPPY
ครึ่งปีแรก ม.ค. - มิ.ย. 57	61.7 HAPPY	52.4 HAPPY	67.4 HAPPY	68.8 HAPPY	62.8 HAPPY	57.2 HAPPY	63.0 HAPPY	54.0 HAPPY	60.0 HAPPY	 61.1 HAPPY

ที่มา : รายงานสถานการณ์ความสุขคนทำงานในประเทศไทย ปีที่ ๒ รอบครึ่งปีแรก (มกราคม - มิถุนายน ๒๕๕๗)
Happiness Watch Report Year II: January - June ๒๐๑๓; โครงการจับตาสถานการณ์ความสุขของ
คนทำงานในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๗; Happiness Watch in Thailand 2011 - 2014

นอกจากนี้ แรงงานในภาคเอกชนยังประสบปัญหาทางการเงิน โดยเฉพาะมีภาระหนี้สูงมาก จากผลสำรวจของศูนย์พยากรณ์เศรษฐกิจและธุรกิจ มหาวิทยาลัยหอการค้า ณ เดือนเมษายน ๒๕๕๗ พบว่า แรงงานส่วนใหญ่มีปัญหาหนี้สินและค่าครองชีพที่สูงขึ้น และไม่มีเงินออมโดยแรงงานร้อยละ ๙๓.๗ มีภาระหนี้สินที่เกิดจากค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน มีภาระหนี้สินเฉลี่ย ๑๐๖,๒๑๖ บาทต่อครัวเรือน ทั้งนี้ เป็นหนี้ในระบบถึงร้อยละ ๕๖.๑ และกว่าร้อยละ ๘๐ มีปัญหาในการชำระหนี้สิน ซึ่งถือเป็นสถิติสูงที่สุดในรอบการสำรวจในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา และสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาด้านการเงินเป็นประเด็นสำคัญลำดับแรกที่จะต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาครอบครัวและกลายเป็นภาระของสังคมในท้ายที่สุด

รายงานสถานการณ์ความสุขคนทำงานในประเทศไทย ปี ๒๕๕๘ เป็นรายองค์กรภาครัฐและเอกชน พบว่าความสุขคนทำงานระดับประเทศโดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ย ๖๒.๒ อยู่ในระดับ “HAPPY” หรือ “ระดับความสุขตามเป้าหมาย” และมิติที่มีค่าคะแนนต่ำที่สุดยังคงเป็น มิติการผ่อนคลายดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๕๒.๒ จัดอยู่ในระดับ “UNHAPPY” หรือ “ระดับความสุข ต่ำกว่าเป้าหมาย”





ที่มา : www.happinometer.com สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

๒. องค์กรภาคสาธารณะ

ภาครัฐของไทยมีคนทำงานที่เป็นข้าราชการและตำแหน่งอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบราชการทั้งระบบรวมครอบครัวประมาณ ๕ ล้านคน ในช่วงปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๐ ได้เกิดบริบทการเปลี่ยนแปลงในองค์กรมากมายตั้งแต่มีการปรับเปลี่ยนระบบราชการครั้งใหญ่ ส่งผลต่อบทบาทภารกิจและการบริหารจัดการในหลายหน่วยงาน เช่น การปรับลดอัตรากำลังข้าราชการ เน้นการทำงานด้วยความประหยัด และคุ้มค่า บางหน่วยงานมีปริมาณภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่งานราชการต้องมีประสิทธิภาพสนองตอบความพึงพอใจการให้บริการ และจะต้องผ่านการประเมินผลตามระบบตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ในการทำงาน ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของรัฐ โดยจากผลการสำรวจคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรภาครัฐบางประการที่สำคัญ โดย สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗ พบว่า บุคลากรภาครัฐมีสถานการณ์สุขภาพส่วนบุคคลที่น่าเป็นห่วง มีปัญหาจากโรคเรื้อรัง อาทิ เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงร้อยละ ๖๔ และมีพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น นิยมการบริโภคไขมันสูงร้อยละ ๖๘ ไม่ออกกำลังกายร้อยละ ๔๑ บุคลากรภาครัฐมีความเครียดจากการทำงานร้อยละ ๑๙ นอกจากนี้ยังพบว่ามีบุคลากรภาครัฐจำนวนหนึ่งในสามที่มีภาระหนี้สิน และร้อยละ ๒๖ ที่ไม่มีการออมเงินและกว่าครึ่งที่ไม่มีการทำบัญชีครัวเรือน การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่นี้ทำให้องค์กรภาครัฐไทยต้องตกอยู่ท่ามกลางกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่ต้องมีการเตรียม “คน” ให้พร้อมเพื่อสามารถขับเคลื่อนองค์กรภาครัฐให้ได้ทันการเปลี่ยนแปลงของสภาพงาน ทั้งยังต้องเหมาะสมกับบริบทขององค์กรในระบบราชการที่ประกอบด้วยบุคลากรอันหลากหลายและกระจายอยู่ทั่วทั้งส่วนกลางและภูมิภาคของประเทศ

ในกลุ่มองค์กรกองทัพจากผลการตรวจสอบประจำปีกำลังพลกองทัพบกทั่วประเทศ จำนวน ๑๑๑,๗๗๗ ราย ในปี ๒๕๕๗ ที่ผ่านมา พบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพ คือ กำลังพลมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๐ มีความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๗ กำลังพลที่มีอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป มีระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๕ มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๘ และเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๓ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ามีกำลังพลที่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๒ และดื่มสุราเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๓

ในส่วนขององค์กรทางพระพุทธศาสนา จากข้อมูลในรายงานวิจัยการเสริมสร้างสุขภาพและการเรียนรู้ของสังคมตามแนวพระพุทธศาสนา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ในปี ๒๕๕๗ ได้สรุปให้เห็นบทบาทการดำเนินงานของพระสงฆ์ว่า พระสงฆ์เป็น “ทุนทางสังคม” ที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพของสังคมของคนในสังคมได้ สามารถส่งเสริมให้เกิดการนำหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาสู่การประยุกต์เพื่อการพัฒนาสังคม อีกทั้งยังเกิดการส่งเสริมและสนับสนุนเครือข่ายพระสงฆ์ในการตระหนักรู้ถึงประเด็นสุขภาพของสังคมและการพัฒนาอย่างยั่งยืน และพัฒนาวัดในประเทศไทยซึ่งมีอยู่ทั้งสิ้นประมาณ ๓๔,๐๐๐ วัด เป็นไปสู่การเป็นพื้นที่ศูนย์กลางการเรียนรู้สุขภาพ

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากร

จากการวิเคราะห์การทบทวนสภาพแวดล้อมการดำเนินงานเพื่อวางแผนหลัก สสส. (๒๕๕๔ - ๒๕๖๐) และแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๘ โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย เพื่อประเมินถึงโอกาสและความท้าทายที่คาดว่าจะส่งผลต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรในช่วง ๓ ปีข้างหน้าพบว่าสถานการณ์และแนวโน้มที่สำคัญที่คาดว่าจะส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (5 mega trends) ได้แก่ สังคมผู้สูงอายุ ความเป็นเมือง ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ กระแสความตื่นตัวเรื่องสุขภาพ และการรวมตัวประชาคมอาเซียน ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวส่งผลต่อ ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีสุขภาพ ส่งผลให้วัยแรงงานมีภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น ประชากรวัยทำงานมีแนวโน้มที่ลดลงจึงจำเป็นต้องขยายอายุการทำงาน แนวโน้มการขยายตัวของสังคมเมืองและการเคลื่อนย้ายประชากรจากชนบทเข้าสู่เขตเมือง ส่งผลต่อวิถีชีวิตและการทำงาน ความตระหนักถึงความสำคัญด้านความปลอดภัยของอาหาร และสุขภาพเพิ่มขึ้น บทบาทสตรีที่เพิ่มขึ้น ต้องการการดูแลสุขภาพแรงงานที่เหมาะสม และการรักษาความได้เปรียบในการแข่งขันทางเศรษฐกิจด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน

จากผลงานวิจัยภาพอนาคตของสถานที่ทำงานในประเทศไทยในปี ๒๕๗๕ (Thailand's Future Workplace in 2032) พบว่า จากผลของการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม จะส่งผลให้ โครงสร้างสถานที่ทำงานในอีก ๒๐ ปีข้างหน้า คือ สถานประกอบการจะกำหนดโครงสร้างที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ มีการปรับปรุงระบบบริหาร กฎระเบียบและการแบ่งงานให้ยืดหยุ่นมากขึ้น เนื่องจากในอนาคตแรงงานในองค์กรจะมีความหลากหลายมากขึ้นทั้งทางด้านเชื้อชาติ และวัฒนธรรม ส่งผล





ให้ส่วนงานพัฒนาบุคลากรในองค์กรจะต้องปรับรูปแบบการดำเนินงานที่รองรับความหลากหลายทางเชื้อชาติ และวัฒนธรรมของแรงงาน ซึ่งทำให้การจัดสวัสดิการและการดูแลคุณภาพชีวิตแรงงานในองค์กรมีแนวโน้มที่จะต้องมีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น พนักงานที่ต้องทำงานในพื้นที่ที่สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ก็อาจจะต้องการสวัสดิการด้านการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญในด้านสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะ เป็นต้น

โดยสรุป

จากการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา สถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งแนวนโยบายของแผนหลัก สสส. ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ทำให้ได้ประเด็นที่สำคัญหรือโจทย์ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ที่สำคัญในระยะต่อไปดังนี้

- (๑) **คนทำงาน** ส่งเสริมในประเด็นการเพิ่มทักษะการใช้ชีวิตควบคู่กับทักษะการทำงาน การสร้างเสริมสุขภาพ และความรับผิดชอบต่อทางการเงินเพื่อสร้างความภาคภูมิใจในการทำงาน ซื่อสัตย์และรักในองค์กร สุขภาวะที่เหมาะสมตามเพศ (มีติผู้หญิงและผู้ชาย) การรองรับสังคมผู้สูงอายุ และการสร้างเสริมครอบครัวอบอุ่น
- (๒) **องค์กร** ผลักดันการกำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต การปรับระบบจัดการ และโครงสร้างองค์กรให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต และการพัฒนากลไกการทำงาน ด้านสร้างเสริมสุขภาพภายในองค์กรที่คำนึงถึงการมีส่วนร่วม การบริหารความหลากหลายทาง วัฒนธรรม และการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
- (๓) **สังคมและสิ่งแวดล้อม** สนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมขององค์กรให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การยอมรับความหลากหลายของแรงงานต่างเชื้อชาติและต่างวัฒนธรรม ความรับผิดชอบต่อทางสังคม และการสร้างเสริมสุขภาวะของคนทำงานในเมือง
- (๔) **ระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร** ทั้งด้านนโยบาย องค์กรความรู้และนวัตกรรม ภาควิชาเครือข่าย และระบบข้อมูลและระบบติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

จุดเน้นของแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ปี ๒๕๖๐

- (๑) เน้นการใช้องค์กรเป็นฐานรองรับงานสุขภาวะ
- (๒) พัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะองค์กร

การเชื่อมโยงกับกรอบนโยบายและการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)

๑. ใช้ทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี เพื่อการบูรณาการการทำงาน และมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ ภายใต้กลไกการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

โดยการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของบุคลากร ในการให้ความรู้ จัดกิจกรรมส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพตามเป้าหมาย ๑๐ ปี ในประเด็น เหล้า บุหรี่ อาหาร และการออกกำลังกาย และส่งเสริมครอบครัวอบอุ่น ในกลุ่ม องค์กรภาครัฐ กองทัพ ตำรวจ มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล

๒. ขยายฐานผู้รับประโยชน์ ผ่านการพัฒนาจากทุนความรู้ เพื่อเสริมพลังสังคมให้เกิดความตื่นรู้ในด้านสุขภาพ ในประชากรที่กว้างขวางขึ้น

ได้มีการขยายความร่วมมือไปยังหน่วยงาน องค์กรสถานประกอบการต่างๆ ซึ่งครอบคลุมจำนวนวัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการพัฒนาองค์กรสุขภาพะ ตลอดจนชุมชนใกล้เคียง ส่งผลทำให้เกิดเครือข่ายสุขภาพเพิ่มขึ้น ประกอบด้วย องค์กร/สถานประกอบการ ทั้งหน่วยงานจากภาครัฐและเอกชน หน่วยงานปกครองท้องถิ่น หน่วยงานการศึกษา สถานพยาบาล ในพื้นที่ดำเนินโครงการ

๓. สร้างความยั่งยืน โดยมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนหลัก สร้างวัฒนธรรมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย รวมถึงการขยายการทำงานสู่นานาชาติ

สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงกับระบบและกลไกหลักในการผลักดันให้เกิดร่างนโยบาย ระเบียบ ยุทธศาสตร์ และ/หรือมาตรการ ที่จะช่วยในการยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในองค์กร โดยมีการร่วมมือและดำเนินงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม องค์กรข้าราชการพลเรือน กองทัพ ตำรวจ โรงพยาบาล องค์กรพระพุทธศาสนา และมหาวิทยาลัยในการขับเคลื่อนองค์กรสุขภาพะ

๔. มุ่งสร้างนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ และเทคโนโลยี อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

ระบบการบริหารจัดการฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกองทัพไทย สามารถค้นหาข้อมูล ติดตามดูสถานะสุขภาพของกำลังพล รวมถึงการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นปัญหามาใช้ประโยชน์ได้ทั้งฝ่ายแพทย์ ฝ่ายกำลังพลและฝ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง นำมาซึ่งการจัดกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาในแต่ละพื้นที่/แต่ละหน่วย และได้พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพะองค์กร โดยการรวบรวมผลการดำเนินงาน องค์ความรู้ นวัตกรรม และรายละเอียดกิจกรรมเสริมสร้างองค์กรสุขภาพะในทุกมิติของแต่ละองค์กร และพัฒนาให้เป็นระบบที่สามารถสืบค้นออนไลน์ได้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงานองค์กรสุขภาพะ

๕. ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบให้เหมาะสมกับสังคมผู้สูงอายุ

องค์กร/สถานประกอบการ ได้มีการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ ในประเด็นปัจจัยเสี่ยง เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย เหล้า และบุหรี่ ความรู้ในการบริหารจัดการด้านเงิน ได้แก่ การประกอบอาชีพเสริม





การออมและการลงทุนให้แก่พนักงาน เพื่อให้พนักงานมีความรู้ในการจัดการด้านการเงินที่ดีและสามารถดูแลตนเองเพื่อเตรียมพร้อมในวัยเกษียณได้

มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ สำหรับในกลุ่มผู้เกษียณอายุราชการของกองทัพไทย ในการให้ความรู้เพิ่มทักษะการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว

วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนการพัฒนานโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรและผลักดันสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
๒. สนับสนุนให้องค์กรได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดการความรู้ เพื่อสร้างการรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญการสร้างเสริมสุขภาวะขององค์กร และเพื่อให้มีการสื่อสารและขยายผลแนวคิดการสร้างเสริมองค์กรสุขภาวะในวงกว้าง
๓. สนับสนุนการพัฒนาระบบและกลไกการทำงานและบริหารจัดการภายในองค์กรที่ส่งผลต่อสุขภาวะของบุคลากร ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในองค์กร
๔. ส่งเสริมการพัฒนาและขยายเครือข่ายองค์กรภาคสาธารณะและองค์กรภาคเอกชนสร้างเสริมสุขภาพเพื่อเป็นพื้นที่รองรับงานสร้างเสริมสุขภาวะของ สสส.

เป้าหมาย ๑ ปีและตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. สนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานเสริมสร้างองค์กรสุขภาวะ และผลักดันให้เกิดการเชื่อมโยงกับระบบและกลไกหลักของภาคยุทธศาสตร์ อาทิ ข้าราชการพลเรือน เหล่าทัพ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย องค์กรพระพุทธศาสนา กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน และกระทรวงอุตสาหกรรม ในรูปแบบของนโยบาย ระเบียบ ยุทธศาสตร์ และหรือมาตรการ อย่างน้อยจำนวน ๑ เรื่อง
๒. เพิ่มจำนวนองค์กรที่นำแนวคิดองค์กรสุขภาวะ^{๑๑๑} (Happy workplace) ไปใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างสุขภาวะในองค์กรให้ได้จำนวน ๑,๐๐๐ องค์กร

^{๑๑๑} องค์กรสุขภาวะ หมายถึง องค์กรที่มีการสนับสนุนการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร อาทิ การผลักดันให้มีนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต และการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

๓. เกิดองค์กรสุขภาวะต้นแบบ^{๑๐๓} จำนวน ๒๐ องค์กร ที่พร้อมขยายผลให้เกิดเครือข่ายองค์กรสุขภาวะอื่นๆ
๔. มีแกนนำขับเคลื่อนองค์กรสุขภาวะที่มีความรู้ความเข้าใจแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร (Happy Workplace) และสามารถขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ได้อย่างต่อเนื่อง ๑๐๐ คน
๕. มีนวัตกรรมทางสังคม^{๑๐๔} อาทิ งานวิจัย การถอดบทเรียนและองค์ความรู้ เครื่องมือ หลักสูตรการเรียนการสอนและการฝึกอบรม รวมทั้งกลไกการทำงานใหม่ๆ ที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ได้รับการเผยแพร่และนำไปใช้ประโยชน์จำนวน ๕ เรื่อง
๖. เกิดเครือข่ายองค์กรสุขภาวะ ที่มีความครอบคลุมทั้งในกลุ่มองค์กรภาคสาธารณะและองค์กรภาคเอกชนที่เป็นเครือข่ายใหม่ จำนวน ๒ เครือข่าย
๗. พัฒนาระบบฐานข้อมูลเครือข่ายองค์กรสุขภาวะที่สามารถใช้ในการกำกับติดตามและประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้
 - (๑) ระบบที่จัดเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย ซึ่งประกอบด้วยองค์ความรู้ นวัตกรรม สื่อในการดำเนินงานเสริมสร้างองค์กรสุขภาวะของภาคีเครือข่าย ทั้งจากองค์กรภาคสาธารณะและภาคเอกชน รวมถึงฐานข้อมูลรายชื่อองค์กรเครือข่ายในแต่ละพื้นที่
 - (๒) ระบบฐานข้อมูลกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาวะของแต่ละองค์กรซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูล ๒ ส่วน คือ (๑) รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานขององค์กร (๒) รายละเอียดของกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ ผลผลิตขององค์กรที่เพิ่มขึ้น รายละเอียดกิจกรรมที่โดดเด่น
๘. บุคลากรในองค์กรสุขภาวะอย่างน้อยร้อยละ ๒๐ มีความตระหนักในการดูแลสุขภาวะตนเองและมีความสุขในการทำงาน^{๑๐๕} โดยมีการนำเครื่องมือที่ใช้วัดองค์กรสุขภาวะมาใช้

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัวพัฒนาให้เกิดครอบครัวอบอุ่นในองค์กรภาคสาธารณะและภาคเอกชนไม่น้อยกว่า ๑๐๐ องค์กร
 ๒. เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่าง แผนควบคุมยาสูบ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด แผนอาหารแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย
- เพื่อส่งเสริมให้องค์กรดำเนินการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร จำนวน ๗๕๐ องค์กร ภายในปี ๒๕๖๐ เพื่อบรรลุเป้าหมาย สสส. ๑๐ ปี

^{๑๐๓} องค์กรสุขภาวะต้นแบบ หมายถึง องค์กรที่มีนโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรและผลักดันสู่การปฏิบัติภายในองค์กรอย่างเป็นรูปธรรม

^{๑๐๔} นวัตกรรมทางสังคม หมายถึง แนวคิด กระบวนการ หรือรูปแบบใหม่ๆ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาหรือพัฒนาสังคม (สุวจิ กู๊ด และกฤษฎี พงศ์รุ่งหมื่น, ๒๕๕๖ อ้างถึงใน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๖: ๗๒)

^{๑๐๕} สุ่มตัวอย่างสำรวจและวัดโดยเครื่องมือประเมินการรับรู้และความสุขในระดับบุคคล เช่น Happinometer, CU-QWL, และ Emo-meter และหรือแบบประเมินความตระหนักในการดูแลสุขภาวะ เป็นต้น





แนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการของภาคีทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้เกิดกลไกการทำงานไปในทิศทางร่วมกันเพื่อให้เกิดองค์กรสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในองค์กร
๒. สนับสนุนระบบบริหารจัดการข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้างเสริมองค์กรสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในองค์กร รวมถึงติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
๓. สนับสนุน ส่งเสริมภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในองค์กร

โดยแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรจะได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ๕ ด้าน ดังนี้

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

กลุ่มแผนงาน

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

๑. กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคสาธารณะ

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์ในการพัฒนาขีดความสามารถในการวางระบบการบริหารจัดการและพัฒนากลไกการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาวะภายในองค์กรภาคสาธารณะ โดยองค์กรภาคสาธารณะหมายถึง

รวมถึง องค์การภาคพลเรือน องค์การทหาร องค์การตำรวจ องค์การโรงพยาบาล และองค์การทางศาสนา ให้มุ่งไปสู่ การที่บุคลากร ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แนวทางการดำเนินงาน

- (๑) พัฒนากลไกการทำงานและขยายผลร่วมกันกับหน่วยงานหลัก เช่น สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
- (๒) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพและต้นแบบศูนย์เรียนรู้ในพื้นที่องค์กรกองทัพ
- (๓) พัฒนาเครื่องมือเกณฑ์ประเมินความสำเร็จ และถอดบทเรียนนำไปสู่การขยายผลในกลุ่มองค์กรตำรวจ
- (๔) พัฒนาด้านแบบโรงพยาบาลสร้างสุข โดยใช้แนวทาง Spiritual health
- (๕) พัฒนาด้านแบบและองค์ความรู้มหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ
- (๖) พัฒนารูปแบบการนำปัจจัยเสี่ยงบูรณาการเข้าไปในการเทศนาสั่งสอนประชาชนของพระสงฆ์

๒. กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรภาคเอกชน

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์การพัฒนาและขยายองค์กรสุขภาพต้นแบบในภาคเอกชนในเชิงคุณภาพเพื่อ เป็นฐานรองรับงานประเด็นสุขภาพของ สสส. และสร้างความยั่งยืนในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ ในองค์กร ด้วยการสนับสนุนระบบและกลไกร่วมกับภาคยุทธศาสตร์หลักเพื่อผลักดันนโยบายสาธารณะด้าน การสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนทำงานในทุกมิตินำไปสู่การปฏิบัติและเกิดผลอย่างเป็น รูปธรรม พัฒนานวัตกรรมทางสังคมและเกิดองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร รวมทั้ง กลไกการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร

แนวทางการดำเนินงาน

- (๑) ขับเคลื่อนและพัฒนาแนวคิดสุขภาพองค์กรเข้าสู่ระบบปกติและกลไกหลักของประเทศ (กระทรวง แรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอุตสาหกรรม)
- (๒) สร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่เหมาะสมตามเพศ (มิติผู้หญิงและผู้ชาย) ร่วมกับ กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มอุตสาหกรรม
- (๓) พัฒนากลไกการทำงานบูรณาการในประเด็น ครอบครัวอบอุ่นในสถานประกอบการ (กิจการสตรี และครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน)
- (๔) งานบูรณาการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพใน ๕ ประเด็น
- (๕) พัฒนาพื้นที่และขยายเครือข่ายองค์กรสุขภาพะ ร่วมกับกลุ่มอุตสาหกรรม





๓. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์เพื่อพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ประกอบด้วย ระบบฐานข้อมูลและระบบติดตามประเมินผล การจัดการองค์ความรู้และนวัตกรรม การสร้างเสริมศักยภาพภาคีเครือข่าย รวมทั้งการพัฒนากลไกกลางเชื่อมโยงการทำงานระหว่างสำนัก ๘ และภาคีเครือข่าย เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

แนวทางการดำเนินงาน

- (๑) สนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ภาพรวม
- (๒) สนับสนุนการบริหารจัดการงานภายในสำนัก
- (๓) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการประเมินผลการดำเนินงานโครงการ

ภาคีหลัก

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

เพื่อเกิดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตบุคลากรวัยทำงานในกลุ่มองค์กรภาคสาธารณะและภาคเอกชน เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มคนวัยทำงาน งานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายพัฒนาบุคลากรขององค์กร และงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรเป็นส่วนหนึ่งของการเพิ่มผลผลิตขององค์กร

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคสาธารณะ	๘๐
๒. กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคเอกชน	๘๐
๓. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๑
รวม	๑๖๑

๙

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

สถานการณ์และแนวโน้ม

การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (Physical Inactivity) เป็น ๑ ใน ๔ ปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเจ็บป่วยและสูญเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs ร่วมกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ และอาหารที่ไม่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ โดยในปี ๒๕๕๗ มีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มากถึง ๓๖ ล้านคน หรือร้อยละ ๖๓ ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี ๒๕๕๕ วารสารวิชาการ The Lancet ได้แสดงข้อมูลที่บ่งชี้ว่า การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่มีอัตราความชุกสูงและนำไปสู่การเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรค NCDs มากกว่าการสูบบุหรี่แล้ว สำหรับในประเทศไทยนั้น การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึง ๑๑,๑๒๙ รายในปี ๒๕๕๒ โดยแยกเป็นเพศชาย ๔,๓๕๗ ราย (ร้อยละ ๑.๖ ของการเสียชีวิตทั้งหมด) และเพศหญิง ๖,๗๗๒ ราย (ร้อยละ ๓.๖ ของการเสียชีวิตทั้งหมด) หรือคิดเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอันดับ ๘ ของประชากรหญิง และอันดับ ๙ ของประชากรชาย

ทั้งนี้ ผลสำรวจการมีกิจกรรมทางกายระดับประเทศ โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. และกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี ๒๕๕๕ คนไทยมีกิจกรรมทางกายเพียงพอร้อยละ ๖๖.๓ ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี ๒๕๕๖ เป็นร้อยละ ๖๘.๑ ปี ๒๕๕๗ เป็นร้อยละ ๖๘.๓ และเป็นร้อยละ ๗๑.๗ ในปี ๒๕๕๘ ซึ่งเป็นการเพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายประมาณร้อยละ ๖ ตลอดระยะเวลา ๔ ปีที่ผ่านมา โดยเมื่อพิจารณาตามกลุ่มช่วงวัยจะพบว่า กลุ่มวัยทำงานเป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นอย่างมาก คือ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๗๐.๔ ในปี ๒๕๕๗ เป็นร้อยละ ๗๕.๘ ในปี ๒๕๕๘ ในขณะที่กลุ่มวัยอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มวัยเด็กลดลงจากร้อยละ ๖๗.๖ ในปี ๒๕๕๕ เป็นร้อยละ ๖๔.๘ ในปี ๒๕๕๘ ขณะที่กลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ ๖๖.๔ เป็นร้อยละ ๖๖.๖ เช่นเดียวกับกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๖๗.๗ เป็นร้อยละ ๖๘.๕ ในกลุ่มตัวอย่างและช่วงเวลาเปรียบเทียบเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่าประชากรเขตเมืองอยู่เล็กน้อย (ร้อยละ ๗๒.๖ และ ๗๑.๐ ตามลำดับ) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าในปัจจุบันปัจจัยเรื่องเขตเมืองและชนบท มิได้ก่อให้เกิดความแตกต่างด้านการมีกิจกรรมทางกายมากนัก ทั้งนี้ หากสำรวจเฉพาะกลุ่มที่เป็นภาคี สสส. พบว่ามีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี ๒๕๕๘ อยู่ที่ร้อยละ ๘๕.๕





การมีกิจกรรมทางกายของประชากรวัยเด็ก ภายใต้เงื่อนไขของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกที่ประชากรวัยเด็กจะต้องมีกิจกรรมทางกายทุกวัน วันละ อย่างน้อย ๖๐ นาที และมีวันที่เป็นกิจกรรมทางกายประเภทการเสริมสร้างการเคลื่อนไหว การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแบบแอโรบิคระดับปานกลางถึงหนัก อย่างน้อย ๓ วันต่อสัปดาห์ เมื่อใช้เกณฑ์ดังกล่าว มาเป็นตัวกำหนดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรวัยเด็ก พบว่า ในปี ๒๕๕๘ นี้ ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายทุกวัน วันละ ๖๐ นาทีของประชากรวัยเด็กมีการลดลงเล็กน้อย นั่นคือ จากร้อยละ ๓๗.๖ ในปี ๒๕๕๗ เป็นร้อยละ ๓๗.๐ ในปัจจุบัน ซึ่งย้ำให้ทราบถึงความสำคัญและเร่งด่วนในการหารูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมให้กับเด็กไทยให้ได้มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตามความต้องการในพัฒนาการของร่างกาย

การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ จึงนับว่าสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในมิติของการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการมีพัฒนาการที่ดีตลอดช่วงชีวิตของมนุษย์ ซึ่งการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและเหมาะสม ตั้งแต่วัยเด็กนั้น จะสร้างความแข็งแรงของหัวใจ กล้ามเนื้อและกระดูก พัฒนาการเคลื่อนไหว สร้างความเชื่อมั่นในตัวเอง เสริมทักษะการเข้าสังคม พัฒนาสมอง การคิดวิเคราะห์ และพัฒนาภาวะทางอารมณ์ องค์การอนามัยโลกเน้นย้ำว่าการมีวิถีชีวิตที่ระดับกระแฉะ เป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและใจที่ดี โดยแนะนำว่า ผู้ใหญ่ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย ๓๐ นาที อย่างน้อย ๕ วันต่อสัปดาห์ และเด็กๆ ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย ๖๐ นาทีต่อวัน

อุปสรรคของการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยนั้น สาเหตุสำคัญเป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary behavior) ที่เพิ่มขึ้น โดยข้อมูลจากการสำรวจในปี ๒๕๕๕ พบว่า คนไทยมีพฤติกรรมเนือยนิ่งต่อวันถึง ๑๓ : ๒๕ ชั่วโมง เพิ่มขึ้นเป็น ๑๓ : ๔๒ ในปี ๒๕๕๗ และเพิ่มขึ้นเป็น ๑๓.๕๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยพฤติกรรมเนือยนิ่ง ๔ อันดับแรกของคนไทยที่ทำติดต่อกันนานกว่า ๑ ชั่วโมงต่อครั้ง คือ นั่ง/นอนดูโทรทัศน์ (ร้อยละ ๕๐.๐) นั่งคุย/นั่งประชุม (ร้อยละ ๒๘.๔) นั่งทำงาน/นั่งเรียน (ร้อยละ ๒๗.๐) และนั่งเล่นเกมโทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ (ร้อยละ ๒๐.๑) เมื่อศึกษาในรายละเอียดพบว่า กลุ่มเด็กและกลุ่มวัยรุ่นมีพฤติกรรมอยู่หน้าจอ (screen time) ได้แก่ การนั่งดูโทรทัศน์ ใช้คอมพิวเตอร์เข้าร้านเกมส์ รวมถึงการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์พกพาประเภทต่างๆ มากกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยเฉลี่ยแล้วใช้เวลาอยู่หน้าจอมากกว่า ๑ ชั่วโมงต่อวัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของสัดส่วนผู้ที่มีภาวะอ้วนและอ้วนลงพุง คือจากร้อยละ ๒๘.๗ ในปี ๒๕๔๗ เป็นร้อยละ ๓๔.๗ ในปี ๒๕๕๗ สำหรับภาวะอ้วน นอกจากนี้ ฐานข้อมูลโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี ๒๕๕๘ พบว่า เด็กไทยอายุ ๕ - ๑๔ ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนที่ร้อยละ ๑๒.๕

เพื่อให้ผู้คนได้มีกิจกรรมทางกายเป็นวิถีชีวิต ความสำคัญของสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย นับว่าสำคัญยิ่ง ซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำว่า การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันนั้น ต้องดำเนินการควบคู่กับการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและพื้นที่เพื่อกิจกรรมดังกล่าว จนทำให้เกิดเป็นแนวทางจากองค์การอนามัยโลก

ภายใต้ชื่อว่า เมืองน่าอยู่คือเมืองที่กระฉับกระเฉง (Healthy City is an Active City) ซึ่งเป็นการสร้างสุขภาพที่ดีด้วยนโยบายเพื่อการยกระดับการมีกิจกรรมทางกาย การพัฒนาพื้นที่กายภาพ รวมไปถึงระบบการขนส่งที่เกื้อหนุนการเคลื่อนไหวร่างกาย (Active Transport) อาทิ การเดิน การขี่จักรยาน และการเชื่อมต่อระบบขนส่งสาธารณะ สิ่งเหล่านี้นอกจากจะทำให้เกิดการประหยัดงบประมาณด้านบริการสุขภาพของเมืองแล้วยังส่งผลให้เกิดพื้นที่สาธารณะและพื้นที่สีเขียวที่น่าดึงดูดมากขึ้น สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่มีคุณภาพลดความแปลกแยกทางสังคม เกิดเป็นชุมชนเข้มแข็ง และการขยายตัวของเครือข่ายชุมชน ด้วยเหตุดังกล่าวแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย จึงได้พัฒนายุทธศาสตร์กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่สุขภาพที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย ด้วยการร่วมมือกับ องค์กรภาครัฐ เอกชน สถาบันการศึกษา และองค์กรชุมชน อาทิ กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาปนิกผังเมือง และชุมชนต่างๆ เพื่อเป็นกลไกผลักดันพื้นที่สุขภาพในระดับนโยบายสาธารณะ นำสู่การปฏิบัติ และขยายผล โดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

สสส. โดยแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย มีเป้าหมายในการผลักดันให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอด้วยกระบวนการวิธีต่างๆ รวมไปถึงการมีบทบาทในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมกิจกรรมทางกายในระดับชาติ และระดับสากล ในฐานะที่ สสส. ได้ร่วมลงนามในกฎบัตรโตรอนโต ในปี ๒๕๕๓ และมีพันธกิจในการสนับสนุนการมีสุขภาพที่ดีด้วยการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับทุกคน โดยเน้นให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือขององค์กรด้านสุขภาพ ด้านการขนส่งและคมนาคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านกีฬาและนันทนาการ ด้านการศึกษา ด้านการพัฒนาผังเมือง ด้านวัฒนธรรมและท้องถิ่น เพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนในสังคมไทย แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย จึงได้ร่วมดำเนินการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กิจกรรมทางกายแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓) นำสู่การเสนอร่างแผนยุทธศาสตร์ต่อคณะรัฐมนตรีภายในปี ๒๕๖๐ เพื่อให้เกิดยุทธศาสตร์ กรอบแนวทาง ที่ผนวกมิติการสร้างเสริมสุขภาพด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสู่การปฏิบัติ ทั้งในและนอกหน่วยงานด้านสุขภาพ รวมถึงการร่วมมือกับสำนักงานสถิติแห่งชาติในการพัฒนาเครื่องมือสำรวจกิจกรรมทางกายเพื่อให้เกิดการสำรวจระดับชาติในฐานะหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก

ที่ผ่านมา สสส. มีบทบาทในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ในระดับชาติ และระดับสากล โดยได้รับเลือกจาก International Society for Physical Activity and Public Health (ISPAH) ให้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมนานาชาติด้านการมีกิจกรรมทางกายในปี ๒๕๕๔ (ISPAH 2016) และเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในระดับประเทศ สสส. ได้สนับสนุนให้เกิดการประชุมวิชาการกิจกรรมทางกายระดับชาติ ครั้งที่ ๑ (The 1st National Conference on Physical Activity : NCPA) ในปี ๒๕๕๘ เพื่อสร้างโอกาสและเครือข่ายในการระดมความร่วมมือจากภาคียุทธศาสตร์ทุกภาคส่วนจากกระเปาะบวาระดังกล่าว โดยมีนักปฏิบัติการและนักวิชาการด้านกิจกรรมทางกายเข้าร่วมประชุมกว่า ๕๐๐ คน ทั้งเป็นการผลักดันและกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประชาชนและของภาคนโยบายเพื่อนำสู่การประชุม ISPAH 2016 โดยจะใช้โอกาสจากการประชุม ISPAH 2016 ในการขับเคลื่อนนโยบายด้านกิจกรรมทางกายในระดับภูมิภาค





และระดับโลก สู่การประกาศเป็น Bangkok Declaration on Physical Activity และนำข้อเสนอดังกล่าว ยกย่องระดับสู่เวทีสมัชชาสุขภาพระดับโลก ครั้งที่ ๗๐ ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ (World Health Assembly) และผลักดันร่างระเบียบวาระดังกล่าว เพื่อยกระดับความสำคัญของกิจกรรมทางกายให้เป็นระเบียบวาระหลัก ในระดับองค์การอนามัยโลกต่อไป

จุดเน้นของแผน

คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ ร่วมกับภาคีของแผนได้ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เป้าหมายตามแผน ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และเป้าหมายตามทิศทาง ๑๐ ปี สสส. จึงให้พัฒนาแผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๐ ที่สอดคล้องกับทิศทางดังกล่าว โดยมีจุดเน้น ดังนี้

๑. ดำเนินงานต่อเนื่องในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายตลอดช่วงวัย (Life - Course Approach) ครอบคลุมกลุ่มเด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) วัยเด็ก (๖ - ๑๔ ปี) วัยรุ่น (๑๕ - ๒๔ ปี) วัยทำงาน (๒๕ - ๕๔ ปี) และวัยสูงอายุ (๖๐ ปี ขึ้นไป) ทั้งในด้านพัฒนางานวิจัย องค์ความรู้ นวัตกรรม เครื่องมือวัดผล รณรงค์สื่อสาร และการผลักดันนโยบาย
๒. ลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในทุกกลุ่มวัยด้วยการสนับสนุนให้เกิดการเคลื่อนไหวระหว่างวัน ในรูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มวัย และอาชีพ
๓. บูรณาการกับแผนเชิง Setting หลัก คือ โรงเรียน สถานประกอบการ/องค์กร และพื้นที่สาธารณะ/ชุมชน เพื่อให้สามารถติดตามผลการเปลี่ยนแปลงด้านกิจกรรมทางกายและปัจจัยแวดล้อม ซึ่งจะนำไปสู่การขยายผลที่ต่อเนื่อง ได้แก่ การร่วมกับแผนสุขภาวะเด็กและเยาวชน ในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในโรงเรียน ร่วมกับแผนส่งเสริมสุขภาวะองค์กร ในการรณรงค์ Active Workplace ร่วมกับสำนักสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม ในการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ และร่วมกับสำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะในการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุ
๔. ผลักดันให้งานต้นแบบพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งได้เริ่มพัฒนากระบวนการไว้ในปีที่ผ่านมา ได้เกิดการขยายผลโดยหน่วยงานยุทธศาสตร์หลัก อาทิ กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร การเคหะแห่งชาติ เป็นต้น
๕. ส่งเสริมกระแสการใช้จักรยานเพื่อสุขภาพ โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ต่างๆ ทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น เพื่อนำสู่เมืองที่เอื้อต่อการเดิน และการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
๖. ขับเคลื่อนให้เป้าหมายด้านกิจกรรมทางกาย เป็นเป้าหมายร่วมและยกระดับเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติ โดยมีหน่วยงานภาคนโยบายที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมร่วมเป็นเจ้าภาพขับเคลื่อน ในลักษณะของ multi-sectors เพื่อเป็นการเชื่อมโยงงานกิจกรรมทางกายระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุข และนอกหน่วยงานสาธารณสุข

๗. ขับเคลื่อนให้เป้าหมายด้านกิจกรรมทางกาย เป็นวาระสากลในเวที ISPAH 2016 โดยระดมความร่วมมือในระดับชาติและเครือข่ายสากล เพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุด จากการเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมดังกล่าว และนำผลผลิตรวมไปถึงผลลัพธ์ของการประชุมที่ได้ สู่เวทีสมัชชาสุขภาพโลก ครั้งที่ ๗๐ ในปี ๒๕๖๐

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก หมายถึงการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยกล้ามเนื้อโครงร่าง (Skeletal Muscles) ที่ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานที่ส่งผลต่อสุขภาพ แบ่งเป็น ๓ ระดับตามการใช้แรงกาย ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับหนัก (mild – moderate – vigorous) โดยระดับปานกลาง – หนัก (moderate-to-vigorous physical activity : MVPA) เป็นระดับที่พอเพียง และจำแนกตามประเภทของกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (work related PA) กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง (transportation) กิจกรรมทางกายเพื่อการนันทนาการและกีฬา (recreation) แผนใช้เกณฑ์ที่วัดตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกคือ 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 การนั่งหน้าจอทีวีหรือคอมพิวเตอร์นานเกินไป การนั่งทำงานนานเกินไป ในระดับสากลใช้เกณฑ์การมีพฤติกรรมเนือยนิ่งติดต่อกันเกิน ๒ ชั่วโมง ถือว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพ และเมื่อสะสมทั้งวันแล้ว ไม่ควรเกินกว่า ๖ ชั่วโมงต่อวัน

ปัจจัยแวดล้อม/พื้นที่สุขภาพะ (built environment/healthy space) หมายถึง เงื่อนไขทางกายภาพที่เป็นสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้าง เช่น รูปแบบการจัดพื้นที่ทั้งเปิดโล่งและในอาคาร การใช้ที่ดินและผังเมือง ระบบการขนส่งสาธารณะ และรูปแบบเฉพาะต่างๆ เช่น สนามเด็กเล่นที่ได้รับการออกแบบให้สนับสนุนการสร้างโอกาสเพื่อการมีกิจกรรมทางกาย

เมืองที่เอื้อต่อการเดิน/ใช้จักรยาน (walkable & cyclable city) เมือง/ชุมชนที่มีนโยบายส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันของประชาชน ด้วยการออกแบบและจัดการทั้งด้านกายภาพ เช่น ระบบการคมนาคม ความปลอดภัย ความสะดวก ความสวยงาม และการจัดการด้านสังคม วัฒนธรรม เช่น ความรู้สึกมีส่วนร่วม อัตลักษณ์ของพื้นที่





กิจกรรมกีฬาที่ปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ หมายถึง กิจกรรมการแข่งขันกีฬาทั้งระดับชาติและระดับจังหวัด ที่ประกาศใช้มาตรการปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ในและรอบสนามกีฬา โดยมีการสื่อสารณรงค์ไปถึงกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ชมกีฬา (ทั้งที่ชมในสนามและชมจากการถ่ายทอดทางสื่อ) ผู้เล่นกีฬา กรรมการตัดสิน ผู้สนับสนุน ผู้จัดและชุมชนรอบสนามกีฬา

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อขับเคลื่อนร่วมกับภาคยุทธศาสตร์ให้เป้าหมายด้านกิจกรรมทางกาย เป็นเป้าหมายระดับชาติและระดับสากล
๒. เพื่อส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะและจิตสำนึกแห่งสุขภาพของประชาชน ด้วยการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง
๓. เพื่อส่งเสริมให้มีพื้นที่สุขภาวะและปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน
๔. เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ให้เกิดการพัฒนาชุมชนหรือเมืองที่เอื้อต่อการเดิน และการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
๕. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสร้างนวัตกรรม และทุนความรู้ด้านการเพิ่มกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง
๖. เพื่อส่งเสริมกิจกรรมกีฬาให้เป็นโอกาสของการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

เป้าหมายระดับชาติ และทิศทาง ๑๐ ปี ของ สสส.

๑. เพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันเพียงพอ (อย่างน้อย ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์) ของประชากรวัย ๑๑ ปีขึ้นไป เป็นอย่างน้อยร้อยละ ๗๒ ของจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย (โดยมีเครื่องมือชี้วัดและฐานข้อมูลที่ได้มาตรฐานทางวิชาการขององค์การอนามัยโลก ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยแผนและร่วมใช้โดย กระทรวงสาธารณสุข สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานสถิติแห่งชาติ)
๒. ควบคุมอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียน อายุ ๖ - ๑๔ ปี ให้ไม่เพิ่มขึ้นจากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีสัดส่วนร้อยละ ๑๑ (โดยมียุทธศาสตร์และวัดผลร่วมกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง)

ตัวชี้วัดหลัก (เป้าหมายระดับแผน)

๑. เกิดกระบวนการนโยบายสาธารณะระดับชาติด้านกิจกรรมทางกาย ที่แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ร่วมกันผลักดัน อย่างน้อย ๑ กรณี
๒. ฐานข้อมูลกิจกรรมทางกายเพื่อนโยบายสาธารณะ ที่มีภาคียุทธศาสตร์นำไปใช้ประโยชน์ จำนวน อย่างน้อย ๒ กรณี ในปี ๒๕๖๐
๓. จำนวนพื้นที่สุขภาวะต้นแบบในพื้นที่และองค์กรเป้าหมายต่างๆ เพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย ของประชาชน อย่างน้อย ๗ พื้นที่ใหม่ ในปี ๒๕๖๐
๔. ร้อยละ ๕๐ ของกลุ่มเป้าหมาย เกิดความรู้ความเข้าใจด้านกิจกรรมทางกาย และจิตสำนึกแห่งสุขภาพ ผ่านสื่อรณรงค์ นวัตกรรม และชุดความรู้ที่ สสส. เผยแพร่
๕. ภาควิชาใหม่ที่เป็นองค์กรกีฬาปลอดเหล้าปลอดบุหรี่เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ ๑๐ ของจำนวนองค์กรกีฬา และ หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกิจกรรมกีฬาทั้งหมดในปี ๒๕๖๐

ตัวชี้วัดร่วม

๑. จำนวนพื้นที่สุขภาวะต้นแบบในพื้นที่และองค์กรเป้าหมายต่างๆ เพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย ของประชาชน อย่างน้อย ๓ พื้นที่ใหม่ (ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน องค์กร/สถานประกอบการ และพื้นที่ สาธารณะ/ชุมชน) โดยทำงานร่วมกับแผนและสำนักที่เกี่ยวข้องตามแนวทางบูรณาการที่กำหนดไว้
๒. จำนวนนวัตกรรม ชุดความรู้เพื่อการสื่อสาร ที่ส่งเสริมการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรม เสี่ยงหนึ่งของประชากรกลุ่มต่างๆ ไม่น้อยกว่า ๑๐ กรณี โดยทำงานร่วมกับแผนและสำนักที่เกี่ยวข้อง ตามแนวทางบูรณาการที่กำหนดไว้

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานด้านการรณรงค์ขับเคลื่อนสังคม การพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบาย การพัฒนางาน วิชาการและนวัตกรรมให้ร่วมกันสนับสนุนเป้าหมายระยะ ๑ ปีของแผนฯ อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบ ต่อเนื่องถึงเป้าหมายของแผนฯ ระยะ ๓ ปี และเป้าหมายระยะ ๑๐ ปีของ สสส. โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของแผนดังนี้

แนวทางขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ๓ กลุ่มวัย ๒ ตัวชี้วัดหลัก

- แผนได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายหลัก ๓ กลุ่ม คือ ปฐมวัย/วัยเด็ก วัยทำงาน และวัยสูงอายุ ซึ่งมีข้อมูลการสำรวจของปีที่ผ่านมาและปี ๒๕๕๘ ได้แสดงระดับการมีกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเสี่ยงของแต่ละกลุ่มวัย จากข้อมูลดังกล่าว สามารถนำมาวิเคราะห์ และออกแบบ





ยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายให้เหมาะสมตามกลุ่มวัย ตามตัวชี้วัดหลัก ๒ ประเด็น ตามเป้าหมายระดับชาติ และทิศทาง ๑๐ ปี ของ สสส. คือ การเพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และควบคุมอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน โดยมีรูปแบบหลักที่จะดำเนินงาน ได้แก่

๑. การเพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ

- (๑) ปฐมวัย/วัยเด็ก ส่งเสริมการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และสถานศึกษาต้นแบบด้านกิจกรรมทางกาย ด้วยการให้ความรู้แก่บุคลากรในโรงเรียนและผู้ปกครองให้เห็นความสำคัญของการมีกิจกรรมทางกายของเด็ก และการส่งเสริม Active Play ทั้งสนับสนุนให้เกิดการปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาให้เด็กได้มีกิจกรรมทางกายระหว่างวันมากขึ้นเพื่อลดภาวะเนือยนิ่ง รวมไปถึงสนับสนุนให้มีการปรับพื้นที่ในสถานศึกษาให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย เช่น สนามเด็กเล่นฐานปัญญา พื้นที่นอกประสงค์สำหรับเด็ก และทางเดิน เป็นต้น
- (๒) วัยทำงาน ส่งเสริมให้สถานประกอบการสร้างต้นแบบ Active Workplace โดยภาคีเครือข่ายร่วมให้การสนับสนุนทั้งงบประมาณตั้งต้น กิจกรรม และบุคลากรในสถานที่ดังกล่าว จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมทางกายในรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการยืดเหยียด การเดิน และการขี่จักรยาน ในพื้นที่สาธารณะ รวมไปถึงสนับสนุนกระบวนการสร้างพื้นที่สุขภาวะในชุมชนต่างๆ
- (๓) วัยสูงอายุ สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการมีกิจกรรมทางกายที่ถูกต้องของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีกิจกรรมทางกายอย่างถูกวิธีและป้องกันการบาดเจ็บ โดยร่วมมือกับสถานศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และชมรมผู้สูงอายุ

๒. การควบคุมอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียน

- (๑) ปฐมวัย/วัยเด็ก มุ่งเน้นการมีกิจกรรมทางกายควบคู่กับการบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยสนับสนุนการพัฒนาต้นแบบคลินิกฝากครรภ์ยุคใหม่ และคลินิกลดอ้วนในแม่และเด็ก พัฒนาและขยายผลโรงเรียนต้นแบบไร้พุง และเสริมองค์ความรู้ การปฏิบัติ และการสื่อสารณรงค์ประเด็น Active Play
- (๒) วัยทำงาน ส่งเสริมให้สถานประกอบการสร้างต้นแบบ Active Workplace ด้วยการเสริมองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ องค์กรไร้พุง โรงพยาบาลต้นแบบลดโรคอ้วน การพัฒนาพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย และการสื่อสารณรงค์ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพ
- (๓) วัยสูงอายุ พัฒนา ส่งเสริม และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านการมีกิจกรรมทางกายและการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพและเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ

แนวทางบูรณาการ

แผนให้ความสำคัญกับแนวทางบูรณาการตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลักของ สสส. และตามทิศทางที่กรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ ให้เน้นเรื่องการขับเคลื่อนงานภายใต้มิติของสุขภาวะแบบองค์รวม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต แผนจึงได้กำหนดแนวทางการบูรณาการ ดังนี้

๑. เน้นบูรณาการกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ และแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา โดยกำหนดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่นำร่อง และแผนการสื่อสารสังคมร่วมกัน ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารและโภชนาการ และการรู้เท่าทันสื่อ โดยมีจุดร่วมอยู่ที่กลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยเรียนซึ่งมีอัตราการมีกิจกรรมทางกายต่ำสุด และมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ
๒. พัฒนาความรู้และต้นแบบของการขับเคลื่อนเพิ่มกิจกรรมทางกาย ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และลดโรคอ้วน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร โดยแผนจะขยายผลร่วมกับแผนสุขภาวะเด็กและเยาวชน แผนองค์กรสุขภาวะ แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ แผนควบคุมยาสูบ และแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม
๓. พัฒนางานสื่อสารรณรงค์ในประเด็น Active Play ที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเด็กและครอบครัว และประเด็น Live Healthier ร่วมกับแผนสุขภาวะองค์กร สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ และศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เพื่อสื่อสารสร้างความเข้าใจเรื่องการมีกิจกรรมทางกาย ปรับเปลี่ยนทัศนคติของกลุ่มเป้าหมาย และขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น

แนวทางสร้างความยั่งยืน

๑. มุ่งเน้นการทำงานเพื่อสร้างระบบและกลไก โดยร่วมมือกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาแผนยุทธศาสตร์กิจกรรมทางกายระดับชาติ ฉบับที่ ๑ เพื่อเสนอร่างยุทธศาสตร์ต่อคณะรัฐมนตรีภายในปี ๒๕๖๐ และแสวงหาความร่วมมือกับหน่วยงานยุทธศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง อาทิ หน่วยงานด้านผังเมือง ด้านคมนาคม ด้านการศึกษา ด้านการท่องเที่ยว ฯลฯ
๒. บูรณาการกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ชุมชน ท้องถิ่น และสถานประกอบการ ให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกิจกรรมทางกายของประชาชนเพื่อยกระดับเป็นเป้าหมายระดับชาติ และเกิดเจ้าภาพในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
๓. พัฒนาระบบการจัดทำฐานข้อมูลสำรวจกิจกรรมทางกายระดับชาติ ร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยให้สำนักงานสถิติแห่งชาติรับเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำฐานข้อมูล
๔. ผลักดันระเบียบวาระกิจกรรมทางกายเข้าสู่การรับรองมติในเวทีสุขภาพโลกปี ๒๕๖๐ โดยร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก และเครือข่ายสากลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (International Society for Physical Activity and Public Health : ISPAH) และการเป็นเจ้าภาพจัดประชุมนานาชาติ ISPAH 2016 ซึ่งจะเป็โอกาสของการขยายเครือข่ายความร่วมมือในระดับสากล





๕. พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือวิชาการนานาชาติ ในโครงการจัดทำฐานข้อมูลกิจกรรมทางกาย ๒ ชุด ได้แก่ Report Card on Physical Activity for Children and Youth ร่วมกับอีก ๔๐ ประเทศ และ Physical Activity Country Card for Adult ร่วมกับอีกประมาณ ๘๐ ประเทศ และร่วมเป็นกรรมการในเครือข่ายจักรยานสากล (World Cycling Alliance : WCA) ตลอดจนพัฒนาศักยภาพภาคี สสส. ให้เตรียมพร้อมเข้าร่วมเวทีวิชาการสากล โดยน่านักวิชาการเข้าแลกเปลี่ยนเรียนรู้
๖. พัฒนาความร่วมมือกับกองทุนพัฒนากีฬา เพื่อขยายโอกาสของการสนับสนุนกีฬาเพื่อสุขภาพ
๗. บูรณาการกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ทั้งระดับชาติและท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในยุทธศาสตร์ ส่งเสริมการใช้จักรยานเพื่อสุขภาพ และทำให้การใช้จักรยานเกิดเป็นค่านิยมและวัฒนธรรมการใช้จักรยานในวิถีชีวิตของสังคมไทย

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วย ๓ กลุ่มแผนงาน และ ๑ ยุทธศาสตร์พิเศษที่คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีมติให้ดำเนินการ ได้แก่

๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันตามกลุ่มวัย
๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่และปัจจัยแวดล้อมสุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย
๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา
๔. ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันตามกลุ่มวัย

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) รณรงค์สร้างความตระหนักในความสำคัญ และเผยแพร่ความเข้าใจเรื่องการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันในกลุ่มเป้าหมาย โดยสนับสนุน องค์ความรู้ กิจกรรม และการสื่อสารรณรงค์อย่างกว้างขวาง โดยกำหนดยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่จำแนกตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มปฐมวัย กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ
- (๒) สนับสนุนกลุ่ม หน่วยงาน องค์กร ชุมชนและท้องถิ่น ให้เป็นภาคีร่วมขับเคลื่อนการออกแบบและดำเนินงานกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสอดคล้องกับกลุ่มวัยต่างๆ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน ที่บ้าน ที่ทำงานและสถานประกอบการ

- (๓) พัฒนาชุดความรู้ที่พร้อมเผยแพร่ นวัตกรรม และงานวิชาการ ด้านกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน และลดปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมเนือยนิ่ง ภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน
- (๔) พัฒนาเครื่องมือสำรวจและวัดผลด้านกิจกรรมทางกายและสุขภาพของประชาชนไทย ระบบการติดตาม ประเมินผล และฐานข้อมูลทางวิชาการ ที่นำมาใช้ประโยชน์ต่อการดำเนินยุทธศาสตร์ของแผนฯ และเพื่อสร้างเป็นมาตรฐานร่วมในหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
- (๕) เชื่อมโยงกับเครือข่ายวิชาการ และนโยบายในระดับสากล ในด้านการแลกเปลี่ยนความรู้ งานวิจัย การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และการผลักดันนโยบายสาธารณะ
- (๖) พัฒนาเครือข่ายนานาชาติด้านกิจกรรมทางกาย และงานวิชาการที่เอื้อต่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในระดับสากล
- (๗) บูรณาการการดำเนินงานในระดับพื้นที่และสถานประกอบการ ร่วมกับแผนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของ สสส.

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการส่งเสริมรูปแบบกิจกรรมทางกายในวัยเรียน โครงการโรงเรียนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โครงการเครือข่ายคนไทยไร้พุง โครงการองค์กรสุขภาพระดับกิจกรรมทางกาย โครงการส่งเสริมศักยภาพชมรมผู้สูงอายุด้านกิจกรรมทางกาย โครงการวิจัยและวิชาการเพื่อพัฒนาความรู้ด้านกิจกรรมทางกายตามช่วงวัย โครงการส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยาน โครงการวิ่งสู่ชีวิตใหม่ โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายขนาดใหญ่และขนาดกลาง โครงการเปิดรับทั่วไปเพื่อสนับสนุนกิจกรรมออกกำลังกายขนาดเล็กของชุมชน โครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับประชากรกลุ่มพิเศษ โครงการศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ โครงการสื่อสารณรงค์และผลิตชุดความรู้เพื่อการสื่อสาร ฯลฯ

๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่สุขภาพที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) สนับสนุนองค์กรภาครัฐ เอกชน สถาบันการศึกษา องค์กรท้องถิ่น และองค์กรชุมชน ในพื้นที่เขตเมืองและชนบท ให้เป็นกลไกดำเนินงานเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันในพื้นที่
- (๒) พัฒนารูปแบบของพื้นที่สุขภาพที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันโดยพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการพื้นที่สุขภาพ ร่วมกับสถาบันวิชาการ และสมาคมวิชาชีพด้านผังเมือง สถาปัตยกรรม สิ่งแวดล้อม และมุ่งสู่การขยายผลผ่านความร่วมมือกับหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง





- (๓) ขับเคลื่อนกระแสสังคมและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานโดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการพื้นที่หรือโครงสร้างทางกายภาพที่เอื้อต่อการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
- (๔) สร้างความร่วมมือและกระบวนการมีส่วนร่วม ในการพัฒนาพื้นที่จากภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม องค์กรอิสระ และชุมชน เพื่อระดมเครือข่ายความร่วมมือ และทรัพยากร ในการพัฒนาพื้นที่สุขภาพ
- (๕) ผลักดันหน่วยงานระดับท้องถิ่น ให้มีการจัดการพื้นที่สุขภาพเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกายสำหรับกลุ่มขาดโอกาสหรือกลุ่มที่เข้าไม่ถึงบริการ เพื่อลดช่องว่างของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการพื้นที่สุขภาพย่านเมืองในพื้นที่ต่างๆ โครงการศูนย์ออกแบบและพัฒนาเมือง โครงการเมืองเดินดี โครงการพื้นที่สุขภาพริมน้ำ โครงการลานกีฬาพัฒนา โครงการส่งเสริมพื้นที่สุขภาพในชุมชน ความร่วมมือกับการเคหะแห่งชาติด้วยการจัดปัจจัยแวดล้อมเพื่อกิจกรรมทางกายในชุมชนที่พักอาศัย โครงการสนับสนุนงานวิจัยและวิชาการด้านพื้นที่สุขภาพ ฯลฯ

๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนกิจกรรมกีฬาให้เป็นกีฬาปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ และสนับสนุนพื้นที่ในและรอบบริเวณสนามกีฬาให้ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ตามกฎหมาย โดยใช้กลไกทุนอุปถัมภ์กีฬาและการสื่อสารณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักในกลุ่มเป้าหมาย
๒. สนับสนุนกิจกรรมกีฬาให้เป็นกลไกสำคัญในการสร้างกระแสสังคมและค่านิยมให้คนออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน
๓. แสวงหาองค์กรพันธมิตรร่วมทุน (co-sponsorship) ในการขับเคลื่อนกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และกีฬาที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่
๔. ประสานความร่วมมือกับกองทุนพัฒนากีฬา เพื่อส่งเสริมแนวทางเรื่องกีฬาเพื่อสุขภาพในภารกิจของกองทุนพัฒนากีฬาแห่งชาติ

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการทุนอุปถัมภ์กีฬาระดับชาติ โครงการทุนอุปถัมภ์กีฬาระดับภูมิภาคและจังหวัด โครงการสนับสนุนความร่วมมือกับสมาคมกีฬาที่ร่วมณรงค์ให้เป็นกีฬาปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ ค่ายผู้นำเยาวชน โครงการสนับสนุนกิจกรรมกีฬาตามนโยบายของรัฐบาล โครงการสื่อสารณรงค์ส่งเสริมค่านิยมกีฬาปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ ฯลฯ

๔. โครงการยุทธศาสตร์ส่งเสริมการใช้จักรยานเพื่อสุขภาพ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) พัฒนายุทธศาสตร์ ๓ ส. (๑ ส่วน ๑ สนาม ๑ เส้นทาง ต่อ ๑ จังหวัด) ที่ผ่านมติกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่จังหวัดนำร่องต่อเนื่องจากปี ๒๕๕๙ โดยร่วมมือกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา และภาคีเครือข่ายจักรยานเพื่อสุขภาพ
- (๒) สนับสนุนการขับเคลื่อนรณรงค์เพื่อสร้างกระแสความตื่นตัวเรื่องการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันของภาคีเครือข่ายจักรยานทั่วประเทศ และตามนโยบายของรัฐบาล
- (๓) ขยายโอกาสให้แก่ชุมชนขนาดเล็กทั่วประเทศ ด้วยการส่งเสริมเป็นชุมชนจักรยาน ร่วมกับสำนักสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม
- (๔) พัฒนางานวิชาการที่สำคัญต่อการขับเคลื่อนนโยบาย และงานวิจัยประเมินผล

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการยุทธศาสตร์ ๓ ส. ร่วมกับกระทรวงมหาดไทยและภาคีเครือข่ายจักรยาน โครงการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน โครงการจักรยานในสถานศึกษาโครงการชุมชนจักรยาน โครงการรณรงค์สร้างกระแสสังคมด้วยการจัดกิจกรรมปั่นจักรยาน ชุดโครงการปั่นล่อมเมือง โครงการสนับสนุนงานวิจัยและวิชาการ และโครงการส่งเสริมการใช้จักรยานตามวาระโอกาสต่างๆ ฯลฯ

ภาคีหลัก

๑. หน่วยงานภาครัฐระดับชาติและท้องถิ่น ที่มีนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวัฒนธรรม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร การกีฬาแห่งประเทศไทย คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ฯลฯ
๒. องค์กรกีฬาภาครัฐ และเอกชนที่ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ อาทิ สมาคมกีฬาระดับชาติและระดับจังหวัด หน่วยงานกีฬาภาครัฐ สมาพันธ์และชมรมกีฬาเพื่อสุขภาพ สมาคมสื่อมวลชนกีฬา ฯลฯ
๓. สถาบันวิชาการ หน่วยงานวิจัย และภาคประชาสังคม ที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย อาทิ สถาบันการศึกษา สถาบันวิชาการด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา เครือข่ายการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สื่อมวลชนด้านสุขภาพและกีฬา กลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์ กลุ่มวิชาชีพด้านอาหารและโภชนาการ กลุ่มวิชาชีพด้านการออกแบบและพัฒนาผังเมือง เครือข่ายสิ่งแวดล้อม เครือข่าย NCDs ฯลฯ





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

แนวทางบริหารจัดการแผน

กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ โดยมีสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก ๕) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการ โดยยึดหลักการบริหารที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ผลกระทบ ความคุ้มค่า ความยั่งยืน และความน่าเชื่อถือจากสังคม พร้อมไปกับการสร้างความเข้มแข็ง และศักยภาพของภาคีเครือข่าย

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันตามกลุ่มวัย	๑๐๒
๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย	๔๐
๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา	๔๐
๔. ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน	๓๐
รวม	๒๑๒

๑๐

แผนระบบสื่อ และวิถีสุขภาวะทางปัญญา

สถานการณ์และแนวโน้ม

๑. ความเปลี่ยนแปลงด้านภูมิทัศน์สื่อในปัจจุบัน ส่งผลต่อวิถีชีวิตและพฤติกรรมทางสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาสุขภาวะทั้ง ๔ มิติ

ภูมิทัศน์สื่อ (media landscape) ในสังคมไทยเปลี่ยนไปอย่างมาก เนื่องจากการเกิดขึ้นของสื่อใหม่ (new media) ได้แก่ อินเทอร์เน็ต หรือ สื่อสังคมออนไลน์ (social media) ความนิยมในสื่อออนไลน์เห็นได้ชัดจากจำนวนผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตในประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคิดเป็นสัดส่วนกว่า ๑ ใน ๓ ของประชากรทั้งประเทศ และการเปลี่ยนผ่านจากการสื่อสารระบบแอนะล็อกเป็นดิจิทัล เกิดการแข่งขันของทีวีดิจิทัล วิทยุชุมชน และเกิดสถานีวิทยุชุมชนกว่า ๖,๐๐๐ สถานี ฯลฯ นับเป็นยุคสื่อหลอมรวม (media convergence) ระหว่างช่องทางสื่อ เนื้อหา และเทคโนโลยีของสื่อกับเทคโนโลยีอื่น

ระบบการสื่อสารก้าวสู่ยุค “User Generated Content” เทคโนโลยีทำให้ผู้ใช้สื่อกลายเป็นผู้ผลิตสื่อพร้อมกันไปด้วย ดังที่เรียกว่า Prosumer (Producer+Consumer) โดยผลิตเนื้อหาสื่อ กำหนดคัดกรองเนื้อหา สาร เป็นตัวกระจายเนื้อหาสาร และเป็นผู้สร้างประสบการณ์ผ่านสื่อตัวเอง ภูมิทัศน์สื่อที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้ใช้สื่อเป็นผู้มีอำนาจหลักในระบบการสื่อสาร สื่อใหม่ได้สร้างชุมชน “ชาวเน็ต” (netizens) ซึ่งเป็นผู้กำหนดความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมของสังคม และกำหนดระเบียบวาระข้อมูลข่าวสารของสังคม หลายครั้งสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผ่านการร่วมระดมสรรพกำลังในการแก้ไขปัญหา รมรณรงค์ตรวจสอบ ไปจนถึงการกำหนดประชามติ

ผลการสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. ๒๕๕๘ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในจำนวนประชากรอายุ ๖ ปีขึ้นไป มีผู้ใช้คอมพิวเตอร์ ๒๑.๘ ล้านคน (ร้อยละ ๓๔.๙) ผู้ใช้อินเทอร์เน็ต ๒๔.๖ ล้านคน (ร้อยละ ๓๙.๓) และผู้ใช้โทรศัพท์มือถือ ๔๙.๖ ล้านคน (ร้อยละ ๗๙.๓) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบแนวโน้มการใช้คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต และโทรศัพท์มือถือของประชากรอายุ ๖ ปีขึ้นไปในช่วงระยะเวลา ๕ ปี ระหว่าง ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๘ พบว่า ผู้ใช้คอมพิวเตอร์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๒.๐ (จำนวน ๑๙.๙ ล้านคน) เป็นร้อยละ ๓๔.๙ (จำนวน ๒๑.๘ ล้านคน) ผู้ใช้อินเทอร์เน็ต เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๓.๗ (จำนวน ๑๔.๘ ล้านคน) เป็นร้อยละ ๓๙.๓ (จำนวน ๒๔.๖ ล้านคน) และผู้ใช้โทรศัพท์มือถือเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ ๖๖.๔





(จำนวน ๔๑.๔ ล้านคน) เป็นร้อยละ ๗๙.๓ (จำนวน ๔๙.๖ ล้านคน) สมาร์ทโฟนยังคงเป็นอุปกรณ์ยอดนิยมของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตกว่าร้อยละ ๘๐ โดยมีจำนวนชั่วโมงการใช้งานเฉลี่ยอยู่ที่ ๕.๗ ชั่วโมงต่อวัน กิจกรรมยอดนิยมอันดับที่หนึ่งในการใช้งานอินเทอร์เน็ตผ่านอุปกรณ์เคลื่อนที่ ได้แก่ ใช้ในการติดต่อสื่อสารผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ (social network) เช่น Facebook, Instagram, Line เป็นต้น คิดเป็นสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ ๘๒.๗

ถึงแม้สังคมจะเคลื่อนเข้าสู่ยุคสื่อหลอมรวม ซึ่งทำให้เกิดการสื่อสารไร้พรมแดนที่รวดเร็วฉับไว ผ่านหลากหลายช่องทาง เข้าถึงผู้คนทุกเพศทุกวัย แต่ในอีกด้านหนึ่งนั้นสื่อได้สร้างผลกระทบต่อสุขภาวะของคนในทุกมิติ ทั้งกายใจ ปัญญาและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับเด็ก เยาวชน คนรุ่นใหม่ที่เกิดและใช้ชีวิตที่แวดล้อมด้วยภูมิทัศน์สื่อในปัจจุบัน โดยผลกระทบเกิดจากทั้งด้านของระบบสื่อเองและด้านทักษะเท่าทันสื่อของผู้ใช้สื่อ

ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตยังขาดทักษะการเท่าทันสื่อที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อการปรับตัวสู่สังคมในยุคศตวรรษที่ ๒๑ และยุคสื่อหลอมรวม รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทยปี ๒๕๕๗ ของสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) Electronic Transactions Development Agency (ETDA) กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร พบว่าปัจจุบันคนใช้เวลาเกือบ ๑ ใน ๓ ของวันเพื่อใช้งานอินเทอร์เน็ต ในด้านพฤติกรรมการใช้งานอินเทอร์เน็ตที่เสี่ยง พบว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า ๑๕ - ๒๔ ปี จะแชร์รูปภาพส่วนตัวในสถานะสาธารณะ มากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในขณะที่กลุ่มผู้ที่อายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป มีสัดส่วนของการแชร์ภาพ/ส่งต่อภาพ โดยไม่ตรวจสอบสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป มีสัดส่วนดังกล่าวสูงที่สุด (ร้อยละ ๓๐.๑)

แนวโน้มที่สื่อสังคมออนไลน์ส่งอิทธิพลต่อชีวิตผู้คน น่าจะมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจและอารมณ์ เช่น เกิดการคุกคามผ่านสื่อออนไลน์ (cyber bullying) ปัญหาทางความสัมพันธ์ของคนในสังคม ทำให้คนห่างไกลกันมากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า สังคมยุคนี้ เป็น “สังคมก้มหน้า” และ “ความสัมพันธ์แบบเสมือน”

๒. แบบแผนการใช้สื่อของเด็กและเยาวชน สื่อกับสุขภาวะเด็กและการเรียนรู้ และแนวโน้มการรู้เท่าทันสื่อของเด็ก

ปัจจุบันเด็กใช้เวลาอยู่กับสื่อวันละไม่ต่ำกว่า ๓ - ๕ ชั่วโมง ผลสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือนปี ๒๕๕๘ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จากข้อมูลการใช้อินเทอร์เน็ตตามกลุ่มอายุต่างๆ ในจำนวนประชากรอายุ ๖ ปีขึ้นไปประมาณ ๖๒.๖ ล้านคน พบว่า ประชากรในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี มีการใช้อินเทอร์เน็ตสูงสุดคือ ร้อยละ ๗๖.๘ รองลงมาคือกลุ่มอายุ ๒๕ - ๓๔ ปี ร้อยละ ๖๐.๑ และกลุ่มอายุ ๖ - ๑๔ ปี ร้อยละ ๕๘.๐ กล่าวได้ว่ากลุ่มวัยเด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มที่มีการใช้อินเทอร์เน็ตสูงสุด และเมื่อเปรียบเทียบระยะเวลา ๕ ปี ระหว่างปี ๒๕๕๒ กับ ๒๕๕๖ ประชากรอายุ ๖ ปีขึ้นไปใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น โดยเมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุต่างๆ พบว่ากลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี มีสัดส่วนการใช้อินเทอร์เน็ตสูงสุดเพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๕๑.๙ เป็นร้อยละ ๕๘.๔ รองลงมาคือกลุ่มอายุ ๖ - ๑๔ ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๘.๓ เป็นร้อยละ ๕๔.๑ จึงเห็นได้ว่าการใช้อินเทอร์เน็ตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน และเป็นสถานการณ์ที่น่ากังวลว่า

กลุ่มเด็กและเยาวชนมีการใช้อินเทอร์เน็ตที่มากเกินไปจนทำให้เกิดผลกระทบต่อการเรียน สมาพันธคม ทำให้เสียเวลา เสียสุขภาพ ขาดสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว เพื่อนฝูง และหน้าที่การงาน และบางคนเข้าสู่ภาวะติดอินเทอร์เน็ต (Internet Addiction Disorder : IAD) ซึ่งเป็นปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจ

จากข้อมูลผลสำรวจสุขภาพะเด็กไทยวัย ๖ - ๒๕ ปี ๒๕๕๖ พบว่าปัญหาการติดเกมเป็น ๑ ใน ๓ ของปัญหาใหญ่ในสังคมไทยที่มีผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงมากโดยพบว่าเด็กแต่ละคนมีค่าใช้จ่ายในการเล่นเกมนเฉลี่ย ๑,๑๖๐ บาทต่อเดือน และจากผลสำรวจของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต พบว่าปี ๒๕๕๖ มีเด็กติดเกมมากถึง ๒.๕ ล้านคน จากจำนวนเด็ก ๑๘ ล้านคน จึงถือได้ว่าปัญหาเด็กติดเกมในปัจจุบันกำลังอยู่ในขั้นวิกฤติและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นทุกปี

ในด้านการอ่านซึ่งเป็นรากฐานของการเรียนรู้ในเด็กและเยาวชน จากผลการสำรวจการอ่านของประชากรปี ๒๕๕๘ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าเด็กเล็กอายุต่ำกว่า ๖ ปีที่อ่าน (อ่านด้วยตนเองหรือผู้ใหญ่ให้อ่านให้ฟัง) มีจำนวน ๒.๗ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๒ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๕๘.๙ ในปี ๒๕๕๖ เด็กเล็กในกรุงเทพมหานครมีอัตราการอ่าน (ร้อยละ ๗๓.๘) สูงกว่าภาคอื่นเกือบร้อยละ ๑๐ มีผู้ใหญ่ซื้อหนังสือเฉพาะที่เป็นรูปเล่ม นอกเหนือจากหนังสือเรียนตามหลักสูตรให้เด็กเล็กอ่านลดลงจากร้อยละ ๘๒.๖ ในปี ๒๕๕๖ เป็นร้อยละ ๗๘.๕ ในปี ๒๕๕๘ สำหรับเหตุผลที่เด็กเล็กไม่อ่าน ส่วนใหญ่ทั้งเด็กเล็กและผู้ใหญ่วิดคิดว่าเด็กยังเล็กเกินไป นอกจากนี้ข้อเสนอแนะของประชากรอายุตั้งแต่ ๖ ปีขึ้นไป เกี่ยวกับวิธีการรณรงค์ให้คนรักการอ่านมากที่สุด ๕ ลำดับแรกคือ ปลุกฝังให้รักการอ่านผ่านพ่อแม่หรือครอบครัว (ร้อยละ ๓๑.๔) รองลงมาคือ ให้สถานศึกษามีการรณรงค์ส่งเสริมการอ่านรูปเล่ม/เนื้อหาที่น่าสนใจหรือใช้ภาษาต่างๆ ส่งเสริมให้มีห้องสมุด ห้องสมุดเคลื่อนที่ มุมอ่านหนังสือในชุมชนหรือพื้นที่สาธารณะ และสามารถหาซื้อได้ง่าย/เข้าถึงง่าย

เด็กและเยาวชนไทยร้อยละ ๖๐ ที่ชื่นชมและรับเอาอิทธิพลของวัฒนธรรมต่างชาติ เช่น เกาหลี ญี่ปุ่น อเมริกา เข้ามาอยู่ในวิถีชีวิตโดยผ่านทางสื่อต่างๆ โดยเฉพาะสื่อออนไลน์ เกือบจะตลอดเวลา แทนที่จะเป็นศิลปวัฒนธรรมไทย ในขณะที่ลานเล่น ลานกีฬา ลานศิลปวัฒนธรรม ห้องสมุดชุมชนทั้งในและนอกสถานศึกษา ที่เป็นของรัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีช่วงเวลากการใช้งานเพื่อพัฒนาการเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์สำหรับเด็กและเยาวชนไม่ถึงร้อยละ ๑๐ และมากกว่าร้อยละ ๘๕ ก็ขาดคุณภาพทั้งความรู้ความเข้าใจต่อการพัฒนาศักยภาพในแต่ละช่วงวัย ขาดการสนับสนุนให้เปิดพื้นที่อย่างต่อเนื่องจริงจังเพื่อเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และคนพิการ

เด็กใช้เวลาอยู่กับ “สื่อ” มากกว่าอยู่ในห้องเรียนหรือครอบครัว สื่อจึงถือเป็นแหล่งการเรียนรู้ทางสังคมที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และพฤติกรรมของคนในสังคม โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน เนื่องจากพฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์เป็นการเรียนรู้จากการสังเกตจากผู้อื่นหรือตัวต้นแบบ แต่สิ่งที่เกิดขึ้นในสังคมไทยคือ สื่อมวลชนไทยผลิตซ้ำและนำเสนอเนื้อหาที่อาจไม่เหมาะสม ในเรื่องเพศ ภาษา ความรุนแรง การพนัน และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์





จากงานศึกษาของมีเดียมอนิเตอร์ ในปี ๒๕๕๘ ในรายการโทรทัศน์ของสถานีโทรทัศน์ ๖ ช่อง ที่ได้รับความนิยมสูงสุดช่วงตุลาคม ๒๕๕๗ และมกราคม ๒๕๕๘ ในช่วงเวลาสำหรับเด็กและช่วงเวลาที่ต้องระมัดระวัง (๑๘.๐๐ - ๒๐.๐๐ น. ของทุกวัน) จาก ๗๒ รายการ พบร้อยละ ๕๗ ปรากฏเนื้อหาความรุนแรง ร้อยละ ๕๓ มีเนื้อหาและการใช้ภาษาส่อทางเพศและหยาบคาย ร้อยละ ๔๔ ตอกย้ำอคติ/การเลือกปฏิบัติต่อคนกลุ่มที่ด้อยกว่า แม่ในช่องทีวีที่จดทะเบียนเป็นช่องสำหรับเด็กเยาวชนและครอบครัว ก็พบเนื้อหาที่ไม่เหมาะสม ในเรื่องเพศ ภาษา ความรุนแรง การพนัน และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในขณะเดียวกัน เด็กและเยาวชนก็ยังขาดทักษะเท่าทันสื่อทั้งด้านการรับสื่อและการใช้สื่อ จากการสำรวจทัศนคติด้านการเข้าถึงและการใช้สื่อของเด็กและเยาวชน โดยเครือข่ายเสียงประชาชน (We Voice) ในปี ๒๕๕๖ พบว่าทุกกลุ่มต่างเห็นตรงกันว่าปัจจุบันเด็กและเยาวชนมีโอกาสเข้าถึงสื่อไม่ดีมากกว่าสื่อดี อุปสรรคสำคัญที่สุด ๓ อันดับแรกที่ทำให้เด็กและเยาวชนไม่ได้นำสื่อไปใช้ให้เกิดประโยชน์ คือ พ่อแม่ไม่ส่งเสริม รองลงมาคือตัวเด็กเองไม่สนใจ และขาดการส่งเสริมจากภาครัฐ/ท้องถิ่น ตามลำดับ

๓. โอกาสของการเข้าถึงวิถีสุขภาวะทางปัญญา

คนไทยนับว่าได้รับโอกาสและอิสระในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาอย่างมาก ข้อมูลจากกองทุนศาสนาสถาน ระบุประเทศไทยมีวัดที่มีพระสงฆ์จำนวนกว่า ๓๔,๒๗๖ วัด สถานปฏิบัติธรรมกว่า ๑,๐๐๐ แห่ง พระสงฆ์ ๒๔๐,๐๐๐ รูป มีกิจกรรมที่สร้างประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญาที่หลากหลาย ทั้งการภาวนา เจริญสติ การสวดมนต์ กิจกรรมจิตอาสา งานบุญประเพณีที่สร้างเสริมศรัทธาและปัญญา หลักสูตรการศึกษาด้านจิตตปัญญาและพุทธศาสตร์ การอบรมเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา และมีสื่อสร้างสุขภาวะทางปัญญาอีกเป็นจำนวนมากในรูปแบบที่หลากหลาย อีกทั้งประเทศไทยเป็นเมืองพุทธที่มีความเปิดกว้างทางความคิดและอิสระในการเข้าถึงวิถีสุขภาวะทางปัญญา โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เรียนรู้ตามจริตและตามความศรัทธา

ผลสำรวจดัชนีการให้ของประชากรโลก ประจำปี ๒๕๕๗ (World Giving Index 2014) โดยใช้ “การบริจาคเงิน การเป็นอาสาสมัครอุทิศเวลา และการช่วยเหลือคนแปลกหน้าที่ได้รับความเดือดร้อน” เป็นดัชนีชี้วัด “ความใจดี” ประเทศไทยติดอันดับที่ ๑๓ โดยได้คะแนนสูงสุดในด้านการบริจาคเงินให้แก่องค์กรการกุศลมากที่สุดของโลกคือ ร้อยละ ๗๗ แต่คะแนนด้านการช่วยเหลือคนแปลกหน้าที่ได้รับความเดือดร้อนมีเพียงร้อยละ ๔๓ และจิตอาสาร้อยละ ๑๖ ซึ่งสะท้อนว่า “คนไทยสละทรัพย์มาก สละเวลาน้อย และจะบริจาคให้กับวัดเป็นส่วนใหญ่”

ในด้านกระบวนการจิตอาสาในประเทศไทย ได้เห็นเป็นรูปธรรมจากเหตุการณ์ภัยพิบัติขนาดใหญ่ เช่น สึนามิ ๒๕๔๘ และน้ำท่วมใหญ่ปี ๒๕๕๔ ซึ่งก่อให้เกิดอาสาสมัครหน้าใหม่จำนวนมาก จนอาจเรียกได้ว่าเป็น “กระแสอาสาสมัครขนาดใหญ่” (Volunteer Megatrend) เป็นความตื่นตัวของประชาชนคนรุ่นใหม่ที่หันมาสนใจงานอาสาสมัครมากขึ้น รวมกลุ่มอย่างรวดเร็ว เน้นทำกิจกรรมตอบสนองเฉพาะหน้า มีลักษณะเฉพาะกิจ สนใจเฉพาะประเด็น มีศักยภาพของทักษะและความรู้ใหม่ๆ ในการทำงานอาสาสมัคร

ในด้านนโยบาย ในปี ๒๕๕๐ ภาครัฐอนุญาตให้ข้าราชการและเจ้าหน้าที่รัฐปฏิบัติภารกิจจิตอาสา ๕ วัน โดยไม่นับเป็นวันลา สพฐ.กำหนดให้มีเวลาปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสังคมและสาธารณประโยชน์ ระดับประถม ๖๐ ชั่วโมง มัธยมศึกษา ๔๕ ชั่วโมง และมัธยมปลาย ๖๐ ชั่วโมง กองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา ซึ่งปัจจุบันมีนักศึกษา รับประทานอยู่มากกว่า ๒ ล้านราย กำหนดให้ผู้ขอกุญมีการเก็บเวลาจิตอาสา ๑๘ ชั่วโมงต่อภาคการศึกษา นับเป็นการสร้างโอกาสแก่ประชาชนในการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาด้วยประสบการณ์ตรงผ่านกระบวนการจิตอาสา หากได้รับการบ่มเพาะอย่างมีคุณภาพและสร้างความตระหนักถึงคุณค่าของงานจิตอาสา

ในปี ๒๕๕๕ มีมติคณะรัฐมนตรีให้จัดตั้งศูนย์อาสาสมัครแห่งชาติ และกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ ได้จัดตั้ง “ศูนย์ประสานงานองค์กรอาสาสมัครแห่งชาติ” โดยมีคณะอนุกรรมการส่งเสริมอาสาสมัครแห่งชาติ นอกจากนี้ยังมีอาสาสมัครจากภาครัฐหรือราชการจำนวน ๒๗ หน่วยงานซึ่งเป็นอาสาสมัครเฉพาะทาง เช่น อาสาสมัครคุมประพฤติ อาสาสมัครส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ฯลฯ โดยรูปแบบการจัดตั้งอาสาสมัครมีทั้งอาสาสมัครจากภาคราชการ องค์กรพัฒนาเอกชน และกลุ่มอิสระ ในปัจจุบันยังมีกลไกสนับสนุนงานจิตอาสา เช่น การสื่อสารงานจิตอาสา และการพัฒนาศักยภาพจิตอาสา ทั้งธนาคารจิตอาสา และเครือข่ายจิตอาสา

๔. โอกาสของการขับเคลื่อนนโยบายด้านสื่อสร้างสรรค์ เพื่อสร้างพลเมืองให้เป็นนักสื่อสารสร้างสรรค์ พร้อมกับการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ และการส่งเสริมให้สื่อเป็นโรงเรียนของสังคม

การสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีให้กับเด็กและเยาวชน และเป็นการปกป้องเด็กและเยาวชนจากภัยอันตรายที่แฝงมากับสื่อและเทคโนโลยีการสื่อสารรูปแบบใหม่ๆ ในยุคสื่อออนไลน์ที่มีความซับซ้อนและยากต่อการควบคุม มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนาเด็กและเยาวชนไทยให้มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีทักษะในการเข้าถึง วิเคราะห์ ประเมิน และเลือกใช้สื่อจากเครือข่ายอินเทอร์เน็ตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันเครือข่ายสื่อสร้างสรรค์เพื่อเด็กและเยาวชน สสส. ได้ร่วมเป็นคณะทำงานขับเคลื่อนมติเด็กกับสื่อ เพื่อติดตาม หนุนเสริม และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานต่างๆ ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ ระเบียบวาระที่ ๙ (พ.ศ. ๒๕๕๕) ในเรื่องการจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก ๒๔ ชั่วโมง : กรณีเด็กไทยกับไอที รวมทั้งเข้าร่วมกลไกคณะอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ โดยกรมกิจการเด็กและเยาวชน ในการขับเคลื่อนประเด็นการส่งเสริมเด็กและเยาวชนรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ และจัดทำร่างยุทธศาสตร์ส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์

การขับเคลื่อนนโยบาย สื่อเป็นโรงเรียนของสังคม มีเป้าหมายในการปฏิรูปสื่อและการเรียนรู้แบบองค์รวมที่มีส่วนในการสร้างพลเมืองที่มีคุณภาพ เพื่อนำไปสู่การสร้างพลเมืองพันธุ์ใหม่ของประเทศที่เป็นนักสื่อสารสร้างสรรค์ โดยการเสริมบทบาทหน้าที่ของสื่อให้เป็นสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ การบ่มเพาะเยาวชนให้เติบโตเป็นพลเมืองแห่งอนาคตในสังคมอุดมปัญญา การเป็นโรงเรียนทางวัฒนธรรม ฯลฯ โดยมี สสส. ร่วมเป็นหนึ่งในกลไกสนับสนุนให้เกิดการบูรณาการอย่างต่อเนื่อง





นอกจากนี้การประกาศพระราชบัญญัติกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ในปี ๒๕๕๘ จะทำให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงและมีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์สื่อดี ผู้ผลิตสื่อจะได้รับการพัฒนาศักยภาพและโอกาสในการสร้างสรรค์สื่อดี และจะเกิดกลไกเท่าทันสื่อที่ส่งผลต่อสุขภาวะ เครือข่ายสื่อสร้างสรรค์เพื่อเด็กยังคงทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามการทำงานของกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายฉบับนี้ และเตรียมความพร้อมภาคประชาชน เพื่อให้เกิดสื่อดีๆ และทุกคนสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม

ปี ๒๕๖๐ นี้ นับเป็นโอกาสสำคัญที่จะผลักดันนโยบายและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านระบบสื่อสร้างสรรค์และการเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา ที่จะเอื้อให้ประชาชนโดยเฉพาะเด็กและเยาวชน มีขีดความสามารถในการเข้าถึงสื่อสร้างสรรค์เพื่อสุขภาวะและเข้าถึงวิถีในการเรียนรู้เพื่อสร้างสุขภาวะทางปัญญา และพัฒนาไปสู่ความเป็นพลเมืองตื่นรู้ โดยคำนึงถึงมิติความเป็นมนุษย์และการเชื่อมโยงสุขภาวะทุกมิติตามเป้าหมายของแผน รวมทั้งการสานต่อปฏิบัติการในพื้นที่เรื่องเมืองสื่อสร้างสรรค์ ๓ ดี (สื่อดี พื้นที่ดี ภูมิดี) ซึ่งได้แสดงให้เห็นผลลัพธ์รูปธรรมของการเปลี่ยนแปลงสุขภาวะเด็กเยาวชนและครอบครัวในพื้นที่นำร่องต่างๆ โดยจะขยายผลอย่างต่อเนื่องผ่านเครือข่ายภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน และภาคประชาสังคมทั่วประเทศ ด้วยการทำงานเชื่อมประสานทั้ง บ้าน วัด ศาสนสถาน โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และชุมชน อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ยั่งยืน

จุดเน้นของแผน

คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ ร่วมกับภาคีของแผนได้ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เป้าหมายตามแผน ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และเป้าหมายตามทิศทาง ๑๐ ปี สสส. จึงให้พัฒนาแผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๐ ที่สอดคล้องกับทิศทางดังกล่าว และภูมิทัศน์การใช้สื่อในยุคสื่อหลอมรวม โดยมีจุดเน้น ดังนี้

๑. ส่งเสริมให้ทุกคนมีขีดความสามารถในการเข้าถึงระบบสื่อที่มีสุขภาวะ และมีโอกาสได้เรียนรู้ตามวิถีสุขภาวะทางปัญญา โดยแผนจะให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย ๓ ลำดับแรก คือ กลุ่มเป้าหมายเด็กเยาวชนครอบครัว ผู้สูงอายุ และกลุ่มด้อยโอกาส และขับเคลื่อนงานสื่อสร้างสรรค์ที่เป็นรูปธรรมในพื้นที่ ตามยุทธศาสตร์ “เมือง ๓ ดี” (เมืองที่มีสื่อดี พื้นที่ดี ภูมิปัญญาที่ดี) ทั้งในบริบทเมืองและชนบท และส่งเสริมขีดความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาวะของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการนำเทคโนโลยีสื่อใหม่และสื่อดั้งเดิมมาสร้างเสริมสุขภาวะอย่างสมดุล
๒. ให้ความสำคัญกับมิติหรือหน่วยครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน วัดและ ศาสนสถาน ในฐานะเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ โดยเน้นทักษะเรื่องความฉลาดรู้ด้านสื่อ ด้านสุขภาพ และด้านปัญญา รวมไปถึงจิตสำนึกแห่งสุขภาพ โดยจะขยายผลศูนย์เด็กเล็กต้นแบบด้านสื่อสร้างสรรค์ร่วมกับแผนสุขภาวะเด็กและเยาวชน และแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม

๓. เพิ่มความสำคัญกับงานสุขภาวะผู้สูงอายุด้วยมิติของสื่อสร้างสรรค์เพื่อสุขภาวะและการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา ด้วยการส่งเสริมพื้นที่สร้างสรรค์ที่เชื่อมโยงสามวัยและสนับสนุนให้เกิดพื้นที่และกระบวนการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา การส่งเสริมครุภูมิปัญญาด้านการเรียนรู้และสื่อศิลปวัฒนธรรม การส่งเสริมกระบวนการจิตอาสาเพื่อผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้เป็นจิตอาสา เพื่อให้เกิดความตระหนักในคุณค่าของตนเองต่อชุมชนและสังคม การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ด้านทักษะการเท่าทันสื่อโดยเฉพาะสื่อออนไลน์ การพัฒนาสื่อสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุร่วมกับแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ
๔. สนับสนุนศักยภาพและการเตรียมความพร้อมของภาคประชาชนเพื่อร่วมขับเคลื่อนกลไกสื่อสร้างสรรค์ผ่านกองทุนสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ การขับเคลื่อนนโยบายให้สื่อเป็นโรงเรียนของสังคมอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพสื่อให้สามารถทำหน้าที่ให้ความรู้นอกระบบแก่ประชาชนได้ในทุกด้าน หรือมีบทบาทเป็นแหล่งเรียนรู้ตลอดชีวิต รวมทั้งร่วมขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีให้กับเด็กและเยาวชน
๕. ส่งเสริมการใช้มิติสุขภาวะทางปัญญาเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะของภาคีเครือข่าย สสส. ด้วยการพัฒนาภาวะผู้นำ ความเข้มแข็ง และการเติบโตทางด้านสุขภาวะทางปัญญาของภาคีเครือข่ายที่เป็นนักสื่อสารสุขภาวะ
๖. บูรณาการงานสื่อสร้างวิถีชีวิตสุขภาวะในโครงการรณรงค์ Active Play และ Live Healthier โดยเน้นสร้างพื้นที่เล่นและเรียนรู้ผ่านสื่อ

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

ระบบสื่อที่มีสุขภาวะ (Healthy Media System) แผนนี้จะครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของระบบสื่อ ได้แก่ ผู้ผลิต/ผู้สร้างสื่อ (sender) เนื้อหาสื่อ/สาร (message) ช่องทางสื่อ/สื่อ/กิจกรรม/พื้นที่ (channel) ผู้รับสื่อ/ผู้ใช้สื่อ (receiver) โดยคำนึงถึงบริบทของสื่อยุคหลอมรวม ทั้งด้านเทคโนโลยีการสื่อสารและด้านผู้ผลิตกับผู้ใช้สื่อ โดยแผนจะส่งเสริมให้องค์ประกอบต่างๆ ในระบบสื่อ มีคุณภาพหรือมีขีดความสามารถที่จะร่วมขับเคลื่อนสังคมไปสู่สุขภาวะ

วิถีสุขภาวะทางปัญญา (Spiritual Health Pathway) คือการสร้างโอกาสให้คนได้เข้าถึง มีประสบการณ์ตรง มีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาปัญญา และเกิดสติในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ “โอกาสหรือหนทาง-pathway” ในที่นี้ ได้แก่ สื่อที่มีรูปแบบเนื้อหาสร้างแรงบันดาลใจ พื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา กิจกรรมพัฒนาจิตวิญญาณ อาทิ สวดมนต์ ภาวนา ศิลปะ ศึกษาดูงาน สุนัขบำบัด สุนัขพาเดินออกกำลังกาย และการพัฒนาภาวะผู้นำ





สุขภาวะทางปัญญา (Spiritual Health) คือความรู้ที่รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่การตื่นรู้ และเกิดปัญญาในการดำรงชีวิตที่สมดุลและเป็นสุข

ความฉลาดรู้ด้านสื่อ (Media Literacy) คือความสามารถในการเลือกใช้สื่อให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาวะ การคิดวิเคราะห์และวิพากษ์สื่อ ความรู้ในการสร้างสื่ออย่างมีคุณภาพ เป็นเสมือนภูมิคุ้มกันทางสุขภาวะแบบองค์รวม

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

ความตื่นรู้ทางปัญญา (Spiritual Literacy) คือการรู้ตัวทั่วพร้อมอย่างมีสติ และความสามารถในการแสวงหา ศึกษา ปฏิบัติ เพื่อพัฒนาตนเองให้มีสุขภาวะทางปัญญา/จิตวิญญาณ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสร้างต้นแบบของพื้นที่หรือองค์กรที่มีพันธกิจส่งเสริมการใช้สื่อสร้างสรรค์เพื่อการเรียนรู้และเสริมสร้างวิถีชีวิตสุขภาวะ
๒. เพื่อสร้างขีดความสามารถของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการเข้าถึง (accessibility) ระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา อันนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะและการเติบโตทางปัญญา ด้วยการส่งเสริมความพร้อม (availability) ของปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา
๓. เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและบูรณาการสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี ของ สสส. โดยการเชื่อมโยงประเด็นสุขภาวะมาร่วมขับเคลื่อนผ่านระบบสื่อที่มีสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา และการเสริมศักยภาพด้านสุขภาวะทางปัญญาให้แก่ภาคีเครือข่าย

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. พื้นที่ องค์กร และ/หรือชุมชน ที่จัดให้มีพื้นที่สุขภาวะทางปัญญา หรือพื้นที่สื่อสร้างสรรค์ **เฉลี่ยรวม ๒๐ พื้นที่หรือองค์กร**
๒. งานสื่อสารและกิจกรรมของการสร้างเสริมระบบสื่อที่มีสุขภาวะ และวิถีสุขภาวะทางปัญญา ที่เอื้อให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงวิถีชีวิตสุขภาวะและเติบโตทางปัญญา **๕๐ กรณี**

๓. เกิดการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรหรือกลไกเพื่อสร้างการเรียนรู้ผ่านกระบวนการสื่อสารสร้างสรรค์ และวิถีสุขภาวะทางปัญญา ในสถานศึกษาหรือชุมชน ๑๕๐ แห่ง
๔. เกิดกระบวนการการพัฒนาขีดความสามารถในการสื่อสารประเด็นสุขภาวะของนักสื่อสารสุขภาวะ ๕ กรณี
๕. เกิดกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติและท้องถิ่นที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบสื่อที่มีสุขภาวะ และวิถีสุขภาวะทางปัญญา ระดับชาติ ๑ นโยบาย ระดับท้องถิ่น อย่างน้อย ๑ นโยบาย

ตัวชี้วัดร่วม

๑. งานบูรณาการเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี สสส. โดยนำประเด็นสุขภาวะมาร่วมขับเคลื่อน และหนุนเสริมความเข้มแข็งด้านสุขภาวะทางปัญญาของภาคีเครือข่าย จำนวน ๓ กรณี

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานด้านการรณรงค์ขับเคลื่อนสังคม การพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบาย การพัฒนางานวิชาการและนวัตกรรม ให้ร่วมกันสนับสนุนเป้าหมายระยะ ๑ ปีของแผนอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงเป้าหมายของแผนระยะ ๓ ปี และเป้าหมายระยะ ๑๐ ปีของ สสส. โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของแผน ดังนี้

แนวทางขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ๓ กลุ่มวัย

แผนได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายหลัก ๓ กลุ่ม คือ วัยเด็ก วัยทำงาน และวัยสูงอายุ และออกแบบยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายตามตัวชี้วัดหลัก ๑ เรื่อง คือ การมีพื้นที่สื่อสารสร้างสรรค์/พื้นที่สุขภาวะทางปัญญา โดยมีงานเด่นที่จะดำเนินการสำหรับแต่ละช่วงวัย ได้แก่

ปฐมวัย-วัยเรียน

เพิ่มจำนวนพื้นที่สร้างสรรค์ ๓ ดีและปักหมุดพื้นที่เดิมให้ยั่งยืน ขยายจำนวนสถานศึกษาที่ใช้กระบวนการสื่อสารสุขภาวะ (อ่านสร้างสุข เท่าทันสื่อ มหัศจรรย์สื่อสร้างสรรค์ ฯลฯ) ส่งเสริมศักยภาพเด็กขาดโอกาสเพื่อสร้างความฉลาดรู้ด้านสุขภาพและเท่าทันสื่อ ส่งเสริมกระบวนการเด็กทำสื่อเพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ผลักดันสวัสดิการหนังสือสำหรับเด็กแรกเกิด ส่งเสริมกิจกรรมจิตอาสา และสร้างเครือข่าย Active Citizen พลเมืองเด็ก และส่งเสริมชุมชนที่ใช้ศิลปวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนาเด็ก

วัยทำงาน

ส่งเสริมพื้นที่สื่อสารสร้างสรรค์เพื่อครอบครัวและพื้นที่สุขภาวะทางปัญญาพัฒนาการเรียนรู้สุขภาวะทางปัญญาผ่านกิจกรรม ได้แก่ จิตอาสา ภาวนา สวดมนต์ จิตตปัญญา และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสื่อสารเพื่อสร้างค่านิยมใหม่เรื่องความสุขที่แท้จริงด้วยการมีสติและการให้ ร่วมมือกับเครือข่ายองค์กรสื่อต่างๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบสื่อ และบทบาทสร้าง Active Citizen ส่งเสริมสื่อสุขภาพสำหรับกลุ่มด้อยโอกาสและกลุ่มชายขอบ





วัยสูงอายุ

ส่งเสริมผู้สูงอายุ ปรชาญชาวบ้าน ครูภูมิปัญญา ในชุมชนให้เป็นผู้สื่อสารเพื่อสร้างความเข้มแข็งชุมชน ส่งเสริมกิจกรรมและพื้นที่เพื่อพัฒนาสุขภาพทางปัญญาของผู้สูงอายุ สร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการจิตอาสาในพื้นที่หรือชุมชน ส่งเสริมการพัฒนาสื่อที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และการพัฒนาทักษะเท่าทันสื่อโดยเฉพาะสื่อออนไลน์ให้กับผู้สูงอายุ

แนวทางบูรณาการ

แผนให้ความสำคัญกับแนวทางบูรณาการตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลักของ สสส. และตามทิศทางที่กรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ ให้เน้นเรื่องการขับเคลื่อนงานภายใต้มิติของสุขภาพแบบองค์รวม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต แผนจึงได้กำหนดแนวทางการบูรณาการ ดังนี้

๑. เน้นบูรณาการกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และแผนอาหารเพื่อสุขภาพ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่นำร่อง และแผนการสื่อสารสังคมร่วมกัน ในด้านที่เกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อ การมีกิจกรรมทางกาย และการบริโภคอาหารและโภชนาการ โดยมีจุดร่วมอยู่ที่กลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กปฐมวัยและวัยเรียน
๒. ส่งเสริมวิถีสุขภาพทางปัญญาสำหรับผู้สูงอายุ และการเตรียมพร้อมคุณภาพด้านจิตตปัญญาของประชาชนเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัย โดยบูรณาการกับแผนประชากรกลุ่มเฉพาะ
๓. ขยายจำนวน และยกระดับงานเข้าสู่ระบบหลักของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนต้นแบบที่ใช้กระบวนการสื่อสารสร้างสรรค์เพื่อเสริมสร้างสุขภาพและการเรียนรู้ ร่วมกับแผนสุขภาพเด็กและเยาวชน แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม และศูนย์เรียนรู้สุขภาพ
๔. คัดสรรและจัดการพื้นที่สุขภาพของเครือข่ายให้เป็นแหล่งเรียนรู้ และส่งเสริมกิจกรรมในพื้นที่ร่วมกับแผนอื่นๆ ที่มีงานเรื่องแหล่งเรียนรู้

แนวทางสร้างความยั่งยืน

๑. มุ่งเน้นการทำงานเพื่อสร้างระบบและกลไก อาทิ ร่วมขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีให้กับเด็กและเยาวชน ร่วมผลักดันยุทธศาสตร์เท่าทันสื่อระดับชาติ ร่วมกับ กสทช. การเตรียมความพร้อมภาคประชาชนและการสร้างความร่วมมือกับกระทรวงวัฒนธรรมในการเตรียมกระบวนการพัฒนากองทุนสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมด้วย และขยายผลมาตรการเมืองสื่อสร้างสรรค์ในระดับจังหวัดและท้องถิ่น
๒. พัฒนาศักยภาพและทักษะของภาคี เชื่อมโยงสุขภาพทางปัญญาในงานภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการสะท้อนบทเรียนจากการทำงาน

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วย ๒ กลุ่มแผนงาน ได้แก่

๑. กลุ่มแผนงานระบบสื่อสารสร้างสรรค์เพื่อสุขภาวะ

- ๑.๑ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเด็กเยาวชน ครอบครัว และผู้สูงอายุ
- ๑.๒ โครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายขาดโอกาสทางสังคม
- ๑.๓ โครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายผู้ผลิตสื่อและนักสื่อสารสุขภาวะ

๒. กลุ่มแผนงานวิถีสุขภาวะทางปัญญา

- ๒.๑ โครงการที่ส่งเสริมกระบวนการจิตอาสา
- ๒.๒ โครงการที่ส่งเสริมการพัฒนาจิตตปัญญา
- ๒.๓ โครงการที่ส่งเสริมการสื่อสารเพื่อสุขภาวะทางปัญญา

มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานระบบสื่อสารสร้างสรรค์เพื่อสุขภาวะ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) สนับสนุนกระบวนการและกลไกของระบบสื่อสารสร้างสรรค์เพื่อสุขภาวะ เชื่อมโยงและเสริมพลังเครือข่าย รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในท้องถิ่น สร้างสรรค์ให้เกิดเป้าหมายและพันธสัญญาร่วม (engagement) ในการจัดความพร้อม (availability) ของปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อ ผ่านการพัฒนา สื่อสร้างสรรค์ต้นแบบ ช่องทางสื่อ กิจกรรม และพื้นที่สร้างสรรค์ ที่นำไปสู่การฉลาดรู้ด้านสื่อ (media literacy) การฉลาดรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และจิตสำนึกแห่งสุขภาพ โดยให้ความสำคัญ กับกลุ่มเด็กเยาวชน และกลุ่มด้อยโอกาส
- (๒) สนับสนุนการเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุด้วยการส่งเสริม กิจกรรมและพื้นที่ศิลปวัฒนธรรม สืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่น สร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงวัย ในพื้นที่เมือง ๓ ดี และส่งเสริมกิจกรรม และพื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา เช่น สวดมนต์สร้างปัญญา การเผชิญความตายอย่างสงบ อบรม ภาวนาเจริญสติ กิจกรรมจิตอาสาเพื่อผู้สูงวัย ผู้สูงวัยจิตอาสา สื่อที่เป็นมิตรกับผู้สูงวัย และการพัฒนา ทักษะเท่าทันสื่อออนไลน์ในผู้สูงวัย
- (๓) สนับสนุนการผลักดันขับเคลื่อนกลไกและข้อเสนอเชิงนโยบายด้านระบบสื่อที่มีสุขภาวะ และนโยบาย ให้สื่อเป็นโรงเรียนของสังคม ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมสื่อเพื่อการเรียนรู้ และสุขภาวะแบบองค์รวม ทั้งรูปแบบ ช่องทาง เนื้อหา การรู้เท่าทันและเฝ้าระวังสื่อ ที่นำไปสู่สังคมสุขภาวะที่มีพลเมืองตื่นรู้ และพลเมืองที่เป็นนักสื่อสารสร้างสรรค์





- (๔) สนับสนุนการพัฒนาภายใต้ยุทธศาสตร์เมือง ๓ ดี วิถีสุข ให้เกิดการนำเอาคุณค่าของสุนทรียะและภูมิปัญญาชุมชน มาส่งเสริมการเรียนรู้และการสร้างสุขภาวะทางปัญญาของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- (๕) บูรณาการกับแผนหลักต่างๆ ของ สสส. เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ร่วมจากระบบสื่อสร้างสรรค์และวิถีสุขภาวะทางปัญญาที่กลุ่มแผนงานฯ ได้พัฒนาขึ้นตามยุทธศาสตร์ โดยจะหนุนเสริมงานของแผนอื่นๆ ด้วยการร่วมขับเคลื่อนประเด็นสุขภาวะผ่านปัจจัยแวดล้อมในเชิงระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและบูรณาการสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี
- (๖) พัฒนาศักยภาพของนักสื่อสารสุขภาวะ (นักสื่อสารสุขภาวะชุมชน ภาควิชาการ สสส. สื่อมวลชน วิชาชีพ นักวิชาการด้านการสื่อสาร) เพื่อส่งเสริมแนวทางการสื่อสารสุขภาวะให้แพร่หลาย ผ่านการสัมมนา ฝึกอบรม หลักสูตรระยะสั้น และการสนับสนุนกลไกที่ยั่งยืน ตลอดจนสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายสื่อสุขภาวะเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายการสร้างพลเมืองตื่นรู้สู่สังคมสุขภาวะ

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วยแผนงานและโครงการหลักที่จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายสำคัญทั้ง ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มเป้าหมายเด็กเยาวชนและครอบครัว กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ และกลุ่มเป้าหมายผู้ด้อยโอกาส โดยมีตัวอย่างแผนงาน/โครงการ ได้แก่ แผนงานสื่อสร้างสุขภาวะเด็กเยาวชนและครอบครัว แผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน แผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ โครงการพัฒนากลไกและเครือข่ายวิทยุเพื่อเด็กและเยาวชน โครงการนักสื่อสารสร้างสรรค์ โครงการรณรงค์สื่อสร้างสรรค์ ๓ ดีเพื่อสุขภาวะเยาวชน โครงการสร้างเสริมภาษาวัฒนธรรมเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะ โครงการมหัศจรรย์สื่อสร้างสรรค์ในศูนย์เด็กเล็ก โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเมืองสื่อสร้างสรรค์ โครงการพัฒนาศักยภาพนักสื่อสารสุขภาวะชุมชน โครงการพัฒนาศักยภาพการสื่อสารสุขภาวะ และโครงการตามวาระพิเศษต่างๆ ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกลุ่มแผนงาน

๒. กลุ่มแผนงานวิถีสุขภาวะทางปัญญา

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) พัฒนาความพร้อมของปัจจัยแวดล้อมด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญา ด้วยรูปแบบและกลไกการเสริมพลังที่อบอุ่นให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงวิถีสุขภาวะทางปัญญา อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกใหม่ (transformation) ผ่านช่องทางการสื่อสารและกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมพัฒนาจิตวิญญาณ อาทิ สวดมนต์ ภาวนา ศิลปะ ศาสนา ชาติ สุนัขพ้องคร่อม พื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา กลไกและกิจกรรมจิตอาสา กระบวนการพัฒนาภาวะผู้นำ สื่อสร้างสุขภาวะทางปัญญา ที่มีรูปแบบเนื้อหาสร้างแรงบันดาลใจ เพื่อสร้างพลเมืองตื่นรู้ด้วยจิตสำนึกใหม่
- (๒) เชื่อมโยงเครือข่ายวิถีสุขภาวะทางปัญญา ให้มีวิสัยทัศน์และพันธสัญญาร่วม (engagement) เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านองค์ความรู้และกระบวนการทำงาน แบ่งปันทรัพยากร และหนุนเสริมงานระหว่างเครือข่าย เพื่อประสานพลังร่วมสร้างจิตสำนึกใหม่ของพลเมืองในสังคม

- (๓) ผลักดันกลไกและนโยบายด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญาในระดับองค์กรและท้องถิ่น และเตรียมความพร้อมในการผลักดันกลไกระดับชาติ เพื่อสร้างฐานแห่งวิถีสุขภาวะทางปัญญา เช่น กลไกศูนย์อาสาสมัคร การติดตั้งกลไกพื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทางปัญญาในองค์กรหรือชุมชนท้องถิ่น
- (๔) บูรณาการสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี กับแผนหลักต่างๆ ของ สสส. เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ร่วมจากวิถีสุขภาวะทางปัญญา และพัฒนาศักยภาพของภาคี สสส. ให้มีการเติบโตทางปัญญา นำไปสู่การเชื่อมโยงงานสุขภาวะองค์กรรวม

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วยแผนงาน/โครงการที่จำแนกตามวิธีดำเนินงานหลัก ๓ ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการจิตอาสา ด้านการพัฒนาจิตตปัญญา และด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาวะทางปัญญา อาทิ โครงการวิถีสุขภาวะทางปัญญา ธนาคารจิตอาสา โครงการพัฒนากลไกเสริมสร้างสังคมจิตอาสา โครงการสวดมนต์สร้างปัญญา โครงการเครือข่ายพัฒนาภาวะผู้นำแห่งอนาคต โครงการเครือข่ายงานธรรมเพื่อวิถีสุขภาวะทางปัญญา โครงการฉลาดทำบุญด้วยจิตอาสา โครงการสื่อสารเพื่อสร้างสุขภาวะทางปัญญา โครงการความร่วมมือกับศูนย์จิตตปัญญาศึกษา ฯลฯ

ภาคีหลัก

๑. ภาคีด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสื่อสร้างสรรค์ อาทิ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่มีนโยบายส่งเสริมสื่อสร้างสรรค์ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ฯลฯ
๒. ภาคีพันธมิตรด้านสื่อ อาทิ สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย สมาคมนักข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย สมาคมวิทยุและสื่อเพื่อเด็กและเยาวชน องค์กรกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะ สภาการหนังสือพิมพ์แห่งชาติ สภาวิชาชีพข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย สมาพันธ์สมาคมผู้ประกอบการวิชาชีพวิทยุและโทรทัศน์แห่งประเทศไทย สมาคมผู้ประกอบการเคเบิลทีวีแห่งประเทศไทย สมาคมผู้ดูแลเว็บไทย เครือข่ายและชมรมด้านวิชาชีพสื่อต่างๆ ฯลฯ
๓. ภาคีด้านวิชาการ อาทิ สถาบันวิชาการด้านนิเทศศาสตร์และสื่อสารมวลชนทั่วประเทศ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันวิจัยด้านสังคม ด้านวัฒนธรรม ด้านเด็กเยาวชนและครอบครัว ฯลฯ
๔. ภาคีด้านสื่อภาคประชาชน อาทิ สถาบันพัฒนาสื่อภาคประชาชน เครือข่ายวิทยุเพื่อเด็กและครอบครัว เครือข่ายวิทยุชุมชน เครือข่ายนักข่าวพลเมือง เครือข่ายสื่อภาคประชาชนในภูมิภาคต่างๆ ฯลฯ





๕. ภาควิชาด้านวิถีสู่สุขภาวะทางปัญญา อาทิ คณะวิทยาการจัดการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล หอจดหมายเหตุพุทธทาสฯ ธนาครจิตอาสา มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม เครือข่ายจิตอาสา เครือข่ายสื่อเพื่อสร้างจิตสำนึกใหม่ และภาควิชาด้านศาสนธรรมและจิตตปัญญา ฯลฯ

แนวทางการบริหารจัดการแผน

กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ โดยมีสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก ๕) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการ โดยยึดหลักการบริหารที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ผลกระทบ ความคุ้มค่า ความยั่งยืน และความน่าเชื่อถือจากสังคม พร้อมไปกับการสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพของภาคีเครือข่าย

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสื่อสร้างสรรค์เพื่อสุขภาวะ	๑๕๕
๑.๑ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเด็กเยาวชน ครอบครัว และผู้สูงอายุ	๑๓๑
๑.๒ โครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายด้อยโอกาสทางสังคม	๑๐
๑.๓ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายผู้ผลิตสื่อ	๑๔
๒. กลุ่มแผนงานวิถีสู่สุขภาวะทางปัญญา	๗๗
๒.๑ โครงการส่งเสริมการพัฒนาจิตตปัญญา	๕๓
๒.๒ โครงการส่งเสริมกระบวนการจิตอาสา	๑๖
๒.๓ โครงการส่งเสริมการสื่อสารเพื่อสุขภาวะทางปัญญา	๘
รวม	๒๓๒

๑๑

แผนสร้างสรรค์โอกาส และนวัตกรรมสุขภาวะ

สถานการณ์และแนวโน้ม

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ มีเป้าประสงค์หลักในการขยายโอกาสและพัฒนาศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มบุคคล ชุมชนและองค์กรทั่วไปสามารถเข้าถึงการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของชุมชน/พื้นที่ โดยมีกรอบการสนับสนุนการดำเนินงานตามทิศทางเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. ประกอบกับนำแนวคิด “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”^{๑๐๐} และ “กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter)”^{๑๐๑} มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนโครงการ

แนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของแผนฯ

๑. **สร้างสรรค์โอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ** สู่ภาคีรายย่อยให้กว้างขวาง ให้กลุ่มบุคคล ชุมชน องค์กรทุกภาคส่วน มีโอกาสได้รับการสนับสนุนให้ทำงานสร้างเสริมสุขภาพโดยเฉพาะกลุ่มประชากร หรือพื้นที่ที่ขาดโอกาส โดยเพิ่มความหลากหลายของช่องทางและรูปแบบการสนับสนุนให้ทุกกลุ่มเป้าหมายเข้าถึง ปัจจุบันการสนับสนุนทุนมี ๔ ช่องทางหลัก ได้แก่
 - (๑) **โครงการสร้างเสริมสุขภาพทั่วไป** เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สนใจทั่วไปเสนอโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาวะของกลุ่มบุคคล ชุมชน องค์กร และพื้นที่ โดยเปิดรับโครงการตลอดทั้งปี
 - (๒) **โครงการสร้างเสริมสุขภาพประเด็นเฉพาะ** ซึ่งเป็นประเด็นที่กำหนดจากนโยบาย เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. ประเด็นเร่งด่วน รวมถึงประเด็นหนุนเสริมแผนเชิงรุกในการนำชุดความรู้หรือรูปแบบการทำงานที่ประสบผลสำเร็จของแผนเชิงรุกมาขยายผล เน้นทั้งการสนับสนุนผ่านพื้นที่ กลุ่มเป้าหมาย และประเด็นสุขภาพ

^{๑๐๐} ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงคือทางสายกลางในการดำรงชีวิตอันจะนำไปสู่สุขภาวะ (อยู่เย็นเป็นสุข) ทั้งด้านการผลิตและบริโภค อย่างพอประมาณ มีเหตุผล มีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี และมีคุณธรรม คำนึงถึงผลกระทบต่อผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม

^{๑๐๑} กฎบัตรออตตาวา ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ทั้ง ๕ ประการ คือ (๑) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (๒) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (๓) การเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชน (๔) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพดี (๕) ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ที่เน้นการร่วมคิดร่วมทำของชุมชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพในระดับชุมชน





(๓) **โครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็ก** เป็นการเปิดโอกาสให้ภาคีรายใหม่หรือผู้ที่ไม่เคยได้รับทุนจาก สสส. หรือผู้ที่มีความตั้งใจในการสร้างเสริมสุขภาพแต่ขาดทักษะการเขียนโครงการได้ทดลองดำเนินโครงการขนาดเล็กด้วยกระบวนการที่ง่ายและวัดผลลัพธ์ได้

(๔) **กิจกรรมอย่างง่าย** เป็นการเปิดโอกาสให้เกิดการรวมกลุ่มดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สร้างสรรค์ ไม่ซับซ้อน เน้นในกลุ่มเด็กและเยาวชนให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้ด้วยตัวเอง

แผนได้กำหนดกลไกสำคัญในการช่วยกระจายโอกาส โดยการค้นหา “หน่วยจัดการ” หรือ “องค์กรตัวกลาง” ที่มีศักยภาพช่วยขยายและกระจายโอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสู่ภาคีรายย่อย โดยเฉพาะกลุ่มประชากรและพื้นที่ที่ขาดโอกาสให้เข้าถึงทุนของ สสส. มากขึ้น ซึ่งหน่วยจัดการดังกล่าวมีทั้งหน่วยจัดการเชิงพื้นที่ และหน่วยจัดการเชิงประเด็น นอกจากบทบาทในการขยายโอกาสแล้ว หน่วยจัดการดังกล่าวยังมีภารกิจในการช่วยพัฒนาศักยภาพที่จำเป็นให้กับกลุ่มผู้รับทุนด้วย

๒. **สร้างนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ** บนหลักคิดที่เน้นกระบวนการทำงาน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของแต่ละชุมชน/พื้นที่ที่นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ที่เหมาะสมตามความพร้อม หรือบริบทของพื้นที่ แล้วนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินโครงการ หรือใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่แล้วได้ผลดีกว่าเดิม

๓. **พัฒนาขีดความสามารถภาคีเครือข่าย** ให้มีศักยภาพในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการบริหารจัดการโครงการและด้านวิชาการ รวมถึงการยกระดับสมรรถนะภาคีหน่วยจัดการ ในด้านการติดตามประเมินผลลัพธ์และการบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์

ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนหลักปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐

๑. ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ เทียบกับตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)	ผลงานปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ ^{๑๐๘}	คาดการณ์ เป้าหมายปี ๒๕๖๐
๑. โครงการสร้างเสริมสุขภาพะที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายทั้งในกลุ่มบุคคล องค์กร และชุมชน กระจายทั่วทุกจังหวัด ไม่น้อยกว่า ๖,๐๐๐ โครงการ	๖,๐๐๐ โครงการ	๔,๑๒๒ โครงการ	๑,๘๐๐ โครงการ
๒. โครงการที่เสนอโดยภาคีรายใหม่ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของโครงการที่สนับสนุน	๓,๖๐๐ โครงการ	๓,๖๗๑ โครงการ	๑,๑๔๐ โครงการ

^{๑๐๘} ผลงานปี ๒๕๕๙ เป็นการรวบรวมผลการดำเนินงานจริง ณ วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๙ รวมกับการคาดการณ์ผลการดำเนินงานที่จะเกิดในช่วงวันที่ ๑๖ มิถุนายน - ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)	ผลงานปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙	คาดการณ์ เป้าหมายปี ๒๕๖๐
๓. ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากการดำเนินโครงการทั้งโดยตรงและทางอ้อม ไม่น้อยกว่า ๑,๒๐๐,๐๐๐ คน	๑,๒๐๐,๐๐๐ คน	๗๑๘,๖๓๖ คน	๔๘๑,๓๖๔ คน
๔. เกิดสภาพแวดล้อมหรือปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะของคน องค์กรและชุมชนในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า ๓,๖๐๐ แห่ง	๓,๖๐๐ แห่ง	๓,๓๗๘ แห่ง	๑,๑๐๐ แห่ง
๕. แกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนผลักดัน ชักชวนกลุ่มเป้าหมายหรือเป็นผู้มีบทบาทการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า ๑๒,๐๐๐ คน	๑๒,๐๐๐ คน	๑๐,๖๘๓ คน	๑,๔๐๐ คน
๖. แกนนำที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ไม่น้อยกว่า ๓๐๐ คน	๓๐๐ คน	๒๑๘ คน	๘๒ คน
๗. โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดีไม่น้อยกว่า ๖๐๐ โครงการ	๖๐๐ โครงการ	๔๓๒ โครงการ	๑๖๘ โครงการ
๘. นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ที่ใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานโครงการไม่น้อยกว่า ๓๐๐ กรณี	๓๐๐ กรณี	๓๐๖ กรณี	-
๙. นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถขยายผลได้ ไม่น้อยกว่า ๓ เรื่อง	๓ เรื่อง	-	๓ เรื่อง
๑๐. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. เช่น การลดอัตราการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ เพิ่มชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของโครงการที่สนับสนุน	๓,๐๐๐ โครงการ	๒,๒๔๐ โครงการ	๔๕๐ โครงการ
๑๑. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่เสนอจากกลุ่มประชากรที่ขาดโอกาสไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของโครงการที่สนับสนุน	๖๐๐ โครงการ	๔๕๒ โครงการ	๒๐๐ โครงการ





๒. ผลการดำเนินงานที่สำคัญตามยุทธศาสตร์และจุดเน้นของแผนปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙

๒.๑ สร้างสรรค์โอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสู่ภาคีรายย่อย เพื่อขยายแนวร่วมการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

การสนับสนุนโครงการให้กับภาคีรายย่อย ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ ถึง ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๙ สนับสนุนโครงการแล้วจำนวน ๒,๒๙๔ โครงการ มีโครงการที่อยู่ระหว่างการพิจารณา จำนวน ๑,๘๒๘ โครงการ คัดการณ์การสนับสนุนโครงการรายย่อย ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙ คาดว่าสามารถสนับสนุนโครงการรายย่อยรวม ๔,๑๒๒ โครงการ เป็นภาคีรายใหม่มากกว่าร้อยละ ๘๐ โดยเป็นการสนับสนุนโครงการที่มุ่งผลลัพธ์ตามเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปีของ สสส. มากกว่าร้อยละ ๕๐ เช่น ลดอัตราการสูบบุหรี่ เพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้อย่างเพียงพอ เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย เพิ่มชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง ลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานบุญงานประเพณี สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรเฉพาะ ได้แก่ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มครอบครัวในสภาวะยากลำบาก กลุ่มเด็กเยาวชนด้อยโอกาส คิดเป็นร้อยละ ๑๑ การกระจายโครงการเชิงพื้นที่ครอบคลุมทุกจังหวัด โดยร้อยละ ๔๓ กระจายในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือพื้นที่ภาคใต้ ร้อยละ ๒๗ ภาคเหนือ ร้อยละ ๑๘ และภาคกลาง - ตะวันออก - ตะวันตก ร้อยละ ๑๒

กลไกการดำเนินงานที่ส่งผลให้เกิดการกระจายโอกาสสู่ภาคีรายย่อย แผนมีกลไก “หน่วยจัดการ” (Node) ที่สามารถกระจายและสร้างสรรค์โอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสู่กลุ่มประชากรและพื้นที่ที่เข้าไม่ถึงโอกาส โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ จนถึงปัจจุบัน มีหน่วยจัดการทั้งสิ้น ๗๘ หน่วย ที่ช่วยกระจายโอกาสให้กับภาคีรายย่อยคิดเป็นร้อยละ ๙๕ ของจำนวนโครงการทั้งหมดที่สนับสนุน เป็นหน่วยจัดการเชิงพื้นที่ทั้งระดับจังหวัด/กลุ่มจังหวัด ระดับภาค และหน่วยจัดการเชิงประเด็น เช่น ประเด็นลด ละ เลิกบุหรี่ ประเด็นส่งเสริมการใช้จักรยาน ประเด็นส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้ ประเด็นเด็กเยาวชน เป็นต้น ทั้งนี้ ในปี ๒๕๕๙ แผนได้เริ่มเปิดรับสมัครทีมงานระดับจังหวัด เพื่อเข้าร่วมเป็น “หน่วยจัดการระดับจังหวัด” เพื่อช่วยกระจายการเข้าถึงการสนับสนุนทุน “โครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็ก” ซึ่งปรากฏว่ามีทีมที่สนใจสมัครเข้าร่วมดำเนินงานครอบคลุมทุกจังหวัดจำนวน ๑๖๐ ทีม และผ่านการพิจารณาเข้าร่วมดำเนินงานกับแผนมากถึง ๔๓ ทีมครอบคลุม ๕๑ จังหวัด โดยประมาณการว่าจะสามารถกระจายโอกาสให้แก่กลุ่มประชากรและพื้นที่ที่เข้าไม่ถึงโอกาสได้ถึง ๑,๐๐๐ โครงการ และทางแผนจะดำเนินการเปิดรับสมัคร “หน่วยจัดการ” ในจังหวัดที่เหลืออีก ๒๖ จังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อให้มีหน่วยจัดการที่สามารถกระจายโอกาสได้ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ

การสนับสนุนโครงการ จำแนกตามรูปแบบการสนับสนุน ๔ รูปแบบหลัก สรุปได้ดังนี้

๒.๑.๑ โครงการสร้างเสริมสุขภาพทั่วไป สนับสนุนรวม ๒๐๔ โครงการ โครงการส่วนใหญ่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลและชุมชน เช่น การบริโภคอาหารปลอดภัย การลดใช้สารเคมี การทำเกษตรอินทรีย์ การดูแลสุขภาพอนามัยลดพฤติกรรมเสี่ยง และการจัดการตนเอง ครอบครัว ชุมชน เป็นต้น

๒.๑.๒ โครงการสร้างเสริมสุขภาพประเด็นเฉพาะ สนับสนุนโครงการรายย่อยรวม ๒,๓๖๘ โครงการ ดังนี้

- (๑) โครงการร่วมสร้างชุมชนและท้องถิ่นให้น่าอยู่ สนับสนุน ๕๕๗ ชุมชนทั่วประเทศสร้างการมีส่วนร่วมของแกนนำและสมาชิกในชุมชนพัฒนาชุมชนตนเองให้น่าอยู่ มุ่งแก้ไขปัญหาที่ตรงกับความต้องการของชุมชน เกิดผลลัพธ์ ๒ ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์เรื่องความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่งมีกลไกสภาผู้นำชุมชนเป็นกลไกหลักในการสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนให้มาร่วมกันพัฒนาชุมชนหรือแก้ไขปัญหาระหว่างดำเนินงาน และผลลัพธ์เชิงประเด็นที่ชุมชนเลือกดำเนินการ (เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมหรือปัจจัยที่เอื้อต่อสุขภาพ) เช่น การลดใช้สารเคมี การปลูกและบริโภคผักปลอดสาร การคัดแยกขยะและใช้ประโยชน์จากขยะ การลดค่าใช้จ่ายค่าเช่าในงานบุญงานประเพณี การลดปัญหาทะเลาะวิวาทของเยาวชน การรวมกลุ่มทำกิจกรรมในชุมชน เป็นต้น

ทั้งนี้ แนวทางการสนับสนุนโครงการชุมชนน่าอยู่ในปี ๒๕๖๐ ได้ปรับทิศทางและแนวทางการสนับสนุนที่มุ่งผลลัพธ์ชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยมีเป้าหมายการสนับสนุนต่อเนื่อง ๓ ปี เพื่อส่งเสริมให้เกิดกลไกสภาผู้นำชุมชนในการบริหารจัดการชุมชนที่ส่งผลให้ชุมชนสามารถจัดการตนเองได้อย่างเข้มแข็ง สนับสนุนให้ดำเนินการจัดทำแผนชุมชนพึ่งตนเองและดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ในประเด็นสร้างเสริมสุขภาพ ๔ มิติ ได้แก่ มิติทางเศรษฐกิจ มิติทางสิ่งแวดล้อม มิติทางสังคม และมิติทางด้านสุขภาพ โดยมีกลไกพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา กระตุ้น และเสริมพลังชุมชนให้สามารถดำเนินการจนเกิดผลสำเร็จและเป็นไปตามผลลัพธ์ที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน

- (๒) การลด ละ เลิกบุหรี่ และป้องกันนักสูบหน้าใหม่

- (๑.๑) โครงการชุมชนต้นแบบลด ละ เลิกบุหรี่จังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๕ อำเภอ ในจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ อำเภอสีคิ้ว โนนสูง จักราช ครบุรี และเสิงสาง สนับสนุนการดำเนินงานควบคุมบุหรี่โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ครอบคลุม ๓๘ ตำบล ๔๓๙ หมู่บ้าน ชักชวนผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการได้ ๑๔,๗๑๓ คน (รวมผู้ใหญ่และเยาวชน/นักสูบหน้าใหม่) ซึ่งทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ๑,๖๔๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๑ (ผู้ใหญ่ ๑,๕๒๐ คนและเยาวชน ๑๒๔ คน) และลด ละ บุหรี่ได้ ๖,๓๗๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๓.๓ (ผู้ใหญ่ ๖,๐๗๑ คนและเยาวชน ๓๐๕ คน) เกิดแกนนำดำเนินงานลด ละ เลิกบุหรี่ในชุมชน จำนวน ๕,๖๒๐ คน จัดสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย ๑,๗๕๖ แห่ง ร้านค้าหรือผู้จำหน่ายบุหรี่ จำนวน ๑,๖๔๒ แห่ง ให้ความร่วมมือที่จะปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ไม่ขายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี สร้างนวัตกรรมการควบคุมและการช่วย





เลิกบุหรี่โดยชุมชน เช่น การจัดให้มีคู่มือ (เพื่อนสนิทหรือคนในครอบครัว) ช่วยเลิกบุหรี่ การประยุกต์ใช้ “หมวดกดจุดสะท้อนแก้” การใช้มะนาวช่วยเลิก ยาบัวบกปากช่วยเลิกบุหรี่ เม็ดมะขามคว่ำลดการสูบบุหรี่ ชาชงหญ้าดอกขาว เป็นต้น

(๒.๒) โครงการควบคุมยาสูบโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลในการพัฒนาแผนดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับตำบล โดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการชุมชนในการควบคุมการบริโภคยาสูบในพื้นที่ ลดอัตราการสูบบุหรี่และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ ดำเนินงานครอบคลุม ๑๔๐ ตำบล (โครงการ) ใน ๗ จังหวัด ได้แก่ แม่ฮ่องสอน นครศรีธรรมราช ปัตตานี นราธิวาส บุรีรัมย์ เชียงราย และ นครราชสีมา

(๒.๓) โครงการพัฒนานวัตกรรมลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน โดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง เพื่อเสริมพลังให้กลุ่มองค์กรเยาวชนในท้องถิ่น จำนวน ๑๘๙ แห่ง มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อลด ละ เลิกบุหรี่ มุ่งเน้นที่การป้องกันนักสูบหน้าใหม่โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน รวมถึงการขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่ในเขตรับผิดชอบของ อปท.

(๓) ส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้

(๓.๑) โครงการยิ่งเท่ ยิ่งน่ารัก เพราะกินโปรตีน ผักและผลไม้ สนับสนุนโรงเรียน ๑๔๗ แห่ง ใน ๑๐ จังหวัด ได้แก่ บึงกาฬ หนองคาย นครพนม มุกดาหาร ประจวบคีรีขันธ์ สงขลา พัทลุง กระบี่ ตรัง และปทุมธานี ส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคโปรตีน ผักและผลไม้ที่ปลอดภัยและถูกหลักโภชนาการผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่ให้นักเรียนได้ฝึกคิด ค้นคว้า และลงมือดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง พบว่านักเรียนในโรงเรียนเป้าหมาย จำนวน ๓๒,๓๔๕ คน ได้รับประทานอาหารกลางวันที่มีโปรตีน ผักและผลไม้ปลอดภัย โรงเรียนร้อยละ ๔๔ สามารถจัดผักได้ปริมาณตามคำแนะนำ

(๓.๒) โครงการสวนผักคนเมือง สนับสนุนการสร้างพื้นที่ต้นแบบการปลูกผักในเมือง จำนวน ๓๑ แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และหัวเมืองต่างๆ ขยายกลุ่มคนปลูกผักในเมืองให้เพิ่มขึ้นผ่านการอบรมของศูนย์ฝึกอบรม ๖ ศูนย์ หน่วยอบรมเคลื่อนที่ ๑ หน่วย จำนวนผู้สนใจเข้ารับการอบรมจำนวน ๑,๗๘๙ คน ผู้ผ่านการอบรมนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมกลับไปลงมือปลูกผักและพึ่งตนเองด้านอื่นๆ ประมาณร้อยละ ๗๐ มีหลักสูตรการอบรมที่มีความหลากหลายเพิ่มขึ้น

กว่า ๑๗ หลักสูตรพัฒนาช่องทางการอบรม/การเรียนรู้ออนไลน์ผ่านช่อง YOUTUBE
 สวนผักคนเมือง : ปลูกผัก ปลูกเมือง ปลูกชีวิต มีผู้สนใจเข้าเรียนรู้จากช่องทาง
 ออนไลน์นี้ มากกว่า ๑๒๐,๐๐๐ ครั้ง เกิดพื้นที่ต้นแบบด้านการทำสวนผักบำบัด
 ๑ แห่ง ณ โรงเรียนสอนคนตาบอดมกุฏศิรีวัน (เขาใหญ่) อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา
 เพื่อเป็นพื้นที่อาหารปลอดภัยและพื้นที่ของการบำบัดเยียวยาผู้พิการทางสายตา
 และพิการซ้ำซ้อนกว่า ๓๐ คน

- (๔) **โครงการชุมชนจักรยานเพื่อสุขภาวะ** สนับสนุนกลุ่ม/ชุมชน/องค์กรในพื้นที่ ๗๘ แห่ง ส่งเสริม
 ให้เกิดพฤติกรรมการใช้จักรยานสำหรับเดินทางในชีวิตประจำวัน สามารถเพิ่มจำนวน
 ผู้ใช้จักรยานจาก ๑๑,๐๐๔ คน เพิ่มขึ้นเป็น ๑๘,๔๓๗ คน (เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ ๖๗.๔ ของ
 จำนวนผู้ใช้จักรยานเดิม) เกิดการปฏิวัติทัศนคติ และโครงสร้างทางกายภาพให้เอื้อต่อ
 การใช้จักรยานในชุมชน จำนวน ๑๘๗ แห่ง เช่น ปรับปรุงถนน ขยายไหล่ทางถนน จัดทำ
 ที่จอดจักรยาน จัดทำป้ายเตือนป้ายสัญลักษณ์ ฯลฯ มีการบรรจุเป็นแผนพัฒนาของท้องถิ่น
 หรือแผนงานที่เป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่ เช่น เทศบาลเมืองนาสาร สนับสนุนให้มีการทำ
 จุดจอดจักรยานในชุมชน ทำป้ายสัญลักษณ์ผู้ใช้จักรยาน ป้ายกำหนดความเร็วของ
 ยานพาหนะที่มีเครื่องยนต์ และให้การสนับสนุนกิจกรรมของกลุ่มภาคีจักรยาน ตำบลนาสาร
 เทศบาลตำบลห้วยยอด บรรจุแผนเรื่องการจัดทำเส้นทางจักรยานและจัดทำป้ายสัญลักษณ์
 ในพื้นที่สนามกีฬาควนหนังช้าง เป็นต้น นอกจากนี้ เกิดรูปแบบกิจกรรมสร้างสรรค์ที่
 หลากหลายตามบริบทในพื้นที่ เช่น กิจกรรมอาสาสอน อาสาซ่อม การจัดตั้งศูนย์ซ่อม
 จักรยานให้บริการซ่อมแซมแก่กลุ่มผู้ใช้จักรยานในพื้นที่จัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์เพื่อเป็นกองทุน
 ของผู้ใช้จักรยาน ดูแลสวัสดิภาพของสมาชิก การส่งเสริมให้เด็กนักเรียนใช้จักรยานเดินทาง
 ไปโรงเรียน โดยในปี ๒๕๕๙ ได้ขยายผลโครงการไปยังพื้นที่ใหม่อีกจำนวน ๔๔ แห่ง

- (๕) **การพัฒนาสุขภาวะเด็กและเยาวชน**

- (๕.๑) **โครงการมหัศจรรย์สื่อสร้างสรรค์ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก** สนับสนุนศูนย์พัฒนา
 เด็กเล็กทั่วประเทศ จำนวน ๒๑๗ ศูนย์ จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และ
 ส่งเสริมพัฒนาการของเด็กเล็ก ตลอดจนสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและ
 ชุมชนร่วมพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้เป็นพื้นที่การเรียนรู้ร่วมกันของเด็กและชุมชน
 เช่น พัฒนาพื้นที่การเล่นกลางแจ้งในรูปแบบสนามเด็กเล่น พัฒนามุมการเรียนรู้
 ด้วยวัสดุธรรมชาติในท้องถิ่น เช่น มุมน้ำ มุมทราย มุมการอ่าน มุมนิทาน ฯลฯ มีครู
 จำนวน ๘๓๐ คนที่มีทักษะในการจัดกระบวนการเรียนรู้และพื้นที่สร้างสรรค์แก่
 เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และจำนวนเด็กเล็กที่ได้รับประโยชน์จากการมีพื้นที่





การเล่นที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการจำนวน ๑๑,๙๔๕ คน เกิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่พร้อมเป็นต้นแบบจำนวน ๑๗ ศูนย์ และในปี ๒๕๕๙ จะขยายผลโครงการไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพื้นที่ใหม่อีกจำนวน ๒๐๐ แห่ง

- (๕.๒) โครงการค่ายอาสาพัฒนา “ชุมชนคนอาสาเพื่อการเรียนรู้สังคม” สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพแกนนำนิสิตนักศึกษาและยกระดับการเรียนรู้การพัฒนาตนเองและชุมชนผ่านกระบวนการค่ายอาสา จำนวน ๖๐ ค่าย รวมถึงการสร้างเครือข่ายนักกิจกรรมรุ่นใหม่ ๔ ภาค ให้เป็นนักปฏิบัติการทางสังคมที่มีศักยภาพในการเป็นกลไกหนุนเสริมการทำงานค่ายอาสาในพื้นที่ รวมถึงกิจกรรมนักศึกษาอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง
- (๕.๓) โครงการชุมชนคนรุ่นใหม่เตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ สนับสนุนกลุ่มเยาวชน ๑๖ กลุ่มที่สนใจประเด็นปัญหาภัยพิบัติดำเนินโครงการร่วมกับชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติในชุมชน เช่น น้ำท่วม แผ่นดินไหว ดินโคลนถล่ม เกิดอาสาสมัครคนรุ่นใหม่อย่างน้อย ๑๐๐ คนที่มีความรู้และทักษะด้านการรับมือภัยพิบัติในชุมชนสามารถสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้นได้
- (๕.๔) โครงการพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนในพื้นที่ภาคตะวันออก สนับสนุนกลุ่มเด็กและเยาวชนในพื้นที่ ๘ จังหวัด ได้แก่ ตราด จันทบุรี ระยอง ชลบุรี ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว และนครนายก จำนวน ๕๐ กลุ่ม ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบจิตอาสา โดยเปิดโอกาสให้พัฒนาเป็นโครงการย่อยที่มีรูปธรรมสามารถวัดผลได้ เกิดปฏิบัติการที่สร้างประโยชน์ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะที่ดีนำไปสู่การลดภาวะเสี่ยงของเด็กและเยาวชน
- (๕.๕) โครงการป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเยาวชน สนับสนุนกลุ่ม องค์กรในชุมชนจำนวน ๘๙ แห่ง (ชุมชน) สร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหาเสพติดในเด็กเยาวชน เสริมสร้างภูมิคุ้มกันและสร้างแกนนำ/เครือข่ายในการป้องกัน ยาเสพติดในชุมชน มีพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับกลุ่มเด็กเยาวชนในการทำกิจกรรมสร้างสรรค์อย่างสม่ำเสมอ เช่น งานศิลปะ ดนตรี กีฬา

(๖) โครงการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มประชากรเฉพาะ

- (๖.๑) โครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุจำนวน ๒๒๔ ชมรม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุระดับชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุด้านต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การสร้างเสริมสุขภาพจิต และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงในชุมชน มีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า ๗,๐๐๐ คน

- (๖.๒) **โครงการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ** สนับสนุนกลุ่ม/องค์กรที่ทำงานด้านคนพิการ จำนวน ๔ กลุ่ม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลุ่มในการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ เสริมสร้างทักษะผู้ประกอบการและครอบครัวในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการได้ด้วยตนเอง
- (๖.๓) **โครงการส่งเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาวะทางเพศในเด็กและเยาวชน**
ด้อยโอกาส พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มุ่งเน้นการปรับทัศนคติมุมมองเรื่องสุขภาวะทางเพศให้กับองค์กรหรือหน่วยงานในพื้นที่รวมถึงเด็กและเยาวชน ด้อยโอกาสที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย และให้หน่วยงานเจ้าของเรื่องสามารถพัฒนารูปแบบการทำงานเพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาวะทางเพศของเด็กเยาวชนกลุ่มเป้าหมายให้เกิดการเรียนรู้และมีความเข้าใจเรื่องสุขภาวะทางเพศที่จะช่วยให้มีทักษะชีวิตและปกป้องตนเองได้จากความเสี่ยงพฤติกรรมเรื่องเพศ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เด็กเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต ๔ จังหวัดขอนแก่น เยาวชนในเรือนจำจังหวัดมหาสารคาม เด็กเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดชัยภูมิ เด็กเยาวชนพิการทางการเห็น จังหวัดขอนแก่น เด็กเยาวชนพิการทางการได้ยินในโรงเรียนโสตศึกษา จังหวัดมุกดาหาร และเด็กเยาวชนที่มีความต้องการพิเศษ จังหวัดขอนแก่น คาดว่าจะเกิดรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาวะทางเพศของเด็กเยาวชนกลุ่มด้อยโอกาส ไม่น้อยกว่า ๖ รูปแบบ
- (๖.๔) **โครงการสวนบำบัดสำหรับเด็กพิการและด้อยโอกาส** เป็นนวัตกรรมและทางเลือกใหม่ในการกระตุ้นพัฒนาการ ส่งเสริมสุขภาพ บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ เด็กที่ด้อยโอกาส ผู้ป่วย และผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคมและปัญญา โดยพัฒนาสวนบำบัด ๑ แห่งที่มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ จังหวัดนนทบุรี ให้เป็นพื้นที่ตัวอย่างที่ครอบครัวเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสสามารถเข้ามาใช้ประโยชน์จากกิจกรรมสวนบำบัดเพื่อช่วยกระตุ้นพัฒนาการและฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ เด็กด้อยโอกาส รวมถึงสามารถนำความรู้สวนบำบัดไปใช้ในการฟื้นฟูและพัฒนาเด็กพิการ เด็กด้อยโอกาสที่บ้านได้





(๖.๕) โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายครอบครัวเพื่อการพึ่งพาตนเอง สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพกลุ่มหรือเครือข่ายครอบครัวที่อยู่ในสภาวะยากลำบาก ๑๑ กลุ่ม/เครือข่ายใน ๗ จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี ปทุมธานี เลย สุรินทร์ เชียงใหม่ และเชียงราย ให้มีความเข้มแข็ง สามารถจัดการปัญหาตนเองได้ วัดจากความสามารถในการจัดการกลุ่ม ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ความสามารถในการให้บริการกิจกรรมสุขภาวะ และความสามารถในการจัดการกับปัญหาของกลุ่ม ซึ่งจะมีครอบครัวได้รับประโยชน์จากการดำเนินงาน ๓๓๕ ครอบครัว (ครอบครัวที่อยู่ในสภาวะยากลำบากเช่นครอบครัวที่มีลูกพิการ ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวที่ลูกมีความต้องการพิเศษ ครอบครัวที่มีคนในครอบครัวฆ่าตัวตาย)

๒.๑.๓ โครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็ก ปี ๒๕๕๘ สนับสนุน ๒๑๔ โครงการ ใน ๕ ประเด็น ได้แก่ ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ในชุมชน ลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการขยะ ส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้เพื่อสุขภาพในโรงเรียน และการผลิตและบริโภคผักผลไม้ปลอดภัยในครัวเรือน และในปี ๒๕๕๙ ได้พัฒนาและปรับปรุงแนวทางการสนับสนุนโครงการขนาดเล็ก รวม ๖ ประเด็น ได้แก่ การลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานบุญงานประเพณี การจัดการจุดเสี่ยงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน การจัดการขยะ การผลิตและบริโภคผักปลอดภัยในครัวเรือน การส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้เพื่อสุขภาพในโรงเรียน และการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตั้งเป้าสนับสนุนไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ โครงการผ่านหน่วยจัดการระดับพื้นที่ (Node จังหวัด) เน้นพื้นที่ที่ไม่เคยได้รับทุนจาก สสส.

๒.๑.๔ กิจกรรมสร้างสรรค์อย่างง่าย (เน้นกลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชน)

(๑) โครงการ Gen A พลังพลเมือง อ่านเปลี่ยนเมืองทำงานร่วมกับแผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน ภายใต้สำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก ๕) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) และสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา สร้างอาสาสมัครส่งเสริมการอ่านใน ๓๕ มหาวิทยาลัย จำนวน ๒,๐๐๘ คน ที่สามารถสร้างสรรค์กิจกรรมส่งเสริมการอ่านให้กับกลุ่มเด็กเยาวชนในพื้นที่เป้าหมาย ได้ไม่น้อยกว่า ๔๐,๐๐๐ คน เกิดตัวอย่างของสื่อและกิจกรรมเพื่อช่วยแก้ปัญหาอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้และสร้างกระบวนการเรียนรู้ที่มีความสุขจากการอ่านของเด็กอายุระหว่าง ๖ - ๑๔ ปี ไม่ต่ำกว่า ๔๐ กิจกรรม/สื่อ เช่น เกมประศุดคำศัพท์ เกมบันไดงู เกมวงล้อ นิทานกล่อ่ง การแข่งขันความสามารถในการอ่านในลักษณะเกม The Voice Reading ซึ่งพบว่าเด็กๆ ให้ความสนใจเป็นอย่างมาก ได้ฝึกทักษะการฟัง การอ่าน การสะกดคำ การเขียน และการคิดวิเคราะห์ นอกจากนี้ยังทำให้เด็กมีความกล้าแสดงออก และสนใจในการอ่านหนังสือมากขึ้น

(๒) กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สร้างสรรค์สำหรับกลุ่มเด็กและเยาวชน เป็นรูปแบบการสนับสนุนโครงการที่ริเริ่มในปี ๒๕๕๙ เพื่อเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชนได้รวมกลุ่มดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สร้างสรรค์และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง และ/หรือต่อประชาชนในพื้นที่รอบตัวเด็กและเยาวชน พร้อมสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนได้มีอิสระทางความคิด ริเริ่ม สร้างสรรค์และลงมือทำด้วยตัวเอง ตั้งเป้าสนับสนุนกลุ่มเด็กและเยาวชนไม่น้อยกว่า ๕๐๐ กลุ่มในการสร้างสรรค์กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นประโยชน์ผ่านหน่วยจัดการ ๑๘ กลุ่ม

๒.๒ เกิดแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่จำนวน ๑๐,๖๘๓ คน ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพหรือได้รับการเสริมแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ เรื่องจิตอาสา การใช้ข้อมูลเพื่อการติดตามผลลัพธ์ และการบริหารจัดการโครงการผ่านกระบวนการต่างๆ ที่หลากหลาย เป็นผู้ที่มิบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่และเป็นแกนนำในการดำเนินโครงการแล้วทำให้โครงการประสบผลสำเร็จ เช่น กลุ่มสภาผู้นำชุมชนที่เป็นแกนนำพัฒนาชุมชนให้น่าอยู่และเข้มแข็ง แกนนำลด ละ เลิกเหล้าบุหรี่ แกนนำชุมชนด้านเกษตรอินทรีย์ แกนนำปลูกผักปลอดสารพิษ แกนนำอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน แกนนำเยาวชนจิตอาสา แกนนำครูของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นต้น จำนวนผู้ที่ได้รับประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการดำเนินโครงการ ๗๑๘,๖๓๖ คน

๒.๓ เกิดกระบวนการจัดการสภาพแวดล้อมและปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะของคน องค์กร และชุมชนในพื้นที่โครงการมากกว่า ๓,๓๗๘ แห่ง ที่มีลักษณะเป็น กฎ กติกา หรือมาตรการชุมชนที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม เช่น มาตรการงานศพปลอดเหล้า/งานบุญปลอดเหล้า ทำให้เกิดงานบุญประเพณีปลอดเหล้า ๕๙ งาน งานศพปลอดเหล้า ๑๑๒ งาน ร้านค้าในหมู่บ้าน ๕๑ หมู่บ้านงดขายเหล้าวันพระ มาตรการการคัดแยกขยะ/การจัดการขยะในครัวเรือนและชุมชนที่ส่งผลให้ครัวเรือนใน ๒๗๐ หมู่บ้าน/ชุมชนมีการคัดแยกขยะก่อนทิ้ง กติกาลดใช้สารเคมีในนาข้าวหรือแปลงผักใน ๕๑ หมู่บ้าน ทำให้สามารถลดการใช้ปุ๋ยเคมีได้กว่า ๓๘,๐๐๐ กิโลกรัม ค่าใช้จ่ายในการซื้อปุ๋ยลดลงจำนวน ๘.๖ ล้านบาทต่อปี เป็นต้น เกิดกลไกการจัดการหรือโครงสร้างของชุมชน/พื้นที่ เช่น กลไก “สภาผู้นำชุมชน” ที่สร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเพื่อพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาของชุมชนการรวมกลุ่มทำกิจกรรมในชุมชน เกิดพื้นที่เรียนรู้ระดับชุมชนที่มีความสำเร็จเชิงประเด็น เช่น หมู่บ้านต้นแบบจัดการขยะ หมู่บ้านต้นแบบลดใช้สารเคมี หมู่บ้านต้นแบบด้านการปลูกผักปลอดสาร ศูนย์เรียนรู้เกษตรอินทรีย์ พิพิธภัณฑ์ชุมชนพื้นบ้าน ศูนย์เรียนรู้การจัดการขยะ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบด้านการใช้สื่อสร้างสรรค์จำนวน ๒๑ แห่ง โรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้จำนวน ๑๐ แห่ง ศูนย์เรียนรู้ช่วยเลิกบุหรี่ ๒ แห่ง ที่ ต.โคกมะม่วง อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ และ ต.ท่าก้อ อ.แม่สรวย จ.เชียงราย เป็นต้น





๒.๔ เกิดนวัตกรรมการทำงานสร้างเสริมสุขภาพและตัวอย่างปฏิบัติการที่ดี

- ๒.๔.๑ “เกิดนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ” ในระดับพื้นที่ จำนวน ๓๐๖ กรณี ที่นำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานโครงการหรือใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่แล้วได้ผลดี เช่น อุปกรณ์ออกกำลังกายภูมิปัญญาชาวบ้านสำหรับผู้สูงอายุ นวัตกรรมจัดการวัสดุเหลือใช้ในชุมชน นวัตกรรมด้านเกษตร นวัตกรรมจัดการและสร้างการเรียนรู้ (ฝายมีชีวิต ธนาคารก้ามปู แผนทีคนดี นิทานปูม้า) และนวัตกรรมการรณรงค์ลด ละ เลิกเหล้าบุหรี่
- ๒.๔.๒ สนับสนุนการสังเคราะห์นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพต้นแบบ จำนวน ๕๐ เรื่อง(กรณี) และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ที่สามารถขยายผลได้ จำนวน ๒กรณี ซึ่งคาดว่าจะสามารถนำไปขยายผลได้ในปี ๒๕๖๐
- ๒.๔.๓ เกิดโครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดีจำนวน ๔๓๒ โครงการที่เป็นตัวอย่างของโครงการที่ดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย ถูกนำไปเผยแพร่ผ่านกระบวนการสื่อสารสาธารณะ เพื่อสร้างการรับรู้ถึงแนวคิดและวิธีปฏิบัติของการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม สามารถเป็นแบบอย่างได้ ซึ่งมีประเด็นที่หลากหลาย เช่น กลไกการบริหารจัดการชุมชน การจัดการขยะ/สิ่งแวดล้อม โภชนาการ/อาหารปลอดภัย/เกษตรปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ลดละเลิกการบริโภคยาสูบ ลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เศรษฐกิจพอเพียง การป้องกันภัยพิบัติ สุขภาวะคนพิการ สุขภาวะทางปัญญา การป้องกันยาเสพติด เป็นต้น

๒.๕ การพัฒนาขีดความสามารถภาคีเครือข่ายให้มีศักยภาพในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ

- ๒.๕.๑ สนับสนุนกระบวนการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย เพื่อเพิ่มขีดความสามารถทั้งในด้านการบริหารจัดการโครงการและด้านวิชาการผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การฝึกอบรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การศึกษาดูงาน ฯลฯ จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย ๓ กลุ่ม ดังนี้
 - (๑) ภาคีผู้สนใจเสนอโครงการจำนวน ๔,๐๒๒ คน ได้รับการเสริมแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ เรื่องจิตอาสาการใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา และทักษะการเขียนโครงการให้มีคุณภาพ
 - (๒) ภาคีผู้ได้รับทุน (แกนนำสร้างเสริมสุขภาพ) จำนวน ๕,๔๗๑ คน ได้รับการเสริมทักษะเรื่องการบริหารจัดการโครงการ และการติดตามความก้าวหน้าผลลัพธ์ สามารถติดตามความก้าวหน้าผลลัพธ์โครงการได้ด้วยตนเอง

(๓) ภาคนิสัสนนวิชาการระดับพื้นที่และภาคนิสัสนนวิชาการศึกษาเชิงประเด็น จำนวน ๑๐๕ คน ได้รับการเสริมทักษะเรื่องการบริหารจัดการโครงการเชิงผลลัพธ์เพื่อไปช่วยสนับสนุนให้ชุมชนสามารถพัฒนาข้อเสนอโครงการให้มีคุณภาพ สามารถวัดผลลัพธ์เชิงประเด็นและประเมินความเข้มแข็งของกลไกชุมชนได้

๒.๕.๒ พัฒนาหลักสูตร “การบริหารจัดการโครงการเชิงผลลัพธ์” และ “การสังเคราะห์พื้นที่ต้นแบบ” สำหรับเป็นหลักสูตรพื้นฐานที่จะเสริมทักษะให้กับหน่วยจัดการระดับพื้นที่และหน่วยจัดการเชิงประเด็นให้สามารถทำการประเมินผลลัพธ์ของโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำกระบวนการประเมินผลลัพธ์ไปเสริมพลังแก่ภาคีที่ดำเนินโครงการให้สามารถบรรลุผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ได้ อีกทั้งยังสามารถค้นหาความสำเร็จของโครงการต่างๆ เพื่อสรุปบทเรียนการดำเนินการ และถอดเป็นชุดความรู้ที่สามารถสร้างการเรียนรู้ให้แก่ผู้ที่สนใจโดยในปี ๒๕๕๙ ได้จัดโปรแกรมเรียนรู้ตามหลักสูตรให้กับแกนนำทีมสนับสนุนวิชาการโครงการชุมชนนออยู่จำนวน ๑๒ คน พบว่าแกนนำเกิดการเปลี่ยนแปลงของสมรรถนะเพิ่มขึ้นใน ๔ ด้าน ได้แก่ ทักษะคิดและความเข้าใจต่อการประเมินผลลัพธ์ ทักษะการวิเคราะห์ผลลัพธ์ ทักษะการสังเคราะห์บทเรียนพื้นที่และความสามารถในการถ่ายทอดทั้งการนำเสนอ แลกเปลี่ยนและเขียนรายงาน

๒.๕.๓ สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อการยกระดับสมรรถนะภาคีหน่วยจัดการของสำนัก พัฒนากระบวนการประเมินผลภาคีหน่วยจัดการ และพัฒนาระบบการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับหน่วยจัดการ (e-learning) ในทักษะด้านการติดตามประเมินผลลัพธ์และการบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์

การวิเคราะห์ช่องว่างจากการดำเนินงานและโอกาสในการพัฒนา

ผลจากการจัดประชุมปฏิบัติการระหว่างผู้แทนคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๖ และภาคีหลักของแผน เมื่อวันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๙ ได้ข้อสรุปการวิเคราะห์ช่องว่างและโอกาสการพัฒนาของแผน ดังนี้

๑. กลไก “หน่วยจัดการ” มีบทบาทในการช่วยกระจายโอกาสสู่ภาคีรายย่อย ซึ่งหน่วยจัดการแต่ละกลุ่ม/ประเภทต่างมีจุดเด่นและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน **ควรต้องวิเคราะห์และออกแบบการพัฒนาศักยภาพเพื่อเติมเต็มให้หน่วยจัดการมีสมรรถนะในการดำเนินงานตามบทบาทภารกิจที่สำนักคาดหวัง** ทั้งในส่วนการบริหารจัดการโครงการ การพัฒนาศักยภาพของภาคีผู้รับทุน และการติดตามประเมินผลลัพธ์ อาจต้องวางแผนการพัฒนาศักยภาพทั้งระยะสั้น-กลาง-ยาว





๒. มีโอกาสที่กลไกหน่วยจัดการ จะช่วยลดช่องว่างการสนับสนุนทุนในช่องทางเปิดรับทั่วไป ที่สนับสนุนโครงการได้ค่อนข้างน้อยโดยจำเป็นต้องเร่งพัฒนาระบบติดตามและประเมินผล “หน่วยจัดการ” ต่างๆ เพื่อช่วยให้ทราบถึงศักยภาพของแต่ละหน่วยที่ชัดเจน และสามารถนำมาวางแผนการทำงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. จำเป็นต้องออกแบบกลไกการสังเคราะห์ความรู้ของแผนให้ชัดเจนเนื่องจากที่ผ่านมากลไกไม่ได้ถูกออกแบบไว้อย่างเป็นระบบ ขาดการสื่อสารเรื่องเป้าหมายการสังเคราะห์และแนวทางการดำเนินงาน ทำให้ข้อมูลที่ได้จากการสังเคราะห์ความรู้ของหน่วยจัดการ มีคุณภาพแตกต่างกันเนื่องจากศักยภาพและความเข้าใจที่ต่างกันรวมถึงขาดการวางแผนสังเคราะห์นวัตกรรมจากงานที่สำนักสนับสนุน เพื่อให้เกิดการนำไปใช้หรือขยายผล
๔. การสื่อสารสาธารณะเชิงปริมาณทำได้ตามเป้า แต่ยังไม่สามารถสื่อสารให้ครอบคลุมสื่อกระแสหลักที่สามารถเข้าถึงประชาชนจำนวนมาก และพบว่าโครงการตัวอย่างที่ดีอีกมากไม่ได้ถูกสื่อสารออกไปเนื่องจาก “หน่วยจัดการ” ยังขาดความเข้าใจและทักษะในการค้นหาประเด็นที่น่าสนใจสำหรับการสื่อสารสาธารณะ ดังนั้นในภาพรวมของการสื่อสารสาธารณะ จึงควรเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารในสื่อกระแสหลักและสื่อโซเชียลมีเดียให้มากขึ้น รวมถึงการจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างทีมสื่อสารสาธารณะ หน่วยจัดการ และทีมสังเคราะห์ความรู้

โดยสรุปในภาพรวม การสนับสนุนทุนของแผนในปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ เป็นไปตามเป้าหมาย โดยเน้นการสร้างความร่วมมือกับภาคีหน่วยจัดการที่หลากหลายทั้งเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น เพื่อช่วยขยายและกระจายโอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้กว้างขวาง เกิดผลลัพธ์ทั้งในด้านการมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยง และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพเป็นจำนวนมาก เกิดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ที่นำมาใช้ดำเนินงานโครงการแล้วเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่าเดิม นอกจากนี้ การสนับสนุนทุนในกลุ่มที่ขาดโอกาส เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ รวมถึงชุมชนในพื้นที่ห่างไกลหรือพื้นที่ที่ไม่เคยได้รับทุนจาก สสส. มีสัดส่วนการสนับสนุนทุนเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดช่องว่างจากการดำเนินงานในจุดต่างๆ ดังที่กล่าวมา แผนควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมรรถนะภาคีหน่วยจัดการเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในด้านการบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์ การออกแบบกลไกการสังเคราะห์ความรู้ให้เป็นระบบ โดยเฉพาะการสังเคราะห์บทเรียนจากงานของสำนักที่ทดลองทำมาแล้วและพิสูจน์ได้ว่าเกิดผลที่ดี ส่งเสริมให้เกิดการขยายผล รวมถึงการพัฒนาระบบบริหารจัดการของแผนให้ตอบสนองต่อเป้าหมายผลลัพธ์ของแผนมากยิ่งขึ้น

จุดเน้นของแผน

๑. ขยายและกระจายโอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสู่ภาคีรายย่อยผ่านกลไกการจัดการแบบ “หน่วยจัดการ” (Node) เพื่อลดช่องว่างพื้นที่ได้รับทุนน้อย และพื้นที่ที่ขาดโอกาสโดยมีประเด็นที่ให้ความสำคัญเพิ่มเติม ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพะกลุ่มประชากรที่ขาดโอกาส และประชากรกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุ คนพิการ เป็นต้น
๒. พัฒนากลไกการสังเคราะห์บทเรียนจากรูปแบบหรือกระบวนการดำเนินงานนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ทำแล้วได้ผล และส่งเสริมให้เกิดการขยายผล
๓. พัฒนาและเสริมศักยภาพภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะ “หน่วยจัดการ” ต่างๆ ให้มีทักษะและขีดความสามารถในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงขีดความสามารถในการพัฒนาศักยภาพของภาคีผู้รับทุนและการติดตามประเมินผลลัพธ์

วัตถุประสงค์

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

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. ขยายภาคีเครือข่ายการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ
 - ๑.๑ โครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในกลุ่มบุคคล องค์กร และชุมชน กระจายทั่วทุกจังหวัด ไม่น้อยกว่า ๑,๕๐๐ โครงการ
 - ๑.๒ โครงการที่เสนอโดยภาคีรายใหม่ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของโครงการที่ได้รับการสนับสนุน
 - ๑.๓ ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากการดำเนินโครงการทั้งโดยตรงและทางอ้อม ไม่น้อยกว่า ๔๐๐,๐๐๐ คน





๒. สิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะเกิดสภาพแวดล้อมหรือปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะของคน องค์กร และชุมชนในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า ๑,๒๐๐ แห่ง
๓. พัฒนาศักยภาพภาคี
 - ๓.๑ แกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนผลักดัน ชักชวนกลุ่มเป้าหมายหรือเป็นผู้มีบทบาทการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า ๔,๐๐๐ คน
 - ๓.๒ แกนนำที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตรการพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ด้านการบริหารจัดการโครงการเชิงผลลัพธ์ ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ คน
๔. โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดีและนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
 - ๔.๑ โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดี ไม่น้อยกว่า ๒๐๐ โครงการ
 - ๔.๒ นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ กรณี
 - ๔.๓ นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถขยายผลได้ ไม่น้อยกว่า ๓ เรื่อง

ตัวชี้วัดร่วม

๑. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายเฉพาะในทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. และเป็นโครงการที่สามารถติดตามผลลัพธ์ได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของโครงการที่สนับสนุน โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส. ได้แก่
 - ๑.๑ ร่วมกับแผนควบคุมยาสูบ ขยายผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่/ชุมชน สร้างมาตรการหรือสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่ที่ส่งผลต่อการลดอัตราการสูบบุหรี่และรณรงค์ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในกลุ่มเยาวชน
 - ๑.๒ ร่วมกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ ขยายผลการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ในกลุ่มเด็กนักเรียน
 - ๑.๓ ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ขยายผลการดำเนินงานเพื่อเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำวันของคนไทยอายุ ๑๑ ปีขึ้นไป และส่งเสริมให้เกิดพื้นที่สุขภาวะระดับชุมชน
 - ๑.๔ ร่วมกับแผนความปลอดภัยทางถนน ขยายผลการดำเนินงานเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการจุดเสี่ยงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน
๒. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๕ ของโครงการที่สนับสนุน

คำนิยามเชิงปฏิบัติการตามตัวชี้วัดแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ

๑. **กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์โดยตรง** หมายถึง ผู้ที่มีส่วนร่วมในโครงการ/ผู้ปฏิบัติ/ผู้ลงมือทำ/กลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการ
๒. **กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์ทางอ้อม** หมายถึง ผู้ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ลงมือทำแต่ได้รับผลประโยชน์จากที่มีโครงการ
๓. **สิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะ** หมายถึง สิ่งที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หรือไม่เอื้อ/จำกัดต่อการแสดงพฤติกรรมที่ไม่สร้างเสริมสุขภาพ และนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน/พื้นที่ดำเนินงาน ซึ่งมีทั้งที่เป็นสิ่งของ อุปกรณ์ กลไก ระบบ หรือโครงสร้างชุมชน เช่น การกำหนดนโยบาย การสร้างกฎ กติกา มาตรการชุมชน ประเพณี เทศกาล การรวมกลุ่ม ต้นแบบ เป็นต้น
๔. **แกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง บุคคลที่มีบทบาทในการชี้แนะ/โน้มน้าว/ผลักดัน พฤติกรรมให้กับกลุ่มเป้าหมาย เป็นแบบอย่างจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง และ/หรือเป็นผู้ที่มีบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่แล้วมาเป็นแกนนำในการดำเนินโครงการแล้วเกิดประสิทธิผล และ/หรือประสิทธิภาพ
๕. **ผู้นำการเปลี่ยนแปลง** หมายถึง แกนนำที่มีศักยภาพหรือได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในด้านการบริหารจัดการโครงการที่มุ่งผลลัพธ์ สามารถออกแบบการพัฒนาข้อเสนอโครงการและติดตามประเมินเชิงผลลัพธ์ มีทักษะในการสังเคราะห์บทเรียน และมีโอกาสที่จะยกระดับเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ให้แก่ภาคีอื่นในอนาคต
๖. **โครงการตัวอย่างปฏิบัติการที่ดี** หมายถึง โครงการที่ดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ มีรูปแบบผลงาน กิจกรรม กระบวนการ หรือแนวทางปฏิบัติที่น่าสนใจสามารถนำไปเผยแพร่ได้
๗. **นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่** หมายถึง การจัดการความคิด กลไก กระบวนการ เครื่องมือ และ/หรือเทคโนโลยีที่เหมาะสม ที่มีการนำมาปรับใช้ในการดำเนินงานโครงการหรือใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่แล้วได้ผลดีสามารถวัดผลลัพธ์ได้ชัดเจน ตัวอย่างเช่น
 - (๑) การพัฒนาความรู้ใหม่จากการวิจัยและพัฒนา
 - (๒) การนำสิ่งที่มีอยู่ในชุมชนอื่นมาปรับใช้ในชุมชนตนเอง
 - (๓) การนำสิ่งที่มีอยู่มาปรับกระบวนการทัศน์ใหม่หรือทำด้วยวิธีใหม่
 - (๔) การรื้อฟื้นสิ่งดีๆ ที่เคยมีในชุมชนมาปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน





๘. **นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน** หมายถึง นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านการทดลองมาแล้วพิสูจน์ว่าได้ผล มีการสรุปหรือถอดบทเรียนให้เห็นองค์ประกอบและแนวทางการดำเนินงานที่สามารถนำไปใช้ขยายผลสู่กลุ่มเป้าหมายหรือพื้นที่อื่นๆ ได้ ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด
๙. **ประชากรกลุ่มเฉพาะ** ได้แก่ ประชากรบางกลุ่มที่มีทั้งความเปราะบาง (Vulnerability) มีความเสี่ยง (Risk) หรือต้องการกระบวนการพิเศษในการเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพ สุขภาวะ อันถือเป็นปัจจัยส่งผ่านสังคมกำหนดสุขภาพ (Intermediary Determinants) ที่ทำให้สูญเสียสุขภาพ เข้าไม่ถึงบริการ และไม่ได้รับประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายในภาพรวม

แนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนการค้นหา “หน่วยจัดการ” ที่มีศักยภาพ เพื่อช่วยขยายและกระจายโอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสู่ประชากรกลุ่มที่ขาดโอกาสและพื้นที่ที่ขาดโอกาสให้มากขึ้น
๒. บูรณาการการทำงานกับแผนเชิงรุก เพื่อหนุนเสริมเป้าหมายเฉพาะของ สสส. ภายใต้กลไกการติดตามที่มุ่งผลลัพธ์
๓. พัฒนากลไกการสังเคราะห์บทเรียนจากรูปแบบหรือกระบวนการดำเนินงานที่เข้าข่ายเป็นนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และส่งเสริมให้เกิดการขยายผล
๔. พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อเพิ่มขีดความสามารถการบริหารจัดการโครงการเชิงผลลัพธ์ และให้ความสำคัญกับการยกระดับโครงการที่มุ่งผลลัพธ์
๕. พัฒนาระบบติดตามและประเมินผล “หน่วยจัดการ” ต่างๆ เพื่อช่วยให้ทราบถึงศักยภาพของแต่ละหน่วยที่ชัดเจน สามารถนำมาวางแผนการทำงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๖. สนับสนุนและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานด้านสื่อสารสาธารณะระดับโซนภาคเน้นการสื่อสารได้ทันสถานการณ์ และเชื่อมโยงกับช่องทางการสื่อสารขององค์กรเพื่อขยายการรับรู้ในกลุ่มเป้าหมาย และ/หรือพื้นที่ที่กว้างขวางขึ้น

กลุ่มแผนงาน

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ ประกอบด้วย ๓ กลุ่มแผนงาน ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานขยายภาคีเครือข่าย

๒. กลุ่มแผนงานนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
 ๓. กลุ่มแผนงานสังเคราะห์ความรู้และสื่อสารสาธารณะ
- รายละเอียดกลุ่มแผนงานมี ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานขยายภาคีเครือข่าย

๑.๑ การสนับสนุนโครงการ

- ๑.๑.๑ ให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการในรูปแบบที่มี “หน่วยจัดการ” ช่วยเพื่อลดช่องว่างช่องทางการสนับสนุนทุนที่มีโครงการได้รับทุนค่อนข้างน้อย เช่น โครงการเปิดรับทั่วไป โครงการกลุ่มประชากรที่เข้าไม่ถึงโอกาส เป็นต้น
- ๑.๑.๒ เพิ่มการสนับสนุนโครงการที่มีรูปแบบการดำเนินงานที่มีโอกาสนำไปขยายผลได้กว้างขวาง อาทิ โครงการอาสาสมัครส่งเสริมการอ่าน โครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็ก
- ๑.๑.๓ ปรับปรุงแนวคิด หลักการ รูปแบบการสนับสนุน และการออกแบบการดำเนินงานในโครงการที่มุ่งยกระดับผลลัพธ์เพื่อนำไปสู่การขยายผลที่ชัดเจนมากขึ้น อาทิ โครงการชุมชนอายุ
- ๑.๑.๔ การพัฒนากลไกการจัดการที่ตอบสนองต่อการทำงานเชิงรุกในรูปแบบคณะทำงานเพื่อการขับเคลื่อนเฉพาะประเด็น (Task force) มีบทบาทร่วมกับสำนักในการจัดการภาพรวม ติดตามสนับสนุนทางวิชาการประเมินเพื่อการเรียนรู้ แก้ไขข้อจำกัดและปรับกระบวนการให้แก่หน่วยจัดการ ทั้งนี้จะเริ่มทดลองกับชุดโครงการชุมชนอายุเป็นชุดแรก

๑.๒ การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย

- ๑.๒.๑ พัฒนาแกนนำที่จะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ใน ๒ เรื่อง ได้แก่ การบริหารจัดการโครงการเชิงผลลัพธ์ และการสังเคราะห์พื้นที่ต้นแบบ
- ๑.๒.๒ สนับสนุนกระบวนการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการบริหารจัดการโครงการและด้านวิชาการผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การฝึกอบรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การศึกษาดูงาน ฯลฯ

(๑) ภาคีหน่วยจัดการเชิงพื้นที่หรือเชิงประเด็น

- สนับสนุนการยกระดับสมรรถนะภาคีหน่วยจัดการด้านการบริหารจัดการโครงการเชิงผลลัพธ์
- จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนและถอดบทเรียนวิธีทำงานของหน่วยจัดการแต่ละประเภท เพื่อนำผลการสังเคราะห์มาแลกเปลี่ยนเป็นแนวทางสำคัญของการทำงานแบบหน่วยจัดการในอนาคต





(๒) ภาคิผู้รับทุนโครงการรายย่อย

- ใช้กระบวนการติดตามเชิงผลลัพธ์สนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคิ เพื่อจุดประกายความคิดและการดำเนินงานที่สามารถต่อยอดและยกระดับคุณภาพผลงาน
- สนับสนุนแกนนำในระดับพื้นที่ให้มีความรู้ความสามารถและพร้อมพัฒนาศักยภาพเพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

(๓) ภาคิผู้สนใจเสนอโครงการ โดยการเสริมทักษะแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาทักษะเรื่องการเขียนโครงการให้มีคุณภาพ

๑.๓ การติดตามสนับสนุน

- ๑.๓.๑ พัฒนาระบบและกลไกการติดตามเชิงผลลัพธ์ให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับลักษณะโครงการและบริบทของพื้นที่
- ๑.๓.๒ ปรับปรุงเครื่องมือการติดตามสนับสนุนโครงการเชิงผลลัพธ์ให้เกิดประสิทธิภาพ เช่น ระบบการรายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์โครงการคู่มือ/เครื่องมือการติดตามเชิงผลลัพธ์สำหรับหน่วยจัดการ เป็นต้น
- ๑.๓.๓ พัฒนาเครื่องมือและแนวทางการติดตามประเมินผล “หน่วยจัดการ” ต่างๆ เพื่อช่วยให้ทราบถึงศักยภาพของแต่ละหน่วยที่ชัดเจน สามารถนำมาวางแผนการทำงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. กลุ่มแผนงานนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

๒.๑ พัฒนากลไกการสังเคราะห์บทเรียนจากรูปแบบหรือกระบวนการดำเนินงานที่เข้าข่ายเป็นนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ทำแล้วได้ผล และส่งเสริมให้เกิดการขยายผล อาทิเช่น

- (๑) การขยายผลนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ ผ่านการสื่อสารสาธารณะเพื่อให้ผู้ที่สนใจสามารถเรียนรู้และปฏิบัติได้ด้วยตนเอง
- (๒) การขยายผลนวัตกรรมเชิงเครือข่าย อาจเป็นนวัตกรรมเชิงประเด็นหรือนวัตกรรมเชิงพื้นที่โดยนำกลุ่มที่มีการทำงานในประเด็นเดียวกันหรือใกล้เคียงกันมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการขยายผลการดำเนินงาน รวมถึงการสร้างเครือข่ายและเชื่อมโยงการดำเนินงาน
- (๓) การพัฒนากลไกเพื่อส่งเสริมให้เกิดกระบวนการบ่มเพาะพัฒนานวัตกรรมในรูปแบบผลผลิตที่ขยายผลได้จริง ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคิที่หลากหลาย ทั้งในส่วนของผู้พัฒนานวัตกรรม ผู้ที่จะทำหน้าที่ขยายผลนวัตกรรม รวมถึงผู้ประกอบการทางสังคม

- ๒.๒ ออกแบบเครื่องมือหรือแนวทางการค้นหา/คัดเลือกนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ เพื่อให้ภาคีหน่วยจัดการหรือภาคีที่ดำเนินโครงการสามารถดำเนินการค้นหาหรือคัดเลือกนวัตกรรมได้ง่ายขึ้น
- ๒.๓ พัฒนาระบบฐานข้อมูลนวัตกรรมของสำนัก เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. กลุ่มแผนงานสังเคราะห์ความรู้และสื่อสารสาธารณะ

๓.๑ การสังเคราะห์ความรู้

- ๓.๑.๑ สนับสนุนการจัดการความรู้จากโครงการตัวอย่างที่ดี หรือนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ ในรูปแบบเอกสารที่ง่ายต่อการนำไปใช้เผยแพร่
- ๓.๑.๒ สนับสนุนการสังเคราะห์พื้นที่ต้นแบบ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความสำเร็จในการดำเนินงานเชิงประเด็น สามารถนำมาแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ด้วยการสื่อสารและกระบวนการที่ไม่ซับซ้อน เป็นพื้นที่เรียนรู้ให้แก่พื้นที่อื่น ที่จะมาเป็นภาคีหน้าใหม่ของสำนัก และยกระดับเพื่อขยายผลการพัฒนาในอนาคต

๓.๒ การสื่อสารสาธารณะ

- ๓.๒.๑ พัฒนาเครื่องมือและช่องทางการสื่อสาร เพื่อสื่อสารประชาสัมพันธ์แนวทางการสนับสนุนโครงการให้เข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย
- ๓.๒.๒ สนับสนุนและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานด้านสื่อสารสาธารณะระดับโซนภาค เน้นการสื่อสารได้ทันสถานการณ์ ทำงานเชื่อมประสานกับหน่วยจัดการเชิงพื้นที่หรือเชิงประเด็นและทีมสังเคราะห์ความรู้
- ๓.๒.๓ สื่อสารสาธารณะโครงการปฏิบัติการที่ดี และนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อสร้างการรับรู้และสร้างความเข้าใจเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ
- ๓.๒.๔ รวบรวมและจัดการข้อมูล ผลการดำเนินงานโครงการ และสื่อประเภทต่างๆ ให้เป็นระบบ เพื่อความสะดวกต่อการใช้ประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพในวงกว้าง





ภาคีหลัก

นักปฏิบัติการทั่วประเทศ ชุมชน ชมรม เครือข่ายองค์กรชุมชน สถาบันการศึกษา สำนักและเครือข่ายศาสนา องค์กรสาธารณประโยชน์ เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชน และกลุ่มประชากรเฉพาะ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานขยายภาคีเครือข่าย	๒๕๐
๒. กลุ่มแผนงานนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	๑๐
๓. กลุ่มแผนงานสังเคราะห์ความรู้และสื่อสารสาธารณะ	๑๐
รวม	๒๗๐

๑๒

แผนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ

สถานการณ์และแนวโน้ม

“ระบบสุขภาพ” หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งระบบสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม วิถีชีวิต และอื่นๆ เพราะทุกระบบต่างมีความสัมพันธ์ต่อการดำรงชีวิตของประชาชน ซึ่งสถานการณ์ของระบบสุขภาพยังคงจำกัดในระบบสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการรักษาความเจ็บป่วย ในขณะที่มิติของความเจ็บป่วยมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น เช่น แนวโน้มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอีก ๑๒ ปีข้างหน้า เพิ่มขึ้น ๓.๖ เท่าหรือมีมูลค่า ๕๖๕.๑ ล้านบาท และมีแนวโน้มเกิดความพิการร่วมด้วย ทำให้ต้องเพิ่มการดูแลระยะยาว (long term care) ทั้งนี้ อัตราความเจ็บป่วย จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยจนกลายเป็นผู้พิการ ภาวะความเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อระบบบริการสุขภาพ ทั้งปัญหาการเข้าถึงบริการ ความแออัด ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มูลค่าทางเศรษฐกิจ โดยคาดการณ์ว่า ในปี ๒๕๕๘ ประเทศไทยจะเสียรายได้จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึง ๑๕๐ ล้านบาท ทั้งที่สามารถลดความสูญเสียได้ถึงร้อยละ ๑๐ - ๒๐ หากปรับพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล และสนับสนุนให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพในการหยุดยั้งสาเหตุของความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาสุขภาพและมีระบบดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคจากการมีพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม ในการประชุมคณะรัฐมนตรี เมื่อวันอังคารที่ ๘ มีนาคม ๒๕๕๔ มีมติอนุมัติในหลักการ “แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ (Thailand Healthy Lifestyle Strategy)” กำหนดทิศทางการขับเคลื่อนเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ลดเสี่ยง ลดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ ลดการตาย และลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศ สร้างสังคมสุขภาพะภายใต้สังคมที่อยู่ร่วมกันบนพื้นฐานปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีเป้าประสงค์ให้ประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศมีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตและเป็นการรักษาสมดุลระหว่างความต้องการบริการสุขภาพ ความสามารถในการให้บริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรมทำให้ประชาชนมีสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ “เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน” (Sustainable Development Goals : SDGs)





ประกอบด้วย ๑๗ เป้าหมาย โดยเน้นเป้าหมายที่ ๓ คือ การมีสุขภาพดีในทุกช่วงวัย (Good health and well-being) ที่สหประชาชาติได้ร่วมกับประเทศสมาชิกกำหนดสิ่งที่ต้องการบรรลุและดำเนินการให้ได้ภายในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ (พ.ศ. ๒๕๗๓)

ปี ๒๕๕๖ ระบบบริการสุขภาพได้ปฏิรูปโครงสร้างการบริหารจัดการออกเป็น “เขตบริการสุขภาพ” (Regional health) เพื่อจัดบริการ “รวม” ซึ่งมีเครื่องมือหลักคือ “แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ” (Service Plan) มีเป้าประสงค์ คือ “ประชาชนจะเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน โดยเครือข่ายบริการเชื่อมโยงที่ไร้รอยต่อสามารถบริการเบ็ดเสร็จภายในเครือข่ายบริการ” โดยหลักการเพื่อกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางสู่ภูมิภาค ลดความเหลื่อมล้ำในการจัดสรรทรัพยากร เพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ) และสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน แบ่งออกเป็น ๑๒ เขตบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ๔ - ๘ จังหวัด ครอบคลุมประชากรประมาณ ๔ - ๖ ล้านคน และเขตบริการสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานครโดยบริหารจัดการระหว่างผู้ซื้อบริการ (purchaser) ผู้จัดบริการ (provider) และผู้กำกับตรวจสอบ (Regulator) เพื่อบริหารจัดการทรัพยากรและแผนการบริการสุขภาพของเขตพื้นที่รับผิดชอบ (catchment area) อย่างชัดเจน

การพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น (essential care) ของประชาชน คือ การมีระบบบริการปฐมภูมิที่มีสมรรถนะในการตอบสนองความต้องการของพื้นที่เป็นฐาน โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางการให้บริการ ด้วยค่าใช้จ่ายไม่สูงเกินไป หากแต่ระบบสุขภาพในปัจจุบันมีมิติที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ ควรต้องคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ และดูแลให้ครอบคลุมถึงการสร้างเสริมสุขภาพ จึงมีนโยบายสนับสนุนกลไกการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิในลักษณะเครือข่ายที่เรียกว่า “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” (District Health System : DHS) ซึ่งเป็นกลไกในการประสานเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ นายอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษาและภาคส่วนต่างๆ ภายในอำเภอ โดยโครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ” (District Health Board) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน ตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างจริงจัง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง ซึ่งนับเป็นแนวทางใหม่ที่จุดมุ่งหมายอยู่ที่ประชาชน ไม่ใช่โรคภัยการทำงานจึงเคลื่อนย้ายไปที่ฐานล่าง เพิ่มพลังจากพื้นที่สู่การบริหารระดับบน เพื่อตอบโจทย์บริบทของพื้นที่ที่มีความจำเพาะ ชับซ้อน หลากหลาย จึงต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน และมีระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน ภาคส่วนอื่นๆ ร่วมเสริมหนุนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน

องค์ประกอบหลักของระบบบริการสุขภาพ คือ บุคลากรสุขภาพซึ่งถือว่าเป็นกำลังสำคัญที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน อีกทั้งมีศักยภาพที่หลากหลาย และจากการมีนโยบายทีมหมอครอบครัว^{๑๐๔} ที่ส่งเสริมให้สหวิชาชีพและภาคส่วนต่างๆ มีส่วนร่วมเป็นทีมในการดูแลประชาชน โดยเน้นกลุ่มผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงเป็นโอกาสในการยกระดับสมรรถนะและบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรสุขภาพ รวมถึงการสร้างองค์ความรู้ใหม่และแสวงหาแนวทางใหม่ๆ ผ่านการปฏิบัติงานสุขภาพเชิงรุก ในขณะเดียวกันการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและสถานการณ์สุขภาพบ่งชี้ว่าการมีสุขภาพดีไม่ได้เกิดจากการรับบริการสุขภาพเพียงด้านเดียว แต่ต้องมุ่งสู่การสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดจากความร่วมมือกันของทุกภาคส่วน ครอบคลุมมิติด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนทุกเพศทุกวัยมีสมรรถนะในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ดังนั้น บุคลากรสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญ ในการถ่ายทอดความรู้ และทักษะการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งเสริมคุณลักษณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพในวิชาชีพ เพื่อร่วมสนับสนุนการสร้างสุขภาพของประชาชน

แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ มีหลักการดำเนินงานที่สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ สสส. ระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) และการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) โดยมีบทบาท “เสริมหนุนและสร้าง” สมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพชุมชน รวมถึงการที่บุคลากรสุขภาพสามารถให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนได้ โดยมีเป้าหมายหลัก คือ ระบบบริการสุขภาพมีกลไกการบริการสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และสามารถจัดการปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ทั้งเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่ รวมถึงบุคลากรสุขภาพและประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สามารถเกื้อหนุนต่อระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จุดเน้นของแผน

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ ในปี ๒๕๖๐ แผนมีจุดเน้นการดำเนินงาน ดังนี้

๑. สนับสนุนกลไกระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอให้สามารถขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีระบบฐานข้อมูลสุขภาพระดับอำเภอเป็นเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน ภายใต้แนวทางการขับเคลื่อนอำเภอสุขภาพและสอดคล้องกับ “เขตบริการสุขภาพ”

^{๑๐๔} ‘ทีมหมอครอบครัว’ หรือ Family care team เป็นนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศาสตราจารย์นายแพทย์ รัชตะ รัชตะนาวิน) เป็นการต่อยอดเพิ่มเติมจากฐานการทำงานเดิมของระบบบริการสุขภาพของไทย โดยมีสุขภาพของคนในครอบครัวเป็นเป้าหมายและจุดศูนย์กลางในการทำงานร่วมกัน อันจะนำมาสู่การทำให้ประชาชนและครอบครัวได้รับการดูแลด้านสุขภาพ มีความมั่นใจ เชื่อใจ ไว้ใจ โดยมีทีมหมอครอบครัวจะเสมือนเป็นหนึ่งในเพื่อนสนิทหรือญาติของครอบครัวเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของคนไทยทุกคน ทุกครอบครัว





๒. พัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรสุขภาพผ่านแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ในการดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ
๓. ส่งเสริมงานด้านสร้างเสริมสุขภาพทั้งเชิงประเด็น และเชิงพื้นที่ เพื่อถ่ายทอดความรู้ สื่อสารการรับรู้ และสร้างความเข้าใจงานด้านสร้างเสริมสุขภาพและสุขภาพะสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย

วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนรูปแบบ กลไกเพื่อผลักดันหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไปสู่แนวการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. พัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรสุขภาพ ให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพให้ทำงานผ่านกลไกเขตบริการสุขภาพ
๓. ส่งเสริมการพัฒนางานด้านการสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ เพื่อเป็นความรู้ที่สามารถขยายผลในหน่วยบริการสุขภาพ

เป้าหมาย ๑ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดการดำเนินการร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการสนับสนุนระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อเป็นพื้นที่รองรับงานสร้างเสริมสุขภาพไม่น้อยกว่า ๒๕ แห่ง
๒. เกิดระบบข้อมูลสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน และเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่น้อยกว่า ๑๕ แห่ง
๓. บุคลากรในระบบบริการสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตบุคลากร เป็นต้น มีความตระหนักต่อปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพและพัฒนาางานสร้างเสริมสุขภาพไม่น้อยกว่า ๖๐๐ คน^{๑๐๐}
๔. เกิดมาตรการ หรือแนวทาง หรือหลักปฏิบัติ เพื่อผลักดันวิชาชีพสาธารณสุขมุ่งสู่งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและถูกนำไปใช้จริงในระบบงาน หรือในหน่วยงาน หรือในเขตบริการสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๓ มาตรการ^{๑๐๑}

^{๑๐๐} ปัจจุบันมีบุคลากรในระบบบริการสุขภาพที่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับ สสส. ประมาณ ๑,๕๐๐ คน

^{๑๐๑} มาตรฐานเพื่อการผลักดันวิชาชีพสาธารณสุข เช่น (๑) การปรับปรุงคุณลักษณะที่พึงประสงค์และความรู้ความสามารถทางวิชาชีพที่มุ่งสู่การสร้างเสริมสุขภาพ (๒) กำหนดเพิ่มเกณฑ์ความรู้ความสามารถด้านการสร้างเสริมสุขภาพในการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพการให้บริการผู้ประกอบการวิชาชีพสาธารณสุข (๓) กำหนดกระบวนการพัฒนาสมรรถนะและเจตคติด้านการสร้างเสริมสุขภาพในการพัฒนาทักษะของวิชาชีพสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง (๔) ระบุนความต้องการและความจำเป็นในการประกอบวิชาชีพที่มุ่งสู่งานการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม

๕. เกิดความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ที่กระตุ้น เรียนรู้ และนำไปใช้ประโยชน์ ในระบบบริการสุขภาพให้สามารถสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็น รูปธรรม ไม่น้อยกว่า ๗๐ เรื่อง

ตัวชี้วัดร่วม

๑. ร่วมกับแผนควบคุมยาสูบและแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติด สนับสนุนให้เกิด โรงพยาบาลในเครือข่ายส่งเสริมการเลิกบุหรี่หรือการเลิกเหล้า ไม่น้อยกว่า ๓๐ แห่ง
๒. ร่วมกับแผนอาหารเพื่อสุขภาพ สนับสนุนโรงพยาบาลในเครือข่ายสนับสนุนให้มีนโยบายหรือ มาตรการส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาพ เช่น จัดให้มีตลาดนัดสีเขียว หรือทำกิจกรรม ร่วมกับชุมชนในการส่งเสริมค่านิยมการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพไม่น้อยกว่า ๒๐ แห่ง

แนวทางการดำเนินงาน

๑. เสริมหนุนระบบบริการสุขภาพสู่การสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิให้เน้น การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ที่สามารถดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ (คนพิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย) โดยสอดคล้องกับ บริบทความเปลี่ยนแปลง ของการเมือง สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม
๒. พัฒนาศักยภาพระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพชุมชน (Strengthen Primary and Community health care) ให้มีศักยภาพ กระตุ้น สนับสนุนประชาชนในการจัดการดูแล สุขภาพตนเอง (self-care) สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (community involvement)
๓. เพิ่มศักยภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพผ่านบุคลากรสุขภาพให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ ที่สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านกลไกเขตบริการสุขภาพในการดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ
๔. ส่งเสริมการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเชิงประเด็น (issue-based) และ เชิงพื้นที่ (area-based) เพื่อพัฒนาความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ส่งเสริมการขับเคลื่อน งานสร้างเสริมสุขภาพ





กลุ่มแผนงาน

๑. กลุ่มแผนงานสนับสนุนกลไกระบบบริการปฐมภูมิเพื่อระบบสุขภาพระดับอำเภอ

เพื่อเสริมหนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยเฉพาะกลไกระบบบริการปฐมภูมิ ให้มีสมรรถนะในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ชุมชน และสังคม นำไปสู่การจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพต่อไป โดยประกอบด้วยงานหลัก ๓ ด้าน ดังนี้

- ๑.๑ **ค้นหาและสนับสนุนการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ** เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในบริบทต่างๆ ทั้งพื้นที่เขตเมือง กึ่งเมือง และชนบท ที่สามารถพัฒนากลไกการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมถึงการจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ พัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นแหล่งเรียนรู้ การสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การสนับสนุนเครือข่ายการเรียนรู้ของกลุ่มเวชศาสตร์ครอบครัวในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ (คนพิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย) เพื่อการขยายผลแหล่งเรียนรู้ การสนับสนุนกลไกการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการ เป็นต้น
- ๑.๒ **สร้างความรู้และพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพ** สำหรับเพิ่มขีดความสามารถด้านต่างๆ ที่สนับสนุนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ และระบบสุขภาพชุมชนผ่านกลไกระบบบริการปฐมภูมิ เช่น การสังเคราะห์ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระบบสุขภาพระดับอำเภอ การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการของแหล่งเรียนรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย การพัฒนาสถาบันการจัดการระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นต้น
- ๑.๓ **รับรู้เข้าใจการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย ผ่านการสื่อสารสนเทศ** เพื่อถ่ายทอดแนวคิดและรูปแบบการดำเนินงาน สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป ให้มีความตระหนักและทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพในเชิงประจักษ์ เช่น การพัฒนาเอกสารและสื่อบทเรียนการดำเนินงานของแหล่งเรียนรู้ระดับอำเภอเพื่อการเผยแพร่ การสนับสนุนกระบวนการถอดบทเรียน การพัฒนาสื่อสารสนเทศสำหรับถ่ายทอดรูปแบบการดำเนินงานที่หมอครอบครัวระดับอำเภอ เป็นต้น

๒. กลุ่มแผนงานเสริมสมรรถนะนักสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ

เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพที่มีองค์ความรู้ ทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพร่วมเป็นทีมหมอครอบครัว ทำงานผ่านกลไกเขตบริการสุขภาพ

ในการดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ สามารถวางแผนขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ได้ ตลอดจนมีบทบาทในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยประกอบด้วยงานหลัก ๓ ด้าน ดังนี้

- ๒.๑ พัฒนางองค์ความรู้ ทักษะ สมรรถนะที่เหมาะสมในการเป็น**นักสร้างเสริมสุขภาพ**ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพและเป็นผู้ให้การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ เช่น การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านวิชาชีพพยาบาล สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะงานสร้างเสริมสุขภาพแก่กลุ่มวิชาชีพ ทันตแพทย์ เภสัชกร ในการร่วมทำงานเป็นทีมหมอครอบครัว การทำงานผ่านกลไกเขตบริการสุขภาพ เป็นต้น
- ๒.๒ สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ และแนวทางการปฏิบัติงานที่เอื้อต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับ**ผลิตภัณฑ์กลไก** มาตรการการสร้างแรงจูงใจ และการธำรงรักษาแก่บุคลากรสุขภาพ เช่น สนับสนุนให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพโดยผู้บริหารการพยาบาลเขตสุขภาพ เป็นต้น
- ๒.๓ **เสริมสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ** โดยมุ่งหวังให้บุคลากรสุขภาพเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการและระบบสุขภาพชุมชน เช่น การสนับสนุนให้บุคลากรสุขภาพปฏิบัติงานสอดคล้องกับนโยบายทีมหมอครอบครัว การทำงานผ่านกลไกเขตบริการสุขภาพ การสนับสนุนการถอดบทเรียน องค์ความรู้ การทำงานของสหสาขาวิชาชีพที่มีความโดดเด่นในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ

๓. กลุ่มแผนงานพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ

เพื่อสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรมทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย ทั้งในเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการสร้างสุขภาพที่ดีในมิติต่างๆ ผ่านระบบบริการสุขภาพ โดยประกอบด้วยงานหลัก ๓ ด้าน ดังนี้

- ๓.๑ สนับสนุนการใช้ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรมทางสุขภาพ ที่จำเป็นต่อการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มต่างๆในระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพชุมชน เช่น สนับสนุนโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ระดับประเทศ ในการเป็นเครื่องมือพัฒนาคนพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพด้วยจิตวิญญาณความเป็นมนุษย์ เพื่อให้บุคลากรมีความเข้าใจ ตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตน ในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์





- ๓.๒ สนับสนุนการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพของระบบสุขภาพและระบบสุขภาพชุมชน เช่น สร้างความตระหนักแก่ประชาชนในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพระยะท้ายของชีวิต การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทีมหมอครอบครัว การสนับสนุนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาพที่ดีในทุกมิติ
- ๓.๓ บูรณาการงานด้านสร้างเสริมสุขภาพทั้งเชิงประเด็น และเชิงพื้นที่ร่วมกับสำนักต่างๆ ใน สสส. รวมถึงองค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนทุกกลุ่มวัย

ภาคีหลัก

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรเอกชน องค์กรภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสนับสนุนกลไกสุขภาพระดับอำเภอเพื่ออำเภอสุขภาพะ	๕๐
๒. กลุ่มแผนงานเสริมสมรรถนะนักสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๔๐
๓. กลุ่มแผนงานพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๑๐
รวม	๑๐๐

๑๓

แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุน
เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

สถานการณ์และแนวโน้ม

สหประชาชาติได้ร่วมกับประเทศสมาชิกกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs)^{๑๑๒} ให้เป็นระเบียบวาระการพัฒนาภายหลังปี ๒๕๕๘ ประกอบด้วย ๑๗ เป้าหมายหลักที่ต้องการบรรลุและดำเนินการให้ได้ภายในปี ๒๕๗๓ หนึ่งในเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คือการมีหลักประกันการมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีและสนับสนุนการมีสุขภาพที่ดีในทุกกลุ่มวัย ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการพัฒนาอย่างยั่งยืน ประกอบด้วยเป้าหมายย่อยที่ต้องการบรรลุ เช่น การเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยของประชากร ลดอัตราการตายที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และเด็กแรกเกิด ลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทุกประเทศ เพิ่มการลงทุนด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ เป็นต้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙^{๑๑๓} ให้สอดคล้องกับเป้าหมายดังกล่าว โดยยุทธศาสตร์ที่เน้นหนัก ๓ เรื่อง คือ การเสริมสร้างการพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย การเสริมสร้างระบบหลักประกันสุขภาพและส่งเสริมการจัดระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้มีคุณภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ และการพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ นอกจากนี้ ยังส่งเสริมสนับสนุนการวิจัยและนวัตกรรมที่นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาสุขภาพ โดยมีเป้าหมายให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน

สุขภาพประชากรไทยมีแนวโน้มดีขึ้น พิจารณาจากอายุคาดเฉลี่ยของคนไทยในปี ๒๕๕๖ ทั้งผู้ชายและผู้หญิงที่มีอายุที่ยืนยาวขึ้น พร้อมกับอายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดีที่เพิ่มขึ้นตามมา โดยประมาณการอายุคาดเฉลี่ยของผู้ชายอยู่ได้ถึง ๗๑.๔ ปี และจะอยู่อย่างมีสุขภาพดีไปจนอายุ ๖๗.๙ ปี ส่วนผู้หญิงมีอายุยืนกว่าชายโดยอายุคาดเฉลี่ยอยู่ที่ ๗๗.๔ ปี และจะสามารถมีสุขภาพดีไปจนถึงอายุ ๗๒.๔ ปี สาเหตุที่ทำให้สุขภาพไม่ดีส่วนใหญ่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด อุบัติเหตุทางถนน เบาหวาน มะเร็งตับ ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคซึมเศร้า^{๑๑๔} ซึ่งสอดคล้อง

^{๑๑๒} เอกสารประกอบ SDGs: Sustainable Development Goals (http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/SDG%20Post-2015.pdf)

^{๑๑๓} ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

^{๑๑๔} ข้อมูลจากแผนงานการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคทางสุขภาพเพื่อการพัฒนา นโยบาย ปี ๒๕๕๙





กับข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ (๒๕๕๗ - ๒๕๕๘) พบว่า ภาวะอ้วน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงโรคเรื้อรังยังคงเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การกินผักผลไม้ ถึงแม้จะดีขึ้น แต่ยังไม่ส่งผลชัดเจน

ส่วนสาเหตุการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดี เกิดจากคนไทยมีภาวะโภชนาการดีขึ้น การสุขภาพดีขึ้น เข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น การบริการมีคุณภาพดีขึ้น ความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น รวมทั้งคนไทยมีความเป็นอยู่ที่ถูกสุขลักษณะมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การเพิ่มของประชากรไทยเป็นการเพิ่มในอัตราที่ช้าลง ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็น ๑๐.๓ ล้านคน (ร้อยละ ๑๖.๒) ในปี ๒๕๕๘ ส่งผลถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น ขณะที่ผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีรายได้ไม่เพียงพอ เนื่องจากมีการออมน้อย และแหล่งรายได้หลัก ร้อยละ ๗๘.๕ ของรายได้ทั้งหมดมาจากการเกษียณของบุตร การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงของประชากรวัยแรงงานต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี ๒๕๕๓ มีประชากรวัยแรงงาน ๕ คน ที่มีศักยภาพแบกรับผู้สูงอายุ ๑ คน และคาดว่าในปี ๒๕๖๓ จะเหลือประชากรวัยแรงงานเพียง ๑.๗ คน ที่ต้องแบกรับผู้สูงอายุ ๑ คน ซึ่งจะเป็นปัญหาต่อเรื่องที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนไทย อาทิ อาชญากรรม โรคระบาด และภาระทางการเงินของระบบบริการทางสังคม ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องวางแผนการพัฒนาระบบและกลไกที่จะรองรับสถานการณ์ดังกล่าว การพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการเตรียมความพร้อมสำหรับการรองรับสังคมผู้สูงอายุต่อไป^{๑๑๔}

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ ทั้งเป็นหนึ่งในปัจจัยนำเข้าของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks of Health System) จึงเป็นกลไกสำคัญในการติดตามสถานการณ์และแนวโน้มของสภาวะสุขภาพของประชาชน รวมทั้งสะท้อนปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้เข้าใจและตระหนักถึงปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ ทั้งในด้านของขนาดและการกระจายของปัญหา ช่วยให้คาดการณ์ปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อย่างไรก็ตาม ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีสถานการณ์ที่เป็นปัญหาด้านระบบข้อมูลสุขภาพหลายด้าน อาทิ กลไกนโยบายและทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานยังไม่เพียงพอและขาดความต่อเนื่อง ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพยังขาดคุณภาพ ไม่ครอบคลุม มีความซ้ำซ้อน ขาดกระบวนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ขาดระบบการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และปัญหาการเข้าถึงข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล ที่เกิดจากความไม่เข้าใจประโยชน์ของข้อมูลที่จะช่วยในการตัดสินใจ^{๑๑๖}

^{๑๑๔} ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

^{๑๑๖} แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑

การมีข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ครอบคลุมความต้องการ มีคุณภาพ และทันสมัย จะช่วยสนับสนุนการกำหนดทิศทางนโยบายด้านสุขภาพ ที่สอดคล้องกับปัญหา ดังนั้นการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ จึงเป็นภารกิจสำคัญที่จำเป็นต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นในฐานะผู้ผลิตข้อมูล หรือผู้ใช้ข้อมูล เพื่อให้การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพของประเทศ มีความสอดคล้องกับความต้องการด้านข้อมูล และช่วยในการประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ ทำให้การดำเนินงานด้านสุขภาพ ตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานข้อมูลที่สอดคล้องกับสถานการณ์ความเป็นจริง การตัดสินใจและวางแผนมีความสอดคล้องกับปัญหาทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ นอกจากนี้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุขยังได้บรรจุแผนงานระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ โดยให้นำเทคโนโลยีดิจิทัลและบริการเทคโนโลยีสารสนเทศเชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพและประชาชน รวมถึงผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ หรือที่เรียกว่า eHealth อาทิ การรับ-ส่งข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยงานต่างๆ รวมถึงระบบใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ บันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ระบบการส่งต่อเครือข่ายบริการสุขภาพ ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) อุปกรณ์เสริมรวมทั้งอุปกรณ์พกพาต่างๆ ที่ใช้ในระบบสุขภาพ เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทัวทั้ง เป็นธรรมและปลอดภัย ครอบคลุมการดูแลต่างๆ

การใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพและการสนับสนุนการพัฒนาระบบและเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพของประเทศ เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น ทั้งระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่มีคุณภาพและครอบคลุม ระบบการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ การมีกลไกนโยบายและการสนับสนุนทรัพยากรด้านสุขภาพในภาพรวมระดับประเทศ และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลอันมหาศาล (Big data) เพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเชิงประเด็นของหน่วยงานและภาคีด้านสุขภาพ การตัดสินใจเชิงนโยบาย รวมทั้งการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เทคโนโลยีสารสนเทศกับการสื่อสารสุขภาพ

จากรายงาน Digital in 2016 ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตและ Social media ของประเทศต่างๆ โดยบริษัท we are social^{๑๑๗} พบว่า ในประเทศไทย ประชากร ๖๘.๐๕ ล้านคน มีการลงทะเบียนเบอร์โทรศัพท์มือถือจำนวน ๘๒.๗๒ ล้านเบอร์ เป็นโทรศัพท์มือถือประเภทสมาร์ตโฟน ร้อยละ ๖๔ แสดงว่าบางคนมีโทรศัพท์มือถือเกิน ๑ เครื่อง มีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตกว่า ๓๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๕๖ ของประชากร คนส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์มือถือในการเข้าถึง Social Network สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๗ โดยมีการใช้งาน Facebook มากที่สุด ร้อยละ ๙๒.๑ Line ร้อยละ ๘๕.๑ และอื่นๆ ลดลงตามลำดับ ข้อมูลที่น่าสนใจอีกเรื่องหนึ่ง คือ มีการใช้ smart phone เฉลี่ย ๕.๗ ชั่วโมงต่อวัน ใช้คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะประมาณกว่า ๕ ชั่วโมงต่อวัน ข้อมูลเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดว่าคนปัจจุบันให้ความสำคัญกับ

^{๑๑๗} <http://wearesocial.com/uk/special-reports/digital-in-2016>





เรื่องราวต่างๆ ที่ปรากฏในอินเทอร์เน็ต และคนทุกระดับ ทุกชนชั้น ทุกเพศ และ ทุกวัย สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้อย่างง่ายดาย ชีวิตประจำวันของคนยุคปัจจุบันต้องมี Social Media เข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะคน รุ่น Gen X และ Gen Y ที่มีการใช้ชีวิตโดยอาศัยเพียง สมาร์ทโฟน ตั้งแต่ตื่นนอน รับประทานอาหาร ขณะทำงาน ต้องมีการถ่ายรูปหรือแชร์เรื่องราวลง Social Media หรือหากต้องการทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆ ก็สามารถใช้ Google ในการค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้อย่างง่ายดาย การเข้าถึง ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ จึงมีความสะดวกรวดเร็วมากขึ้น

จากข้อมูลดังกล่าว ปฏิเสธไม่ได้ว่าวันนี้โลกได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เทคโนโลยีได้เข้ามามีบทบาทความสำคัญในวิถีชีวิตของคนมากขึ้น เช่น เทคโนโลยีที่สามารถบริหารจัดการข้อมูลจำนวนมหาศาล (Big Data) ซึ่งรองรับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เช่น ข้อมูลด้านสุขภาพ เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตที่เชื่อมอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ (Internet of Things : IoT) เช่น โทรศัพท์มือถือ รถยนต์ ตู้เย็น โทรทัศน์ และอื่นๆ เข้าไว้ด้วยกัน หรือการใช้ Wearable Devices เช่น นาฬิกาอัจฉริยะ (Smart Watch) เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถเชื่อมโยงและสื่อสารกันได้โดยผ่านระบบอินเทอร์เน็ตเมื่อมีการนำกระแสหลักเรื่องการดูแลสุขภาพและเทคโนโลยีมาผนวกกัน ทำให้เห็นแนวโน้มรูปแบบการใช้ชีวิตแบบใหม่ ที่มีความทันสมัยและสะดวกสบายขึ้น และในอนาคตคาดว่าแนวโน้มการใช้อินเทอร์เน็ตและสมาร์ทโฟนจะครอบคลุมทุกพื้นที่

รัฐบาลและกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จึงได้ให้ความสำคัญกับนโยบายเศรษฐกิจดิจิทัลที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการปฏิรูปการบริการ การศึกษา การสาธารณสุข การบริหารราชการแผ่นดิน กิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคมอื่นๆ ที่ส่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในสังคม โดยการสร้างสังคมดิจิทัลที่มีคุณภาพและการพัฒนาคลังทรัพยากรสารสนเทศของประเทศ (Digital Society and Knowledge Resource) หรือการสร้างสังคมดิจิทัลที่ทั่วถึงเท่าเทียมกัน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูล และบริการของรัฐได้ทุกที่ ทุกเวลา อย่างทั่วถึง เท่าเทียมกันผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล รวมทั้งมีพลเมืองดิจิทัลที่ฉลาด รู้เท่าทันข้อมูลข่าวสารและมีความรับผิดชอบต่อสังคม

ที่ผ่านมา สสส. ได้สนับสนุนการพัฒนาเนื้อหาดิจิทัล (digital content)^{๑๑๔} ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ในหลากหลายรูปแบบทั้งตัวอักษร ภาพ วิดีโอ อินโฟกราฟฟิที่น่าสนใจ โดยการจัดการข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่ต้องเชื่อถือได้ เพื่อให้ประชาชนสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ง่ายในชีวิตประจำวัน

การขยายตัวของพื้นที่เขตเมือง

ปัจจุบันปรากฏการณ์การขยายตัวของเมือง (Urbanization) เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ทั้งการเคลื่อนย้ายคนเข้าสู่บริเวณเมือง และการขยายตัวของพื้นที่เมืองออกไป ทำให้เกิดความหนาแน่นของจำนวนประชากรในเขตเมืองเพิ่มมากขึ้น สาเหตุการขยายตัวของเขตเมืองเกิดจากการย้ายถิ่นฐานเพื่อหางานทำ

^{๑๑๔} เนื้อหาดิจิทัล (Digital Content) หมายถึง สารสนเทศที่มีรูปแบบดิจิทัล เช่น แอนิเมชัน (Animation), สื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียนรู้ (e-learning), คลิปวิดีโอ โดยอาศัยการนำเสนอเนื้อหาผ่านทางอุปกรณ์ดิจิทัลต่างๆ เช่น คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟน สมาร์ททีวี เป็นต้น

การขยายเส้นทางคมนาคมของรถไฟฟ้า เป็นต้น นำไปสู่การขยายตัวของที่อยู่อาศัย ทั้งบ้านจัดสรร คอนโดมิเนียม ตลอดจนห้างสรรพสินค้า

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับสุขภาวะของครอบครัวในเมือง จำนวน ๒,๐๔๐ ครอบครัว ในเขตเมือง ๑๑ พื้นที่ พบว่าร้อยละ ๓๐ เห็นว่ามีคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ร้อยละ ๓๐ ดื่มเหล้าและ/หรือ สูบบุหรี่ ร้อยละ ๘๐ เล่นการพนัน เล่นหวย ลอตเตอรี่ และมีการเสี่ยงโชคในรูปแบบอื่น ร้อยละ ๑๐ ยอมรับว่าจัดการกับความเครียด ได้น้อยมากหรือไม่ได้เลย ร้อยละ ๖๐ ของครอบครัว ไม่มีเวลาทำกิจกรรมร่วมกันและวางแผนเป้าหมายแค่เรื่อง ทำมาหากิน และ ๑ ใน ๓ ไม่แน่ใจว่าจะสามารถเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวได้^{๑๑๙} ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะนำไปสู่ ปัญหาสุขภาวะในเขตเมืองที่ต้องหาทางแก้ปัญหาต่อไป

การขยายตัวของพื้นที่เขตเมืองส่งผลเกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของผู้อยู่อาศัยเป็นแบบสังคมเมือง ซึ่งผู้บริหารเมืองจำเป็นต้องเตรียมการวางแผนการพัฒนาเมืองรองรับความต้องการ ทั้งการกำหนดนโยบาย การใช้ประโยชน์จากความเป็นเมืองที่มากขึ้น การรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเป็นเมืองที่เพิ่มสูงขึ้น เช่น ปัญหาที่อยู่อาศัย ปัญหาการบริหารจัดการสาธารณสุขโรค การสาธารณสุข การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย และอาชญากรรมต่างๆ โดยคำนึงถึงการให้บริการสุขภาพที่มีความครอบคลุมและทั่วถึงประชากร ทุกกลุ่มเป้าหมาย การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น มาตรการด้านสิ่งแวดล้อม และการรักษาความปลอดภัย เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ในสังคมเมืองการขับเคลื่อนให้ประชาชนมีสุขภาพ กาย ใจ สมอง และอารมณ์ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ มีความสามารถในการจัดการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บของตนเอง ครอบครัว และชุมชนนั้น เป็นโจทย์สำคัญที่จะต้องเร่ง ดำเนินการ ระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการบริหารทรัพยากรด้านสาธารณสุข การออกแบบการสร้างเสริมสุขภาพ ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนยุคใหม่ที่พึ่งพาเทคโนโลยีเป็นหลัก ตลอดจนส่งเสริมการให้ความสำคัญกับมิติ สุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in All Policies) เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายของทุกภาคส่วนตระหนัก ถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่มีต่อสุขภาพประชาชนจึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญ

สสส.กับภาคีเครือข่ายสุขภาวะ

ผลวิจัยการทำความเข้าใจภาคีเครือข่ายซึ่งทำการสำรวจทุกปี ตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ จนถึงปัจจุบันพบว่า การหนุนเสริมกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความพึงพอใจในการสนับสนุนของ สสส. ผ่านกลไกการทำงานร่วมกัน ระบบสนับสนุนและกิจกรรม เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้เพื่อให้ภาคีรู้จักงานซึ่งกันและกัน นำไปสู่การเชื่อมโยงงานและการต่อยอดงาน นอกจากนี้ยังพบว่า การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจ ซึ่งการพัฒนา ศักยภาพภาคีเครือข่ายนี้จะช่วยเสริมความรู้และทักษะการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดความสำเร็จ ตลอดจนสามารถยกระดับการทำงานสู่ระดับชาติและนานาชาติ อีกทั้งทำให้เกิดความยั่งยืนของภาคีสุขภาวะได้

^{๑๑๙} <http://www.thaihealth.or.th/content/>





ผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับมติคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เห็นชอบกรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) เรื่องการสร้างความยั่งยืน โดยมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนหลัก พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย รวมถึงขยายการทำงานสู่นานาชาติ นอกจากนี้การขยายการทำงานสู่นานาชาตินั้นเป็นการตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาล ที่ส่งเสริมบทบาทและใช้โอกาสในประชาคมอาเซียน รวมถึงแผนงานและโครงการตามยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (๒๕๕๙ - ๒๕๗๙) ด้านสาธารณสุข ที่สนับสนุนให้มีความร่วมมือเพื่อการพัฒนา กับประเทศเพื่อนบ้าน ประเทศในภูมิภาคและอนุภูมิภาค ทั้งประชาคมอาเซียนและประชาคมโลกอีกด้วย โดยในปีที่ผ่านมาผู้ให้ความ สนใจเข้าเยี่ยมชมและเรียนรู้การดำเนินงานแบบ สสส. จาก ๒๗ ประเทศทั่วโลก อีกทั้ง สสส. ได้มีบทบาทด้าน การขับเคลื่อนงานสุขภาวะในเวทีนานาชาติมากมาย จนทำให้ประเทศไทยได้รับการยอมรับว่าเป็นต้นแบบ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียง-ใต้ ที่ประสบความสำเร็จในการมีกองทุน สสส. ดูแลสุขภาวะของประชาชน และ หลายประเทศนำไปเป็นแบบอย่าง

ดังนั้น การหนุนเสริมกลไกการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายสุขภาวะ ทั้งในการจัดระบบสนับสนุน ต่างๆ เพื่อให้เกิดบูรณาการงานร่วมกันและยกระดับงานสร้างเสริมสุขภาวะ การสนับสนุนการพัฒนาการสื่อสาร งานสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพแก่ภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ ตลอดจนการขยาย เครือข่ายสู่นานาชาติ จึงนับเป็นบทบาทสำคัญของ สสส. อย่างยิ่ง

ระบบติดตามและประเมินผลของ สสส.

การติดตามและประเมินผลของ สสส. สามารถแบ่งได้เป็น ๓ ระดับคือ ระดับองค์กร ระดับแผน และระดับ แผนงาน/โครงการ เพื่อให้สอดคล้องกับข้อกำหนดในพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๔ และข้อบังคับกองทุนว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔

ระดับองค์กร ได้แก่ การติดตามผลการดำเนินงานรายไตรมาส และการประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. ประจำปี นอกจากนี้ ในระดับองค์กรยังมีการประเมินผลด้านนโยบาย การประเมินผลการบริหารจัดการ ที่ติดตามหลักธรรมาภิบาล การประเมินผลในเชิงเศรษฐศาสตร์ การประเมินความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพ และ ยังมีการประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมของสสส. เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เช่น การประเมินผลการดำเนินงาน ของ สสส. ในระยะ ๑๐ ปีเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งจากในประเทศและต่างประเทศ เป็นต้น

ระดับแผน ได้แก่ การประเมินผลในระดับแผนของทั้ง ๑๕ แผนหลักตามทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ตามตัวชี้วัดระยะ ๓ ปี และการประเมินผลความสำเร็จของแผนตามเป้าประสงค์รายปี ซึ่งเป็น องค์ประกอบสำคัญของการประเมินผลการดำเนินงานขององค์กรประจำปี

ระดับแผนงาน/โครงการ ได้แก่ การประเมินคุณภาพข้อเสนอโครงการเพื่อดูว่า สสส. มีการพิจารณาข้อเสนอโครงการตามหลักเกณฑ์คุณภาพข้อเสนอโครงการที่กำหนด การติดตามความก้าวหน้าของโครงการผ่านรายงานความก้าวหน้าโครงการ และการประเมินผลแผนงาน/โครงการที่มีวงเงินสูงเกินกว่า ๑๐ ล้านบาท โดยผู้ประเมินผลภายใน และที่มีวงเงินสูงกว่า ๒๐ ล้านบาท โดยผู้ประเมินผลภายนอก

โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ มีเป้าหมายการดำเนินงานให้เกิดกรอบการประเมินผลการดำเนินงานที่เห็นความเชื่อมโยงของกระบวนการทำงานของ สสส. ในมิติต่างๆ ทั้งในระดับกระบวนการและผลลัพธ์ และสามารถเชื่อมโยงไปถึงเป้าหมายทั้งในระยะสั้นและระยะยาวขององค์กร มีกระบวนการติดตามการนำผลที่ได้จากการประเมินผลนโยบายของ สสส. มาปรับใช้กับการกำหนดทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานของ สสส. เพื่อการบรรลุตามเป้าหมายของ สสส. ในระยะ ๑๐ ปี รวมทั้งมุ่งสร้างเครือข่ายหรือศูนย์กลางการติดตามและประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการติดตามและประเมินผลแผนงาน/โครงการในระดับต่างๆ ให้แก่ภาคีเครือข่ายต่อไป

โดยสรุป แผน ๑๓ มีภารกิจหลักในการสนับสนุนให้เกิดระบบและกลไกที่สนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยในปี ๒๕๖๐ จะให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพเพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนการทำงานและกำหนดนโยบายด้านสุขภาพสำหรับ สสส. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นเครื่องมือในการสื่อสารข้อมูลความรู้สุขภาพให้สอดคล้องกับรูปแบบวิถีชีวิตของคนยุคปัจจุบัน การร่วมขับเคลื่อนนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในเขตเมืองเพื่อรองรับกระแสการขยายตัวของเมือง การพัฒนารูปแบบและกลไกการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลในระดับต่างๆ การสื่อสารสร้างความเข้าใจและการพัฒนาขีดความสามารถของบุคคลและองค์กรภาคีเครือข่ายให้เท่าทันพลวัตของปัจจัยต่างๆ ที่กระทบต่อสุขภาพ และการบูรณาการเชื่อมโยงข้ามภาคส่วน ข้ามประเด็น ข้ามพรมแดนในการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. เพื่อสนับสนุนการทำงานของสำนักงานให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น

จุดเน้นของแผน

๑. สนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลองค์ความรู้สุขภาพ โดยบูรณาการข้อมูลทั้งภายใน และภายนอก สสส. ให้อยู่ในระบบฐานข้อมูลเดียวกัน เพื่อให้ทุกแผนสามารถใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
๒. สนับสนุนการพัฒนานักสื่อสารสุขภาพและการใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสื่อสารข้อมูลองค์ความรู้สุขภาพสู่ประชาชน





๓. สนับสนุนกลไกการทำงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในเขตเมือง และการสร้างสิ่งแวดล้อมและนวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะ
๔. การสานพลังเครือข่ายของ สสส. โดยใช้ฐานเรื่องเขตสุขภาพตามนโยบายรัฐบาลและแผน ๒๐ ปี ของกระทรวงสาธารณสุข และการใช้ประโยชน์จากกลไกการสื่อสารที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเชื่อมโยงและสนับสนุนเพื่อนำไปสู่การขยายผลการขับเคลื่อนงานสุขภาวะ
๕. การขยายงานพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาวะในพื้นที่ต่างๆ เพื่อสร้างโอกาสการเข้าถึงการพัฒนาความรู้และทักษะตามฐานสมรรถนะ (competency-based development) ที่เป็นระบบกระตุนจุดประกาย เพื่อสร้างคนเข้ามาทำงานทางสังคม ส่งเสริม และพัฒนาความก้าวหน้าและความยั่งยืนให้แก่ภาคีเครือข่าย รวมทั้งพัฒนาการประเมินผลที่สามารถติดตามการพัฒนาสมรรถนะที่สำคัญของภาคีเครือข่ายได้
๖. การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้การทำงานสร้างเสริมสุขภาวะสู่ภาคีเครือข่ายนานาชาติ และเป็นองค์กรชั้นนำด้านการสร้างเสริมสุขภาวะในระดับนานาชาติ
๗. การผลิตและสื่อสาร “ชุดความรู้สร้างเสริมสุขภาพ” ที่สะท้อนบทบาทการขับเคลื่อนการทำงานของ สสส. สร้างความเข้าใจระบบ และแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาวะผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และขยายช่องทางการรับรู้ข้อมูลสุขภาวะให้กว้างขวางยิ่งขึ้น
๘. การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล โดยเน้นการพัฒนาเครื่องมือ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และสร้างเครือข่ายนักประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพในการติดตามและประเมินผลในแต่ละระดับมุ่งสู่ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานของ สสส.

วัตถุประสงค์

๑. พัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการข้อมูล องค์ความรู้ เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ
๒. สนับสนุนให้เกิดกลไกการสื่อสารองค์ความรู้สุขภาพสู่ประชาชน ผ่านนักสื่อสารสุขภาพ สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ และสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง
๓. สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการพัฒนาเมืองสุขภาวะ โดยบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

๔. สนับสนุนให้เกิดกลไกการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี
๕. สนับสนุนการมีส่วนร่วม ขยายผลระบบและกลไกที่นำไปสู่การเชื่อมโยงต่อยอด พัฒนาความสัมพันธ์ และขยายผลการขับเคลื่อนงานตามกลุ่มภาคีอย่างเข้มแข็ง ต่อเนื่อง
๖. พัฒนาขีดความสามารถภาคีเครือข่ายผ่านกลไกกลางด้านการพัฒนาศักยภาพ ขยายผลให้สอดคล้องตามกลุ่มภาคีเป้าหมาย มุ่งให้ภาคีเครือข่ายดำเนินงานได้อย่างเข้มแข็ง ต่อเนื่อง
๗. ขยายเครือข่ายนานาชาติ และสร้างความแข็งแกร่งของ สสส. ในเวทีโลก นำไปสู่การยกระดับการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของภาคีเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
๘. สร้างเสริมความเข้าใจอันดี ต่อแนวทางการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย เกิดการส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาวะผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และขยายช่องทางการรับรู้ข้อมูลสุขภาวะให้กว้างขวางยิ่งขึ้น
๙. เพื่อสนับสนุนงานติดตามและประเมินผลของสสส. ในแต่ละระดับให้เกิดกลไกการติดตามและประเมินผล ให้มีความชัดเจนและมีมาตรฐาน

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดหน่วยวิชาการ/ศูนย์สนับสนุนข้อมูลวิชาการ/สถาบัน ที่ทำหน้าที่รวบรวม จัดการ เผยแพร่ ข้อมูลความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๑ แห่ง
๒. องค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ หนังสือ คู่มือ ชุดความรู้ เอกสารวิชาการ รายงานผล การศึกษาวิจัย บทความ ไม่น้อยกว่า ๓๐ เรื่อง และมีการนำองค์ความรู้ อย่างน้อย ๑๕ เรื่อง ไปใช้ เผยแพร่ ขยายผลหรือต่อยอดการศึกษา/วิจัย หรือสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
๓. สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศที่สื่อสารข้อมูลความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ฐานข้อมูล (web base) แอปพลิเคชัน (application) เนื้อหาบนสื่อใหม่ (new media) ประเภทต่างๆ ซึ่งผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไม่น้อยกว่า ๑๕ ชิ้น และมีการนำสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศที่พัฒนาขึ้น เผยแพร่ผ่านช่องทางต่างๆ จนเกิดการนำไปใช้ประโยชน์จริง ซึ่งนำไปสู่การสร้างตระหนักในการดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ





๔. มีการนำนโยบายสาธารณะที่แสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๑๐ ประเด็น ไปขับเคลื่อนในระดับองค์กร พื้นที่ หรือระดับชาติ ร่วมกับองค์กรยุทธศาสตร์ หรือกลไกที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ
๕. พัฒนารูปแบบ (model) นำร่อง แนวทางการดำเนินงาน หรือแนวปฏิบัติที่ดี (good practice) ที่เอื้อต่อการสร้างสิ่งแวดล้อมสุขภาวะ ซึ่งเกิดขึ้นจากการศึกษา/วิจัย หรือสรุปบทเรียน ไม่น้อยกว่า ๖ รูปแบบ/แนวทาง และสามารถพัฒนาให้เป็นต้นแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะ
๖. กลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างสุขภาวะ ในรูปแบบคณะทำงาน เครือข่ายการทำงาน หรือความร่วมมือระหว่างองค์กร ทั้งในและต่างประเทศ และนำไปสู่การขับเคลื่อนประเด็นการทำงานสร้างสุขภาวะ ที่สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. ไม่น้อยกว่า ๖ กลไก/เครือข่าย/ความร่วมมือ
๗. ภาควิชาเครือข่ายมีความพึงพอใจการสนับสนุนของ สสส. และการพัฒนาศักยภาพ อย่างน้อยร้อยละ ๙๐
๘. เกิดกระบวนการพัฒนาศักยภาพภาคีอย่างเป็นระบบ โดยมี กิจกรรม/เวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เชื่อมสัมพันธ์ และ/หรือ หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ ทั้งที่จัดในส่วนกลาง ระดับภาค หรือระดับพื้นที่ ตามกลุ่มภาคี อย่างน้อย ๑๐ ครั้ง/๑๐ หลักสูตรต่อปี ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายสามารถใช้ศักยภาพ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะได้อย่างเข้มแข็ง และต่อเนื่อง เอื้อต่อการบรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส.
๙. เกิดองค์ความรู้ทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านต่างประเทศของ สสส. และได้รับการเผยแพร่สู่นานาชาติ อย่างน้อย ๒ เรื่อง และประเทศในกลุ่มเป้าหมายมีแผนงานที่จะก่อตั้ง กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพรูปแบบคล้าย สสส. อย่างน้อย ๒ ประเทศ
๑๐. เกิดชุดข้อมูลการสื่อสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และข้อมูลการผลักดันนโยบายสาธารณะ ที่สอดแทรกประเด็นการสื่อสาร ในรูปแบบต่างๆ จำนวน ๔๘ ประเด็น รวม ๔๙๒ ชิ้น
๑๑. เกิดเครื่องมือและ/หรือคู่มือที่ใช้ในการติดตามและประเมินผลในแต่ละระดับ อย่างน้อย ๓ เครื่องมือ/คู่มือ
๑๒. เกิดเครือข่ายนักประเมินผลหรือศูนย์กลางติดตามและประเมินผลนำร่องในระดับพื้นที่เช่น ภาคหรือเขตสุขภาพ อย่างน้อย ๑ พื้นที่ เพื่อให้การติดตามและประเมินผลแผนงาน/โครงการต่างๆ ของ สสส. ที่กระจายอยู่ในภูมิภาคมีประสิทธิภาพและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่

ตัวชี้วัดร่วม

๑. มีระบบข้อมูลที่ช่วยในการติดตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. หรือช่วยในการรวบรวมข้อมูลสำคัญสำหรับขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับความต้องการของแผนต่างๆ จำนวน ๑ ระบบ
๒. มีการทำงานร่วมมือกันระหว่าง แผน ๑๓ และแผนต่างๆ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสถิติแห่งชาติ หรือหน่วยงานเจ้าของข้อมูลอื่น ในการพัฒนากลไกสนับสนุนด้านระบบข้อมูลสุขภาพ
๓. เกิดหลักสูตรด้านการติดตามและประเมินผลที่เหมาะสมกับนักวิชาการระดับต้นและระดับอาวุโส และมีนักวิชาการที่เข้าร่วมอบรมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ในแต่ละระดับ โดยการทำงานร่วมกับฝ่ายบริหารงานบุคคล

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ประสาน เชื่อมโยง และหนุนเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภายใน สสส. และหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อร่วมขับเคลื่อนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพะที่ตอบสนองทิศทางเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.
๒. จุดประกาย กระตุ้นภาคีเครือข่าย ให้ร่วมคิดและร่วมพัฒนานวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพะ
๓. สนับสนุนการต่อยอด การขยายผลองค์ความรู้ และต้นแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพะ
๔. ขยายแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพโดยเชื่อมประสานภาคียุทธศาสตร์ (strategic partners) และภาคีร่วมพัฒนา (boundary partners) เพื่อร่วมขับเคลื่อนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพะในภาพใหญ่
๕. ขยายผลระบบ และกลไก สานและเสริมพลังภาคีเครือข่าย พัฒนาขีดความสามารถสอดคล้องกับกลุ่มภาคี และยกระดับการทำงานสู่ระดับนานาชาติ
๖. ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านติดตามและประเมินผลในการพัฒนา หลักสูตร และเครื่องมือที่จะใช้เป็นมาตรฐานในการติดตามและประเมินผลแผนงาน/โครงการในระดับต่างๆ รวมทั้งสร้างเครือข่ายนักติดตามประเมินผลเพื่อให้เกิดศูนย์กลางการติดตามและประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพะในระดับพื้นที่





กลุ่มแผนงาน

๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลและองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบ ด้วยงานหลัก ๕ ด้าน ดังต่อไปนี้

- ๑.๑ สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพหน่วยวิชาการ/ศูนย์ข้อมูล/สถาบันวิจัยให้มีความสามารถในการบริหารจัดการ สนับสนุนข้อมูลองค์ความรู้ และการสร้างเครือข่ายในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ
- ๑.๒ สำรวจความต้องการใช้ข้อมูลและกำหนดโจทย์วิจัย ร่วมกับสำนักต่างๆ ใน สสส. และภาคีเครือข่าย เช่น สถานการณ์แนวโน้มสุขภาพในบริบทต่างๆ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ สำหรับใช้วางแผนและกำหนดทิศทางนโยบายเพื่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
- ๑.๓ จัดการระบบคลังข้อมูลข่าวสารสุขภาพ โดยการรวบรวมข้อมูลสถิติและผลการสำรวจทางสุขภาพ ทั้งภายในและภายนอก สสส. เพื่อใช้ติดตามและวางแผนการทำงานที่ตอบสนองทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.
- ๑.๔ สนับสนุนกลไกการทำงานเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ โดยการเชื่อมโยงผู้เกี่ยวข้องกับการทำงานด้านข้อมูลสุขภาพจากทุกภาคส่วน เพื่อพัฒนาระบบการสำรวจทางสุขภาพของประเทศ แบบบูรณาการ
- ๑.๕ สนับสนุนให้เกิดการเปิดเผยข้อมูล (open data) การแลกเปลี่ยนข้อมูล (big data) ที่สามารถนำไปใช้ในงานสร้างเสริมสุขภาพ สู่สาธารณะในรูปแบบที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

๒. กลุ่มแผนงานสร้างความตระหนักเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วย งานหลัก ๓ ด้าน ดังต่อไปนี้

๒.๑ พัฒนานักสื่อสารความรู้สุขภาพ (Health Communicator)

- ๒.๑.๑ สร้างและพัฒนาแกนนำนักสื่อสารข้อมูลความรู้สุขภาพในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข บุคลากรในสถานประกอบการ และกลุ่มประชาชนทั่วไป ให้มีแนวคิด ความรู้ และทักษะในการสื่อสารความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศและสื่อสังคมออนไลน์
- ๒.๑.๒ เชื่อมโยงเครือข่ายสุขภาพและสื่อสารมวลชน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้สุขภาพ ให้มีความหลากหลาย และร่วมกันเผยแพร่ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น

๒.๑.๓ สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในเครือข่ายนักสื่อสารข้อมูลความรู้สุขภาพในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข บุคลากรในสถานประกอบการ และกลุ่มประชาชนทั่วไป เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกัน

๒.๒ สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพกลุ่มนักพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ (software developer) และนักวิทยาศาสตร์ข้อมูล (data scientist)^{๑๑๐} เพื่อขยายแนวคิดการสื่อสารองค์ความรู้สุขภาพโดยใช้สื่อใหม่ และส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น

๒.๒.๑ สร้างและเชื่อมโยงเครือข่ายนักพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ นักวิทยาศาสตร์ข้อมูล องค์กรภาครัฐและภาคเอกชนที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อขยายแนวคิดการสื่อสารองค์ความรู้สุขภาพโดยใช้สื่อใหม่ และเกิดการบูรณาการทำงานร่วมกันเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

๒.๒.๒ สนับสนุนการบ่มเพาะ/พัฒนาศักยภาพ (incubation) นักพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ ในด้านองค์ความรู้ด้านสุขภาพ การออกแบบ เทคนิคการพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ และการตลาด เพื่อให้สามารถพัฒนาผลงานไปสู่การใช้งานได้จริง โดยร่วมกับองค์กรที่มีภารกิจร่วมกัน

๒.๓ สนับสนุนการพัฒนาสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการสื่อสารความรู้สุขภาพผ่านช่องทางที่หลากหลาย ได้แก่

๒.๓.๑ การจัดการความรู้เกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นต่างๆ และจัดทำเป็นเนื้อหาดิจิทัล (digital content) เพื่อเผยแพร่ผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ

๒.๓.๒ สนับสนุนการพัฒนาสื่อใหม่ (new media) เพื่อเป็นเครื่องมือในการสื่อสารข้อมูลและองค์ความรู้สุขภาพ หรือต่อยอดเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีอยู่ และประยุกต์ให้เข้ากับความต้องการใช้งาน

๓. กลุ่มแผนงานพัฒนานโยบายสาธารณะและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยงานหลัก ๔ ด้าน ดังต่อไปนี้

๓.๑ สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในเขตเมือง

๓.๑.๑ สนับสนุนการจัดการความรู้และพัฒนาต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพในเขตเมือง เพื่อขยายแนวคิดและการปฏิบัติไปยังพื้นที่เขตเมืองอื่นๆ

^{๑๑๐} นักวิทยาศาสตร์ข้อมูล (data scientist) คือ บุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางเทคโนโลยีด้าน Cloud Computing, Big Data, Machine Learning, Data Mining, Statistics และ Internet of Things มีความสามารถในการบริหารจัดการและสกัดความรู้จากข้อมูลจำนวนมาก





๓.๑.๒ เชื่อมโยงเครือข่ายจากทุกภาคส่วนเพื่อร่วมผลักดันแนวคิดและขับเคลื่อนการพัฒนา นโยบาย สาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในเขตเมือง

๓.๒ สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่องนโยบายตรวจสุขภาพ

๓.๓ สนับสนุนการผลักดันนโยบายการสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมในประเทศไทย

๓.๔ พัฒนารูปแบบและกลไกการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี

๓.๔.๑ สร้างและจัดการองค์ความรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) โดยการประยุกต์ใช้องค์ความรู้จากหลากหลายสาขาวิชาชีพ เช่น สถาปัตยกรรมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ ครุศาสตร์ คหกรรมศาสตร์ เป็นต้น และนำ องค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้สนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ

๓.๔.๒ เชื่อมโยงเครือข่าย เพื่อขยายแนวคิดและต้นแบบเรื่องการออกแบบสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดีในสถานบริการสุขภาพ และพื้นที่เขตเมือง รวมทั้งการต่อยอด การปฏิบัติไปยังพื้นที่อื่นๆ

๓.๔.๓ สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมที่ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมสุขภาวะ

๔. กลุ่มแผนงานพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ ประกอบด้วยงานหลัก ๓ ด้าน ดังต่อไปนี้

๔.๑ สร้างความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคี (partner segmentation & engagement) ต่อยอด ขยายผล และพัฒนาความร่วมมือภาคีเครือข่าย (networking and collaboration) โดยมีการดำเนินการหลัก ดังต่อไปนี้

๔.๑.๑ จัดภาคีตามกลุ่มเป้าหมาย (partner segmentation) สร้างความเข้าใจ สร้างกระบวนการ ในการมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน การรับฟังเสียงสะท้อน (feedback) จากภาคี ออกแบบ กลไก รูปแบบการทำงาน และเสริมศักยภาพภาคีที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย (segment)

๔.๑.๒ ขยายผล การสร้างและเปิดพื้นที่ในการสานสัมพันธ์ และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขยายทุน ความรู้ ต่อยอดทักษะ ความหลากหลาย สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย สร้างโอกาสให้เชื่อมโยง การทำงาน หรือเกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ร่วมกัน มุ่งเน้นการทำงานในกลุ่มจังหวัดสอดคล้องกับ ทิศทางการทำงานในบริบทเชิงพื้นที่

๔.๑.๓ ขยายผลการใช้ระบบ กลไก ช่องทางการสื่อสาร ฐานข้อมูล การจัดการความรู้ องค์ความรู้ ภาคี และศักยภาพของภาคี เพื่อประโยชน์ในการสานและเสริมพลังภาคีเครือข่าย และเพิ่ม ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนงานสุขภาวะ

๔.๒ พัฒนาขีดความสามารถภาคี โดยมีการดำเนินการหลัก ดังต่อไปนี้

- ๔.๒.๑ ขยายผล รวบรวมและจัดระบบ พัฒนากลไก และหลักสูตรมาตรฐานตามกลุ่มภาคีเป้าหมาย ขยายงานพัฒนาภาคีเครือข่ายสู่ภาวะในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อสร้างโอกาสการเข้าถึงการพัฒนา ความรู้และทักษะตามฐานสมรรถนะที่เป็นระบบ
- ๔.๒.๒ พัฒนาแนวทางสร้างความร่วมมือนำร่องการทำงาน กับหน่วยงาน สถาบันการศึกษาหน่วยงาน ด้านการพัฒนาศักยภาพ องค์กรตัวกลางต่างๆ เพื่อขยายผล พัฒนาศักยภาพ และสร้างความ ยั่งยืน ให้แก่ภาคีเครือข่าย และคนทำงานทางสังคม
- ๔.๒.๓ นำองค์ความรู้ที่หลากหลาย ทั้งในและต่างประเทศ พัฒนาสื่อการเรียนรู้ สร้างช่องทาง และ กระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย เพื่อให้ภาคีเครือข่ายสามารถเข้าถึง และยกระดับงานพัฒนา ศักยภาพ

๔.๓ ขยายการทำงานของ สสส. และภาคีเครือข่ายสู่นานาชาติ (international relations) มีแนวทาง การดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- ๔.๓.๑ ขยายเครือข่าย สร้างความสัมพันธ์ พัฒนาความร่วมมือกับเครือข่ายนานาชาติยุทธศาสตร์ เช่น World Health Organization, South East Asian Regional Office (WHO-SEARO), Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA), International Society for Physical Activity and Health (ISPAH), Asian Venture Philanthropy Network (AVPN)
- ๔.๓.๒ รวบรวม แลกเปลี่ยน องค์ความรู้ ระดับนานาชาติ เผยแพร่บทบาทและการทำงานของ สสส. และพัฒนาศักยภาพภาคีสู่ระดับสากล
- ๔.๓.๓ เคลื่อนไหวผลักดันนโยบาย การขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ นโยบายทางด้าน การสนับสนุนกิจกรรมทางกาย ผ่านความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก
- ๔.๓.๔ เผยแพร่รูปแบบองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ ผลักดันการก่อตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพรูปแบบคล้าย สสส. (health promotion model) กลไกทางการเงินที่ยั่งยืน ในประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคอาเซียน และภูมิภาคเอเชียตะวันออก-ใต้





๕. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการพัฒนากลไกทางสังคม

กลุ่มแผนงานสนับสนุนการพัฒนากลไกทางสังคม ดำเนินการโดยฝ่ายสื่อสารองค์กร ประกอบด้วย

- ๕.๑ **วางระบบการจัดการข้อมูล และการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Social Networking) ที่ทันสมัย** และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยนำความต้องการของสังคม และข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพ มากำหนดประเด็นและเนื้อหาในการสื่อสาร เพื่อให้เกิดข้อมูลที่สอดคล้องกับพฤติกรรมและความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย
- ๕.๒ **พัฒนาความสัมพันธ์อันดี** แสวงหาโอกาส และช่องทางในการสื่อสารที่เข้าถึงการรับรู้ของกลุ่มผู้นำ **ความคิดทางสังคม** เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ เห็นคุณค่า ขอบเขต วิธีการทำงาน ความโปร่งใส และความคุ้มค่าของ สสส. จนเกิดทัศนคติที่ดี และพร้อมเป็นส่วนหนึ่งในการสื่อสารสร้างความเข้าใจบทบาทขององค์กร
- ๕.๓ **ออกแบบการสื่อสารขับเคลื่อนการทำงานของ สสส.** เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ อาทิ พระราชบัญญัติความคุ้มครองผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผลักดันมาตรการทางภาษีสินค้าไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพ พระราชบัญญัติป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศในวัยรุ่น และส่งต่อข้อมูลให้เข้าถึงกลุ่มผู้นำความคิดทางสังคม ได้แก่ คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ บุคลากรในองค์กรนิติบัญญัติ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖. กลุ่มแผนงานติดตามและประเมินผล ประกอบด้วยงานหลัก ๔ ด้าน ดังนี้

- ๖.๑ **สนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการประเมินผลของ สสส.** ในงานติดตามและประเมินผล ให้บรรลุตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการประเมินผลตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ มาตรา ๓๘ ได้แก่ การประเมินผลด้านนโยบาย โดยการกำหนดประเด็นในการประเมินผลและนำผลการประเมินมาปรับใช้กับการกำหนดทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานของ สสส. เพื่อการบรรลุตามเป้าหมายของ สสส. ในระยะ ๑๐ ปี และการประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. โดยการพัฒนากรอบการประเมินผลการดำเนินงานที่เห็นความเชื่อมโยงของกระบวนการทำงานของ สสส. ในมิติต่างๆ ทั้งในระดับกระบวนการและผลลัพธ์ และสามารถเชื่อมโยงไปถึงเป้าหมายทั้งในระยะสั้นและระยะยาวของ สสส.
- ๖.๒ **ทำงานร่วมกับสำนักและฝ่ายต่างๆ ใน สสส.** เพื่อพัฒนาหลักสูตรและจัดให้มีการอบรมเจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่ายให้มีความรู้ความเข้าใจงานติดตามและประเมินผลในระดับต่างๆ

- ๖.๓ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านติดตามและประเมินผลในการพัฒนาเครื่องมือที่จะใช้เป็นมาตรฐานในการติดตามและประเมินผลแผนงาน/โครงการในระดับต่างๆ
- ๖.๔ ร่วมกับองค์กรหรือเครือข่ายนักวิจัยและนักติดตามประเมินผลในการสร้างเครือข่ายหรือศูนย์กลางการติดตามและประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพ

ภาคีหลัก

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันการศึกษา มูลนิธิหมอชาวบ้าน มูลนิธิสถาบันพัฒนาการเรียนรู้ มูลนิธินโยบายสุขภาพะ สมาคมวิชาชีพ สำนักงานสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคเอกชน องค์กรภาครัฐ องค์กรภาคีเครือข่ายผู้รับทุน สสส. องค์กรยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพะ หน่วยงาน สถาบัน องค์กรด้านการพัฒนาศักยภาพ, 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), Asian Venture Philanthropy Network (AVPN), International Union for Health Promotion and Education (IUHPE)





งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลและองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๕๕
๒. กลุ่มแผนงานสร้างความตระหนักเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ	๒๕
๓. กลุ่มแผนงานพัฒนานโยบายสาธารณะและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๒๐
๔. กลุ่มงานพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์	๗๕
๕. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการพัฒนากลไกทางสังคม	๔๙
๖. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการติดตามและประเมินผล	๑๕
รวม	๒๓๙

๑๕

แผนอาหารเพื่อสุขภาพ

สถานการณ์และแนวโน้ม

๑. อัตราของผู้มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนโดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยเรียน แนวโน้ม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในโรงเรียนของเด็ก และปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารในโรงเรียน

ปัจจุบันการใช้วิถีชีวิตแบบคนเมืองสมัยใหม่ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีพลังงานและไขมันสูง โซเดียมสูง น้ำตาลสูง กรดไขมันอิ่มตัวสูง รวมถึงการทำกิจกรรมทางกายและการบริโภคผักผลไม้ที่น้อยเกินไป ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงทั้งสิ้น ซึ่งประเทศต่างๆ ทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน (obesity) และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และภาวะไตวายเรื้อรัง โรคดังกล่าวนี้กำลังเป็นภัยคุกคามในประชากรไทยเช่นกัน โดยสามารถวัดได้จากอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่า ภาวะโรคอ้วนในประเทศไทย มีแนวโน้มจะขยายตัวเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗ พบคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป อยู่ในภาวะอ้วนเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ ๓๗.๕ และหากเปรียบเทียบในระดับภูมิภาคพบว่า คนไทยอ้วนสูงสุดเป็นอันดับ ๒ จากทั้งหมด ๑๐ ประเทศอาเซียน รองจากมาเลเซียเท่านั้น ปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดขึ้น ไม่เพียงเป็นปัญหาที่ก่อความเดือดร้อนกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรงเท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อเนื่องไปยังภาวะเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากภาครัฐต้องจ่ายค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงถึง ร้อยละ ๗๖.๔ ของค่าใช้จ่ายสุขภาพรวม ในปี ๒๕๕๕ และยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากผลการสำรวจสถานการณ์อัตราของผู้มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในปี ๒๕๕๘ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียน (เด็กที่มีอายุตั้งแต่ ๕ - ๑๔ ปี) ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กวัยเรียน ร้อยละ ๑๒.๕ มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ซึ่งภาวะดังกล่าวล้วนเป็นผลสืบเนื่องมาจากปัจจัยสำคัญทั้งในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจัดการสภาพแวดล้อมด้านอาหารในโรงเรียน โดยโครงการสำรวจสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงเรียนประถมศึกษา ในปี ๒๕๕๗ พบว่า เด็กวัยเรียนดื่มน้ำหวาน ๑ แก้วต่อวัน ถึงร้อยละ ๔๘.๘ และซื้อขนมกรุบกรอบ/ขนมขบเคี้ยวนอกโรงเรียน อย่างน้อย ๑ - ๒ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๔๒.๗ นอกจากนี้ ยังพบว่า ร้อยละ ๕๗.๙ ของโรงเรียนที่สำรวจ มีร้านค้าขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลม





ที่จำหน่ายอยู่บริเวณรอบรั้วโรงเรียน จำนวน ๑ - ๒ ร้านค้า ซึ่งอาหารหน้าโรงเรียนที่เด็กวัยเรียนนิยมซื้อมาบริโภคส่วนใหญ่มักจะเป็นอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ ลูกชิ้นปิ้ง/ทอด ไอศกรีม ขนมหวาน เนื้อสัตว์ทอด/ย่าง และไส้กรอก เป็นต้น อย่างไรก็ตาม มีเด็กวัยเรียนเพียงร้อยละ ๒๒.๔ เท่านั้น ที่ไม่ซื้ออาหารชนิดใดเลย

๒. อัตราการบริโภคผักผลไม้ของคนไทย สาเหตุที่บริโภคน้อย และแนวโน้ม

ผักและผลไม้เป็นอาหารที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของมนุษย์ เป็นอาหารที่ให้คุณค่าทางโภชนาการ ช่วยรักษาสสมดุลของร่างกาย และมีส่วนประกอบของสารพฤกษเคมีที่มีศักยภาพที่ออกฤทธิ์ในเชิงสุขภาพด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ รายงานจาก The UN Food and Agriculture Organization and the World Health Organization (FAO/WHO) ในปี ค.ศ. ๒๐๐๓ ได้ทำการรวบรวมรายงานการวิจัยโดยทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) และกำหนดข้อเสนอแนะในการบริโภคผักผลไม้ให้ได้วันละ ๔๐๐ - ๖๐๐ กรัม จะเป็นปริมาณการบริโภคที่สามารถช่วยลดการโรคต่างๆ ได้แก่ หัวใจขาดเลือด (ร้อยละ ๓๑) เส้นเลือดในสมองตีบ (ร้อยละ ๑๙) ลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตจากมะเร็งกระเพาะอาหาร (ร้อยละ ๑๙) มะเร็งปอด (ร้อยละ ๑๒) มะเร็งลำไส้ใหญ่ (ร้อยละ ๒) แต่จากรายงานผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย (Thai National Health Examination Survey) ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่า อัตราการบริโภคผักผลไม้ของคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่บริโภคได้อย่างเพียงพอตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกนั้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ ๒๕.๙ จากเดิมร้อยละ ๑๗.๗ เมื่อเทียบกับรายงานผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย (Thai National Health Examination Survey) ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒

สาเหตุที่มีการบริโภคผักผลิมน้อยกว่าข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกนั้น อาจมีความเกี่ยวข้องกับการตรวจพบสารเคมีที่ใช้ในการเกษตร โดยในปี ๒๕๕๔ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในร่างกายของเกษตรกรที่อยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัยสูงถึงร้อยละ ๓๐ นอกจากนี้ ผลการสำรวจของเครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในปี ๒๕๕๙ ได้ตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ตกค้างในผักผลไม้เกินกว่าค่า minimum residue level (MRL) ถึงร้อยละ ๔๖.๔ หากจำแนกตามประเภทแหล่งจำหน่ายพบว่า ผักผลไม้ที่พบการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุดคือ ผักผลไม้ที่ได้ตรารับรองมาตรฐาน Q ซึ่งพบการตกค้างมากถึงร้อยละ ๕๗.๑ และนอกเหนือจากนั้นผักและผลไม้อินทรีย์ที่ได้รับการรับรอง Organic Thailand ซึ่งไม่ควรตรวจพบการตกค้างของสารเคมี กลับพบการตกค้างสูงเกินมาตรฐานถึงร้อยละ ๒๕ ของจำนวน ๑๓๘ ตัวอย่าง ส่งผลให้ประชาชนมีความกังวลใจต่อความปลอดภัยในการบริโภคผักผลไม้ นอกจากนี้สถานการณ์ด้านการผลิต ปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๕ ข้อมูลจากแผนงานขับเคลื่อนความมั่นคงทางอาหารเพื่อสุขภาวะ โดยมูลนิธิชีววิถี พบว่า มีแนวโน้มการลดลงของพื้นที่ปลูกผลไม้มากกว่า ๓.๔ แสนไร่ ส่งผลให้ผลไม้ (และผัก) มีราคาแพงขึ้น จนทำให้ผู้บริโภคต้องจ่ายในราคาสูงขึ้นกว่า ๓ เท่าในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา ซึ่งผู้บริโภคส่วนใหญ่ของประเทศก็ยังไม่สามารถเข้าถึงผักผลไม้ที่มี

คุณภาพมาตรฐานด้านความปลอดภัยได้ เนื่องจากผักผลไม้ดังกล่าวมีราคาแพงกว่าผักผลไม้ที่ไม่ได้มาตรฐาน ประกอบกับรูปแบบการบริโภคของประชาชนในปัจจุบันที่มักจะนิยมบริโภคอาหารนอกบ้านมากกว่าการปรุงประกอบอาหารเพื่อบริโภคเองในครัวเรือน รวมทั้งความนิยมในการบริโภคอาหารสำเร็จรูปที่เพิ่มสูงขึ้น จึงทำให้มีโอกาสในการบริโภคผักผลไม้ที่เป็นส่วนประกอบของอาหารในปริมาณที่น้อยลง

๓. สถานการณ์ด้านความปลอดภัยของระบบอาหาร จากผู้ผลิตถึงผู้บริโภค และโอกาสของการพัฒนาระบบห่วงโซ่คุณค่าอาหารอินทรีย์และอาหารปลอดภัย

จากสถานการณ์ด้านความปลอดภัยของระบบอาหารที่ตรวจพบ สารเคมีทางการเกษตรตกค้าง ตั้งแต่ต้นทางของกระบวนการผลิตไปจนถึงผู้บริโภคดังที่ได้กล่าวไว้ในข้างต้น ทำให้เกิดการตื่นตัวในการบริโภคพืชผักปลอดสารเคมีหรือผักอินทรีย์ (organic vegetable) ซึ่งได้รับความสนใจและขยายตัวอย่างมาก ทั้งการบริโภคภายในประเทศและการส่งออก ส่งผลให้ปริมาณความต้องการผลผลิตผักอินทรีย์คุณภาพมีอัตราสูงขึ้นเป็นลำดับ หน่วยงานภาครัฐของไทยจึงจำเป็นต้องมีมาตรการที่ทำให้เกิดระบบประกันคุณภาพและความปลอดภัย รวมถึงการกำกับดูแลที่เข้มแข็ง ทั้งในส่วนของผักผลไม้ที่ผลิตได้ในประเทศและการนำเข้าจากต่างประเทศ พร้อมทั้งสนับสนุนให้สามารถหาซื้อได้ในราคาที่เหมาะสม เพื่อช่วยทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นด้านคุณภาพและความปลอดภัย ตลอดจนให้ความใส่ใจในการเลือกบริโภคอาหารที่มีความปลอดภัยต่อสุขภาพมากขึ้น สำหรับกลุ่มเกษตรกรในฐานะที่เป็นผู้ผลิตก็มีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้และทักษะในด้านต่างๆ เช่น ด้านวิทยาศาสตร์เกษตร (agricultural science) ด้านเศรษฐศาสตร์ (economics) และด้านบริหารการจัดการธุรกิจ (business administration) ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ทั้งระบบการผลิต การตลาด และการจัดการ ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิธีการผลิตแบบเดิมที่ใช้สารเคมีทางการเกษตร ให้หันมาลด ละ เลิก เพื่อนำไปสู่การเป็นผู้ผลิตเกษตรอินทรีย์ ซึ่งทำให้เกิดห่วงโซ่ของความปลอดภัยตั้งแต่ผู้ผลิตไปจนถึงผู้บริโภค นอกจากนี้เกษตรกรที่ได้รับการพัฒนานั้นยังมีความจำเป็นที่จะต้องรวมกลุ่มกันเป็นสมาชิกเครือข่ายเกษตรอินทรีย์ เพื่อให้มีความเข้มแข็งในการดำเนินงานและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน พร้อมทั้งควรสร้างกลไกในการเชื่อมโยงไปยังกลุ่มผู้บริโภคโดยตรง เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและความเชื่อมั่นในผลผลิตแบบมีส่วนร่วม ซึ่งจะเป็นโอกาสทำให้เกิดระบบห่วงโซ่อาหารอินทรีย์และอาหารปลอดภัยที่ประชาชนผู้บริโภคสามารถเข้าถึงได้มากขึ้น

๔. โอกาสของการผลักดันนโยบาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับโครงสร้างของระบบอาหาร

ในการดำเนินงานขับเคลื่อนงานด้านอาหารนั้น มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลด้านอาหารอยู่หลายฉบับ และอยู่ในอำนาจหน้าที่ของหลายหน่วยงานในกระทรวง ทบวง กรม ซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงานเกี่ยวกับอาหารในมิติที่แตกต่างกัน ขาดการบูรณาการ ขาดความเป็นเอกภาพ และประสิทธิภาพในการกำกับดูแลการดำเนินงานในห่วงโซ่อาหาร ประกอบกับยังขาดนโยบายและยุทธศาสตร์เกี่ยวกับความมั่นคงด้านอาหารทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉิน ตลอดจนการป้องกันการใช้อาหารในการก่อการร้าย รวมทั้งการให้การศึกษา





ด้านอาหารให้ทันต่อสถานการณ์ของสังคมโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้นสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าวจึงเห็นชอบในการออก พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ บังคับใช้เป็นกฎหมายเพื่อให้มี “คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ” เป็นองค์กรหลักในการดำเนินการหรือจัดการ ด้านความมั่นคงด้านอาหารให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ครอบคลุมมิติที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง สามารถ ประสานและบูรณาการ งบประมาณ หรือทรัพยากรในการจัดการอาหารทั้งภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้ ยังเพิ่มเติมมิติอาหารศึกษาเพื่อให้ความรู้หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ประชาชน ผู้ประกอบการและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในวงกว้าง เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันด้านความรู้ที่เพียงพอในการจัดการปัญหาความไม่ปลอดภัยด้านอาหารจาก สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

โดยในปี ๒๕๕๘ คณะรัฐมนตรีได้มีมติแต่งตั้งคณะกรรมการอาหารแห่งชาติชุดใหม่ จึงนับเป็นโอกาสสำคัญ ที่จะขับเคลื่อนและผลักดันนโยบายในด้านอาหาร เนื่องจากแผนอาหารเพื่อสุขภาวะได้สนับสนุนการทำงานให้ กับทีมเลขานุการของคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ ตลอดจนสนับสนุนและเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายทั้งในส่วน สถาบันการศึกษา เครือข่ายรณรงค์ขับเคลื่อนสังคม เครือข่ายด้านโภชนาการ อาหารปลอดภัย และความมั่นคง ทางอาหาร ซึ่งการทำงานร่วมกันของหลากหลายภาคส่วนนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับโครงสร้างของ ระบบอาหารของประเทศไทยต่อไป เช่น การผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนดเป้าหมายเพิ่มอัตราการ บริโภคผักผลไม้ของประชาชนร่วมกัน ผลักดันให้เกิดระบบกำกับดูแลความปลอดภัยผักและผลไม้ตลอดทั้งห่วงโซ่ มาตรการแสดงสัญลักษณ์โภชนาการบนฉลากอาหาร เพื่อเป็นข้อมูลการตัดสินใจเลือกผลิตภัณฑ์อาหารของ ผู้บริโภคเพื่อลดการบริโภคน้ำตาล โซเดียมและไขมัน รวมทั้งผลักดันให้เกิดการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหาร สุขภาวะ เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงอาหารสุขภาวะได้อย่างเพียงพอ

จุดเน้นของแผน

คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ ร่วมกับภาคีของแผนได้ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ ผลการ ดำเนินงานที่ผ่านมา เป้าหมายตามแผน ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) และเป้าหมายตามทิศทาง ๑๐ ปี สสส. จึงให้พัฒนา แผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๐ ที่สอดคล้องกับทิศทางดังกล่าว โดยมีจุดเน้น ดังนี้

๑. ส่งเสริมความรู้และทักษะของประชาชนตามกลุ่มวัยต่างๆ ให้มีขีดความสามารถในการจัดการตัวเอง และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ปลอดภัยและส่งผลดีต่อสุขภาพ รวมถึงมีจิตสำนึกแห่งสุขภาพ ผ่านช่องทางการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในยุคปัจจุบัน โดยจะเพิ่ม สัดส่วนงานสำหรับกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ
๒. ส่งเสริมให้เกิตต้นแบบของระบบห่วงโซ่อาหารของผักผลไม้ที่ปลอดภัยและปลอดภัย เพื่อให้

ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงแหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการผักผลไม้ปลอดภัย โดยจะเชื่อมโยงผักผลไม้ที่ปลอดภัยจากชนบทสู่ผู้บริโภคในเขตเมือง รวมทั้งส่งเสริมการปลูกเพื่อการบริโภคในครัวเรือนและองค์กร

๓. ส่งเสริมการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะในพื้นที่ยุทธศาสตร์ โดยให้ความสำคัญกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนเป็นลำดับแรก ตลอดจนบูรณาการเรื่องการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และทักษะเรื่องความฉลาดรู้ด้านสื่อ ในกิจกรรมการเรียนการสอนของโรงเรียน
๔. รณรงค์เรื่องอาหารปลอดภัยในแหล่งให้บริการอาหารที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย เช่น อาหารริมทาง (Street Food)
๕. ร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์เพื่อผลักดันนโยบายที่จะส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านระบบอาหารสุขภาวะที่มีการพัฒนาข้อเสนอทางวิชาการมาแล้ว เช่น มาตรการทางภาษีเครื่องดื่มน้ำตาลสูง ร่างพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง มาตรการควบคุมการซิงโครไนซ์ในผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพ และยุทธศาสตร์การลดการบริโภคโซเดียมของประเทศไทย ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๘ ฯลฯ

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

อาหารเพื่อสุขภาวะ (healthy food & nutrition) อาหารที่มีคุณลักษณะทางกายภาพและส่วนประกอบที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ปลอดภัย ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และทุกคนสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีปริมาณที่ได้รับเพียงพอ และมีเสถียรภาพ

ปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะ (food environment) คุณลักษณะทางด้านกายภาพ เศรษฐกิจ นโยบาย สังคมวัฒนธรรม การสร้างโอกาสและเงื่อนไข ที่มีผลต่อการเลือกบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และภาวะโภชนาการของประชาชน

การบริโภคผักผลไม้ที่เพียงพอ การบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยและเพียงพอตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (๔๐๐ กรัมต่อวันหรือ ๕ ส่วนมาตรฐาน)

ต้นแบบ ในแผนนี้หมายถึง รูปธรรมของการดำเนินงานให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ใน ๓ กรณี คือ การจัดการให้เกิดการบริโภคอาหารคุณภาพและโภชนาการ การจัดการให้เกิดอาหารปลอดภัย และการจัดการให้เกิดฐานทรัพยากรอาหารที่มั่นคง โดยจะต้องเป็นการจัดการที่บูรณาการหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ใช้กลยุทธ์ของการสร้างความรู้ การสื่อสารขับเคลื่อนสังคม และการผลักดันนโยบาย ซึ่งต้นแบบในที่นี้ อาจมีหน่วยวัดเป็นพื้นที่ องค์กร ชุมชน หรือกลุ่มที่มีบทบาทเคลื่อนไหว (active participant group) ก็ได้





วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้บริโภคผักผลไม้อย่างเพียงพอ โดยส่งเสริมให้เกิดการผลิต การเข้าถึง แหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการผักผลไม้ที่ปลอดภัย ได้อย่างสะดวก รวมทั้งให้ประชาชน มีทักษะและค่านิยมในการปลูกเพื่อบริโภค
๒. เพื่อส่งเสริมให้พื้นที่หรือองค์กรยุทธศาสตร์ได้มีการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุภาพะ ที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสม โดยเน้นที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเด็กวัยเรียน
๓. เพื่อรณรงค์สร้างความเข้าใจและสร้างค่านิยมในการบริโภคอาหารสุภาพะ และการใช้วิถีชีวิตที่มี สุภาพะ สำหรับประชาชนตลอดทุกกลุ่มวัย รวมถึงกลุ่มที่ขาดโอกาส
๔. เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายที่ส่งเสริมระบบอาหารสุภาพะ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

เป้าหมายระดับชาติ และทิศทาง ๑๐ ปี ของ สสส.

๑. เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้เพียงพอตามข้อแนะนำองค์การอนามัยโลก (๔๐๐ กรัมต่อวัน หรือ ๕ ส่วนมาตรฐาน) อย่างน้อยร้อยละ ๒๐ (ข้อมูลปี ๒๕๕๒ คือร้อยละ ๑๗.๗ และเป้าหมายของ ยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ๒๕๖๔ คือ ร้อยละ ๕๐)
๒. ลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียน (อายุ ๖ - ๑๔ ปี) ให้น้อยกว่าร้อยละ ๑๑ ปี (เป้าหมายระยะ ๑๐ ปี อยู่ที่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐)

ตัวชี้วัดหลัก (เป้าหมายระดับแผน)

๑. สนับสนุนให้เกิดมาตรการ/นโยบายระดับชาติอย่างน้อย ๒ มาตรการ/นโยบาย และระดับท้องถิ่น อย่างน้อย ๑๐ มาตรการ/นโยบาย ที่ส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ หรือลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน
๒. เกิดต้นแบบของแหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการ ผักผลไม้เพื่อการบริโภคที่ปลอดภัย/ปลอดภัย รวมทั้ง ๓ ประเภท จำนวน ๕๐ แห่ง
๓. เกิดต้นแบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร ที่มีการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุภาพะ ที่ภาคยุทธศาสตร์สามารถนำไปขยายผลต่อได้ อย่างน้อย ๖๐๐ แห่ง

๔. ผู้บริโภคในกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ความเข้าใจและมีแนวโน้มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้ และมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาวะ **อย่างน้อยร้อยละ ๖๕**

ตัวชี้วัดร่วม

๑. จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กรที่ส่งเสริมการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะ **จำนวน ๑๐๐ แห่ง** (อาทิ การจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียน โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม องค์กร ไร้พุง ฯลฯ) โดยทำงานร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว และแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร และแผนที่เกี่ยวข้องตามแนวทางบูรณาการที่กำหนดไว้
๒. จำนวนชุดความรู้เพื่อการสื่อสาร ที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารสุขภาวะ **จำนวนไม่น้อยกว่า ๑ กรณี** โดยทำงานร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว และแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร และแผนที่เกี่ยวข้องตามแนวทางบูรณาการที่กำหนดไว้

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานด้านการรณรงค์ขับเคลื่อนสังคม การพัฒนาข้อเสนอนโยบาย การพัฒนางานวิชาการและนวัตกรรม ให้ร่วมกันสนับสนุนเป้าหมายระยะ ๑ ปีของแผนอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงเป้าหมายของแผนระยะ ๓ ปี และเป้าหมายระยะ ๑๐ ปีของ สสส. โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของแผน ดังนี้

แนวทางขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ๓ กลุ่มวัย ๒ ตัวชี้วัดหลัก

แผนได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายหลัก ๓ กลุ่ม คือ วัยเด็ก วัยทำงาน และวัยสูงอายุ และออกแบบยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายตามตัวชี้วัดหลัก ๒ เรื่อง คือ การเพิ่มอัตราการบริโภคผัก และผลไม้ปลอดภัยอย่างเพียงพอ และการลดอัตราชุกของโรคอ้วน โดยมีงานเด่นที่จะดำเนินงาน ได้แก่





	ปฐมวัย-วัยเรียน	วัยทำงาน	วัยสูงอายุ
เพิ่ม F&V 	• สร้างระบบห่วงโซ่ผักผลไม้ปลอดภัยเข้าโรงเรียน + ศพด. • ขยายโรงเรียนเด็กไทยแถมใส่ (เกษตรในโรงเรียน + โภชนาการ) • ผนวกสร้างทัศนคติกินผักผลไม้ • สร้างสื่อเรียนรู้สำหรับเด็กผู้ปกครอง และครู	• พัฒนาดันแบบแหล่งผลิตจำหน่าย และบริการผักผลไม้ปลอดภัยใกล้บ้าน • ระบบรับรองความปลอดภัยผัก ผลไม้ • ส่งเสริมสวนผักคนในเมือง • ควบคุมสารเคมีทางการเกษตร • สื่อสารความรู้ ผนวกสร้างทัศนคติ	• ส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุในการถ่ายทอดภูมิปัญญาอาหารปลอดภัยในศูนย์เรียนรู้ของเครือข่ายอาหารปลอดภัย • พัฒนาและเผยแพร่เมนูอาหารสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
ลดอ้วน 	• ส่งเสริม ศพด. อ่อนหวาน และโภชนาการสมวัย • ส่งเสริมโรงเรียนเด็กไทยแถมใส่ และโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม • ส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อ และกลไกกำกับดูแลโฆษณาในรายการเด็ก • สื่อสารความรู้ และผนวก Active Play และ Live Healthier	• พัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารสุขภาพ (ลดหวานมันเค็ม) • ส่งเสริมเมนูสุขภาพในแหล่งบริการอาหารขององค์กร • สร้างต้นแบบองค์กรไร้พุง • ผลักดันฉลากสัญลักษณ์โภชนาการ • สื่อสารความรู้ และผนวก Live Healthier	• พัฒนาและเผยแพร่ความรู้การดูแลน้ำหนัก สมรรถภาพทางกาย ของผู้สูงอายุ • ส่งเสริมศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุเรื่องการรักษาสมดุลของน้ำหนักตัว และการบริโภค • สื่อสารความรู้ และผนวก Live Healthier

แผนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การบริโภคผักและผลไม้ใน ๓ กลุ่มวัยตลอดห่วงโซ่อาหาร

วิธีการ / กลุ่มวัย/ setting	วัยเด็ก บ้าน/ศพด./โรงเรียน/ชุมชน	วัยทำงาน บ้าน/ชุมชน/ที่ทำงาน	วัยสูงอายุ บ้าน/ชุมชน
การผลิตอาหาร	• การทำเกษตรเพื่อการเรียนรู้และบริโภคในโรงเรียน • ส่งเสริมบทบาทชุมชนเชื่อมโยงผลผลิตเข้าสู่ ศพด.และโรงเรียน	• ส่งเสริมให้ชุมชนอนุรักษ์และฟื้นฟูความหลากหลายของผักผลไม้ในท้องถิ่น • ขยายพื้นที่เกษตรอินทรีย์/ยั่งยืน • ส่งเสริมสวนผักในเมือง (บ้าน ชุมชน โรงงาน ที่ทำงาน)	• ส่งเสริมผู้สูงอายุในชุมชนให้ถ่ายทอดภูมิปัญญาและวัฒนธรรมอาหาร • ส่งเสริมผู้สูงอายุปลูกผักผลไม้ในบ้านและชุมชน
แหล่งจำหน่าย	• พัฒนาระบบห่วงโซ่ผักผลไม้ปลอดภัย เข้า ศพด./โรงเรียน	• สร้างและขยายตลาดผักผลไม้อินทรีย์/ปลอดภัย ทั้งในระดับบ้าน ชุมชน ท้องถิ่น ที่ทำงาน รวมทั้งใช้ระบบ CSA • การรับรองเกษตรอินทรีย์แบบมีส่วนร่วม PGS • ร่วมมือกับผู้ประกอบการเพื่อเฝ้าระวังแหล่งจำหน่ายผักผลไม้ให้ปลอดภัยจากสารเคมี	
การบริโภค (เพิ่มผักผลไม้ และลดโรคอ้วน)	• สร้างสื่อเรียนรู้สำหรับเด็กเยาวชน/รณรงค์การกินผักผลไม้ • กำกับดูแลการโฆษณาขนมในรายการเด็ก	• พัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารทางเลือกสุขภาพ • ส่งเสริมการจัดเมนูอาหารสุขภาพในที่ทำงาน • ส่งเสริมการทำองค์กรไร้พุง	• พัฒนาเมนูอาหารสุขภาพผู้สูงอายุ • ส่งเสริมศักยภาพชมรมผู้สูงอายุเรื่องการบริโภค
	• สื่อสารความรู้และรณรงค์ Live Healthier ครอบครัว ๓ กลุ่มวัย		
นโยบายอาหาร	• มาตรการฉลากสัญลักษณ์อย่างง่าย • มาตรการลดการบริโภคหวานมันเค็ม • มาตรการจัดการอาหารและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในโรงเรียน • ร่างพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง • นโยบายควบคุมสารเคมีการเกษตร		





แนวทางบูรณาการ

แผนให้ความสำคัญกับแนวทางบูรณาการตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลักของ สสส. และตามทิศทางที่คณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ ให้เน้นเรื่องการขับเคลื่อนงานภายใต้มิติของสุขภาวะแบบองค์รวม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต แผนจึงได้กำหนดแนวทางการบูรณาการ ดังนี้

๑. เน้นบูรณาการกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา โดยกำหนดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่นำร่อง และแผนการสื่อสารสังคมร่วมกัน ในด้านที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย และการรู้เท่าทันสื่อ โดยมีจุดร่วมอยู่ที่กลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยเรียนซึ่งมีแนวโน้มของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนสูงขึ้นเรื่อยๆ
๒. จัดการความรู้และถอดบทเรียนต้นแบบของการขับเคลื่อนเพิ่มการบริโภคผักผลไม้และลดอาหารหวานมันเค็ม ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยแผนฯ จะนำองค์ความรู้และบทเรียนความสำเร็จดังกล่าวไปใช้ขยายผลร่วมกับแผนสุขภาวะเด็กและเยาวชน แผนองค์กรสุขภาวะ แผนสุขภาวะชุมชน แผนควบคุมยาสูบ แผนส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ และแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรม
๓. ส่งเสริมระบบเกษตรกรรมชุมชนเพื่อการบริโภคอาหารปลอดภัย และสวนผักคนเมือง โดยเน้นที่ชุมชนเมือง และชุมชนแออัดเขตเมืองเป็นลำดับต้น ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ซึ่งมีงานพื้นที่สุขภาวะในชุมชนเมือง แผนสร้างเสริมสุขภาวะองค์กร แผนส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ และแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรม
๔. พัฒนาขีดความสามารถของผู้สูงอายุ และกลุ่มขาดโอกาส ในการเข้าถึงอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม อาทิ การพัฒนาเมนูอาหารผู้สูงอายุ การฟื้นฟูแหล่งอาหารชุมชน ฯลฯ ร่วมกับแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ และแผนส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ
๕. พัฒนางานสื่อสารรณรงค์ร่วมกับแผนสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม และแผนส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ เพื่อสื่อสารสร้างความเข้าใจเรื่องการบริโภคอาหาร ปรับเปลี่ยนทัศนคติของกลุ่มเป้าหมายผ่านช่องทางการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในยุคปัจจุบัน และขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น

แนวทางสร้างความยั่งยืน

๑. มุ่งเน้นการทำงานเพื่อสร้างระบบและกลไก โดยร่วมมือกับคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข ขับเคลื่อนงานตามนโยบาย และผลักดันให้เกิดมาตรการ/นโยบายที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบอาหารเพื่อสุขภาพของประเทศ โดยมีแผนการขับเคลื่อนนโยบายตลอดทั้งปี ๒๕๖๐ อาทิ นโยบายลดการบริโภคหวาน นโยบายการจัดการคุณภาพอาหารกลางวันในโรงเรียน ร่างพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง มาตรการกำกับดูแลเนื้อหาและโฆษณาในรายการโทรทัศน์สำหรับเด็ก มาตรการควบคุมการชิงโชคในผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพ มาตรการฉลากสัญลักษณ์โภชนาการ นโยบายเกษตรกรรมยั่งยืนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ การปรับปรุงพระราชบัญญัติวัตถุอันตรายที่คุ้มครองสุขภาวะมากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมขยายผลระบบเกษตรกรรมและอาหารที่ยั่งยืน ฯลฯ
๒. บูรณาการกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ชุมชน ท้องถิ่น และสถานประกอบการ ให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหารของประชาชน และการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การบริโภคผักผลไม้ปลอดภัยให้เป็นเป้าหมายระดับชาติ และเกิดเจ้าภาพในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
๓. พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายครูที่เลี้ยงด้านการจัดการอาหารและโภชนาการ และเครื่องมือการติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพของเด็กด้วยตนเอง
๔. แสวงหาความร่วมมือกับภาคส่วนใหม่ๆ เช่น ภาคธุรกิจเพื่อสังคม เพื่อขยายงานระบบห่วงโซาอาหารปลอดภัยให้เข้าถึงประชาชนมากขึ้น และมุ่งพัฒนาศักยภาพขององค์กรภาคีให้สามารถขับเคลื่อนระบบอาหารปลอดภัยได้อย่างยั่งยืน

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วย ๒ กลุ่มแผนงาน ที่คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีมติให้ดำเนินการได้แก่

๑. กลุ่มแผนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาวะ
๒. กลุ่มแผนงานความมั่นคงและความปลอดภัยในระบบอาหาร

มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้





๑. กลุ่มแผนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาวะ

ครอบคลุมแผนงานและโครงการที่ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนค่านิยมและพฤติกรรมของผู้บริโภค อาหารสุขภาพที่ครอบคลุมกลุ่มวัย การเพิ่มสัดส่วนการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัย การจัดการคุณภาพอาหารและโภชนาการในโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็ก การสื่อสารณรงค์ ฯลฯ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- (๑) พัฒนายุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารสุขภาพและโภชนาการที่จำแนกตามกลุ่มวัย เพื่อให้เกิดการวางแผนสื่อสารสังคมและขับเคลื่อนรณรงค์ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยจะเน้นที่กลุ่มเด็กวัยเรียนเป็นสำคัญ รวมทั้งเพิ่มการทำงานสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุให้มากขึ้น
- (๒) จัดกลไกแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายให้ครอบคลุมระบบการผลิต-การกระจาย (การจำหน่ายและบริการ) การบริโภคอาหารสุขภาพและโภชนาการ รวมถึงยุทธศาสตร์การส่งเสริมการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และอาหารสุขภาพที่ลดหวานมันเค็ม ในโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงพยาบาล สถานที่ราชการ สถานประกอบการ สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้เกิดต้นแบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลตามเป้าหมายในพื้นที่และองค์กรนำร่อง การเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเรื่องการบริโภคที่สอดคล้องกับพฤติกรรม การมีกิจกรรมทางกาย การขับเคลื่อนนโยบายที่เอื้อต่อการส่งเสริมอาหารและโภชนาการที่มีคุณภาพเหมาะสมตามวัยตลอดทุกช่วงวัย โดยเน้นกลุ่มวัยเด็กและวัยเรียน และสนับสนุนให้มีการบริโภคอาหารตามวัตถุดิบและวัฒนธรรมของท้องถิ่น
- (๓) ร่วมกับแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา กลุ่มสนับสนุนงานการตลาดเพื่อสังคม และศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ วางแผนสื่อสารรณรงค์ให้เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและสร้างค่านิยมพฤติกรรมบริโภคอาหารคุณภาพและโภชนาการ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ลดอาหารหวานมันเค็ม ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตลอดจนการสร้างทักษะชีวิตให้แก่ครอบครัวและชุมชนในการเลือกบริโภคอาหารสุขภาพ การรู้เท่าทันการตลาดอาหาร รวมทั้งการสร้างช่องทางสื่อสารและช่องทางการตลาดเพื่อเชื่อมโยงระหว่างเกษตรกรผู้ผลิต ตลาด และผู้บริโภค
- (๔) สนับสนุนงานวิจัยและพัฒนา การจัดการความรู้ และการจัดแหล่งเรียนรู้ในพื้นที่และองค์กร เพื่อให้เกิดการนำงานวิชาการไปเป็นฐานพัฒนายุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนมาตรการและนโยบาย และการรณรงค์สร้างค่านิยมในสังคม
- (๕) ส่งเสริมความร่วมมือกับภาคผู้ผลิต ให้เกิดต้นแบบของอาหารสุขภาพและโภชนาการที่แพร่หลายและเข้าถึงผู้บริโภค

- (๖) สนับสนุนและผลักดันให้เกิดมาตรการหรือนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวกับการลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เช่น มาตรการจัดการอาหารและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในโรงเรียน ร่างพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง มาตรการฉลากสัญลักษณ์อย่างง่าย มาตรการลดการบริโภคหวานมันเค็ม ฯลฯ
- (๗) ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และระเบียบวาระการจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียน ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์อาหารแห่งชาติ

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วย โครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โครงการรณรงค์เพื่อเด็กไทยไม่กินหวาน โครงการลดการบริโภคเค็ม (โซเดียม) โครงการพัฒนาศูนย์เรียนรู้เด็กไทยดูดีมีพลานามัย โครงการสื่อสารรณรงค์เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ โครงการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านอาหารและโภชนาการ โครงการศูนย์เรียนรู้เด็กไทยแฉะใส โครงการพัฒนาและส่งเสริมการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” โครงการส่งเสริมการผลิตและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหาร OTOP เพื่อสุขภาพ โครงการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านอาหารเพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ฯลฯ

๒. กลุ่มแผนงานความมั่นคงทางอาหารและความปลอดภัยในระบบอาหาร

ครอบคลุมแผนงานและโครงการที่ส่งเสริมการเชื่อมโยงของระบบอาหาร จากการผลิตถึงการกระจายและสู่ผู้บริโภค โดยเน้นที่ความมั่นคงของครอบครัว และชุมชนฐานเกษตร ความหลากหลายทางพันธุกรรม การพัฒนาระบบความสัมพันธ์ของผู้ผลิตกับผู้บริโภค การพัฒนาระบบรับรองมาตรฐานความปลอดภัยของผักผลไม้ ตลาดสีเขียว กิจกรรมเพื่อสังคมที่ส่งเสริมระบบนิเวศอาหารยั่งยืน ฯลฯ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- พัฒนายุทธศาสตร์และจัดกลไกแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย ให้ครอบคลุมระบบการผลิต-การกระจาย-การตลาด-การบริโภค ตั้งแต่การเสริมสร้าง พื้นฟู ขยายฐานทรัพยากรอาหารและความหลากหลายทางชีวภาพ ส่งเสริมระบบการผลิตที่ปลอดภัยและยั่งยืนของทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภค สนับสนุนระบบการตรวจสอบรับรองคุณภาพความปลอดภัยของผักผลไม้ที่ได้มาตรฐานเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้บริโภค การสนับสนุนเครือข่ายความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลระหว่างผู้ผลิตและผู้บริโภค การเชื่อมโยงผลผลิตสู่ตลาด อาทิ ตลาดชุมชน ตลาดสีเขียว ฯลฯ การพัฒนาปัจจัยต่างๆ ที่จะนำไปสู่ความเข้มแข็งของระบบนิเวศอาหารที่ยั่งยืน การสร้างความตระหนักของสังคมในคุณค่าของวิถีการผลิตที่มั่นคงและยั่งยืน รวมถึงมาตรการที่ส่งผลต่อการควบคุมการเข้าถึงอาหารไม่ปลอดภัยของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก





๒. สนับสนุนให้เกิดต้นแบบและศูนย์เรียนรู้ของการจัดการพื้นที่และชุมชนที่มีระบบการผลิตและการกระจายอาหารที่ยั่งยืน และต้นแบบด้านการจัดบริการอาหารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลตามเป้าหมายในพื้นที่และองค์กรนำร่อง โดยจะให้ความสำคัญกับพื้นที่เกษตรยั่งยืนในชุมชนเมืองและชุมชนแออัดเมือง เป็นลำดับต้น
๓. สนับสนุนงานวิจัยและพัฒนา การจัดการความรู้ การจัดทำฐานข้อมูล เพื่อให้เกิดการนำงานวิชาการไปเป็นฐานพัฒนายุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนมาตรการและนโยบาย และการรณรงค์สร้างค่านิยมในสังคม
๔. แสวงหาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายภาคธุรกิจเพื่อสังคม เพื่อขยายโอกาสของการพัฒนาระบบการจัดการ การตลาด และการกระจาย ผลผลิตและอาหารที่ปลอดภัยสู่ผู้บริโภค ให้เกิดเป็นระบบนิเวศอาหารที่ยั่งยืน
๕. ส่งเสริมการปลูกผักในครัวเรือน สวนผักคนเมือง สวนผักในองค์กร โดยทำให้ความรู้ และเครื่องมือมีความแพร่หลาย ผู้บริโภคเข้าถึงได้ง่าย และเกิดเป็นกระแสค่านิยมใหม่ในสังคม
๖. ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์อาหารแห่งชาติ และมติสมัชชาปฏิรูปว่าด้วยการจัดการทรัพยากรในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงของฐานทรัพยากรอาหาร การควบคุมสารเคมีที่ไม่ปลอดภัยทางการเกษตร การขับเคลื่อนงานเกษตรอินทรีย์ในเรื่องศูนย์วิจัยสินค้าอินทรีย์ รวมทั้งการขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายระดับชาติเพื่อส่งเสริมและขยายผลระบบเกษตรกรรมและอาหารที่ยั่งยืนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วย แผนงานสนับสนุนความมั่นคงทางอาหาร (ครอบคลุมพื้นที่ระดับภูมิภาค) โครงการพัฒนาระบบเกษตรกรรมยั่งยืน โครงการส่งเสริมความมั่นคงทางอาหารชุมชนชาติพันธุ์ในประเทศไทย โครงการพัฒนาต้นแบบระบบอาหารปลอดภัยในจังหวัดนำร่อง เช่น โครงการเกษตรสีเขียวอาหารปลอดภัยเชียงรายเป็นสุขสามพรานโมเดล โครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระบบอาหารเพื่อสุขภาพประชาชนจังหวัดสงขลา จันทบุรี อาหารปลอดภัย เชียงใหม่อาหารปลอดภัย ฯลฯ โครงการสวนผักคนเมือง โครงการเพิ่มศักยภาพชุมชนเกษตรปลอดภัยด้วยกระบวนการเรียนรู้ผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ โครงการฟาร์มสร้างสุขรามา โครงการเครือข่ายสายสืบผักผลไม้ปลอดภัย โครงการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเรื่องการควบคุมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โครงการเชื่อมโยงผลผลิตอินทรีย์และอาหารสุขภาพเข้าสู่สถานประกอบการเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงาน โครงการจัดการระบบการผลิตและการตลาดเกษตรอินทรีย์ตลอดห่วงโซ่คุณค่าเพื่อสร้างสุขภาพดีแก่ผู้บริโภค เกษตรกร ฯลฯ

ภาคีหลัก

ประกอบด้วย

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

ภาคีด้านวิชาการ อาทิ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สถาบันจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ สถาบันวิจัยและสถาบันการศึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการเกษตรและฐานทรัพยากรอาหาร ด้านการตลาดสุขภาพ ฯลฯ

ภาคีด้านการขับเคลื่อนสังคม อาทิ เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน เครือข่ายลดเค็ม เครือข่ายคนไทยไร้พุง เครือข่ายนมแม่ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพด้านอาหาร-โภชนาการและคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายสมัชชาปฏิรูปด้านการจัดการทรัพยากร เครือข่ายสื่อสารสุขภาพ เครือข่ายเด็กไทยแก้มใส เครือข่ายตลาดสีเขียว เครือข่ายเกษตรอินทรีย์ ฯลฯ

ภาคีภาคธุรกิจเพื่อสังคม อาทิ เครือข่ายปลูกพลังเปลี่ยนไทย สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สำนักงานกิจการเพื่อสังคม ฯลฯ

แนวทางการบริหารจัดการแผน

กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ โดยมีสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก ๕) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการโดยยึดหลักการบริหารที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ผลกระทบ ความคุ้มค่า ความยั่งยืน และความน่าเชื่อถือจากสังคม พร้อมไปกับการสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพของภาคีเครือข่าย





งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาวะ	๗๗
๒. กลุ่มแผนงานความมั่นคงและความปลอดภัยในระบบอาหาร	๑๑๕
รวม	๑๙๒

๑๕

แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ

สถานการณ์และแนวโน้ม

๑. พฤติกรรมการใช้ชีวิต (lifestyle) ของคนในยุคปัจจุบัน มีเทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในชีวิตมากขึ้น ทั้งด้านการติดต่อสื่อสาร การเดินทางคมนาคม ด้านการศึกษา ด้านการทำงาน และด้านการใช้ชีวิต ส่งผลให้ พฤติกรรมดำเนินชีวิตของคนยุคปัจจุบัน เต็มไปด้วยความสะดวกรวดเร็ว อีกทั้งในแต่ละวันยังต้องนั่งเรียน หนังสือ นั่งทำงานหน้าคอมพิวเตอร์ นั่งประชุม นั่งอยู่บนรถขณะรถติด นั่งดูโทรทัศน์ รวมทั้งนั่งจ้องหน้าจอ สมาร์ทโฟน ขาดการเคลื่อนไหว ส่งผลให้เกิดปัญหาภาวะเนือยนิ่ง (Sedentary Behavior) ทำให้กล้ามเนื้อหลาย ส่วนไม่ถูกใช้งาน นอกจากนี้ปัญหสุขภาพจากการทำงานและการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสมจากการรับประทานอาหาร หวาน-มัน-เค็ม มากเกินไป การขาดการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกาย (physical activity) อย่าง สม่ำเสมอ การพักผ่อนไม่เพียงพอ ความเครียด รวมทั้งการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และเสพสิ่งเสพติด ล้วนแต่นำไปสู่ การเกิดโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกลุ่มโรค NCDs ที่มีสถิติผู้เจ็บป่วยและเสียชีวิตสูงเป็นอันดับหนึ่ง และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ^{๑๑๑}

๒. ปัจจุบัน ประชาชนสามารถสื่อสารและรับส่งข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็วหลายช่องทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์เพิ่มมากขึ้น อันเนื่องมาจากการพัฒนาเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และเทคโนโลยี การสื่อสารไร้สายความเร็วสูง (4G/Wifi/WiMax) กอปรกับการพัฒนาอุปกรณ์สื่อสารไร้สาย อาทิ โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ตที่มีประสิทธิภาพดีในราคาที่ถูกลงเรื่อยๆ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการสื่อสารออนไลน์ได้ อย่างง่ายดาย ทำให้การสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ อาทิ facebook (Facebook Live) Messenger Instagram Twitter Line WhatsApp Snapchat ฯลฯ แพร่หลายอย่างรวดเร็ว อีกทั้งการเปลี่ยนผ่านระบบ การรับ - ส่งสัญญาณโทรทัศน์จากระบบ “แอนะล็อก” เป็นระบบ “ดิจิทัล” (Digital Television) ตามประกาศ ของคณะกรรมการกิจการกระจายเสียงกิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ทำให้จำนวน ช่องฟรีทีวีเพิ่มขึ้นจาก ๕ ช่อง เป็น ๒๔ ช่อง อีกทั้งการขยายตัวของเคเบิลทีวี และช่องรายการดาวเทียม และการ เกิดขึ้นของแอปพลิเคชันรับชมวิดีโอคลิปและรายการโทรทัศน์แบบย้อนหลัง (VDO On Demand) ต่างๆ อาทิ

^{๑๑๑} ข้อมูลจากสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ปี ๒๕๕๒ (สำรวจ ๔ ปี/ครั้ง) ระบุว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยกลุ่มโรค NCDs ถึง ๑๔ ล้านคน เสียชีวิตมากกว่า ๓ แสนคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๗๓ ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมด และมากกว่าครึ่งเสียชีวิตก่อนอายุ ๖๐ ปี คิดเป็นมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง ๒ แสนล้านบาท/ปี





Youtube LINE TV ฯลฯ ส่งผลให้ประชาชนมีทางเลือกในการรับชมรายการที่หลากหลาย จะชมรายการอะไร (Anything) ที่ไหน (Anywhere) เมื่อไหร่ (Anytime) และด้วยวิธีการใด (Anyhow) ก็ได้ตามความสนใจหรือตามความต้องการของตน (Lifestyle and Insight) ได้อย่างอิสระ ทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการใช้ชีวิต หรือไลฟ์สไตล์ ตามความสนใจของตนที่แตกต่างจากคนอื่นๆ และมีการรวมตัวของกลุ่มคนที่มีความสนใจเหมือนกันผ่านโลกออนไลน์ และออกมาทำกิจกรรม หรือแสดงอัตลักษณ์ตามไลฟ์สไตล์ของกลุ่ม ฉะนั้น การสื่อสารหรือการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับความสนใจและความต้องการของแต่ละกลุ่มจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาและออกแบบอย่างเฉพาะเจาะจงมากขึ้น

๓. การออกแบบการสื่อสารและกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างความเข้าใจสุขภาวะแก่สาธารณชน จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้เท่าทันกับพลวัตทางสังคมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในยุคปัจจุบัน โดยมุ่งเน้นที่ “กระบวนการเรียนรู้” มากกว่า “องค์ความรู้” เพราะหากผู้เรียนรู้มี “ทักษะในการเรียนรู้และวิธีเรียนรู้ที่ดี” ก็ย่อมสามารถขวนขวายหาความรู้จากสื่อการเรียนรู้ต่างๆ ตามความสนใจได้ด้วยตนเอง ซึ่งถือเป็น “การเรียนรู้ด้วยความกระตือรือร้น (active learning)” เป็น “การเรียนรู้จากการลงมือทำ” เช่น การเรียนรู้ผ่านกิจกรรมนอกหลักสูตร/นอกห้องเรียน ผ่านแหล่งเรียนรู้ต่างๆ ทำให้ได้สัมผัสประสบการณ์การเรียนรู้ ได้ทดลองทำ จะยิ่งทำให้ผู้เรียนจดจำ และเกิดการเรียนรู้จากภายในอย่างแท้จริง เป็นการเสริมสร้างหรือพัฒนาทักษะการใช้ชีวิตที่ตรงกับความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย ทำให้สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้จริงได้ในชีวิตประจำวัน มีทักษะในการใช้ชีวิตที่รู้เท่าทัน มีภูมิคุ้มกัน และนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

๔. ปัจจุบันอัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุของประเทศไทยเป็นไปอย่างรวดเร็ว และเริ่มเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ - ๒๕๔๙ เป็นต้นมา ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติล่าสุดในปี ๒๕๕๗ พบว่ามีผู้สูงอายุ อายุ ๖๐ ปีขึ้นไปจำนวน ๑๐ ล้านกว่าคน หรือเกือบร้อยละ ๑๕ ของประชากรทั้งประเทศ เพิ่มขึ้น ๒ เท่าตัวในรอบ ๒๐ ปี กว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในชนบท และคาดว่าในปี ๒๕๖๔ จะเพิ่มเป็นร้อยละ ๒๐ ทำให้อัตราของประชากรในวัยทำงานมีแนวโน้มที่จะลดลงอย่างต่อเนื่อง

๕. อย่างไรก็ตามปัจจุบันผู้คนเริ่มหันมาให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองให้แข็งแรง และให้ความสำคัญกับสมดุลของการทำงานและการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะมากขึ้น แนวคิดของการใช้ชีวิตอย่างพอเพียง การใช้ทรัพยากรอย่างรู้คุณค่า การกลับเข้าหาธรรมชาติ ความรับผิดชอบต่อสังคมและธรรมาภิบาล จึงเป็นสิ่งที่สังคมให้ความสำคัญมากยิ่งขึ้น ดังนั้น กิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพและการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ จึงเป็นประเด็นที่อยู่ในความสนใจของประชาชนทั่วไปในยุคปัจจุบัน

๖. ปี ๒๕๕๙ ที่ผ่านมา แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะได้สื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างความเข้าใจ และความตระหนักเรื่องสุขภาวะต่อสาธารณชนในวงกว้างในประเด็นต่างๆ พร้อมทั้งการขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะของ สสส. และภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านการส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะในเชิงลึก และ

สร้างประสบการณ์ตรงแก่กลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาวะ กลุ่มเด็กเยาวชน กลุ่มคนวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ ตลอดจนประชาชนทั่วไปทั้งพื้นที่ในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และกระจายสู่ภูมิภาคทั่วประเทศ ดังนี้

- (๑) การสร้างความเข้าใจต่อสังคมในเรื่อง “กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกลุ่มโรค NCDs” ที่เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม ผ่านการสื่อสารรณรงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคในกลุ่ม NCDs อาทิ การสื่อสารรณรงค์เพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ชุด “อ๊ะม่วน พระคุณที่ไม่ทันทดแทน” สื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักเรื่องผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับรถ (เมาแล้วขับ) ภายใต้แนวคิด “ดื่มแล้วขับ นับเป็นฆาตกร” รวมทั้งตอกย้ำแนวคิดและความสำเร็จของโครงการสื่อสารรณรงค์ “ให้เหล้า = แย่” “งานบุญปลอดเหล้า” และ “งดเหล้าเข้าพรรษา ปี ๒๕๕๙” รวมทั้งสื่อสารรณรงค์เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มเด็กและเยาวชน เพื่อลดภาวะโรคอ้วนในเด็ก ภายใต้แนวคิด “Active Play ออกมาเล่น แอคทีฟ ๖๐ นาทีทุกวัน” โครงการสื่อสารรณรงค์ “ลดพุง ลดโรค ชีวิตใหม่ใน ๖๐ วัน (60 DAY Best of Me)” เพื่อส่งเสริมให้คนไทยหันมาดูแลสุขภาพมากขึ้น และโครงการ “โอกาสทองคุยเรื่องเพศกับลูก เปิดโอกาสคุย... ปิดโอกาสพลาด” เพื่อให้ พ่อแม่ผู้ปกครองมีความเข้าใจในการสื่อสารเรื่องเพศกับลูกอย่างถูกต้องมากขึ้น
- (๒) ร่วมมือกับพันธมิตรเครือข่ายแหล่งเรียนรู้ที่มีศักยภาพในพื้นที่เพื่อพัฒนาและยกระดับสู่การเป็น “ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาค” จำนวนทั้งหมด ๔ พื้นที่ ได้แก่ (๑) ศูนย์วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมเพื่อการศึกษาร้อยเอ็ด (๒) ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาลำปาง (๓) ศูนย์การเรียนรู้เมืองฉะเชิงเทรา (๔) อุทยานการเรียนรู้ยะลา
- (๓) จัดหลักสูตรฝึกอบรมให้กับกลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาวะเพื่อขยายผลงานของ สสส. จำนวน ๕ หลักสูตร อาทิ หลักสูตรฝึกอบรมโครงการ “โอกาสทองคุยเรื่องเพศกับลูก เปิดโอกาสคุย... ปิดโอกาสพลาด” เพื่อเสริมทักษะให้พ่อแม่ผู้ปกครองมีทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศกับลูกโดยมีความเข้าใจที่ถูกต้องใน ๓ ด้าน ได้แก่ (๑) ทักษะคิดเรื่องเพศ (๒) ความรู้เรื่องเพศ และ (๓) ทักษะพูดคุยสื่อสาร เพื่อลดปัญหา การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น เป็นต้น
- (๔) จัดแสดงนิทรรศการเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะนิทรรศการหมุนเวียนเรื่อง “รู้ทันควัน” (Know Smoking) นิทรรศการสัญจรและคาราวานสุขภาวะเรื่อง “ลดพุงลดโรค” เพื่อรณรงค์ส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้ และลดภาวะโรคอ้วนในเด็กและเยาวชน นิทรรศการ “SEX วัยรุ่น...เลือกได้” เพื่อส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น นิทรรศการ “Check in คนทันควัน” เพื่อส่งเสริมการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กและเยาวชน





(๕) จัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะในประเด็นสุขภาวะทั้ง ๔ มิติ (กาย ใจ ปัญญา และสังคม) เพื่อพัฒนาทักษะการใช้ชีวิตที่รู้เท่าทัน รวมถึงการใช้ชีวิตอย่างสมดุลให้แก่กลุ่มเด็กและเยาวชน ตลอดจนประชาชนทั่วไปผ่านกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย กิจกรรมสอนปลูกผักปลอดสารพิษ กิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้และเสริมสร้างขีดความสามารถทักษะชีวิตด้านต่างๆ กิจกรรมสุขตะลอนทัวร์แหล่งเรียนรู้สร้างสรรค์ กิจกรรมค่ายเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตให้แก่เด็กและเยาวชนในช่วงปิดภาคเรียน

(๖) การสนับสนุนชุดองค์ความรู้และสื่อสุขภาวะต่างๆ อาทิ ชุดความรู้พร้อมใช้ (Knowledge Package) ชุดสื่อการเรียนรู้ นิตยสาร และสื่อองค์ความรู้ต่างๆ เป็นต้น และการให้บริการห้องสร้างปัญญาและศูนย์บริการข้อมูลข่าวสาร (Resource Center)

๗. จากทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่มุ่งหวังให้ “ทุกคนบนแผ่นดินไทย มีขีดความสามารถ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ” กอปรกับกรอบนโยบายและจุดเน้นในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๐ ของคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่กำหนดให้

(๑) ใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี เพื่อการบูรณาการการทำงาน และมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ ภายใต้กลไกการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับแนวทางการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับ สสส. ภายใต้แผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐

(๒) ขยายฐานผู้รับประโยชน์ ผ่านการพัฒนาจากทุนความรู้ เพื่อเสริมพลังสังคมให้เกิดความตื่นรู้ในด้านสุขภาพ ในประชากรที่กว้างขวางขึ้น รวมถึงการพัฒนาและปรับปรุงชุดความรู้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อขยายสู่ผู้รับประโยชน์ในพื้นที่ องค์กรที่กว้างขึ้น

(๓) สร้างความยั่งยืน โดยมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อนหลัก พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย เน้นหนุนเสริมการพัฒนาประเทศที่สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูปและสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนใหม่ๆ

(๔) มุ่งสร้างนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ และเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

(๕) ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมถึงประสานภาพรวม เพื่อเตรียมความพร้อมและพัฒนาคนในทุกช่วงวัย รองรับสังคมผู้สูงอายุ

รวมทั้งข้อเสนอแนะของคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงาน สสส. ที่เสนอให้ “ควรเร่งส่งเสริมการจัดการความรู้ และการขยายผลงานหรือนวัตกรรมที่สำคัญที่ สสส. และภาคีได้พัฒนาขึ้น เพื่อเผยแพร่และขยายผลต่อไปในพื้นที่และชุมชนต่างๆ โดยเสริมสร้างให้ภาคีมีขีดความสามารถในการนำผลงานไปส่งต่อให้แก่หน่วยงานต่างๆ ที่มีหน้าที่หลักในการพัฒนาสุขภาวะของประชาชนในชุมชนและพื้นที่ต่างๆ ไปดำเนินการต่อ เพื่อให้เกิดการขยายผลและส่งผลต่อประชากรกลุ่มต่างๆ ที่เป็นเป้าหมายมากที่สุด” นั้น

ดังนั้น ในปี ๒๕๖๐ แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ จึงมุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อขยายผลงาน หรือนวัตกรรมสำคัญที่ สสส. และภาคีเครือข่ายได้พัฒนาขึ้น ผ่านเวทีและช่องทางที่ภาคีดำเนินการ รวมถึงการพัฒนาและบูรณาการงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ การสื่อสารรณรงค์การตลาดเพื่อสังคม รวมทั้งเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านชุดองค์ความรู้ด้านสุขภาวะ กิจกรรม และเครื่องมือส่งเสริมการเรียนรู้ในรูปแบบที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาวะ ขยายผล และต่อยอดองค์ความรู้สุขภาวะให้กับผู้รับประโยชน์ทั้งระดับบุคคล ผู้นำการเปลี่ยนแปลง องค์กร และชุมชนที่กว้างขวางขึ้น สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

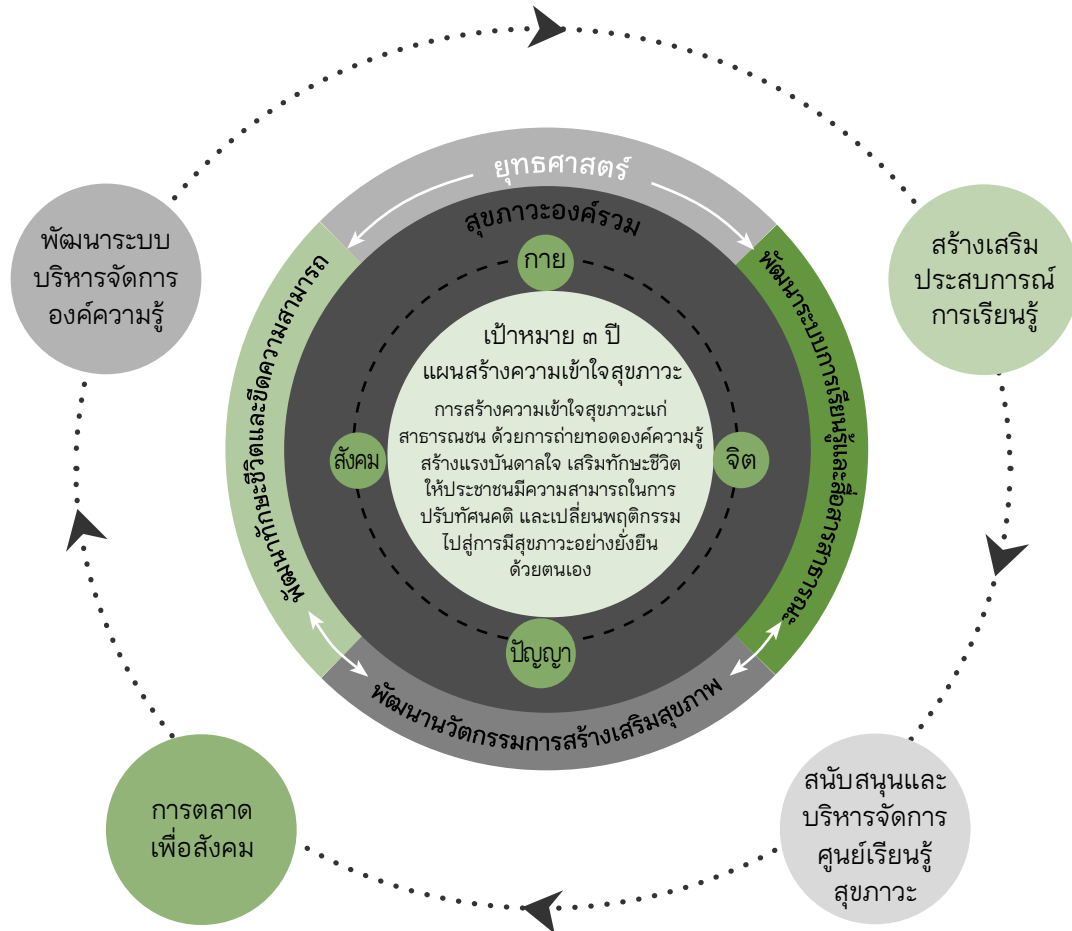
วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจสุขภาวะแก่สาธารณชน ผ่านการสื่อสารแนวคิด นวัตกรรม และกระบวนการดำเนินงาน (working model) สร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจแก่หน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ที่มีหน้าที่หลักในการพัฒนาสุขภาวะของประชาชนในชุมชนและพื้นที่ต่างๆ ตลอดจนประชาชนทั่วไป
๒. เพื่อส่งเสริมการจัดการความรู้ และการขยายผลงานหรือนวัตกรรมสำคัญที่ สสส. และภาคีเครือข่าย สร้างเสริมสุขภาพได้พัฒนาขึ้น ให้มีการเผยแพร่และขยายผลต่อไปในพื้นที่และชุมชนต่างๆ โดยเสริมสร้างให้กลุ่มเป้าหมายมีขีดความสามารถในการนำผลงานไปส่งต่อให้แก่หน่วยงานต่างๆ ที่มีหน้าที่หลักในการพัฒนาสุขภาวะของประชาชนในชุมชนและพื้นที่ต่างๆ ไปดำเนินการต่อ เพื่อให้เกิดการขยายผลและส่งผลต่อประชากรกลุ่มต่างๆ ที่เป็นเป้าหมาย เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สุขภาวะให้ได้มากที่สุด
๓. เพื่อพัฒนากลยุทธ์และวางแผนการตลาดเพื่อสังคมที่มีประสิทธิภาพในการสร้างการเปลี่ยนแปลงสังคมได้สอดคล้องกับเป้าหมายและยุทธศาสตร์หลักขององค์กรที่กำหนดไว้





ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน



๑. พัฒนาระบบการเรียนรู้และสื่อสารสาธารณะ โดยเน้นการพัฒนาระบบและกลไกบริหารจัดการองค์ความรู้ ข้อมูล เทคโนโลยีสารสนเทศทั้งภายในองค์กร สสส. และภาคีเครือข่าย รวมทั้ง การวางแผนกลยุทธ์ทางการตลาดและการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม (social marketing) ให้เหมาะสมกับบริบทและความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น
๒. พัฒนาทักษะชีวิตและขีดความสามารถของกลุ่มเป้าหมายให้เท่าทันพลวัตการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเพิ่มโอกาสการเรียนรู้ สร้างประสบการณ์และทักษะชีวิตให้ประชากรกลุ่มเป้าหมาย มีภูมิคุ้มกัน และรู้เท่าทันกระแสการเปลี่ยนแปลงทางสังคมผ่านการเรียนรู้ด้วยรูปแบบที่หลากหลาย อาทิ นิทรรศการสร้างแรงบันดาลใจ กิจกรรมสร้างสรรค์ การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นต้น รวมทั้งศึกษาและวิเคราะห์ทัศนคติและพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ในการพัฒนา และวางแผนการดำเนินงาน รวมไปถึงออกแบบระบบประเมินผลการรับรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของสังคมต่อเป้าหมายงานสร้างเสริมสุขภาวะ

๓. **พัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ** เพื่อเป็นกลไกการขยายผลแนวคิดและวิธีการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย ทั้งนวัตกรรมเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่ต้นแบบการเรียนรู้สุขภาวะ การขยายพื้นที่/ช่องทางสร้างเสริมสุขภาพ การขยายโอกาสและความร่วมมือกับหน่วยงาน องค์กร และเครือข่ายการเรียนรู้ต่างๆ

จุดเน้นของแผน

แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ มีเป้าหมายในการสร้างความเข้าใจสุขภาวะแก่สาธารณชน ด้วยการถ่ายทอดองค์ความรู้ สร้างแรงบันดาลใจ เสริมทักษะชีวิตให้ประชาชนมีความสามารถในการปรับทัศนคติ และเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การมีสุขภาวะอย่างยั่งยืนด้วยตนเอง ผ่านการสื่อสารรณรงค์การตลาดเพื่อสังคม การเสริมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้จากกิจกรรมและเครื่องมือส่งเสริมการเรียนรู้ในประเด็นสุขภาวะต่างๆ โดยมีจุดเน้นในแผนการดำเนินงานปี ๒๕๖๐ ดังนี้

๑. **ขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้ด้านสุขภาวะ** ให้เข้าถึงโอกาสการเรียนรู้ผ่านการสื่อสารรณรงค์ นิทรรศการ กิจกรรม และช่องทางการเรียนรู้ต่างๆ

๑.๑ **พัฒนานวัตกรรมการดำเนินงาน** โดยการสังเคราะห์และขยายผลองค์ความรู้เพื่อการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาวะ ที่เน้นการพัฒนากระบวนการสังเคราะห์และถอดองค์ความรู้โมเดลต้นแบบ (working model) ให้กลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลงหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ที่มีหน้าที่หลักในการพัฒนาสุขภาวะของประชาชนในชุมชนและพื้นที่ต่างๆ ตลอดจนประชาชนทั่วไปสามารถนำไปต่อยอดและขยายผลการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาวะในรูปแบบต่างๆ ได้

๑.๒ **สร้างความร่วมมือดำเนินงานแบบบูรณาการกับภาคีเครือข่าย (partners) ที่มีศักยภาพ** ในการขยายผลองค์ความรู้สู่สาธารณชนต่อไปได้ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โรงเรียน หน่วยงานองค์กร และแหล่งเรียนรู้ต่างๆ เป็นต้น โดยจะเน้นการดำเนินงานขยายผู้รับประโยชน์ผ่านช่องทาง (platform) ต่างๆ ของภาคีเครือข่าย เพื่อฝึกกำลังและเป็นช่องทางในการส่งเสริมให้ประชาชนมีทักษะและขีดความสามารถในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ

๑.๓ **พัฒนาพื้นที่ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สสส. และศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาคให้เป็นพื้นที่เรียนรู้ด้าน** กระบวนการสร้างเสริมสุขภาวะแก่หน่วยงาน องค์กร ผู้นำการเปลี่ยนแปลง และประชาชน เพื่อขยายแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ โดยส่งเสริมการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน





๑.๔ พัฒนาแนวทางการสื่อสาร และกระบวนการเรียนรู้สู่สาธารณะให้สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น ทั้งประชาชน และผู้นำการเปลี่ยนแปลง ในการขยายผล ต่อยอดและกระจายองค์ความรู้ไปสู่ประชาชน และชุมชน โดยการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพด้านทัศนคติ แรงจูงใจ และพฤติกรรมเชิงลึก รวมทั้งพฤติกรรมการรับสื่อของกลุ่มเป้าหมายอย่างเฉพาะเจาะจงและเป็นระบบ เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางการสื่อสาร ช่องทางการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งออกแบบพัฒนาผลิตภัณฑ์และการบริการ (product and service) ตลอดจนกิจกรรมสนับสนุนการเรียนรู้สู่สาธารณะให้สอดคล้องกับความสนใจ วิถีชีวิต และธรรมชาติการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมายอย่างเหมาะสม และเข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์องค์ความรู้ด้านสุขภาวะ

๑.๕ มุ่งเน้นความหลากหลายในการทำตลาด (multi-channel marketing) โดยการทำการตลาดในกลุ่มเป้าหมายใหม่ เพื่อขยายฐานกลุ่มผู้รับประโยชน์ และแยกกลุ่มเป้าหมาย (target segmentation) ให้มีความชัดเจนตามลักษณะประชากร และวิถีชีวิต เพื่อสามารถออกแบบผลิตภัณฑ์ การบริการ กิจกรรม และการสื่อสารได้อย่างเหมาะสมตามความต้องการและวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้องค์ความรู้ด้านสุขภาวะเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมายที่มีความหลากหลายได้อย่างเหมาะสม

๒. พัฒนาการบริหารจัดการข้อมูล ข่าวสาร และองค์ความรู้สู่สาธารณะอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นช่องทางให้ประชาชนทั่วไป และผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ด้านสุขภาวะ ข้อมูลสุขภาวะ และข่าวสารณรงค์ เพื่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะที่เป็นประโยชน์ได้อย่างสะดวกรวดเร็ว โดยเน้นการจัดการความรู้ (knowledge management) และการพัฒนาชุดความรู้ ด้านสุขภาวะที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เพื่อขยายผลงานหรือนวัตกรรมที่สำคัญของ สสส. ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในระยะยาว

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดร่วม

ตัวชี้วัดหลัก

๑. ขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สู่สาธารณะ

๑.๑ มีผู้รับรู้ข่าวสารของศูนย์เรียนรู้สู่สาธารณะทุกช่องทาง เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๒,๐๐๐,๐๐๐ คน

๑.๒ มีผู้มาใช้บริการทุกช่องทางเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ ๓๐ หรือคิดเป็น ๓,๒๒๒,๔๓๐ ครั้ง (ฐานข้อมูลเดิม ปี ๒๕๕๙ มีผู้มาใช้บริการทุกช่องทางรวมทั้งสิ้น ๒,๔๗๘,๗๔๓ ครั้ง)

- ๑.๓ มีสมาชิกศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ (ใหม่) ทุกช่องทางเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ ๒๐ หรือคิดเป็น ๑๐,๔๒๒ คน (ฐานข้อมูลเดิม ปี ๒๕๕๙ มีสมาชิกรวมทั้งสิ้น ๘,๖๘๕ คน)
- ๑.๔ เกิดพันธมิตรเครือข่ายแหล่งเรียนรู้จากความร่วมมือพัฒนา และเชื่อมโยงกิจกรรมของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะกับแหล่งเรียนรู้ หน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายต่างๆ เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑๐ แห่ง
๒. ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เป็นแหล่งเรียนรู้ที่มีบรรยากาศการเรียนรู้ที่มีชีวิตชีวา ก่อให้เกิดแนวคิดในการปรับทัศนคติและเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาวะ
 - ๒.๑ มีผู้มาใช้บริการทุกช่องทางที่ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๐ หรือคิดเป็น ๓๘๙,๓๐๑ คน (ฐานข้อมูลเดิม ปี ๒๕๕๙ มีผู้ใช้บริการ ๒๕๙,๕๓๔ คน)
 - ๒.๒ ผู้มาใช้บริการเกิดความพึงพอใจในการใช้บริการทุกช่องทาง อย่างน้อยร้อยละ ๘๐
 - ๒.๓ ผู้มาใช้บริการเกิดแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างน้อยร้อยละ ๘๐
๓. ประชาชนทั่วไปรับรู้สื่อรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาวะระดับ Big Campaign ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ ระดับ Campaign ปกติ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ และเกิดการตระหนักและสนับสนุนชีวิตจากความชื่นชอบสื่อรณรงค์ (%Top 3 Box liking) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐

ตัวชี้วัดร่วม

๑. เกิด Campaign สื่อสารรณรงค์ เพื่อหนุนเสริมการขับเคลื่อนการดำเนินงานของสำนักเชิงรุก เพื่อสร้างความเข้าใจด้านสุขภาวะแก่สาธารณชน ตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) ของ สสส. จำนวนขั้นต่ำ ๔ โครงการรณรงค์ คือ โครงการรณรงค์งดการบริโภคแอลกอฮอล์ โครงการรณรงค์งดการสูบบุหรี่ โครงการรณรงค์ลดอุบัติเหตุด้านความเร็ว และโครงการส่งเสริมเพิ่มกิจกรรมทางกาย ลดภาวะอ้วน และส่งเสริมการอยู่อย่างมีความสุข
๒. เกิดการส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ การพัฒนาขีดความสามารถผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการสร้างเสริมทักษะชีวิตแก่สาธารณชนเพื่อนำไปสู่การปรับทัศนคติและเปลี่ยนพฤติกรรมของสาธารณชนไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี ผ่านกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ กิจกรรมฝึกอบรม และกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ต่างๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงหลัก ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และเพิ่มปัจจัยสร้างเสริมสุขภาพ ในประเด็นต่างๆ เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ อาหาร กิจกรรมทางกาย อุบัติเหตุ สุขภาวะทางเพศ สุขภาวะองค์กร เด็กปฐมวัย ผู้สูงอายุ เป็นต้น จำนวน ๔๐ กิจกรรม
๓. เกิดสื่อและ/หรือ ชุดความรู้เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะและพัฒนาทักษะชีวิตในรูปแบบต่างๆ อาทิ นิตยสาร หนังสือ ชุดนิทรรศการ ชุดนิทรรศการยืม-คืน หลักสูตรฝึกอบรม ชุดความรู้พร้อมใช้ Mobile Application เป็นต้น ในประเด็นต่างๆ เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ อาหาร กิจกรรมทางกาย อุบัติเหตุ สุขภาวะทางเพศ สุขภาวะองค์กร ผู้สูงอายุ ชุมชน เป็นต้น จำนวน ๔ ชุดความรู้





กลุ่มแผนงาน^{๑๒๒}

๑. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้
๒. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมประสิทธิภาพการเรียนรู้
๓. กลุ่มแผนงานสนับสนุนและบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ
๔. กลุ่มแผนงานการตลาดเพื่อสังคม

๑. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้

แผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้ มุ่งเน้นการส่งเสริมการจัดการความรู้ (knowledge management) และการขยายผลงาน หรือนวัตกรรมที่สำคัญที่ สสส.และภาคี ได้พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ ผ่านการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล องค์ความรู้ ตลอดจนเผยแพร่โมเดลต้นแบบ (working model) ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในประเด็น/มิติต่างๆ เพื่อนำมาใช้ขยายผลในหลากหลายรูปแบบ

จุดเน้นในปี ๒๕๖๐

- (๑) พัฒนาระบบบริหารจัดการความรู้ด้านสุขภาวะอย่างเป็นระบบ ด้วยการพัฒนาระบบฐานข้อมูล องค์ความรู้กลางของ สสส. (Data Repository) การพัฒนาระบบจัดเก็บและบริหารจัดการสื่อและทรัพยากรสารสนเทศของ สสส.และภาคีเครือข่าย (Digital Object Library : DOL) การเชื่อมโยงฐานข้อมูลองค์ความรู้และสื่อทรัพยากรสารสนเทศจากศูนย์วิชาการ/ศูนย์ข้อมูลของภาคีเครือข่าย สร้างเสริมสุขภาพ
- (๒) พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อสร้างเสริมขีดความสามารถผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาวะ (Training for Change Agent) หลักสูตร/สื่อการเรียนรู้แบบออนไลน์และ/หรือ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเป็นกลไกในการพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถของหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมให้เข้ามามีส่วนร่วมในการขยายผลงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย
- (๓) พัฒนาชุดความรู้สุขภาวะ (knowledge package) ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายกลุ่มต่างๆ อาทิ หนังสือ/สื่อสิ่งพิมพ์/คู่มือการดำเนินงาน ชุดสื่อการเรียนรู้ ชุดนิทรรศการ (Exhibition) ชุดนิทรรศการ ยิม-คีน ชุดสื่อ/เกม/แอปพลิเคชันส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ (Knowledge Toolkit) เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น

^{๑๒๒} เป็นการแบ่งกลุ่มในเชิงบริหารจัดการโครงการที่เป็นการกิจของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยการเงิน การบัญชี และทรัพย์สินของกองทุน หมวด ๒ ข้อ ๑๓ (๑) ส่วนใหญ่เป็นการทำสัญญาจ้างเหมาดำเนินการหรือดำเนินกิจกรรม ค่าใช้จ่ายในการพัฒนา การบริหาร หรือการกำกับ นิเทศการ สื่อ และอื่นๆ ตามภารกิจของกองทุนมากกว่าการทำข้อตกลงสนับสนุนโครงการ

แนวทางการดำเนินงาน

- (๑) รวบรวมความรู้และสื่อด้านสุขภาวะจากองค์กร/หน่วยงานต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ อาทิ หนังสือ วารสาร ฐานข้อมูล สื่อวีดิทัศน์ เป็นต้น พร้อมให้บริการที่ห้องสมุดและศูนย์บริการข้อมูลข่าวสาร โดยจะเน้นการวางแผนเพื่อนำไปสู่ระบบดิจิทัล
- (๒) เชื่อมประสานศูนย์ข้อมูล/ศูนย์วิชาการของภาคีเครือข่ายสำนักต่างๆ ของ สสส. เพื่อร่วมพัฒนาฐานข้อมูลและองค์ความรู้กลางของ สสส.
- (๓) พัฒนาระบบฐานข้อมูลองค์ความรู้กลางของ สสส. (Data Repository) ที่มีการจัดเก็บข้อมูลหมวดหมู่อย่างเป็นระบบ และสามารถสืบค้นข้อมูลผ่านทางเว็บไซต์ของ สสส. และเว็บไซต์ของศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารได้ สังเคราะห์องค์ความรู้ด้านสุขภาวะเชิงประเด็นที่สอดคล้องกับงานบูรณาการของ สสส. และจัดทำเป็นชุดความรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่น ชุดความรู้พร้อมใช้ (knowledge package) รูปแบบกลาง (template) ชุดนิตรรศการสำเร็จรูปที่มีการเผยแพร่ทางออนไลน์ เพื่อให้โรงเรียน แหล่งเรียนรู้ต่างๆ หรือประชาชนทั่วไป สามารถนำชุดความรู้และรูปแบบกลางไปใช้ขยายผลต่อยอดได้
- (๔) พัฒนาฐานข้อมูลเครือข่ายการเรียนรู้ และ/หรือแหล่งเรียนรู้ด้านต่างๆ ทั้งภายในและภายนอก สสส. เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการเชื่อมโยงและต่อยอดการดำเนินงานร่วมกัน
- (๕) วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลและองค์ความรู้ด้านสุขภาวะ เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาวะและส่งเสริมการเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อขยายผลงานสร้างเสริมสุขภาวะของ สสส. และภาคีเครือข่าย
- (๖) พัฒนาสื่อการเรียนการสอนแบบออนไลน์ เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ จากองค์ความรู้ด้านสุขภาวะในประเด็นต่างๆ
- (๗) พัฒนาช่องทางให้บริการของศูนย์บริการข้อมูลข่าวสาร (resource center) ได้แก่ ห้องสมุด สร้างปัญญา เว็บไซต์ และแอปพลิเคชันส่งเสริมการอ่าน ให้เป็นจุดรวบรวมสื่อสุขภาวะที่มีความหลากหลาย ทันสมัย มีความน่าเชื่อถือ กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก
- (๘) พัฒนาชุดความรู้ (knowledge toolkit) ในประเด็นสุขภาวะต่างๆ ทั้งในรูปแบบชุดความรู้คู่มือการเรียนการสอน อุปกรณ์และโมเดลต่างๆ เพื่อเป็นเครื่องมือให้ผู้สนใจสามารถนำไปใช้ในประกอบ การเรียนการสอน การอบรม รวมทั้งการปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยมีการเผยแพร่ผ่านช่องทางออนไลน์เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น





๒. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้

แผนงานสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้ มุ่งสร้างแรงบันดาลใจ เสริมทักษะชีวิต และสร้างประสบการณ์ตรงจากการเรียนรู้ด้านสุขภาวะแบบองค์รวมทั้ง ๔ มิติ (กาย ใจ ปัญญา และสังคม) ผ่านการสังเคราะห์และแปลงองค์ความรู้มานำเสนอในรูปแบบที่หลากหลายเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย อาทิ นิทรรศการเพื่อการเรียนรู้ สุขภาวะ นิทรรศการหมุนเวียน ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสาร หลักสูตรฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ โครงการ/กิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ต่างๆ ตลอดจนพื้นที่สร้างประสบการณ์ในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และสร้างประสบการณ์ด้านสุขภาวะแก่ประชาชน รวมถึงกลุ่มองค์กร โดยเฉพาะกลุ่มผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลงที่พร้อมนำองค์ความรู้ไปต่อยอดขยายผล โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

จุดเน้นในปี ๒๕๖๐

- (๑) พัฒนานวัตกรรมของการให้บริการต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ อาทิ นิทรรศการ กิจกรรม ผลิตภัณฑ์ให้ตอบสนองกับการต่อยอด ขยายผลงานสร้างเสริมสุขภาวะ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในยุคปัจจุบัน
- (๒) พัฒนาพื้นที่ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สสส. และศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาค ให้เป็นพื้นที่เรียนรู้ด้านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาวะแก่กลุ่มผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลง และประชาชนทั่วไป
- (๓) สร้างพันธมิตรเครือข่ายแหล่งเรียนรู้ จากความร่วมมือและเชื่อมโยงกิจกรรมของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะกับแหล่งเรียนรู้ หน่วยงาน/องค์กร และภาคีเครือข่ายต่างๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาล โรงเรียน องค์กร Happy workplace

แนวทางการดำเนินงาน

- (๑) ออกแบบ จัดทำ และบริหารจัดการกระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้และสร้างประสบการณ์ด้านสุขภาวะผ่านช่องทางต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะโดยการเชื่อมประสาน สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการสร้างประสบการณ์ การเรียนรู้สุขภาวะในรูปแบบต่างๆ ให้กับทุกกลุ่มเป้าหมายได้แก่
 - (๑.๑) นิทรรศการเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะ (จัดแสดงที่อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ) โดยจะมีกิจกรรมหมุนเวียน เพื่อเสริมนิทรรศการให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้เข้าชมสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน และนิทรรศการเพื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาวะเฉพาะประเด็นตามบริบทของพื้นที่ (จัดแสดงที่ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาค) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ด้านสุขภาวะที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

- (๑.๒) นิทรรศการหมุนเวียนจำนวน ๒ เรื่อง (จัดแสดงที่อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ) นำเสนอประเด็นการเปลี่ยนแปลง กระแสสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ อาทิ ความเข้าใจและการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุ การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะของ สสส. เป็นต้น
 - (๑.๓) นิทรรศการสัญจรและคาราวานสุขภาวะ (จัดแสดงในพื้นที่ต่างๆ ภายนอกอาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะทั้งในกรุงเทพฯ และจังหวัดต่างๆ) เน้นกลุ่มเด็ก เยาวชน และวัยทำงาน เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างกว้างขวาง เพิ่มขีดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาวะได้ด้วยตนเอง
 - (๑.๔) กิจกรรมสร้างสรรค์ เน้นกลุ่มประชาชนอายุ ๒๕ - ๕๕ ปี เพื่อพัฒนาทักษะการใช้ชีวิตที่รู้เท่าทันต่อค่านิยมและกระแสสังคม รวมถึงการใช้ชีวิตอย่างสมดุล โดยส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านการเสวนา/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ เป็นต้น ที่สามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน
 - (๑.๕) กิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะสำหรับเด็กเยาวชนรอบศูนย์เรียนรู้สุขภาวะและครอบครัว ที่มาใช้บริการห้องสมุดสร้างปัญญา ตลอดจนกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพหน่วยงาน/องค์กรที่เข้าร่วมเป็นเครือข่ายสร้างปัญญา ร่วมขยายแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพไปสู่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ
 - (๑.๖) พัฒนาสื่อองค์ความรู้สุขภาวะสำหรับประชาชนทั่วไป และภาคีเครือข่าย ทั้งประเภทนิตยสาร หนังสือ สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ และ E-Book เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้สุขภาวะและสร้างแรงบันดาลใจให้กลุ่มเป้าหมายสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน
- (๒) รวบรวมและพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่มาจากประสบการณ์ความรู้ด้านสุขภาวะ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงและขยายผลด้านองค์ความรู้สุขภาวะผ่านผลิตภัณฑ์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความต้องการของประชาชนในยุคปัจจุบัน
 - (๓) ประมวลผลความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการต่างๆ จากศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการให้มีคุณภาพทันสมัยและสอดคล้องกับความสนใจและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย
 - (๔) ถอดองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่ให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาเนื้อหาและรูปแบบในการนำเสนอ รวมทั้งส่งกลับไปยังแผนงาน/โครงการ ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาและต่อยอดการดำเนินงานของแผนงาน/โครงการต่างๆ ต่อไป
 - (๕) ประสานและพัฒนาความร่วมมือกับเครือข่ายการเรียนรู้ด้านต่างๆ อาทิ แหล่งเรียนรู้/พิพิธภัณฑ์ โรงพยาบาล โรงเรียน องค์กร Happy Workplace ทั้งในกรุงเทพมหานครและภูมิภาค เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุน และต่อยอดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมผ่านโครงการ/กิจกรรมต่างๆ อาทิ นิทรรศการและกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ เป็นต้น





- (๖) พัฒนาพื้นที่/แหล่งเรียนรู้สุขภาวะในภูมิภาคต่างๆ เพื่อเป็นพื้นที่เรียนรู้ด้านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาวะแก่กลุ่มผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลง โดยประสานเชื่อมโยงกับเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการต่อยอด ขยายผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. กลุ่มแผนงานสนับสนุนและบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ

แผนงานสนับสนุนและบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้สุขภาวะมุ่งเน้นการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุน พัฒนา ออกแบบแนวทางการให้บริการต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สุขภาวะให้กว้างขวางขึ้น ทั้งกลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง ภาควิชาเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนประชาชนทั่วไป ผ่านการพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพทั้งในเชิงองค์กรและเชิงพื้นที่ การขยายความร่วมมือกับหน่วยงาน องค์กร และเครือข่ายการเรียนรู้ต่างๆ อันจะนำไปสู่การปรับทัศนคติและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสาธารณชนไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

จุดเน้นในปี ๒๕๖๐

- (๑) เน้นการขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สุขภาวะของ สสส. และภาควิชาเครือข่ายให้กว้างขวางขึ้น โดยการขยายช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลและองค์ความรู้สุขภาวะสู่กลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง และภาควิชาเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ
- (๒) เน้นการขยายช่องทางการเผยแพร่องค์ความรู้สุขภาวะของ สสส. และภาควิชาเครือข่ายผ่านสื่อสารทางออนไลน์สู่ประชาชนทั่วไปในวงกว้าง

แนวทางการดำเนินงาน

- (๑) ขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สุขภาวะของ สสส. และภาควิชาเครือข่ายผ่านช่องทางต่างๆ ดังนี้
 - (๑.๑) เพิ่มโอกาสในการขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สุขภาวะ และเพิ่มพื้นที่เรียนรู้ ผ่านการขยายความร่วมมือกับหน่วยงาน องค์กร และเครือข่ายการเรียนรู้ต่างๆ อาทิ เช่น หน่วยงานภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายองค์กรของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติเฉพาะ (๑๕ ส.)) หน่วยงานภาคเอกชน หน่วยงานภาคประชาสังคม ตลอดจนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) องค์กรพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ (อพวช.) ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษา ศูนย์การเรียนรู้ชุมชน เป็นต้น รวมทั้งเผยแพร่ความรู้ผ่านความร่วมมือกับสมาคมผู้จัดพิมพ์และจัดจำหน่ายหนังสือแห่งประเทศไทย รวมไปถึง ร้านหนังสือชั้นนำต่างๆ เช่น ร้าน ซีเอ็ดบุ๊คเซ็นเตอร์ ร้าน B๒S ร้าน Book Smile เป็นต้น
 - (๑.๒) เพิ่มโอกาสในการขยายผลองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในประเด็นต่างๆ ผ่านการนำมายาผลและต่อยอดผ่านหน่วยงาน/องค์กร/สถาบันต่างๆ เช่น หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชน หน่วยงานภาคประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) วัด ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นต้น

- (๑.๓) ขยายช่องทางการสื่อสารผ่านสื่อองค์ความรู้สู่สาธารณะต่างๆ โดยเน้นกลยุทธ์และรูปแบบการสื่อสารช่องทางออนไลน์ และการตลาดแบบเฉพาะกลุ่ม (target markets selected) ซึ่งจะช่วยให้การขยายฐานในแต่ละกลุ่มเป้าหมายมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นได้แก่
- ก) **กลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง และภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ** เน้นรูปแบบการกระจายสื่อต่างๆ ทั้งประเภท ข้อความ ภาพ เสียง วิดีโอ กราฟฟิก บนช่องทางออนไลน์ และการกระจายความรู้ผ่านการทำกิจกรรม road show ในงานเวทีภาคต่างๆ เพื่อเพิ่มกลุ่มเป้าหมายใหม่ๆ ให้กว้างขึ้น รวมทั้งเปิดช่องทางให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้ามาดาวน์โหลด ชุดความรู้เพื่อนำไปใช้กับตนเองหรือต่อยอดงานขับเคลื่อนให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น
 - ข) **ประชาชนทั่วไป** สื่อสารผ่านช่องทางการสื่อสารทั้งแบบ Above-The-Line เช่น รายการโทรทัศน์ วิทยุ และนิตยสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เพื่อสร้างการรับรู้และขยายฐานผู้รับประโยชน์ในวงกว้าง ภายในระยะเวลาสั้นๆ และเน้นการสร้างความต่อเนื่องของ Below-The-Line อย่างครบวงจร โดยมุ่งเน้นการเสริมภาพลักษณ์ การรับรู้ผ่านประสบการณ์ตรง และการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายผ่านการทำกิจกรรมเพื่อ การสื่อสารการตลาด (event marketing) เฉพาะงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพโดยตรง
- (๒) พัฒนาระบบฐานข้อมูลสมาชิกกลาง ที่สามารถบริหารจัดการข้อมูลและรองรับการสมัครเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ
- (๓) ติดตามประเมินผลการรับรู้/ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการของศูนย์เรียนรู้สู่สาธารณะเพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของศูนย์เรียนรู้สู่สาธารณะให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- (๔) บริหารงานศูนย์เรียนรู้สู่สาธารณะในส่วนงานอาคารและสถานที่ และระบบสนับสนุนต่างๆ ให้มีความพร้อมให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด โดยจัดทำแผนบริหารจัดการต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สู่สาธารณะให้ตอบสนองความต้องการ และธรรมชาติในการเรียนรู้ของผู้ใช้บริการ

๔. กลุ่มแผนงานการตลาดเพื่อสังคม

งานการตลาดเพื่อสังคม ถือได้ว่าเป็นหนึ่งเครื่องมือสำคัญในงานสร้างเสริมสุขภาพ และการสร้างแนวคิดของวิถีสุขภาพให้เกิดขึ้นทั้งโดยตรงและโดยอ้อมไปยังกลุ่มเป้าหมายและประชาชนโดยรวม การกำหนดทิศทางและเป้าหมาย ในงานการตลาดเพื่อสังคม จำเป็นต้องสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายการวางยุทธศาสตร์งานหลักขององค์กร โดยงานการตลาดเพื่อสังคมมีหน้าที่วางแผน กลยุทธ์และออกแบบแผนงานการตลาดที่มาพร้อมกลไกสนับสนุนสร้างการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย เป้าหมายของการทำงานการตลาดเพื่อสังคมของ สสส. ไม่เพียงมุ่งเน้นผลลัพธ์ความสำเร็จของการเปลี่ยนทัศนคติและ





พฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายและประชาชนเป็นสำคัญเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับการสร้างฐานบุคลากร และสร้างพันธมิตรเครือข่ายในวิชาชีพนี้ให้เกิดขึ้นควบคู่ไปด้วย เนื่องจากในประเทศไทย มีผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญในงานด้านนี้อยู่ไม่มากนัก การขยายแนวคิดและการสร้างพลังเครือข่ายในวิชาชีพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินงานไปด้วยกัน

จุดเน้นในปี ๒๕๖๐

- (๑) เน้นการดำเนินโครงการรณรงค์ที่มีการออกแบบผลิตภัณฑ์ หรือ การบริการที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย เช่น โฆษณาแอปพลิเคชัน คู่มือประเมินตนเอง การอบรม เป็นต้น พร้อมกับการสื่อสารรณรงค์และประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์ และการบริการดังกล่าว เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาวะของกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด
- (๒) ดำเนินการและพัฒนากิจการวิจัยเชิงลึก การวิจัยพฤติกรรมการรับรู้ของกลุ่มเป้าหมาย และประเมินผลอย่างเป็นระบบทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพ เพื่อสามารถนำผลการศึกษาในการกำหนด แนวทางการสื่อสาร การออกแบบผลิตภัณฑ์และบริการสนับสนุน รวมทั้งการเลือกช่องทางการสื่อสาร ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดสื่อรณรงค์ผลิตภัณฑ์และบริการที่มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด

แนวทางการดำเนินงาน

- (๑) ออกแบบผลิตภัณฑ์ หรือการบริการที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย เช่น แอปพลิเคชัน คู่มือการประเมินตนเอง หรือการอบรม โดยพัฒนาร่วมกับสำนักและภาคี หรือหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ที่มีความสนใจในโจทย์การแก้ไขปัญหาสังคมร่วมกัน ซึ่งใช้ข้อมูลจากผลการวิจัยทัศนคติและพฤติกรรมเชิงลึก และการศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะมีขั้นตอนการดำเนินโครงการที่มีผลิตภัณฑ์และบริการ ดังนี้
 - (๑.๑) **ระยะที่ ๑** ทบทวนผลิตภัณฑ์ หรือบริการที่ผ่านมา โดยวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค (SWOT Analysis) ของผลิตภัณฑ์และบริการที่ผ่านมา และจัดประชุมระดมสมองร่วมกับสำนักที่รับผิดชอบประเด็นภาคีเครือข่าย หน่วยงานภาครัฐ หรือเอกชนที่สนใจอยากร่วมพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการที่สนับสนุนการเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมในแต่ละโจทย์ ซึ่งหากมีช่องว่างในเชิงความรู้ และความเข้าใจเชิงพฤติกรรม จะมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการในขั้นตอนนี้ด้วย จากนั้นจึงเข้าสู่ขั้นตอนการออกแบบและผลิตสินค้าบริการให้มีความเหมาะสมกับแต่ละโจทย์ต่อไป
 - (๑.๒) **ระยะที่ ๒** ฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมวางแผนยุทธศาสตร์การสื่อสาร เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างความตระหนัก และประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์และการบริการที่จะช่วยกลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

- (๑.๓) **ระยะที่ ๓** ประเมินผลิตภัณท์ และบริการ เพื่อนำผลไปปรับปรุงพัฒนาในระยะถัดไป
- (๒) วางแผนการวิจัยประเมินผลตามกรอบการทำงานเหตุผลเชิงสัมพันธ์ (logical framework) เพื่อการติดตามวิจัยประเมินผลการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ จนนำผลการศึกษาสู่การพัฒนางานสื่อสารณรงค์ โดยแบ่งการวิจัยให้สอดคล้องการดำเนินงาน ๓ ระยะ คือ
- (๒.๑) ช่วงการพัฒนาโครงการสื่อสารณรงค์ (campaign development) มีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาปัจจัยเชิงลึก (insight) ของกลุ่มเป้าหมาย หรือทดสอบสมมติฐานที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนาข้อความสื่อสารสำคัญ (key messages) การแบ่งลักษณะและกำหนดภาพลักษณ์กลุ่มเป้าหมาย (segmentation and persona) และการทดสอบแนวคิดการสื่อสาร หรือสื่อรณรงค์ (Pre-test) รวมทั้งศึกษาความต้องการสื่อรณรงค์ของภาคีเครือข่าย
- (๒.๒) ช่วงการดำเนินโครงการสื่อสารณรงค์ มีการดำเนินการวัดผลผลิต (output) เพื่อสรุปจำนวนสื่อรณรงค์ สื่อสนับสนุน และรวบรวมช่องทางการสื่อสารที่ใช้ และการวัดผลเชิงผลลัพธ์ (outcome) เพื่อติดตามและประเมินการรับรู้สื่อรณรงค์ แต่ละโครงการสื่อสารณรงค์
- (๒.๓) ช่วงสิ้นสุดการดำเนินโครงการสื่อสารณรงค์ มีการดำเนินการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของกลุ่มเป้าหมาย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สื่อรณรงค์ และทัศนคติหรือพฤติกรรม รวมทั้งสรุปบทเรียนการดำเนินงานภายในคณะทำงาน

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้	๔๑
๒. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาพ	๕๙
๓. กลุ่มแผนงานสนับสนุนและบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้สุขภาพ	๗๐
๔. กลุ่มแผนงานสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม	๒๖๐
๔.๑ กลุ่มแผนงานสื่อสารประเด็นปัจจัยเสี่ยงหลัก	
๔.๒ กลุ่มแผนงานสื่อสารประเด็นสุขภาพ	
รวม	๔๓๐





งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง

สถานการณ์และแนวโน้ม

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาหน่วยงานใหม่ ประเด็นใหม่ เพื่อให้สอดคล้องและทันต่อสถานการณ์ทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา นอกจากการดำเนินงานและประสานงานในรูปแบบต่างๆ แล้ว สสส. ยังได้พัฒนารูปแบบการบูรณาการงานใหม่ที่มีลักษณะประสานและต่อยอดจากฐานงานเดิมที่มีอยู่ โดยเพิ่มการจัดการและงบประมาณที่จำเป็น

กระบวนการพัฒนากลุ่มแผนงานกลางจะเน้นการดำเนินงานในเรื่องที่มีการพิจารณาร่วมกันว่าเป็นประเด็นใหม่ที่ สสส. ควรดำเนินงานเพิ่มเติม และมีความเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของหลายแผน โดยมีการประมวลหลักการ สถานการณ์ มาตรการ “งานใหม่” ที่ต้องการพัฒนา ร่วมกับการประมวล “งานเก่า” ที่มีอยู่ในแผนต่างๆ แล้วพัฒนาเป็น “ภาพรวมของกลุ่มงานใหม่” อย่างไรก็ตาม เมื่อกลไกกลางนี้ประสานให้เกิดการดำเนินงานขึ้นแล้ว ก็จะค่อยปรับตัวเป็นการประสานภายใต้แผนปกติต่อไป

ที่ผ่านมางานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลางได้พัฒนางานในประเด็นใหม่ๆ ซึ่งล้วนมีความสำคัญและเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ส่งผลกระทบต่อ การสร้างเสริมสุขภาพของคนไทยหลายประเด็น และบางประเด็นได้มีการส่งให้แผนที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบประสานงานต่อเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน อาทิ การลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ในประเทศไทย เป็นต้น

จุดเน้นของแผน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลางจะยังคงดำเนินการตามทิศทางที่ได้กำหนดไว้ในแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) โดยมีสาระสำคัญของแผนที่ครอบคลุมทั้งงานสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพตามแผนหลักของ สสส. งานขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประชาชนในปัจจุบันทั้งในพื้นที่เขตเมืองรวมถึงกรุงเทพมหานครและพื้นที่อื่นๆ ทั่วประเทศ นอกจากนั้น ยังให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมรองรับปัญหาสุขภาพเร่งด่วนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพในเชิงประเด็นใหม่ และประเด็นที่มีเนื้อหากระจายในหลายแผน โดยเฉพาะงานบูรณาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ งานสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. เพื่อรองรับประเด็นปัญหาสุขภาพเร่งด่วนที่อาจเกิดขึ้น

เป้าหมายระยะ ๑ ปี และตัวชี้วัด

๑. มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะแบบบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ
๒. กลุ่มเป้าหมายของงานสร้างเสริมสุขภาพรับรู้และตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาวะ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕

กลุ่มแผนงาน

๑. กลุ่มแผนงานจัดการกลุ่มงานกลาง

สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ อีกทั้งร่วมกับแผนต่างๆ เพื่อพิจารณาประเด็นใหม่ที่มีความเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของทั้ง ๑๕ แผนซึ่ง สสส. ควรดำเนินงานเพิ่มเติม แล้วจัดกลไกประสานให้เกิดการดำเนินงานขึ้น ก่อนปรับให้เป็นการประสานภายใต้แต่ละแผนต่อไป นอกจากนี้ยังดำเนินการพัฒนางานวิชาการเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ การประเมินสถานการณ์ รวมทั้งการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานเพื่อเตรียมพร้อมและรับมือกับปัญหาสุขภาวะเร่งด่วนที่อาจเกิดขึ้น

๒. กลุ่มแผนงานสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพ

พัฒนายุทธศาสตร์การสื่อสารเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพทั้ง ๑๕ แผน รวมทั้งเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสื่อสารสร้างสุขภาวะที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตตั้งแต่ระดับบุคคล องค์กร โดยมุ่งสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของร่วม จนเกิดการร่วมผลักดันประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสังคม เช่น การสื่อสารภาพรวมของการสร้างเสริมสุขภาพ สสส. ในสาร “ชีวิตที่ดี มีได้ทุกคน (Live Healthier)” เป็นต้น

การบริหารจัดการ

สำนักงานบริหารจัดการในลักษณะกลุ่มงานกลางภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการที่ปรึกษาสำนักงาน

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานจัดการกลุ่มงานกลาง	๑๓๐
๒. กลุ่มแผนงานสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพ	๕๐
รวม	๑๘๐





งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน

การบริหารจัดการกองทุนและสำนักงานเป็นส่วนสำคัญที่จะสนับสนุนให้การทำงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่ายบรรลุซึ่งเป้าหมายที่กำหนด เพื่อให้การทำงานของ สสส. เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการบริหารจัดการแบบมืออาชีพ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ สสส. จึงให้ความสำคัญกับการจัดทำแผน บริหารจัดการกองทุนและสำนักงานมากขึ้น โดยมีหน่วยงานที่เข้าข่ายจะต้องใช้บริหารจัดการสำนักงานทั้งสิ้น รวม ๑๐ หน่วยงาน ประกอบด้วย ฝ่ายอำนวยการ ฝ่ายบัญชีและการเงิน ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ ฝ่ายบริหาร งานบุคคล ฝ่ายสนับสนุนงานนวัตกรรม ฝ่ายสื่อสารองค์กร ฝ่ายตรวจสอบภายใน ฝ่ายติดตามและประเมินผล และสำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ รวมถึงการบริหารจัดการสำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และ พัฒนาคุณภาพเยาวชน (สสค.) ด้วย

ในการจัดทำแผนดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ฉบับนี้ ทุกหน่วยงานได้ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มที่ชัดเจน เพื่อใช้ในการกำหนดวัตถุประสงค์และแนวทางการบริหารจัดการ กองทุนและสำนักงานให้ตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร ดังนี้

สถานการณ์และแนวโน้ม

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ การดำเนินงานในด้านบริหารจัดการกองทุนและสำนักงานยังคงยึดแนวทาง ที่กำหนดไว้ในแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ – ๒๕๖๐) และประยุกต์ใช้กรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงาน ทุนหมุนเวียนประจำปีของกรมบัญชีกลางเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์กร อย่างไรก็ตาม การดำเนินงาน ในภาพรวมของสำนักงานได้รับผลกระทบจากปัจจัยภายนอกอย่างมาก โดยเฉพาะการเข้ามาตรวจสอบของ หน่วยงานต่างๆ ซึ่งแม้ว่า สสส. จะชี้แจงและสามารถพิสูจน์ให้สาธารณะประจักษ์ได้ว่าไม่มีกรณีการเกิด ผลประโยชน์ทับซ้อนหรือการทุจริตเกิดขึ้นในองค์กร แต่กรณีเหตุการณ์ดังกล่าวก็ส่งผลกระทบต่อทั้ง ภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือ รวมถึงกระทบต่อแผนการทำงานของ สสส. เป็นอย่างมาก และผลพวงจาก เหตุการณ์ดังกล่าว ยังทำให้เกิดการปรับปรุงระเบียบและข้อบังคับของ สสส. ตามมาอีกหลายฉบับซึ่งส่งผลให้ สสส. ต้องปรับปรุงกระบวนการบริหารจัดการภายใน รวมถึงทบทวนแนวปฏิบัติให้สอดคล้องกับระเบียบและ ข้อบังคับที่เปลี่ยนไปอีกด้วย

สำหรับสถานการณ์และแนวโน้มในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ คณะกรรมการกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพได้เห็นชอบให้ใช้กรอบนโยบายตามแผนหลัก ๓ ปี เป็นแนวนโยบายในการจัดทำแผน การดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ต่อไป โดยมีการปรับเปลี่ยนจุดเน้นการดำเนินงานในบางส่วน

ให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ สสส. จำเป็นต้องเร่งดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ได้กำหนดไว้ในแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณประจำปี คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินด้วยความเห็นชอบของคณะกรรมการกองทุนให้ใช้กรอบวงเงินงบประมาณแบบสมดุล ซึ่งจะทำให้งบประมาณในส่วนที่จะใช้ในการบริหารจัดการสำนักงานถูกจำกัดลงไปด้วย รวมถึงความเสี่ยงต่างๆ ทั้งจากปัจจัยภายนอกและภายในที่ สสส. ยังคงต้องเผชิญต่อไป เหล่านี้ล้วนเป็นประเด็นท้าทายต่อการบริหารจัดการสำนักงานในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ทั้งสิ้น

จุดเน้นการดำเนินงาน

แผนบริหารจัดการกองทุนและสำนักงานยังคงมุ่งมั่นที่จะสนับสนุนการทำงานของทุกหน่วยงานใน สสส. และภาคีเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่คนในชาติตามที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ จะยังคงยึดทิศทางและเป้าหมายการทำงานตามแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) เป็นจุดเน้นการดำเนินงาน โดยในภาพรวมจะให้ความสำคัญกับการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานขององค์กร โดยนำมาตรฐานตามกรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานทุนหมุนเวียนของกรมบัญชีกลางมาประยุกต์ใช้ ควบคู่การบริหารจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่าตามนโยบาย “องค์กรสร้างเสริมสุขภาพมีอาชีพ” รวมถึงการบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล มีระบบควบคุมภายในที่เชื่อมโยงและประสานกับระบบการตรวจสอบภายใน และการบริหารจัดการความเสี่ยงและลดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่ายตามทิศทางและแนวนโยบายที่คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมอบไว้
๒. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนและสำนักงานในด้านต่างๆ ให้ได้มาตรฐานตามนโยบาย “องค์กรสร้างเสริมสุขภาพมีอาชีพ” และสอดคล้องกับระเบียบและข้อบังคับที่เปลี่ยนแปลงไป
๓. เพื่อเสริมสร้างกลไกการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลและการควบคุมภายใน





เป้าหมายระยะ ๑ ปีและตัวชี้วัด

๑. ได้รับการประเมินผลการดำเนินงานในด้านบริหารจัดการจากคณะกรรมการประเมินผลในระดับดี (๔.๐๐ คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม ๕.๐๐ คะแนน)^{๑๒๓}
๒. ได้รับการประเมินระดับธรรมาภิบาลในองค์กรจากคณะอนุกรรมการการประเมินระดับธรรมาภิบาล^{๑๒๔} ในระดับดี (๔.๐๐ คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม ๕.๐๐ คะแนน)
๓. ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนการทำงานอย่างน้อยร้อยละ ๘๐
๔. เกิดกระบวนการทำงาน/แนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐานและสอดคล้องกับระเบียบและข้อบังคับที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างน้อยร้อยละ ๘๐
๕. กลุ่มเป้าหมายรู้จักและเข้าใจบทบาทการดำเนินงานของ สสส. ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ และมีความพึงพอใจโดยรวม

แนวทางการดำเนินงานในแต่ละด้าน

ด้านการพัฒนาบุคลากรและองค์กร

๑. พัฒนาระบบการบริหารงานบุคคลและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการบริหารงานบุคคลให้มีประสิทธิภาพ
 - ๑.๑ พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการสรรหาและคัดเลือกให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
 - ๑.๒ จัดทำระเบียบและแนวปฏิบัติมาตรฐานของกระบวนการบริหารงานบุคคลให้เป็นไปตามข้อบังคับกองทุนว่าด้วยการบริหารงานบุคคล
 - ๑.๓ พัฒนาและปรับปรุงระบบบริหารงานบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ให้ตอบสนองความต้องการ
 - ๑.๔ จัดทำข้อมูลด้านบุคลากรที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน พร้อมสนับสนุนผู้บริหารในการบริหารบุคลากรได้สะดวกและรวดเร็ว
๒. บริหารอัตรากำลังให้สอดคล้องกับภารกิจและให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด
 - ๒.๑ จัดทำกรอบอัตรากำลังผ่านการสำรวจภาระงานและการสัมภาษณ์ผู้บริหาร
 - ๒.๒ จัดทำแผนอัตรากำลัง ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓)

^{๑๒๓} ประเมินโดยคณะกรรมการประเมินผล ซึ่งประยุกต์ใช้กรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานทุนหมุนเวียนของกรมบัญชีกลางเป็นแนวทางในการประเมิน

^{๑๒๔} คณะอนุกรรมการการประเมินระดับธรรมาภิบาลเป็นคณะอนุกรรมการของคณะกรรมการประเมินผล

๓. สร้างระบบการพัฒนาบุคลากรสู่การเป็นผู้สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
 - ๓.๑ จัดทำแผน หลักสูตรมาตรฐาน และแนวทางการพัฒนาบุคลากร สู่การเป็นนักสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมืออาชีพ
 - ๓.๒ ดำเนินการพัฒนาบุคลากรกลุ่มเป้าหมายตามแผนพัฒนาที่กำหนด
๔. สนับสนุนความก้าวหน้าทางอาชีพของบุคลากรให้สอดคล้องกับการเติบโตขององค์กร
 - ๔.๑ สื่อสารความสำคัญและแนวคิดด้านการพัฒนาความก้าวหน้าในสายอาชีพกับผู้บริหาร
 - ๔.๒ จัดทำแผนพัฒนาความก้าวหน้าในสายอาชีพกับบุคลากรกลุ่มเป้าหมายในระดับ ระดับ 6S และ 5S เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาให้แก่ผู้บังคับบัญชา
 - ๔.๓ ผู้บริหารนำแผนการพัฒนาความก้าวหน้าในสายอาชีพไปใช้ในการจัดทำแผนบุคลากรและแผนพัฒนาตนเองของบุคลากร
๕. เสริมสร้างคุณค่าความเป็นมืออาชีพ สภาพแวดล้อมการทำงาน ให้สนับสนุนและส่งเสริมการทำงานเป็นมิตร และสร้างความผูกพันต่อองค์กร
 - ๕.๑ ออกแบบกระบวนการโครงการและกิจกรรมที่ส่งเสริมความเป็นมืออาชีพของบุคลากรเสริมสร้างสภาพแวดล้อม คุณภาพชีวิต และความสุขของบุคลากร
 - ๕.๒ สร้างการมีส่วนร่วมของพนักงานในกระบวนการทำงาน โครงการ และกิจกรรมต่างๆ ขององค์กร
 - ๕.๓ มีการสำรวจคุณภาพชีวิตและความสุขของบุคลากร

ด้านการเงิน การบัญชี พัสดุ และตรวจสอบแผนงานโครงการ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ สสส. จะให้ความสำคัญกับปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการทางการเงินและงบประมาณ โดยร่วมกับคณะกรรมการนโยบายทางการเงินในการนำระบบทางการเงินใหม่ๆ มาใช้เพื่อลดค่าเสียโอกาสและความเสี่ยงในด้านสภาพคล่องที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากนั้น จะนำข้อเสนอแนะของหน่วยงานตรวจสอบทั้งจากภายในและภายนอกมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติในด้านการเงิน การบัญชี และพัสดุ ให้มีมาตรฐาน ถูกต้อง โปร่งใส และตรวจสอบได้ รวมถึงพัฒนาคู่มือและแนวปฏิบัติในด้านภาษีอากรให้ถูกต้องตามประมวลรัษฎากร โดยมีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่สำคัญ อาทิ

๑. การร่วมกับคณะกรรมการนโยบายทางการเงินพัฒนาระบบการโอนเงินให้ภาคี
๒. การร่วมกับคณะกรรมการนโยบายทางการเงินในการบริหารจัดการสภาพคล่องและการผูกพันเพื่อลดการเบิกจ่ายล่าช้า
๓. การร่วมกับฝ่ายอำนวยการพัฒนาคู่มือและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับด้านการเงิน การบัญชี และพัสดุตามระเบียบและข้อบังคับที่เปลี่ยนไป
๔. การร่วมกับกรมสรรพากรในการดำเนินการด้านภาษีอากร เช่น การจัดทำแผนที่ และคู่มือด้านภาษีสำหรับบุคลากร สสส. และภาคีเครือข่ายที่ถูกต้องตามประมวลรัษฎากร
๕. การร่วมกับคณะกรรมการตรวจสอบภายใน และฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และพัฒนาระบบการทำงาน เพื่อลดความผิดพลาดในการปฏิบัติตามระเบียบและข้อบังคับในด้านการเงิน การบัญชี และพัสดุ





๖. การร่วมกับคณะกรรมการตรวจสอบภายใน ในการพัฒนาระบบการตรวจสอบแผนงาน/โครงการ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า

ด้านการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ สสส. จะมุ่งพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่มีการบูรณาการ เชื่อมโยง สามารถบริหารจัดการและรองรับความต้องการใช้งานได้ทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพและมั่นคง ปลอดภัย ควบคู่กับการพัฒนาโครงข่ายสารสนเทศและการสื่อสารให้รองรับการเป็นศูนย์ข้อมูลกลางและรองรับ ระบบสารสนเทศสำหรับการบริหารจัดการขององค์กรตามที่วางแผนไว้ รวมถึงการพัฒนาความรู้ความสามารถ ให้กับบุคลากร สสส. และเจ้าหน้าที่ของภาคีเครือข่าย ให้มีความรู้ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับภารกิจ และตระหนักถึงการรักษาความมั่นคงปลอดภัย ด้านสารสนเทศ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ มีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

๑. การพัฒนาศักยภาพด้านเทคโนโลยีสารสนเทศให้แก่บุคลากร
 - ๑.๑ พัฒนาขีดความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังขององค์กร ทั้งบุคลากรและภาคี
 - ๑.๒ สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพของงาน ให้มีความสำคัญกับข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ
 - ๑.๓ พัฒนาระบบงานและจิตใจที่พร้อมให้บริการ เรียนรู้และรับฟังผู้ให้บริการ สร้างความสัมพันธ์ และความพึงพอใจให้เกิดแก่ผู้ให้บริการ
 - ๑.๔ สร้างความเข้าใจด้วยการสื่อสารที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ
๒. การจัดการกระบวนการทำงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
 - ๒.๑ ปรับปรุงกระบวนการทำงาน และพัฒนาระบบสารสนเทศที่สอดคล้อง เพื่อเน้นคุณภาพ (ความรวดเร็ว ความถูกต้องเชื่อถือได้)
 - ๒.๒ กำหนดกระบวนการทำงานที่สำคัญขององค์กร ในการสร้างความยึดมั่นที่จะปฏิบัติตามกระบวนการและนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
 - ๒.๓ บริการบุคลากรและภาคีผ่านระบบออนไลน์ที่ครบวงจร เพื่อให้บริการได้อย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น มีข้อมูลชุดเดียวกันสำหรับการทำงานร่วมกัน
๓. การจัดการข้อมูลและความรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
 - ๓.๑ มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้และสนับสนุนการจัดการข้อมูลและความรู้
 - ๓.๒ สร้างวัฒนธรรมและแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการข้อมูลและความรู้
๔. การรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ
 - ๔.๑ มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มั่นคงปลอดภัยในการใช้งาน พร้อมสร้างความรู้ความตระหนัก ในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยให้กับผู้ให้บริการ

ด้านการอำนวยการบริหารจัดการสำนักงาน

งานด้านการอำนวยการบริหารจัดการสำนักงาน จะดำเนินงานต่อเนื่องจากปีที่ผ่านมา ดังนี้

๑. เน้นการพัฒนากระบวนการบริการด้านต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และตรงความต้องการของผู้รับบริการ เช่น บริหารพัสดุ จัดทำทะเบียนครุภัณฑ์ เพื่อรองรับการสนับสนุนภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ รัดกุม ตรวจสอบได้ และสามารถดำเนินการปิดงบการเงินได้อย่างถูกต้องเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด ตามแผนงาน หมวดเงิน และหมวดบัญชี ตลอดจนมีระบบการควบคุมครุภัณฑ์ที่สามารถตรวจนับได้
๒. มีการจัดทำแผนความต้องการพัสดุของโครงการที่เหมาะสม มีการดูแลและการเก็บรักษาอย่างดี สามารถนำมาบริหารจัดการให้เกิดความคุ้มค่าเพื่อลดต้นทุนในการดำเนินงาน เป็นต้น รวมถึงจัดการองค์ความรู้ที่เกิดจากการทำงานให้เป็นระบบ เช่น คู่มือจัดบริการด้านต่างๆ หรือ เทคนิคการให้บริการ เช่น คู่มือกฎระเบียบ คู่มือจัดซื้อ คู่มือพัสดุ และการสื่อสารเผยแพร่ เป็นต้น
๓. พัฒนากลไก “คณะกรรมการสัมพันธ์” เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของคณะกรรมการกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ คณะกรรมการบริหารแผน และคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ

ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งเป็นวาระที่ สสส. จะต้องจัดทำแผนหลัก ๓ ปี ฉบับใหม่พร้อมกับการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ และเพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาองค์กรสู่การเป็น “องค์กรสร้างเสริมสุขภาพมืออาชีพ” จึงจำเป็นที่จะต้องทำงานร่วมกับคณะผู้เชี่ยวชาญและที่ปรึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์สุขภาพ เพื่อใช้ในการวางแผนหลัก ๓ ปี และแผนดำเนินงานประจำปี รวมถึงจัดให้มีการศึกษาวิจัยข้อมูลบ่งชี้ต่างๆ ทั้งในด้านปัญหาและความต้องการของสังคมที่หลากหลายทั้งในเชิงประเด็นนโยบาย เชิงปัญหาระดับพื้นที่ และการตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาล

นอกจากนั้น ยังจะให้ความสำคัญกับการเพิ่มความเข้มข้นในการแปลงยุทธศาสตร์ตามแผนหลัก ๓ ปี ฉบับต่อไป (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ไปสู่การปฏิบัติด้วยการกำหนดตัวชี้วัดผู้บริหารที่สามารถขับเคลื่อนองค์กร ตลอดจนวัดผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีธรรมาภิบาลควบคู่กับการเพิ่มประสิทธิภาพงานด้านบริหารความเสี่ยง และมาตรการความเสี่ยงขององค์กร โดยมีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่สำคัญ อาทิ

๑. สนับสนุนคณะผู้เชี่ยวชาญ เช่น TDRI ฯลฯ ในการศึกษาวิจัยข้อมูลและสถานการณ์สุขภาพ ตลอดจนลงพื้นที่จริง รวมถึงสนับสนุนการศึกษาและวิจัยอื่นๆ สำหรับการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ เช่น ร่วมกับสถาบันด้านบริหารจัดการในการศึกษาโครงการวิจัยทบทวนกระบวนการบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ร่วมกับสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง ในการศึกษากระบวนการงบประมาณและการบริหารจัดการงบประมาณที่เหมาะสมกับองค์กรอย่าง สสส. เป็นต้น





๒. นำเสนอตัวชี้วัดใหม่ๆ และทบทวนปฏิทินการประเมินผลเพื่อจัดกระบวนการให้ผู้จัดการและหัวหน้าส่วนงานมีส่วนในการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อขับเคลื่อนองค์กรมากขึ้น
๓. ปรับกระบวนการการจัดทำแผนบริหารจัดการสำนักงานให้มีประสิทธิภาพ และนำมาสู่การมีแผนที่มีความคุณภาพและทันต่อการสนับสนุนการขับเคลื่อนองค์กร

ด้านการตรวจสอบภายใน

เพื่อพัฒนาระบบการควบคุมภายใน และเพื่อให้ทราบว่า สสส. ได้มีการกำกับดูแล และมีการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบในด้านการบริหารงบประมาณ การเงิน การบัญชี การพัสดุและทรัพย์สิน และการบริหารงานด้านอื่นๆ ให้เป็นไปตามข้อกฎหมาย กฎหรือระเบียบต่างๆ ที่กำหนดไว้ ตลอดจนให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ของกองทุน รวมถึงเป็นการช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงานทุกระดับของ สสส. ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยฝ่ายตรวจสอบภายในจะทำการวิเคราะห์ประเมิน ให้ข้อเสนอแนะ คำปรึกษา และข้อมูลเพื่อเป็นการสนับสนุนแก่ผู้ปฏิบัติงาน และการพัฒนาปรับปรุงระบบงานอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยมีแนวทางการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้

๑. วางแผนการตรวจสอบ โดยพิจารณาจากผลการประเมินความเสี่ยงเป็นหลัก
๒. ปฏิบัติการตรวจสอบ
 - ๒.๑ ตรวจสอบส่วนงานต่างๆ ขององค์กรเป็นระยะ เพื่อให้ทราบว่าได้มีการปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ขององค์กร และสอดคล้องกับ ระเบียบ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
 - ๒.๒ เมื่อตรวจสอบเสร็จสิ้นสมบูรณ์ ฝ่ายตรวจสอบภายในจะจัดให้มีการประชุมปิดงานตรวจสอบ ร่วมกับฝ่ายบริหาร เพื่อชี้แจงหารือ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเท็จจริงและข้อบกพร่องที่ตรวจพบ และมาตรการแก้ไขปรับปรุงก่อนที่จะนำเสนอในรายงานผลการตรวจสอบ
๓. รายงานผลการตรวจสอบ
 - ๓.๑ จัดทำรายงานผลการตรวจสอบเป็นลายลักษณ์อักษร อธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขอบเขตของการตรวจสอบ ข้อบกพร่องที่ตรวจพบและข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไข
๔. ติดตามผลการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ
 - ๔.๑ ฝ่ายตรวจสอบภายในจะติดตามผลการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบ และติดต่อประสานงานกับผู้รับตรวจ และให้คำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุงให้ถูกต้อง
๕. การพัฒนาตนเอง และวิชาชีพ
 - ๕.๑ ฝ่ายตรวจสอบภายในจะต้องเพิ่มทักษะและพัฒนาตนเองให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์เพียงพอที่จะดำเนินการตรวจสอบในเรื่องต่างๆ

ด้านการสื่อสารองค์กร

มุ่งเน้นในการ “สื่อสารแบบมืออาชีพ” เพื่อสร้างความเข้าใจและการยอมรับองค์กร ตามยุทธศาสตร์สื่อสารสร้างความเข้าใจองค์กร (Cooperate Communication Strategy) หรือ ยุทธศาสตร์ CCS เพื่อให้รับรู้ถึงคุณค่า และรูปแบบการทำงานของ สสส. ผ่านการดำเนินงาน ๓ กลุ่มแผนงานหลัก ได้แก่

๑. **กลุ่มแผนงานพัฒนาการสื่อสารองค์กร** ทำหน้าที่ “พัฒนาสื่อทันสมัย เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย” เพื่อยกระดับการรับรู้ให้เกิดความเข้าใจในสถานะการเป็น “องค์กรสร้างเสริมสุขภาพมืออาชีพ” ผ่านช่องทางการสื่อสารรูปแบบใหม่ที่ทันสมัย เพื่อการเข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมายได้ทันสถานการณ์ ทั้งสื่อสาธารณะ อาทิ แผ่นพับ (Brochure) สมุดเล่มเล็ก (Booklet) สื่อสังคมออนไลน์ อาทิ คลิปวิดีโอ โฟโต้อัลบั้ม รวมถึงชุดข้อมูลกราฟฟิก อินโฟกราฟฟิก และสื่อรูปแบบใหม่ที่พร้อมใช้งาน
๒. **กลุ่มแผนงานการสื่อสารเพื่อสุขภาวะ** กำหนดยุทธศาสตร์จัดระบบวางแผนการสื่อสารองค์กร สะท้อนคุณค่าองค์กรผ่านการดำเนินงานขององค์กรและภาคีเครือข่าย รวมถึง “ขยายช่องทางสื่อสารองค์กร” เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือ ปรับทัศนคติ มุมมอง สร้างการรับรู้ที่ถูกต้องต่อการดำเนินงานของ สสส. เพื่อลดผลกระทบเชิงลบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการได้รับข้อมูลที่คลาดเคลื่อน
๓. **กลุ่มแผนงานสร้างเสริมและพัฒนาความสัมพันธ์องค์กรนิติบัญญัติ และคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ** สนับสนุนให้เกิดระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลองค์กรที่ถูกต้อง เพื่อ “ปิดจุดเสี่ยง เปิดโอกาสรับรู้” ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างเสริมความสัมพันธ์และทัศนคติที่ดี นำไปสู่ความร่วมมือสร้างเสริมสุขภาวะของ สสส.

โดยมีแนวทางการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้

๑. จัดทำชุดข้อมูลเพื่อสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้ยุทธศาสตร์ CCS เพื่อสร้างการรับรู้ เข้าใจ เห็นคุณค่า และเกิดความรู้สึกร่วมกับทุกกลุ่มเป้าหมาย
๒. วิจัยและสำรวจความคิดเห็น เพื่อรับรู้ทัศนคติ ความเข้าใจ และความต้องการของทุกกลุ่มเป้าหมาย นำไปสู่การพัฒนากิจกรรมสื่อสาร และชุดข้อมูลให้ตรงกับความต้องการ นำเสนออย่างครอบคลุม ครบถ้วน และเป็นมิตร นำไปสู่การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องด้วยเจตคติที่ดี
๓. วางระบบจัดการประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อองค์กรจากสื่อทุกแขนง โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์ มีกระบวนการติดตาม ตรวจสอบ และจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

ด้านการติดตามและประเมินผล

แผนการติดตามและประเมินผลในส่วนนี้จะเป็นการสนับสนุนการทำงานของสำนักงาน และคณะกรรมการประเมินผลที่ทำงานประสานกันเพื่อให้การติดตามและประเมินผลของ สสส. มีประสิทธิภาพ ในการติดตามและประเมินผลของ สสส. สามารถแบ่งได้เป็น ๓ ระดับคือ ระดับองค์กร ระดับแผน และระดับแผนงาน/โครงการ เพื่อ





ให้สอดคล้องกับข้อกำหนดในพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ และข้อบังคับกองทุนว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

๑. สนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน ในงานติดตามและประเมินผลให้บรรลุตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการประเมินผลตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ มาตรา ๓๘ ได้แก่ การประเมินผลด้านนโยบายโดยการกำหนดประเด็นในการประเมินผลและนำผลการประเมินมาปรับใช้กับการกำหนดทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานของ สสส. เพื่อการบรรลุตามเป้าหมายของสสส. ในระยะ ๑๐ ปี และการประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. โดยการพัฒนารอบการประเมินผลการดำเนินงานที่เห็นความเชื่อมโยงของกระบวนการทำงานของ สสส. ในมิติต่างๆ ทั้งในระดับกระบวนการและผลลัพธ์ และสามารถเชื่อมโยงไปถึงเป้าหมายทั้งในระยะสั้นและระยะยาวของ สสส.
๒. ทำงานร่วมกับสำนักและฝ่ายต่างๆ ใน สสส. เพื่อพัฒนาหลักสูตรและจัดให้มีการอบรมเจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่ายให้มีความรู้ความเข้าใจงานติดตามและประเมินผลในระดับต่างๆ
๓. ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านติดตามและประเมินผลในการพัฒนาเครื่องมือที่จะใช้เป็นมาตรฐานในการติดตามและประเมินผลแผนงาน/โครงการในระดับต่างๆ
๔. ร่วมกับองค์กรหรือเครือข่ายนักวิจัยและนักติดตามประเมินผลในการสร้างเครือข่ายหรือศูนย์กลางการติดตามและประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านการบริหารจัดการสำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพเยาวชน

ตามข้อเสนอแนะของหน่วยงานตรวจสอบเกี่ยวกับสำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพเยาวชน (สสค.) ซึ่งหน่วยงานดังกล่าวมีระเบียบกองทุนให้เน้นจัดตั้งหน่วยงานภายในของ สสส. เพื่อดำเนินภารกิจตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน พ.ศ. ๒๕๕๓ และเป็นหน่วยงานเลขานุการของคณะกรรมการ สสค. ซึ่งเป็นคณะกรรมการที่เป็นอิสระจาก สสส. โดยมีรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ เนื่องจากหน่วยงานดังกล่าวใช้งบประมาณจากการสนับสนุนของกองทุน หน่วยงานตรวจสอบจึงเสนอให้จัดทำแผนและงบประมาณในส่วนที่ใช้ร่วมกับ สสส. ไว้ให้ชัดเจน ซึ่ง สสส. ได้รับข้อสังเกตดังกล่าว และจะเริ่มดำเนินการรวมงบประมาณในส่วนค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการสำนักงานของ สสค. ไว้ในงานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงานของ สสส. ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นต้นไป^{๑๒๕}

^{๑๒๕} จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง

งบประมาณ

รายการ	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. เงินเดือน ค่าจ้าง และการพัฒนาบุคลากร	๑๖๐.๐
๒. ด้านการเงิน การบัญชี พัสดุ และตรวจสอบแผนงานโครงการ	๑๕.๐
๓. ด้านการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ	๒๔.๐
๔. ด้านอำนวยการบริหารจัดการสำนักงาน	๓๐.๐
๕. ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ บริหารความเสี่ยง และสนับสนุนนวัตกรรม	๕.๐
๖. ด้านการตรวจสอบภายใน	๖.๔
๗. ด้านการสื่อสารองค์กร	๒๒.๐
๘. ด้านการติดตามและประเมินผล	๕.๖
๙. ด้านการบริหารจัดการสำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพเยาวชน	๒๐.๐
รวม	๒๘๘.๐



ส่วนที่

๓

ภาคผนวก

- ๑ รายงานสรุปความก้าวหน้าการดำเนินงานตามนโยบายแผนหลัก ๓ ปี
(เดือนตุลาคม ๒๕๕๗ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๕๙)
- ๒ กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ สสส. ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
- ๓ ข้อบังคับกองทุนฯ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการ
และกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙
- ๔ การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนการดำเนินงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

รายงานสรุปความก้าวหน้า การดำเนินงานตามนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (เดือนตุลาคม ๒๕๕๗ ถึง เดือนมีนาคม ๒๕๕๙)

ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งเป็นปีแรกของการดำเนินงานตามกรอบนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) พบว่าการดำเนินงานมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ สามารถสรุปผลการดำเนินงานตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๗ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๕๙ ได้ดังนี้

กรอบนโยบาย	ผลการดำเนินงาน
ข้อที่ ๑ ใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี เพื่อบูรณาการ การทำงาน และมุ่งเน้น ความเป็นธรรมทาง สุขภาพ	ในภาพรวมทุกแผนของ สสส. มุ่งบูรณาการการทำงานเพื่อตอบทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี โดยมีผลงานสำคัญ อาทิ (๑) ร่วมสนับสนุนและผลักดันให้มีการขึ้นภาษีสรรพสามิต ซึ่งต่อมา กระทรวงการคลังได้ออกประกาศกฎกระทรวงขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ยี่ห้อเรด ทั้งอัตราภาษีตามมูลค่าและตามปริมาณ โดยจากเดิมจัดเก็บภาษีตามมูลค่าร้อยละ ๘๗ และอัตราภาษีตามปริมาณ ๑ บาทต่อ ๑ กรัม ปรับเป็นอัตราภาษีตามมูลค่าร้อยละ ๙๐ และอัตราภาษีตามปริมาณ ๑.๑๐ บาทต่อ ๑ กรัม โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ เป็นต้นไป ทั้งนี้ การปรับขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ยี่ห้อเรดเป็นมาตรการสำคัญหนึ่งที่จะมีส่วนช่วยในการลดอัตราการบริโภคยาสูบในภาพรวมของประเทศได้ (๒) ร่วมสนับสนุนและผลักดันให้มี (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับประเทศ (๓) ร่วมสนับสนุนและผลักดันให้มี (ร่าง) พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ที่มีเนื้อหาทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน (๔) สายด่วนเลิกบุหรี่แห่งชาติสามารถให้บริการแก่ประชาชนทั้งเชิงรับและเชิงรุกเฉลี่ยเดือนละ ๒๒,๙๙๓ ครั้ง โดยมีจำนวนผู้ติดบุหรี่ที่มารับบริการรับคำปรึกษาและป้องกันการสูบบุหรี่ซ้ำเฉลี่ย ๓,๔๗๒ รายต่อเดือน และมีผู้เลิกบุหรี่ต่อเนื่องนาน ๖ เดือน คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๗๖



กรอบนโยบาย	ผลการดำเนินงาน
	(๕) มีหน่วยให้บริการเลิกบุหรี่ทั้งสิ้น ๔๗๑ แห่ง ได้แก่ คลินิกฟ้าใสรวมจำนวน ๓๔๒ แห่ง (ผู้ให้บริการสามารถเลิกบุหรี่ได้รวม ๑๒,๐๙๙ ราย) ร้านยาเภสัชอาสา พาเลิกบุหรี่จำนวน ๕๐ ร้าน (ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้รวม ๑๐๐ ราย) และคลินิกทันตกรรมที่ทำหน้าที่ให้คำแนะนำแก่ผู้ติดบุหรี่ที่ต้องการเลิกบุหรี่อีก ๗๙ แห่ง (๖) เกิดมัสยิดปลอดบุหรี่ ๑๐๐ แห่ง และพื้นที่ ๑๔๐ แห่งใน ๖ จังหวัดที่ร่วมดำเนินงานเลิกบุหรี่โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ได้แก่ นครราชสีมา แม่ฮ่องสอน ปัตตานี นราธิวาส นุรีรัมย์ และนครศรีธรรมราช (๗) ร่วมสนับสนุนและผลักดันให้มีประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา พ.ศ. ๒๕๕๘ ประกาศในพระราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๘ มีผลบังคับใช้ ๒๓ ตุลาคม ๒๕๕๘ (๘) ร่วมสนับสนุนและผลักดันให้มีประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา พ.ศ. ๒๕๕๘ (๓๐๐ เมตร) (๙) เกิดงานประเพณีปลอดเหล้า ๖๒ งาน ได้แก่ งานลอยกระทงปลอดเหล้า ๒๒ งาน เทศกาลอาหารปลอดเหล้า ๖ งาน งานปีใหม่ ๑ งาน งานแข่งเรือปลอดเหล้า ๒๑ งาน และงานกาชาดปลอดเหล้า ๑๒ งาน (๑๐) เกิดการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และสร้างกระแสในประเด็นเสี่ยงต่างๆ เช่น “ดื่มแล้วขับ นับเป็นมาตรฐาน” “ไม่เป่า = เมาแล้วขับ” “เมา+ขับ=จับ+ขัง” “มาตรการองค์กรสวมหมวกนิรภัย ๑๐๐%” “ลดความเร็ว ลดความเสี่ยง” “ปีใหม่-สงกรานต์ปลอดภัย ตายเป็นศูนย์” เป็นต้น และมีภาคเอกชนเข้าร่วมรณรงค์มากกว่า ๑๐ องค์กร รวมถึงองค์กรด้านสื่อมวลชน (๑๑) เกิดการขยายเครือข่ายเหยื่อเมาแล้วขับร่วมรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักในเรื่องเมาไม่ขับใน ๖๐ จังหวัด รวมกว่า ๔๓ เครือข่าย (๑๒) เกิดการวางแผนการบูรณาการเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอผ่านสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดสาขา (ปภ.สาขา) ใน ๑๐ อำเภอ โดยความร่วมมือจากภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น สื่อมวลชน และประชาชนในพื้นที่ โดยมีการวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหาลดอุบัติเหตุ

กรอบนโยบาย	ผลการดำเนินงาน
	ทางถนนในอำเภอร่วมกัน ได้แก่ ๑. อำเภอระโนด จ.สงขลา ๒. อำเภอพระแสง จ.สุราษฎร์ธานี ๓. อำเภอพิปูน จ.นครศรีธรรมราช ๔. อำเภอดากฟ้า จ.นครศรีธรรมราช ๕. อ.เชียงของ จ.เชียงราย ๖. อำเภอเขียวดาว จ.เชียงใหม่ ๗. อำเภอวังเหนือ จ.ลำปาง ๘. อำเภอปากช่อง จ.นครราชสีมา ๙. อำเภอชุมแพ จ.ขอนแก่น ๑๐. อำเภอด่านซ้าย จ.เลย (๑๓) ร่วมสนับสนุนและผลักดันให้มี พ.ร.บ. ป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครุฑในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่มีสาระสำคัญสอดคล้องกับร่างยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครุฑในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๘ – ๒๕๖๗ (๑๔) ร่วมสนับสนุนและผลักดันให้มี (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์การปฏิบัติที่ดีสำหรับสถานที่คัดแยก ตัดแต่ง แบ่งบรรจุผักและผลไม้สด (๑๕) เกิดต้นแบบผลิต จำหน่าย และให้บริการ รวม ๔๕ แห่ง และมีเกษตรกรกลุ่มผักผลไม้ผ่านการรับรองตามมาตรฐาน Organic Thailand จำนวน ๖๕ ราย และผ่านมาตรฐาน GAP จำนวน ๓๐ ราย (๑๖) ผลการสำรวจอัตราการบริโภคผักผลไม้ในผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมาย พบว่า มีอัตราการบริโภคผักผลไม้ที่เพียงพอตามเกณฑ์ข้อเสนอแนะ ร้อยละ ๔๐ และผลการสำรวจติดตามภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนในกลุ่มเป้าหมาย โรงเรียนเด็กไทยแถมใส่ พบว่ามีภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนที่ร้อยละ ๑๐.๓ (๑๗) เกิดต้นแบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร รวม ๒๕ แห่ง ที่มีการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุภาพ (๑๘) มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพ กิจกรรมทางกายและออกกำลังกาย ในเขตเทศบาลเมืองโพธาราม จ.ราชบุรี เทศบาลเมืองระยอง และพื้นที่ลานกีฬาพัฒนาเกินกว่า ๓,๐๐๐ คน
ข้อที่ ๒ ขยายฐานผู้รับประโยชน์	มีผู้ที่ได้รับประโยชน์และเข้าถึงข้อมูลของ สสส. เพิ่มขึ้นมากในทุกช่องทาง โดยเฉพาะช่องทางของศูนย์เรียนรู้สุภาพที่เพียงครึ่งปีมีผู้ใช้บริการถึง ๑.๕ ล้านคน เช่นเดียวกับการเข้าถึงข้อมูลของ สสส. ผ่านช่องทางออนไลน์ ที่มีผู้เข้าถึง ๒.๕ ล้านคน และมีสมาชิกใหม่มากกว่า ๗ พันคน นอกจากนี้ ในส่วนการขยายฐานผ่านการให้ทุนสู่รายย่อยสามารถสร้างฐานผู้รับประโยชน์ได้มากกว่า ๒ แสนราย รวมมีผู้ได้รับประโยชน์แล้วอย่างน้อย ๔.๒ ล้านราย





กรอบนโยบาย	ผลการดำเนินงาน
ข้อที่ ๓ สร้างความยั่งยืน	จากบทบาทของ สสส. ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จุดประกาย กระตุ้น สานและเสริมการปฏิบัติงาน ซึ่งต้องทำงานร่วมกับกลไกหลัก จึงทำให้เกิดการเชื่อมประสานกับหน่วยงานต่างๆ จำนวนมาก โดยมีผลงานสำคัญ อาทิ (๑) ร่วมกับสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาไม่สูบบุหรี่ และสมาพันธ์เครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายผลักดันยาเลิกบุหรี่ เข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งขณะนี้คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติได้มีมติเห็นชอบในหลักการว่า ควรจะมียาเลิกบุหรี่รายการใด รายการหนึ่งระหว่างยา Varenicline และ Bupropion ไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (๒) ร่วมกับศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ (ศกย.) และมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาไม่สูบบุหรี่ ในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมยาสูบระดับจังหวัด ควบคู่กับการพัฒนางานวิชาการและการรณรงค์สร้างกระแส และบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งขณะนี้เกิดรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มแข็งขึ้น โดยการสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมายจำนวน ๕ จังหวัด ได้แก่ ปัตตานี กระบี่ อุบลราชธานี มหาสารคาม และเลย โดยทุกจังหวัดมีการตั้งคณะกรรมการควบคุมยาสูบระดับจังหวัด และคณะทำงานบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบโดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ทั้งนี้ คณะทำงานซึ่งประกอบด้วยตำรวจ สรรพสามิต เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายวัฒนธรรม เทศบาล และภาคประชาสังคม ได้มีการจัดทำแผนการออกตรวจเฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมายร่วมกัน อีกทั้งยังได้เชื่อมประสานการทำงานกับท้องถิ่นในการให้ความรู้พิษภัยบุหรี่ ติดป้ายและสติ๊กเกอร์ในสถานที่ที่กฎหมายกำหนด และร่วมกับท้องถิ่นในการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างมาตรการเฝ้าระวังและควบคุมยาสูบในชุมชน (๓) ร่วมกับคณะทำงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ (สอจร.) สำนักงานประกันสังคม บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ในการชักชวนองค์กรทั่วประเทศทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน สถานประกอบการ สถานศึกษา เข้ามาร่วมสร้างความปลอดภัยบนท้องถนน โดยสร้าง “มาตรการองค์กรส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย

กรอบนโยบาย	ผลการดำเนินงาน
	๑๐๐%” ซึ่งปัจจุบันมีองค์กรที่พนักงานใช้รถจักรยานยนต์ในการเดินทางไป-กลับ สวมหมวกนิรภัย ๑๐๐% แล้วกว่า ๖๖ องค์กร และกำลังขยายจำนวนองค์กรเพิ่มขึ้นอีก (๔) เชื่อมประสานการทำงานร่วมกันกับองค์กรต่างประเทศ ได้แก่ WHO, GRSP เจนีวา, มูลนิธิเพื่อถนนที่ปลอดภัยกว่า (Safer Roads Foundation), มูลนิธิบลูมเบอร์ก, สถาบันวิจัยรถยนต์ญี่ปุ่น (JARI: Japan Automobile Research Institute), สมาคมผู้ผลิตรถยนต์ญี่ปุ่น (JAMA: Japan Automobile Manufacturers Association) และ Save the Children ประเทศไทย โดยมีความร่วมมือกันในการสร้างความปลอดภัยทางถนน ซึ่งองค์กรต่างประเทศเหล่านี้ให้ความสนใจเข้ามาดำเนินงานเพื่อช่วยเหลือประเทศไทยในการลดอุบัติเหตุทางถนน (๕) สนับสนุนกรมสุขภาพจิตในการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราในระบบบริการสุขภาพของประเทศ ทั้งในระดับ ตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบบริการสุขภาพเพื่อดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา การศึกษาวิจัย ประเมินผล รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา เป็นต้น ส่งผลให้เกิดคู่มือการบำบัดแบบผสมผสานรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าสำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์ การศึกษาวิจัยประสิทธิผลของพฤติกรรมบำบัดแบบผสมผสานรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าสำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์และหลักสูตรการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงพุทธในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา สำหรับพระสงฆ์ สำหรับบุคลากรสุขภาพ และสำหรับแกนนำและอาสาสมัครสาธารณสุข (๖) ประสานกับ กสทช. และ อย. เพื่อร่วมกันหาแนวทางการเฝ้าระวัง และควบคุม ดูแลการโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผิดกฎหมาย ซึ่งขณะนี้เกิดข้อตกลงร่วมกันกับ กสทช. และ อย. ๒ ประเด็น ได้แก่ การสนับสนุนให้ภาคประชาชนร่วมเฝ้าระวังและเก็บหลักฐานข้อมูลการทำความผิดที่ชัดเจน เพื่อส่งให้หน่วยงานดำเนินการลงโทษ และการควบคุมการเผยแพร่โฆษณา ผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย โดยโครงข่ายการสื่อสาร ยินดีให้ความร่วมมือในการเฝ้าระวัง กำกับ ควบคุมการเผยแพร่ ที่จะไม่ให้มีการกระทำที่ผิดกฎหมาย หากพบการกระทำผิดของช่องสถานีในโครงข่ายจะอำนวยความสะดวกให้หน่วยงานรัฐในการบังคับใช้กฎหมาย





กรอบนโยบาย	ผลการดำเนินงาน
	(๗) ร่วมกับกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการพัฒนากลไกการบูรณาการการทำงานกับงานบริการภาครัฐในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ โดยการตั้งคณะอนุกรรมการที่มีผู้แทนกระทรวงที่เกี่ยวข้องเป็นคณะทำงานเพื่อติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่นำร่องทั่วประเทศ รวมทั้งการจัดกระบวนการสนับสนุนทางวิชาการ และถอดบทเรียนการดำเนินงาน (๘) เกิดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของ อปท. องค์กรชุมชน และหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการสุขภาวะชุมชนและสนับสนุนการขับเคลื่อนในพื้นที่ รวม ๒,๔๓๔ คน และพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนท้องถิ่นในการจัดการสุขภาวะชุมชนและผลักดันนโยบายสาธารณะ จำนวน ๑,๐๒๓ คน (๙) เกิดหลักสูตรพัฒนาศักยภาพที่เสริมสมรรถนะหลักให้แก่ภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน ๑๒ หลักสูตร และเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเสริมขีดความสามารถของภาคี จำนวน ๒๐ ครั้ง (๑๐) ร่วมกับกรุงเทพมหานคร สมาพันธ์นานาชาติด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและสุขภาพ (ISPAH) กระทรวงสาธารณสุข โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) เพื่อสนับสนุนการจัดงานประชุมนานาชาติว่าด้วยการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและสุขภาพ ครั้งที่ ๖ (The 6th ISPAH Congress; the international Congress on Physical Activity and Public Health)
ข้อที่ ๔ มุ่งสร้างนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	ทุกแผนของ สสส. มุ่งเน้นการทำงานเชิงรุก และการดำเนินงานแบบ Innovative ที่มีกรอบแนวคิดและหลักการต่างๆ เพื่อสร้างนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพออกสู่สังคมผ่านการดำเนินงานของภาคี จนเกิดผลงานและผลลัพธ์ เช่น (๑) เกิดระบบ “Single Window” ที่ช่วยให้ประชาชนและหน่วยงานต่างๆ สามารถใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ตเพื่อตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ต้องสงสัยว่าเคยมีการตรวจพบการปนเปื้อนสารอันตรายหรือไม่ ซึ่ง สธ. ได้เห็น

กรอบนโยบาย	ผลการดำเนินงาน
	ความสำคัญของระบบดังกล่าวและปรับชื่อเป็น “หน้าตาเดือนภัยสุขภาพ” และได้กำหนดเป็นนโยบายของกระทรวง รวมทั้งมีการต่อยอดและขยายผลการใช้งานระบบดังกล่าวด้วย (๒) เกิดสื่อดิจิทัลเพื่อการสื่อสารข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพสู่ประชาชน ได้แก่ เพชบุ๊คมูลนิธิหมอชาวบ้าน เพชบุ๊คคลับสุขภาพคนทำงาน เพชบุ๊คสสส. เพชบุ๊คสุขภาพดีดี community และ Line Official Accounts ชื่อ “สุขภาพดีดี” และสื่อดิจิทัลประเภทต่างๆ ได้แก่ หลักสูตรสุขภาพออนไลน์ (E-Learning) อินโฟกราฟิกที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพ และคลิปวิดีโอที่ให้ความรู้เรื่องอาหารสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ประชาชน (๓) เกิดแอปพลิเคชัน “วัดกำลัง” ที่ช่วยวัดความสามารถในการออกกำลังกาย ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ ด้วยเครื่องมือการวัดที่หลากหลาย พร้อมมีคำแนะนำในการออกกำลังกายและข้อควรระวังในช่วงวัยต่างๆ ตลอดจนสามารถบันทึกผลลัพธ์ที่ได้และแสดงการเปลี่ยนแปลงออกมาในรูปแบบกราฟ ซึ่งเผยแพร่ในระบบ iOS และในระบบ Android (๔) เกิดแอปพลิเคชัน “เครียด อยู่ได้” ซึ่งเป็นเครื่องมือช่วยลดอารมณ์ ความเครียดที่สามารถให้ผู้ใช้นับระดับความเครียดที่เกิดขึ้น จากนั้นระบบจะแสดงวิธีลดความเครียดให้เลือกปฏิบัติ และให้ผู้ใช้นบันทึกอารมณ์ ความเครียดเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ซึ่งเผยแพร่ในระบบ iOS และในระบบ Android (๕) เกิดคู่มือแนวทางการพัฒนาระบบ “การเฝ้าระวัง สอบสวน และตอบโต้ กรณี NCDs” ซึ่งนำไปใช้ประกอบการทำแผนยุทธศาสตร์ NCDs ระดับชาติ
ข้อที่ ๕ การเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบสู่สังคมผู้สูงอายุ	จากผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๙ พบว่าหลายแผนมีความสำคัญในการเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งการดำเนินงานส่วนใหญ่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบ/กลไกการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการใช้ชุมชนเป็นฐานควบคู่กับการสนับสนุนให้เกิดกลไกการส่งเสริมการสร้าง ความมั่นคงด้านรายได้และอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีผลงานสำคัญ อาทิ (๑) เกิดรูปแบบ แนวทาง และกลไกเพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เขตเมือง จำนวน ๑๕ แห่ง ประกอบด้วย ชุมชนบนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ๑๑ ชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข สุข กทม. จำนวน ๓ เขต และรูปแบบอาคารชุด ๑ อาคาร





กรอบนโยบาย	ผลการดำเนินงาน
	(๒) เกิดระบบฐานข้อมูลด้านผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนเขตเมือง จำนวน ๑๑ ชุมชน ในเขตวังทองหลาง ซึ่งเป็นชุมชนบนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ เพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทำให้ประชาชนในพื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนัก และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนเขตเมืองมากขึ้น (๓) แผนกลยุทธ์ด้านการทำงานของผู้สูงอายุ ระยะที่ ๑ (๒๕๕๙ - ๒๕๖๓) โดยกระทรวงแรงงานรับเป็นเจ้าภาพในการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ผ่านความเห็นชอบจากที่ประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๕๙ โดยที่ประชุมได้มอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบประเด็นที่เกี่ยวข้องไปดำเนินการ (๔) เกิดต้นแบบชมรมผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็ง จำนวน ๒๒ แห่ง ใน ๔ ภูมิภาค ที่มีฐานข้อมูลชมรมผู้สูงอายุครอบคลุมข้อมูลจำนวนและข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในชมรมทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งแผนที่ทรัพยากรโดยในจำนวนนี้มีชมรมผู้สูงอายุ ๑๔ ชมรม (ร้อยละ ๘๖) ที่ดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุทุกข้อ ส่วนอีก ๓ แห่ง อยู่ระหว่างดำเนินการให้ผ่านทุกตัวชี้วัด (๕) พื้นที่ต้นแบบการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ ๔ แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลเชียงดอย จังหวัดเชียงใหม่ อบต.ไกรนอก จังหวัดเชียงราย อบต.จอมบึง จังหวัดราชบุรี และ อบต.บ้านยาง จังหวัดบุรีรัมย์ มีการพัฒนาชุดกิจกรรมที่รองรับระบบดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยมีชุดกิจกรรมสำคัญที่รองรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มในพื้นที่ ได้แก่ การพัฒนาและใช้ระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อบริการจัดการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ การจัดให้มีบริการดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ที่มีการจัดการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมนันทนาการในโรงเรียนผู้สูงอายุ และกิจกรรมตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ ซึ่งดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม โดยการประสานงานของ อปท.

๒

กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ สสส. ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

<table><tr><td>ผู้จัดการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>รองผู้จัดการ</td><td>๒</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้จัดการ</td><td>๒</td></tr><tr><td>ที่ปรึกษา/ผู้อำนวยการ/ผู้เชี่ยวชาญ</td><td>๒</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๗</td></tr></table>	ผู้จัดการ	๑	รองผู้จัดการ	๒	ผู้ช่วยผู้จัดการ	๒	ที่ปรึกษา/ผู้อำนวยการ/ผู้เชี่ยวชาญ	๒	รวม	๗	<table><tr><td>สำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>นักบริหารแผนงาน/โครงการ</td><td>๖</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๘</td></tr></table>	สำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๖	รวม	๘	<table><tr><td>สำนักสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>นักบริหารแผนงาน/โครงการ</td><td>๗</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๙</td></tr></table>	สำนักสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๗	รวม	๙	<table><tr><td>สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>นักบริหารแผนงาน/โครงการ</td><td>๔</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๖</td></tr></table>	สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๔	รวม	๖										
ผู้จัดการ	๑																																																				
รองผู้จัดการ	๒																																																				
ผู้ช่วยผู้จัดการ	๒																																																				
ที่ปรึกษา/ผู้อำนวยการ/ผู้เชี่ยวชาญ	๒																																																				
รวม	๗																																																				
สำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๖																																																				
รวม	๘																																																				
สำนักสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๗																																																				
รวม	๙																																																				
สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๔																																																				
รวม	๖																																																				
<table><tr><td>สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>นักบริหารแผนงาน/โครงการ</td><td>๖</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๘</td></tr></table>	สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๖	รวม	๘	<table><tr><td>สำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>นักบริหารแผนงาน/โครงการ</td><td>๔</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๖</td></tr></table>	สำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๔	รวม	๖	<table><tr><td>สำนักสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพและบริการสุขภาพ</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>นักบริหารแผนงาน/โครงการ</td><td>๓</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๕</td></tr></table>	สำนักสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพและบริการสุขภาพ		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๓	รวม	๕	<table><tr><td>สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสังคม</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>นักบริหารแผนงาน/โครงการ</td><td>๔</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๖</td></tr></table>	สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสังคม		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๔	รวม	๖										
สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๖																																																				
รวม	๘																																																				
สำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๔																																																				
รวม	๖																																																				
สำนักสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพและบริการสุขภาพ																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๓																																																				
รวม	๕																																																				
สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสังคม																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๔																																																				
รวม	๖																																																				
<table><tr><td>สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>นักบริหารแผนงาน/โครงการ</td><td>๓</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๕</td></tr></table>	สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๓	รวม	๕	<table><tr><td>สำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>นักบริหารแผนงาน/โครงการ</td><td>๗</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๙</td></tr></table>	สำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๗	รวม	๙	<table><tr><td>สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>นักบริหารแผนงาน/โครงการ</td><td>๓</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๕</td></tr></table>	สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๓	รวม	๕	<table><tr><td>สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>นักบริหารงานภาคีและวิเทศสัมพันธ์</td><td>๖</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๘</td></tr></table>	สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	นักบริหารงานภาคีและวิเทศสัมพันธ์	๖	รวม	๘										
สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๓																																																				
รวม	๕																																																				
สำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๗																																																				
รวม	๙																																																				
สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๓																																																				
รวม	๕																																																				
สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
นักบริหารงานภาคีและวิเทศสัมพันธ์	๖																																																				
รวม	๘																																																				
<table><tr><td>สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>นักบริหารแผนงาน/โครงการ</td><td>๕</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๗</td></tr></table>	สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๕	รวม	๗	<table><tr><td>ฝ่ายสื่อสารองค์กร</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>นักบริหารงานสื่อสารองค์กร</td><td>๔</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๖</td></tr></table>	ฝ่ายสื่อสารองค์กร		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	นักบริหารงานสื่อสารองค์กร	๔	รวม	๖	<table><tr><td>ฝ่ายอำนวยการ</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>หัวหน้างานกฎหมายและผู้ช่วย</td><td>๓</td></tr><tr><td>หัวหน้างานเลขานุการและผู้ช่วย</td><td>๓</td></tr><tr><td>เจ้าหน้าที่จัดซื้อ</td><td>๒</td></tr><tr><td>เจ้าหน้าที่พัสดุ</td><td>๑</td></tr><tr><td>เจ้าหน้าที่ธุรการและบริการทั่วไป</td><td>๒</td></tr><tr><td>เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป/เจ้าหน้าที่สนับสนุนงานวิชาการ</td><td>๑๒</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๒๕</td></tr></table>	ฝ่ายอำนวยการ		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	หัวหน้างานกฎหมายและผู้ช่วย	๓	หัวหน้างานเลขานุการและผู้ช่วย	๓	เจ้าหน้าที่จัดซื้อ	๒	เจ้าหน้าที่พัสดุ	๑	เจ้าหน้าที่ธุรการและบริการทั่วไป	๒	เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป/เจ้าหน้าที่สนับสนุนงานวิชาการ	๑๒	รวม	๒๕	<table><tr><td>ฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>นักบริหารงานการตลาดเพื่อสังคม</td><td>๔</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๖</td></tr></table>	ฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	นักบริหารงานการตลาดเพื่อสังคม	๔	รวม	๖
สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๕																																																				
รวม	๗																																																				
ฝ่ายสื่อสารองค์กร																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
นักบริหารงานสื่อสารองค์กร	๔																																																				
รวม	๖																																																				
ฝ่ายอำนวยการ																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
หัวหน้างานกฎหมายและผู้ช่วย	๓																																																				
หัวหน้างานเลขานุการและผู้ช่วย	๓																																																				
เจ้าหน้าที่จัดซื้อ	๒																																																				
เจ้าหน้าที่พัสดุ	๑																																																				
เจ้าหน้าที่ธุรการและบริการทั่วไป	๒																																																				
เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป/เจ้าหน้าที่สนับสนุนงานวิชาการ	๑๒																																																				
รวม	๒๕																																																				
ฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
นักบริหารงานการตลาดเพื่อสังคม	๔																																																				
รวม	๖																																																				
<table><tr><td>ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>นักบริหารงานส่งเสริมการเรียนรู้</td><td>๕</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๗</td></tr></table>	ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	นักบริหารงานส่งเสริมการเรียนรู้	๕	รวม	๗	<table><tr><td>ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>นักบริหารงานสารสนเทศ</td><td>๔</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๖</td></tr></table>	ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	นักบริหารงานสารสนเทศ	๔	รวม	๖	<table><tr><td>ฝ่ายบริหารงานบุคคล</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>นักบริหารงานบุคคล</td><td>๒</td></tr><tr><td>นักบริหารงานทั่วไป</td><td>๗</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๑๑</td></tr></table>	ฝ่ายบริหารงานบุคคล		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	นักบริหารงานบุคคล	๒	นักบริหารงานทั่วไป	๗	รวม	๑๑	<table><tr><td>ฝ่ายสนับสนุนงานนวัตกรรม</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>นักบริหารงานนวัตกรรม</td><td>๑</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๓</td></tr></table>	ฝ่ายสนับสนุนงานนวัตกรรม		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	นักบริหารงานนวัตกรรม	๑	รวม	๓								
ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
นักบริหารงานส่งเสริมการเรียนรู้	๕																																																				
รวม	๗																																																				
ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
นักบริหารงานสารสนเทศ	๔																																																				
รวม	๖																																																				
ฝ่ายบริหารงานบุคคล																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
นักบริหารงานบุคคล	๒																																																				
นักบริหารงานทั่วไป	๗																																																				
รวม	๑๑																																																				
ฝ่ายสนับสนุนงานนวัตกรรม																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
นักบริหารงานนวัตกรรม	๑																																																				
รวม	๓																																																				
<table><tr><td>ฝ่ายติดตามและประเมินผล</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>นักบริหารงานติดตามและประเมินผล</td><td>๕</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๗</td></tr></table>	ฝ่ายติดตามและประเมินผล		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	นักบริหารงานติดตามและประเมินผล	๕	รวม	๗	<table><tr><td>ฝ่ายบัญชีและการเงิน</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>เจ้าหน้าที่บัญชี</td><td>๒</td></tr><tr><td>เจ้าหน้าที่การเงิน</td><td>๔</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๘</td></tr></table>	ฝ่ายบัญชีและการเงิน		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	เจ้าหน้าที่บัญชี	๒	เจ้าหน้าที่การเงิน	๔	รวม	๘	<table><tr><td>ฝ่ายบริหารงานบุคคล</td><td></td></tr><tr><td>ผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้อำนวยการ</td><td>๑</td></tr><tr><td>นักบริหารงานบุคคล</td><td>๒</td></tr><tr><td>นักบริหารงานทั่วไป</td><td>๗</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๑๑</td></tr></table>	ฝ่ายบริหารงานบุคคล		ผู้อำนวยการ	๑	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑	นักบริหารงานบุคคล	๒	นักบริหารงานทั่วไป	๗	รวม	๑๑	<table><tr><td>ฝ่ายตรวจสอบภายใน</td><td></td></tr><tr><td>ผู้ตรวจสอบภายใน</td><td>๑</td></tr><tr><td>ผู้ช่วยผู้ตรวจสอบภายใน</td><td>๑</td></tr><tr><td>เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายใน</td><td>๓</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๕</td></tr></table>	ฝ่ายตรวจสอบภายใน		ผู้ตรวจสอบภายใน	๑	ผู้ช่วยผู้ตรวจสอบภายใน	๑	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายใน	๓	รวม	๕						
ฝ่ายติดตามและประเมินผล																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
นักบริหารงานติดตามและประเมินผล	๕																																																				
รวม	๗																																																				
ฝ่ายบัญชีและการเงิน																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
เจ้าหน้าที่บัญชี	๒																																																				
เจ้าหน้าที่การเงิน	๔																																																				
รวม	๘																																																				
ฝ่ายบริหารงานบุคคล																																																					
ผู้อำนวยการ	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑																																																				
นักบริหารงานบุคคล	๒																																																				
นักบริหารงานทั่วไป	๗																																																				
รวม	๑๑																																																				
ฝ่ายตรวจสอบภายใน																																																					
ผู้ตรวจสอบภายใน	๑																																																				
ผู้ช่วยผู้ตรวจสอบภายใน	๑																																																				
เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายใน	๓																																																				
รวม	๕																																																				
รวม ๑๗๐ คน																																																					



๓

ข้อบังคับกองทุนฯ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุน โครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙



ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามมาตรา ๒๑ (๓) แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ ประกอบกับมติคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในการประชุม ครั้งที่ ๑๑/๒๕๔๘ เมื่อวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๔๘ คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๔๔

ข้อ ๔ ในข้อบังคับนี้

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

“สำนักงานกองทุน” หมายความว่า สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

“กรรมการ” หมายความว่า กรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

“ผู้จัดการ” หมายความว่า ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

“ผู้ปฏิบัติงาน” หมายความว่า เจ้าหน้าที่และลูกจ้างผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานกองทุน

“ภาคี” หมายความว่า ภาคีสร้างเสริมสุขภาพ อันอาจเป็นบุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคลที่มีส่วนร่วม ในการพัฒนาแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ หรือมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ

“ทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี” หมายความว่า เอกสารที่ชี้ทิศทางและเป้าหมายของกองทุน ซึ่งจะแสดงรายละเอียดของวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ในระยะเวลา ๑๐ ปี โดยเป็นเอกสารหลักสำหรับจัดทำแผนหลักและแผนการดำเนินงานประจำปี





“แผนหลัก” (master plan) หมายความว่า แผนการดำเนินงานของกองทุนตามมาตรา ๒๑ (๑) ซึ่งจะแสดงรายละเอียดของเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด แผน และกรอบงบประมาณในระยะเวลา ๓ ปี โดยเป็นเอกสารหลักสำหรับจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี

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

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

“แผนงาน” (program) หมายความว่า กลุ่มของชุดโครงการ หรือโครงการ ซึ่งมีกิจกรรมที่สัมพันธ์กัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนงาน

“ชุดโครงการ” (project package) หมายความว่า กลุ่มของโครงการ ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของชุดโครงการ

“โครงการ” (project) หมายความว่า กลุ่มของกิจกรรมซึ่งมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการและส่งผลสัมฤทธิ์ให้เกิดต่อประชาชนในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพตามวัตถุประสงค์ของกองทุน

“คณะกรรมการบริหารแผน” (plan executive committee) หมายความว่า คณะอนุกรรมการที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ เพื่อบริหารและกำกับดูแลการพัฒนาและการดำเนินการตามแผน ภายใต้แผนหลักที่คณะกรรมการเห็นชอบไว้แล้ว โดยคณะกรรมการบริหารแผนคณะหนึ่งอาจได้รับมอบหมายให้บริหารแผนมากกว่าหนึ่งแผนก็ได้

“ที่ปรึกษาของคณะกรรมการ” หมายความว่า ผู้ทรงคุณวุฒิที่คณะกรรมการแต่งตั้งให้เป็นที่ปรึกษาของคณะกรรมการตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔

“กรรมการประเมินผล” หมายความว่า กรรมการประเมินผลการดำเนินงานกองทุนตามมาตรา ๓๗ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔

“ผู้รับทุน” หมายความว่า บุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคล ซึ่งเป็นคู่สัญญารับทุนกับกองทุนและไม่มีกรรมการ ที่ปรึกษาของคณะกรรมการ กรรมการบริหารแผน กรรมการประเมินผล ผู้จัดการ หรือผู้ปฏิบัติงานมีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมในกิจการของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคลนั้น เว้นแต่เป็นการดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐ

การมีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมดังกล่าวตามวรรคหนึ่ง ได้แก่ การที่กรรมการ ที่ปรึกษาของคณะกรรมการ กรรมการบริหารแผน กรรมการประเมินผล ผู้จัดการ หรือผู้ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ในกิจการของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคลที่เป็นคู่สัญญารับทุนในลักษณะดังต่อไปนี้

(๑) มีความสัมพันธ์ในเชิงบริหาร โดยดำรงตำแหน่งเป็นผู้จัดการ หุ่นส่วนผู้จัดการ กรรมการผู้จัดการ ผู้บริหาร หรือผู้มีอำนาจในการบริหารจัดการกิจการของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคลที่เสนอแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการเพื่อขอรับทุนจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และให้หมายความรวมถึงการเป็นกรรมการหรือผู้มีอำนาจในการบริหารจัดการกิจการของมูลนิธิ สมาคม หรือองค์กรสาธารณประโยชน์ต่างๆ ด้วย

(๒) มีความสัมพันธ์ในเชิงทุน โดยเป็นผู้มีหุ้นส่วนในห้างหุ้นส่วนสามัญหรือห้างหุ้นส่วนจำกัด หรือเป็นผู้ถือหุ้นในบริษัทจำกัดหรือบริษัทมหาชนจำกัด ที่เสนอแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการเพื่อขอรับทุนจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

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

การที่กรรมการบริหารแผนมีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมตามวรรคสอง หมายถึง กรณีที่กรรมการบริหารแผนมีความสัมพันธ์ในกิจการของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคลที่เสนอขอรับทุนจากแผนที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกรรมการบริหารแผนผู้นั้น

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า กระทรวง ทบวง กรม หรือส่วนราชการที่เรียกชื่ออย่างอื่นและมีฐานะเป็นกรม ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจที่ตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติหรือพระราชกฤษฎีกา และให้หมายความรวมถึงหน่วยงานอื่นของรัฐที่จัดตั้งตามกฎหมาย

ข้อ ๕ ทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี แผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี

การกำหนดทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี แผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี จะต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนและกิจการของกองทุนตามมาตรา ๕ และมาตรา ๙ (๔)

๕.๑ การจัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี

(๑) ให้คณะกรรมการกำหนดให้มีการจัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี ที่มีรายละเอียดสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนและกิจการของกองทุน ตามมาตรา ๕ และมาตรา ๙ (๔) โดยต้องปรับปรุงอย่างน้อยทุก ๕ ปี

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

(๓) ในการจัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี คณะอนุกรรมการต้องจัดกระบวนการให้คณะกรรมการบริหารแผน ภาควิชา และบุคคลที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง

๕.๒ การจัดทำแผนหลัก

(๑) ให้ผู้จัดการจัดทำแผนหลักที่ประกอบด้วยแผนต่างๆ ที่มีรายละเอียดสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนและกิจการของกองทุนตามมาตรา ๕ และมาตรา ๙ (๔) ไม่เกิน ๑๕ แผน และแนวทางของทิศทางและเป้าหมายกองทุนระยะ ๑๐ ปี เพื่อขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการ โดยให้จัดทำเป็นระยะเวลา ๓ ปี และต้องปรับปรุงเมื่อครบกำหนด ๓ ปี ทั้งนี้ ให้มีการดำเนินการเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาเห็นชอบแผนหลักภายในเดือนสิงหาคมของปีที่พิจารณา

(๒) ให้ผู้จัดการจัดประชุมคณะกรรมการบริหารแผนและภาคีเพื่อจัดทำแผนหลัก โดยต้องจัดให้คณะกรรมการบริหารแผนและภาคีต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนหลักอย่างกว้างขวาง





(๓) ให้คณะกรรมการนโยบายทางการเงินวิเคราะห์และเสนอกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีของกองทุน โดยจัดทำเป็นระยะเวลา ๓ ปี แล้วให้เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนพฤษภาคมของทุกปี

(๔) ในระหว่างปี หากผู้จัดการพิจารณาเห็นความจำเป็นต้องกำหนดแผนใหม่หรือบูรณาการกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องกับหลายแผนหรืองานที่จำเป็นต้องดำเนินการเป็นกรณีเฉพาะภายใต้แผนหลัก ให้ผู้จัดการเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบและอาจมอบหมายให้คณะกรรมการบริหารแผนหรือคณะกรรมการเฉพาะกิจหรือแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นใหม่เพื่อบริหารและกำกับดูแลการพัฒนาและการดำเนินการดังกล่าว

๕.๓ การจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี

(๑) ให้ผู้จัดการร่วมกับคณะกรรมการบริหารแผนจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีที่มีเป้าหมายและตัวชี้วัดหลักที่สอดคล้องกับเป้าหมายและตัวชี้วัดหลักตามแผนหลักไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕ ภายใต้วงเงินงบประมาณตามกรอบการทบทวนงบประมาณรายปีโดยคณะกรรมการนโยบายทางการเงิน เพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนสิงหาคมของทุกปี

ในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีตามวรรคหนึ่ง ให้กำหนดรายละเอียดและกรอบวงเงินงบประมาณของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการภายใต้แผนต่างๆ ให้ชัดเจน

(๒) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณ หากแผนใดมีความจำเป็นในระหว่างปีที่จะต้องปรับปรุงวงเงินงบประมาณตามแผนที่คณะกรรมการเห็นชอบไว้ไม่เกินร้อยละสิบของวงเงินงบประมาณแต่ละปี ให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้จัดการที่จะดำเนินการได้ และให้แจ้งให้คณะกรรมการทราบ

ในกรณีที่จำเป็นต้องปรับปรุงวงเงินงบประมาณเกินกว่าร้อยละสิบ ให้ผู้จัดการเสนอ แนวทางการปรับปรุงต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติ

ข้อ ๖ คณะกรรมการบริหารแผน

๖.๑ ให้คณะกรรมการแต่งตั้งคณะกรรมการสรรหาขึ้นคณะหนึ่งประกอบด้วยกรรมการกองทุนและผู้ทรงคุณวุฒิอื่นๆ รวมแล้วไม่เกินสิบคน โดยมีผู้จัดการเป็นกรรมการและเลขานุการ เพื่อทำหน้าที่พิจารณากลับกรองรายชื่อบุคคลที่ผู้จัดการเสนอตามที่ได้ปรึกษาหารือกับภาคีที่เกี่ยวข้องกับแผนนั้นๆ เป็นคณะกรรมการบริหารแผนคณะต่างๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นชอบ โดยมีจำนวนอย่างน้อยคณะละเจ็ดคนแต่ไม่เกินสิบห้าคน และให้ผู้จัดการเสนอรายชื่อบุคคลที่ผ่านการกลับกรองแล้วต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาเห็นชอบและลงนามในประกาศแต่งตั้งต่อไป

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

ให้ผู้จัดการหรือผู้ที่ผู้จัดการมอบหมายทำหน้าที่กรรมการและเลขานุการของ คณะกรรมการบริหารแผน

๖.๓ ให้คณะกรรมการบริหารแผนมีวาระการปฏิบัติหน้าที่คราวละสามปีหรือตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยจะดำรงตำแหน่งติดต่อกันเกินสองวาระไม่ได้ เว้นแต่ตำแหน่งประธานกรรมการบริหารแผนให้ดำรงตำแหน่งติดต่อกันไม่เกินสามวาระ ทั้งนี้ เมื่อครบวาระแล้วหากยังมิได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผนขึ้นใหม่ให้คณะกรรมการบริหารแผนซึ่งพ้นจากการปฏิบัติหน้าที่ตามวาระนั้นปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่าคณะกรรมการบริหารแผนซึ่งได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

นอกจากการครบวาระการปฏิบัติหน้าที่แล้ว คณะกรรมการบริหารแผนจะพ้นจากการปฏิบัติหน้าที่เมื่อตาย ลาออก คณะกรรมการให้พ้นจากหน้าที่ หรือเมื่อแผนที่ดีแลเสร็จสิ้นหรือยุติลง

๖.๔ การประชุมของคณะกรรมการบริหารแผนให้นำมาตรา ๒๒ มาใช้บังคับ โดยอนุโลม เว้นแต่คณะกรรมการบริหารแผนจะมีมติกำหนดแนวปฏิบัติไว้เป็นอื่นโดยไม่ขัดแย้งกับหลักการของมาตรา ๒๒

๖.๕ให้นำจรรยาบรรณของคณะกรรมการมาใช้เป็นหลักการและแนวปฏิบัติสำหรับประธานกรรมการและกรรมการในคณะกรรมการบริหารแผนด้วยโดยอนุโลม

ให้กองทุนแจ้งถึงจรรยาบรรณแก่ประธานกรรมการและกรรมการในคณะกรรมการบริหารแผนเป็นลายลักษณ์อักษรให้ทราบตั้งแต่แรกเริ่มปฏิบัติหน้าที่

๖.๖ ให้คณะกรรมการบริหารแผนมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

(๑) กำหนดแนวทางและกำกับดูแลการดำเนินงานตามแผนให้บรรลุผล รวมถึงพัฒนาแผนในระยะต่อไปข้างหน้า โดยสามารถปรับปรุงรายละเอียดของแผนนั้นๆ ได้ ภายในกรอบงบประมาณของแผน ที่คณะกรรมการเห็นชอบไว้

(๒) พิจารณาให้ทุนหรือพิจารณาเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติตามข้อ ๙.๕ (๒)

(๓) แต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษาและในกรณีที่เห็นสมควรอาจมอบหมายอำนาจหน้าที่เพื่อกำกับทิศทางของแผนงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผน

(๔) เสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณาแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิทดแทนกรรมการบริหารแผนที่พ้นจากการปฏิบัติหน้าที่ หรือแต่งตั้งกรรมการบริหารแผนเพิ่มเติม

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

(๖) พิจารณาปรับปรุงการจัดสรรเงินภายในวงเงินที่กำหนดไว้ในแผนนั้นๆ ตามความเหมาะสม

(๗) ดำเนินงานอื่นใดที่จำเป็นเพื่อให้การดำเนินงานตามแผนบรรลุผลสำเร็จ

๖.๗ ให้ผู้จัดการจัดให้มีการประชุมร่วมกันของคณะกรรมการและคณะกรรมการบริหารแผน คณะต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการเรียนรู้ร่วมกันและต่อการบูรณาการของแผนหลักของกองทุนในภาพรวมโดยจัดให้มีการประชุมอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง





ข้อ ๗ การพัฒนาและบริหารแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ

๗.๑ ให้ผู้จัดการพัฒนารายละเอียดของแต่ละแผนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนจัดให้เกิดการสนับสนุนเป็นแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ โดยให้ผู้จัดการแผนงานชุดโครงการ หรือโครงการ ตามที่ผู้จัดการเห็นชอบเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ให้บรรลุวัตถุประสงค์

๗.๒ ผู้จัดการอาจจัดให้มีการพัฒนานวัตกรรมในแต่ละแผนได้ โดยใช้งบประมาณไม่เกินร้อยละสอง ของแต่ละแผน

๗.๓ ผู้จัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ควรมีคุณสมบัติ ดังนี้

(๑) เป็นผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาแผนงาน โดยได้แสดงถึงความรู้ ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ และการเป็นที่ยอมรับของภาคีที่เกี่ยวข้อง

(๒) เป็นผู้มีความสามารถและประสบการณ์ในการบริหาร

(๓) สามารถอุทิศเวลาปฏิบัติงานได้จริงตามข้อตกลง

(๔) ไม่เป็นผู้มีประวัติเสื่อมเสียในทางการเงินหรือการรับทุน ทั้งนี้ ให้พิจารณาโดยคำนึงถึง ข้อมูลจากแหล่งทุนอื่นด้วย

๗.๔ ผู้จัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ จะพ้นจากหน้าที่ในกรณีดังต่อไปนี้

(๑) ตาย

(๒) ได้รับความเห็นชอบจากผู้จัดการให้ลาออก

(๓) ผู้จัดการให้พ้นจากหน้าที่เนื่องจากขาดคุณสมบัติตามข้อ ๗.๓

(๔) แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการที่ดูแลเสร็จสิ้นหรือยุติลง

ในกรณีตาม (๑) (๒) และ (๓) ให้ผู้จัดการแต่งตั้งผู้จัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ คนใหม่ เพื่อทำหน้าที่ต่อไป

ข้อ ๘ แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่กองทุนให้การสนับสนุน

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

๘.๒ กองทุนอาจให้การสนับสนุนแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่มีลักษณะกิจกรรม ๓ ประเภท ดังนี้

(๑) กิจกรรมด้านการพัฒนาและปฏิบัติการ หมายถึง กิจกรรมที่มีลักษณะเป็นการฝึกอบรม การณรงค์ การจัดกิจกรรม หรือพัฒนารูปแบบที่เป็นนวัตกรรม หรือการพัฒนาเครือข่ายภาคี หรือปฏิบัติการ ในด้านการสร้างเสริมสุขภาวะ ทั้งนี้ต้องไม่ใช่งานประจำที่ดำเนินการอยู่แล้ว

(๒) กิจกรรมด้านการศึกษาวิจัย หมายถึง กิจกรรมที่มีลักษณะการศึกษาวิจัย การทบทวน องค์ความรู้ การวิจัยและพัฒนา การประเมินผล รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพด้วย

(๓) กิจกรรมด้านการอุปถัมภ์กิจกรรม หมายถึง กิจกรรมที่มีลักษณะการให้ทุนแก่กิจกรรมด้านกีฬา ศิลปวัฒนธรรม หรือกิจกรรมสาธารณะอื่น เพื่อเป็นสื่อกลางในการสร้างความรู้และค่านิยมในการสร้างเสริมสุขภาพ

๘.๓ ลักษณะแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่กองทุนให้การสนับสนุนให้เป็นไปตามประกาศแนบท้ายข้อบังคับนี้

๘.๔ รายละเอียดสำหรับแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ แต่ละประเภทให้ผู้จัดการจัดทำเป็นประกาศของกองทุนเผยแพร่ให้สาธารณชนได้ทราบทางสื่อมวลชนตามเวลาและโอกาสที่เหมาะสม

๘.๕ แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่กองทุนจะรับพิจารณา อาจมาจากการทำงานร่วมกันของภาคี หรือจากผู้สนใจที่เสนอเข้ามาตามประกาศของกองทุน

ให้สำนักงานกองทุนประกาศเผยแพร่ข้อมูลแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการที่กองทุนจะให้การสนับสนุนให้สาธารณชนทราบ เพื่อให้องค์กร มูลนิธิ หรือผู้รับทุนรายใหม่ได้มีโอกาสเข้ามาเสนอแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการตามวาระหนึ่ง

๘.๖ แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ จะต้องมียละเอียดเพียงพอแก่การพิจารณาของกองทุน ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามแบบเสนอแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่กองทุนประกาศกำหนด

ข้อ ๙ การพิจารณาแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ

๙.๑ การพิจารณาแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ให้ดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

(๑) ขั้นการกลั่นกรองทางวิชาการ

(๒) ขั้นพิจารณาตัดสิน

๙.๒ การกลั่นกรองทางวิชาการให้กระทำโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ต้องไม่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้เสียโดยตรงกับผู้เสนอแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ

หลักเกณฑ์วิธีการ เงื่อนไข และจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิในการกลั่นกรองทางวิชาการให้เป็นไปตามขนาดแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ดังนี้

ขนาดแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ (งบประมาณที่ขอ)	จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ
• ไม่เกิน ๒๐๐,๐๐๐ บาท	อย่างน้อย ๑ คน
• ๒๐๐,๐๐๑ – ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท	อย่างน้อย ๓ คน
• ๑,๐๐๐,๐๐๑ – ๕,๐๐๐,๐๐๐ บาท	อย่างน้อย ๕ คน
• ๕,๐๐๐,๐๐๑ – ๑๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท	อย่างน้อย ๗ คน
• ๑๐,๐๐๐,๐๐๑ – ๒๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท	อย่างน้อย ๗ คน และต้องมีการประชุมพิจารณา
• เกินกว่า ๒๐ ล้านบาท	อย่างน้อย ๗ คนโดยมีกรรมการบริหารแผนหรืออนุกรรมการเฉพาะกิจรวมอยู่ด้วยอย่างน้อย ๓ คน และจะต้องมีการประชุมพิจารณา





ผู้ทรงคุณวุฒิให้เลือกจากบัญชีรายชื่อตามข้อ ๔.๕

๔.๓ ให้ผู้จัดการรับผิดชอบดำเนินการตามข้อ ๔.๒ และประมวลผลการกลั่นกรองทางวิชาการ รวมทั้งพิจารณาให้มีการปรับปรุงรายละเอียดของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการถ้าจำเป็น เพื่อเสนอเป็นข้อมูลในการตัดสินใจของผู้มีอำนาจตามข้อ ๔.๕

๔.๔ ให้กองทุนจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อกลั่นกรองทางวิชาการจำนวน ๓ บัญชี ดังนี้

(๑) บัญชีกลาง หมายถึง บัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วยกรรมการกองทุน กรรมการบริหารแผน อนุกรรมการเฉพาะกิจ ผู้บริหารกองทุน และผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญอื่นๆ ที่เหมาะสม จะเป็นผู้ทรงคุณวุฒิร่วมของทุกแผนได้ โดยให้ผู้จัดการรับผิดชอบในการจัดทำปีละครั้ง และให้ใช้ผู้ทรงคุณวุฒิตามบัญชีนี้ในการกลั่นกรองทางวิชาการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการได้ในทุกแผน

(๒) บัญชีเฉพาะของคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะ หมายถึง บัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วยผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญที่คณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะเห็นชอบซึ่งไม่มีรายชื่อซ้ำกับบัญชีกลาง โดยให้ผู้จัดการร่วมกับผู้จัดการแผนงานจัดทำบัญชีรายชื่อแล้วเสนอขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะปีละครั้ง และให้ใช้ผู้ทรงคุณวุฒิตามบัญชีนี้ได้เฉพาะการกลั่นกรองทางวิชาการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะ

(๓) บัญชีเฉพาะของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ หมายถึง บัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ที่คณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะเห็นชอบให้เป็นผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสำหรับการกลั่นกรองทางวิชาการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการนั้นๆ รวมถึงการกลั่นกรองทางวิชาการสำหรับโครงการย่อยที่มีได้ทำสัญญารับทุนกับกองทุนโดยตรงด้วย ทั้งนี้ให้กรรมการกำกับทิศทางเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตามบัญชีนี้โดยอัตโนมัติและให้สามารถกลั่นกรองทางวิชาการได้เช่นเดียวกับผู้ทรงคุณวุฒิที่คณะกรรมการบริหารแผนเห็นชอบ

๔.๕ อำนาจในการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณให้เป็นไปตามกรอบวงเงิน ดังนี้

(๑) วงเงินไม่เกิน ๒๐ ล้านบาท ให้ผู้จัดการพิจารณาอนุมัติแล้วรายงานให้คณะกรรมการทราบ

(๒) วงเงินเกิน ๒๐ ล้านบาท ให้คณะกรรมการพิจารณาอนุมัติ

ในกรณีที่มีเหตุผลหรือความจำเป็นต้องให้องค์กร มูลนิธิ หรือผู้รับทุนรายใดดำเนินแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการที่มีความต่อเนื่อง ให้ระบุเหตุผลหรือความจำเป็นนั้นประกอบการขออนุมัติตามวรรคหนึ่งให้ชัดเจน

๔.๖ หลังจากผู้มีอำนาจตามข้อ ๔.๕ พิจารณาอนุมัติแล้ว ให้ผู้จัดการจัดทำสัญญากับผู้รับทุนตามระเบียบกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยสัญญาสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙

ก่อนการจัดทำสัญญาตามวรรคหนึ่ง ให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้รับทุนแต่ละรายว่าเป็นผู้รับทุนที่กรรมการ ที่ปรึกษาของคณะกรรมการ กรรมการบริหารแผน กรรมการประเมินผล ผู้จัดการ หรือผู้ปฏิบัติงาน มีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมหรือไม่ หากปรากฏว่าบุคคลดังกล่าวมีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมในกิจการของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคลนั้นที่เป็นผู้รับทุน ห้ามผู้ปฏิบัติงานจัดทำสัญญากับผู้รับทุนดังกล่าวทุกราย พร้อมทั้งให้แจ้งให้ผู้รับทุนทราบโดยเร็ว

ผู้รับทุนที่ต้องห้ามมิให้ทำสัญญากับกองทุนตามวรรคสอง อาจอุทธรณ์คำสั่งดังกล่าว ต่อผู้จัดการภายใน ๑๕ วันนับแต่วันที่ได้รับแจ้ง พร้อมทั้งต้องแสดงเหตุผลของการอุทธรณ์และเอกสารที่เกี่ยวข้องมาด้วย และให้ผู้จัดการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์พร้อมทั้งแจ้งผลให้ผู้อุทธรณ์ทราบภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ได้รับอุทธรณ์ ทั้งนี้ การวินิจฉัยอุทธรณ์ของผู้จัดการให้ถือเป็นที่สุด และให้รายงานคำวินิจฉัยอุทธรณ์นั้นให้คณะกรรมการทราบด้วย

ข้อ ๑๐ การกำกับติดตามและประเมินผลเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานตามแผน

๑๐.๑ สำนักงานกองทุนจัดให้มีการประเมินผลภายในของแผนงานที่มีวงเงินสูงกว่าปีละ ๑๐ ล้านบาท โดยบุคคลที่ต้องไม่มีส่วนได้เสียในแผนงานที่ทำการประเมินผลนั้น และให้จัดทำรายงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานของแผนงานเสนอต่อคณะกรรมการบริหารแผนโดยตรงหรือโดยเสนอผ่านคณะกรรมการกำกับทิศทางที่คณะกรรมการบริหารแผนแต่งตั้งอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้งหรือตามที่คณะกรรมการบริหารแผนกำหนด

๑๐.๒ คณะกรรมการบริหารแผนจัดทำรายงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานของแผนเสนอต่อคณะกรรมการอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง หรือตามที่คณะกรรมการกำหนด

๑๐.๓ งานตามข้อ ๑๐.๒ ให้นำเสนอต่อคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนตามมาตรา ๓๗ เพื่อทราบด้วย

๑๐.๔ คณะกรรมการบริหารแผนพิจารณาจัดให้มีการประเมินผลเชิงลึกสำหรับแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ขนาดใหญ่ที่มีวงเงินงบประมาณเกินกว่า ๒๐ ล้านบาท โดยเริ่มดำเนินการอย่างช้าภายในกึ่งหนึ่งของระยะเวลาของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการนั้น

๑๐.๕ คณะกรรมการบริหารแผนจัดให้มีการประเมินผลลัพธ์ของแผนอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสามปี และรายงานให้คณะกรรมการทราบ

๑๐.๖ กรรมการหรือคณะกรรมการบริหารแผน อาจจัดให้มีการติดตามและประเมินผล นอกเหนือจากการรายงานและทบทวนในข้อ ๑๐.๑ ข้อ ๑๐.๒ ข้อ ๑๐.๓ ข้อ ๑๐.๔ และข้อ ๑๐.๕ ก็ได้

ข้อ ๑๑ การสิ้นสุดแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ

แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการจะสิ้นสุดในกรณีดังนี้

(๑) แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการนั้น ได้ดำเนินกิจกรรมตามที่ได้วางแผนและบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ที่ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการแล้ว และไม่มีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการต่อ

(๒) แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการนั้น หมดสภาพไปเนื่องจากผลจากการติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลระบุให้เห็นถึงความล้มเหลวหรือจะล้มเหลว และผู้จัดการเห็นควรให้ยุติ

(๓) เป็นไปตามเงื่อนไขอื่นตามที่ระบุไว้ในสัญญาระหว่างกองทุนกับผู้รับทุนของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการนั้น

ข้อ ๑๒ ให้แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการที่ได้รับการอนุมัติสนับสนุนงบประมาณไปแล้วอยู่ก่อนวันที่ข้อบังคับนี้ใช้บังคับ ดำเนินการต่อไปจนสิ้นสุดแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ





ข้อ ๑๓ ให้คณะกรรมการบริหารแผน และผู้จัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ซึ่งปฏิบัติหน้าที่อยู่ในวันก่อนวันที่ข้อบังคับนี้ใช้บังคับ ยังคงปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนครบวาระ โดยถือเป็นคณะกรรมการบริหารแผน และผู้จัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการตามข้อบังคับนี้

ข้อ ๑๔ ในวาระเริ่มแรก หากปรากฏข้อเท็จจริงว่ากรรมการ ที่ปรึกษาของคณะกรรมการ กรรมการบริหารแผน กรรมการประเมินผล ผู้จัดการ หรือผู้ปฏิบัติงานมีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมในกิจการของผู้รับทุนรายใด ให้คณะกรรมการระงับการให้ทุนแก่ผู้รับทุนรายนั้นในทันที และให้สำนักงานกองทุนดำเนินการจัดหาผู้รับทุนรายใหม่เข้าดำเนินการแทนผู้รับทุนรายเดิม ทั้งนี้ ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๙๐ วัน นับแต่วันที่ข้อบังคับนี้ประกาศใช้บังคับ

ข้อ ๑๕ ในระหว่างที่ยังมิได้มีการออกระเบียบหรือประกาศตามข้อบังคับนี้ ให้นำระเบียบ ประกาศ คำสั่ง หรือกฎที่ใช้บังคับอยู่ในวันก่อนวันที่ข้อบังคับนี้ใช้บังคับมาใช้บังคับโดยอนุโลมเพียงเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับข้อบังคับนี้

ข้อ ๑๖ ให้ประธานกรรมการรักษาการตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

พลเรือเอก

(ณรงค์ พิพัฒนาศัย)

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

๕

การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาล ในการจัดทำแผนการดำเนินงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

ตามที่คณะกรรมการประเมินผลได้มีการประเมินการดำเนินงานตามหลักการบริหารจัดการที่ดีของ สสส. มาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ และที่ผ่านมาสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้มีการพัฒนาและทบทวนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการกำกับดูแลกิจการที่ดี^{๑๒๑} มาอย่างต่อเนื่อง ในการจัดทำแผนการดำเนินงานของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งเป็นปีแรกที่ได้มีการจัดทำกรอบการประเมินธรรมาภิบาลใน ๓ กระบวนการหลักที่สำคัญ ได้แก่ (๑) การวางแผนยุทธศาสตร์ (๒) การสนับสนุนทุน และ (๓) การประเมินผล

จากการตรวจสอบของฝ่ายติดตามและประเมินผล พบว่าในการจัดทำแผนการดำเนินงานของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ สสส. ได้ยึดหลักธรรมาภิบาลในทุกขั้นตอน ดังนี้

๑. หลักการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน

จากการตรวจสอบความทับซ้อนของผลประโยชน์ของกรรมการผู้พิจารณาแผน พบว่า ปลอดภัยจากผลประโยชน์ทับซ้อนตามระเบียบของ สสส. และกำหนดให้มีความหลากหลายของภาคีที่เข้าร่วมเวที/กระบวนการ

๒. หลักการแสดงความรับผิดชอบต่อผลงาน

มีการทบทวนทิศทาง เป้าหมายและ ยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี และเน้นย้ำเป้าหมายตามแผนหลัก ๓ ปีของ สสส. โดยการวางแผนในภาพรวมและรายแผนได้มีการประเมินทางเลือกต่างๆ อย่างรอบคอบและใช้ข้อมูลหลักฐานทางวิชาการรวมถึงมีการกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัดการทำงานที่ชัดเจน

๓. หลักการมีส่วนร่วม

มีการระบุช่องทางการมีส่วนร่วมที่ชัดเจนไว้ ๓ ช่องทาง ได้แก่ ทางเว็บไซต์ ทางจดหมาย และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และมีการกำหนดช่วงเวลาการมีส่วนร่วมที่ชัดเจนและแจ้งให้สาธารณชนทราบล่วงหน้า

๔. หลักความโปร่งใส

ได้จัดระบบเอกสารหลักที่เกี่ยวข้องให้เป็นหมวดหมู่เพื่อให้สะดวกต่อการเข้าถึงของสาธารณะ และมีการระบุช่องทางการเปิดเผยข้อมูลในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน และแจ้งให้สาธารณชนทราบล่วงหน้า

^{๑๒๑} ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการประเมินผล





๕. หลักนิติธรรม

มีการรวบรวมระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนเพื่อความสะดวกในการเข้าถึง และได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของกระบวนการและรายงานให้ผู้บริหาร และกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ฯลฯ ได้รับทราบก่อนตัดสินใจอนุมัติร่างแผนฯ/แผนในแต่ละขั้นตอน

๖. หลักความถูกต้องชอบธรรม

มีการเน้นย้ำเพื่อสร้างความตระหนักเรื่องหลักความถูกต้องชอบธรรมในทุกขั้นตอน และมีกระบวนการพิจารณาของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อถ่วงถ่วงความถูกต้องชอบธรรมทั้งในระดับแผนและในภาพรวม รวมถึงเปิดให้มีช่องทางการร้องเรียนหากพบว่าการดำเนินการที่ไม่ถูกต้อง





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