

แผนการดำเนินงาน

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓



Infographic illustrating the work plan for the Health Promotion Foundation (HPF) for the fiscal year 2020. The central theme is a path leading to health, surrounded by various icons and photos representing different health-related activities and goals.

ความรู้ด้านสุขภาพ

ธนาคารเวลา

Live Healthier
ชีวิตดี เรา 
เริ่มที่ **เรา**



สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ



ทีมบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์สุมน อมรวิวัฒน์

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

นายระพีพันธุ์ สริวิวัฒน์

คำนำ

พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ มาตรา ๒๑ (๒) กำหนดให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีซึ่งประกอบด้วย เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด แผน กลุ่มแผนงาน และงบประมาณประจำปี ในระยะเวลา ๑ ปี รวมถึงข้อบังคับกองทุนว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๕ ข้อ ๕.๓ (๑) กำหนดให้ผู้จัดการร่วมกับคณะกรรมการบริหารแผนจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีที่มีเป้าหมายและตัวชี้วัดหลักที่สอดคล้องกับเป้าหมายและตัวชี้วัดตามแผนหลักไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕ ภายใต้วงเงินงบประมาณตามกรอบการทบทวนงบประมาณรายปีโดยคณะกรรมการนโยบายทางการเงิน เพื่อเสนอให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนสิงหาคมของทุกปี

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาทั้งในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ และครั้งแรกของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ มีความก้าวหน้าอย่างน่าพอใจทั้งในการตอบสนองแนวนโยบายที่คณะกรรมการกองทุนได้มอบไว้เมื่อครั้งจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่คาดว่าจะสามารถบรรลุเป้าหมายได้เกือบทั้งหมด ประกอบกับสถานการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะมีความชัดเจนมากขึ้นตามที่ สสส. ร่วมกับสถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทยและภาคีเครือข่ายวิชาการเคยคาดการณ์ไว้ เป็นที่มาของการเสนอให้ใช้แนวนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) โดยมีการปรับรายละเอียดให้ทันสถานการณ์และใช้เป็นแนวนโยบายและจุดเน้นในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ต่อไป

แผนการดำเนินงานฉบับนี้ประกอบด้วยแผนหลัก ๑๕ แผน พร้อมกับงานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง รวมถึงงานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน โดยให้ความสำคัญกับนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ที่คณะกรรมการกองทุนมอบไว้ รวมถึงการสนับสนุนการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางการพัฒนาประเทศที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี นโยบายรัฐบาล และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ พร้อมทั้งวางแนวทางเพื่อสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการระดับชาติในชุดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ในการจัดทำแผน สำนักงานได้ดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาล มีความโปร่งใสตรวจสอบได้ มีการจัดกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ใช้ข้อมูลที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ มีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ พร้อมทั้งมีรายละเอียดของค่าเฉลี่ยของงบประมาณประจำปีที่สุดอดคล้องกับข้อบังคับกองทุน

สสส. ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ภาคีเครือข่าย และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ เพื่อใช้เป็นกรอบการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกันตามวิสัยทัศน์และพันธกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้สามารถสร้างเสริมสุขภาวะของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สารบัญ

➤ ส่วนที่ ๑ ภาพรวมแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

- | | |
|--|----|
| ๑. กรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ | ๙ |
| ๒. การบริหารจัดการ การกำกับติดตามและประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง | ๑๓ |
| ๓. การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ | ๑๔ |
| ๔. คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน ตามแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ | ๒๕ |

➤ ส่วนที่ ๒ รายละเอียดแผนหลัก

- | | |
|---|-----|
| ๑. แผนควบคุมยาสูบ | ๓๓ |
| ๒. แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด | ๔๔ |
| ๓. แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม | ๖๗ |
| ๔. แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ | ๙๔ |
| ๕. แผนสุขภาพะประชากรกลุ่มเฉพาะ | ๑๒๓ |
| ๖. แผนสุขภาพะชุมชน | ๑๔๕ |
| ๗. แผนสุขภาพะเด็ก เยาวชน และครอบครัว | ๑๖๕ |
| ๘. แผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร | ๑๗๗ |
| ๙. แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย | ๑๙๑ |
| ๑๐. แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาพะทางปัญญา | ๒๐๕ |
| ๑๑. แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพะ | ๒๒๕ |
| ๑๒. แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพะผ่านระบบบริการสุขภาพ | ๒๓๔ |
| ๑๓. แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ | ๒๔๔ |
| ๑๔. แผนอาหารเพื่อสุขภาพะ | ๒๖๑ |
| ๑๕. แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพะ | ๒๘๓ |
| งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง | ๓๐๕ |
| งานบริหารจัดการกองทุนและสำนักงาน | ๓๐๙ |

➤ ส่วนที่ ๓ ภาคผนวก

- | | |
|--|-----|
| ๑. กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และลูกจ้าง สสส. ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ | ๓๑๖ |
| ๒. ข้อบังคับกองทุน ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๖๒ | ๓๑๙ |
| ๓. การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ | ๓๓๒ |

ส่วนที่



ภาพรวมแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

๑. กรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓
๒. การบริหารจัดการ การกำกับติดตามและประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง
๓. การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ
๔. คำแถลงประกอบงบประมาณแสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน ตามแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

กรอบนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓



จากวัตถุประสงค์ สู่เป้าประสงค์และแผนการดำเนินงาน

สสส. มีพันธกิจหลักตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดในมาตรา ๕ ของ พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ ซึ่งได้กำหนดบทบาทของ สสส. ไว้ ๖ ข้อ ดังนี้

๑. ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรทุกวัยตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติ
๒. สร้างความตระหนักเรื่องพฤติกรรมที่เสี่ยงจากการบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสาร หรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ และสร้างความเชื่อในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชากรทุกระดับ
๓. สนับสนุนการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสาร หรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ ตลอดจนให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลภัยที่เกี่ยวข้อง
๔. ศึกษาวิจัยหรือสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย ฝึกอบรม หรือดำเนินการให้มีการประชุมเกี่ยวกับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๕. พัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน หรือองค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
๖. สนับสนุนการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่างๆ ในลักษณะที่เป็นสื่อเพื่อให้ประชาชนสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสาร หรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ

วัตถุประสงค์ทั้ง ๖ ข้อนี้ เมื่อตรวจสอบร่วมกับคำนิยามตามมาตรา ๓ แล้ว สามารถสรุปออกมาเป็นเป้าประสงค์ได้ ๖ ข้อดังต่อไปนี้

๑. สานและเสริมพลังการดำเนินงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม เพื่อให้บรรลุผลการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด การลดอุบัติเหตุจากรถและอุบัติเหตุภัย และสร้างสุขนิสัยในการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารสุขภาพ



๒. พัฒนากลไกที่จำเป็นสำหรับการลดปัจจัยเสี่ยงนอกเหนือจากเป้าประสงค์ที่ ๑ โดย สสส. ลงทุนแต่น้อยในส่วนที่จำเป็นและก่อให้เกิดผลกระทบสูง และสร้างขีดความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก เยาวชน และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

๓. เพิ่มขีดความสามารถเชิงสถาบันและส่งเสริมบทบาทของชุมชนและองค์กร ในการพัฒนาสุขภาวะองค์กรหรือแก้ไขปัญหาสำคัญของตน โดยพัฒนากระบวนการต้นแบบ และกลไกขยายผลเพื่อมุ่งพัฒนาสังคมสุขภาวะในระยะยาวอย่างยั่งยืน

๔. สร้างค่านิยมและโอกาสการเรียนรู้ในการสร้างเสริมสุขภาวะให้เกิดขึ้นในสังคมไทย เพื่อสังคมให้ความร่วมมือกับการรณรงค์เพื่อบรรลุเป้าประสงค์ในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

๕. ขยายโอกาสและพัฒนาศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะ

๖. เพิ่มสมรรถนะระบบบริการและระบบสนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาวะ และเพิ่มประสิทธิภาพกลไกการบริหารจัดการ

จากแนวคิด ยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์ สสส. ได้จัดให้มีแผนการดำเนินงานของกองทุน เพื่อให้ตอบสนองต่อเป้าประสงค์ โดยแยกออกเป็นแผน ๑๕ แผน ดังต่อไปนี้^๑

เป้าประสงค์ ๑	แผน ๑: แผนควบคุมยาสูบ แผน ๒: แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผน ๓: แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม แผน ๔: แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แผน ๑๔: แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ
เป้าประสงค์ ๒	แผน ๔: แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ แผน ๕: แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ แผน ๗: แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว
เป้าประสงค์ ๓	แผน ๖: แผนสุขภาวะชุมชน แผน ๘: แผนเสริมสร้างสุขภาวะในองค์กร
เป้าประสงค์ ๔	แผน ๑๐: แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา แผน ๑๕: แผนเสริมสร้างความเข้าใจสุขภาวะ
เป้าประสงค์ ๕	แผน ๑๑: แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ
เป้าประสงค์ ๖	แผน ๑๒: แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ แผน ๑๓: แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

^๑ งานของ สสส. ในแต่ละแผนมีลักษณะที่ตอบสนองไม่เพียงต่อเป้าประสงค์ใดเป้าประสงค์หนึ่ง หากแต่มีตอบสนองได้หลายเป้าประสงค์ ตารางนี้แสดงถึงความสัมพันธ์ของแต่ละแผนที่ตอบสนองต่อเป้าประสงค์หลักเท่านั้น แม้ในความเป็นจริงงานของแผนนั้นอาจตอบสนองเป้าประสงค์อื่นๆ ด้วย.

การจัดทำแผนการดำเนินงาน

ในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ สสส. ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบนโยบายจากหน่วยงานต่างๆ ของประเทศ เพื่อให้การทำงานของ สสส. สอดคล้องกับการดำเนินงานของภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ แผนการดำเนินงานของ สสส. มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติในด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ การสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม การสร้างเสริมการเติบโตของคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม รวมถึงด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐอีกด้วย

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

ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ด้านสุขภาพ การจัดทำแผนการดำเนินงานในครั้งนี้ได้นำการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากที่เคยทำร่วมกับสถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Research Institute : TDRI) และภาคีเครือข่ายวิชาการในแต่ละแผนวิเคราะห์ไว้ รวมถึงสถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพตามหลักการพัฒนายั่งยืน จากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program : IHPP) รวมถึงข้อมูลการจัดการประชุมระดมสมองเมื่อวันที่ ๒๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ มาใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดแผนนโยบาย จุดเน้น และระเบียบวาระกลางอีกด้วย

แผนนโยบายและจุดเน้น

ในการประชุมคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ ๖/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๑ ที่ประชุมมีมติเห็นชอบให้ใช้แผนนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) โดยมีการปรับรายละเอียดให้ทันสถานการณ์และใช้เป็นแผนนโยบายและจุดเน้นในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ต่อไป โดยมีสาระสำคัญต่อไปนี้

๑. ใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี เพื่อการบูรณาการการทำงาน และมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ใช้ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี เป็นแนวทางหลักในการจัดทำแผน เพื่อการบูรณาการการทำงาน และการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับสถานการณ์ทางสุขภาพตามทิศทางและเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี ที่ยังไม่บรรลุผลเป็นพิเศษ รวมถึงการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพในประชากรกลุ่มต่างๆ ควบคู่กับการใช้กลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

๒. ตอบสนองแนวนโยบายการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของยุทธศาสตร์การพัฒนาระเทศ

สนับสนุนการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางที่ระบุไว้ในแนวนโยบายแห่งรัฐ อาทิ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) โดยเฉพาะประเด็นเร่งด่วน ๑๕ ประเด็นในช่วง ๕ ปีแรก แผนปฏิรูปประเทศด้านต่างๆ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๓. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs)

สนับสนุนการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางที่ระบุไว้ในแนวนโยบายแห่งรัฐ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ อาทิ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) โดยเฉพาะประเด็นเร่งด่วน ๑๕ ประเด็นในช่วง ๕ ปีแรก แผนปฏิรูปประเทศด้านต่างๆ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๔. เน้นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร

ปรับกระบวนการทำงานให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทในแต่ละพื้นที่ อาทิ พื้นที่เขตสุขภาพ พื้นที่เขตเมืองที่ขยายตัว พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่ท่องเที่ยว เพื่อสร้างพื้นที่สุขภาวะ โดยการใช้ชุมชนท้องถิ่นเป็นฐาน และให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างๆ อาทิ กลุ่มเปราะบาง กลุ่มช่วงวัย รวมถึงการเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบให้เหมาะสมกับบริบทในปัจจุบัน อาทิ การเข้าสู่สังคมสูงอายุ หรือสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

๕. พัฒนานวัตกรรม และใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

มุ่งพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรองรับยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ เทคโนโลยี และการทำงานร่วมกับคนรุ่นใหม่ เพื่อเพิ่มช่องทางการทำงาน สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มเป้าหมาย รวมถึงกระตุ้นและสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น

เมื่อคณะกรรมการกองทุนให้ความเห็นชอบแล้ว เลขาธิการคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะ จึงได้ร่วมกับคณะกรรมการบริหารแผนทำการยกร่างแผนการดำเนินงานประจำปีตามแนวนโยบายและจุดเน้นการดำเนินงานนี้ต่อไป

การบริหารจัดการ การกำกับ ติดตามและประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง



แผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ของ สสส. ดำเนินการตามบทบัญญัติของกฎหมาย และระเบียบที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ ข้อบังคับกองทุนว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔ มีโครงสร้างการดำเนินงาน ประกอบด้วย

- ๑) ด้านนโยบายและการกำกับดูแลกองทุน
- ๒) ด้านการบริหารจัดการกองทุนและการนำนโยบายไปปฏิบัติ
- ๓) ด้านการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

ด้านนโยบายและการกำกับดูแลกองทุน

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

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

ด้านการบริหารจัดการกองทุน และการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การบริหารจัดการกองทุนมีการบริหารจัดการภายในสำนักงานมีผู้จัดการกองทุนเป็นผู้บริหารสูงสุด โดยผู้อำนวยการสำนักต่างๆ เจ้าหน้าที่ มีบทบาทและหน้าที่ในการดำเนินงาน “อย่างมืออาชีพ” ตามนโยบายของกองทุน ภายใต้การกำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน หรือคณะกรรมการเฉพาะกิจ โครงสร้างของสำนักต่างๆ ตามระเบียบกองทุนฯ ว่าด้วยการจัดแบ่งส่วนงานและการบริหารภายในสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๒ มีการจัดแบ่งส่วนงาน ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ หน่วยงานด้านสนับสนุนภารกิจหลักของกองทุน ได้แก่

๑. สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก
๒. สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
๓. สำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน
๔. สำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว
๕. สำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ
๖. สำนักสร้างสรรค์โอกาส
๗. สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ
๘. สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร
๙. สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ
๑๐. สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสังคม
๑๑. สำนักสร้างเสริมระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา
๑๒. สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์
๑๓. สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์
๑๔. สำนักพัฒนาการตลาดเพื่อสังคม
๑๕. สำนักวิชาการและนวัตกรรม
๑๖. ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ

กลุ่มที่ ๒ หน่วยงานด้านบริหารจัดการสำนักงานกองทุน ได้แก่

๑. ฝ่ายอำนวยการ
๒. ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ
๓. ฝ่ายสื่อสารองค์กร
๔. ฝ่ายบริหารงานบุคคล

๕. ฝ่ายบัญชีและการเงิน

๖. ฝ่ายติดตามและประเมินผล

๗. ฝ่ายตรวจสอบภายใน^๑

กลุ่มที่ ๓ หน่วยงานลักษณะพิเศษ

ตามระเบียบกองทุนฯ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดตั้งหน่วยงานลักษณะพิเศษ พ.ศ. ๒๕๖๒ สำนักงานสามารถจัดตั้งหน่วยงานลักษณะพิเศษเป็นส่วนภายในสำนักงาน เพื่อให้สามารถปฏิบัติการได้อย่างคล่องตัว มีประสิทธิภาพ และบรรลุภารกิจตามวัตถุประสงค์มากยิ่งขึ้น โดยเป็นการตอบสนองต่อภารกิจสร้างเสริมสุขภาพที่สำนักงานเป็นผู้ให้บริการหรือปฏิบัติการกิจเอง และสามารถใช้การบริหารจัดการแบบธุรกิจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล หรือขยายกลุ่มผู้รับประโยชน์ได้

งานในแต่ละสำนักได้ดำเนินการศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์ช่องว่างจากผลการดำเนินงาน เพื่อการพัฒนาระบบและวิธีปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะและขีดความสามารถของบุคลากรและภาคเครือข่าย ส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้ รวบรวม จัดเก็บบทเรียนและผลงานวิชาการเผยแพร่ และส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากความรู้ดังกล่าวทั้งภายในองค์กร สสส. และแก่สาธารณชน ทั้งนี้การบริหารจัดการแผนงาน/โครงการ นั้น สสส. เป็นเพียงน้ำมันหล่อลื่นที่สำคัญ โดยมีภาคีเครือข่ายซึ่งมีได้อยู่ในโครงสร้างของสำนักงาน เป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งในส่วนของโครงการและกิจกรรมต่างๆ เป็นกัลยาณมิตรที่มีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมเรียนรู้ ร่วมพัฒนา ตลอดจนร่วมลงทุนด้วยในบางกรณีเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย อันมีประชาชนเป็นผู้รับประโยชน์สูงสุด

กลไกและแนวทางการนำแผนสู่การปฏิบัติ กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผน หรือ คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจ การปฏิบัติตามแผนจะดำเนินงานโดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ ผ่านกระบวนการพัฒนาชุดโครงการหรือโครงการร่วมกันกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนของ สสส. เป็นการจุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังแก่ภาคีหลักและภาคียุทธศาสตร์ การดำเนินงานตามแนวปฏิบัติมีกระบวนการพิจารณาทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของข้อเสนอชุดโครงการหรือโครงการกับวัตถุประสงค์ตามมาตรา ๕ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ รวมทั้งความสอดคล้องกับแผนหลักและแผนการดำเนินงานประจำปีของสำนักงานแล้วเสนอเพื่อพิจารณาขอรับการอนุมัติสนับสนุนชุดโครงการหรือโครงการในแต่ละระดับต่อไป ขั้นตอนการดำเนินงานดังกล่าวเป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของกองทุน สสส. กำหนดให้เป็นความรับผิดชอบร่วม (Shared Accountability) ระหว่างสำนักงาน คณะกรรมการบริหารแผน ผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งภาคีหลักกับภาคียุทธศาสตร์ ที่จะกลั่นกรองโครงการให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกองทุนและแผนหลัก รวมทั้งยังสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดประสิทธิผลต่อไป

^๑ ฝ่ายตรวจสอบภายในจัดตั้งขึ้นภายใต้ระเบียบกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยการตรวจสอบภายในของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙

ด้านการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นองค์การของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติเฉพาะที่มีการกำหนดให้กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนในอัตราร้อยละ ๒ โดยตรงจากผู้เสียภาษีสุราและยาสูบ และไม่ต้องผ่านกลไกการจัดทำงบประมาณแผ่นดิน ส่งผลให้ สสส. ต้องมีกลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลมากกว่าระบบราชการหรือองค์การรัฐอื่นๆ ได้แก่ การกำกับดูแล โดยคณะกรรมการพัฒนาและส่งเสริมองค์การมหาชน (กพม.) ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) การกำกับดูแลโดยคณะกรรมการกองทุนหมุนเวียนของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง และการกำกับตรวจสอบ โดยสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) นอกจากนี้ ยังกำหนดให้มีคณะกรรมการประเมินผล ที่เป็นอิสระจากคณะกรรมการกองทุน และได้รับการแต่งตั้งจากคณะรัฐมนตรี ทำหน้าที่กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนภาพรวมด้วย

การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน แบ่งเป็น ๓ ระดับ ได้แก่

- (๑) ระดับองค์กร โดยคณะกรรมการประเมินผล และคณะกรรมการกองทุน
- (๒) ระดับแผนหลัก โดยคณะกรรมการกองทุน และคณะกรรมการบริหารแผน และ
- (๓) ระดับแผนงาน ชุดโครงการ และโครงการ โดยสำนักงาน

โดยมีกลไกการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่สำคัญ ๒ กลไก คือ (๑) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามขนาดของวงเงินงบประมาณโดยคณะกรรมการกองทุน ผ่านระบบและกลไกของคณะกรรมการบริหารแผน หรือสำนักงาน และ (๒) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน โดยคณะกรรมการประเมินผล

การประเมินผลการดำเนินงานระดับองค์กรของกองทุน ประกอบด้วย

๑. การประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. ตามหลักการของ Balanced Scorecard

คณะกรรมการประเมินผลเห็นชอบให้มีการกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานขององค์กร ตามหลักการของ Balanced Scorecard ที่อ้างอิงตามกรอบการประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติเฉพาะของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) รวมทั้งมีการนำกรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานทุนหมุนเวียนของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง มาประยุกต์ใช้เพิ่มเติมด้วย โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้การดำเนินงานตามพันธกิจและการบริหารจัดการของ สสส. เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การประเมินผลครอบคลุมการดำเนินการใน ๕ ด้าน ดังนี้

- ๑) ด้านผลสัมฤทธิ์ตามพันธกิจของแผนหลัก ๑๕ แผน
- ๒) ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการดำเนินงานของกองทุนในส่วนต่างๆ
- ๓) ด้านการเงิน
- ๔) ด้านปฏิบัติการ
- ๕) ด้านการบริหารพัฒนาทุนหมุนเวียน

๒. การประเมินผลการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลของ สสส.

คณะกรรมการประเมินผล ได้จัดให้มีการประเมินผลการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลของกองทุนในรอบปีเพื่อตรวจสอบการบริหารจัดการและการดำเนินการของกองทุนที่สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล ทั้ง ๖ หลักการ ได้แก่ หลักการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน (Prevention of Conflict of Interest) หลักการแสดงความรับผิดชอบต่อผลงาน (Accountability) หลักการมีส่วนร่วม (Participation) หลักความโปร่งใส (Transparency) หลักนิติธรรม (Rule of Law) และหลักความถูกต้องชอบธรรม (Integrity)

๓. การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity & Transparency Assessment-ITA) ตามข้อกำหนดของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (สำนักงาน ป.ป.ช.) โดยมีการวัดผล ๑๐ ดัชนี ได้แก่ ๑) การปฏิบัติหน้าที่ ๒) การใช้งบประมาณ ๓) การใช้อำนาจ ๔) การใช้ทรัพย์สินของราชการในองค์กร ๕) การแก้ปัญหาทุจริต ๖) คุณภาพการดำเนินงาน ๗) ประสิทธิภาพการสื่อสาร ๘) การปรับปรุงระบบการทำงาน ๙) การเปิดเผยข้อมูล และ ๑๐) การป้องกันการทุจริต

๔. การตรวจสอบโดยสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ครอบคลุมการบริหารจัดการด้านการเงิน และการบัญชีของ สสส.

ทั้งนี้ กลไกและระบบการติดตามและประเมินผลเป็นเครื่องมือสำคัญต่อการสนับสนุนให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นข้อมูลที่ช่วยสื่อสารและสร้างการรับรู้บทบาทการทำงานของ สสส. แก่สาธารณะที่มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือและเห็นผลลัพธ์ชัดเจน สะท้อนให้สังคมเห็นถึงคุณค่าและการดำรงอยู่ของ สสส.

การควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน และการบริหารความเสี่ยง

เพื่อให้การดำเนินงานของสำนักงาน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีการรองรับสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นและมีผลต่อการทำงานขององค์กร และมีความโปร่งใสสอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล สำนักงานได้จัดให้มีระบบการกำกับดูแลในสามส่วนดังนี้

๑. การควบคุมภายใน (Internal Control)

การควบคุมภายใน คือองค์ประกอบหนึ่งของการกำกับดูแลกิจการที่ดี (Good Corporate Governance) ซึ่งเป็นกระบวนการปฏิบัติงานที่บุคลากรภายในองค์กร ทุกระดับ ทั้งผู้บริหารและพนักงานทุกคนมีบทบาทร่วมกันโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (๑) เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงาน มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (๒) สร้างความน่าเชื่อถือของรายงานทางการเงินขององค์กร และ (๓) มีการปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบข้อบังคับอย่างแท้จริง อันเป็นการสร้างเครื่องป้องกันมิให้เกิดความเสียหายต่อองค์กร

๒. การตรวจสอบภายใน (Internal Audit)

การตรวจสอบภายใน เป็นเครื่องมือสนับสนุนสำคัญของฝ่ายบริหาร เพื่อให้การดำเนินงานขององค์กรสามารถบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายได้ ด้วยการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานและระบบการ

ควบคุมภายในขององค์กร ว่าองค์กรมีการดำเนินงานที่ถูกต้องสมบูรณ์เพียงพอ เหมาะสม เป็นระบบปฏิบัติ งานที่ดี และมีประสิทธิภาพ รวมถึงให้ความเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อช่วยทำให้เกิดมูลค่าเพิ่มและความสำเร็จแก่ องค์กร อีกทั้งเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและความโปร่งใสขององค์กร แก่ประชาชน ภาควิชา ผู้บริหาร พนักงาน ตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม

๓. การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

สสส. ดำเนินการบริหารความเสี่ยงระดับองค์กร เพื่อจัดการความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อการบรรลุ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานของ สสส. โดยการบริหารความเสี่ยงจะเน้นการ มีส่วนร่วมจากสำนัก/ฝ่ายใน สสส. และสอดคล้องตามมาตรฐานสากล COSO ERM^๓ และ ISO 31000^๔ ซึ่งมีกระบวนการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย (๑) การวิเคราะห์สถานการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อ สสส. ทั้งปัจจัยจากภายนอก (PESTEL)^๕ และปัจจัยภายในองค์กร อาทิ ระบบการควบคุมภายใน ธรรมชาติของ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในองค์กร เป็นต้น (๒) การระบุความเสี่ยง ตามการวิเคราะห์สถานการณ์ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานของ สสส. (๓) การประเมินระดับความเสี่ยง เพื่อจัด ลำดับความเสี่ยง ตามระดับความรุนแรงของผลกระทบและโอกาสการเกิดเหตุการณ์ ทั้งนี้เพื่อคัดเลือกความ เสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงสูงและสูงมากมาดำเนินการจัดการความเสี่ยง (๔) การจัดการความเสี่ยง จะพิจารณา มาตรการหรือวิธีการจัดการที่เหมาะสม เพื่อให้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ภายใต้การใช้ทรัพยากร ที่เหมาะสม (๕) การกำกับติดตามการบริหารความเสี่ยง เพื่อติดตามสถานการณ์ความเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไป และความก้าวหน้าของการจัดการความเสี่ยงตามที่ได้วางแผนจัดการไว้ในทุกไตรมาส (๖) การรายงานความ เสี่ยง สสส. จะรายงานผลการบริหารความเสี่ยง ต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและคณะกรรมการบริหาร กองทุนทุกไตรมาส นอกจากนี้ สสส. มีการสื่อสารสร้างความรู้ความเข้าใจการบริหารความเสี่ยงให้บุคลากร ในองค์กรได้รับทราบ ผ่านคู่มือการบริหารความเสี่ยงบนระบบอินทราเน็ตของ สสส. การประชุมเชิงปฏิบัติการ ด้านการบริหารความเสี่ยง และการประชุมผู้บริหาร ทั้งนี้การบริหารความเสี่ยงของ สสส. จะมีคณะกรรมการ บริหารความเสี่ยงซึ่งมีองค์ประกอบเป็นผู้แทนคณะกรรมการกองทุน ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้บริหารระดับสูง เป็น ผู้กำหนดนโยบาย กรอบแนวทาง กำกับติดตาม และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงเป็นไปอย่าง มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ

^๓ COSO ERM หมายถึง The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission - Enterprise Risk Management

^๔ ISO31000 หมายถึง International Standard Risk Management - Principles and Guidelines

^๕ PESTEL หมายถึง สถานการณ์ภายนอก ได้แก่ Political Economic Social Technology Environment Legal and Law

การบูรณาการ การสร้างเสริมสุขภาพ

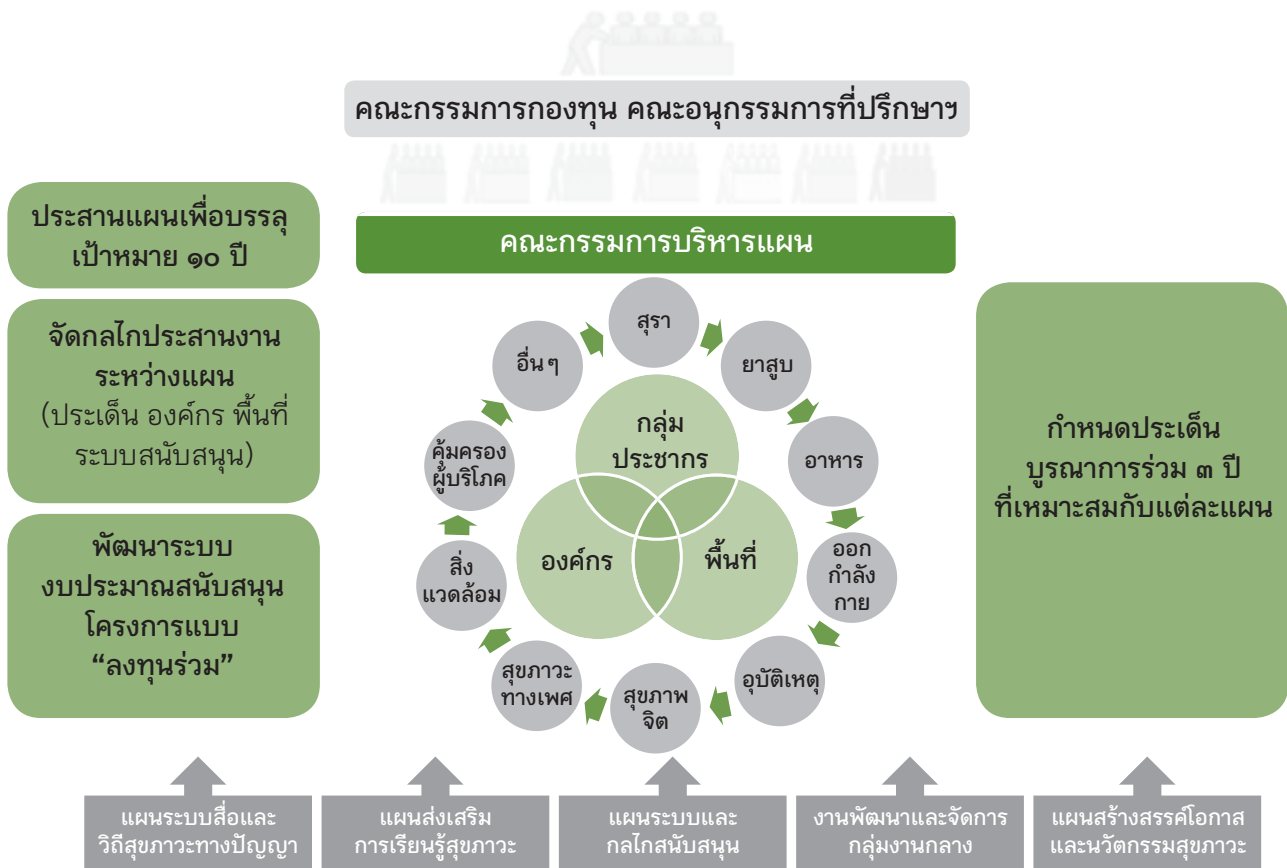
๓

หลักการ

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

กลไกและกระบวนการในการบูรณาการ

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



การจัดทำแผนอย่างบูรณาการ

การจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ สสส. ให้มีความสำคัญกับการประสานแผนเพื่อบรรลุเป้าหมาย ๑๐ ปีของ สสส. ที่ว่า “ทุกคนมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างมีความสุข” มีเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ควบคู่กับการประสานงานระหว่างแผนเชิงประเด็น แผนเชิงองค์กร แผนเชิงพื้นที่ และแผนเชิงระบบ สนับสนุนอย่างไรก็ตาม เนื่องจากลักษณะสำคัญของเป้าหมาย สสส. คือ เป็นเป้าหมายระดับชาติและต้องทำงานที่ได้ผลในระดับประชากร ซึ่งมีภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันกำหนด มีการดำเนินงานเพื่อนำมาสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกัน โดยเจ้าภาพหลักในแต่ละเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี มีการวิเคราะห์แผนตาม “กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของ สสส.” ทั้ง ๕ ขั้นตอน ได้แก่ (๑) การใช้องค์ความรู้ในการทบทวนเป้าหมายร่วมหรือหากยังไม่มีเป้าหมายร่วมก็ต้องมีการวิเคราะห์ประโยชน์ร่วมและประโยชน์เฉพาะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อยู่ในเป้าหมาย ๑๐ ปีอย่างถ่องแท้ ทั้งในมิติของเศรษฐศาสตร์ การสัมพันธ์ หรือสังคม ก่อนนำมาสู่การกำหนดเป้าหมายร่วม (๒) ทบทวนยุทธศาสตร์ร่วมซึ่งมีผู้รับผิดชอบ เพื่อทำความเข้าใจบทบาทและพันธกิจของผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วน รวมถึงทรัพยากรตลอดจนแผนปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบนั้น หากยังไม่มียุทธศาสตร์การดำเนินงานก็ควรวางยุทธศาสตร์ร่วมเสียก่อน การวางยุทธศาสตร์ร่วมนั้นจำเป็นต้องนำความรู้ทางกฎหมาย นโยบาย สถานการณ์ ข้อมูลวิชาการหรือการถอดองค์ความรู้จากผู้ที่มีความรู้ในการทำงานร่วมประกอบการวาง

ยุทธศาสตร์ (๓) ทำการวิเคราะห์จากยุทธศาสตร์ร่วมของประเทศและแผนปฏิบัติการของผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาช่องว่างในการดำเนินงาน ที่สอดคล้องกับบทบาทของ สสส. (๔) จัดทำเป็นแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ที่เชื่อมโยงเป้าหมายและยุทธศาสตร์ของประเทศในแต่ละช่วงเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือตอบสนองต่อทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (๕) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานเพื่อตอบสนองเป้าหมายเฉพาะใดๆ นั้น มักจะต้องการการบูรณาการการทำงานและการสนับสนุนจากหลายๆ แผนใน สสส. แผนที่เป็นเจ้าภาพหลักจึงต้องมีการวิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนที่ทางเดินร่วมกับแผนอื่นๆ ที่เป็นเจ้าภาพร่วม โดยคำนึงถึงขอบเขตการทำงานในแต่ละแผนตามตัวแบบการทำงานระดับองค์กรของ สสส.^๖

ในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓ นี้ สสส. ได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในด้านสุขภาวะของสังคมไทยปัจจุบัน รวมถึงความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติที่ได้กำหนดไว้เป็นภาพรวมของประเทศ จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวได้เกิดเป็นข้อเสนอเพื่อปรับตัวชีวิตในแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) จำนวน ๕ ตัวชีวิต ดังนี้

๑) ตัดตัวชีวิตบูรณาการ ระหว่างแผน: แผน ๑ (ข้อ ๑, ๒) แผน ๒ (ข้อ ๑, ๒) แผน ๖ ข้อ (๑, ๒) แผน ๗ ข้อ (๒, ๓) แผน ๘ (ข้อ ๑) แผน ๙ (ข้อ ๑) แผน ๑๔ (ข้อ ๑)

เนื้อหาตัวชีวิตที่เสนอให้ตัดออก เป็นการบูรณาการการทำงานระหว่างแผนต่างๆ ในการพัฒนาต้นแบบอำเภอสุขภาวะ ๔ อำเภอใน ๔ ภูมิภาคของประเทศ และ ๕ ชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร

การปรับเปลี่ยน: เนื่องจากเป้าหมายการดำเนินการตามตัวชีวิตนี้ เป็นการพัฒนาระบบการทำงานร่วมกันระหว่างแผน ตัวชีวิตนี้จึงไม่สอดคล้องกับแนวทางการประเมิน ที่ควรนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ทั้งนี้ผลลัพธ์จากกระบวนการศึกษาการทำงานร่วมกันนี้ ได้ถูกนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินการแล้ว และบางแผนได้ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องเพื่อพัฒนาต้นแบบอำเภอสุขภาพอีกด้วย จึงได้เสนอให้ตัดตัวชีวิตนี้ออก

๒) ปรับตัวชีวิตหลักข้อ ๑ ของแผน ๔ (แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ) ให้สอดคล้องกับเป้าระดับชาติ

เนื้อหาตัวชีวิตตามแผนหลัก ๓ ปี: ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พัฒนาการจัดการความรู้เรื่องผลของการออกกำลังกายต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต

การปรับเปลี่ยน: ปรับเป้าหมายการดำเนินการ เป็นการตอบสนองต่อแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต

๓) ปรับลดเป้าหมายตัวชีวิตหลักที่ ๑ ของแผน ๙ (แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย)

เนื้อหาตัวชีวิต ๓ ปี: เพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันทีพอเพียง (อย่างน้อย ๑๕๐ นาที) ของประชากรวัย ๑๑ ปี ขึ้นไป จากร้อยละ ๗๘

การปรับเปลี่ยน: ปรับเป้าหมายเป็นร้อยละ ๗๕ ตามแผนยุทธศาสตร์กิจกรรมทางกายแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙)

^๖ เจ้าภาพหลักทุกแผนได้จัดส่งข้อมูลแผนยุทธศาสตร์ที่ผ่านการวิเคราะห์แล้วให้ สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อสังเคราะห์และส่งให้กับเจ้าภาพร่วม

๔) ปรับลดเป้าหมายตัวชี้วัดหลักที่ ๔ ของแผน ๗ (แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว)

เนื้อหาตัวชี้วัดตามแผนหลัก ๓ ปี: เด็กและเยาวชนในกลุ่มเป้าหมายในโรงเรียนสุขภาวะ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ โรงเรียน มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาวะที่ตอบสนองต่อเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ของ สสส.

การปรับเปลี่ยน: ปรับลด เป็น ๕๐๐ โรงเรียนเนื่องจากปรับภารกิจและงบประมาณ โดยมุ่งเน้นภารกิจเรื่องสุขภาวะครอบครัว จึงจะไม่มี การสนับสนุนทุนไปที่กลุ่มโรงเรียนทั้งหมด แต่จะเน้นการวัดผลในกลุ่มโรงเรียนที่ยังคงได้รับการสนับสนุนอยู่ทั้งสิ้น ๕๒๓ แห่ง

๕) รวมตัวชี้วัดหลักที่ ๒ และ ๓ และปรับลดเป้าหมายให้สอดคล้องกับการรวมตัวชี้วัด (แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว)

เนื้อหาตัวชี้วัดตามแผนหลัก ๓ ปี:

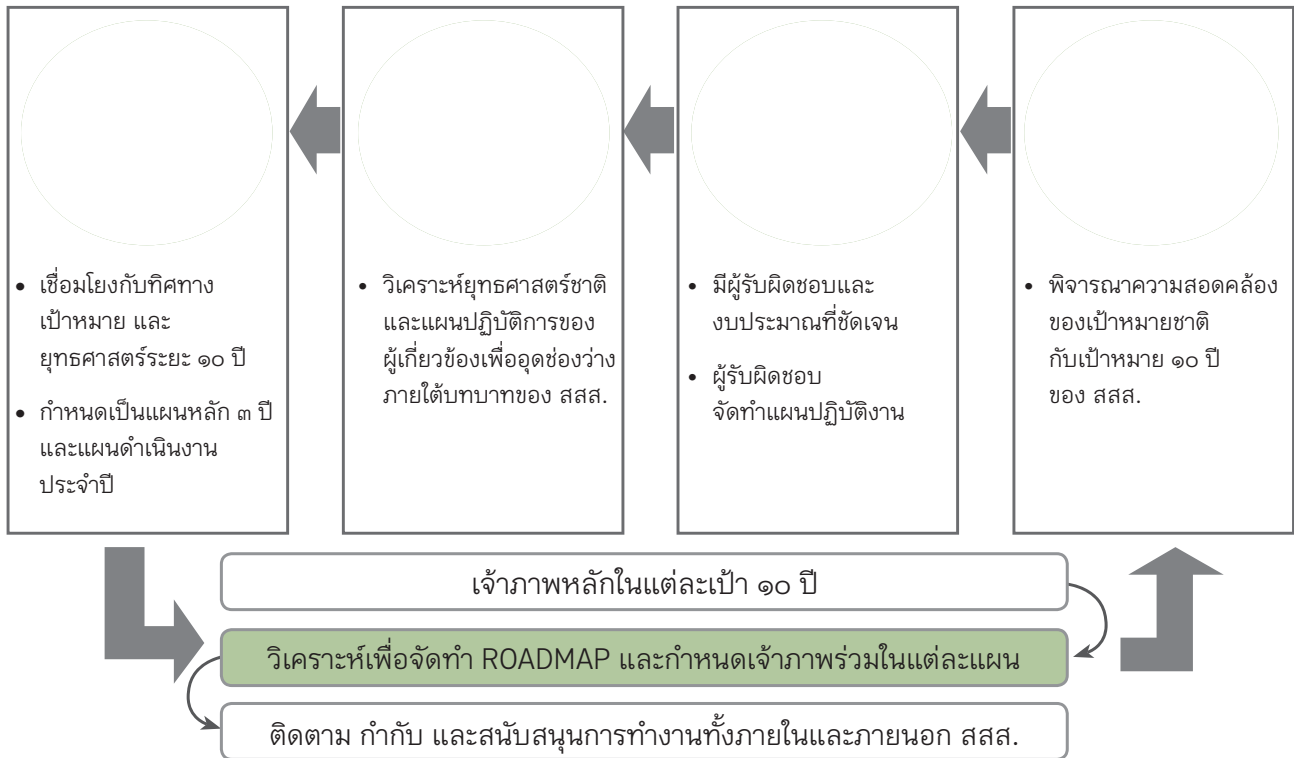
๕.๑) ต้นแบบอำเภอสุขภาวะเพื่อการดูแลเด็ก เยาวชน และครอบครัว จำนวน ๔ อำเภอ ใน ๔ ภูมิภาค มีกลุ่มเป้าหมายร้อยละ ๑๐ เข้าถึงสิทธิและสวัสดิการรัฐ

๕.๒) ตำบลต้นแบบสร้างเสริมสุขภาวะ ใน ๑๐ ตำบล มีกลุ่มเป้าหมายร้อยละ ๒๐ มีพฤติกรรมสุขภาวะที่ดีขึ้น

การปรับเปลี่ยน: รวมเป้าหมายให้เป็นการเกิดกลไกระดับอำเภอใน ๔ อำเภอ ๔ ภูมิภาค โดยมีพื้นที่ปฏิบัติการอย่างน้อยอำเภอละ ๑ ตำบล ที่สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาวะของเด็กและเยาวชนให้ดีขึ้นได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ และเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการของรัฐได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของกลุ่มที่ประสบปัญหา เนื่องจากในการปฏิบัติการมีการใช้พื้นที่ทำงานระดับตำบลในอำเภอต้นแบบเป็นหลักอยู่แล้ว จึงควรปรับตัวชี้วัดให้สอดคล้องกัน

ที่ประชุมคณะกรรมการกองทุน ครั้งที่ ๗/๒๕๖๒ มีมติเห็นชอบให้มีการปรับตัวชี้วัดในแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) พร้อมกับแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๑๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของ สสส.



สสส. ได้ให้ความสำคัญกับการทำงานแบบบูรณาการในรูปแบบต่างๆ มาโดยตลอด และตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ เป็นต้นมา ผู้บริหารของ สสส. ได้ตกลงร่วมกันเพื่อให้ทุกแผนกำหนด “เป้าหมายและตัวชี้วัดร่วม” เพื่อบูรณาการการดำเนินงานกับแผนอื่นๆ โดยกำหนดให้มีน้ำหนักสำหรับเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมดังกล่าวอย่างน้อยร้อยละ ๒๕

เพื่อให้การบูรณาการการทำงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ภายในแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จึงมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมจากทุกแผน ส่วนใหญ่เน้นไปที่การตอบสนองแนวทางการจัดทำแผนที่คณะกรรมการกองทุนมอบไว้ เน้นการตอบสนองยุทธศาสตร์ชาติในเรื่องต่างๆ เช่น ยุทธศาสตร์กิจกรรมทางกายแห่งชาติ พร้อมทั้งสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการระดับชาติในหลายชุดที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี ทั้งเรื่องของการลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยเสริมทางสุขภาพ รวมถึงการสร้างพื้นที่ต้นแบบในเรื่องการลด NCDs อย่างไรก็ตาม ไม่เพียงแต่เป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมเท่านั้นที่ส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการการทำงาน แต่จะสังเกตได้ว่าเป้าหมายและตัวชี้วัดหลักในหลายแผนก็เป็นการกำหนดในลักษณะผลลัพธ์ซึ่งต้องอาศัยการบูรณาการการทำงานด้วยเช่นกัน

คำแถลงประกอบงบประมาณ แสดงฐานะและนโยบายทางการเงิน ตามแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓



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

กรอบนโยบายทางการเงิน

การจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ คณะกรรมการนโยบายทางการเงินในการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๖๒ ได้เห็นชอบให้ สสส. จัดทำกรอบวงเงินภายใต้ “แนวนโยบายทางการเงิน” ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ ที่คณะกรรมการกองทุนเห็นชอบ และ สสส. ได้ใช้ต่อเนื่องมาจนถึงการทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ดังนี้

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

กระบวนการในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณ

การดำเนินงานที่ผ่านมา คณะกรรมการนโยบายทางการเงินร่วมกับ สสส. ใช้การติดตามสถานการณ์รายรับจริงและผลการดำเนินงานจริง ๖ เดือนที่ผ่านมาของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ และการประมาณการแนวโน้มของช่วง ๖ เดือนหลัง ร่วมกับการใช้ข้อมูลจากกรมสรรพสามิตและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อทบทวน

กรอบวงเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จากกรอบเดิมที่คณะกรรมการกองทุนได้อนุมัติไว้ ทั้งในปัจจุบัน และในอนาคต รวมถึงใช้การประเมินภาระผูกพันของโครงการที่ล่าช้า เพื่อการรักษายอดเงินรวมผูกพันโครงการต่างๆ มิให้สูงเกินจริง

จากกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับโครงการใหม่ที่คณะกรรมการกองทุนได้อนุมัติไว้แล้วเมื่อครั้งจัดทำแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จะมีการอนุมัติโครงการใหม่จำนวน ๓,๘๕๘ ล้านบาท

สาระสำคัญของงบประมาณและความสัมพันธ์ระหว่างรายรับกับงบประมาณ สำหรับการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

คำอธิบายเกี่ยวกับประมาณการรายรับประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

ในการจัดทำกรอบวงเงินงบประมาณประจำปี คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินจะจัดทำประมาณการรายรับของ สสส. เพื่อให้ทราบว่า สสส. จะมีเงินที่สามารถใช้จ่ายในปีงบประมาณนั้นๆ มากน้อยเพียงใด ทั้งนี้ การพยากรณ์ประมาณการรายได้-ต้นทุนการดำเนินการของ สสส. ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ (ตามปีงบประมาณ) โดยความร่วมมือของศูนย์ความเป็นเลิศทางเศรษฐมิติ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีการใช้ข้อมูลตั้งต้น ดังนี้

๑. ข้อมูลรายเดือน รายไตรมาสและรายปีของมูลค่าภาษีที่จัดเก็บได้และปริมาณเบียร์ (ล้านลิตร) สุรา (ล้านลิตร) และบุหรี่ยี่ (มวน) และต้นทุนการดำเนินงาน (ล้านบาท)^๑

๒. อัตราภาษีเบียร์ สุรา และบุหรี่ยี่มวน

วิธีการในการพยากรณ์รายได้ของ สสส. มีกระบวนการดังนี้

๑. พยากรณ์ปริมาณเบียร์ สุรา และบุหรี่ยี่ ด้วยวิธี Recursive Forecasting

๒. ในกระบวนการพยากรณ์ทั้งหมด ทำการพิจารณาความถี่ของข้อมูลต่างๆ เพื่อเช็ค Consistency ของผลการพยากรณ์ โดยทำการประเมินความถี่ตั้งแต่ รายเดือน รายไตรมาสและรายครึ่งปี

๓. รวมผลมูลค่าของสินค้าทุกชนิด เพื่อประมาณการภาษีของรัฐทั้งหมด

๔. ทำการประเมินรายได้ ของ สสส. โดยคิดเป็นร้อยละ ๒ ของรายได้จากภาษีสุรา เบียร์ และบุหรี่ยี่ที่รัฐน่าจะเก็บได้

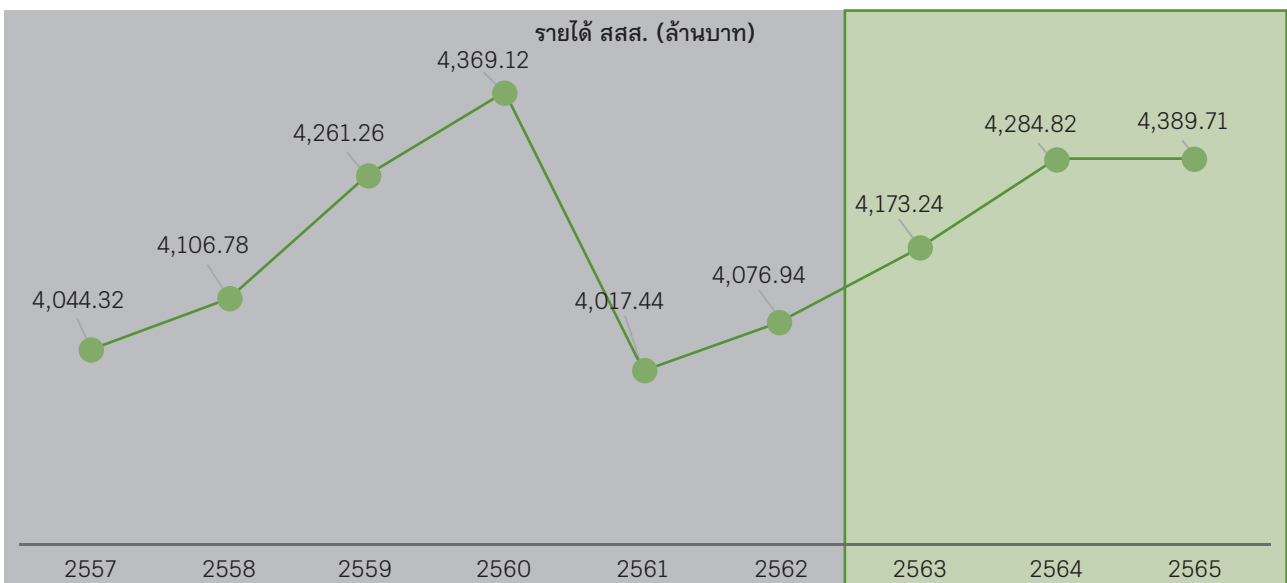
การที่ไม่พยากรณ์ที่รายได้โดยตรง เนื่องจากราคาเป็นสิ่งที่ค่อนข้างคงที่เนื่องจากถูกกำหนดจากรัฐเป็นหลัก แต่สิ่งที่ผันผวนและไม่แน่นอนคือปริมาณ ดังนั้น การที่พยากรณ์ปริมาณที่ถูกต้องจะนำไปคำนวณรายได้ในอนาคตได้แม่นยำกว่า และถึงแม้จะมีการปรับค่าภาษีในอนาคต ก็จะสามารถปรับผลพยากรณ์รายได้ให้ทันตามสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว

จากผลการประมาณการรายได้ภาษีของ สสส. ของศูนย์เศรษฐมิติฯ ล่าสุด พบว่าปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ประมาณการรายได้ภาษีของ สสส. มีจำนวน ๔,๐๗๖.๔๔ ล้านบาท ขณะที่แผนหลักเดิม จำนวน ๔,๕๘๐.๒๘ ล้านบาท

^๑ ข้อมูลจากกรมสรรพสามิต ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ถึง มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

และจากการติดตามผลการจัดเก็บรายได้ของ สสส. ๗ เดือน แรกพบว่า สสส. มีรายได้ภาษี จำนวน ๒,๔๘๓.๒๔ ล้านบาท ซึ่งต่ำกว่าประมาณการจำนวน ๒๒๗.๔๓ ล้านบาท หรือร้อยละ ๘ ดังนั้นจากผลประมาณการดังกล่าวข้างต้น สสส. คาดว่าปี พ.ศ. ๒๕๖๒ แนวโน้มรายได้ภาษีอาจลดลงถึง ๕๐๓.๔๐ ล้านบาท

จากผลการประมาณการใหม่ของคุณยัศเรษฐมิติฯ พบว่าประมาณการรายได้ภาษีของ สสส. ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๔,๑๗๓.๒๔ ล้านบาท ขณะที่ประมาณการเดิม จำนวน ๔,๖๗๑.๘๘ ล้านบาท ดังนั้นจากผลประมาณการดังกล่าวข้างต้น คาดว่าปี พ.ศ. ๒๕๖๓ แนวโน้มรายได้ภาษีอาจลดลงถึง ๔๙๘.๖๔ ล้านบาท พร้อมทั้งคาดการณ์ว่ารายรับของ สสส. ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ และ ๒๕๖๕ จะมีจำนวน ๔,๒๘๔.๘๒ และ ๔,๓๘๙.๗๑ ล้านบาท ตามลำดับ



กราฟผลการประมาณการรายได้ภาษียาสูบ แอลกอฮอล์ และสุรา ของ สสส. ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕

สรุปกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

คณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงินได้ดำเนินการทบทวนกรอบวงเงินงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จากสถานการณ์รายรับที่เปลี่ยนไป เพื่อเสนอคณะกรรมการกองทุนใช้เป็นกรอบวงเงินงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ดังนี้

๑. วงเงินอนุมัติโครงการใหม่ จากแผนเดิม ๔,๑๘๘.๐๐ ล้านบาท ปรับลดคงเหลือ ๓,๘๕๘.๐๐ ล้านบาท^๕
๒. วงเงินเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายอุดหนุนโครงการ จากแผนเดิม ๔,๓๓๓.๐๐ ล้านบาท ปรับลดคงเหลือ ๓,๘๘๙.๐๐ ล้านบาท
๓. วงเงินค่าใช้จ่ายบุคลากร จากแผนเดิม ๒๑๐.๐๐ ล้านบาท ปรับลดคงเหลือ ๑๕๐.๐๐ ล้านบาท

^๕ ที่ประชุมคณะกรรมการกองทุน ครั้งที่ ๖/๒๕๖๒ มีมติเห็นชอบวงเงินอนุมัติโครงการใหม่ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ที่ ๓,๗๕๘.๐๐ ล้านบาท และในที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนครั้งที่ ๗/๒๕๖๒ มีมติเห็นชอบการเพิ่มกรอบวงเงินอนุมัติโครงการใหม่ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ขึ้นเป็น ๓,๘๕๘.๐๐ ล้านบาท



กรอบวงเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ของกองทุน ที่จัดทำเป็นระยะเวลา ๓ ปี ที่คณะกรรมการกองทุนพิจารณาเห็นชอบ มีรายละเอียดดังนี้

	๒๕๖๑ (A)	๒๕๖๒ (P)	๒๕๖๒ (ใหม่)	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
วงเงินอนุมัติโครงการใหม่	๔,๐๒๒.๙๔	๔,๑๘๑.๐๐	๓,๙๙๑.๐๐	๓,๘๕๘.๔๐	๓,๘๕๖.๓๔	๓,๙๕๐.๗๔

รายได้เงินบำรุงกองทุน	๔,๐๓๙.๕๘	๔,๕๘๐.๒๘	๔,๐๗๖.๙๔	๔,๑๗๖.๐๐	๔,๒๘๔.๘๒	๔,๓๘๙.๗๑
รายได้อื่น	๒๖๙.๕๘	๑๕๖.๐๖	๑๕๖.๐๖	๑๕๖.๐๖	๑๕๖.๐๖	๑๕๖.๐๖
รายได้รวม	๔,๓๐๙.๑๖	๔,๗๓๖.๓๔	๔,๒๓๓.๐๐	๔,๓๓๒.๐๖	๔,๔๔๐.๘๘	๔,๕๔๕.๗๗
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนโครงการ	๔,๒๗๘.๘๑	๔,๓๒๖.๔๖	๔,๐๓๖.๔๖	๓,๙๔๙.๒๐	๓,๙๙๐.๕๔	๔,๐๘๘.๒๒
เบิกจ่ายโครงการใหม่	๑,๕๑๖.๖๗	๑,๔๗๑.๖๗	๑,๓๙๑.๖๗	๑,๓๘๒.๙๖	๑,๓๕๗.๔๓	๑,๓๙๐.๖๖
เบิกจ่ายโครงการต่อเนื่อง	๒,๗๖๒.๑๔	๒,๘๕๕.๗๙	๒,๖๔๔.๗๙	๒,๕๖๖.๒๔	๒,๖๓๓.๑๑	๒,๖๙๗.๕๖
งบบุคลากร	๑๔๒.๓๕	๑๗๗.๙๙	๑๔๐.๐๐	๑๕๐.๐๐	๑๕๕.๘๒	๑๖๐.๘๔
งบดำเนินการ	๑๒๙.๕๙	๑๖๐.๘๐	๑๖๐.๘๐	๑๖๔.๐๒	๑๖๔.๐๒	๑๖๔.๐๒
ค่าเสื่อมราคา	๕๙.๗๘	๑๒๔.๘๐	๕๖.๔๖	๕๖.๔๖	๕๖.๔๖	๕๖.๔๖
ค่าใช้จ่ายรวม	๔,๖๑๐.๕๓	๔,๗๙๐.๐๕	๔,๓๙๓.๗๒	๔,๓๑๙.๖๘	๔,๔๐๖.๘๘	๔,๔๖๙.๕๔
รายรับสูง (ต่ำ) กว่ารายได้สุทธิ	-๓๐๑.๓๗	-๕๓.๗๑	-๑๖๐.๗๒	๑๒.๓๘	๓๔.๐๔	๗๖.๒๓

สถานะเงินลงทุนต้นงวดสุทธิ	๑,๕๒๖.๐๕	๑,๒๙๕.๙๕	๑,๒๓๔.๙๙	๑,๐๗๔.๒๗	๑,๐๘๖.๖๕	๑,๑๒๐.๖๙
สถานะเงินลงทุนปลายงวดสุทธิ ณ สิ้นปี	๑,๒๔๔.๖๘	๑,๒๔๒.๒๔	๑,๐๗๔.๒๗	๑,๐๘๖.๖๖	๑,๑๒๐.๖๙	๑,๑๙๖.๙๒
ค่าใช้จ่ายสำนักงาน	๒๗๑.๙๔	๓๓๘.๗๙	๓๐๐.๘๐	๓๑๔.๐๒	๓๑๙.๘๔	๓๒๔.๘๖
ค่าใช้จ่ายสำนักงานต่อ งบประมาณทั้งหมด (ร้อยละ)	๕.๙๐	๗.๐๗	๖.๘๕	๗.๒๗	๗.๒๖	๗.๒๗
ค่าใช้จ่ายสำนักงานต่อ งบอนุมัติ (ร้อยละ)	๖.๗๖	๘.๑๐	๗.๕๔	๘.๑๔	๘.๒๙	๘.๒๒

คำชี้แจงเกี่ยวกับงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๒ คณะกรรมการกองทุนได้เห็นชอบกรอบวงเงินงบประมาณสำหรับแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยมีวงเงินอนุมัติโครงการใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๓,๘๕๘ ล้านบาท รวมถึงค่าใช้จ่ายสำนักงาน (ไม่รวมค่าเสื่อมราคา) จำนวน ๓๑๔.๐๒ ล้านบาท (ร้อยละ ๘.๓๖ ของวงเงินอนุมัติโครงการใหม่) เนื่องจากกรอบวงเงินงบประมาณดังกล่าวจะทำให้ สสส. สามารถรักษาวินัยทางการเงินไว้ได้ในอนาคต รวมถึงได้คำนึงถึงข้อสังเกตของหน่วยตรวจสอบและการรองรับความเสี่ยงด้านรายได้ไว้ด้วยแล้ว

จากวงเงินงบประมาณสำหรับโครงการใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ดังกล่าว คาดว่าจะเกิดการเบิกจ่ายโครงการใหม่ในปีงบประมาณเดียวกันจำนวน ๑,๓๒๒.๙๖ ล้านบาท นอกจากนี้ ยังมีการเบิกจ่ายโครงการต่อเนื่องซึ่งเป็นการอนุมัติจากปีก่อนหน้าจำนวน ๒,๕๖๖.๒๔ ล้านบาท ซึ่งการเบิกจ่ายทั้งสองส่วนอยู่ในระดับใกล้เคียงกับปีก่อน ดังนั้นในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จะมีการเบิกจ่ายเงินอุดหนุนโครงการรวมทั้งสิ้น ๓,๘๘๙.๒๐ ล้านบาท ทั้งนี้ การอนุมัติตามกรอบงบประมาณและการเบิกจ่ายทั้งหมดจะไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อ สสส. เนื่องจากคาดการณ์ว่าสถานะเงินลงทุนปลายงวดสุทธิ ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ของ สสส. ยังเหลืออยู่อีก ๑,๑๔๖.๖๖ ล้านบาท

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

แนวทางการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำแนกรายแผน

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



การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำแนกรายแผน

หน่วย : ล้านบาท

		จำนวน
สนับสนุนโครงการรวม		๓,๘๕๘
๑	แผนควบคุมยาสูบ	๓๑๐
๒	แผนควบคุมแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๓๓๐
๓	แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	๒๖๐
๔	แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๑๗๐
๕	แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๒๑๐
๖	แผนสุขภาวะชุมชน	๓๖๐
๗	แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๒๔๕
๘	แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๑๓๐
๙	แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๒๑๐
๑๐	แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๒๒๐
๑๑	แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	๓๐๐
๑๒	แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะผ่านระบบบริการสุขภาพ	๑๙๐
๑๓	แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๘๗
๑๔	แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	๑๗๐
๑๕	แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	๔๒๐
๑๖	งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	๑๔๖

ส่วนที่ ๒

รายละเอียดแผนหลัก

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

แผนควบคุมยาสูบ



แผนควบคุมยาสูบ มุ่งตอบสนองเป้าประสงค์ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (The Sustainable Development Goals : SDGs) ที่กล่าวถึงการมีสุขภาวะในการดำรงชีวิตและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ สอดรับกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ในยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ในประเด็นปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรม ประเด็นเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี สอดรับกับยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมประเด็นการเสริมสร้างพลังทางสังคม และยุทธศาสตร์ที่ ๖ ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ ในประเด็นกฎหมายมีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทต่างๆ และมีเท่าที่จำเป็น โดยแผนจะมุ่งดำเนินการให้เกิดผลลัพธ์สำคัญในด้านการลดความชุกของการเสพยาสูบของประชาชนไทย และการป้องกันนักสูบหน้าใหม่

สถานการณ์และแนวโน้ม

บุหรีเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังหลายชนิด เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอด โรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น ทั้งนี้บุหรีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลรุนแรงและก่อให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพมากกว่าปัจจัยเสี่ยงด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง โดยพบว่า บุหรีเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ๒ - ๔ เท่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดถึง ๒๕ เท่า ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า ทั่วโลกมีผู้สูบบุหรีประมาณ ๑,๑๐๐ ล้านคน โดยร้อยละ ๘๐ อยู่ในกลุ่มประเทศที่รายได้ปานกลาง-ต่ำ และในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรีมากกว่า ๘ ล้านคน โดย กว่า ๗ ล้านคนเสียชีวิตจากการสูบบุหรี และอีก ๑.๒ ล้านคน เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรีมือสอง หากไม่มีการดำเนินการใดๆ คาดการณ์ว่า ภายในปี ๒๕๗๓ จะมีผู้เสียชีวิตจากบุหรีถึง ๖ ล้านคนต่อปี

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติและจากรายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญต่อการเสียชีวิตของคนไทยคือ การสูบบุหรี ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องถึง ๕๕,๐๐๐ ราย หรือร้อยละ ๑๑.๒ ของจำนวนการเสียชีวิตทั้งหมด และจากการวิเคราะห์ข้อมูลของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบใน พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า คนไทยเสียชีวิต



เพราะบุหรี่ยังถึง ๗๐,๖๕๖ คน โดยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายหลักของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ๓๑,๖๐๔ คน รองลงมาคือมะเร็งปอด ๑๓,๗๒๗ คน ฤกษ์ลมปอดพอง ๑๐,๘๕๒ คน ปอดติดเชื้อ ๘,๙๗๗ คน และวัณโรค ๑,๘๕๖ คน โดยพบว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ ๘๐) รองลงมาเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุ ๔๕ - ๕๙ ปี (ร้อยละ ๑๕) ทั้งนี้ ผู้เสียชีวิตแต่ละคนเสียชีวิตเร็วขึ้น ๑๘ ปี และพบว่าโดยเฉลี่ยต้องทุพพลภาพก่อนเสียชีวิต ๓ ปี^๙ นอกจากนี้แล้ว ยังพบว่า **คนไทยเสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง ๘,๒๗๘ คน/ปี และป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ถึง ๑,๐๙๒,๒๐๐ คน** (ข้อมูลจาก IHME : International Health Metric Evaluation และการประเมินผลของ Mark Goodchild. WHO/Geneva)^{๑๐}

บุหรี่ยังทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจำนวนมาก มีการประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ พบว่า การสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งปี ๗๔,๘๘๔ ล้านบาท^{๑๑} (คำนวณเป็นความสูญเสีย ๔๒ บาทต่อบุหรี่ ๑ ซอง)^{๑๒} โดยรวมแล้วความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ ๐.๗๘ ของ GDP ประเทศไทยและคิดเป็นร้อยละ ๑๘ ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด

ข้อมูล พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า มีผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจากบุหรี่ยังถึง ๕๕๓,๖๑๑ ครั้ง ซึ่งคิดเป็นค่ารักษาพยาบาลรวม ๒๑,๓๘๙ ล้านบาท แต่แต่ละครั้งต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลเฉลี่ย ๗ วัน โดยเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในแต่ละครั้งเฉลี่ย ๓๘,๖๓๘ บาท หรือ ๖,๘๐๖ บาทต่อวัน (เฉพาะส่วนที่จ่ายโดยกองทุนหลักประกันสุขภาพ ประกันสังคม และสวัสดิการราชการ)

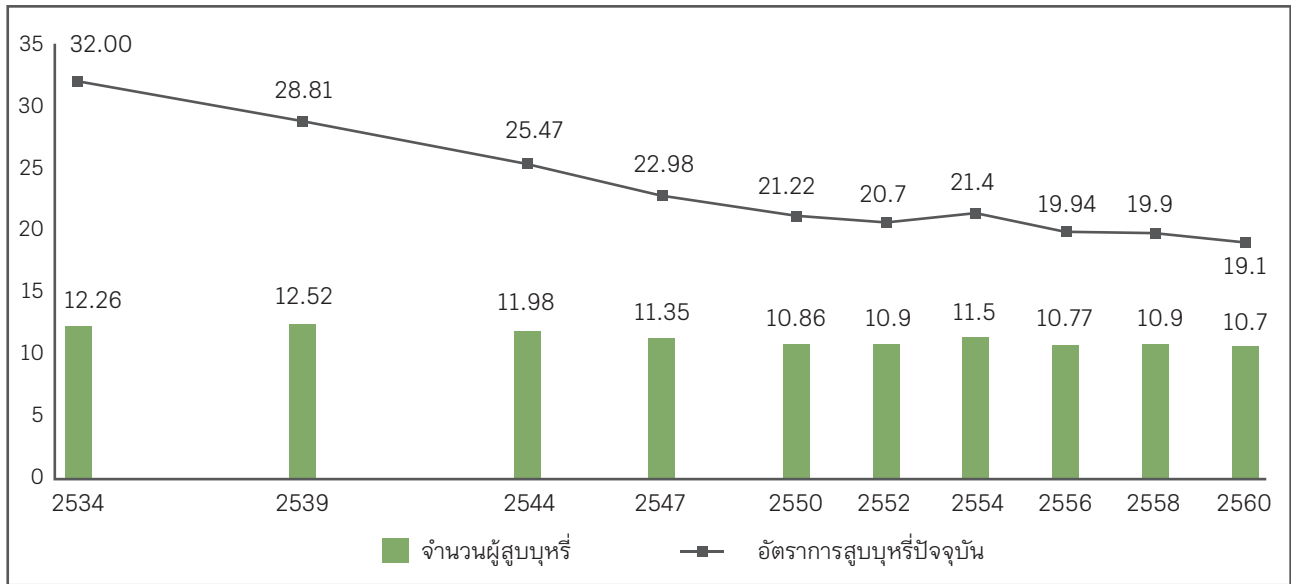
สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปในภาพรวมลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติล่าสุด พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า ประชากรสูบบุหรี่ทั้งสิ้น ๑๐.๗ ล้านคน (ร้อยละ ๑๙.๑) และพบว่า เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิง ๒๒ เท่า (ร้อยละ ๓๗.๗ และร้อยละ ๑.๗ ตามลำดับ) (รายละเอียดตามแผนภาพที่ ๑ - ๒) ทั้งนี้ สัดส่วนของผู้ไม่สูบบุหรี่ต่อผู้ที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ๓:๑ ใน พ.ศ. ๒๕๓๔ เป็น ๔.๒:๑ (รายละเอียดตามแผนภาพที่ ๓) ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ และพบว่า สัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ประจำใน พ.ศ. ๒๕๖๐ ลดลงจาก พ.ศ. ๒๕๓๔ จากร้อยละ ๙๕ เป็นร้อยละ ๘๘ ในขณะที่ผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยใน พ.ศ. ๒๕๓๔ มีผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวเพียง ๕๙๐,๕๒๘ คน กลับเพิ่มขึ้นเป็น ๑,๒๕๑,๖๘๕ คน ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นสัญญาณสะท้อนให้เห็นว่าอุตสาหกรรมยาสูบมีกลยุทธ์ทางการตลาดรูปแบบใหม่ที่อาจส่งผลให้มีผู้ทดลองสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น

^๙ มูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ, รายงานการะโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗, ๒๕๖๑.

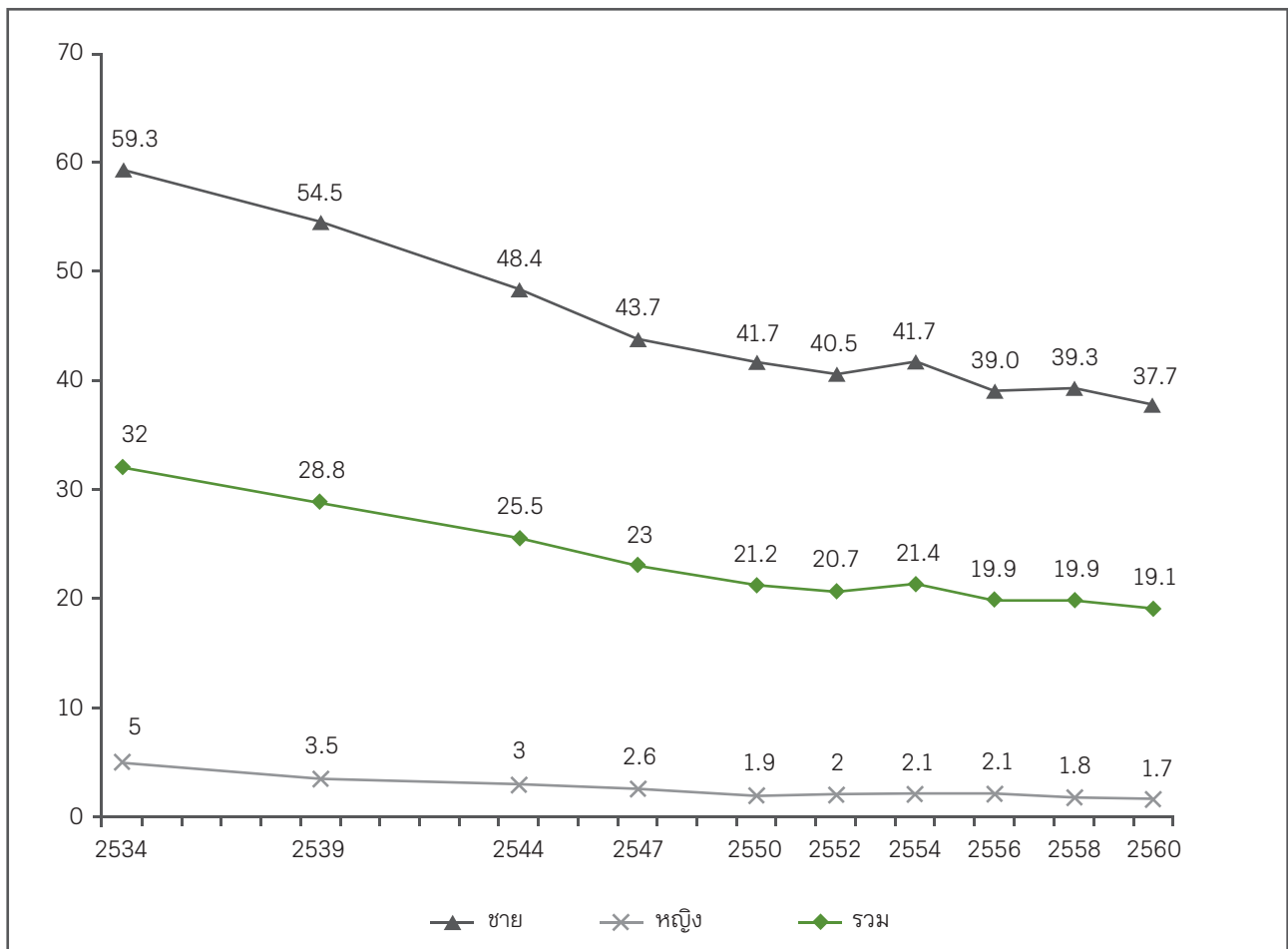
^{๑๐} รวบรวมและสรุปโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.), ๒๕๖๑.

^{๑๑} Kanitta Bundhamcharoen, Suchunya Aungkulanon, Nuttapat Makka, Kenji Shibuya, Economic burden from smoking-related diseases in Thailand, Retrieved on 11 February 2019 from

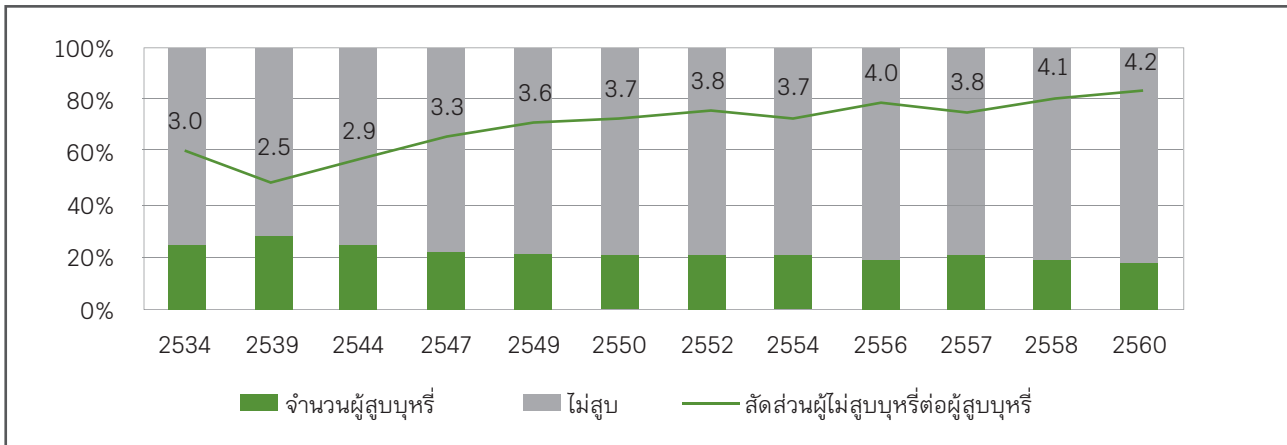
^{๑๒} ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, สรุป ๒๕ ปี การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๓๕ - ๒๕๖๐, (กรุงเทพมหานคร : เจริญดีมีมั่นคงการพิมพ์, ๒๕๖๐).



ภาพที่ ๑ อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย ปี พ.ศ. ๒๕๓๔ - ๒๕๖๐

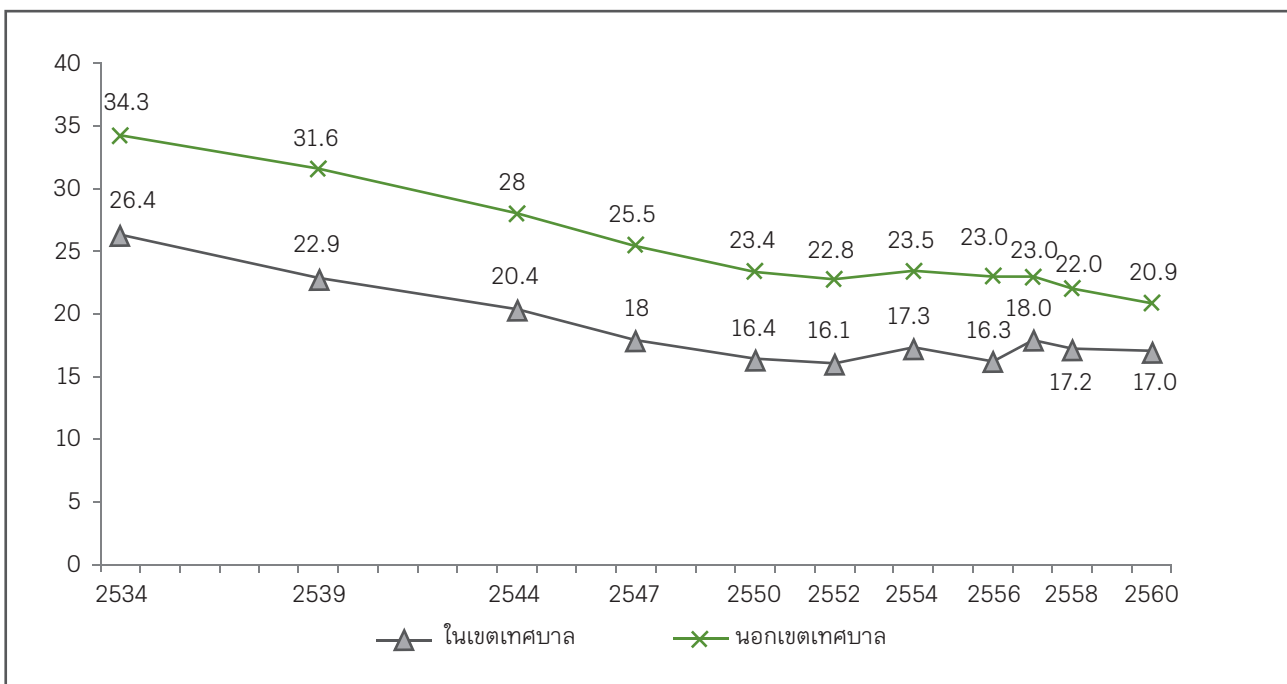


ภาพที่ ๒ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พ.ศ. ๒๕๓๔ - ๒๕๖๐ จำแนกตามเพศ



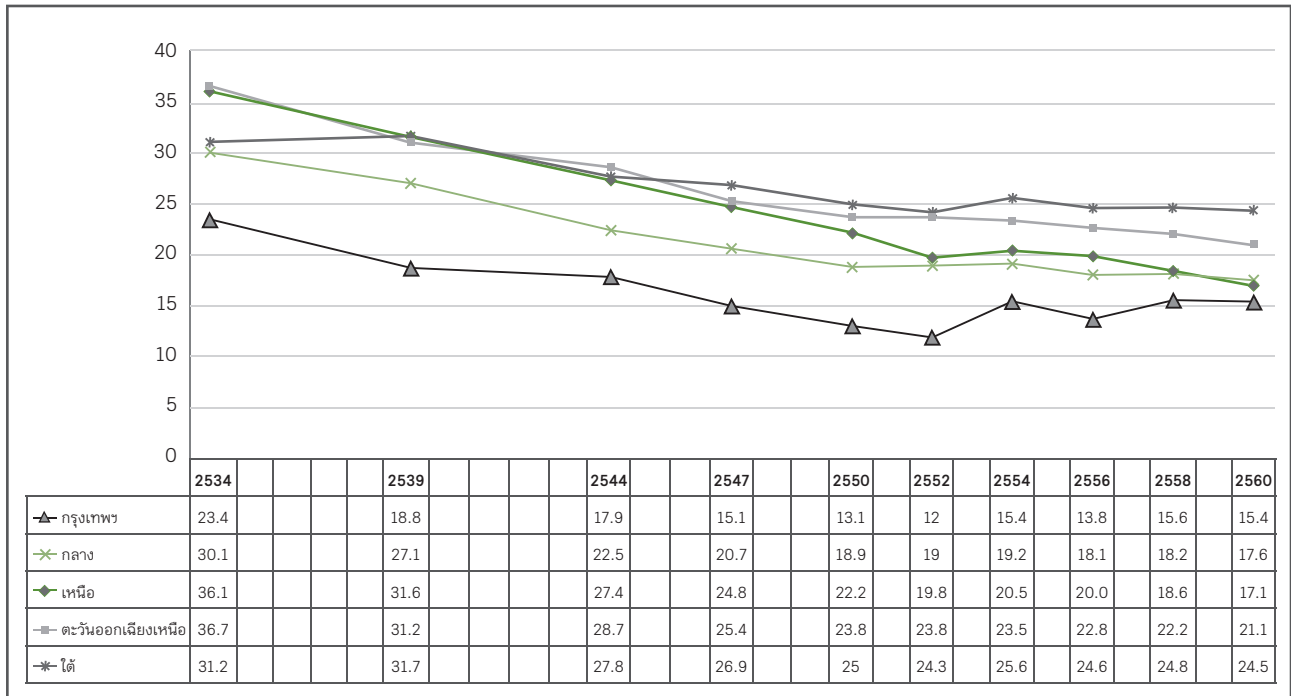
ภาพที่ ๓ สัดส่วนของผู้ที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๔ - ๒๕๖๐

ผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่สูงกว่าในเขตเทศบาลทุกรอบการสำรวจ โดยผลสำรวจ พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ที่อยู่นอกเขตเทศบาลร้อยละ ๒๐.๙ และอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ ๑๗.๐ และยังคงพบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุด (ร้อยละ ๒๔.๕) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ ๒๑.๑) ภาคกลาง (ร้อยละ ๑๗.๖) ภาคเหนือ (ร้อยละ ๑๗.๑) และกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ ๑๕.๔) ตามลำดับ ดังรายละเอียดตามภาพที่ ๔ - ๕



ภาพที่ ๔ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พ.ศ. ๒๕๓๔ - ๒๕๖๐

จำแนกตามเขตการปกครอง



ภาพที่ ๕ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พ.ศ. ๒๕๓๔ - ๒๕๖๐ จำแนกตามภาค

ด้านประเภทของบุหรี่ที่สูบบุหรี่ว่า ในประเทศไทยมี ๔๕ จังหวัดที่มีจำนวนผู้สูบบุหรี่มวนเองสูงกว่า สูบบุหรี่ซิการ์เรต และมี ๒๐ จังหวัดที่มีจำนวนคนสูบบุหรี่มวนเองสูงกว่าบุหรี่ซิการ์เรตมากกว่า ๒ เท่า (ข้อมูล การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทยปี พ.ศ. ๒๕๖๐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์โดย ศจย.)

สถานการณ์การสูบบุหรี่ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ยังคงต้องให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง เพราะการสูบบุหรี่ เยาวชนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และอายุที่เริ่มสูบน้อยลง โดยข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า กลุ่มอายุ ๑๙ - ๒๔ ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๕๘ จากร้อยละ ๒๐.๒ เป็นร้อยละ ๒๐.๔ และข้อมูลการสำรวจในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ยังพบว่า แนวโน้มการเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี มีแนวโน้มลดลง จากอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบครั้งแรกที่อายุ ๑๖.๙ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๔) เป็นเริ่มสูบที่ อายุเฉลี่ย ๑๕.๖ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๗) นอกจากนี้ จากข้อมูลการสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย อายุ ๑๓ - ๑๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งดำเนินการภายใต้โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชนระดับโลก (Global Youth Tobacco Survey GYTS) พบว่า ความชุกของการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยอายุ ๑๓ - ๑๕ ปี อยู่ที่ร้อยละ ๑๑.๓ โดยพบว่า เยาวชนไทยเคยทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ ๗ ปี หรือน้อยกว่า (ร้อยละ ๕.๒) เยาวชนส่วนใหญ่ เริ่มทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ ๑๒ ปี ถึง ๑๓ ปี (ร้อยละ ๓๙.๖) รองลงมาเป็นเยาวชนที่ทดลองสูบบุหรี่ ในช่วงอายุระหว่าง ๑๔ ปี ถึง ๑๕ ปี (ร้อยละ ๒๔.๘) และเยาวชนที่ทดลองสูบบุหรี่ในช่วงอายุ ๑๐ ปี ถึง ๑๑ ปี (ร้อยละ ๒๑.๒) ตามลำดับ เยาวชนชายสูบบุหรี่ไฟฟ้าถึงร้อยละ ๔.๗ และเยาวชนหญิงสูบบุหรี่ไฟฟ้า ถึงร้อยละ ๑.๙ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยมีสาเหตุมาจากความอยากรู้อยากลอง รวมถึงการสร้างค่านิยมวัยรุ่น แบบใหม่ในกลุ่มเดียวกัน จึงทำให้พบกลุ่มเยาวชนนักสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น

สถานการณ์ด้านการได้รับควันบุหรี่มือสองพบว่า ยังคงมีผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองทั้งในบ้านและในที่สาธารณะ คนไทย ๑๘ ล้านคนได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน และมีถึง ๑๓ ล้านคนที่ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านทุกวัน (ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์โดย ศจย.) และข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๖๐ พบว่า อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองในที่สาธารณะของประชาชนอยู่ที่ร้อยละ ๓๓.๒ โดยพบว่า สถานที่สาธารณะที่มีผู้พบเห็นควันบุหรี่มือสองมากที่สุด ๕ อันดับแรก ได้แก่ (๑) ตลาดสดหรือตลาดนัด (ร้อยละ ๖๑.๘๑) (๒) ร้านอาหาร ภัตตาคาร หรือสถานที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม (ร้อยละ ๓๗.๗) (๓) สถานีขนส่ง (ร้อยละ ๒๕.๕) (๔) ศาสนสถาน (ร้อยละ ๒๓.๑) (๕) อาคารสถานที่ราชการ (ร้อยละ ๑๑.๔)

ทั้งนี้ ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ มีผลการวิจัยพบว่า ผู้หญิงที่มีสามีสูบบุหรี่ หรือ ผู้ที่ทำงานในที่ที่มีคนสูบบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๔ และร้อยละ ๑๔ ตามลำดับ ผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองมีโอกาสที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๓๐ (เท่ากับผู้หญิงวันละ ๑ - ๙ มวน) เด็กทารกที่มีผู้ปกครองสูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะไหลตายเพิ่มขึ้น ๒ เท่า มีโอกาสเกิดหลอดลมอักเสบหรือปอดอักเสบเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๔๗ และมีโอกาสเป็นโรคหอบหืดเพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๔

การบริโภคยาสูบนอกจากก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูบเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อรายจ่ายของผู้สู้อีกด้วย ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า ผู้สูบบุหรี่มีค่าใช้จ่ายในการซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบเฉลี่ย ๕๔๖ บาทต่อเดือน โดยผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนเพื่อซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบสูงถึง ๑,๐๕๙ บาท ส่วนผู้ที่อยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่ำที่สุด ๓๔๘ บาท และพบว่าผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในเขตเทศบาลมีค่าใช้จ่ายในการซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบเฉลี่ยสูงกว่านอกเขตเทศบาล ๗๓๒ บาท และ ๔๑๒ บาท ตามลำดับ^{๑๓}

การบริโภคยาสูบนับว่าเป็นภัยคุกคามที่สำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพของคนไทยและประเทศไทยในปัจจุบัน เนื่องด้วยผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นสาเหตุหลักของการก่อให้เกิดโรคเรื้อรังในกลุ่ม NCDs ทั้งนี้ จากการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ พบ ๒๕ โรคที่มีหลักฐานชัดเจนว่าเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ในขณะที่ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพอื่นๆ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย และการกินอาหารไม่ถูกต้องก่อปัญหาแต่อยู่ในระดับที่เบาบางกว่า เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคในกลุ่ม NCDs ทั้งสี่ประการนั้น ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลรุนแรงและก่อให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพมากที่สุดก็คือการสูบบุหรี่ ในการดำเนินการเรื่องการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (The Global Monitoring Framework for NCDs) องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบโดยเสนอให้มีการลดอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปลง ร้อยละ ๓๐ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ กล่าวคือ ตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกแล้ว ประเทศไทยต้องลดอัตราการสูบบุหรี่จากร้อยละ ๒๐.๗ ใน พ.ศ. ๒๕๕๗ เป็นร้อยละ ๑๔.๕ ใน พ.ศ. ๒๕๖๘ หรือต้องลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ลงอย่างน้อย ๓ ล้านคน ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ค่อนข้างท้าทาย เนื่องจากในรอบ ๑๐ ปีที่ผ่านมาจำนวนคนสูบบุหรี่ในประเทศไทยลดลงได้เพียง ๒๐๐,๐๐๐ คน (พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๖๐) ดังนั้น จึงจำเป็นต้องเร่งหามาตรการที่เหมาะสมเพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่ให้บรรลุตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด

^{๑๓} ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๑, ๒๕๖๑.

จุดเน้นของแผน

๑. ด้านการพัฒนานโยบาย และการบังคับใช้กฎหมาย

- ๑.๑ สื่อสารกฎหมายต่างๆ ให้ประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบ อาทิ พนักงานเจ้าหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนด ตำรวจ สรรพสามิตพื้นที่ นายอำเภอ อปท. ผู้ค้าปลีกยาสูบในพื้นที่ เป็นต้น และเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีระดับท้องถิ่นให้สามารถบังคับใช้กฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการสนับสนุนให้เกิดการบังคับใช้กฎหมายเชิงบวก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมาย
- ๑.๒ สนับสนุนและผลักดันให้เกิดการดำเนินงาน และติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ ๒
- ๑.๓ สนับสนุนและผลักดันการขึ้นภาษีบุหรี่ โดยเฉพาะบุหรี่ยวนเอง รวมถึงการควบคุม/ลดบุหรี่ผิดกฎหมาย
- ๑.๔ สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อน/ผลักดันนโยบายด้านการควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะการขยายการทำงานในระดับพื้นที่ให้มากยิ่งขึ้น เช่น การขยายชุมชนปลอดบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร และการขยายการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ๑.๕ เฝ้าระวังและติดตามเพื่อมิให้ข้อถกกลางทางการค้าที่ประเทศไทยได้มีพันธสัญญาไว้กลายเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการควบคุมยาสูบของประเทศไทย รวมถึงการหามาตรการอื่นๆ มาหนุนเสริมการทำงานชดเชยการใช้มาตรการทางภาษี

๒. ด้านวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

- ๒.๑ พัฒนางานวิจัย/วิชาการ และการจัดการความรู้ที่มีผลต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การรณรงค์ และนำความรู้ที่ได้มาสื่อสารเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคม เช่น ประเด็นแนวทางการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่และบุหรี่ผสมกัญชา การควบคุม/การจำกัดช่องทางการจำหน่ายบุหรี่ที่ขายผ่านสื่อออนไลน์ต่างๆ การจัดเก็บภาษียาสูบในพื้นที่การปกครองพิเศษ การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ การควบคุม/จำกัดช่องทางการจำหน่ายบุหรี่ผ่านระบบออนไลน์ ผลกระทบและแนวทางการป้องกันการใช้จ่าย Nortriptyline เกินขนาด เป็นต้น
- ๒.๒ พัฒนางานวิจัยที่มีองค์ความรู้ในมุมมองมิติสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงมิติผู้บริโภคเฉพาะกลุ่ม โดยเน้นการศึกษาพฤติกรรมของผู้เสพยาสูบ การศึกษาเพื่อเข้าถึงและเข้าใจกลุ่มเด็กและเยาวชนในเชิงลึกเพื่อนำมาวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เสพยาสูบ หรือการสร้างพื้นที่/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับบริบทของเยาวชนไทย
- ๒.๓ สร้างและพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการด้านการควบคุมยาสูบ
- ๒.๔ พัฒนารูปแบบและวิธีการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการประเมินผลที่สะท้อนผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcome)



๒.๕ พัฒนางานวิจัยในประเด็น Hot Issues ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ เช่น บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ บุหรี่ที่มีส่วนผสมอื่น เช่น บุหรี่เมนทอล บุหรี่กัญชา เป็นต้น เพื่อใช้ประโยชน์ในการสร้างความรู้เท่าทันต่อสังคมและกลุ่มเป้าหมายเสี่ยง

๓. ด้านเครือข่ายการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่

๓.๑ การป้องกันนักสูบหน้าใหม่โดยเน้นการทำงานเจาะลึกในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มเยาวชนที่อายุ ๑๕-๒๔ ปี กลุ่มผู้หญิง กลุ่มผู้ชาย ผู้ที่อยู่ในชุมชน ผู้ที่อยู่ในภาคใต้ กลุ่มอาชีวศึกษา กลุ่มเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กลุ่มการศึกษานอกโรงเรียน กลุ่มแรงงาน กลุ่มชาติพันธุ์

๓.๒ ปกป้องการได้รับความนิยมนับถือมือสองและมือสาม โดยทำให้เกิดพื้นที่รูปธรรมปลอดบุหรี่ตามที่กฎหมายกำหนดและรณรงค์เพิ่มเติมโดยสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และสื่อมวลชน เช่น รณรงค์บ้านปลอดบุหรี่ การเฝ้าระวังและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันกลุ่มเด็กระดับประถมศึกษาที่ยังไม่เคยสูบบุหรี่ เป็นต้น

๓.๓ สนับสนุนและผลักดันให้งานควบคุมยาสูบในระดับเขตและระดับจังหวัดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้กลไกคณะกรรมการควบคุมยาสูบระดับจังหวัดมีความเข้มแข็งยิ่งขึ้นในการขยายพื้นที่รูปธรรมปลอดบุหรี่ โดยสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน สื่อมวลชน และหนุนเสริมศักยภาพชุมชนผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.กทม.) ในการป้องกันแก้ไขปัญหายาสูบด้วยชุมชน

๓.๔ สื่อสารให้ข้อมูล ข้อเท็จจริงต่อสาธารณะในประเด็นสำคัญ (Hot Issues) ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ เช่น บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ บุหรี่ที่มีส่วนผสมอื่น (บุหรี่เมนทอล, บุหรี่กัญชา ฯลฯ) ทั้งต่อกลุ่มเป้าหมายเสี่ยง เช่น เด็กและเยาวชน และการสื่อสารต่อสาธารณะ

๔. ด้านบริการบำบัดรักษาการติดยาโคโคติน

๔.๑ เพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาการติดยาโคโคติน โดยผลักดันให้มีบริการการติดยาโคโคตินในบัญชียาหลักแห่งชาติให้มากขึ้นเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

๔.๒ สนับสนุนและผลักดันให้เกิดการทำงานแบบเชื่อมร้อยบูรณาการระหว่างหน่วยต่างๆ ที่ให้บริการเลิกบุหรี่ และผลักดันให้การบริการเลิกบุหรี่เข้าสู่งานประจำของหน่วยบริการต่างๆ รวมถึงจัดระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่ให้เป็นแบบ One stop service

๔.๓ ขยายการทำงานกับ รพ.สต. โดยการหนุนเสริมและพัฒนาศักยภาพ รวมถึงสนับสนุนเครื่องมือในการช่วยเลิกบุหรี่ เช่น การให้คำแนะนำอย่างสั้นสำหรับผู้ติดยาโคโคตินที่ต้องการเลิกบุหรี่ เครื่องเป่าปอด หลอดดอกขาว เป็นต้น

๔.๔ พัฒนาระบบ ๔๓ แฟ้มให้มีกรนำเข้าข้อมูลที่มีคุณภาพ และนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์เพื่อใช้ประโยชน์และติดตามผู้ติดยาโคโคตินที่ต้องการเลิกบุหรี่ รวมถึงการพัฒนาระบบติดตามผู้รับบริการเลิกบุหรี่ในหน่วยบริการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

๑. ลดความชุกของการเสพยาสูบของประชาชนไทย และป้องกันนักสูบหน้าใหม่

วัตถุประสงค์รอง

๑. พัฒนาระบบข้อมูล พัฒนาความรู้และต้นแบบ รวมถึงการจัดการความรู้ที่จำเป็นต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ
๒. พัฒนาให้เกิดมาตรการ สิ่งแวดล้อม นโยบายและกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ และสนับสนุนให้เกิดการบังคับใช้นโยบายและกฎหมายที่มีอยู่
๓. พัฒนาการสื่อสารเพื่อให้เกิดรับรู้ สร้างความตระหนัก และปรับเปลี่ยนค่านิยมทางสังคมในประเด็นการไม่สูบบุหรี่ในประชาชนกลุ่มต่างๆ
๔. พัฒนากลไกพื้นฐานและการสร้างนวัตกรรมเพื่อการดำเนินงานควบคุมยาสูบ
๕. พัฒนารูปแบบและบริการบำบัดรักษาการติดยาสูบที่มีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๗๕)

๑. เกิดนโยบาย กฎหมาย มาตรการและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อแนวโน้มการลดลงของอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรไทย/ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ในระดับต่างๆ อย่างน้อย ๑ นโยบายเพื่อการควบคุมยาสูบให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒
๒. เกิดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการร้องเรียนผ่านโปรแกรมเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Tobacco & Alcohol Surveillance System : TAS) โดยสามารถรายงานการละเมิดกฎหมาย และมีหน่วยงานดำเนินการหลังรับเรื่องร้องเรียนอย่างเป็นระบบ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐
๓. เกิดองค์ความรู้จากการวิจัยที่จำเป็นสำหรับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง โดยมีการสื่อสารงานวิจัยสำคัญในการควบคุมยาสูบต่อสาธารณะผ่านช่องทางต่างๆ อย่างน้อยปีละ ๓ ครั้ง และมีเวทีระดับชาติทุกปี
๔. เกิดกระแสสังคมและความตื่นตัวของประชาชนในด้านการไม่สูบบุหรี่อย่างน้อย ๒ ประเด็น ซึ่งเป็นการประสานความร่วมมือจากสื่อมวลชนร่วมเผยแพร่ผ่านช่องทางต่างๆ
๕. มีการรายงานข้อมูลการบำบัดผู้เสพติดบุหรี่และผู้ติดยาสูบในระบบ ๔๓ แฟ้ม ของกระทรวงสาธารณสุข ตามมาตรฐานการบริการบำบัดรักษาการติดยาสูบ และการบำบัด รักษาการติดยาสูบ และมีการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลเพื่อให้เกิดกลไกการสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนงานควบคุมยาสูบ

ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง (น้ำหนักร้อยละ ๒๕)

๑. บูรณาการการทำงานกับแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ (แผน ๕) เพื่อมุ่งส่งเสริมหน่วยบริการในชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน ให้มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการลดการบริโภคยาสูบอย่างน้อย ๓๐ หน่วยบริการ โดยสนับสนุนชุดความรู้ ข้อมูลทางวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญเชิงประเด็น หรือรูปแบบ (Model) การดำเนินงานที่ชัดเจน
๒. สื่อสารให้กลุ่มพระสงฆ์ เข้าถึงและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในประเด็นการลดการบริโภคยาสูบ อย่างน้อย ๓,๐๐๐ รูป

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การเคลื่อนสังคม และการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

๑. เชื่อมโยงภาคีหลักที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็นเพื่อสร้างเป้าหมายร่วมในด้านการควบคุมยาสูบ ตลอดจนการเชื่อมร้อยการทำงานเพื่อเสริมพลังซึ่งกันและกัน ได้แก่ พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม เพื่อสร้างการมีสุขภาวะที่ดี
๒. พัฒนารฐานข้อมูลเชิงวิชาการและจัดการความรู้ เพื่อใช้ประโยชน์ในการผลักดันงานควบคุมยาสูบ ตลอดจนเพื่อการสนับสนุนงานรณรงค์ การขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการติดตามประเมินผล
๓. พัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะ และสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และประชาชน
๔. พัฒนาดันแบบ นวัตกรรม หรือรูปแบบการดำเนินงานใหม่ๆ ที่ทำให้ลดอัตราการบริโภคยาสูบ รวมถึงรณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาสูบ ผ่านช่องทางการสื่อสาร และการทำงานของภาคีเครือข่าย
๕. ขยายการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดทั้งในและนอกระบบบริการสาธารณสุข ผลักดันให้มีบริการการเสพติดติดยาเสพติดในบัญชียาหลักให้มากขึ้น เพื่อการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ และพัฒนานวัตกรรมและใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด
๖. พัฒนาชุดความรู้ ต้นแบบการดำเนินงานเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs
๗. เชื่อมโยงการทำงานด้านการควบคุมยาสูบร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส.

กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมการบริโภคยาสูบ ประกอบด้วย ๔ กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงานมีภารกิจโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย

- ๑.๑ พัฒนางองค์การหลักของรัฐด้านการควบคุมยาสูบ รวมถึงสนับสนุน เสริมสร้างความเข้มแข็ง และยั่งยืนให้แก่หน่วยจัดการหลักในภาครัฐ เช่น คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ (คผยช.) คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด (คผยจ.) กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กองกฎหมาย 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 การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผิดกฎหมาย
- ๑.๒ พัฒนานโยบายและมาตรการใหม่ โดยลำดับความสำคัญจากข้อสรุปทางวิชาการ และเงื่อนไขทางยุทธศาสตร์ เช่น นโยบายที่เน้นการลดการบริโภคยาเส้น การป้องกันบุหรี่หนีภาษีและบุหรี่ปลอม การปรับปรุงโครงสร้างภาษียาสูบและระบบการจัดเก็บภาษี การยกเลิกสิทธิประโยชน์ทางภาษียาสูบ การขยายการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ อีกทั้งการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย/มาตรการสำคัญ อาทิ การเพิ่มสารที่ทำให้บุหรี่ดับง่ายเพื่อลดปัญหาอัคคีภัย สนับสนุนให้ปลูกพืชทดแทนการปลูกใบยาสูบ
- ๑.๓ สนับสนุนการผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการบังคับใช้กฎหมาย
- ๑.๔ เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการมีบทบาทการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย โดยเปิดช่องทางการสื่อสารเพื่อรับเรื่องร้องเรียนให้ประชาชนแจ้งเหตุได้สะดวกมากขึ้น
- ๑.๕ ระดับสากลสนับสนุนการเข้าร่วมมีบทบาทหลักในนโยบายยาสูบ เช่น การสนับสนุนการดำเนินงานตามกรอบอนุสัญญาควบคุมการบริโภคยาสูบ และการพัฒนาศักยภาพคณะผู้แทนไทยในเวทีสากล เป็นต้น

๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

สนับสนุนให้ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ (ศจย.) ร่วมกับภาคีทางวิชาการต่างๆ พัฒนางานวิจัย จัดการความรู้ การศึกษาฝึกอบรม ดังนี้



- ๒.๑ การสนับสนุนการวิจัย โดยการพัฒนางานวิชาการที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ทั้งในเชิงนโยบาย และการศึกษาผลลัพธ์ รวมถึงผลกระทบจากการบริโภคยาสูบในมิติ ด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ เน้นการพัฒนางานวิชาการที่เป็นจุดคานงัดให้สร้าง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรบริโภคยาสูบ เช่น งานวิจัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการสร้างภูมิคุ้มกันทางบวกให้แก่เด็กและเยาวชนซึ่งเป็นนักสูบหน้าใหม่ ภาชีสรรพสามิต โดยเฉพาะภาชียาเส้น การวิเคราะห์ทางเลือกผู้ปลุกยาสูบ แนวทางการปรับปรุงโควตาปลูก/ รับซื้อใบยาสูบ เป็นต้น
- ๒.๒ ส่งเคราะห์งานวิชาการ/งานวิจัยเพื่อผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบาย (Policy Advocacy) จากการ ถอดบทเรียนและจัดการองค์ความรู้ด้านการควบคุมยาสูบ และดำเนินการให้มีการสื่อสารผ่าน สื่อสาธารณะอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นเฉพาะข้อเสนอที่สามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ระดับประเทศและนำไปสู่การรณรงค์กับภาคส่วนต่างๆ ในสังคม รวมทั้งสนับสนุนการจัดทำ รายงานและการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานสากลตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO Framework Convention on Tobacco Control : FCTC)
- ๒.๓ การพัฒนาระบบฐานข้อมูล องค์ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ รวมถึง การสื่อสารข้อมูลงานวิจัยต่อผู้กำหนดนโยบายและผู้ขับเคลื่อนทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่
- ๒.๔ การพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการด้านการควบคุมยาสูบ (knowledge generator) เชื่อมต่อกับ ผู้ใช้ข้อมูลความรู้ (knowledge user) ในระดับต่างๆ เพื่อสนับสนุนงานการควบคุมยาสูบ อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน
- ๒.๕ การพัฒนาระบบการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยตามกรอบ อนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO-FCTC)
- ๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่าย การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่**
- ๓.๑ การจัดกิจกรรมพิเศษและสร้างกระแสสังคม เพื่อรณรงค์กระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวและปลูกฝัง ค่านิยมการไม่สูบบุหรี่ การขยายพื้นที่รูปธรรมปลอดบุหรี่ การรณรงค์บ้านปลอดบุหรี่ การรักษาสิทธิของตนเองจากการได้รับอันตรายของควันบุหรี่มือสอง การสร้างจิตอาสา เพื่อลดการสูบบุหรี่ และการสนับสนุนนโยบายที่สำคัญ การเลิกบุหรี่ การสร้างการมีส่วนร่วม ของเครือข่ายและองค์กรต่างๆ ในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ตลอดจนจัดตั้งเครือข่าย เฝ้าระวังและเปิดโปงกลยุทธ์ต่างๆ ของบริษัทบุหรี่ให้สังคมรับรู้ และผลักดันให้เกิดการพัฒนา และแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- ๓.๒ พัฒนาเพื่อขยายรูปแบบและภาคีในการทำงานกับเยาวชนเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ รวมทั้ง ขยายการดำเนินงานในกลุ่มอาชีวศึกษา กลุ่มผู้ด้อยโอกาส ภูมิลำเนาในชนบท และพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่สูง

- ๓.๓ พัฒนาและขยายเครือข่ายในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มต่างๆ ทั้งที่ดำเนินการมาแล้วหรือภาคีใหม่ เช่น กลุ่มธุรกิจโรงแรมโรงพยาบาล กลุ่มสตรี สื่อมวลชน ผู้ใช้แรงงาน กลุ่มคนที่เลิกบุหรี่ได้ กลุ่มผู้นำทางสังคมที่ไม่สูบบุหรี่ และการพัฒนาช่องทางสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ใหม่ๆ ในกลุ่มเป้าหมายเยาวชน
- ๓.๔ ขยายแนวร่วมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนงานด้านการรณรงค์และการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย เช่น เครือข่ายสถานประกอบการปลอดบุหรี่ เครือข่ายโรงแรมปลอดบุหรี่ เครือข่ายสถาบันสุขภาพเด็กและภาควิชากุมารเวช สำนักงาน หอพัก เครือข่ายผู้ไร้กล่องเสียง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายสถานีตำรวจ เครือข่ายจังหวัดปลอดบุหรี่ เพื่อให้เป็นต้นแบบของสถานที่ราชการปลอดบุหรี่และเห็นความสำคัญของการบังคับใช้กฎหมายการจัดเขตปลอดบุหรี่ เครือข่ายครูระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา เพื่อการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ของเยาวชน ตลอดจนเครือข่ายเยาวชนอาสาสร้างสถานศึกษาปลอดบุหรี่
- ๓.๕ สนับสนุนการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ เพื่อรณรงค์ลดการบริโภคและการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายในภาคประชาสังคม ตลอดจนการสนับสนุนภาคีเครือข่ายของ สสส. กับแผนอื่นๆ ทั้งภาคีเชิงประเด็น ภาคีเชิงองค์กร และภาคีเชิงพื้นที่ เพื่อสอดแทรกการลดการบริโภคยาสูบในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ
- ๓.๖ การสนับสนุนให้เกิดการสร้างนวัตกรรม ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร และการพัฒนาสื่อนวัตกรรมให้แก่หน่วยงานต่างๆ อาทิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการ สถานศึกษา
- ๓.๗ การพัฒนาและขยายผลนวัตกรรมในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในองค์กรที่มีนโยบายพัฒนาคุณภาพการจัดเขตปลอดบุหรี่ให้มีประสิทธิผล รวมทั้งการสนับสนุนบุคลากรที่ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ เพื่อขยายเครือข่ายแนวร่วมให้มากขึ้น
- ๓.๘ ส่งเสริมและสนับสนุนให้เครือข่ายภาคีการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม โดยจะสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายทางด้านองค์ความรู้ที่ถอดบทเรียนจากการทำงานและสื่อพร้อมใช้ รวมทั้งการจัดกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพและติดตาม เพื่อเสริมหนุนการดำเนินโครงการของเครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายโรงพยาบาล เครือข่ายครู และเครือข่ายเยาวชน

๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนบริการบำบัดรักษาการติดยาโคติน

- ๔.๑ การพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ระดับชาติ หรือสายด่วนเลิกบุหรี่แห่งชาติ (National Quitline) ให้เข้มแข็งขึ้น รวมทั้งพัฒนาให้เกิดคู่มือในการช่วยบำบัดรักษาการติดยาโคตินในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย อาทิ กลุ่มผู้หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กและเยาวชน เป็นต้น เพื่อรองรับผู้ส่งคนผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ รวมถึงการพัฒนารูปแบบบริการรับและส่งต่อผู้ติดบุหรี่ระหว่างศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติกับโรงพยาบาลนำร่องให้พร้อมสำหรับการขยายผลในระดับประเทศ

๔.๒ สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อการไม่สูบบุหรี่ อาทิ แพทย์พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย เพื่อขยายการส่งเสริม และกระตุ้นให้บุคลากรสาธารณสุขเข้ามามีบทบาทในการผลักดันนโยบาย สนับสนุนระบบ บริการเลิกบุหรี่ รวมถึงการส่งต่ออย่างเป็นระบบ ตลอดจนการขยายและพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครในการให้คำแนะนำช่วยเหลือเลิกบุหรี่ และการสนับสนุนนวัตกรรมเลิกบุหรี่

แนวทางการบูรณาการ

สนับสนุนการทำงานเพื่อให้เกิดการบูรณาการงานร่วมกัน โดยเฉพาะแผนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงหลัก และปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ดังนี้

- (๑) เชื่อมประเด็นการทำงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทั้งสุรา ยาสูบ ยาเสพติด อุบัติเหตุทางถนน ภัยพิบัติ และพ่นผ่านเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษา เน้นการกำหนดเป้าหมาย/กรอบงานร่วมกัน ที่เน้นยกระดับ สุขภาวะของกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ และพัฒนาให้เกิดวิธีการ รวมถึงการร่วมขับเคลื่อนให้เกิด ต้นแบบสถาบันอุดมศึกษาหรือการขับเคลื่อนเชิงนโยบายสาธารณะ
- (๒) สร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีหลักที่เคยสนับสนุนงานให้สถานประกอบการ ดำเนินการเรื่องสถานประกอบการปลอดเหล้า ปลอดบุหรี่ และมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัย ทางถนน โดยเน้นให้เกิดการจัดทำฐานข้อมูลร่วมกัน ทั้งชุดความรู้ คู่มือ เครื่องมือสนับสนุน และรายชื่อ สถานประกอบการ เพื่อร่วมหาต้นแบบ
- (๓) ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดสภาองค์กรผู้บริโภค โดยร่วมระดมเครือข่ายภาคีมาร่วมจัดตั้งสภาองค์กร ผู้บริโภค
- (๔) เชื่อมภาคีเครือข่ายหลักที่ดำเนินการในกลุ่มเครือข่ายต่างๆ ได้แก่ วัด ศูนย์เด็กเล็ก กลุ่มอสม. หมออนามัย ในการสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และร่วมกำหนดแนวทางบูรณาการ งานร่วมกัน
- (๕) บูรณาการการทำงานกับแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (แผน ๕) เพื่อมุ่งส่งเสริมหน่วยบริการ ในชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน ให้มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการลดการบริโภคยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการความปลอดภัยทางถนน และการลดการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ โดยสนับสนุนชุดความรู้ ข้อมูลทางวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญเชิงประเด็น หรือรูปแบบ การดำเนินงานที่ชัดเจน

ภาคีหลัก

คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ (คผยช.) คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด (คผยจ.) กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กองกฎหมาย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สมาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สมาคมหมออนามัย สภาเทคนิคการแพทย์ สมาคมแพทย์แผนไทย สมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม มูลนิธิเพื่อนหญิง เครือข่ายยุวทัศน์ เครือข่ายหมออนามัย เครือข่ายพระสงฆ์ มูลนิธิสร้างสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย สื่อมวลชนภาคธุรกิจเอกชนต่างๆ หน่วยราชการทุกกระทรวง โดยเฉพาะกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงยุติธรรม กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย	๒๐
๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร	๑๐
๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่าย การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการขยายสถานที่ปลอดบุหรี่	๑๖๐
๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนบริการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด	๑๒๐
รวม	๓๑๐

หมายเหตุ : กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย ใช้บอหนุ่มติของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ สำหรับการดำเนินงานในปีนี้

แผนควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

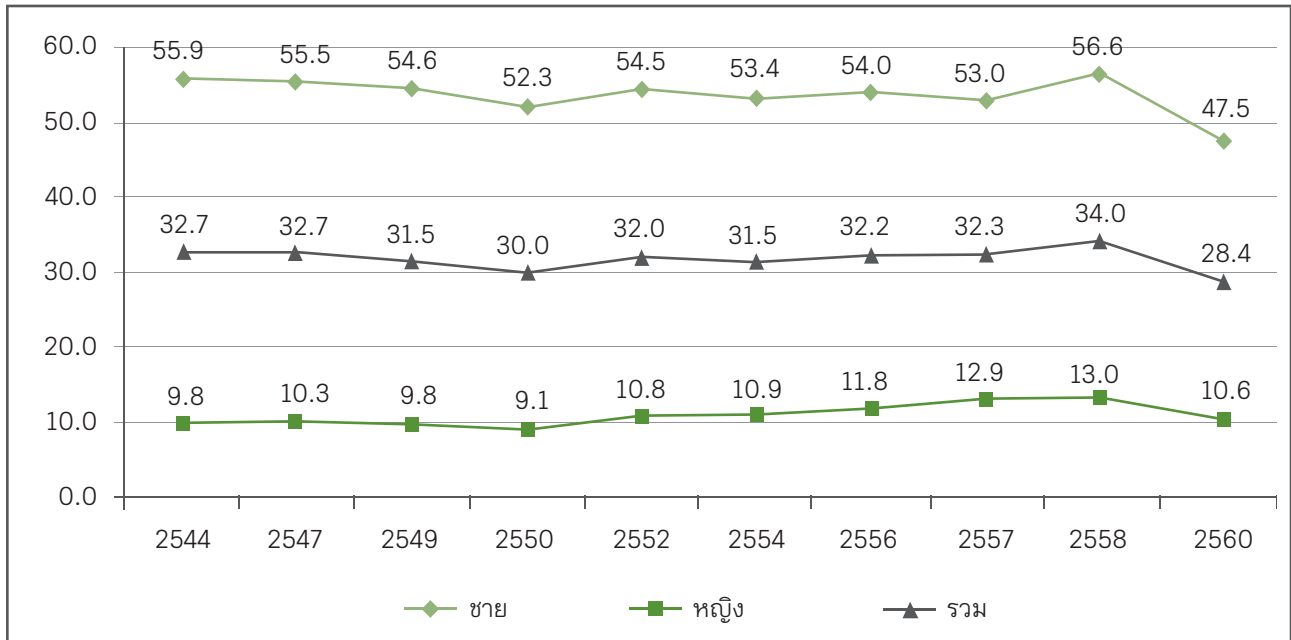


แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด มุ่งตอบสนองเป้าประสงค์ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (The Sustainable Development Goals : SDGs) กล่าวถึงการมีสุขภาวะในการดำรงชีวิต และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ สอดรับกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ในยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ในประเด็นปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรม และประเด็นเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี รวมถึงสอดรับกับยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมในประเด็นการเสริมสร้างพลังทางสังคม และยุทธศาสตร์ที่ ๖ ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาการบริหารจัดการภาครัฐ ในประเด็นกฎหมายมีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทต่างๆ และมีเท่าที่จำเป็น โดยแผนมุ่งดำเนินการให้เกิดผลลัพธ์สำคัญ ประกอบด้วย ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

สถานการณ์และแนวโน้ม

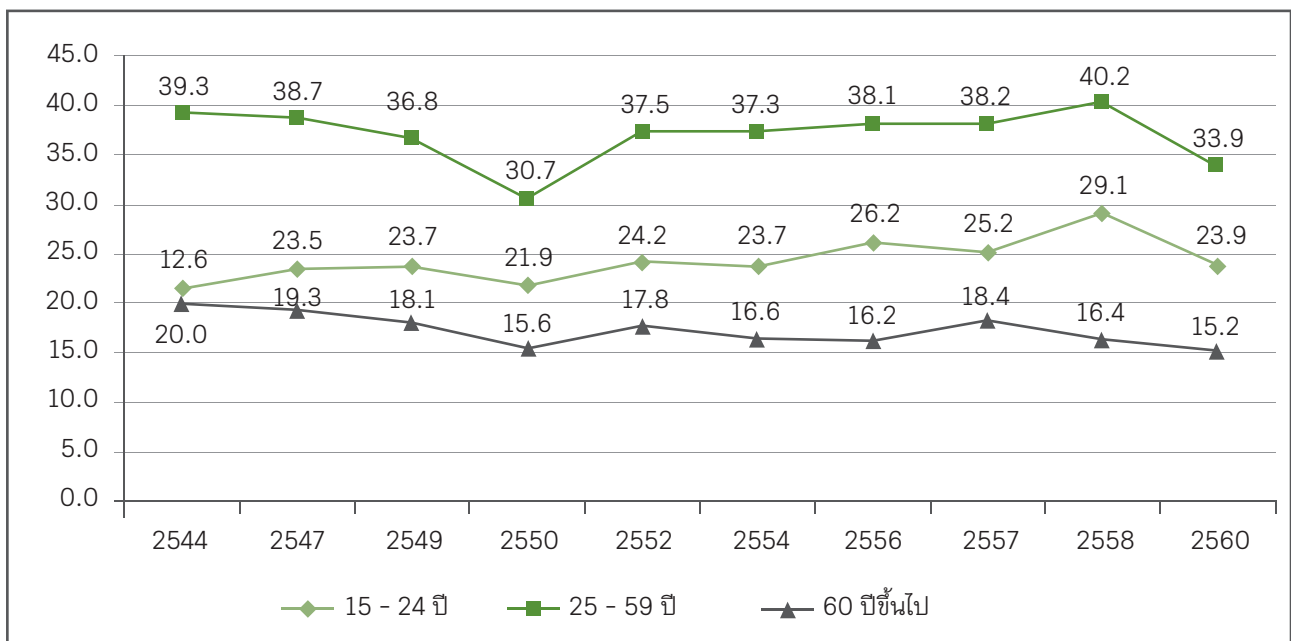
ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

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



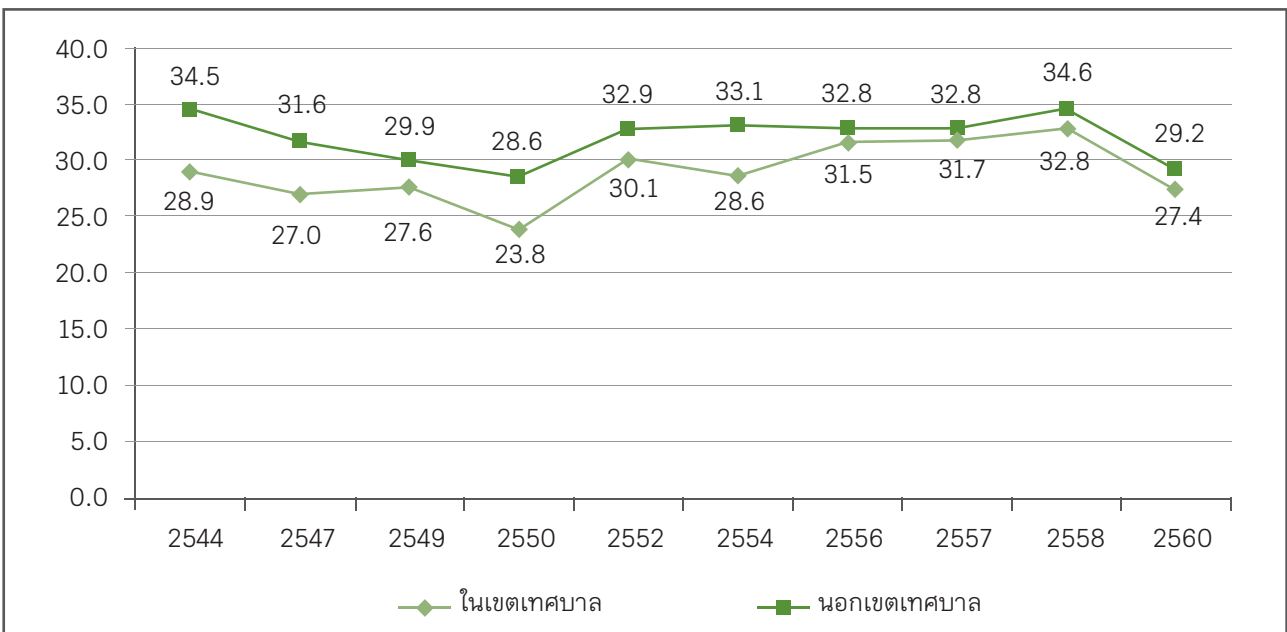
ภาพที่ ๑ ความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรที่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี ๒๕๔๔ - ๒๕๖๐

พฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นไทยเพิ่มขึ้น ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าสัดส่วนของนักดื่มเยาวชน (อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๑.๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๑๓.๖ ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งอายุเฉลี่ยของผู้ดื่มครั้งแรกเริ่มต้นดื่มเมื่ออายุ ๒๐.๓ ปี วัยรุ่นชายดื่มเร็วกว่าหญิง (๑๙.๓ ปี และ ๒๓.๗ ปี ตามลำดับ)



ภาพที่ ๒ ความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรจำแนกตามอายุ ปี ๒๕๔๔ - ๒๕๖๐

นักตี๋มที่อยู่นอกลงเขตเทศบาลมีสัดส่วนสูงกว่่านักตี๋มที่อยู่ในเขตเทศบาลตลอดช่วงเวลา ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ มีนักตี๋มในเขตเทศบาลร้อยละ ๒๘.๙ และนอกลงเขตเทศบาลร้อยละ ๓๔.๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีนักตี๋มในเขตเทศบาลร้อยละ ๒๗.๔ นอกลงเขตเทศบาลร้อยละ ๒๙.๒ ส่วนสถานการณ์การบริโภคแอลกอฮอล์ในภูมิภาค จากข้อมูลผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่าภาคเหนือมีความชุกของนักตี๋มสูงสุด คือ ร้อยละ ๓๕.๔ รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ ๓๒.๘ ภาคกลาง ร้อยละ ๒๗.๓ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ ๒๕.๓ และภาคใต้มีความชุกของนักตี๋มน้อยที่สุด ร้อยละ ๑๖.๑ เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่า จังหวัดที่มีการตี๋มแอลกอฮอล์อย่างสม่าเสมอมากกว่า ร้อยละ ๔๐ มีจำนวนทั้งสิ้น ๕ จังหวัด ได้แก่ จ.เชียงราย (ร้อยละ ๔๕.๓) รองลงมาเป็น จ.ลำพูน (ร้อยละ ๔๔.๑) จ.พะเยา (ร้อยละ ๔๔.๐) จ.น่าน (ร้อยละ ๔๒.๔) และ จ.สุรินทร์ (ร้อยละ ๔๐.๖)^{๙๔, ๙๕}



ภาพที่ ๓ ความชุกการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ของประชากรจำแนกลงเขตเทศบาล ปี ๒๕๔๔ - ๒๕๖๐

ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยวิธีการตรวจร่างกาย (Health Exam Survey) ครั้งที่ ๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่า ประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่เคยตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ใน ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ร้อยละ ๓๘.๙ ลดลงจากร้อยละ ๔๕.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่า สัดส่วนการบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ของคนไทยมีแนวโน้มคงที่ ทั้งนี้สัดส่วนของการตี๋มในเพศชายสูงเป็น ๔ ถึง ๕ เท่าของเพศหญิงโดยตลอด

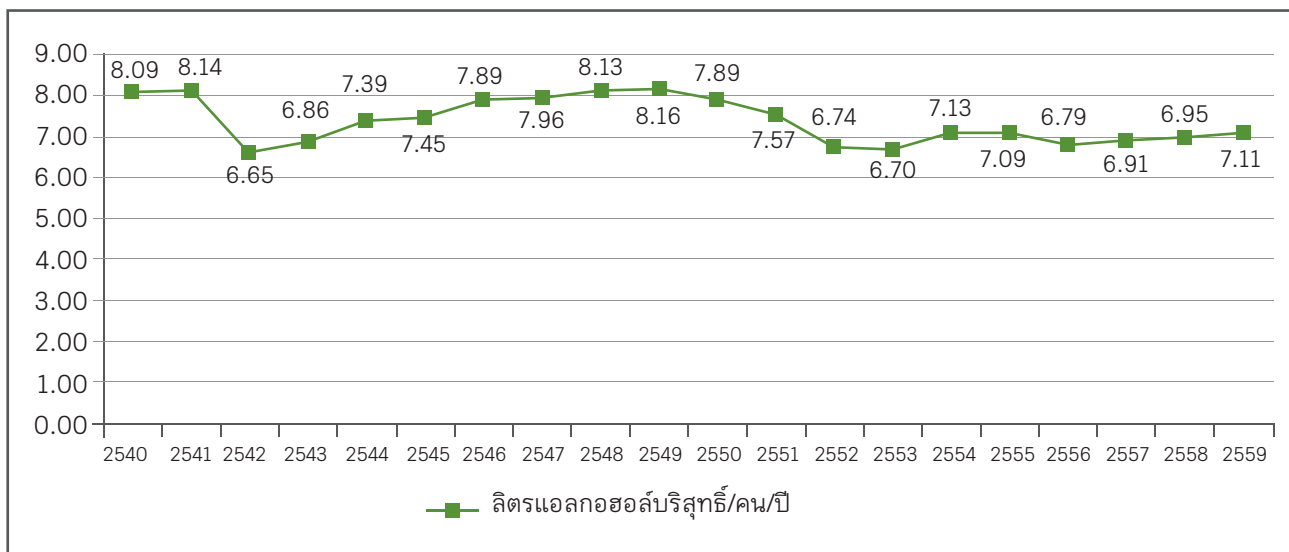
ทั้งนี้ สัดส่วนของผู้ที่ตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายลดลง ข้อมูลจากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยวิธีการตรวจร่างกาย พบว่าผู้ที่ตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายลดลง จาก ร้อยละ ๙.๑๐ ใน พ.ศ. ๒๕๔๗ เหลือร้อยละ ๓.๔๐ ใน พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยลดลงทั้งในเพศชายและเพศหญิง ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมการตี๋มแบบหนักของประชากรไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้นคือตี๋มลดลง^{๙๖}

^{๙๔} การสำรวจพฤติกรรมกาสูบหรี่และการตี๋มสุราของประชากร ปี ๒๕๔๔, ๒๕๔๗, ๒๕๕๐, ๒๕๕๔, ๒๕๕๗, ๒๕๖๐, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

^{๙๕} การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี ๒๕๔๙, ๒๕๕๒, ๒๕๕๖, ๒๕๕๘, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

^{๙๖} รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๓ (ปี ๒๕๔๖ - ๒๕๔๗) ครั้งที่ ๔ (ปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒) และ ครั้งที่ ๕ (ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ด้านปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย พบว่าปริมาณการบริโภคเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลงจาก ๘.๐๙ ลิตรต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ เป็น ๗.๑๑ ลิตรต่อคนต่อปีในปี ๒๕๕๙^{๙๗} โดยประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บริโภค ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ (ตอบได้มากกว่า ๑ ประเภท) พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดื่มเบียร์มากที่สุด คือ ร้อยละ ๔๕.๑ อันดับสองเป็นสุราสี/สุราแดงราคาถูกร้อยละ ๒๗.๐ อันดับสามสุราขาวและสุรากลั่นชุมชน ร้อยละ ๒๓.๐ อันดับสี่คือ ไวน์คูลเลอร์/สุราผสมน้ำผลไม้ ร้อยละ ๑.๙ และอันดับห้าคือ ไวน์องุ่น/แชมเปญ/ไวน์ผลไม้ ร้อยละ ๑.๒^{๙๘}



ภาพที่ ๔ ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริโภคต่อหัวประชากรต่อปี ของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พ.ศ. ๒๕๔๐ - ๒๕๕๙

ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย จากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗ ชี้สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการบกพร่องทางสุขภาพ โดยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุอันดับ ๑ ในเพศชาย และอันดับ ๑๒ ในเพศหญิง^{๙๙} ปัญหาความรุนแรงทางเพศมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยกระตุ้นถึงร้อยละ ๓๐ จากการรวบรวมสถิติข่าวความรุนแรงทางเพศ ในหนังสือพิมพ์ ๑๔ สำนักพิมพ์ ในรอบปี ๒๕๕๘ พบว่ามีข่าวความรุนแรงทางเพศ ทั้งหมด ๓๐๖ ข่าว มากที่สุดคือข่าวข่มขืนรัมโทรม ๒๒๔ ข่าว คิดเป็นร้อยละ ๗๓.๒ และมีผู้เสียชีวิตถึง ๒๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๐ อาชีพของผู้ถูกกระทำส่วนใหญ่เป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ ๕๓.๕ สำหรับปัจจัยกระตุ้นจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ ๓๐^{๑๐๐} นอกจากนี้ยังพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อสมาชิกที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน และส่งผลกระทบต่อคนภายนอกครัวเรือน ซึ่งพบว่าปัญหาทางการเงินส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครัวเรือนมากกว่าปัญหาอื่นๆ ร้อยละ ๕.๗ รองลงมาคือ การมีปากเสียง ทะเลาะโต้เถียงกันในครัวเรือน และก่อให้เกิดความรำคาญ กระทบการทำงานและคุณภาพชีวิต (ร้อยละ ๕.๕ และ ๔.๓ ตามลำดับ) และปัญหาการลงมือทำร้ายร่างกาย และการกระทำการรุนแรง (ร้อยละ ๐.๙

^{๙๗} สถิติการผลิตจำหน่าย และการเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. สำนักมาตรฐานและจัดเก็บภาษี ๑. กรมสรรพสามิต.

^{๙๘} รายงานการสำรวจพฤติกรรมมารูสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. ๒๕๖๐, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

^{๙๙} รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง (๒๕๕๗). สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

^{๑๐๐} รายงานสถิติข่าวความรุนแรงทางเพศ จากหนังสือพิมพ์ ๑๔ สำนักพิมพ์ (๒๕๕๘). มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล.

และ ๑.๒ ตามลำดับ)^{๑๑} ข้อมูลภาวะสังคมไทย โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง จาก ๑๕๑,๖๐๗ ล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ เป็น ๑๔๔,๔๓๙ ล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙^{๑๒} ความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๔ ผลจากการวิจัยการศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ได้ประมาณการความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งหมดคิดเป็นมูลค่า ๙๐,๐๐๐ ล้านบาท ซึ่งความสูญเสียจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กว่าร้อยละ ๙๐ เป็นความสูญเสียทางอ้อม เช่น เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และการขาดงาน แสดงให้เห็นว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้เกิดความสูญเสียต่อสังคมวงกว้าง^{๑๓}

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด

ประชากรไทยอายุ ๑๒ - ๖๕ ปี มีแนวโน้มการใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจครัวเรือนระดับชาติ เพื่อประมาณการจำนวนผู้ใช้สารเสพติดทั่วประเทศ พบว่า ในปี ๒๕๕๙ ประชากรไทยจำนวน ๔๙,๙๙๒,๔๖๖ คน มีผู้ที่เคยใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดในชีวิต จำนวน ๕,๖๕๔,๗๕๒ คน มีรายงานว่าใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน ๑ ปี จำนวน ๑,๒๕๑,๓๙๒ คน มีรายงานว่าใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน ๓๐ วัน จำนวน ๗๔๔,๕๔๒ คน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๔ ที่มีผู้เคยใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดในชีวิต จำนวน ๓,๔๘๐,๐๐๐ ล้านคน โดยมีผู้ที่รายงานว่าใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน ๑ ปี จำนวน ๕๘๐,๐๐๐ คน และมีผู้ที่รายงานว่าใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน ๓๐ วัน จำนวน ๓๔๐,๐๐๐ คน^{๑๔} ประเภทสารเสพติดที่เคยใช้มากที่สุด ๓ อันดับแรก คือ กัญชา พิษกระท่อม ยาบ้า โดย ประชากรไทยอายุ ๑๒ - ๖๕ ปี ที่เคยใช้พิษกระท่อม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี ๒๕๕๙ จำนวน ๒,๙๒๕,๖๓๘ คน จากที่ในปี ๒๕๕๔ มีอยู่ที่ ๑,๒๒๘,๑๑๘ คน และในปี ๒๕๕๙ ผู้ที่เคยใช้ยาบ้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน จาก ๙๐๒,๒๔๔ ในปี ๒๕๕๔ เป็น ๑,๖๙๗,๖๓๑ ในปี ๒๕๕๙ ในขณะที่ผู้ที่เคยใช้กัญชามีแนวโน้มลดลง จากจำนวน ๒,๔๘๓,๐๓๓ คน ในปี ๒๕๕๔ ลดลงเป็น ๒,๓๖๔,๐๓๘ คน ในปี ๒๕๕๙^{๑๕} โดยพิษกระท่อมเป็นสารที่มีความชุกของการใช้ในปัจจุบันมากที่สุด ประเภทสารเสพติดที่ใช้ใน ๑ ปี มากที่สุด ๓ อันดับแรก คือ พิษกระท่อม ยาบ้า กัญชา โดยประชากรไทยอายุ ๑๒ - ๖๕ ปี ที่ใช้พิษกระท่อม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี ๒๕๕๙ จำนวน ๗๘๒,๖๘๒ คน จากที่ในปี ๒๕๕๔ มีอยู่ที่ ๔๐๔,๕๔๘ คน และในปี ๒๕๕๙ ผู้ที่เคยใช้ยาบ้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน จาก ๙๒,๕๑๐ ในปี ๒๕๕๔ เป็น ๒๘๙,๔๑๓ ในปี ๒๕๕๙ โดยผู้ที่ใช้กัญชาก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากจำนวน ๙๘,๐๕๐ คน ในปี ๒๕๕๔ เป็น ๒๐๙,๗๑๒ คน ในปี ๒๕๕๙^{๑๖} ซึ่งจำนวนผู้ใช้สารเสพติดแบบผิดในปัจจุบันเพิ่มมากขึ้น จากการประมาณการจำนวนผู้ผิดสารเสพติด โดยใช้วิธี network scale up พบว่า ในปี ๒๕๕๗ จำนวนผู้ผิดสารเสพติดประมาณ ๗๕,๐๐๐ คน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๔ ที่มีจำนวนผู้ผิดสารเสพติดอยู่ที่ ประมาณ ๔๐,๓๐๐ คน^{๑๗}

^{๑๑} การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. ๒๕๕๗, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

^{๑๒} ค่าใช้จ่ายและร้อยละของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ (แบบปริมาณลูกโซ่) ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๙ รายปี. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เข้าถึงเมื่อวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=1290&template=2R1C&yeartype=M&subcatid=25

^{๑๓} รัชพันธ์ โกมลไพศาล (๒๕๕๘). การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๔; การพัฒนาไฟล์ต้นแบบในการประเมิน.

^{๑๔} เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) การสำรวจครัวเรือนเพื่อประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๔, ๒๕๕๕.

^{๑๕, ๑๖} อ้างแล้วใน ๒๓

^{๑๗} คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. รายงานโครงการประมาณการจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดและแพร่เชื้อเอชไอวีทั่วประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๑. กรุงเทพฯ: เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด กระทรวงยุติธรรม; ๒๕๕๒.

การสำรวจพฤติกรรมกรรมการเสพติดในนักเรียนระดับ ม.๑ ม.๓ ม.๕ และ ปวช.๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐, ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๘ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่า นักเรียนชั้นปวช.๒ เพศชายเสพกัญชา กระท่อม/น้ำกระท่อม และยาบ้าในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา เท่ากับ ร้อยละ ๓.๕, ๒.๙ และ ๑.๐ ตามลำดับ เพศหญิงเสพกระท่อม/น้ำกระท่อม กัญชา และยาบ้า เท่ากับ ร้อยละ ๑.๔, ๑.๒ และ ๐.๑ ตามลำดับ ส่วนนักเรียนชั้น ม.๕ เพศชายเสพกัญชา กระท่อม/น้ำกระท่อม และยาบ้า เท่ากับ ร้อยละ ๓.๑, ๑.๘ และ ๑.๒ ตามลำดับ เพศหญิงเสพกัญชา กระท่อม/น้ำกระท่อม และยาบ้า เท่ากับ ร้อยละ ๐.๗, ๐.๖ และ ๐.๒ ตามลำดับ^{๒๘}

สถิติการจับกุมคดีสารเสพติดผิดกฎหมายในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ยาบ้าถูกจับกุมมากที่สุด ๗๗,๒๙๖ คดี ตามมาด้วยพืชกระท่อม ๑๘,๑๖๐ คดี น้ำกระท่อม ๙,๕๔๙ คดี ไอซ์ ๘,๘๗๗ คดี และกัญชาแห้ง ๗,๓๕๒ คดี หากมองแนวโน้มความนิยมของการจำหน่ายของผู้ค้าหรือการจับกุมของตำรวจผ่านจำนวนคดีการจับกุมของสารเสพติดแต่ละชนิด จะพบว่าไอซ์ถูกจับกุมเป็นคดีสูงสุดในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ แล้วลดลงหลังจากนั้น ยาบ้าและกัญชาแห้งถูกจับกุมเป็นคดีสูงสุดที่ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ แล้วลดลงหลังจากนั้น ส่วนพืชกระท่อมและน้ำกระท่อมถูกจับเป็นคดีสูงสุดที่ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ แล้วลดลงหลังจากนั้น ซึ่งข้อมูลจำนวนผู้ต้องขัง ประเทศไทยมีจำนวนผู้ต้องขัง ๓๐๘,๐๘๓ คน คิดเป็นจำนวนผู้ต้องขัง ๔๕๕ ต่อแสนประชากร เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ ทั่วโลก ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีจำนวนผู้ต้องขังสูงเป็นอันดับ ๖ ของโลก มีอัตราจำนวนผู้ต้องขังต่อแสนประชากรเป็นอันดับ ๙ ของโลก มีความจุของผู้ต้องขังอย่างเป็นทางการเป็นอันดับ ๖ ของโลกเช่นกัน (ความจุของผู้ต้องขังอย่างเป็นทางการของประเทศไทย คือ ๒๑๗,๐๐๐ คน) เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างจำนวนผู้ต้องขังจริงกับความจุของผู้ต้องขังอย่างเป็นทางการจะพบว่าประเทศไทยมีอัตราการขังผู้ต้องขังคิดเป็น ร้อยละ ๑๔๔ ของความจุอย่างเป็นทางการ ซึ่งหมายถึงคนล้นเรือนจำนั่นเอง^{๒๙}

ยาเสพติด เป็นภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากการมีปัญหาการใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย โดยในปี ๒๕๕๖ พบจำนวนปีสูญเสียสุขภาวะอยู่ที่ ๕,๒๘๐ ปี ของประชากรไทย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการสูญเสียที่พบในประชากรชายเช่นเดียวกับการสูญเสียปีสุขภาวะที่เกิดจากปัญหาการใช้แอลกอฮอล์^{๓๐} และการเสพสารเสพติดผ่านเข็มฉีดยา (IDU) ได้กลายเป็นความเสี่ยงสูงสุดต่อการกระจายตัวของการติดเชื้อเอชไอวีในหมู่ผู้เสพยาเสพติดผ่านทางเข็มฉีดยา และแพร่ไปสู่คนจนจนถึงประชากรโดยทั่วไป ในปี ๒๕๕๕ พบว่ามีผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดติดเชื้อร้อยละ ๒๕.๒ ของประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้การใช้สารเสพติดส่งผลกระทบต่อความผิดปกติ (Substance Use Disorder) จากการสำรวจระดับวิทยาด้านสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี ๒๕๕๖ พบว่า ความชุกของความผิดปกติ (การใช้สารเสพติดผิดแผน : Substance Abuse และ การติดสารเสพติด : Substance Dependence) ของผู้ใช้สารเสพติดในช่วง ๑ ปีที่ผ่านมา เป็นเพศชาย ๒๓๓,๙๖๗ คน และเป็นเพศหญิง ๖๗,๒๕๓ คน^{๓๑} สำหรับจำนวนผู้ที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นจนสูงสุดในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ และ ๒๕๕๖ ที่จำนวน ๓๓๖,๔๔๔ และ ๓๓๖,๑๔๘ รายตามลำดับ แล้วเริ่มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เหลือ ๒๔๗,๗๔๘ ลดลงเหลือ ๑๕๓,๘๙๓ และ ๙๘,๒๙๕ รายในปี พ.ศ. ๒๕๕๘, ๒๕๕๙ แต่ในปี ๒๕๖๐ พบผู้เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นเป็น

^{๒๘} เครือข่ายวิชาการสารเสพติด. การเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย; ๒๕๕๘.

^{๒๙} เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง “โลกาภิวัตน์ ทุนนิยมสุดโต่ง การเสพติด ผู้ต้องขังล้นเรือนจำ: ปัญหาและทางออก” ซึ่งจัดขึ้นเมื่อวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๐ ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลพลาซ่าลาดพร้าว กรุงเทพมหานคร

^{๓๐} สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๖.กรุงเทพฯ: แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านประเมิณภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; ๒๕๕๖.

^{๓๑} กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจระดับวิทยาด้านสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๕๖. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๖.

๒๑๗,๐๑๙ ราย โดยกลุ่มอายุที่เข้ารับการรักษาบำบัดมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ ๒๐ - ๒๔ ปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๒๒.๐ ของผู้เข้ารับการรักษาบำบัดทั้งระบบในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ทั้งนี้ประเภทสารเสพติดที่ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดใช้มากที่สุด จากการสำรวจปี พ.ศ. ๒๕๕๙ คือ ยาบ้า กว่าร้อยละ ๗๐ รองลงมา คือ กัญชา ร้อยละ ๗.๒ และไอซ์ ร้อยละ ๕.๒^{๓๑}

สถานการณ์ด้านอุปทาน การค้าระหว่างประเทศ การลักลอบนำเข้าสารเสพติดมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงอยู่ในระดับที่รุนแรงอยู่ พื้นที่ชายแดนโดยเฉพาะภาคเหนือตอนบนยังคงเป็นพื้นที่ลักลอบนำเข้าสำคัญของยาบ้าและไอซ์ ส่วนกัญชาจะมาจากชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขณะที่ตัวยาอื่นๆ มีการลักลอบจากประเทศในภูมิภาคอื่นทางเครื่องบิน แต่จะมีการนำลงในสนามบินภูมิภาคแทนในส่วนกลาง หรือส่งผ่านบริษัทรับส่งพัสดุสินค้าระหว่างประเทศ^{๓๒} และกลุ่มชนเผ่าเข้ามาเกี่ยวข้องกับขบวนการค้าสารเสพติด ทั้งการจัดหาและการลักลอบลำเลียง แต่การค้าภายในประเทศมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น นักค้ารายย่อยเพิ่มมากขึ้น โดยนักค้ารายใหญ่ยังคงมีบทบาทในการดำเนินการ การลำเลียงในปริมาณมากในระดับล้านเม็ดถูกแบ่งการลำเลียงเป็นระดับแสนเม็ดเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมามากกว่า ๑ เท่าตัว (๔๐ คดีในปี ๒๕๕๘ เป็น ๘๖ คดีในปี ๒๕๕๙) เพื่อลดการสูญเสีย และปัจจุบันนี้มีการโฆษณาเชิญชวนและจำหน่ายยาเสพติดทางอินเทอร์เน็ต จากการจับกุมคดีผลิตไอซ์ในช่วงปี ๒๕๕๒ - ๒๕๕๓ มีผู้ต้องหาระบุว่าได้เรียนรู้การผลิตและสั่งซื้อสารตั้งต้นจากอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้ยังปรากฏว่ามีหลายเว็บไซต์ที่มีการโฆษณาเชิญชวนและจำหน่ายยาเสพติด

จุดเน้นของแผน

๑. พัฒนानโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑.๑ สนับสนุนการออกกฎหมายมาตรการและนโยบายสาธารณะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความจำเป็นทั้งเร่งด่วนและระยะยาว รวมทั้งกฎหมายที่อยู่ในกระบวนการแล้ว โดยสนับสนุนภาคีระบบหลัก ภาครัฐ ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ในการพัฒนานโยบาย มาตรการ และนโยบายสาธารณะ ทั้งมาตรการด้านอุปสงค์และด้านอุปทาน รวมถึงผลักดันให้เกิดกลไกการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ทุกภาคส่วน และทุกระดับ ทั้งระดับพื้นที่และระดับชาติ ซึ่งมุ่งเน้นการดำเนินงานด้านต่างๆ ดังนี้

- ๑) การสนับสนุนให้หน่วยงานรัฐมีมาตรการเพื่อสนับสนุนให้งานเลี้ยงของหน่วยงานเป็นงานเลี้ยงที่ไม่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๒) การกำหนดความหนาแน่นของการออกใบอนุญาตในการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่
- ๓) เสนอมาตรการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Demand Side) ของประชาชนและเยาวชน เช่น มาตรการห้ามขาย ห้ามดื่มในเด็กที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี

^{๓๑} สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.). รายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด ปีงบประมาณ ๒๕๕๔ - ๒๕๕๙.

^{๓๒} สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.). รายงานสถานการณ์ยาเสพติด ๒๕๕๙. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม.



- ๑.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อเร่งอัตราการลดการบริโภคเครื่องตีมแอลกอฮอล์ อาทิ การศึกษาทบทวนและพัฒนามาตรฐานเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย และการตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย/เรื่องร้องเรียนโดยการสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ตลอดจนการสร้างการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ๑.๓ สนับสนุนให้เกิดการจัดทำแผนงานควบคุมยาสูบ-เครื่องตีมแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัด เป็นงานประจำของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการสนับสนุนให้ใช้สถานการณ์การบริโภคเครื่องตีมแอลกอฮอล์รายจังหวัดมาเป็นข้อมูลสำคัญในการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด
- ๑.๔ สนับสนุนการออกนโยบายระดับชุมชน พื้นที่/จังหวัด ท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องกับงานเทศกาล งานบุญประเพณี งานบวช งานศพปลอดเหล้า รวมถึง คณะกรรมการจังหวัด เป็นเจ้าภาพหลัก ในการขับเคลื่อนให้เกิดผลเชิงระบบ

๒. การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องตีมแอลกอฮอล์

- ๒.๑ สนับสนุนให้มีการพัฒนาต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพเชิงโปรแกรม พื้นที่/องค์กร เช่น การศึกษาความหนาแน่นของร้านเหล้ารอบสถานศึกษาหลังการกำหนดโซนนิ่ง เพื่อนำสู่การขยายผลต่อไป
- ๒.๒ การพัฒนางานวิจัย/งานวิชาการที่มีผลต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และพัฒนาความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ นำไปสู่การใช้ประโยชน์ เพื่อการขับเคลื่อนของเครือข่ายรณรงค์ และนำความรู้ที่ได้สื่อสารเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคม
- ๒.๓ พัฒนารูปแบบและวิธีการประเมินผลต่างๆ (นโยบาย/กฎหมาย/แผน) ที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการประเมินผลลัพธ์ในเชิงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม

๓. การพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องตีมแอลกอฮอล์

- ๓.๑ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการรณรงค์และมาตรการใหม่ๆ ที่เข้าถึงและเหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน กลุ่มอาชีวศึกษา กลุ่มผู้หญิงที่ดื่มครั้งคราว กลุ่มผู้ชาย กลุ่มผู้ที่อยู่ในชนบท กลุ่มพระภิกษุ
- ๓.๒ สนับสนุนให้เกิดการสร้างเครือข่ายคนหัวใจหิน (คนงดเหล้าครบพรรษา) และคนเลิกเหล้าตลอดชีวิต (คนหัวใจเพชร) เพื่อให้มีบทบาทเป็นแกนนำรณรงค์ในการชวนคนเลิกเหล้าในองค์กรต่างๆ เช่น โรงเรียน โรงงาน หน่วยงานราชการ สถานประกอบการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดมาตรการ/นโยบายเพื่อขยายงานเทศกาล งานบุญประเพณีปลอดเหล้า ตลอดจนการมีบทบาทเพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็งในมิติต่างๆ
- ๓.๓ สนับสนุนให้เกิดการสื่อสารเชิงรุกผ่านช่องทางสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบทปัจจุบันเพื่อสื่อสารให้ตรงกลุ่มเป้าหมายในการสร้างบรรทัดฐานสังคมให้เห็นว่าเครื่องตีมแอลกอฮอล์เป็นสินค้าไม่ธรรมดา (Denormalization) อย่างต่อเนื่อง และการตอบโต้ธุรกิจแอลกอฮอล์ เรื่องการทำการตลาดที่ขาดความรับผิดชอบ โดยเฉพาะในงานกิจกรรมดนตรี กีฬาและกิจกรรม

ที่เกี่ยวกับเยาวชน เช่น การติดตามข่าวผลกระทบที่เกิดกับเด็กและเยาวชน ปัญหาความรุนแรง อันมีสาเหตุจากการดื่ม เพื่อสื่อสารให้สังคมรับรู้อย่างต่อเนื่อง

- ๓.๔ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนการติดตาม/ประเมินผล เพื่อประเมินผลลัพธ์ เช่น ระดับการรับรู้ ระดับความตระหนัก การลด ละ เลิก และการบอกต่อของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละโครงการรณรงค์ รวมถึงการประเมินผลเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และประเมินเพื่อปรับปรุงให้ต่อเนื่อง เพื่อหาแนวทางการรณรงค์ที่มีประสิทธิภาพ

๔. การสนับสนุนทุนอุปถัมภ์ทดแทนธุรกิจแอลกอฮอล์

- ๔.๑ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนากลยุทธ์ในการให้ทุนอุปถัมภ์กิจกรรมต่างๆ ที่เน้นการดำเนินการ เพื่อให้เกิดการสื่อสารปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคม ให้ครอบคลุมทั้งกิจกรรมด้านประเพณี วัฒนธรรมและกิจกรรมด้านอื่นๆ โดยเฉพาะกิจกรรมที่มุ่งกลุ่มเป้าหมายเด็ก เยาวชน และครอบครัว
- ๔.๒ เชื่อมโยงประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาทิ กรณี “รถแห่” ที่มักก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทด้วย เพื่อเพิ่มมิติให้เกิดการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ มากยิ่งขึ้น
- ๔.๓ สนับสนุนให้เกิดการสรุปบทเรียน รวบรวมต้นแบบและสังเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์จากการจัดงาน เทศกาล งานบุญประเพณีปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ต่อยอดและขยายผล ตลอดจนการพัฒนาคู่มือ/เครื่องมือสนับสนุนการทำงานในระดับพื้นที่

๕. การพัฒนารูปแบบและระบบบริการเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ๕.๑ พัฒนารูปแบบระบบการบำบัด การส่งต่อ และการติดตามหลังการบำบัดให้ชัดเจน มีประสิทธิภาพ และเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยเหลือการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อสร้างความเป็นธรรม ทางสุขภาพ
- ๕.๒ สนับสนุนให้เกิดการเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับชุมชน

๖. สนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

- ๖.๑ พัฒนาศูนย์วิชาการการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเพื่อให้มีความคล่องตัวในการพัฒนา งานวิชาการอย่างต่อเนื่องทันต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด ตลอดจนศึกษา แนวทางเพื่อปรับลดอันตรายต่อยาเสพติดในเชิง Decriminalization
- ๖.๒ พัฒนางานวิชาการและงานวิจัย พัฒนาระบบข้อมูล ต่อยอดองค์ความรู้ เพื่อการผลักดันนโยบาย การป้องกัน ดูแลและแก้ไขปัญหายาเสพติด รวมไปถึงการจัดการข้อมูลให้มีความเหมาะสม กับกลุ่มเป้าหมายอย่างเท่าเทียมกัน ในจุดคานงัดที่สำคัญ ๓ ด้าน ได้แก่ “ยา” “คน” “สิ่งแวดล้อม”
- ๖.๓ พัฒนางานเชิงระบบ สร้างนวัตกรรมในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการ แก้ไขและจัดการปัญหายาเสพติด เพื่อสามารถรองรับสถานการณ์ทางสังคม (Hot Issues) ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

๑. ลดอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนไทย และป้องกันนักเสพหน้าใหม่

วัตถุประสงค์รอง

๑. พัฒนาฐานข้อมูล องค์ความรู้และการจัดการความรู้ที่จำเป็น เพื่อการควบคุมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๒. พัฒนาให้เกิดมาตรการ สิ่งแวดล้อม นโยบายและกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสนับสนุนให้เกิดการบังคับใช้นโยบายและกฎหมายที่มีอยู่
๓. พัฒนาเครือข่ายการมีส่วนร่วมจากประชาชนและองค์กรต่างๆ ในการสื่อสารและสร้างการรับรู้ ความตระหนักในสังคมและในประชาชนกลุ่มต่างๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนค่านิยมในสังคม และการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๔. พัฒนากลไกพื้นฐานและระบบที่สำคัญ เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๕. พัฒนารูปแบบและบริการเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ
๖. พัฒนาให้เกิดเครือข่าย องค์ความรู้ฐานข้อมูล และการจัดการความรู้ที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเสพติด

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๗๕)

๑. เกิดนโยบายสาธารณะใหม่ที่ส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงาน/กิจกรรมต่างๆ เพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓
๒. เกิดความมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการร้องเรียนผ่านโปรแกรมเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Tobacco & Alcohol Surveillance System : TAS) โดยสามารถรายงานการละเมิดกฎหมาย และมีหน่วยงานดำเนินการหลังรับเรื่องร้องเรียนอย่างเป็นระบบ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐
๓. เกิดองค์ความรู้จากการวิจัยที่จำเป็นสำหรับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง โดยมีการสื่อสารงานวิจัยสำคัญในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสาธารณะผ่านช่องทางต่างๆ อย่างน้อยปีละ ๓ ครั้ง และมีเวทีระดับชาติทุกปี

๔. เกิดการรับรู้และตระหนักถึงประเด็นการลด ละ เลิก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ในประชากรไทยอย่างน้อย ๒ ประเด็น โดยมีจำนวนขึ้นข่าที่ได้รับการเผยแพร่ต่อสื่อมวลชน ผ่านสื่อหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต
๕. เกิดองค์ความรู้และการจัดการความรู้ด้านการป้องกัน บำบัด รักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพ สารเสพติดที่จำเป็น เช่น การป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน ความรู้และ ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการใช้กัญชาเสรีในต่างประเทศ ทักษะคิดและการรับรู้ของประชาชนและสังคมไทยต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยมีการนำไปใช้ ประโยชน์ในการสนับสนุนนโยบายสาธารณะตลอดจนการสร้างความสำเร็จต่อสังคม

ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง (น้ำหนักร้อยละ ๒๕)

๖. บูรณาการการทำงานกับแผนสุขภาพะประชากรกลุ่มเฉพาะ (แผน ๕) เพื่อมุ่งส่งเสริมหน่วยบริการ ในชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน ให้มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการลดการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างน้อย ๓๐ หน่วยบริการ โดยสนับสนุนชุดความรู้ ข้อมูลทางวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญเชิงประเด็น หรือรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน (Model)
๗. สื่อสารให้กลุ่มพระสงฆ์ เข้าถึงและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในประเด็นการลด การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างน้อย ๓,๐๐๐ รูป

แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกัน อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

๑. เชื่อมโยงภาคีหลักที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็นเพื่อสร้างเป้าหมายร่วมในด้านการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด ตลอดจนการเชื่อมร้อยการทำงานเพื่อเสริมพลัง ซึ่งกันและกัน ได้แก่ พลังนโยบาย พลังปัญญา และพลังสังคม เพื่อสร้างการมีสุขภาวะที่ดี
๒. พัฒนารฐานข้อมูลเชิงวิชาการและจัดการความรู้เพื่อใช้ประโยชน์ในการผลักดันงานควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด ตลอดจนเพื่อการสนับสนุนงานรณรงค์ การขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการติดตามประเมินผล
๓. พัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายโดยการสร้าง การมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และประชาชน
๔. พัฒนาต้นแบบ นวัตกรรมหรือรูปแบบการดำเนินงานใหม่ๆ ที่ทำให้ลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และปัญหาจากการใช้ยาเสพติด รวมถึงรณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนัก ต่อปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาเสพติด ผ่านช่องทางการสื่อสาร และการทำงานของภาคีเครือข่ายต่างๆ



๕. ขยายการเข้าถึงบริการช่วยเหลือการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในและนอกระบบบริการสาธารณสุข
๖. เชื่อมโยงการทำงานด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส.

กลุ่มแผนงาน

แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ประกอบด้วย ๖ กลุ่มแผนงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มแผนงาน มีภารกิจโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ๑.๑ สนับสนุนการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ให้มีผลบังคับใช้และสนับสนุนการดำเนินการต่างๆ ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติ อาทิ การจัดประชุมคณะกรรมการนโยบายแอลกอฮอล์แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด และคณะอนุกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด เน้นให้เจ้าพนักงาน ผู้รับผิดชอบ โดยเฉพาะระดับจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีบทบาทในการบังคับใช้กฎหมายเพื่อให้พระราชบัญญัติได้นำไปบังคับใช้ในพื้นที่อย่างจริงจัง การดำเนินการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกลไกการบังคับใช้กฎหมาย ศึกษา ทบทวนและพัฒนามาตรฐานการเฝ้าระวังการกระทำความผิด รวมถึงพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การทำตลาดของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการสนับสนุนการเฝ้าระวังและบังคับใช้มาตรการตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติร่วมกับภาคประชาสังคม และขยายให้ประชาชนมีส่วนร่วม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบังคับใช้มาตรการกฎหมายห้ามขายเหล้าให้เด็กอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี และห้ามเด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก
- ๑.๒ สนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะ/มาตรการ รวมทั้งข้อเสนอในประเด็นต่างๆ ทั้งมาตรการด้านอุปสงค์ (Demand Side) ในการควบคุมปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนการผลักดันนโยบายด้านอุปทาน (Supply Side) ร่วมกับมาตรการทางสังคมเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาทิ มาตรการภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมการโฆษณา มาตรการทางภาษี การห้ามจดทะเบียนตราสัญลักษณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำกับผลิตภัณฑ์อื่น การขยายกฎหมายห้ามดื่มห้ามขาย การจำกัดการเข้าถึง การจำกัดการออกใบอนุญาตในการผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการห้ามสมาคมหรือกิจกรรมกีฬาไม่ได้รับสponsors ธุรกิจแอลกอฮอล์และยาสูบ หากได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนพัฒนาการกีฬา การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ การใช้ตัวชี้วัดด้านการลดการบริโภคและปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการประเมินผลงานระดับจังหวัด ทั้งนี้จะดำเนินการเชื่อมโยงนโยบายกับกลไกตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ อาทิ การผลักดันให้แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามแผนยุทธศาสตร์

นโยบายแอลกอฮอล์แห่งชาติได้รับการรับรองเป็นมติสมัชชาสุขภาพ และหน่วยงานต่างๆ นำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติ

- ๑.๓ สนับสนุนการผลักดันนโยบายในภาคปฏิบัติของพื้นที่หรือกิจกรรมห้ามดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สถานที่ท่องเที่ยวปลอดเหล้า บุญประเพณีปลอดเหล้า สวนสาธารณะปลอดเหล้า สถานที่ราชการ ปลอดเหล้า สถานศึกษาปลอดเหล้า งานรับน้องปลอดเหล้า เป็นต้น การสนับสนุนการดำเนินงาน ยุทธศาสตร์จังหวัดโดยคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด รวมถึงการสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในท้องถิ่น โดยเฉพาะการประกาศข้อบัญญัติท้องถิ่นหรือนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๑.๔ การขยายแนวร่วมไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนงานด้านการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย เช่น การประสานกรมสรรพสามิตในการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุราควบคุมกับพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประสานกรุงเทพมหานครในการจัดสถานที่ห้ามดื่มห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประสานกระทรวงศึกษาธิการในการจัดสถานศึกษาให้เป็นเขตห้ามดื่มห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประสานกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประสานกระทรวงพาณิชย์และภาคีแนวร่วมทั้งในประเทศและระดับอาเซียนเพื่อแสดงจุดยืนต่อภาครัฐเกี่ยวกับนโยบายการเจรจาการค้าเสรีที่เกี่ยวข้องกับสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้อยู่บนพื้นฐานในการตระหนักถึงสุขภาพของประชาชน การประสานสำนักงานป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (ป.ป.ท.) ในการร่วมเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร

สนับสนุนให้ศูนย์วิจัยปัญหาสุราทำหน้าที่

- ๒.๑ พัฒนาองค์ความรู้และระบบข้อมูลที่จำเป็นต่อการดำเนินงานด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ความรู้ทางระบาดวิทยาของสถานการณ์ต่างๆ ความรู้เพื่อการสังเคราะห์นโยบาย ความรู้สำหรับการพัฒนานโยบายใหม่ที่สำคัญ ความรู้เพื่อสนับสนุนการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนค่านิยมสังคม ความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ เป็นต้น
- ๒.๒ พัฒนาด้านแบบการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งในเชิงโปรแกรม พื้นที่และองค์กร
- ๒.๓ พัฒนางานวิจัย/งานวิชาการที่มีผลต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การรณรงค์ และนำความรู้ที่ได้มาสื่อสารเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคม
- ๒.๔ พัฒนารูปแบบและวิธีการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ
- ๒.๕ การจัดประชุมวิชาการสุราระดับภูมิภาค/ชาติ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน



๒.๖ พัฒนาเชื่อมโยงความร่วมมือด้านข่าวสาร การพัฒนาบุคลากร และการชี้แนะนโยบาย ทั้งในประเทศและระดับสากลกับองค์กรวิชาการสากล เชื่อมการทำงานด้านยุทธศาสตร์โลก ในการลดอันตรายจากเครื่องตีแม่เหล็กออสต์ ตลอดจนประสานสนับสนุนให้มีเวทีในระดับสากล ทั้งด้านนโยบาย วิชาการ รู้เท่าทันทิศทางการตลาดธุรกิจแอลกอฮอล์

๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

สนับสนุนให้สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้าเป็นศูนย์ประสานงานและขยายเครือข่ายการรณรงค์ และประชาสัมพันธ์โดย

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

๓.๒ สนับสนุนการขยายและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเยาวชนให้ครอบคลุมเยาวชนทุกระดับตั้งแต่ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา อุดมศึกษา นอกกระบวนการศึกษา และกลุ่มเสี่ยง อาทิ จัดกิจกรรมเยาวชนสร้างสรรค์สุขภาวะ รณรงค์ล้มมาอาชีวะ นำร่องเพิ่มพื้นที่ทางสังคมแก่อาชีวะบางแห่ง ตลอดจนการค้นหาแนวทางทำงานเพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเยาวชนและเครือข่ายครอบครัวให้รู้ทันธุรกิจแอลกอฮอล์และเป็นแกนนำในการร่วมเฝ้าระวังทิศทางการตลาดธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พัฒนาแคมเปญรณรงค์และมาตรการเฉพาะกลุ่มเยาวชน เช่น การเชื่อมกับมาตรการกฎหมายห้ามขายให้เด็กอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี รวมถึงประสานแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อขับเคลื่อนงานป้องกันปัญหาการดื่มในเด็กและเยาวชน

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

๓.๔ ขยายและพัฒนาเครือข่ายอื่นๆ ได้แก่ เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบที่หลากหลาย และมีระบบการสนับสนุนช่วยเหลือจนสามารถพึ่งพาตนเองได้ เครือข่ายชุมชน ลด ละ เลิกเหล้า ยุติความรุนแรงในครอบครัวให้เป็นกรณีตัวอย่าง

ที่เกิดจากการรวมกลุ่มคนในชุมชนอย่างเข้มแข็ง โดยครอบคลุมชุมชนเมือง ชนบท และชุมชนในนิคมอุตสาหกรรม เครือข่ายนักกฎหมาย สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย เครือข่ายสื่อท้องถิ่นและเครือข่ายสื่อพื้นบ้าน สมาคมด้านสื่อและการตลาดให้เป็นพันธมิตรในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลให้เข้าถึงพื้นที่ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ สร้างความชัดเจนด้านผลเสียที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มผู้มีเศรษฐฐานะต่ำ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มแรงงานนอกระบบ ประชากรกลุ่มเฉพาะเพื่อรองรับสภาวะผันผวนทางเศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพ เครือข่ายต่างๆ ให้เป็นแกนนำในการรณรงค์ให้รัฐและสังคมเข้าใจว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำลายสุขภาพ ครอบครัว และสังคม ไม่ใช่สินค้าธรรมดา ต้องมีมาตรการควบคุมปัญหาจากการบริโภคอย่างเท่าทันธุรกิจแอลกอฮอล์

- ๓.๕ การรณรงค์ตามเทศกาลต่างๆ อาทิ เข้าพรรษา ทอดกฐิน ปีใหม่ สงกรานต์ ตลอดจนงานบุญประเพณีในระดับท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะวาระเข้าพรรษาที่รัฐบาลได้กำหนดให้เป็นวันงดดื่มสุราแห่งชาติให้เป็นวาระสำคัญของชาติ ในด้านการรณรงค์เพื่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่จะมีการนำเสนอข้อมูลสำคัญอื่นๆ แก่สาธารณชนไทย โดยเน้นการพัฒนาชุมชนต้นแบบเลิกเหล้าที่จะทำให้เพิ่มโอกาสของการงดเหล้าได้ครบพรรษา และที่จะทำให้เพิ่มโอกาสของการเลิกดื่มเหล้าได้ตลอดชีวิต
- ๓.๖ เน้นการรณรงค์เพื่อสกัดนักดื่มหน้าใหม่ และกลุ่มเป้าหมายที่มีแนวโน้มการดื่มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิง กลุ่มผู้ดื่มประจำ กลุ่มผู้ดื่มหนัก กลุ่มเยาวชนและให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ดื่มที่บ้านตนเองหรือบ้านเพื่อน ขยายการรณรงค์มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายผู้ที่ไม่ดื่มให้มีส่วนร่วมในการชักชวนผู้ดื่มให้ลด ละ เลิกและเชื่อมกับกลไกมาตรการบำบัดดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ดื่มสามารถเลิกเหล้าได้ตลอดชีวิต รวมถึงการใช้ต้นทุนทางวัฒนธรรมประเพณีและศาสนาที่มีอยู่ในการพัฒนาหรือยกระดับกิจกรรมรณรงค์ในประเด็นใหม่ๆ เพื่อสร้างกระแสให้ประชาชนเปลี่ยนพฤติกรรม
- ๓.๗ สนับสนุนให้เกิดการเริ่มต้นวางแผนและหรือดำเนินการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานในประเด็นดังต่อไปนี้ (๑) ต้นแบบชุมชนสู้เหล้า งดเหล้าเข้าพรรษา สู้งดเหล้าครบพรรษา สู้งดเหล้าออกพรรษา โดยเน้นพัฒนาต้นแบบชุมชนนำร่องบางพื้นที่ ที่สามารถวัดผลลัพธ์ได้ รูปแบบ/วิธีการที่จะทำให้เกิดการเลิกดื่มเหล้าได้ตลอดชีวิต (๒) ต้นแบบการดำเนินงานจังหวัดยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ ควบคู่ไปกับการดำเนินงานจังหวัดควบคุมปัจจัยเสี่ยง

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 โดยมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาในการออกแบบวางแผนการรณรงค์ การออกแบบสนับสนุนให้เกิดกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อให้งิจกรรมนำไปสู่ความยั่งยืน และสนับสนุนการขยายแนวคิดการจัดงานประเพณีปลอดเหล้าผ่านการจัดให้พื้นที่ต้นแบบ เป็นแหล่งเรียนรู้ เปิดโอกาสให้พื้นที่อื่นๆ มาศึกษาดูงาน การพัฒนาศักยภาพภาคี และสร้างแรงกระตุ้นเชิงบวก การเชื่อมงานกับระดับนโยบาย อาทิ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา การทำงานในพื้นที่ร่วมกับองค์กรของรัฐ อาทิ จังหวัด เทศบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ เพื่อให้เกิดพื้นที่ต้นแบบ การเน้นพลังของเยาวชนในการสื่อสารด้านแรงบันดาลใจการทำงานรณรงค์ และเน้นการดึงภาคธุรกิจร่วมให้ทุนอุปถัมภ์ ทดแทนธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กว้างขวางขึ้น และการสร้างแบรนด์ปลอดเหล้าเพื่อเชื่อมโยงและต่อยอดกิจกรรมปลอดเหล้าให้เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวาง
- ๔.๓ สนับสนุนทุนอุปถัมภ์กิจกรรมนิสิตนักศึกษาในสถาบันการศึกษา โดยมียุทธศาสตร์การสร้าง ความเข้าใจและให้รู้เท่าทันรูปแบบการแอบแฝงของธุรกิจเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และไม่รับ ทุนธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลักดันให้เกิดเครือข่ายสถาบันการศึกษาขับเคลื่อนกิจกรรม ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดทั้งปี การเฝ้าระวังและสร้างสภาพแวดล้อมรอบสถาบัน การศึกษาให้ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยทำงานเชื่อมโยงกับชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และการดึงภาคธุรกิจร่วมทุนอุปถัมภ์ทดแทนธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กว้างขวางขึ้นโดย จะเชื่อมประสานแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว เพื่อเสริมพลังขับเคลื่อนงานกิจกรรม ปลอดเหล้าเข้าสู่กลุ่มเป้าหมายเด็ก เยาวชน นิสิตนักศึกษา
- ๔.๔ ประสานภาคีเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญเพื่อหนุนเสริมการผลักดันนโยบายทั้งในระดับชาติและ ระดับท้องถิ่น
- ๔.๕ พัฒนาระบบการสนับสนุน งานวิชาการ งานประเมินผลเน้นการประเมินผลลัพธ์จากการจัดงาน ปลอดเหล้า การศึกษา วิจัยและเฝ้าระวังสถานการณ์ของธุรกิจแอลกอฮอล์และจัดให้มีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
- ๔.๖ ผลิตสื่อและการกระจายสื่อสนับสนุนการวางแผนการดำเนินการผลิตสื่อเพื่อเป็นต้นแบบ ในการรณรงค์ โดยร่วมกับสมาคมวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆ รวมถึงการจัดให้มีศูนย์ กระจายสื่อตามภูมิภาคต่างๆ รวมทั้งพัฒนาแนวทางการสื่อสารกิจกรรมปลอดเหล้าให้เป็นระบบ และต่อเนื่อง

๕. กลุ่มแผนงานด้านพัฒนารูปแบบการเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ๕.๑ พัฒนาระบบบริการเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มีความเข้มแข็ง และสนับสนุน ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการชวน/ช่วยให้เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๕.๒ ขยายการเข้าถึงบริการช่วยเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มากขึ้น
- ๕.๓ สนับสนุนองค์ความรู้และพัฒนาเครื่องมือการให้คำปรึกษา การคัดกรอง การรักษาผู้มีปัญหา จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

๖. กลุ่มแผนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด

- ๖.๑ สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการ/วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ เชื่อมโยงประสานภาคีนักวิจัย/วิชาการ ผู้บริหาร/กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานขององค์กรทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม ที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพสารเสพติดในระบบสาธารณสุข ระบบยุติธรรม และชุมชน เพื่อร่วมกำหนดโจทย์วิจัย พัฒนางานวิจัยสร้างองค์ความรู้ใหม่ และจัดการความรู้ที่มีอยู่แล้วให้พร้อมใช้งานได้ ซึ่งเป็นองค์ความรู้และงานวิจัยที่จำเป็นและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ ที่หน่วยงานสามารถนำความรู้ไปต่อยอดได้
- ๖.๒ พัฒนาระบบข้อมูล ระบบการจัดการองค์ความรู้ที่มีความทันสมัยอยู่ตลอดเวลา รวมถึงพัฒนาระบบบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน
- ๖.๓ สนับสนุนให้มีกลไกภาคประชาสังคมในการรณรงค์ และสื่อสารสู่สาธารณะสร้างกระแสสังคม เพื่อสร้างความตระหนักรู้ทันต่อปัญหาเสพติด และสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด โดยมุ่งเน้นการทำงานในกลุ่มเยาวชนเพื่อการป้องกันนักเสพหน้าใหม่

แนวทางการบูรณาการ

สนับสนุนการทำงานเพื่อให้เกิดการบูรณาการงานร่วมกัน โดยเฉพาะแผนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงหลัก และปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ดังนี้

- (๑) เชื่อมประเด็นการทำงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทั้ง เหล้า บุหรี่ ยาเสพติด อุบัติเหตุทางถนน ภัยพิบัติ และการพนัน ผ่านเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษา โดยเน้นการกำหนดเป้าหมาย/กรอบงานร่วมกัน เน้นยกระดับสภาวะของกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ และพัฒนาให้เกิดวิธีการ รวมถึงการร่วมขับเคลื่อน ให้เกิดต้นแบบสถาบันอุดมศึกษาหรือการขับเคลื่อนเชิงนโยบายสาธารณะ
- (๒) สร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีหลักที่เคยสนับสนุนงานให้สถานประกอบการ ดำเนินการเรื่องสถานประกอบการปลอดเหล้า ปลอดบุหรี่ และมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน โดยเน้นให้เกิดการจัดทำฐานข้อมูลร่วมกัน ทั้งชุดความรู้ คู่มือ เครื่องมือสนับสนุน และรายชื่อสถานประกอบการ เพื่อร่วมหาต้นแบบ
- (๓) ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดสภาองค์กรผู้บริโภค โดยร่วมระดมเครือข่ายภาคีมาร่วมจัดตั้งสภาองค์กรผู้บริโภค
- (๔) เชื่อมภาคีเครือข่ายหลักที่ดำเนินการในกลุ่มเครือข่ายต่างๆ ได้แก่ ศูนย์เด็กเล็ก อสม. หมออนามัย และวัด ในการสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และร่วมกำหนดแนวทางบูรณาการงานร่วมกัน



- (๕) บูรณาการการทำงานกับแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ (แผน ๕) เพื่อมุ่งส่งเสริมหน่วยบริการในชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน ให้มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการลดการบริโภคยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการความปลอดภัยทางถนน และการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสนับสนุนชุดความรู้ ข้อมูลทางวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญเชิงประเด็น หรือรูปแบบการดำเนินงาน (Model) ที่ชัดเจน

ภาคีหลัก

ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

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

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

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

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมาย	๑๐
๒. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสาร	๑๐
๓. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่ายและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์	๒๖๐
๔. กลุ่มแผนงานด้านทุนอุปถัมภ์	๓๐
๕. กลุ่มแผนงานด้านการพัฒนารูปแบบการเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	๑๐
๖. กลุ่มแผนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด	๑๐
รวม	๓๓๐

แผนการจัดการความปลอดภัย และปัจจัยเสี่ยงทางสังคม



๓

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

สถานการณ์และแนวโน้ม

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

การลดอัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ ๓ สร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย ตัวชี้วัดที่ ๓.๖.๑ อัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน แสดงให้เห็นว่าทั่วโลกและประเทศไทยให้ความสำคัญที่จะต้องจัดการและแก้ไขปัญหานี้ให้สำเร็จ ซึ่งหากสามารถทำได้จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศและจะช่วยเพิ่มผลิตภัณฑ์มวลรวม (Gross Domestic Product : GDP) ของประเทศ แต่ในภาพรวมของประเทศยังคงต้องดำเนินการเพื่อนำไปสู่การสร้างความปลอดภัยทางถนนอีกหลายประการ

ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิต ๒๑,๙๙๖ ราย ใน พ.ศ. ๒๕๕๔ ลดลงเป็น ๒๐,๑๙๖ ราย ใน พ.ศ. ๒๕๖๑ จากสถิติย้อนหลังช่วงหลายปีที่ผ่านมา กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ก็ยังคงเป็น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ กลุ่มผู้ชายน และกลุ่มแรงงาน

๑) ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยมีหลายฐานข้อมูลและมีหลายหน่วยงานที่เป็นผู้ดำเนินการจัดเก็บ ซึ่งการเก็บข้อมูลขึ้นกับนิยามของแต่ละหน่วยงานและการนำไปใช้ประโยชน์ คณะอนุกรรมการด้านการบริหารจัดการข้อมูลและการติดตามประเมินผล ภายใต้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงได้บูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ใน พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๑ จาก ๓ ฐานข้อมูลสำคัญของประเทศ ได้แก่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด และ ฐานข้อมูลมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลหลักในการรายงาน พบว่า ข้อมูลนี้มีความใกล้เคียงกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลกได้รายงานเอาไว้ใน Global Status Report on Road Safety ใน พ.ศ. ๒๕๕๖ ๒๕๕๘ และ พ.ศ. ๒๕๕๙ จากการคาดประมาณโดยสูตรคำนวณซึ่งใช้หลายตัวแปรข้างเคียง อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาข้อมูลของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ข้อมูลจากการบูรณาการเชื่อมข้อมูล ๓ ฐาน และข้อมูลจากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ต่างก็มีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน ที่พบว่า “จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง”

๒) ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ของกระทรวงสาธารณสุข ชี้ชัดว่ากลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี เป็นกลุ่มที่บาดเจ็บสูงที่สุด คิดเป็น ๓๑.๒๔% เฉลี่ยบาดเจ็บวันละ ๔๘๐ คน ฉะนั้นกลุ่มวัยรุ่นจึงยังเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ยังต้องดำเนินการเข้มข้น

ผลการสำรวจอัตราการสวมหมวกนิรภัย ๙ ปี ที่ผ่านมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยของคนไทยโดยเฉลี่ยทั้งประเทศอยู่ที่ ร้อยละ ๔๔ แต่ในข้อมูลการสำรวจล่าสุด พ.ศ. ๒๕๖๑ พบว่า ผู้ขับขี่และผู้โดยสาร สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ ๔๖ ซึ่งสูงกว่าปีแรกที่สำรวจ คือปี ๒๕๕๓ ซึ่งสวมหมวก ร้อยละ ๔๔ และในภาพรวมผู้ขับขี่ยังคงสวมหมวกนิรภัยมากกว่าผู้โดยสาร ประมาณร้อยละ ๓๑ **เหตุผลสำคัญของการไม่สวมหมวกนิรภัย** คือ ผู้ขับขี่คิดว่าเดินทางระยะใกล้ หากผู้ใช้รถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง แม้จะเดินทางระยะใกล้จะช่วยลดโอกาสการเสียชีวิตเนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ถึง ร้อยละ ๕๘ สะท้อนให้เห็นว่า คนไทยจำนวนมากยังมีความประมาทและขาดวัฒนธรรมความปลอดภัย

รถจักรยานยนต์ ถือเป็นยานพาหนะที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก ทั้งจากกลุ่มนักเรียน วัยรุ่น ตลอดจนชนวัยทำงาน รายงานการศึกษาที่ผ่านมา^{๑๔} บ่งชี้ว่า **เงื่อนไขสำคัญของการเลือกใช้รถจักรยานยนต์ในประเทศไทย ๕ สาเหตุหลัก** ประกอบด้วย ความสะดวกรวดเร็ว การประหยัดค่าใช้จ่าย ไม่สามารถเข้าถึงบริการขนส่งมวลชนสาธารณะ เข้าถึงบริการขนส่งมวลชนสาธารณะได้ยาก และใช้จักรยานยนต์เพื่อการพักผ่อน จึงเป็นเหตุให้ประเทศไทยมีจำนวนรถจักรยานยนต์จดทะเบียนสะสมสูงถึง ๒๐,๙๕๑,๙๐๔ คัน คิดเป็นร้อยละ ๕๔ ของรถทั้งหมด ซึ่งยังไม่นับรวมรถจักรยานยนต์สาธารณะอีกกว่า ๑๙๑,๑๓๖ คัน (ข้อมูลจากกรมการขนส่งทางบก ณ วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ จำนวนรถทั้งหมด ๓๙,๗๙๒,๕๑๐ คัน) ซึ่งเฉลี่ยข้อมูลจำนวนรถจักรยานยนต์จดทะเบียนสะสมตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ เพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละ ๔๒๘,๑๕๐ คัน และจากสถิติการเสียชีวิตของผู้ใช้รถประเภทต่างๆ พบว่า ผู้ใช้รถจักรยานยนต์มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่ารถประเภทอื่นถึง ๓.๔ เท่า (ข้อมูลจากใบมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย การใช้ความเร็ว และยังมีประเด็น

^{๑๔} มูลนิธิไทยโรดส์และเครือข่าย ร่วมกับ Road Safety Watch ได้สำรวจสาเหตุในการเลือกใช้รถจักรยานยนต์เมื่อปี ๒๕๕๓ จากกลุ่มตัวอย่าง ๗๐,๐๐๐ ราย

การใช้รถจักรยานยนต์ขนาดใหญ่ (big bike) ด้วยที่กำลังเริ่มมีปัญหา โดยพบข้อมูลจากกรมการขนส่งทางบกปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ ระบุว่า มีรถจักรยานยนต์ขนาดใหญ่กว่า ๑๕๐ ซีซี จดทะเบียนสะสมรวมกว่า ๑๐๓,๑๙๑ คัน เฉพาะเดือนมกราคม ๒๕๖๐ ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ขนาดใหญ่รวมแล้วกว่า ๒,๓๗๔ ราย บาดเจ็บ ๕๑,๙๙๕ ราย^{๓๕}

ข้อมูลสถิติของสำนักงานตำรวจแห่งชาติตลอดช่วงสิบปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ - ๒๕๖๐ การขับรถเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนด จัดเป็นมูลเหตุสันนิษฐานหลักในอันดับต้นๆ ของคดีอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทย โดยมีจำนวนรวมมากกว่าแสนคดี คิดเป็นสัดส่วนเฉลี่ยร้อยละ ๑๔ ของคดีอุบัติเหตุจราจรทั้งหมด หากพิจารณาเฉพาะอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นบนทางหลวง ข้อมูลสถิติของกรมทางหลวงระบุว่า ๒ ใน ๓ ของการเสียชีวิตเกิดจากอุบัติเหตุที่มีมูลเหตุสันนิษฐานจากการใช้ความเร็ว ข้อค้นพบจากตัวเลขสถิติที่บ่งชี้ว่าการเพิ่มจำนวนการตรวจจับความเร็วยังไม่ส่งผลให้อุบัติเหตุจากความเร็วลดลง สอดคล้องกับผลสำรวจทัศนคติและความคิดเห็นของผู้ใช้รถใช้ถนนทั่วประเทศมากกว่า ๒ พันรายในปี ๒๕๕๘ โดยมูลนิธิไทยโรดส์ ซึ่งพบว่า ผู้ขับขี่ส่วนใหญ่ร้อยละ ๖๒ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่เมื่อถูกตรวจจับความเร็วเพียงช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น และอีกร้อยละ ๒๐ ระบุว่าไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใดๆ บ่งชี้ว่ามาตรการทางกฎหมายในปัจจุบันยังควบคุมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับรถเร็วของผู้ขับขี่ได้ไม่มากนัก ดังนั้น การบังคับใช้กฎหมายความเร็วบนท้องถนนทั่วประเทศกว่า ๒ แสนกิโลเมตร ภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล เครื่องมือ และงบประมาณ จึงจำเป็นต้องอาศัยเทคนิคการบังคับใช้กฎหมายความเร็วอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Speed Enforcement) ที่มุ่งเน้นให้เกิดอิทธิพลที่จะยับยั้งพฤติกรรมการขับรถเร็วของผู้ขับขี่โดยทั่วไป (General Deterrence) โดยพยายามทำให้ผู้ขับขี่เกิดความตระหนักหรือรับรู้ถึงความเสี่ยงที่มีโอกาสถูกตรวจจับและได้รับการลงโทษ (Subjective Risk of Apprehension) มีเพิ่มมากขึ้นในทุกเวลาและสถานที่เมื่อใดก็ตามที่ขับรถเร็ว

ล่าสุดสำนักงานตำรวจแห่งชาติได้เปิดเผย จำนวนใบสั่งผู้กระทำความผิดกฎหมายจราจร และจำนวนผู้ชำระค่าปรับใบสั่งกฎหมายจราจร โดยเปรียบเทียบระหว่างปี ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ พบว่า ปี ๒๕๖๐ มีการออกใบสั่งจำนวน ๘,๔๔๑,๑๑๓ ใบสั่ง (จำนวนผู้ชำระค่าปรับ ๑,๔๒๒,๗๘๘ ใบ ประมาณร้อยละ ๑๗) และในปี ๒๕๖๑ มีการออกใบสั่งจำนวน ๑๑,๗๓๔,๔๑๕ ใบ (จำนวนผู้ชำระค่าปรับ ๒,๐๘๗,๔๗๙ ใบ ประมาณร้อยละ ๑๘) และยังพบว่า มีคนไทยที่มีใบสั่งซ้อนสูงสุด ๑๔๔ ใบใน ๑ ปี ซึ่งรถคันดังกล่าวเป็นรถขนส่งของภาคเอกชน จากข้อมูลพบว่า จำนวนผู้ชำระค่าปรับจราจรยังไม่เพิ่มขึ้นแม้จะมีการออกใบสั่งเพิ่มสูงขึ้น แสดงให้เห็นช่องว่างเรื่องการบังคับใช้กฎหมาย การไม่เคารพกฎหมายของประชาชนชัดเจน รวมถึงระบบใบสั่งของสำนักงานตำรวจแห่งชาติยังไม่ได้เชื่อมโยงกับระบบของกรมการขนส่งทางบก ที่จะระบุได้ว่าหากผู้ใดไม่ชำระค่าปรับ จะไม่สามารถดำเนินการต่อทะเบียนรถยนต์ประจำปีได้ ซึ่งยังเป็นแนวทางที่ภาคีเครือข่ายและหน่วยงานหลักจะร่วมกันสนับสนุนให้เกิดต่อ และปัจจุบันสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) ได้มีมติเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติจราจรทางบก เมื่อวันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ (ปรับปรุง ไม่ยึดใบขับขี่ เปลี่ยนเป็นการตัดคะแนน) ซึ่ง พ.ร.บ.ดังกล่าวยังต้องมีการสร้างความเข้าใจกับสังคมมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เข้าใจในความร่วมมือ รวมถึงมีพฤติกรรมการขับขี่ที่ดีขึ้น

^{๓๕} ข้อมูลจากบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๙ แบ่งเป็นจักรยานยนต์ขนาดใหญ่ ๑๕๐ - ๒๕๐ ซีซี เสียชีวิต ๑,๗๔๗ ราย บาดเจ็บ ๓๙,๘๖๐ ราย จักรยานยนต์ขนาดเล็ก ๒๕๐ ซีซีขึ้นไป เสียชีวิต ๖๒๗ ราย บาดเจ็บ ๑๒,๑๓๕ ราย

ความรุนแรงของอุบัติเหตุทางถนน สถานการณ์ภาพรวมจากคดีอุบัติเหตุจราจรและสถิติอุบัติเหตุบนทางหลวง บ่งชี้ว่า แนวโน้มความรุนแรงของอุบัติเหตุทางถนนที่เพิ่มขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมาเริ่มชะลอตัวอย่างเห็นได้ชัด โดยดัชนีความรุนแรงของอุบัติเหตุบนทางหลวง (ดัชนีความรุนแรง คำนวณจากจำนวนผู้เสียชีวิตต่อจำนวนอุบัติเหตุ ๑๐๐ ครั้ง) ในช่วงระหว่างปี ๒๕๕๖ - ๒๕๖๐ พบว่า ทุกๆ อุบัติเหตุทางถนนบนทางหลวง ๑๐๐ ครั้ง จะมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุเฉลี่ย ๑๕ - ๑๖ ราย ในขณะที่ดัชนีความรุนแรงจากคดีอุบัติเหตุจราจร ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เริ่มปรับตัวเพิ่มขึ้นในช่วงปี ๒๕๕๙ ต่อเนื่องมาจนถึงปี ๒๕๖๐ ดังนั้นจึงควรเน้นให้มีการเฝ้าระวังปัญหาความรุนแรงของอุบัติเหตุบนถนนสายรองให้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการลดความรุนแรงของอุบัติเหตุบนทางหลวง ที่ยังคงต้องมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสำหรับทางหลวงสายรอง โดยเฉพาะทางหลวงประเภท ๒ ช่องจราจรที่ยังคงมีอุบัติเหตุที่มีความรุนแรงกว่าทางหลวงประเภทอื่นๆ

การเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในช่วงเทศกาล ไม่ว่าจะเป็นปีใหม่หรือสงกรานต์ ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ เป็นต้นมา จากข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล โดยศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) พบว่า ดื่มแล้วขับและการขับรถเร็ว ยังคงเป็นสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุมากกว่า ๒ ใน ๓ ของการเกิดอุบัติเหตุทั้งหมดในช่วงเทศกาล (ทั้งปีใหม่และสงกรานต์) ยานพาหนะที่เป็นกลุ่มเสี่ยง คือ รถจักรยานยนต์และรถปิคอัพ โดยข้อมูลอุบัติเหตุช่วงเทศกาลระหว่างปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ พบว่า รถจักรยานยนต์มีพฤติกรรมดื่มแล้วขับคิดเป็นสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ ๘๘ ทั้งปีใหม่และสงกรานต์) ในขณะที่ พฤติกรรมการขับรถเร็วมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในรถปิคอัพทั้งเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ (ร้อยละ ๑๔ ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ และร้อยละ ๑๓ ในช่วงเทศกาลปีใหม่)

สำหรับจำนวนและสัดส่วนคดีอุบัติเหตุจราจรที่มีสาเหตุมาจากดื่มแล้วขับ ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ระหว่าง ปี ๒๕๕๒ - ๒๕๖๐ สะท้อนให้เห็นว่าคดีอุบัติเหตุจราจรจากดื่มแล้วขับมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสัดส่วนการดื่มแล้วขับในกลุ่มผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจร จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance : IS) ของกรมควบคุมโรค ที่มีแนวโน้มในภาพรวมลดลงเช่นเดียวกัน แต่เมื่อจำแนกตามประเภทยานพาหนะ กลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ยังคงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องคอยเฝ้าระวังกันต่อไปในเรื่องของการดื่มแล้วขับ และหากเมื่อพิจารณาข้อมูลอุบัติเหตุดื่มแล้วขับที่เกิดขึ้นบนทางหลวง พบว่า ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นบนทางหลวงสายรอง (ทางหลวงหมายเลข ๔ หลักหรือทางหลวงภายในจังหวัด) และเกิดขึ้นในช่วงเวลากลางคืน

ง่วงแล้วขับหรือหลับใน ถือเป็นอีกหนึ่งสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนที่น่าจะต้องเฝ้าระวังและติดตาม เนื่องจากสถิติตัวเลขล่าสุด ทั้งจากจำนวนคดีอุบัติเหตุจราจรของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และตัวเลขสถิติอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นบนทางหลวง บ่งชี้ตรงกันว่า อุบัติเหตุทางถนนที่มีสาเหตุมาจากการหลับใน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง ๑๐ ปี ที่ผ่านมา โดยจำนวนคดีอุบัติเหตุจราจรที่มีสาเหตุมาจากการหลับในของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๑ - ๒๕๖๐ เพิ่มขึ้นถึง ๓ เท่า โดยล่าสุดในปี ๒๕๖๐ มีจำนวนคดีอุบัติเหตุจากการหลับในทั้งปี เกือบ ๑,๐๐๐ ครั้ง หรือเฉลี่ยเกิดขึ้นวันละ ๒ - ๓ ราย ในขณะที่ตัวเลขอุบัติเหตุจากการหลับในบนทางหลวง ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๑ - ๒๕๖๐ มักพบมากในกลุ่มรถปิคอัพ ๔ ล้อ โดยส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในเวลากลางวัน (ร้อยละ ๕๔) และบนถนนช่วงทางตรง (ร้อยละ ๘๖)

การคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้โดยสารนั่งเบาะหลัง ดูจะเป็นสิ่งใหม่ที่ยังไม่คุ้นชินสำหรับคนไทย แม้ว่าจะมีคำสั่ง คสช. ม.๔๔ แก้ไข พ.ร.บ.จราจรทางบก ให้บังคับในเรื่องนี้ เมื่อปี ๒๕๖๐ ดังเช่น ผลสำรวจการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้โดยสารนั่งเบาะหลังในกรุงเทพมหานครในปีเดียวกัน โดยมูลนิธิไทยโรดส์ พบการคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้โดยสารบนรถแท็กซี่ เพียงร้อยละ ๓ เท่านั้น และผลจากการสำรวจทัศนคติของผู้ใช้รถใช้ถนนต่อพฤติกรรมเสี่ยงและมาตรการแก้ไขปัญหามาในประเทศไทย ในปี ๒๕๖๑ ในเรื่องการคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้โดยสารนั่งเบาะหลังพบว่า ร้อยละ ๔๗ ให้เหตุผลว่าเพื่อให้นั่งสบาย จึงคิดว่าไม่จำเป็นต้องคาดเข็มขัดนิรภัยเวลานั่งเบาะหลัง รองลงมาคือ ตำรวจไม่จับ (ร้อยละ ๒๒) (มูลนิธิไทยโรดส์ ภายใต้การสนับสนุนของ Global Health Advocacy Incubator : GHAI) ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นได้ว่า คนไทยยังขาดการรับรู้และความตระหนักเท่าที่ควรถึงหน้าที่และประโยชน์ของเข็มขัดนิรภัยที่จะสามารถช่วยป้องกันการบาดเจ็บเมื่อเกิดอุบัติเหตุสำหรับผู้โดยสารที่นั่งเบาะหลัง

การใช้โทรศัพท์ขณะขับขี่ ถือเป็นอีกหนึ่งประเด็นสำคัญที่น่าสนใจ โดยเฉพาะในสังคมปัจจุบันที่ยังคงพบว่าผู้ใช้รถใช้ถนนยังคงมีพฤติกรรมการใช้โทรศัพท์ในขณะขับขี่ แม้ว่าจะมีการออกกฎหมายห้ามแล้วก็ตาม แต่พฤติกรรมดังกล่าวก็ยังคงสามารถพบเห็นได้ทั่วไปบนท้องถนน และจากการสำรวจทัศนคติของผู้ใช้รถใช้ถนนต่อพฤติกรรมเสี่ยงและมาตรการแก้ไขปัญหามาในประเทศไทย ในปี ๒๕๖๑ ในประเด็นเรื่องการใช้โทรศัพท์ขณะขับขี่ พบว่า ผู้ขับขี่รถเก๋งและรถปิคอัพกว่าร้อยละ ๖๐ ยอมรับว่าเคยใช้โทรศัพท์ขณะขับขี่ ในขณะที่กลุ่มผู้ขับขี่มอเตอร์ไซค์มีสัดส่วนถึงร้อยละ ๓๘ ส่วนใหญ่เป็นการใช้พูดคุยสนทนามากกว่าร้อยละ ๘๐ รองลงมาคือการใช้ส่งข้อความหรือเล่นโมบายแอป (ร้อยละ ๒๕) โดยในกลุ่มผู้ขับขี่มอเตอร์ไซค์มีการใช้โทรศัพท์เพื่อฟังเพลงสูงถึงเกือบร้อยละ ๒๐ ทุกรูปแบบ มากกว่าร้อยละ ๘๐ ระบุว่าไม่เคยพบเห็นการจับกุมผู้กระทำความผิดใช้โทรศัพท์ขณะขับขี่ (มูลนิธิไทยโรดส์)

ความปลอดภัยของคนเดินเท้าและขี่จักรยาน ปัจจุบัน ความปลอดภัยของคนเดินเท้าและขี่จักรยานได้กลายเป็นอีกหนึ่งประเด็นสำคัญที่สังคมเริ่มหันมาให้ความสนใจ ไม่ว่าจะเป็น สิทธิการเดินของคนเดินเท้าในเขตเมืองหรือความปลอดภัยสำหรับการขี่จักรยานในเขตเมือง ซึ่งจากตัวเลขสถิติการรับแจ้งคดีอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับคนเดินเท้าและคนขี่จักรยานของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา (ปี ๒๕๕๑ - ๒๕๖๐) โดยเฉพาะในกลุ่มคนขี่จักรยานค่อนข้างน่าวิตก ล่าสุดปี ๒๕๖๐ พบว่า คนขี่จักรยานประสบเหตุที่เป็นคดีอุบัติเหตุจราจรมีจำนวนมากถึง ๒,๓๕๐ ราย หรือเพิ่มขึ้น ๕ เท่าเมื่อเทียบกับปี ๒๕๕๕ ในขณะที่ตัวเลขดัชนีความรุนแรงของอุบัติเหตุบนทางหลวงกับคนเดินเท้าและขี่จักรยาน ช่วงปี ๒๕๕๑ - ๒๕๖๐ บ่งชี้ว่า อุบัติเหตุคนเดินเท้าและคนขี่จักรยานมีแนวโน้มความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จุดเสี่ยงและจุดอันตราย ตามนิยามของกรมทางหลวง จุดเสี่ยงและจุดอันตราย คือ ช่วงถนนหรือตำแหน่งบนถนนที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นมากกว่า ๓ ครั้งต่อปี ที่ผ่านมา กรมทางหลวงได้มีการดำเนินการมาตรการต่างๆ ในการปรับปรุงและแก้ไขจุดเสี่ยงและจุดอันตราย จนมีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัด แต่จากข้อมูลผลการวิเคราะห์ล่าสุดในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา พบว่าจุดอันตรายบนทางหลวงในภาพรวมมีจำนวนเพิ่มขึ้น อันเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของจุดอันตรายบนทางหลวงสายหลัก สายประธานและสายรองประธาน ดังนั้น การปรับปรุงและแก้ไขจุดเสี่ยงและจุดอันตราย ยังคงเป็นอีกหนึ่งประเด็นสำคัญที่ยังคงต้องติดตามและแก้ไขกันต่อไป โดยเฉพาะหน่วยงานทางถนนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

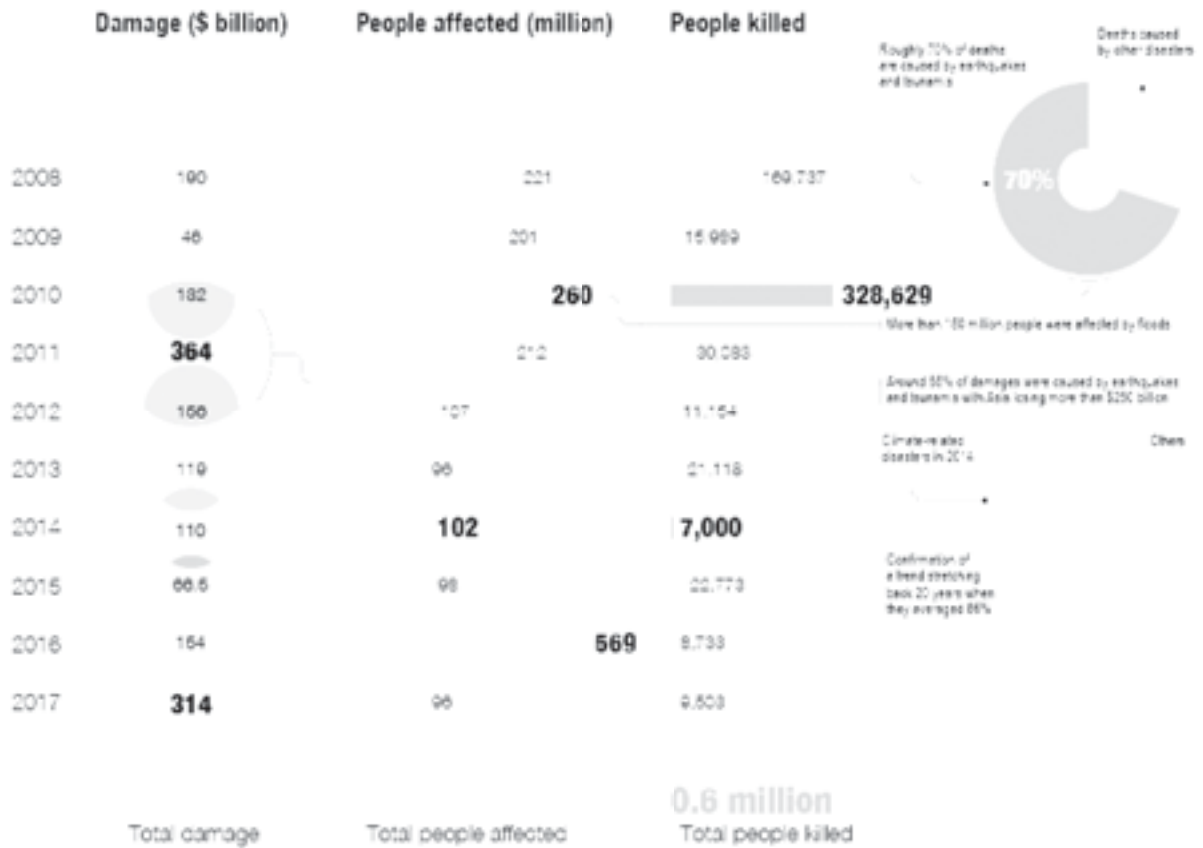
อุบัติเหตุอันตรายข้างทาง ยังคงเป็นอุบัติเหตุอีกหนึ่งรูปแบบที่เกิดขึ้นและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนทางหลวง โดยส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นกับรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ ๓๘) บริเวณช่วงทางตรง (ร้อยละ ๗๔) ประเภทถนนมากกว่า ๒ ช่องจราจร (ร้อยละ ๗๕) และมีสาเหตุมาจากการขับรถเร็ว (ร้อยละ ๘๐) จากสถิติล่าสุดในปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ ปัญหาอุบัติเหตุอันตรายข้างทางที่เกิดขึ้นบนทางหลวงมีแนวโน้มดีขึ้น จากตัวเลขการเสียชีวิตลดลงเฉลี่ย ๕๐ คนต่อปี การบาดเจ็บลดลงเฉลี่ย ๒,๐๐๐ คนต่อปี และดัชนีความรุนแรงที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (จาก ๑๐.๘ ในปี ๒๕๕๘ เป็น ๘.๘ และ ๘.๐ ในปี ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ ตามลำดับ) ภายหลังการดำเนินนโยบายแก้ไขปัญหาย่างเป็นรูปธรรม โดยจัดสรรงบประมาณกว่า ๑,๕๐๐ ล้านบาท เฉพาะสำหรับการติดตั้งราวกันอันตราย (Guardrail) ทั่วประเทศ (หรือคิดเป็นระยะทางในการติดตั้งได้กว่า ๑,๐๐๐,๐๐๐ กิโลเมตร กรมทางหลวงจัดสรรงบประมาณกระตุ้นเศรษฐกิจกว่า ๑,๕๐๐ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๙ ติดตั้งราวกันอันตรายทั่วประเทศ)

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

การจัดการภัยพิบัติเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ ๑ การขจัดความยากจนในทุกรูปแบบ ทุกที่ และเป้าหมายที่ ๑๓ การดำเนินมาตรการเร่งด่วนเพื่อรับมือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและผลกระทบตัวชี้วัดที่ ๑.๕.๑ จำนวนประชากรที่เสียชีวิตสูญหาย และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน

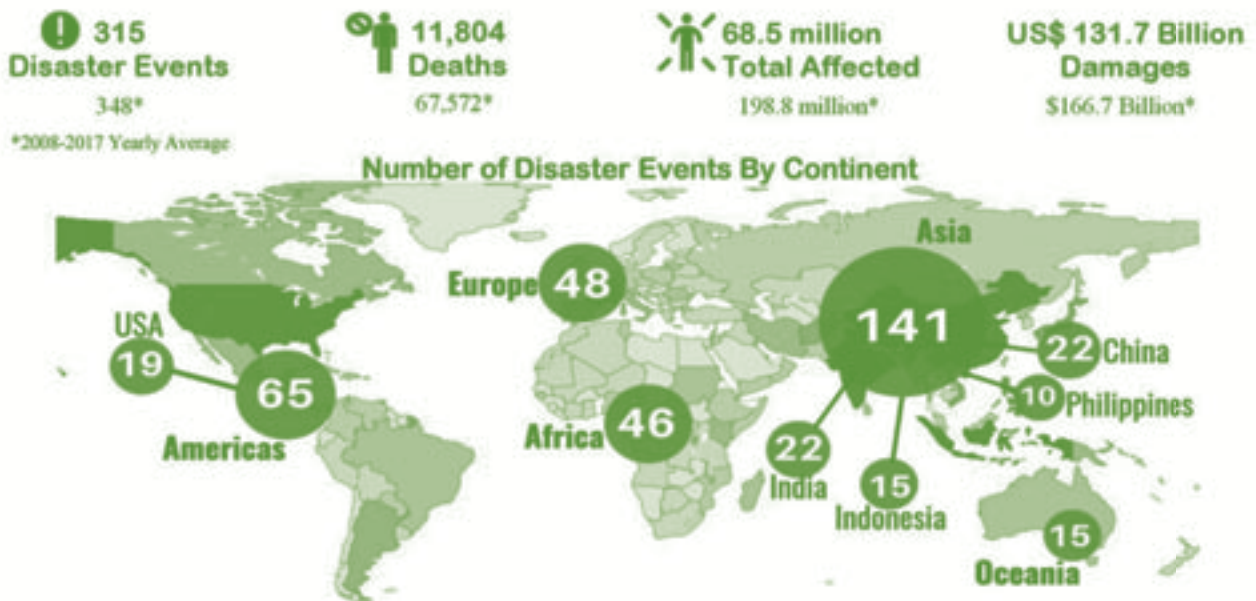
กว่าทศวรรษที่ผ่านมา ภาพรวมของการเกิดภัยพิบัติทั่วโลกมีแนวโน้มว่าจะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น โดยจากสถิติผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดจากภัยพิบัติ ในช่วงปี ค.ศ. ๒๐๐๘ - ๒๐๑๗ พบว่ามีมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจสูงถึง ๑.๖๕ ล้านล้านเหรียญสหรัฐ มีผู้ได้รับบาดเจ็บ ๑.๔ พันล้านคน และมีผู้เสียชีวิต ๖ แสนคน (UNDRR, 2018) (ดังภาพ ๑) ซึ่งเมื่อเทียบกับสถิติผลกระทบจากภัยพิบัติที่เกิดขึ้นในปี ๒๐๑๘ (ดังภาพ ๒) จะเห็นได้ว่า จำนวนครั้งของการเกิดภัยพิบัติและจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นจากปี ๒๐๑๗ (CRED, 2019)

The economic and human impacts of disasters 2008-2017



ภาพที่ ๑ ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากภัยพิบัติ ในช่วงปี ค.ศ. ๒๐๐๘ - ๒๐๑๗

ที่มา : United Nations Office for Disaster Risk Reduction, 2017



ภาพที่ ๒ ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดจากภัยพิบัติที่เกิดขึ้นในปี ค.ศ. ๒๐๑๘
 ที่มา : CRED (2019)

สำหรับสถานการณ์การเกิดภัยพิบัติในประเทศไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา พบว่า อุทกภัยและภัยแล้งยังคงเป็นภัยพิบัติที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดและสร้างความเสียหายต่อประเทศชาติมากที่สุด โดยจากรายงานสถิติการเกิดภัยพิบัติและตัวเลขความเสียหาย ของศูนย์อำนวยการบริหารศาสนาสาธารณกุศล กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๖๑ อุทกภัยส่งผลให้มีจำนวนผู้เสียชีวิต ๑,๗๒๗ คน มีผู้ได้รับผลกระทบมากกว่า ๕๕ ล้านคน และมีมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจกว่า ๕๐,๐๐๐ ล้านบาท และภัยแล้งที่เกิดขึ้นในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๖๐ ส่งผลให้มีผู้ได้รับผลกระทบมากกว่า ๑๐๐ ล้านคน สร้างความเสียหายต่อพื้นที่การเกษตรกว่า ๑๔ ล้านไร่ และมีมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจกว่า ๖,๐๐๐ ล้านบาท

มหาอุทกภัยที่เกิดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยประสบปัญหาจากน้ำท่วมครั้งใหญ่ที่สุดในรอบ ๗๐ ปี สาเหตุมาจากฝนที่ตกหนักเป็นบริเวณกว้างและสะสมต่อเนื่องตลอดทั้งฤดูฝนจากอิทธิพลของมรสุมและพายุ ส่งผลให้ตั้งแต่ ๑ มกราคมถึง ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ ไทยมีปริมาณฝนตกสะสมสูงกว่าค่าปกติ (เฉลี่ย ๓๐ ปี) ถึงร้อยละ ๒๘ ส่งผลให้ทางไหลของน้ำตามธรรมชาติที่มีอยู่ไม่สามารถรองรับได้ จึงเอ่อล้นเข้าท่วมพื้นที่การเกษตรและพื้นที่อุตสาหกรรม และสร้างความเสียหายเป็นวงกว้างครอบคลุมพื้นที่ภาคเหนือภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมทั้งสิ้น ๖๔ จังหวัด (ธนาคารแห่งประเทศไทย, ๒๕๕๔) สร้างความเสียหายทางเศรษฐกิจกว่า ๔๖.๕ พันล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ มีผู้เสียชีวิตกว่า ๘๐๐ คน และมีผู้ได้รับผลกระทบกว่า ๒.๕ ล้านคน (CFE-DM, 2018)

ภัยแล้งในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ ประเทศไทยประสบกับภัยแล้งที่เลวร้ายที่สุดในรอบหลายทศวรรษ และมีการปันส่วนน้ำเกือบหนึ่งในสามของประเทศเพื่อช่วยเหลือพื้นที่ที่ประสบภัย ส่งผลให้ปริมาณน้ำที่ใช้ประโยชน์ได้ในเขื่อนทั่วทั้งประเทศยกเว้นในฝั่งตะวันตกมีปริมาณต่ำกว่า ๑๐ เปอร์เซ็นต์ของความจุทั้งหมด ในขณะที่ช่วงฤดูแล้งของทุกปี นอกจากนี้เดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่ผ่านมา ประเทศไทยต้องเผชิญกับภัยแล้งจากปรากฏการณ์เอลนีโญ มีผลให้ปริมาณฝนน้อยลดต่ำกว่าค่าเฉลี่ยปกติและต่ำที่สุดในรอบ ๓๐ ปี (ไทยรัฐออนไลน์, ๒๕๖๒)

การเกิดแผ่นดินไหวขนาด ๖.๓ ริคเตอร์ บริเวณ ต.ดงมะดะ อ.แม่ลาว จ.เชียงราย ในวันที่ ๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยมีศูนย์กลางแผ่นดินไหวอยู่ที่ละติจูด ๑๙.๗๔๗๗ องศาเหนือ ลองจิจูด ๙๙.๖๙๑๙ องศาตะวันออก สันนิษฐานว่า เกิดจากการขยับตัวของรอยเลื่อนพะเยาส่วนเหนือ นับเป็นแผ่นดินไหวที่รุนแรงที่สุดในประวัติศาสตร์ของประเทศไทย (ธรณีไทย, ๒๕๕๗) ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต ๒ คน บ้านเรือนประชาชนได้รับความเสียหาย ๘,๙๕๓ หลังคาเรือน (ข่าวไทยพีบีเอส, ๒๕๖๐)

ในขณะที่พื้นที่ภาคเหนือต้องเผชิญกับปัญหาไฟป่าที่สร้างปัญหาหมอกควันที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้นจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้คน ในช่วงเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๑ ถึงเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ ที่ผ่านมา เกิดสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM 2.5) ปกคลุมพื้นที่หลายจังหวัดของประเทศไทย โดยบางจังหวัดของประเทศค่าเฉลี่ยของฝุ่นละอองที่ตรวจวัดได้สูงเป็นอันดับหนึ่งของโลก (BBC new, 2019) และพื้นที่ภาคใต้ของประเทศได้รับผลกระทบอย่างหนักจากพายุโซนร้อน “ปาบึก” ที่พัดถล่มจังหวัดชายฝั่งทะเล เมื่อวันที่ ๓ - ๕ มกราคม ๒๕๖๒ ส่งผลให้ภาคใต้มีฝนตกเป็นบริเวณกว้าง และมีฝนตกหนักถึงหนักมากในหลายพื้นที่ ทั้งยังส่งผลให้เกิดคลื่นพายุซัดฝั่งในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน ภาคตะวันออก และภาคกลางตอนล่างที่ติดชายฝั่งทะเล พื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากอิทธิพลของพายุลูกนี้ รวมทั้งสิ้น ๒๓ จังหวัด ๑๑๑ อำเภอ ๕๖๓ ตำบล ๓,๗๖๙ หมู่บ้าน มีผู้เสียชีวิต ๕ ราย บาดเจ็บ ๒ ราย ประชาชนได้รับความเดือดร้อน ๒๖๕,๑๓๒ ครัวเรือน มีผู้ได้รับผลกระทบ ๘๘๓,๕๗๒ คน บ้านเรือนเสียหายทั้งสิ้น ๔๐๕ หลัง และเสียหายบางส่วน ๕๓,๐๐๘ หลัง (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, ๒๕๖๒)

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้น ชี้ให้เห็นว่า ภัยพิบัติทางสิ่งแวดล้อมได้กลายเป็นภัยคุกคามและเป็นความเสี่ยงต่อการดำรงชีวิตอย่างปกติสุขของผู้คนในสังคม มีผลกระทบทั้งในชีวิตและทรัพย์สิน รวมถึงชี้ให้เห็นว่าการป้องกันภัยพิบัติที่ผ่านมายังไม่สามารถช่วยลดทอนความสูญเสียให้น้อยลงได้มากนัก ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นจากข้อจำกัดหลายประการ ทั้งเชิงโครงสร้างทางสังคมที่ซับซ้อน อุปสรรคในการทำงานร่วมกันในรูปภาคีเครือข่าย รวมถึงมุมมองและทัศนคติของประชาชนที่มีต่อประเด็นภัยพิบัติ ที่อาจจัดให้ความสำคัญในอันดับท้ายกว่าการจัดการชีวิตประจำวันให้รอดพ้นไปได้ ขาดการสร้างพื้นที่เชื่อมโยงการทำงานทางวิชาการร่วมกันทั้งจากนักวิชาการ นักพัฒนา และเจ้าหน้าที่ของรัฐ และยังขาดการนำเอามุมมองการรับรู้ ทัศนคติของประชาชนต่อประเด็นความเสี่ยงภัย ไปร่วมพิจารณาต่อการเตรียมการและบริหารจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติ

ประเทศไทยเริ่มนำแนวคิดการจัดการภัยพิบัติโดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Disaster Risk Management : CBDRM) คือ ๑) สร้างความตระหนักว่าชุมชนกำลังเผชิญกับภัยอะไร ๒) ให้เข้าใจว่าผลกระทบจากภัยสามารถคาดการณ์ได้ ๓) เกิดการควบคุมบริหารจัดการโดยองค์กรชุมชน ๔) ให้ชุมชนมีแผนเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติสำหรับชุมชน มาใช้ในการป้องกันแก้ไขปัญหามภัยพิบัติ รวมทั้งยังสอดคล้องกับกรอบการดำเนินงานเซนไดเพื่อลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๗๓ (Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015 - 2030)

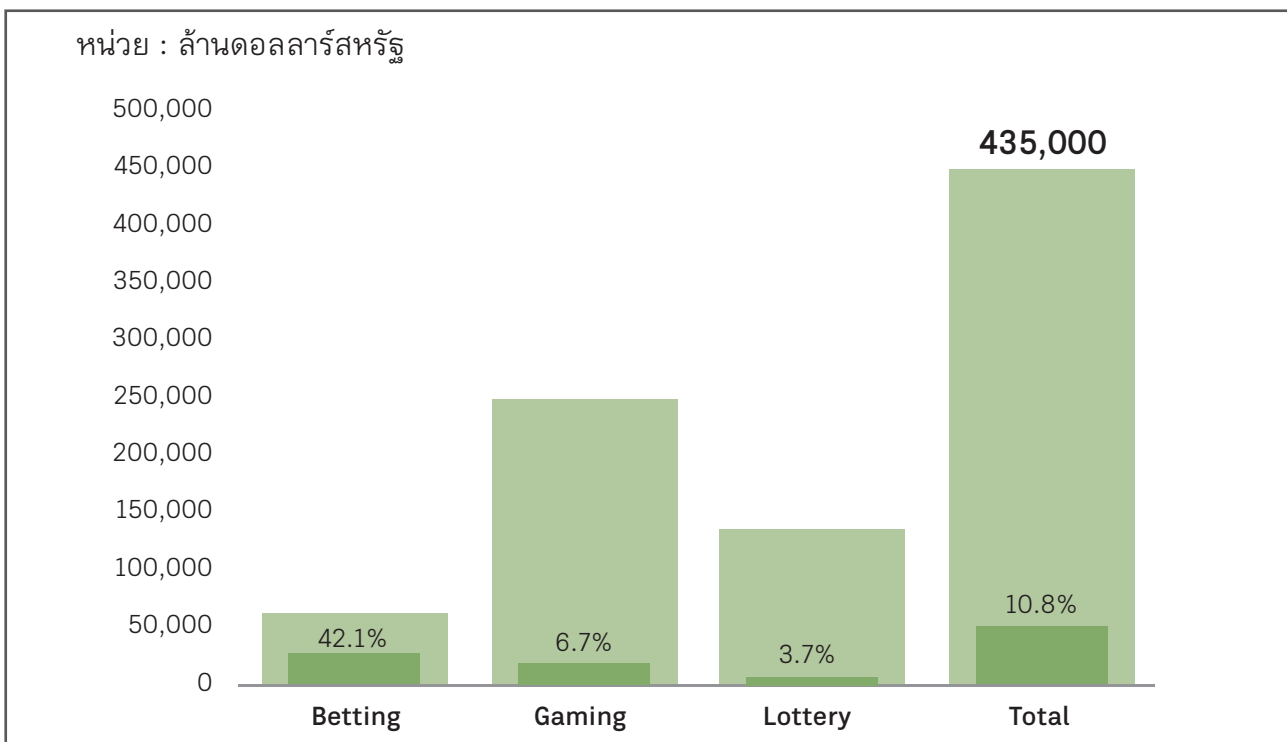
ตามที่คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ เพื่อให้ทุกหน่วยงานใช้แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นแผนแม่บท ในการจัดการสาธารณภัยของประเทศโดยเป็นกรอบและทิศทางในการปฏิบัติการด้านสาธารณภัยให้แก่ประเทศไทย ที่เป็นการนำแนวคิดการพัฒนาระบบป้องกัน การเตรียมความพร้อม และการสร้างภูมิคุ้มกันโดยพัฒนาภูมิความรู้และสร้างเสริมความเข้มแข็งระดับชุมชนในการเฝ้าระวังและรับมือกับสาธารณภัย การอยู่ร่วมกับธรรมชาติและการสร้างภูมิคุ้มกันด้านทานให้แก่ชุมชนตามแนวทาง “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” รวมทั้งการนำแนวคิดการลดความเสี่ยงจากสาธารณภัย เพื่อป้องกันตามหลักสากลคือ “รับรู้ ปรับตัว ฟื้นเร็ว อย่างยั่งยืน” สร้างเสริมความตระหนักในการลดความเสี่ยงตั้งแต่ก่อนเกิดภัย ขณะเกิดภัย และหลังเกิดภัย และกำกับการดำเนินการขับเคลื่อนให้เป็นไปตามกรอบพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. ๒๕๕๘ ที่มียุทธศาสตร์การดำเนินงานประกอบด้วย การมุ่งเน้นการลดความเสี่ยงจากสาธารณภัย การบูรณาการจัดการในภาวะฉุกเฉิน การเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน การส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศในการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัยเป็นแนวทางหลักในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายของแผน และนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย ซึ่งเป็นพื้นฐานของการพัฒนาที่ยั่งยืน

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

ประเภทการพนัน (Gambling) แบ่งออกเป็น ๓ กลุ่มใหญ่ ได้แก่ (๑) เกมพนัน (Gaming) ประกอบด้วยการเล่นไพ่หรือเกมพนันอื่นโดยใช้อุปกรณ์ในบ่อนหรือกาสิโน (gaming tables) และการเล่นเกมพนันด้วยเครื่องเล่นหรือสล็อตแมชชีน (gaming machines) (๒) การพนันทายผลการแข่งขัน (Betting) ประกอบด้วย การพนันที่มีอัตราจ่ายคงที่ (Bookmaking) และอัตราจ่ายผันแปรตามจำนวนเงินพนันรวม (Totalizator) (๓) สลากหรือลอตเตอรี่ (Lottery) เป็นการพนันเสี่ยงโชค ส่วนใหญ่เป็นการเสี่ยงโชคโดยออกผลรางวัลเป็นตัวเลข สมาคมสลากกินแบ่งโลก (World Lottery Association : WLA) จัดแบ่งการพนันสลากออกเป็น ๕ ประเภท ได้แก่ สลากกินแบ่ง (กำหนดอัตราเงินรางวัลคงที่แบบสลากกินแบ่งรัฐบาล) สลากลอตเตอรี่ สลากรู้ผลทันที สลากตัวเลข และสลากกีฬา (Toto) สำหรับการพนันออนไลน์ เป็นการพนันผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต ทั้งเกมพนัน การเดิมพัน และสลาก/ลอตเตอรี่

เมื่อพิจารณาแยกตามประเภทการพนัน พบว่า เกมพนัน (Gaming) เป็นตลาดการพนันที่ใหญ่ที่สุด ประกอบด้วย การพนันไพ่หรือเกมพนันอื่นในกาสิโน (gaming tables) ร้อยละ ๓๔.๔ การพนันเกม/เครื่องเล่น/สล็อตแมชชีน (gaming machines) ร้อยละ ๑๘.๙ และอื่นๆ เช่นบิงโก อีกร้อยละ ๒.๗ รวมกันทั้งหมดเท่ากับร้อยละ ๕๖ ของตลาดการพนันโลก หรือประมาณ ๒๔๓,๐๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ ลำดับถัดมาคือการพนันสลากหรือลอตเตอรี่ (Lottery) ร้อยละ ๓๐ หรือประมาณ ๑๓๐,๕๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ และการพนันทายผลการแข่งขัน (Betting) ร้อยละ ๑๔ หรือประมาณ ๖๐,๙๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ

เฉพาะการเล่นพนันผ่านช่องทางออนไลน์ ซึ่งมีมูลค่าประมาณ ๔๗,๐๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือร้อยละ ๑๐.๘ ของตลาดการพนันโลก พบว่า การพนันทายผลการแข่งขันเป็นตลาดที่มีการเล่นพนันผ่านช่องทางออนไลน์มากที่สุดทั้งในแง่สัดส่วนและปริมาณคือ ประมาณร้อยละ ๔๒.๑ ของตลาดการพนันทายผลการแข่งขัน หรือประมาณ ๒๕,๖๔๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ ขณะที่ตลาดเกมพนันมีสัดส่วนเล่นพนันผ่านช่องทางออนไลน์อยู่ที่ร้อยละ ๖.๗ หรือประมาณ ๑๖,๓๒๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ และตลาดพนันสลากหรือลอตเตอรี่มีสัดส่วนเล่นพนันผ่านช่องทางออนไลน์อยู่ที่ร้อยละ ๓.๗ หรือประมาณ ๔,๘๓๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ



สัดส่วนตลาดการพนันโลก แยกตามประเภทการพนัน

ที่มา : GBGC Global Gambling Report 13th edition 2018

สถานการณ์ พฤติกรรม และผลกระทบการพนันในประเทศไทย โดยการสำรวจประชากรที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ๒๕ จังหวัดทั่วประเทศ มีการเก็บข้อมูลช่วงวันที่ ๑๕ กันยายน ถึง ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๐ รวม ๗,๐๐๘ ตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ ร้อยละ ๗๕.๒ ระบุว่าเคยมีประสบการณ์เล่นการพนันอย่างใดอย่างหนึ่ง และเช่นเดียวกับผลสำรวจในปี ๒๕๕๘ เกิดครั้งเริ่มเล่นพนันครั้งแรกเมื่ออายุไม่เกิน ๒๐ ปี อายุต่ำสุดของการเริ่มเล่นพนันครั้งแรกอยู่ที่ ๗ ปี เหตุผลของกลุ่มที่เล่นพนัน ๕ อันดับแรก ได้แก่ ต้องการเสี่ยงโชค/อยากลอง อยากได้เงิน เพื่อความตื่นเต้น/เพลิดเพลิน เล่นตามคนใกล้ชิด และมีคนชักชวน ส่วนเหตุผลของกลุ่มที่ไม่เล่นพนัน ๕ อันดับแรก ได้แก่ ไม่ชอบเล่นพนัน เล่นไม่เป็น มองว่าเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย กลัวเสียเงิน และมองว่าเป็นอบายมุข

ในรอบ ๑๒ เดือนนับย้อนหลังจากวันสำรวจ พบว่า ปี ๒๕๖๐ มีผู้เล่นการพนันร้อยละ ๕๕.๖ หรือประมาณการเท่ากับประชากร ๒๘.๙๓ ล้านคน (สูงกว่าผลสำรวจปี ๒๕๕๘ ร้อยละ ๕๒.๔ หรือ ๒๗.๓๙ ล้านคน) ในจำนวนนี้มีผู้ที่เล่นพนันครั้งแรกในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ในที่นี้เรียกว่า “นักพนันหน้าใหม่” ๖๒๘,๘๐๑ คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (๓๗๔,๓๓๖ และ ๒๕๔,๔๖๕ คน ตามลำดับ) มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเยาวชน ประกอบด้วยกลุ่มที่มีอายุ ๑๕ - ๑๘ ปี ๙๕,๓๐๓ คน และอายุ ๑๙ - ๒๕ ปี ๒๘๖,๘๙๕ คน เมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนนักพนันกับประชากรของแต่ละภูมิภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนนักพนันสูงสุดอยู่ที่ร้อยละ ๕๘.๘ รองลงมาคือ กรุงเทพฯ-ปริมณฑล ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคกลาง ส่วนการจำแนกตามช่วงอายุ แม้พบว่านักพนันส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน แต่ก็น่ากังวลใจที่มีเยาวชนอายุ ๑๕ - ๒๕ ปี เล่นการพนันถึงร้อยละ ๓๖.๙ ของเยาวชนในช่วงอายุดังกล่าว หรือประมาณ ๓.๖๔๙ ล้านคน และมีนักพนันสูงวัย (อายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป) ประมาณ ๔.๐๙๘ ล้านคน

ประเภทการพนันที่เล่นในปี ๒๕๖๐ พบว่า การพนันยอดนิยม ๕ อันดับแรก ได้แก่ สลากกินแบ่งรัฐบาล หวยใต้ดิน ไพ่ พนันทายผลฟุตบอล และพนันพื้นบ้าน การเพิ่มปริมาณสลากในตลาดแบบก้าวกระโดดของสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล โดยใช้ระบบขายขาด นอกจากทำให้มีผู้เล่นพนันสลากกินแบ่งรัฐบาลเพิ่มขึ้นจาก ๑๙.๐๗ ล้านคนในปี ๒๕๕๘ เป็น ๒๑.๔๓ ล้านคนในปี ๒๕๖๐ ยังส่งผลให้การพนันสลากกินแบ่งรัฐบาลซึ่งเคยมีวงเงินพนันเป็นอันดับ ๓ ในปี ๒๕๕๘ (๗๗,๑๔๓ ล้านบาท) ก้าวขึ้นมามีวงเงินพนันหมุนเวียนมากเป็นอันดับ ๑ ที่ ๑๔๐,๕๔๙ ล้านบาทในปี ๒๕๖๐ (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๘๒.๒) แซงหน้าวงเงินหมุนเวียนของการพนันทายผลฟุตบอลและหวยใต้ดิน ซึ่งเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี ๒๕๕๘ ที่ร้อยละ ๒.๙ และ ๓.๒ ตามลำดับหรือเท่ากับ ๑๔๐,๐๑๖ และ ๑๓๕,๑๔๒ ล้านบาทตามลำดับในปี ๒๕๖๐

ประมาณการจำนวนประชากรที่เล่นการพนันและนักพนันหน้าใหม่ ปี ๒๕๖๐

ลำดับที่	ประเภทการพนันที่เล่น	ผู้เล่น (คน)	นักพนันหน้าใหม่ (คน)
๑	สลากกินแบ่งรัฐบาล	๒๑,๔๓๔,๑๐๔	๔๓๔,๔๘๔
๒	หวยใต้ดิน	๑๗,๓๒๔,๑๑๐	๒๗๕,๙๔๕
๓	ไพ่	๔,๑๑๘,๕๘๗	๑๔๐,๔๗๗
๔	พนันทายผลฟุตบอล	๒,๔๗๖,๖๑๒	๑๑๗,๓๐๑
๕	พนันพื้นบ้าน เช่น โกงขง วัวชน อื่นๆ	๑,๑๖๖,๓๔๘	๖๐,๙๙๔
๖	หวยหุ้น	๑,๐๙๔,๗๒๔	๓๖,๙๓๒
๗	ไฮโล/โปปิ่น/กำถั่ว/น้ำเต้าปูปลา	๑,๐๘๗,๔๓๔	๓๗,๒๑๐
๘	มวยหรือมวยตู้	๖๐๕,๒๑๓	๓๘,๐๖๐
๙	บิงโก	๔๗๗,๘๓๖	ก.ด.
๑๐	จับยี่กี/หวยปิงปอง/หวยอื่นๆ	๔๓๕,๐๖๒	๔๔,๘๕๔

หมายเหตุ : ต่ำสุด ๑ ประเภท/คน สูงสุด ๘ ประเภท/คน เฉลี่ย ๒ ประเภท/คน

เมื่อให้ผู้เล่นการพนันประเมินว่าตนเองติดพนันหรือไม่ พบว่า ในปี ๒๕๖๐ ผู้เล่นพนันมากถึงร้อยละ ๑๖.๖ หรือประมาณ ๔.๗๙ ล้านคน ลังเลใจว่าตนเองติดพนันหรือไม่ ขณะที่ผู้เล่นพนันมองว่าตนเองติดการพนันถึงร้อยละ ๑๖.๑ หรือประมาณ ๔.๖๖ ล้านคน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (๒.๕๙ และ ๒.๐๖ ล้านคน) เมื่อจำแนกตามอายุพบว่า กลุ่มใหญ่ที่สุดอยู่ในช่วงวัยทำงาน แต่กลุ่มอายุที่มองว่าตนเองติดพนันซึ่งต้องห่วงใยเป็นพิเศษคือ เยาวชนอายุ ๑๕ - ๑๘ ปีประมาณ ๙.๔ หมื่นคน และอายุ ๑๙ - ๒๕ ปีอีกประมาณ ๓.๑๑ แสนคน รวมถึงผู้สูงวัยอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปประมาณ ๖.๘๙ แสนคน

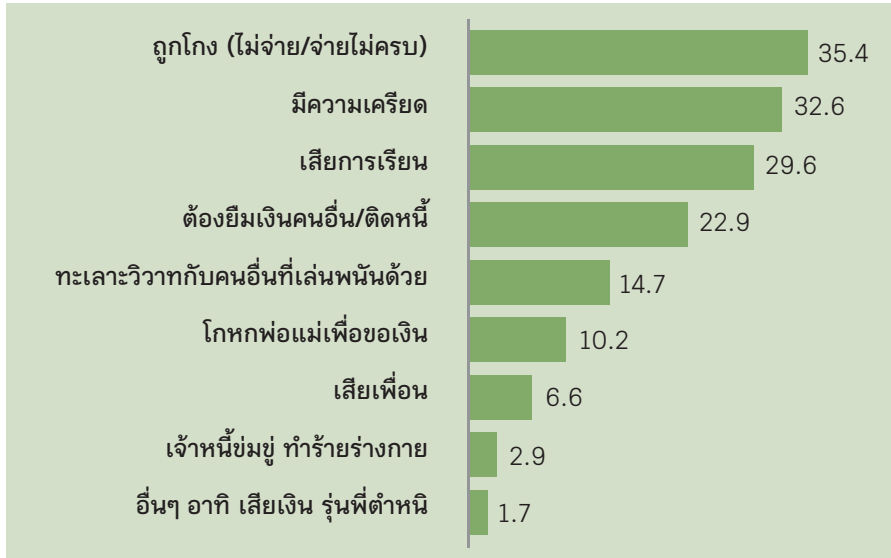
แม้ไม่อาจจะบ่งชี้ว่านักพนันที่มองว่าตนเองติดการพนันดังกล่าวเป็นโรคติดพนัน (Pathological Gambling) ตามนิยามทางการแพทย์ จนกว่าจะได้รับการตรวจสอบโดยจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาผู้เชี่ยวชาญ แต่อย่างน้อยที่สุดการประเมินว่าตนเองติดพนันก็สะท้อนว่าผู้เล่นพนันต้องประสบปัญหาจากการเล่นพนัน หรือ “สุขภาวะบกพร่อง” ดังจะเห็นได้จากผู้เล่นพนันร้อยละ ๒๐.๔ หรือประมาณ ๕.๙๐ ล้านคน ระบุว่าได้รับผลกระทบเชิงลบจากการเล่นพนันในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ที่พบมากที่สุดคือ ความเครียด ถัดมาได้แก่ ขาดเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน มีปากเสียงทะเลาะกับคนในครอบครัว เสียเวลาทำงานหรือการเรียน เป็นหนี้ สุขภาพเสื่อมโทรม ฯลฯ และกลุ่มที่ระบุว่า เป็นหนี้จากการเล่นพนันของตนเองมีถึงประมาณ ๙.๓๗ แสนคน มีหนี้พนันรวมกันสูงถึง ๑๒,๒๕๘ ล้านบาท หรือเฉลี่ย ๑๓,๑๘๘ บาทต่อคน

รายงานการสำรวจทัศนคติพฤติกรรมและผลกระทบจากการเล่นพนันในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ใน ๑๕ จังหวัดทั่วประเทศ เก็บข้อมูลช่วงวันที่ ๑๙ มกราคม ถึงวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ รวม ๓,๔๗๐ ตัวอย่าง พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ ๕๑.๘ เคยเสี่ยงโชคหรือเล่นพนันโดยใช้เงินเดิมพันในจำนวนนี้ประมาณ ๓ ใน ๔ เคยเสี่ยงโชคหรือเล่นพนันมากกว่า ๑ ประเภท (สูงสุด ๙ ประเภท เฉลี่ยที่คนละ ๓ ประเภท) อายุเริ่มเล่นพนันครั้งแรกต่ำสุดที่พบคือ ๖ ปี (เฉลี่ยที่ ๑๑ ปี) โดยเพศชายเริ่มเล่นพนันครั้งแรกจากการเล่นไพ่กินเงินมากที่สุด ส่วนเพศหญิงเริ่มต้นเล่นพนันครั้งแรกจากน้ำเต้าปูปลามากที่สุด

ด้านสภาพแวดล้อม นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ ๙๑.๘ มีบุคคลแวดล้อมเล่นพนัน ในจำนวนนี้ร้อยละ ๒๙.๑ ระบุว่ารู้สึกอยากเล่นพนันเมื่อเห็นผู้ใหญ่เล่นการพนัน ขณะที่ร้อยละ ๗๒.๑ เคยพบเห็นโฆษณาชวนพนันในสื่อออนไลน์ ในจำนวนนี้ร้อยละ ๑๔.๖ ระบุว่าเคยตามโฆษณาเหล่านั้นไปเล่นการพนัน เมื่อสอบถามถึงช่องทางออนไลน์ที่ทำให้พบเห็นโฆษณาเชิญชวนให้เล่นพนัน พบว่า เว็บไซต์เป็นช่องทางที่พบเห็นมากที่สุด อยู่ที่ร้อยละ ๗๗.๐ ถัดมาคือเฟซบุ๊ก ร้อยละ ๖๗.๙ ไลน์และยูทูปเท่ากันที่ร้อยละ ๒๔.๖ และสุดท้ายคือพริทิวีหรือดิจิทัลทีวี ร้อยละ ๑๑.๗

ด้านผลกระทบเชิงลบที่เกิดจากการพนัน พบว่าร้อยละ ๔๒.๐ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่เล่นการพนันใน ๑ เดือน เคยประสบปัญหาจากการเล่นพนัน ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ถูกโกง (ไม่จ่าย/จ่ายไม่ครบ) ร้อยละ ๓๕.๔ ถัดมาคือ มีความเครียด เสียการเรียน ต้องยืมเงินคนอื่น/ติดหนี้ ทะเลาะวิวาทกับคนที่เล่นพนันด้วยกัน โกหกพ่อแม่เพื่อขอเงิน เสียเพื่อน ถูกเจ้าหนี้ข่มขู่/ทำร้ายร่างกาย และอื่นๆ นอกจากนี้กลุ่มที่เล่นการพนันยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นขณะเล่นพนันคือ ร้อยละ ๔๖.๕ เคยดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ ๑๙.๘ เคยสูบบุหรี่

หน่วย : ร้อยละ



ผลกระทบด้านลบจากการเล่นพนันของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ใน ๑ เดือน

ที่มา : รายงานการสำรวจทัศนคติพฤติกรรมและผลกระทบจากการเล่นพนันในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ใน ๑๕ จังหวัดทั่วประเทศ

ด้านกฎหมายควบคุมเรื่องการพนันโดยภาพรวมคือ พ.ร.บ.การพนัน พ.ศ. ๒๔๗๘ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีนโยบายการกระทรวงมหาดไทย ยกเว้นการพนันสลากที่ขึ้นอยู่กับสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล ภายใต้กฎหมาย ๒ ฉบับ ได้แก่ พ.ร.บ.สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ. ๒๕๑๗ และ พ.ร.บ.สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยกฎหมายฉบับหลังมีสาระสำคัญที่น่าสนใจคือ

๑. คณะกรรมการสลากกินแบ่งรัฐบาล เพิ่มกรรมการโดยตำแหน่ง ๒ คน ได้แก่ ผู้แทนกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และผู้แทนกระทรวงยุติธรรม

๒. การออกประกาศกำหนดประเภทและรูปแบบสลากกินแบ่งรัฐบาลโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี ต้องจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและศึกษาผลกระทบทางสังคม เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาก่อนออกประกาศ รวมทั้งต้องให้ผู้ด้อยโอกาสและคนพิการเข้าถึงการเป็นตัวแทนจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล

๓. การจัดสรรเงินรายได้ใหม่ โดยเพิ่มค่าบริหารเป็นร้อยละไม่เกิน ๑๗ และเงินส่งเป็นรายได้แผ่นดินไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๓ ส่วนเงินรางวัลคงเดิมที่ร้อยละ ๖๐ สำหรับการจัดสรรเงินรางวัลไปสมทบเพื่อจ่ายเป็นเงินรางวัลในงวดถัดไป (รางวัลแจ็กพอต) ให้มีได้แต่ไม่เกินหนึ่งงวด ถ้าไม่มีผู้มีสิทธิเรียกร้องเงินรางวัลและไม่ได้นำไปสมทบเพื่อจ่ายเป็นเงินรางวัลในงวดถัดไปให้นำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน

๔. ผู้ขายสลากกินแบ่งรัฐบาลแก่บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์ ขายในสถานศึกษา เสนอขายหรือขายในราคาเกินกว่าที่กำหนด ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท

จุดเน้นของแผน

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

๑. ด้านการพัฒนานโยบาย และสร้างเป้าหมายร่วม

- ๑.๑ ผลักดันนโยบาย มาตรการ และสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายในประเด็นสำคัญ เช่น การจัดการความเร็ว, ศาลจราจร, พ.ร.บ.จราจรทางบก ฉบับปรับปรุงปี ๒๕๖๒ การสนับสนุนและประกาศให้ ๑๒ ตัวชี้หลักขององค์การอนามัยโลก ประกาศเป็นตัวชี้วัดที่ทุกหน่วยงานต้องรับผิดชอบร่วม เป็นต้น
- ๑.๒ สนับสนุนการขับเคลื่อนงานของ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) โดยเน้นขับเคลื่อนศปถ.อำเภอ ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ๒๘๓ อำเภอ ขับเคลื่อน “ระเบียบวาระอำเภอปลอดภัย” และสนับสนุนกลไกที่เกี่ยวข้องบูรณาการงานร่วมในพื้นที่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) การดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (District-Road Traffic Injury : D-RTI) ของกรมควบคุมโรค เป็นต้น
- ๑.๓ ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐ เป็นหน่วยงานต้นแบบในเรื่องความปลอดภัยทางถนน ส่งเสริมภาคเอกชนสร้างมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ดูแลความปลอดภัยในการใช้รถ-ถนนของบุคลากร) และส่งเสริมภาคเอกชนร่วมเป็นเจ้าภาพร่วมในการแก้ไขอุบัติเหตุในระดับพื้นที่ รวมถึงสนับสนุนหน่วยงานองค์กรระดับนานาชาติขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนนในไทย อาทิ สภาที่ปรึกษารัฐสภาเพื่อความปลอดภัยในการขนส่งประเทศสหราชอาณาจักร (Parliamentary Advisory Council for Transport Safety : PACTS)
- ๑.๔ สนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างทางวิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย โดยเน้นให้เกิด “สถาบันวิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนนแห่งชาติ” เป็นโครงสร้างทางนโยบายที่ยั่งยืน (Institutionalization)

๒. ด้านเครือข่ายภาคีภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

- ๒.๑ พัฒนาและขยายเครือข่ายภาคประชาชน เครือข่ายรณรงค์ สร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Influencer) ด้านความปลอดภัยทางถนนเพิ่มขึ้น เช่น เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุทางถนน เป็นต้น เพื่อเร่งสร้างความตระหนักรู้ของสังคม จากการสูญเสีย (ตาย/พิการ) ที่ส่งผลกระทบต่อภาพรวม “เศรษฐกิจ” และการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร รวมไปถึงการเฝ้าระวังข่าวปลอม (Fake News) ที่เกิดขึ้นนำเสนอข้อเท็จจริงต่อสังคม
- ๒.๒ ส่งเสริมวินัยจราจร และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้กับผู้ใช้รถใช้ถนน เน้นในกลุ่มเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยง เช่น กลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ (สวมหมวกนิรภัย, ความเร็ว, ดื่มแล้วขับ, ขับรถย้อนศร อื่นๆ) กลุ่มผู้ใช้รถยนต์ (ความเร็ว, ดื่มแล้วขับ, หลับใน, ใช้โทรศัพท์) และเน้นส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีและระบบดิจิทัลเข้ามาควบคุมกำกับพฤติกรรมผู้ขับขี่

๒.๓ สื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความตระหนักทุกช่องทาง (เน้นช่องทางออนไลน์ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย-กลุ่มวัย) ในประเด็นเสี่ยง (ความเร็ว, ตีมีแล้วขับ) กลุ่มเสี่ยง (ผู้ใช้รถจักรยานยนต์, กลุ่มวัยรุ่น) และพื้นที่เสี่ยง (อำเภอเสี่ยง ๒๘๓ อำเภอ) ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

๓. ด้านโครงสร้างและการบูรณาการระดับพื้นที่

๓.๑ ขยายจังหวัดต้นแบบถนนปลอดภัย โดยให้มีนโยบายจังหวัดที่ดำเนินการสร้างความปลอดภัยทางถนนอย่างเข้มข้น และมีการขับเคลื่อน ศปถ.จังหวัด/อำเภอ ให้ดำเนินการตลอดทั้งปี รวมถึงมีการออกนโยบายและตั้งเป้าหมายการทำงาน เช่น ตั้งเป้าหมายการลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุของจังหวัด, เป็นระเบียบวาระของจังหวัด/มีแผนปฏิบัติการ บรรจุในระเบียบวาระประชุมประจำเดือนของจังหวัด/อำเภอ เป็นต้น

๓.๒ สนับสนุนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับต่างๆ ให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะระดับอำเภอ เน้นขับเคลื่อน “ระเบียบวาระอำเภอปลอดภัย” และบูรณาการงานในระดับอำเภอ ร่วมกันระหว่างกลไก ศปถ.อำเภอ การดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (District-Road Traffic Injury : D-RTI) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) โดยมุ่งเป้าแก้ไขปัญหาหลักของพื้นที่ โดยเฉพาะเรื่องรถจักรยานยนต์ การสวมหมวกนิรภัย การขับรถเร็ว

๓.๓ เชื่อมประสานกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน ท้องถิ่น ในระดับอำเภอและพื้นที่มากขึ้น เพื่อสร้างมาตรการทางสังคม มาตรการองค์กร มาตรการชุมชน เพื่อลดอุบัติเหตุทางถนน โดยมุ่งเน้นมาตรการที่แก้ปัญหาอุบัติเหตุที่เกิดจากรถจักรยานยนต์ (ส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย) และ “ปัญหาหลักของพื้นที่”

๔. ด้านการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้อุบัติเหตุจราจร

๔.๑ พัฒนางานวิชาการ/วิจัย ที่มุ่งสู่การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ที่ทันสถานการณ์ โดยมุ่งเน้นศึกษาติดตามพฤติกรรมผู้ที่ไม่ประสบอุบัติเหตุเพื่อสร้างวัฒนธรรมใหม่ ศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยอุบัติเหตุในพื้นที่อำเภอเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูง ศึกษาวิจัยเชิงเศรษฐศาสตร์เพื่อปรับทิศทางนโยบายและการลงทุน รวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยีและดิจิทัลมาปรับใช้ในการทำงาน

๔.๒ ศึกษาและค้นหามาตรการสำคัญและต้นแบบที่ส่งผลต่อการลดอุบัติเหตุ เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอ นโยบายและขยายผลดำเนินการในพื้นที่ และจัดทำข้อมูลเพื่อติดตามข้อเสนอเชิงนโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อสะท้อนข้อมูลกลับไปยังหน่วยงานและสังคม

๔.๓ สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้เพื่อการสื่อสารสาธารณะ ในระดับหน่วยงาน องค์กร และ โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ ได้แก่ อำเภอ ท้องถิ่นและชุมชน เพิ่มขึ้นในทุกรูปแบบ รวมถึงขยายเครือข่ายนักวิชาการเพื่อพัฒนาเป็นนักขับเคลื่อนนโยบายและนักสื่อสารเชิงวิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

๑. เชื่อมเครือข่ายการทำงาน เน้นการจัดการเชิงระบบในระดับจังหวัด ที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างภาคประชาสังคมและท้องถิ่นกับหน่วยงานภาครัฐ ทั้งการเชื่อมโยงความรู้ การจัดการข้อมูล-สารสนเทศ ระบบการควบคุม-สั่งการ และสนับสนุนความรู้วิชาการให้กับกลไกเครือข่ายตามความจำเป็น
๒. เฝ้าระวังสถานการณ์ภัยพิบัติ ติดตาม ถอดรหัสการเกิดภัย เจาะลึกเชิงพื้นที่ วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง ศึกษาเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะป้องกันและแก้ไข
๓. ส่งเสริมการให้ความรู้ที่เหมาะสมด้านภัยพิบัติกับสาธารณะ ความรู้การเตรียมพร้อมและการป้องกันภัยภาคปฏิบัติกับประชาชน และหน่วยงานภาครัฐ ตลอดจนการสื่อสารนโยบายสาธารณะ

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

๑. ศึกษาสถานการณ์การพนันระดับจังหวัด การพนันที่ก่อผลกระทบสูง และการพัฒนาชุดการเรียนรู้เรื่องการพนัน
๒. สื่อสารณรงค์ เรื่องห้ามขายสลากแก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปีบริบูรณ์ ห้ามขายสลากในสถานศึกษา และพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังการพนันออนไลน์ การพนันอีสปอร์ต
๓. ขยายเครือข่ายและการมีส่วนร่วม โดยมุ่งสร้างและพัฒนาศักยภาพแกนนำกลุ่มเยาวชนและชุมชน

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

๑. ลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย

วัตถุประสงค์รอง

๒. สนับสนุนเป้าหมายการลดแนวโน้มการเกิดและการสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนของประชาชนไทย ของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน
๓. พัฒนาโครงสร้างการทำงานและการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่
๔. สนับสนุนการวิจัยและการจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุทางถนนที่จำเป็น
๕. รณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนนและขยายภาคีเครือข่ายร่วมสร้างความปลอดภัยทางถนนในทุกภาคส่วน
๖. สร้างความเข้มแข็งของท้องถิ่น ภาคประชาสังคม ในการเชื่อมประสานภาครัฐจัดการป้องกันและเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ
๗. พัฒนาเครือข่ายการทำงานเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาจากการการพนัน การสร้างภูมิคุ้มกัน และสภาพแวดล้อมปกป้องเด็กและเยาวชน และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่มีทิศทางไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๗๕)

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

๑. เกิดนโยบายสาธารณะใหม่ มาตรการ แนวปฏิบัติที่ส่งผลต่อการลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ผ่านกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับต่างๆ อย่างน้อย ๑ เรื่อง
๒. เกิดกระแสสังคมและความตื่นตัวของประชาชนในด้านความปลอดภัยจากอุบัติเหตุจราจรโดยครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ หรือ พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การขับเร็วเกินกำหนด การดื่มแล้วขับ ไม่สวมหมวกนิรภัย อย่างน้อย ๒ ประเด็น ซึ่งเป็นการประสานความร่วมมือจากสื่อมวลชนร่วมเผยแพร่ผ่านช่องทางต่างๆ
๓. เกิดจังหวัดที่มีกลไกการจัดการอุบัติเหตุทางถนนในระดับจังหวัด ลงสู่ระดับอำเภอ อย่างน้อย ๕ จังหวัด โดยมีจังหวัดที่ลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อย่างน้อย ๑ จังหวัด
๔. เกิดองค์ความรู้และการจัดการความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนที่จำเป็น ชุดความรู้ สรุปบทเรียน และรายงานผลการประเมินนโยบาย ข้อเสนอสำคัญ อย่างน้อย ๕ เรื่อง โดยมีการนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการสนับสนุนนโยบาย มาตรการ หรือสนับสนุนการปฏิบัติงานในระดับหน่วยงานและพื้นที่

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

๕. สังคมเกิดการรับรู้ถึงการป้องกันและเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ โดยเน้นให้กลุ่มเป้าหมายสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อการป้องกันและเตรียมความพร้อมเพื่อเกิดภัยได้ อย่างน้อย ๑ ประเด็น ผ่านการสื่อสารสาธารณะ

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

๖. สังคมเกิดการรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดจากการพนันที่ส่งผลกระทบต่อสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็ก เยาวชน และบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องตนเอง อย่างน้อย ๑ ประเด็น ผ่านการสื่อสารสาธารณะ

ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง (น้ำหนักร้อยละ ๒๕)

๗. บูรณาการการทำงานกับแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (แผน ๕) เพื่อมุ่งส่งเสริมหน่วยบริการในชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน ให้มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยจากอุบัติเหตุทางถนน อย่างน้อย ๓๐ หน่วยบริการ โดยสนับสนุนชุดความรู้ ข้อมูลทางวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ เชิงประเด็น หรือรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน (Model)
๘. สื่อสารให้กลุ่มเยาวชน เข้าถึงและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในประเด็นการความปลอดภัยจากอุบัติเหตุทางถนน และประเด็นการลดปัญหาจากการพนัน อย่างน้อย ๓,๐๐๐ คน

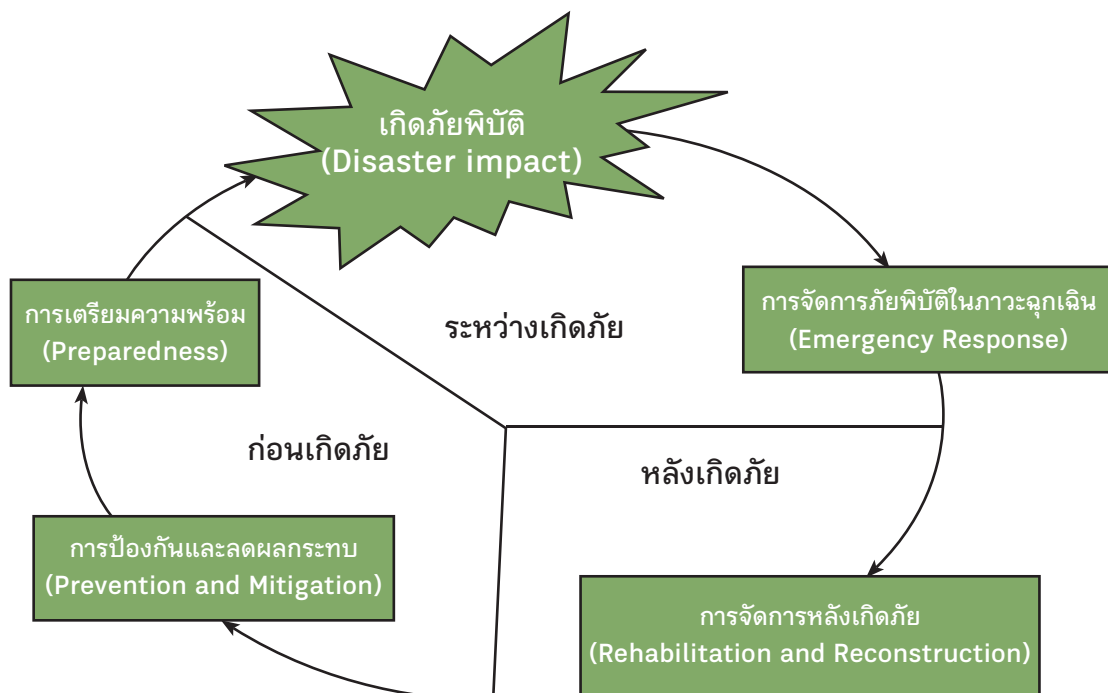
ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

ประสานการดำเนินงานทางวิชาการ การเคลื่อนย้ายคนและการพัฒนานโยบายให้เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยในด้านความปลอดภัยทางถนน มีการพัฒนาสมรรถนะขององค์กรและบุคลากรที่จำเป็น และการบูรณาการยุทธศาสตร์ทั้งด้านการบังคับใช้กฎหมาย (enforcement) การให้ข้อมูลความรู้ (education) วิศวกรรมจราจร (engineering) การจัดระบบบริการฉุกเฉิน (Emergency Medical Service : 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 (Prevention and Mitigation) ด้านการเตรียมความพร้อม (Preparedness) และรองรับการทำงานในช่วงระหว่างเกิดภัยและหลังเกิดภัย



ภาพแสดงวงจรการเกิดภัยพิบัติ (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, ๒๕๕๓)

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

ขับเคลื่อนดำเนินงานตามยุทธศาสตร์หลัก “สามสามพลัง” ประกอบด้วย พลังปัญญา พลังนโยบาย และพลังสังคม เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น พัฒนาให้เกิดระบบฐานข้อมูลสถิติด้านการควบคุมปัญหาการพนันระดับชาติมุ่งเน้นสร้างความตระหนักต่อสังคมด้านผลกระทบจากการพนันเพื่อสร้าง “ภูมิคุ้มกันให้กับภาคสังคม” เป็นเจ้าภาพหลักร่วมกันในการจัดระเบียบ นโยบาย มาตรการ และกลไกที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ เพื่อมุ่งสู่การลดปัญหาจากการพนันหลักที่ก่อผลกระทบสูงก่อนโดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชนเป็นสำคัญ

กลุ่มแผนงาน

แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ประกอบด้วย ๖ กลุ่มแผนงาน ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานการพัฒนานโยบายและสร้างเป้าหมายร่วม

- ๑.๑ สนับสนุนศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ดำเนินงานตามแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ ซึ่งดำเนินการด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายตามกรอบปฏิญญามอสโกคือ ลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงเหลือต่ำกว่า ๑๐ คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปี ๒๕๖๓ ภายใต้แนวทางการดำเนินงาน ๕ เสาหลัก ของแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน ได้แก่ (๑) โครงสร้างการจัดการความปลอดภัยทางถนนที่เข้มแข็ง และการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ (๒) ถนนและการสัญจรอย่างปลอดภัย (๓) ยานพาหนะปลอดภัย (๔) ผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย (๕) การตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนน รวมถึงสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (The Sustainable Development Goals : SDGs) ของรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับการลดอัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน
- ๑.๒ ผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ และแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน รวมถึงการสนับสนุนหน่วยปฏิบัติงาน ระดับกรม/กอง/สำนัก ให้ทำงานประจำต่อเนื่องให้มากยิ่งขึ้น และประสานความร่วมมือในการสนับสนุนการทำงานของตำรวจทั้งส่วนกลางและส่วนพื้นที่
- ๑.๓ ผลักดันและสนับสนุนให้การดำเนินงานตามทิศทาง “ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน” ของสหประชาชาติและกรอบแผนทศวรรษความปลอดภัยทางถนนของ ศปถ. เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ (๑) สนับสนุนกลไกการจัดการของ ศปถ. ทั้งในระดับชาติ จังหวัด อำเภอ และท้องถิ่น และคณะอนุกรรมการ ศปถ. ที่มีอยู่ ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควบคู่ไปกับการเชื่อมโยงบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (๒) สนับสนุนกลไกด้านระบบข้อมูลเพื่อการบริหาร (Management Information System : MIS) และการกำกับ ติดตาม และประเมินผล (Monitoring and Evaluation : M&E) ให้มีประสิทธิภาพ (๓) สนับสนุนและผลักดันให้เกิด “โครงสร้างการจัดการด้านวิชาการ” และกลไกด้านงบประมาณที่เหมาะสมกับการขับเคลื่อนการแก้ปัญหา ตลอดจนการนำผลการประเมินครั้งทศวรรษของแผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนมาพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานตาม ๕ เสาหลักข้างต้น

- ๑.๔ ร่วมผลักดันจุดคานงัดสำคัญทางนโยบายให้เกิดกระบวนการนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันแก้ไขปัญหาคอขวดเหตุจราจร รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย และกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนร่วมกัน และสร้างมาตรการเสริมการบังคับใช้กฎหมาย เช่น การกำหนดให้หน่วยงานต่างๆ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน มี “มาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน” เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ ดื่มไม่ขับ การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย ไม่ขับรถเร็วเกินกฎหมายกำหนด ส่งเสริมการคาดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น
- ๑.๕ สนับสนุนศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) ในการพัฒนาข้อเสนอนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อสูงจากฐานวิชาการเสนอในการประชุมสำคัญเพื่อให้ข้อเสนอได้รับการแก้ไข และการจัดเวทีวิชาการสาธารณะในเรื่องที่เป็นประเด็นตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงสนับสนุนภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคมให้สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายร่วมกับหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ๑.๖ ผลักดันนโยบายเจาะประเด็นเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เพื่อควบคุมความปลอดภัยทางถนนทั้งระบบ เช่น การจัดการความเร็ว ศาลจราจร พ.ร.บ.จราจรทางบก ฉบับปรับปรุงปี ๒๕๖๒ การสนับสนุนและประกาศให้ ๑๒ ตัวชี้วัดหลักขององค์การอนามัยโลก ประกาศเป็นตัวชี้วัดที่ทุกหน่วยงานต้องรับผิดชอบร่วม รถจักรยานยนต์ รถจักรยานยนต์ไฟฟ้า กำหนดรถที่ผลิตขายต้องมีความเร็วไม่เกินกำหนด การควบคุมการปรับแต่งความเร็วรถ ควบคุมคู่กับการลดพฤติกรรมเสี่ยง (ดื่มไม่ขับ สวมหมวกนิรภัย ขับขี่ความเร็วไม่เกินอัตราที่กฎหมายกำหนด) เป็นต้น มุ่งเน้นสนับสนุนหน่วยงานที่มีส่วนสำคัญให้ดำเนินการด้านการบังคับใช้กฎหมายในระดับปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ตำรวจวิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนนเพื่อนำไปกำหนดเป็นแนวทางและมาตรการในการบังคับใช้กฎหมาย และในด้านการเพิ่มมาตรฐานความปลอดภัยในรถสาธารณะ รถโรงเรียน และรถทัศนจร อาทิ สภาพรถ การคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้โดยสารสาธารณะ การติดตั้งกล้องติดรถยนต์เพื่อช่วยดูแลพฤติกรรมการขับขี่ร่วมกัน และใช้เทคโนโลยีเพื่อจำกัดความเร็วของรถโดยสาร ความชำนาญเส้นทางของคนขับ ด้านการปรับปรุงโครงสร้างถนนให้ปลอดภัย อาทิ การจัดการจุดเสี่ยง ให้มีเลนทางเท้าและทางจักรยาน รวมไปถึงการจัดหางบประมาณเพื่อสนับสนุนการตรวจวัดแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ทุกรายที่เกิดอุบัติเหตุทางถนน
- ๑.๗ ประสานความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก องค์กรระดับนานาชาติ และหน่วยงานภาคนโยบายในประเทศไทยที่หลากหลาย ได้แก่ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงคมนาคม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงอุตสาหกรรม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนและหน่วยงานอื่นๆ ในการเชื่อมประสานและพัฒนา ยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยทางถนนตามนโยบายทศวรรษความปลอดภัยทางถนนของสหประชาชาติ (ค.ศ. ๒๐๑๐ - ๒๐๒๐) และทำหน้าที่หลากหลายให้เกิดการขับเคลื่อนงาน

- ๑.๘ ขยายความร่วมมือให้มีการร่วมลงทุนเรื่องความปลอดภัยทางถนนจากภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดเจ้าภาพขับเคลื่อนงานที่หลากหลายขึ้น พร้อมร่วมสนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนนตามนโยบายภาครัฐ กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น สถานศึกษา สถานประกอบการ การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บริษัทประกันภัย เป็นต้น
- ๑.๙ สนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างการทำงานเรื่องความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย โดยเน้นให้เกิด “สถาบันวิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนนแห่งชาติ” เป็นโครงสร้างทางนโยบายที่ยั่งยืน (Institutionalization) และเพื่อให้มีหน่วยงานหลักที่มีภารกิจและบทบาทหน้าที่รับผิดชอบดูแลกำกับติดตามเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทางถนนของประเทศทั้งระบบ
- ๑.๑๐ สนับสนุนให้เกิดการใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลเข้ามาช่วยเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนให้เพิ่มมากขึ้น เช่น การใช้กล้องหน้ารถเพื่อควบคุมพฤติกรรมรถขับขี้อื่นๆ และทำให้สังคมเกิดการดูแลซึ่งกันและกันให้เกิดการขับขี่ที่ปลอดภัย การจัดการด้านการบูรณาการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่จังหวัด Smart City การใช้ข้อมูลจากกล้อง CCTV เพื่อบังคับใช้กฎหมายและสืบสวนสาเหตุอุบัติเหตุ การสร้าง MOJO หรือ Mobile Journalist ทั้งนี้เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีของโลก เป็นต้น

๒. กลุ่มแผนงานการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

สนับสนุนสำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ มูลนิธิเมาไม่ขับ ชมรมคนห่วงหัว เครือข่ายหมออนามัย เครือข่ายรถโดยสารปลอดภัย มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เครือข่ายอาชีวศึกษา เครือข่ายสื่อมวลชน และเครือข่ายภาคประชาชน ในการประสานงาน ขยายเครือข่าย และรณรงค์ประชาสัมพันธ์

- ๒.๑ รณรงค์สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย สื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้เกิดการรับรู้ สร้างจิตสำนึก ความปลอดภัย และเน้นสื่อสารให้ประชาชนและสังคมดูแลกันและกัน สร้างมาตรฐานของสังคมในเรื่องวินัยจราจร เน้นการไม่ยอมรับพฤติกรรมรถขับขี้อื่นๆ ที่ไม่ปลอดภัย และการสร้างค่านิยมความปลอดภัยในการลดอุบัติเหตุ และปรับเปลี่ยนการเลือกใช้รถโดยสารที่ปลอดภัย ทั้งรถจักรยานยนต์ รถโดยสารสาธารณะ รถตู้ รถนักเรียน รถทัศนอาจร หลีกเสี่ยงการนั่งท้ายกระบะ ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนให้มีความปลอดภัย โดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย การขับรถในความเร็วไม่เกินที่กฎหมายกำหนด การดื่มไม่ขับ การคาดเข็มขัดนิรภัยทุกที่นั่ง เป็นต้น รวมทั้งการสื่อสารข้อมูลและกรณีอุบัติเหตุทางถนนที่ส่งผลกระทบต่อความสนใจของสังคมและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะ ตลอดจนการรณรงค์เพื่อลดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเป้าหมายหลักที่เป็นเด็กและเยาวชน โดยให้ครอบครัวและสังคมมีบทบาทในการดูแลปกป้องลูกหลานให้ลดพฤติกรรมเสี่ยง และสนับสนุนการเสริมสร้างวินัยจราจรควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาเสริมการสื่อสารสาธารณะ เช่น การสื่อสารผ่าน Social Media กล้องติดตั้งกล้องติดรถยนต์ เป็นต้น

- ๒.๒ ส่งเสริมให้เกิดผู้นำความปลอดภัย และสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง (เด็กและเยาวชน) และมี “มาตรการทางสังคม” “มาตรการองค์กร” และ “มาตรการชุมชน” ที่เอื้อต่อการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน เช่น มาตรการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยของบุคลากร นักเรียน นักศึกษา เน้นกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ และสถาบันอาชีวศึกษา ในองค์กร มาตรการในการขับขี่รถของบุคลากรหน่วยงาน มาตรการชุมชนปลอดภัยอุบัติเหตุ เป็นต้น
- ๒.๓ ส่งเสริมการสร้างความตระหนักเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน และเน้นการปลูกฝังความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการพัฒนาให้เด็กและเยาวชนมีทักษะ (Executive Function : EF) เพื่อปลูกฝังความยับยั้งชั่งใจในเรื่องวินัยจราจรอันจะช่วยส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการขับขี่ที่ดี โดยเริ่มจากระดับปฐมวัย และสร้างโอกาสในการเชื่อมประสานผ่านกลไกของกระทรวงศึกษาธิการเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการจัดการเรียนรู้ในเรื่องความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบและยั่งยืน
- ๒.๔ ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ และมีการจัดการการสื่อสารสาธารณะในเชิงยุทธศาสตร์ ทั้งด้านเนื้อหา รูปแบบ ช่องทางสื่อสาร สื่อสารมวลชนต่างๆ อาทิ การมีแผนยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสารความปลอดภัยทางถนน มีการพัฒนาความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนให้กับสื่อมวลชน ส่งเสริมให้เกิด “แกนนำและสื่อต้นแบบ” และ “เครือข่ายสื่อ” ที่ทำงานด้านอุบัติเหตุทางถนน เพิ่มการแปลงสารในเรื่องความปลอดภัยให้หลากหลาย สะดวกในการเข้าถึงและเข้าใจง่าย ผ่านช่องทางต่างๆ รวมทั้งสื่อออนไลน์ มีการนำเสนอและการเกาะติดในกรณีเหตุการณ์สำคัญส่งผลกระทบต่อความสนใจของสังคม และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านความปลอดภัยที่เหมาะสม และมีการนำเสนอข่าวสารด้านความปลอดภัยทางถนนในเชิงการสืบสวนสาเหตุอุบัติเหตุ นำไปสู่การแก้ไขปัญหของภาคนโยบายและหน่วยงานที่รับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ
- ๒.๕ สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ หนุนเสริมท้องถิ่นชุมชนเข้ามาจัดระบบเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างยั่งยืน ขยายจำนวนภาคีเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และพัฒนาศักยภาพภาคีภาคประชาสังคมในการดำเนินงาน ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานองค์กร ภาครัฐกิจ มูลนิธิ ภาคประชาสังคม และสื่อมวลชนทุกแขนงให้เข้ามามีบทบาท และมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนเพิ่มมากขึ้น และมุ่งเน้นการสร้างและขยายความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เสริมสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ท้องถิ่นเห็นความสำคัญและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการเข้ามาร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหาคอุบัติเหตุทางถนนและใช้งบประมาณของท้องถิ่นในการแก้ไขต่อไป



- ๒.๖ ขยายความร่วมมือกับภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น ชุมชน เช่น สมาอุตสาหกรรม สมาหอการค้า แห่งประเทศไทย การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สมาคมผู้ประกอบการรถจักรยานยนต์ หอการค้าจังหวัด บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด บริษัทประกันภัย บริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน) บริษัทเครือซิเมนต์ไทย เป็นต้น ให้ร่วมลงทุนในการจัดระบบเฝ้าระวังป้องกัน อุบัติเหตุทางถนนมากยิ่งขึ้น โดยใช้โอกาสการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมในการขยาย การทำงานร่วมกับภาคเอกชน
- ๒.๗ พัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังระดับพื้นที่ (Road Safety Watch) เพื่อให้เป็นผู้นำในการให้ความรู้ และสื่อสารกับประชาชนในพื้นที่ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก เพื่อทำให้ประชาชน เกิดพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนที่ปลอดภัย และร่วมกันทำให้คนไทยมีวัฒนธรรมความปลอดภัย ในการใช้รถใช้ถนน โดยการเชื่อมประสานระหว่างเครือข่ายวิชาการในระดับภูมิภาคหรือจังหวัด (เครือข่าย สจร. เครือข่ายมหาวิทยาลัยในภูมิภาค) กับ เครือข่ายสื่อมวลชนภูมิภาค และ เครือข่ายภาคประชาชนต่างๆ
- ๒.๘ เชื่อมประสานการขยายผลต่อยอดการทำงาน ผ่านแผนที่เกี่ยวข้องของ สสส. อาทิจ เพื่อมุ่ง ส่งเสริมหน่วยบริการในชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน ให้มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริม ความปลอดภัยจากอุบัติเหตุทางถนน ผ่านแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ ขยายจำนวน สถาบันการศึกษาที่ดำเนินมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ต้นแบบด้านความปลอดภัยทางถนน ผ่านแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว และ แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ ร่วมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกการจัดการ ความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอและ อปท. ผ่านแผนสุขภาวะชุมชน

๓. กลุ่มแผนงานการพัฒนาโครงสร้างและการบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่

- ๓.๑ สนับสนุนการวางแผนงานอย่างมีส่วนร่วม และการบูรณาการการดำเนินงานทุกภาคส่วน ทั้งราชการ ท้องถิ่น เอกชน และชุมชน ในการป้องกันและลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในระดับ จังหวัด และขยายออกไปทั้งระดับอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเน้นการสนับสนุน จังหวัดที่มีการยกระดับการพัฒนาการลดอุบัติเหตุทางถนนทั้งจังหวัด และสร้างนวัตกรรม การป้องกันอุบัติเหตุทางถนนและสนับสนุนสัมฤทธิ์ผลของการทำงานเพื่อลดปัญหาในพื้นที่ กำกับติดตามผลระดับจังหวัด และสะท้อนผลการติดตามเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ๓.๒ สนับสนุนกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับต่างๆ ให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะระดับ อำเภอและพื้นที่ พร้อมขยายต้นแบบกลไกการจัดการระดับอำเภอและพื้นที่ เช่น ศปถ.อำเภอ, ศปถ.อปท., การทำงานระดับอำเภอของ สธ. ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอ (พชอ.) และการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (District-Road Traffic Injury : D-RTI) เป็นต้น

- ๓.๓ ส่งเสริมผลักดันให้เกิดการสร้างและพัฒนาข้อเสนอนโยบายและข้อปฏิบัติ ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่ เสนอให้หน่วยงานที่รับผิดชอบแก้ไขปัญหา และรวบรวมเป็น ข้อเสนอมายังส่วนกลางเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ และกระตุ้นให้หน่วยงาน ที่มีหน้าที่หลักเกิดการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ เช่น ผลักดัน ให้ระเบียบวาระเรื่องความปลอดภัยทางถนนได้รับการบรรจุเป็นระเบียบวาระการประชุม ประจำของจังหวัด เป็นต้น
- ๓.๔ ส่งเสริมให้มีผู้เชื่อมประสาน (change agent) ด้านความปลอดภัยในระดับต่างๆ ที่มีศักยภาพ ที่เหมาะสมกับการขับเคลื่อนงานเพื่อกระตุ้นจัดการความรู้และเชื่อมโยงการทำงานของเครือข่าย ให้เสริมพลังซึ่งกันและกัน และขยายผลการดำเนินงาน รวมทั้งยกระดับการขับเคลื่อนไปสู่ แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่
- ๓.๕ สนับสนุนคณะทำงานวิชาการ ที่ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา กำกับดูแลทางด้านวิชาการแก่จังหวัด และพื้นที่ รวมทั้งการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาอุบัติเหตุ เพื่อขยายผลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จสู่พื้นที่อื่น รวมทั้งประมวลผล ชุดความรู้ที่สำคัญจัดทำเป็นข้อเสนอ เผยแพร่ผ่านช่องทางสื่อต่างๆ และเพื่อให้เกิดพลัง ในการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ ตลอดจนระดับจังหวัดและพื้นที่
- ๓.๖ เชื่อมประสานเครือข่ายเฝ้าระวัง (Road Safety Watch) ในระดับพื้นที่ ระหว่างนักวิชาการ ในระดับภูมิภาคหรือจังหวัดของ สอจร. กับ เครือข่ายสื่อภูมิภาค ให้เป็นผู้นำความรู้และสื่อสาร กับประชาชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมสร้างความปลอดภัยทางถนน
- ๓.๗ ผลักดันให้เกิดต้นแบบความปลอดภัยทางถนนในระดับจังหวัด/พื้นที่ โดยสานพลังเชื่อมกับ ภาควิชาการทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน ท้องถิ่น เพื่อสร้างมาตรการทางสังคม มาตรการ องค์กร และมาตรการชุมชน ด้านความปลอดภัยทางถนนในองค์กร หน่วยงาน ท้องถิ่นต่างๆ ทั่วประเทศ
- ๓.๘ สนับสนุนการป้องกันและลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนน โดยเน้นการพัฒนาให้เกิดกลไก การจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ระดับองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและชุมชน (ศปถ.อปท.) โดยผลักดันให้อำเภอและท้องถิ่นเห็นความสำคัญ เรื่องความปลอดภัยทางถนน และสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ด้วยตนเอง พร้อมกับ มีมาตรการของท้องถิ่นและชุมชน
- ๓.๙ ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการใช้ข้อมูล “สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัด (Ranking)” เพื่อกำกับติดตามการทำงานในระดับจังหวัดและพื้นที่ เพื่อเป้าหมายการลด การเกิดอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดและพื้นที่ ตลอดจนการติดตามประเมินโดยให้ข้อมูล ย้อนกลับ (feedback loop) ผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด และผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในจังหวัด เพื่อทำให้เกิดการสั่งการแก้ไขปัญหาต่อไป



๔. กลุ่มแผนงานการพัฒนาาระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร

- ๔.๑ สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่เป็นต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย และสร้างงานวิจัยที่สำคัญตามความจำเป็นของสถานการณ์ การวิจัยเพื่อประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อความปลอดภัยทางถนน การวิเคราะห์ต้นทุนและความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนแยกตามประเภทรถ เป็นต้น
- ๔.๒ สนับสนุนการศึกษาวิจัยเชิงลึกเพื่อค้นหาแนวทางในการทำงานเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายการลดอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนได้มากยิ่งขึ้น เช่น ศึกษาพลวัตทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนน ศึกษาถึงเหตุผลสำคัญที่ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตภาพรวมยังไม่ลดลง ค้นหาข้ออธิบายและสาเหตุเชิงลึกที่ละเอียดยิ่งขึ้น ถึงมาตรการที่ทุกหน่วยงานลงทุนในช่วงเทศกาลเต็มทีแต่อัตราการตายจากอุบัติเหตุยังคงที่ การศึกษาและค้นหาทริคเกอร์ป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางถนนที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่/ภูมิภาค/วัฒนธรรม รวมไปถึงการศึกษาเพื่อเตรียมพร้อมสู่สังคมสูงวัย เป็นต้น
- ๔.๓ พัฒนาระบบข้อมูลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงหลักของผู้ใช้รถใช้ถนนระดับจังหวัดที่มีความต่อเนื่องและครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศอย่างเป็นระบบ รวมถึงการจัดทำรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยเป็นประจำทุกปี ตลอดจนการยกระดับการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนให้ครอบคลุมถึงปัจจัยสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ๔.๔ ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากข้อมูลและองค์ความรู้ในการวางแผนพัฒนายุทธศาสตร์และดำเนินมาตรการแก้ไขปัญหาคู่อุบัติเหตุจราจรทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม รวมถึงพัฒนาระบบการนำเสนอข้อมูลความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะให้มีประสิทธิภาพ เช่น ข้อเสนอเชิงนโยบาย จัดทำเอกสารประกอบการประชุมวิชาการ พัฒนาเว็บไซต์ และการจัดเวทีร่วมกับสื่อมวลชน เป็นต้น
- ๔.๕ สนับสนุนและผลักดันให้เกิดกลไกการจัดการติดตามกำกับ ประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาระบบข้อมูลติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการตลอดทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนโดยเฉพาะในประเด็นหลัก การติดตามประสิทธิผลของมาตรการหลักต่างๆ พร้อมกับสนับสนุนให้มีกลไกติดตามภาควิชาการและภาคประชาชน ในการเกาะติดและสะท้อนปัญหาให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงสะท้อนกลับให้กับสังคมและสาธารณะได้รับรู้ เช่น แขนงนำนักวิชาการด้านความปลอดภัยทางถนนเชิงประเด็น ได้แก่ เครือข่าย Road Safety Watch เครือข่ายเฝ้าระวังรถโดยสารสาธารณะปลอดภัย เป็นต้น
- ๔.๖ สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้และพัฒนาชุดความรู้ แปลงองค์ความรู้ให้เป็นคู่มือและเครื่องมือ (Tool Kits) ที่พร้อมนำไปปฏิบัติตามและขยายผล รวมไปถึงเพื่อการสื่อสารสาธารณะ โดยมุ่งเน้นการสร้างและรวบรวมองค์ความรู้และข้อมูลจากที่ต่างๆ จัดทำเป็นฐานข้อมูลด้านอุบัติเหตุทางถนนแปลงเป็นข่าวสารและสื่อสารไปในช่องทางที่เหมาะสมโดยเพิ่มโอกาสและช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ให้สอดคล้องกับการใช้ประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมายทั้งระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติ สื่อมวลชน และภาคประชาสังคม

- ๔.๗ พัฒนานักวิชาการเชิงประเด็น ประสานเครือข่ายวิชาการ พัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนทั้งในระดับประเทศ ระดับภาค และพื้นที่ ในการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อขับเคลื่อนการแก้ปัญหาในประเด็นสำคัญ และไปถึงการสร้างและพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญเชิงประเด็น ใหม่ๆเพิ่มมากขึ้น ที่จะสามารถเข้ามาช่วยเกะติดเรื่องความปลอดภัยทางถนนและพร้อมเป็นเครือข่ายสนับสนุนทางวิชาการให้กับภาคีเครือข่ายได้ทั่วประเทศ
- ๔.๘ สนับสนุนให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนงานวิชาการในระดับพื้นที่ ที่สอดคล้องกับความต้องการ และปัญหาของพื้นที่ เพื่อให้การแก้ไขปัญหาบนฐานวิชาการ ผสานด้วยการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยมุ่งเน้นจุดจัดการในระดับอำเภอ ท้องถิ่น และกลไกในระดับหน่วยงานองค์กร
- ๔.๙ จัดประชุมวิชาการเรื่องความปลอดภัยทางถนนระดับชาติ เป็นประจำทุกสองปี โดยสร้างความร่วมมือ และความเป็นเจ้าของร่วมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

๕. กลุ่มแผนงานการจัดการภัยพิบัติ

- ๕.๑ สร้างองค์ความรู้ทางวิชาการด้านการบริหารจัดการภัยพิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ การพัฒนางานวิจัยเพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อตอบสนองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (The Sustainable Development Goals : SDGs) และการนำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในมิติต่างๆ ตั้งแต่การป้องกันหรือลดผลกระทบ การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ การตอบสนองเมื่อเกิดภัยและการฟื้นฟูหลังประสบภัยพิบัติ และการสกัดความรู้ทางวิชาการด้านการบริหารจัดการภัยพิบัติ รวมถึงประเด็นภัยจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ทั้งจากเครือข่ายและการทำงานในพื้นที่และจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นด้านการนำไปใช้ประโยชน์ เช่น การจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์เผยแพร่ความรู้เรื่องภัยพิบัติสู่เครือข่าย/ชุมชน มาตรการของชุมชนท้องถิ่นในการป้องกันแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำ
- ๕.๒ สนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งศูนย์นวัตกรรมจัดการภัยพิบัติ ที่สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเป็นกลไกกลางในการเชื่อมร้อยภาคีเครือข่ายทำงานด้านวิชาการ การศึกษาวิจัย สำคัญๆ ในการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน ให้สามารถป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention and Mitigation) และเตรียมความพร้อม (Preparedness) เพื่อรองรับการทำงาน ในช่วงระหว่างเกิดภัยและหลังเกิดภัย ตลอดจนการนำสู่การพัฒนา นโยบายการจัดการภัยพิบัติ ที่เหมาะสมกับบริบทปัจจุบัน
- ๕.๓ สนับสนุนการสร้างเครือข่ายพื้นที่นำร่อง/ต้นแบบที่มีการจัดการเชิงระบบในระดับจังหวัด โดยเสริมสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับภาคประชาสังคมและท้องถิ่น ในการรับมือภัยพิบัติอย่างเป็นรูปธรรมโดยมีชุมชนและเครือข่ายเป็นแกนหลัก ซึ่งมีแผนป้องกันการเกิดภัย แผนเตรียมความพร้อมรับมือภัย และแผนการฟื้นฟูหลังประสบภัย และเกิดบทเรียนภาคปฏิบัติระดับชุมชนสำหรับการประยุกต์ใช้ในการรับมือภัยพิบัติครั้งต่อไป และสามารถนำไปเผยแพร่ให้ชุมชนอื่นปฏิบัติต่อไปได้ รวมถึงการขยายประเด็นการทำงาน ให้ครอบคลุมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำ



- ๕.๔ สร้างเครือข่ายความร่วมมือทางด้านวิชาการกับผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารจัดการภัยพิบัติ ในหน่วยงานต่างๆ ทั้งจากภาคสังคม ภาควิชาการ และภาคนโยบาย ทั้งในและต่างประเทศ เช่น กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย มหาวิทยาลัยต่างๆ ตลอดจน Asian Disaster Preparedness Center (ADPC) และองค์การอนามัยโลก (WHO)
- ๕.๕ สนับสนุนการสร้างเครือข่ายองค์กรสาธารณประโยชน์ นักวิชาการ ภาคประชาชน และเครือข่าย อาสาสมัคร/จิตอาสา ให้มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างกระบวนการจัดการภัยพิบัติของประเทศ ให้มีประสิทธิภาพพร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการรับมือกับภัยพิบัติ การช่วยเหลือฟื้นฟูพื้นที่ประสบภัย และการเชื่อมโยงการทำงานกับภาครัฐ
- ๕.๖ สร้างความตระหนักรู้เรื่องการเฝ้าระวังภัยพิบัติ การช่วยเหลือตนเองและบุคคลใกล้เคียงเบื้องต้น อย่างมีสติในการรับมือสถานการณ์ภัยพิบัติรูปแบบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในประเทศไทย รวมถึง การสร้างความตระหนักต่อปัญหาเด็กจมน้ำ และแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการจมน้ำในเด็ก

๖. กลุ่มแผนงานด้านการลดปัญหาจากการพนัน

การพัฒนาเครือข่ายการทำงานเพื่อสนับสนุนการสร้างความตระหนักต่อปัญหาผลกระทบจากการพนัน การปกป้องเด็กและเยาวชน และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่มีทิศทางไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน โดย

- ๖.๑ การพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อสนับสนุนในเกิดการเรียนรู้แบบเท่ากันและตระหนักถึงปัญหาการพนัน โดยเสริมความเข้มแข็งให้กลไกการจัดการในการประสาน การดำเนินงานด้านวิชาการ เพื่อมุ่งเน้นการดำเนินการดังนี้
- (๑) สร้างความรู้ โดยการสนับสนุนทุนวิจัย ๔ มิติ ได้แก่ อุปสงค์ อุปทาน ผลกระทบ และมาตรการทางกฎหมาย โดยเน้นองค์ความรู้ที่ยังมีข้อมูลน้อย อาทิ การศึกษาสถานการณ์ การพนันและตัวชี้วัดระดับจังหวัด การศึกษาพลวัตการพนันบริเวณพื้นที่ชายแดน การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอุตสาหกรรมกีฬากับการพนัน การศึกษาวิจัยเชิงลึก เฉพาะกลุ่มเป้าหมายสำคัญ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแรงงาน กลุ่มเด็กและเยาวชน ตลอดจนการศึกษาเชิงลึกเฉพาะประเภทการพนัน ได้แก่ การพนันในบุญประเพณี การพนันออนไลน์ การพนันกับกีฬา
 - (๒) การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายนักวิจัย/นักวิชาการ ภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านการลดผลกระทบจากการพนัน โดยการพยายามสร้างความเชื่อมโยงกับสถาบันการศึกษา/องค์กรภาคต่างๆ ตั้งแต่ นักวิชาการสาขาวิชาต่างๆ ในมหาวิทยาลัย จนถึง การวิจัย ในระดับชุมชน และการมีปฏิบัติการต่างๆ เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสานสัมพันธ์ ระหว่างนักวิจัย/นักวิชาการและภาคีเครือข่าย รวมถึงการนำเสนอผลงาน/แลกเปลี่ยน เรียนรู้งานทั้งในประเทศและต่างประเทศ
 - (๓) การเผยแพร่ความรู้ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายด้านการลดผลกระทบจากการพนันได้แก่การจัดทำเว็บไซต์ “www.gamblingstudy-th.org” การสื่อสาร ผ่าน social network ที่เฟซบุ๊ก “ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน” การจัดทำจุลสาร “ทันเกม” และเอกสารเผยแพร่หลากหลายรูปแบบการจัดประชุมวิชาการ/สัมมนา เพื่อเผยแพร่ ผลงานวิจัยต่อสาธารณะและการเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อสารมวลชน

- ๖.๒ การพัฒนาเครือข่ายเพื่อการรณรงค์และสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่มีทิศทางไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน มีหน่วยงานทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพร่วมในการจัดระเบียบ มีนโยบาย มาตรการ และกลไกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อมุ่งสู่การลดผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและเยาวชน โดยเสริมความเข้มแข็งให้กับกลไกการจัดการในการประสานการดำเนินงานด้านการเคลื่อนสังคมและการพัฒนานโยบาย เพื่อมุ่งเน้นการดำเนินการดังนี้
- (๑) รณรงค์สร้างกระแสสังคมเพื่อกระตุ้นให้เกิดการตระหนักของสังคมถึงปัญหาจากการพนัน ผลกระทบที่เกิดขึ้น การเห็นความสำคัญของการร่วมลดปัญหาการพนันในสังคมไทย และการรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมที่ส่งเสริมการพนัน การพลิกมุมมองใหม่ในการแก้ปัญหาการเล่นพนันจนเกิดผลเสีย (Harmful use) รวมถึงการเชื่อมประสานการทำงานกับกองทุนสลากเพื่อพัฒนาสังคมในการร่วมสนับสนุนทุนดำเนินการ
 - (๒) ขยายและเสริมศักยภาพภาคีเครือข่ายในการทำงาน รวมถึงการขยายแนวร่วมและพัฒนาศักยภาพหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเครือข่ายสื่อสาธารณะ เพื่อสนับสนุนนโยบาย มาตรการต่างๆ เพื่อให้เกิดการควบคุมทางด้านอุปทาน การลดอุปสงค์ และการลดผลกระทบของการพนัน ตลอดจนการสนับสนุนให้เกิดกลไกการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาจากการพนันในระดับชาติ
 - (๓) พัฒนาให้เกิดกลไกการเฝ้าระวังทั้งด้านนโยบายสาธารณะที่อาจส่งผลกระทบต่อการเพิ่มพื้นที่การพนัน การเล่นพนันที่ก่อให้เกิดหนี้สิน และด้านการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการสร้างกลไกป้องกันแก้ไขปัญหา รวมถึงการสนับสนุน ติดตาม ผลักดันการปรับปรุงร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาการพนัน โดยครอบคลุมหลักการที่จะไม่เพิ่มพื้นที่การพนัน อาทิ ร่างพระราชบัญญัติสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ. ร่างพระราชบัญญัติการพนันฉบับ พ.ศ. (ฉบับประชาชน)
 - (๔) เชื่อมประสานการทำงานร่วมกับกรมสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาแนวทางและระบบจุดบริการ เพื่อให้คำปรึกษา/บำบัดให้กับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาการพนัน
 - (๕) ขยายพื้นที่ต้นแบบการลด ละ เลิก การพนัน โดยเฉพาะในพื้นที่ชุมชน และวัด ตลอดจนการสร้างเครือข่ายชุมชนบำบัดและเฝ้าระวัง (Social Gambling) และการพัฒนาให้เกิดนโยบาย มาตรการในระดับพื้นที่

แนวทางการบูรณาการ

สนับสนุนการทำงานเพื่อให้เกิดการบูรณาการงานร่วมกัน โดยเฉพาะแผนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงหลัก และปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ดังนี้

- (๑) เชื่อมประเด็นการทำงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทั้ง เหล้า บุหรี่ ยาเสพติด อุบัติเหตุทางถนน ภัยพิบัติ และการพนันผ่านเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษา โดยเน้นการกำหนดเป้าหมาย/กรอบงาน (Framework) ร่วมกัน ที่เน้นยกระดับสุขภาวะของกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ และพัฒนาให้เกิดวิธีการ (How) รวมถึงการร่วมขับเคลื่อนให้เกิดต้นแบบสถาบันอุดมศึกษาหรือการขับเคลื่อนเชิงนโยบายสาธารณะ
- (๒) สร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีหลักที่เคยสนับสนุนงานให้สถานประกอบการ ดำเนินการเรื่องสถานประกอบการปลอดเหล้า ปลอดบุหรี่ และมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน โดยเน้นให้เกิดการจัดทำฐานข้อมูลร่วมกัน ทั้งชุดความรู้ คู่มือ เครื่องมือสนับสนุน และรายชื่อสถานประกอบการ เพื่อร่วมหาต้นแบบ
- (๓) ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดสภาองค์กรผู้ประกอบการ โดยร่วมระดมเครือข่ายภาคีมาร่วมจัดตั้งสภาองค์กรผู้ประกอบการ
- (๔) เชื่อมภาคีเครือข่ายหลักที่ดำเนินการในกลุ่มเครือข่ายต่างๆ ได้แก่ ศูนย์เด็กเล็ก อสม. หมออนามัย และ วัด ในการสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และร่วมกำหนดแนวทางบูรณาการงานร่วมกัน
- (๕) บูรณาการการทำงานกับแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (แผน ๕) เพื่อมุ่งส่งเสริมหน่วยบริการในชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานให้มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยจากอุบัติเหตุทางถนน และการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสนับสนุนชุดความรู้ ข้อมูลทางวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญเชิงประเด็น หรือรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน (Model)

ภาคีหลัก

ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน

ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กองบูรณาการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร กรมทางหลวง กระทรวงคมนาคม กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักโรคไม่ติดต่อ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค กองสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข สำนักการจราจรและขนส่ง กรุงเทพมหานคร ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย มูลนิธิเมาไม่ขับ ชมรมคนห่วงหัว มูลนิธิเพื่อความปลอดภัยทางถนน คณะทำงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรระดับจังหวัด โรงพยาบาลขอนแก่น มูลนิธิไทยโรดส์ สถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค สำนักงาน

เครือข่ายลดอุบัติเหตุ สมาคมหมออนามัย มูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย สถาบันอิสรา สันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย สถาบันพัฒนาองค์กรเอกชน บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ บริษัทประกันภัย สื่อมวลชน ภาคธุรกิจเอกชนต่างๆ

ด้านการจัดการภัยพิบัติ

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

ด้านการลดปัญหาจากการพนัน

ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เครือข่ายรณรงค์หยุดพนัน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา กระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ กรมสุขภาพจิต ธนาคารอาคารสงเคราะห์ เครือข่ายนักวิชาการ สาขาต่างๆ เครือข่ายสื่อมวลชน เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายที่ทำงานกับเด็กและเยาวชน สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย เครือข่ายยูริพอร์ต (U-Report Thailand) เครือข่ายสื่อออนไลน์ กองทุนพัฒนาสื่อสร้างสรรค์ กองทุนสลากเพื่อพัฒนาสังคม ฯลฯ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานการพัฒนา นโยบายและสร้างเป้าหมายร่วม	๓๓
๒. กลุ่มแผนงานการพัฒนาเครือข่ายภาคีภาคประชาชนและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์	๓๕
๓. กลุ่มแผนงานการพัฒนาโครงสร้างและการบูรณาการการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่	๕๗
๔. กลุ่มแผนงานการพัฒนา ระบบข้อมูลสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจร	๗๕
๕. กลุ่มแผนงานการจัดการภัยพิบัติ	๓๐
๖. กลุ่มแผนงานการลดปัญหาจากการพนัน	๓๐
รวม	๒๖๐

แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ



สถานการณ์และแนวโน้ม

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในแผนนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ นอกเหนือไปจากปัจจัยเสี่ยงหลักที่ สสส. กำหนดไว้ในแผนเฉพาะแล้ว ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การบริโภค เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุทางถนนและอุบัติเหตุ การขาดการออกกำลังกาย และปัจจัยเสี่ยงด้าน อาหาร นอกจากนี้ การเลือกประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเพื่อดำเนินการในแผนนี้ จะเน้นปัจจัยเสี่ยงที่ ส่งผลกระทบต่อประชาชนจำนวนมาก และมีแนวทางที่สามารถขับเคลื่อนได้ตามวัตถุประสงค์และยุทธศาสตร์ ของ สสส. โดยใช้ทรัพยากรอย่างจำกัด มุ่งขับเคลื่อนในประเด็นการดำเนินงานที่เป็นจุดคานงัด เพื่อควบคุม หรือลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีกรอบการดำเนินงานใน ๔ แผนงาน คือ ๑) แผนงาน สร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ ๒) แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ๓) แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและ การพัฒนาระบบยา และ ๔) แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

ผลการรวบรวมและวิเคราะห์ สถานการณ์ และแนวโน้ม ที่เกี่ยวข้องกับทั้ง ๔ แผนงานดังกล่าว มีสาระ สำคัญ สรุปได้ดังนี้

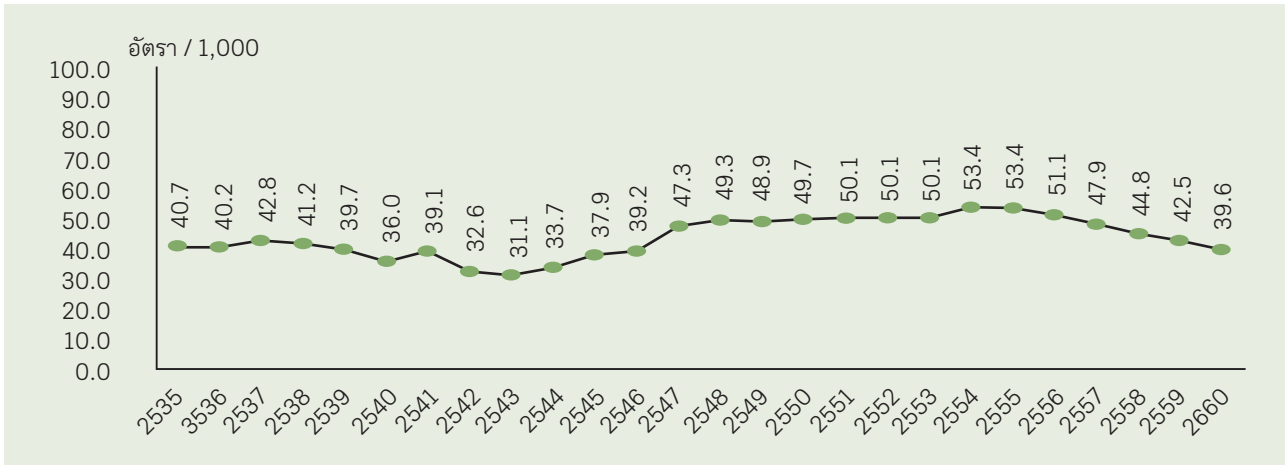
๑. สถานการณ์ และแนวโน้ม ที่เกี่ยวข้องกับแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ

๑.๑ สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

๑.๑.๑ อัตราการคลอดในวัยรุ่นเริ่มลดลงอย่างช้าๆ

ด้วยข้อจำกัดหลายประการ ทำให้ประเทศไทยไม่มีข้อมูลอัตราการตั้งครรภ์ที่น่าเชื่อถือ จึงต้อง ใช้อัตราการคลอดเป็นตัวบอกระดับปัญหา ซึ่งอัตราการคลอดในวัยรุ่นกลุ่ม ๑๕ - ๑๙ ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่องนับแต่ปี ๒๕๔๓ โดยเพิ่มขึ้นสูงสุดในปี ๒๕๕๕ ที่ ๕๓.๔ คนต่อประชากรหญิงอายุเดียวกัน ๑,๐๐๐ คนและตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ อัตราการคลอดในวัยรุ่นเริ่มมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราการคลอด ในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ลดลง เป็น ๓๙.๖ คนต่อประชากรหญิงอายุเดียวกัน ๑,๐๐๐ คน ในปี ๒๕๖๐ (มีวัยรุ่น กลุ่มนี้ คลอดบุตรรวม ๙๑,๘๓๘ คน) ขณะที่การคลอดในหญิงวัย ๑๐ - ๑๔ ปี ก็มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง เช่นกัน จากอัตรา ๑.๘ ในปี ๒๕๕๕ เป็น ๑.๓ คนต่อประชากรหญิงอายุ ๑๐ - ๑๔ ปี ๑,๐๐๐ คน ในปี ๒๕๖๐ (แม้วัยรุ่นหญิงอายุ ๑๐ - ๑๔ ปี ๒,๗๔๖ คนในปี ๒๕๖๐)^{๓๖} แม้กระนั้น การคลอดในวัยรุ่นไทยยังคงอยู่ในอัตราที่สูง เมื่อเทียบกับประเทศที่มีระดับการพัฒนาใกล้เคียงกัน

^{๓๖} สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย วันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๑



ภาพที่ ๑ แสดงอัตรากลอดต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี (ที่มา : กรมอนามัย)

๑.๑.๒ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ในขณะที่กำลังเป็นนักเรียน-นักศึกษา

ข้อมูลจากการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ระหว่างปี ๒๕๕๕ - ๒๕๖๑ โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย พบว่า อาชีพของวัยรุ่นก่อนตั้งครรภ์ร้อยละ ๓๘ เป็นนักเรียน นักศึกษา และร้อยละ ๑๓ ศึกษานอกระบบโรงเรียน

จากรายงานผลการสำรวจการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการช่วยเหลือแม่วัยรุ่น โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ธันวาคม ๒๕๖๑) โดยบ้านพักเด็กและครอบครัว ๗๖ แห่ง ทั่วประเทศ ได้รับข้อมูล ๕๘ แห่ง (ร้อยละ ๗๖.๓) พบสถานการณ์ที่สำคัญ ดังนี้ กลุ่มตัวอย่าง (แม่ที่มีอายุ ๑๐ ปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่ถึง ๒๐ ปีบริบูรณ์ จำนวน ๑๑,๐๑๒ คน) พบว่า ร้อยละ ๔๒ เป็นนักเรียน-นักศึกษา และอีกร้อยละ ๔๐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งคาดว่าจะเป็นผู้ที่ต้องออกจากการเรียน ข้อมูลดังกล่าวยังบ่งชี้ด้วยว่า วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ เป็นผู้ที่กำลังเรียนอยู่ในสถานศึกษา และเมื่อประสบปัญหาการตั้งครรภ์จะส่งผลให้ต้องพ้นจากสถานภาพนักเรียน-นักศึกษา เป็นผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้สามารถมีอาชีพและมีรายได้ที่เพียงพอในการพึ่งพิงตนเองในระยะยาว

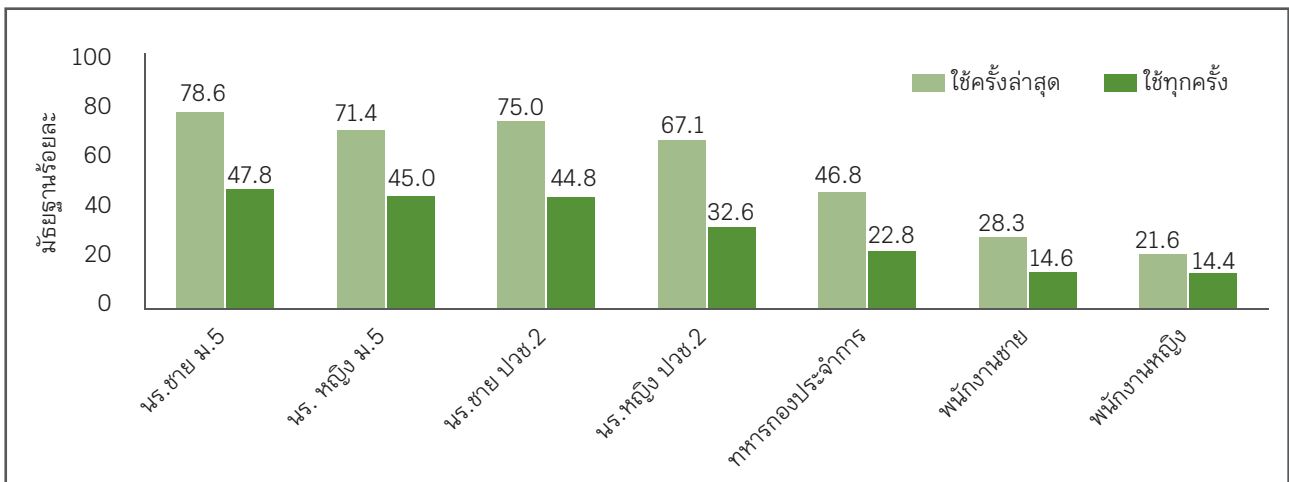
๑.๑.๓ การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร และบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่น

ข้อมูลจากโครงการพัฒนาระบบการให้การปรึกษา-ช่วยเหลือ-ส่งต่อ ในผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมผ่านสายด่วน ๑๖๖๓ พบว่า จำนวนการส่งต่อผู้ประสบปัญหาที่ประสงค์รับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในเครือข่ายภาคเอกชนมีมากขึ้น และปี ๒๕๖๒ สปสช. เพิ่มสิทธิประโยชน์การสนับสนุนงบประมาณในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ (ตามหลักเกณฑ์) รวมทั้งงบประมาณการคุมกำเนิดกึ่งถาวรหลังยุติการตั้งครรภ์ในทุกกลุ่มอายุ

อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นผ่านสายด่วน ๑๖๖๓ พบว่า เป็นวัยรุ่นที่ขอรับการปรึกษากรณีปัญหาการตั้งครรภ์ มากถึงร้อยละ ๗๐ ไม่ใช้การคุมกำเนิดใดๆ ในการมีเพศสัมพันธ์ ขณะที่วัยรุ่นกลุ่มที่เหลือส่วนใหญ่ใช้การคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น การหลังภายนอก หรือการนับวันปลอดภัย แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นขาดความรู้และความตระหนัก หรือไม่สามารถเข้าถึงบริการ-อุปกรณ์การคุมกำเนิด และยังพบด้วยว่า คู่ที่มีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ผลัดภาระในการคุมกำเนิดให้กับฝ่ายหญิง

๑.๒ การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นอยู่ในอัตราสูง แม้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่การใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอยังอยู่ในอัตราต่ำ

ผลสำรวจในช่วงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ พบว่า อัตราการมีเพศสัมพันธ์ในระดับ ปวช.ปี ๒ ทั้งชายและหญิง มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย จากเกือบร้อยละ ๕๐ มาอยู่ที่เฉลี่ยร้อยละ ๔๒ ส่วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ (ม.๕) ทั้งชายและหญิง มีแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลง โดยอัตราการมีเพศสัมพันธ์ในปี ๒๕๖๐ คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๙ และ ๑๗.๗ ตามลำดับ อัตราการใช้ถุงยางอนามัย ในวัยรุ่น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ๒๕๖๐ นักเรียน ม.๕ ที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกร้อยละ ๗๔ ในเพศชายและร้อยละ ๗๗ ในเพศหญิง ส่วนในนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นปวช.ปี ๒ มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ ๖๙.๕ ในเพศชาย และร้อยละ ๗๔.๖ ในเพศหญิง แต่การใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอยังอยู่ในอัตราต่ำ (แผนภาพที่ ๒)



ภาพที่ ๒ แสดงอัตราการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุด และที่ใช้ทุกครั้ง ในประชากรกลุ่มต่างๆ ปี ๒๕๖๑ (ที่มา : กรมควบคุมโรค)

แม้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยจะเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง แต่อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเฉพาะโรคซิฟิลิสและหนองใน บ่งชี้ว่าเยาวชนที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งมีความเสี่ยงสูงมากต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพราะมีการเปลี่ยนคู่นอนบ่อย (Sexually active)

๑.๓ สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี

จากการคาดประมาณ สถานการณ์เมื่อถึงสิ้นปี ๒๕๖๑ จะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ราว ๔๔๐,๐๐๐ คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ ๕,๕๐๐ คน ขณะที่เป้าหมายตาม “ยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๓” กำหนดให้มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ต่ำกว่า ๑,๐๐๐ คน ในปี ๒๕๗๓ ทั้งนี้ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี พบว่า

- (๑) แม้อัตราการติดเชื้อในภาพรวมมีแนวโน้มลดลง แต่บางกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้บริจาคโลหิตรายใหม่ และกลุ่มเยาวชนอายุ ๑๘-๒๔ ปี มีแนวโน้มพบการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นปัญหาในการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ยังไม่มีประสิทธิผล
- (๒) ในกลุ่มเยาวชนและประชาชนทั่วไปยังมีปัญหาการเข้าถึงและมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ เป็นผลจากทั้งเศรษฐกิจฐานะ และทัศนคติ โดยเฉพาะในค่อนอนประจำที่ผลสำรวจทุกครั้งพบว่า เกือบไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มค่อนอนประจำ และเยาวชนที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยลดลงด้วย (ที่มา : กรมควบคุมโรค)
- (๓) การติดเชื้อรายใหม่ มีโอกาสเกิดได้สูงในกลุ่มที่เปลี่ยนค่อนอนบ่อย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ ซึ่งผลการคาดประมาณพบว่า กลุ่มผู้ให้บริการทางเพศเป็นกลุ่มที่ติดเชื้อรายใหม่ รวบรวมละ ๔ ซึ่งหากไม่มีมาตรการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มนี้ที่มีประสิทธิผล จะส่งผลกระทบต่อเนื่องให้เกิดการติดเชื้อในคู่สามีภรรยา

๑.๔ ความจำเป็นในการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในประเทศไทย

การศึกษาของคณะทำงานคาดประมาณสถานการณ์เอดส์ สำนักโรคบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ และโครงการ Analysis and Advocacy (A2) ได้ใช้ Asian Epidemic Model หรือ AEM ทำการคาดประมาณผลลัพธ์จากการขยายการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ (Condom HIV Impact Analysis) โดยระบุว่า ตั้งแต่ปี ๒๕๓๓ จนถึงปี ๒๕๖๑ ประเทศไทยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ ๘,๐๖๐,๔๖๘ ราย และป้องกันการเสียชีวิตได้มากถึง ๔,๓๕๒,๘๖๓ ราย ซึ่งแสดงถึงประโยชน์อันประมาณค่าไม่ได้ จากการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย โดยยังไม่รวมประโยชน์จากการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างๆ และการคุมกำเนิด นอกจากนี้ การวิเคราะห์ดังกล่าวยังคาดประมาณว่า มาตรการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยจะมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ได้ภายในปี ๒๕๗๓ โดยระบุว่าหากสามารถดำเนินการให้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นถึงระดับร้อยละ ๙๐ จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ในช่วงปี ๒๕๖๒ - ๒๕๗๓ เป็นจำนวน ๒๐,๔๘๓ คน หรือลดการติดเชื้อลงได้ ๒๘,๔๑๔ คน และเฉพาะในปี ๒๕๗๓ จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ๘๑๐ คน ซึ่งจะบรรลุเป้าหมายในการยุติปัญหาเอดส์ที่กำหนดให้มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ไม่เกินปีละ ๑,๐๐๐ คน

ผลการวิเคราะห์ สรุปได้ว่า ประเทศไทยจำเป็นต้องส่งเสริมมาตรการการใช้ถุงยางอนามัยให้เข้มแข็งขึ้น โดยตั้งเป้าให้ประชาชนไทยทุกกลุ่มเป้าหมาย มีการใช้ถุงยางอนามัยไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐ อย่างเร่งด่วน

Future Impacts during 2019 – 2030 (12 Years)

	Baseline condom used	Reduction of condom used due to budget cut			Increased condom used to 90%
		10% reduction	30% reduction	50% reduction	
Cumulative new infections 2019 – 2030 (12 Years)	49,397	59,691	85,367	145,130	20,983
New infections increased in 12 Years		10,294	35,970	95,913	
New infections prevented in 12 Years					28,414
New infections in 2030	2,959	4,061	7,671	19,931	810

Achieve Ending AIDS Target

Source : Thailand National Projection & Estimation Working Group , Bureau of Epidemiology, May 7, 2019

ภาพที่ ๓ แสดงความจำเป็นในการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในประเทศไทย (ที่มา : กองระบาดวิทยา, 7 May 2019. ผู้ให้ข้อมูล : พ.ญ. อัจฉรา ชีรรัตน์กุล)

๑.๕ การตีตรารังเกียจ และการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ปี ๒๕๖๐ กรมควบคุมโรคได้สนับสนุนการดำเนินงานกระบวนการ RRTTR (Reach, Recruit, Test, Treat และ Retain) โดยติดตามผลใน ๑๓ จังหวัด พบว่า บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ ร้อยละ ๒๗ มีพฤติกรรมบริการที่แสดงการรังเกียจและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ ๑๑ มีประสบการณ์การถูกรังเกียจและเลือกปฏิบัติในการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล และพบว่า กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง เคยประสบเหตุการณ์การถูกรังเกียจกีดกันในสถานที่ทำงาน/สถานศึกษา ร้อยละ ๑๓ และ ๑๔ ตามลำดับ (ข้อมูล : กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค) บ่งชี้ว่า การตีตรารังเกียจ และการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ยังเป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะการค้นหาผู้ติดเชื้อเพื่อให้ได้รับยาต้านไวรัสเร็วที่สุด

๒. สถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพจิต

๒.๑ เด็กปฐมวัยเกือบหนึ่งในสี่ มีพัฒนาการล่าช้า

ปี ๒๕๖๐ สถาบันพัฒนาอภินิหารเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย^{๓๔} ได้ศึกษาพัฒนาการของเด็กไทยวัยแรกเกิดถึง ๕ ปี โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ใน ๖๙ จังหวัด พบว่าเด็กไทยที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าในภาพรวมระดับประเทศ มีถึงร้อยละ ๒๓ และในปี ๒๕๕๙ กรมสุขภาพจิต^{๓๕} ได้ดำเนินการสำรวจสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญา (Intelligence Quotient : IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient : EQ) เด็กนักเรียน ชั้น ป.๑ ทั่วประเทศจำนวน ๒๓,๖๔๑ คน พบว่า เด็กมีคะแนน

^{๓๔} สถาบันพัฒนาอภินิหารเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, รายงานประจำปี ๒๕๖๐ สถาบันพัฒนาอภินิหารเด็กแห่งชาติ, (กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, ๒๕๖๐), หน้า ๒๔ - ๓๐

^{๓๕} กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐), หน้า ๓๒

IQ เฉลี่ยอยู่ที่ ๙๘.๒ ซึ่งสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจเมื่อปี ๒๕๕๔ แต่ยังพบเด็กที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์บกพร่องหรือต่ำกว่า ๗๐ อยู่ถึงร้อยละ ๕.๘ เกินกว่ามาตรฐานสากลคือ ไม่ควรเกินร้อยละ ๒ และพบปัญหา EQ มากที่สุดคือ การขาดความมุ่งมั่นพยายามและขาดทักษะในการแก้ไขปัญหา

๒.๒ เด็กชั้นประถมศึกษาป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น ๑ ล้านคน

การศึกษาความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย^{๙๙} ในปี ๒๕๕๕ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษา ๑ - ๕ จำนวน ๗,๑๘๘ คน พบความชุกของโรคสมาธิสั้นถึงร้อยละ ๘.๑ หรือประมาณ ๑ ล้านคน โดยพบในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง ในอัตรา ๓:๑ และพบสูงสุดในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ เท่ากับร้อยละ ๙.๗ โดยระดับชั้นที่สูงขึ้นความชุกของโรคจะต่ำลง ซึ่งตรงกับลักษณะการดำเนินโรคที่พบว่าในช่วงอายุ ๘ - ๑๐ ปี เป็นช่วงที่สมองพัฒนาเต็มที่ โดยโรคสมาธิสั้นจะมีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน และการเข้าสังคมกับผู้อื่น อีกทั้งยังมีความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้อีกด้วย

๒.๓ โรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า เป็นปัญหาด้านสุขภาพ ๕ อันดับแรกของผู้สูงอายุ

ปี ๒๕๕๙ ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเกือบ ๑๐ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๕ ของประชากรทั้งหมด การมีอายุยืนยาวตามมาด้วยการเป็นโรคเรื้อรังที่ยาวนานขึ้น การอยู่ในภาวะพึ่งพิงอันเนื่องมาจากทุพพลภาพมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นด้วย พบว่า โรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพ ๕ อันดับแรกของผู้สูงอายุ ส่วนปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุในปี ๒๕๕๔ พบว่า ๑ ใน ๓ ของผู้สูงอายุมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ สาเหตุมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง ค่านิยมต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการสูญเสียคนใกล้ชิด และเศรษฐกิจฐานะทางสังคม^{๑๐}

๒.๔ ความผิดปกติทางจิตเป็นภาระโรคในระดับต้นๆ ของคนไทย

กรมสุขภาพจิต ได้สำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตในปี ๒๕๕๖ พบว่า คนไทยประมาณ ๓.๙ ล้านคน หรือราวร้อยละ ๗.๔ จะเป็นโรคทางจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรค โดยกลุ่มความผิดปกติของการควบคุมตัวเอง (Impulsive control disorders) พบที่ร้อยละ ๓.๕ กลุ่มโรควิตกกังวล (Any anxiety disorders) พบที่ร้อยละ ๓.๑ ส่วนปัญหาทางสุขภาพจิตด้านประสพการณ์ฆ่าตัวตายอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต พบอยู่ที่ร้อยละ ๓.๕ นอกจากนี้ ผลการศึกษาภาระโรคและการขาดเจ็บของประชากรไทยปี ๒๕๕๗ ยังพบว่า สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability : YLDs) ในเพศชาย ได้แก่ ความผิดปกติทางจิต ร้อยละ ๒๓ สำหรับเพศหญิง สาเหตุหลักได้แก่ ความผิดปกติทางการรับรู้ ร้อยละ ๒๑ รองลงมาคือ ความผิดปกติทางจิต ร้อยละ ๑๕

๒.๕ การเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมไทยยุคไทยแลนด์ ๔.๐

ข้อมูลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมไทยยุคไทยแลนด์ ๔.๐ มีตัวแปรสำคัญ ๕ ปัจจัย ที่จะทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตมากขึ้น ได้แก่ ๑. การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีโรคเรื้อรังประจำตัว ขาดคนดูแล จะมีความเหงา เศร้า มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าสูง ๒. การใช้โลกโซเชียลมากขึ้น เป็นสังคมก้มหน้า เด็กและวัยรุ่นติดเกม ผู้ใหญ่เครียด

^{๙๙} กรมสุขภาพจิต, ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย, วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๒ ปี ๒๕๕๖, หน้า ๖๖ - ๗๕

^{๑๐} กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐), หน้า ๓๓

๓. การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะด้านการสื่อสาร ที่ตอบสนองได้อย่างรวดเร็ว ทำให้คนมีความอดทนต่ำลง ๔. ภาวะโลกร้อน ที่ส่งผลให้เกิดภัยพิบัติจากธรรมชาติด้วยความถี่และความรุนแรงมากขึ้น และ ๕. คนไทยมีพฤติกรรมการเสพติดเพิ่มขึ้น เช่น ติดเกม ติดอินเทอร์เน็ต

๒.๖ ภัยแรงงาน เสี่ยงต่อการเกิดโรคและเสียชีวิตจากภาวะสุขภาพจิตมากที่สุด

ข้อมูลสุขภาพคนไทย ๒๕๕๘^{๑๑} พบว่า กลุ่มวัยทำงานอายุตั้งแต่ ๑๕ - ๕๙ ปี มีแนวโน้มการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากภาวะสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ และมีอัตราการตายจากการทำร้ายตัวเองสูง โดยในภูมิภาคอาเซียนประเทศไทยมีอัตราการตายจากการทำร้ายตัวเองรองจากประเทศสิงคโปร์เท่านั้น คือ ๑๗ ราย ต่อการตาย ๑,๐๐๐ ราย โดยมีสาเหตุมาจากการงานและความรับผิดชอบที่ต้องแบกรับ

๒.๗ ผู้ป่วยจิตเวชรวมถึงผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาทางจิตเวช มีแนวโน้มไม่เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต

การสำรวจทางระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช^{๑๒} ในปี ๒๕๕๕ พบว่า อัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช อยู่ที่ร้อยละ ๑๒.๒ ประกอบด้วยโรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเรื้อรัง ภาวะไฮโปแมนเนีย ภาวะแมเนีย ความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด โรควิต และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยผู้ที่มีปัญหาส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคทางจิตเวชมาก่อน นอกจากนี้ จากการศึกษาเรื่องการรับบริการสุขภาพจิตและสาเหตุที่ไม่เข้ารับบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชไทย^{๑๓} โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทย ระดับชาติ ปี ๒๕๕๖ พบว่า ผู้มีสุขภาพจิตในช่วง ๑๒ เดือนก่อนการสำรวจ เข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจิตเพียงร้อยละ ๖ ต่ำกว่ากลุ่มประเทศพัฒนาแล้วที่พบอัตราการรับบริการสุขภาพจิตร้อยละ ๘ - ๔๐ โดยผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่เข้ารับบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ๖๒.๖ ให้เหตุผลว่าคิดว่าตัวเองไม่มีปัญหา อีกทั้งยังพบว่าเมื่อพูดถึง “สุขภาพจิต” คนส่วนใหญ่ยังมีมุมมองและทัศนคติในด้านลบ นอกจากนี้ การจัดบริการด้านสุขภาพจิตในภาครัฐ โดยเฉพาะบริการสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิยังมีจำกัดมาก และบริการส่วนใหญ่เป็นระดับตติยภูมิ จึงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

๒.๘ การขาดแคลนบุคลากรและบริการทางจิตเวช ซึ่งปิดช่องว่างได้ด้วยการจัดบริการจิตเวชระดับปฐมภูมิ

ข้อมูลในปี ๒๕๕๑ เมื่อเทียบต่อประชากรแสนคน ประเทศไทยมีจิตแพทย์ ๐.๘๖ คน มีพยาบาลจิตเวช ๓.๗๔ คน ขณะที่เกณฑ์องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ ๔.๑ และ ๑๒.๔๗ คนตามลำดับ ในส่วนบุคลากรด้านจิตเวชอื่นๆ ยังมีจำนวนน้อยกว่ามาก คือ เมื่อเทียบต่อประชากรแสนคน มีนักจิตวิทยาคลินิก ๐.๔๕ คน นักสังคมสงเคราะห์ ๐.๖๖ คน นักกิจกรรมบำบัด ๐.๑๔ คน

^{๑๑} สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สุขภาพคนไทย ๒๕๕๘ : อูบายชาญสุขภาพ: เมื่อสุขภาพเป็นสินค้า ยาคือเครื่องมือหากำไร, พิมพ์ครั้งที่ ๑, นครปฐม หน้า ๑๖ - ๑๗

^{๑๒} สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ (สคสจ.) กรมสุขภาพจิต และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP). ๒๕๕๖. ระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร).

^{๑๓} วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, การรับบริการสุขภาพจิตและสาเหตุที่ไม่เข้ารับบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชไทย, ๒๕๖๐, หน้า ๑๗๕ - ๑๘๖

การศึกษาเรื่องช่องว่างในการเข้าถึงบริการจิตเวชและภาวะทางเศรษฐศาสตร์ : การศึกษาระยะยาวในชุมชน^{๔๔} พบว่า การขาดแคลนบุคลากรทางจิตเวช และบริการทางจิตเวชที่ไม่ทั่วถึง เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ เนื่องจากบริการมักกระจุกอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ ผลการศึกษาชี้ว่า ควรเพิ่มบริการจิตเวชในระดับชุมชน (สถานพยาบาลปฐมภูมิ) คู่ไปกับสถานพยาบาลบริการจิตเวชเดิม โดยหน่วยบริการจิตเวชระดับปฐมภูมิจะต้องได้รับการกำกับดูแลโดยมีผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษา และมีหน่วยบริการรองรับการส่งต่อ การมีสถานพยาบาลปฐมภูมิให้บริการด้านจิตเวช จะส่งผลดีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช

๓. สถานการณ์และแนวโน้ม ของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

๓.๑ ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีความรุนแรงมากขึ้น

ปัญหาความไม่ปลอดภัยในผลิตภัณฑ์สุขภาพ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการขยายตัวและเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น พบว่า มีการลักลอบใส่สารที่ห้ามใช้และสารที่เป็นอันตราย เป็นเหตุให้ผู้บริโภคได้รับอันตรายถึงเสียชีวิต ซึ่งผลการตรวจสอบโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) พบว่า ผลิตภัณฑ์กลุ่มเครื่องสำอางและอาหารเสริมหลายรายการ ใช้เลข อย.ปลอม หรือใช้เลข อย.ของผลิตภัณฑ์อื่น บ่งชี้ว่าการมีเลข อย. ไม่ใช่สิ่งที่สามารถยืนยันความปลอดภัยของสินค้าได้

ระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม ๒๕๖๑ เครือข่ายผู้บริโภค และมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ได้รับเรื่องร้องเรียนของผู้บริโภคในเรื่องสินค้าและบริการในหมวด ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ อาหาร-ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ยา เครื่องสำอาง ที่อาจทำให้เกิดอันตราย มีผู้บริโภคร้องเรียน กว่า ๑,๕๐๐ เรื่อง โดยส่วนใหญ่เป็นเรื่องการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อาจก่อให้เกิดอันตราย โฆษณาสรรพคุณเกินจริงและชักชวนให้ผู้บริโภคหลงเชื่อ ผ่านช่องทางออนไลน์ ซึ่งบางกรณีส่งผลให้เกิดอันตรายถึงชีวิต ดังเช่นกรณีผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่อ้างสรรพคุณลดน้ำหนักของเมจิกสกิน ที่ส่งผลให้ผู้บริโภคเสียชีวิตหลายรายในช่วงกลางปี ๒๕๖๑

๓.๒ กฎหมายใหม่ตามบทบัญญัติการคุ้มครองผู้บริโภคในรัฐธรรมนูญ ปี ๒๕๖๐

เมื่อวันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ สภานิติบัญญัติแห่งชาติได้ให้ความเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติการจัดตั้งสภาองค์กรผู้บริโภค ตามมาตรา ๔๖ แห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ และได้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วเมื่อวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ซึ่งกฎหมายจะมีผลบังคับใช้หลังจากนั้น ๖๐ วัน โดยบุคคลธรรมดาตั้งแต่ ๑๐ คนขึ้นไป หรือนิติบุคคลที่มีวัตถุประสงค์ในการคุ้มครองผู้บริโภค และไม่แสวงหาผลกำไร มีสิทธิรวมตัวกันจัดตั้งองค์กรของผู้บริโภคได้ กฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดให้มีการตั้งสภาองค์กรผู้บริโภคแห่งชาติโดยมีกรรมการที่ได้มาโดยการเลือกกันเองจากผู้แทนองค์กรของผู้บริโภค และกรรมการผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีการตั้งสำนักงานสภาองค์กรผู้บริโภคแห่งชาติ (สอป.) ที่เป็นนิติบุคคล มีความเป็นอิสระ ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการฯ ซึ่งตามที่กำหนดในกฎหมายฉบับนี้ สำนักงานสภาองค์กรผู้บริโภคฯ นี้ จะได้รับเงินอุดหนุนทั่วไปที่รัฐบาลจัดสรรให้โดยตรงเป็นรายปีจากงบประมาณแผ่นดิน

ทั้งนี้ การมีกฎหมายให้จัดตั้งองค์กรอิสระของผู้บริโภค นับเป็นโอกาสสำคัญในการปฏิรูประบบคุ้มครองผู้บริโภคของประเทศไทย ซึ่งจากการศึกษาระบบคุ้มครองผู้บริโภคในหลายประเทศล้วนให้ความสำคัญ

^{๔๔} ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และคณะ, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ช่องว่างในการเข้าถึงบริการจิตเวชและภาวะทางเศรษฐศาสตร์: การศึกษาระยะยาวในชุมชน.

และมีการสนับสนุนจากรัฐเพื่อให้องค์กรผู้บริโภครวมประชาชน เข้ามามีบทบาททำงานร่วมกับภาครัฐ เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบคุ้มครองผู้บริโภคของประเทศ ซึ่งจะส่งผลกระทบระดับการผลิตสินค้าและบริการให้มีคุณภาพสูงขึ้นด้วย

๓.๓ สภาพปัญหาและผลกระทบจากการติดยาต้านจุลชีพ

จากสถานการณ์ปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยาที่ทวีความรุนแรงขึ้นในปัจจุบัน จึงมีการจัดทำยุทธศาสตร์การจัดการการติดยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ขึ้น และคณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบเมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๕๙ มีเป้าประสงค์ที่ต้องการบรรลุภายในปี ๒๕๖๔ คือ

- ๑) การป่วยจากเชื้อดื้อยาลดลงร้อยละ ๕๐
- ๒) การใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับมนุษย์และสัตว์ลดลงร้อยละ ๒๐ และ ๓๐ ตามลำดับ
- ๓) ประชาชนมีความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและตระหนักในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๐
- ๔) ประเทศไทยมีระบบจัดการการติดยาต้านจุลชีพที่มีสมรรถนะตามเกณฑ์สากล

ทั้งนี้ แผนยุทธศาสตร์การจัดการการติดยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ โดยในส่วนที่ สสส. ได้รับการประสานเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นี้ จะอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ ๕ คือการส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยาและความตระหนักด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมแก่ประชาชน

๓.๔ ทิศทางแนวนโยบาย “กัญชาเพื่อการแพทย์”

ปัจจุบันการใช้กัญชาทางการแพทย์มีความก้าวหน้าและเป็นพลวัตอย่างมีนัยสำคัญในระดับสากล ซึ่งอาจก่อให้เกิดความสับสนทั้งต่อประชาชนและต่อบุคลากรที่ทำงานด้านสาธารณสุข สำหรับประเทศไทย ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒) ซึ่งจัดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ ๕ แต่อนุญาตให้ใช้กัญชาเฉพาะในทางการแพทย์ เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยและการศึกษาวิจัยได้ ขณะนี้ กระทรวงสาธารณสุข โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์การเภสัชกรรม กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ กรมสุขภาพจิต และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กำลังดำเนินการเพื่อให้มีการนำประโยชน์จากกัญชาและสกัดจากกัญชา มาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ บนพื้นฐานตามหลักวิชาการด้านการแพทย์ที่เหมาะสม ภายใต้การควบคุมดูแลของผู้เชี่ยวชาญตามมาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพตามที่ระบุในกฎหมาย ในขณะเดียวกัน ก็มีกระแสความตื่นตัวและความสนใจอย่างมากจากภาคประชาชนกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่คาดหวังผลจากการรักษาด้วยกัญชาและสารสกัดจากกัญชา

สารประกอบ Cannabinoids ที่อยู่ในกัญชามีคุณสมบัติในการรักษาโรค โดยมีสารที่ออกฤทธิ์หลักคือ Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และ Cannabidiol (CBD) ที่ไม่มีฤทธิ์เสพติด ทั้งนี้ หากร่างกายอยู่ในสภาวะที่เหมาะสม ก็จะสามารถสร้าง Endocannabinoids ซึ่งเป็น Cannabinoids โดยธรรมชาติได้ โดย Endocannabinoids ส่งผลเกี่ยวข้องกับการทำงานของร่างกาย อาทิ ความจำ อารมณ์ ความอยากอาหาร การนอนหลับ ความปวด การติดยาและการอักเสบ รวมทั้งอาจมีบทบาทในการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงานสมองและระบบเมแทบอลิซึมของร่างกาย (ที่มา : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เมษายน ๒๕๖๒)

๔. สถานการณ์ และแนวโน้ม ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

โดยที่แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ ภายใต้แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของ สสส. ได้มีการพัฒนายุทธศาสตร์ในช่วงปี ๒๕๕๘ โดยกำหนดจุดเน้นการขับเคลื่อนใน ๒ ประเด็นหลัก ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน คือ มลพิษอุตสาหกรรม และสิ่งแวดล้อมในเขตเมือง ดังนั้นการทบทวนสถานการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้อง จึงเน้นใน ๒ ประเด็นหลักดังกล่าว

๔.๑ ปัญหามลพิษทางอากาศที่ส่งผลกระทบต่อรุนแรงและยาวนานมากขึ้น

มลพิษทางอากาศเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงและขยายตัวมากขึ้นในเมืองใหญ่ๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะในช่วงต้นปี ๒๕๖๒ ที่เมืองใหญ่หลายแห่งในประเทศไทย มีสถิติคุณภาพอากาศเลวร้ายเป็นอันดับต้นๆ ของโลก เช่น เชียงใหม่ กรุงเทพฯ ขอนแก่น โดยอันตรายที่สำคัญจากมลพิษทางอากาศคือ หมอกควันหรือ “ฝุ่นพิษ” ที่มีองค์ประกอบเป็นฝุ่นขนาดเล็กกว่า ๒.๕ ไมครอน หรือที่เรียกโดยทั่วไปว่า พีเอ็ม ๒.๕ (PM 2.5) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ ๕ ของประชากรโลกในปี ๒๕๕๘ (Cohen, 2017) องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าในปี ๒๕๕๙ ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศ ๗ ล้านคน โดยเกิดจากมลพิษทางอากาศภายนอกอาคาร (Ambient Air) ๔.๒ ล้านคน (WHO, 2018a)

ด้วยขนาดที่เล็กมาก ทำให้พีเอ็ม ๒.๕ แพร่กระจายไปได้ไกลมาก และคงแขวนลอยอยู่ในบรรยากาศได้นานโดยไม่ตกลงสู่พื้นดิน จึงถูกสูดผ่านรวมเข้าไปกับลมหายใจ สามารถผ่านลงไปถึงหลอดลมฝอยและถุงลมส่วนปลายสุดของปอด ก่อให้เกิดปฏิกิริยาระคายเคือง และเกิดการอักเสบทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง พีเอ็ม ๒.๕ จึงเป็นปัจจัยร่วมที่เป็นสาเหตุของโรคต่างๆ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็งปอด และโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนล่าง (Institute for Health and Evaluation, Washington U.) มีการคาดประมาณเบื้องต้นว่า พีเอ็ม ๒.๕ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย ๗,๕๘๐ คน ในปี ๒๕๕๗ (รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗)

พีเอ็ม ๒.๕ มีแหล่งกำเนิดที่สำคัญ ได้แก่ โรงไฟฟ้า โดยเฉพาะ โรงไฟฟ้าถ่านหิน (Ehrlich et al., 2007) โรงงานอุตสาหกรรม (Huang et al., 2007) ไอเสียจากยานพาหนะ (Querol et al., 2001) การเผาทางการเกษตรในที่โล่ง (Tao et al., 2013) เตาเผาขยะ (Mao et al., 2007) การก่อสร้าง (Zhang et al., 2015) การปิ้งย่าง (Li et al., 2015) จะเห็นได้ว่า พีเอ็ม ๒.๕ เกิดขึ้นจากกิจกรรมของมนุษย์แทบทั้งสิ้น โดยเฉพาะการมุ่งพัฒนาเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการขยายตัวของโรงงานอุตสาหกรรมโดยขาดมาตรการป้องกันด้านสิ่งแวดล้อม การขยายตัวของพื้นที่การเกษตรที่เชื่อมโยงกับอุตสาหกรรมอันนำไปสู่การเผาในแปลงเกษตร เช่น อุตสาหกรรมน้ำตาลกับการปลูกและตัดอ้อย อุตสาหกรรมอาหารสัตว์กับการปลูกข้าวโพด และการขยายตัวของเมืองโดยขาดการวางแผนที่ดี ทำให้เกิดปัญหาการจราจรติดขัดหนาแน่น สถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลให้ปัญหามลพิษทางอากาศขยายตัวและเพิ่มความรุนแรงขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะในบริเวณที่ตั้งของแหล่งอุตสาหกรรมต่างๆ และในเขตเมืองที่มีการจราจรหนาแน่น

นอกจากนั้น ประเทศไทย ในช่วงฤดูแล้ง (ตั้งแต่มกราคม-เมษายนของทุกปี) จะมีสภาพอุตุนิยมวิทยาที่มีลักษณะอากาศแจ่มใส ลมสงบ โดยเฉพาะในปี ๒๕๖๒ ที่มีภาวะเอลนีโญด้วย ทำให้เกิดสภาพ “ฝุ่นพิษ” ปกคลุมหนาแน่นนานนับเดือน ขณะที่มีการตรวจพบจุดความร้อนจำนวนมากนับพันจุดต่อวันในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนในช่วงเวลาดังกล่าว ซึ่งเป็นผลจากการเผาทางการเกษตรและการเผาในพื้นที่ป่า ทั้งในประเทศไทย และในประเทศเพื่อนบ้าน ส่งผลให้คุณภาพอากาศในหลายจังหวัดภาคเหนืออยู่ในภาวะเป็นอันตรายต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องนานหลายเดือน

๔.๒ ของเสียอันตรายที่ตกค้างในประเทศเพิ่มขึ้นทุกปี ขณะที่ขยะอันตรายนำเข้าเพิ่มมากขึ้น^{๔๔}

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

ทั้งนี้ จากรายงานการแจ้งขนส่งของเสียออกนอกบริเวณโรงงานไปจัดการ พบว่า กากอุตสาหกรรมอันตราย ที่สามารถจัดการได้มีเพียง ๐.๙๗ ล้านตัน (ร้อยละ ๓๔.๖) แสดงถึงการมีกากอุตสาหกรรมอันตรายจากในประเทศ ที่ยังไม่มีจัดการ ตกค้างไม่น้อยกว่า ๑.๗ ล้านตัน ในทุกๆ ปี

ในปี ๒๕๖๑ สถานการณ์ด้านการนำเข้าของเสียอันตรายหรือขยะพิษ เป็นข่าวใหญ่ในหน้าสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพราะได้ก่อมลพิษสร้างความเดือดร้อนต่อประชาชนในพื้นที่รอบโรงงานที่เป็นแหล่งเก็บ-คัดแยก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงงานที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องตามกฎหมาย และหลายแห่งเป็นโรงงานที่ไม่ได้ขออนุญาตหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามที่ขออนุญาตไว้ โดยสิ่งที่ตรวจพบส่วนใหญ่เป็นซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงเศษพลาสติกที่กำจัดได้ยาก

ด้วยเหตุที่กระทรวงอุตสาหกรรมเน้นส่งเสริมการตั้งโรงงานประเภทต่างๆ จึงมีการยกเว้นกฎเกณฑ์หลายประการในหลายปีที่ผ่านมา ส่งผลให้มีการตั้งโรงงานบำบัดของเสียรวม โรงงานคัดแยกขยะ และโรงงานรีไซเคิล^{๔๕} เพิ่มมากขึ้น สำนักข่าวประชาชาติธุรกิจ (๒๕ พ.ค. ๒๕๖๑) รายงานว่า โรงงานอุตสาหกรรมที่ประกอบกิจการรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ มีจำนวน ๑,๗๖๑ โรงงาน แยกเป็นโรงงานการคัดแยก ฝักรับสิ่งปฏิกูลหรือวัสดุที่ไม่ใช่แล้ว ๑,๒๒๒ โรงงาน และโรงงานผลิตวัสดุที่มาจากผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมที่ไม่ใช่แล้ว เพื่อนำกลับมาใช้ใหม่ ๕๓๙ โรงงาน ซึ่งในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา ถือว่ามีจำนวนโรงงานอุตสาหกรรมประเภทดังกล่าวจำนวนมาก^{๔๖} นอกจากนี้ การมีคำสั่ง คสช.ที่ ๔/๒๕๕๙ ซึ่งเปิดโอกาสให้โรงงานลำดับที่ ๑๐๑-๑๐๕ และ ๑๐๖ สามารถตั้งในพื้นที่สีเขียว พื้นที่เกษตรกรรมและพื้นที่ที่ควรรักษาไว้เพื่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นพื้นที่ที่เคยได้รับความคุ้มครองจากกฎหมายผังเมืองรวม แต่การคุ้มครองนี้ได้ถูกยกเลิกจากคำสั่งดังกล่าวที่มุ่งผลเพื่อสนับสนุนนโยบายรัฐในการจัดการขยะให้เกิดผลโดยเร็ว แต่มาตรการดังกล่าวส่งผลให้โรงงานที่รับกำจัดขยะอันตรายกระจายเข้าไปในพื้นที่สีเขียว ก่อมลพิษและผลกระทบต่อแหล่งผลิตอาหารและที่อยู่อาศัยในระยะยาว

^{๔๔} รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี ๒๕๕๘ ,กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.(หน้า ๘๐ - ๘๒)

^{๔๕} โรงงานบำบัดของเสียรวม (ลำดับที่ ๑๐๑) โรงงานอุตสาหกรรมที่ประกอบกิจการรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ ประเภทโรงงานการคัดแยก ฝักรับสิ่งปฏิกูลหรือวัสดุที่ไม่ใช่แล้ว (ลำดับที่ ๑๐๕) และประเภทโรงงานผลิตวัสดุที่มาจากผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมที่ไม่ใช่แล้ว เพื่อนำกลับมาใช้ใหม่ (ลำดับที่ ๑๐๖)

^{๔๖} <https://www.prachachat.net/economy/news-165532>

๔.๓ ขยะมูลฝอยหรือ “ขยะชุมชน”^{๔๔} มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น และกำจัดถูกต้องเพียงบางส่วน คงเหลือตกค้างเพิ่มขึ้นทุกปี ขณะที่ อปท. ซึ่งมีหน้าที่จัดการ “ขยะชุมชน” ยังมีข้อจำกัดหลายด้าน

ในช่วงปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๘ ปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนทั่วประเทศมีเพิ่มขึ้นทุกปีคือ ๒๔.๗๓, ๒๖.๗๗, ๒๖.๑๙, และ ๒๖.๘๕ ล้านตัน ตามลำดับ โดยปี ๒๕๕๘ มีอัตราการเกิดขยะมูลฝอยเฉลี่ย ๑.๑๓ กิโลกรัม/คน/วัน ซึ่งขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั้งหมด ได้รับการเก็บขนเพื่อนำไปกำจัดรวม ๑๕.๔๙ ล้านตัน (ร้อยละ ๕๘) โดยกำจัดได้อย่างถูกต้องเพียง ๘.๓๔ ล้านตัน (ร้อยละ ๓๑) มีการนำไปใช้ประโยชน์ ๔.๗๔ ล้านตัน (ร้อยละ ๑๘) ใน ๓ ลักษณะ ได้แก่ การใช้ประโยชน์โดยการรีไซเคิล การใช้ประโยชน์จากขยะอินทรีย์ และการแปรรูปมูลฝอยให้เป็นพลังงาน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ๔,๕๔๕ แห่ง หรือร้อยละ ๕๙ ของ อปท. ทั้งหมด ที่ให้บริการเก็บขนและรวบรวมขยะมูลฝอยเพื่อนำไปกำจัดและสามารถกำจัดได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ ร้อยละ ๕๔ ของปริมาณขยะที่เก็บขนได้ ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ ๔๖ ถูกนำไปกำจัดโดยไม่ถูกต้อง เช่น การเผากลางแจ้ง และลักลอบทิ้งในพื้นที่สาธารณะ ฯลฯ

มูลฝอยจากชุมชนหรือขยะชุมชน ประกอบด้วย ขยะที่เกิดจากครัวเรือน อาคารที่อยู่อาศัย อาคารพาณิชย์ ห้างสรรพสินค้า ตลาดสด และสถานประกอบการต่างๆ มีทั้งที่เป็นขยะมูลฝอยทั่วไป และขยะอันตรายจากชุมชน เช่น ถ่านไฟฉายหรือแบตเตอรี่ หลอดไฟฟ้าบางประเภท ซากเครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ รวมทั้งบรรจุภัณฑ์สารเคมีอันตราย เป็นต้น ในประเทศไทยและในเกือบทุกประเทศ “การจัดการขยะ” นับเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมสำคัญ ที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ทำให้เกิดขยะจำนวนมาก การไม่คัดแยกขยะที่ต้นทาง ทำให้ยากต่อการนำกลับมาใช้ซ้ำ (Re-use/Recycle) การลักลอบทิ้งขยะอันตรายจากอุตสาหกรรม ฯลฯ อีกทั้งการจัดการขยะชุมชนที่ไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน ส่งผลกระทบและอันตรายต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

๔.๔ ปัญหาอาหารส่วนเกินที่ส่งผลกลายเป็นขยะอาหารกว่าร้อยละ ๖๐ ของขยะทั้งหมด

องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (UNFAO) ได้ทำการศึกษาวิจัยผลกระทบพฤติกรรมเรื่องวิกฤตขยะอาหาร ภายใต้หัวข้อ “Food Wastage Footprint : Impacts on Natural Resources” พบว่า อาหารที่ผลิตได้ในโลก กลายเป็นเศษอาหารเหลือทิ้งถึง ๑ ใน ๓ หรือราว ๑,๓๐๐ ล้านตันต่อปี ขณะที่ประชาชนทั่วโลกต้องเผชิญความหิวโหยถึง ๘๗๐ ล้านคน ในประเทศไทย ข้อมูลจากกรมควบคุมมลพิษ ระบุว่า การสร้างขยะจากครัวเรือนของคนไทยในปี ๒๕๕๙ โดยเฉลี่ย ๑.๑๔ กิโลกรัมต่อคนต่อวัน ซึ่งจากทั้งหมด ๒๗.๐๖ ล้านตัน มีขยะอาหารเป็นส่วนถึงร้อยละ ๖๔ ทั้งนี้ ตามเป้าหมายที่ ๑๒.๓ ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ได้กำหนดให้ประเทศต่างๆ ลดขยะอาหารลงให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี ๒๕๗๓

ปัจจุบัน หลายประเทศโดยเฉพาะในยุโรปจึงมีการออกกฎหมายและมาตรการต่างๆ เพื่อลดการสูญเสียนี้ โดยเน้นห้ามการทิ้งอาหารส่วนเกิน และมีระบบดูแลให้มีการนำมาปรับปรุงเป็นอาหารให้ผู้ยากลำบาก ได้รับประทานอย่างมีคุณภาพ

^{๔๔} แผนจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

๔.๕ การปนเปื้อนของมลพิษจากอุตสาหกรรม^{๑๑}

ในปี ๒๕๕๘ รายงานของกรมโรงงานอุตสาหกรรมระบุว่า มีจำนวนมลพิษสะสมของโรงงานอุตสาหกรรมทุกประเภทที่ได้รับอนุญาตประกอบกิจการตาม พ.ร.บ. โรงงานอุตสาหกรรม พ.ศ. ๒๕๓๕ รวม ๑๓๙,๘๒๑ แห่ง และข้อมูลจากการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทยระบุว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีนิคมอุตสาหกรรม ๔๗ นิคมใน ๑๕ จังหวัด กระจายอยู่ในทุกภาค ซึ่งมาตรการดูแลป้องกันมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมในประเทศไทยยังมีปัญหาในหลายๆ ด้าน ส่งผลให้มีการร้องเรียนของประชาชนที่ได้รับผลกระทบอยู่บ่อยครั้ง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีโรงงานหนาแน่น ดังตัวอย่างในจังหวัดสมุทรสาคร ที่ประกาศเป็นเขตควบคุมมลพิษนับแต่ปี ๒๕๓๘ แต่ปัญหาการร้องเรียนยังคงมีอยู่ต่อเนื่อง และมีการสะสมของมลพิษในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

นักวิชาการของมูลนิธิบูรณะนิเวศ และสมาคมอาร์นิกา (Arnika Association) สาธารณรัฐเช็ก ได้ศึกษาปัญหาการสะสมของสารมลพิษในพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรม ๘ จังหวัดของประเทศไทย เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ และกุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ พบว่า

๑) มีการสะสมของสารพิษตกค้างยาวนาน (Persistent Organic Pollutants : POPs) ได้แก่ สารไดออกซิน/ฟิวแรน (PCDD/Fs) พีซีบี (PCBs) และการสะสมของสารพีเอเอช ๑๖ ชนิด (16 PAHs) ในตัวอย่างไขไก่ของ อ.เมือง จ.สมุทรสาคร โดยตรวจพบสารอันตรายตกค้างหลายรายการ

๒) การศึกษาสารโลหะหนักในตะกอนดิน พบการปนเปื้อนโลหะหนัก ๔ ชนิด ได้แก่ สังกะสี, แคดเมียม, ทองแดง ตะกั่ว ในปริมาณที่สูงเกินค่าที่ระบุอยู่ใน (ร่าง) มาตรฐานคุณภาพตะกอนดินของแหล่งน้ำผิวดิน

นอกจากนี้ บริเวณปากแม่น้ำท่าจีนและชายฝั่งทะเลยังตรวจพบ สารหนู, แคดเมียม และตะกั่ว ในปริมาณสูง โดยเฉพาะสารตะกั่วสูงเกินมาตรฐานกว่า ๒๕ เท่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ

๔.๖ สถานการณ์ด้านกฎหมาย นโยบาย และทิศทางการพัฒนาประเทศ

๑) บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ มี ๒ มาตราที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสิ่งแวดล้อมโดยตรง คือ

มาตรา ๕๗ ระบุใน(๒)ว่า ... (รัฐต้อง) อนุรักษ์ คุ้มครอง บำรุงรักษา ฟื้นฟู บริหารจัดการ และใช้หรือจัดให้มีการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และความหลากหลายทางชีวภาพ ให้เกิดประโยชน์อย่างสมดุลและยั่งยืน โดยต้องให้ประชาชนและชุมชนในท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมดำเนินการและได้รับประโยชน์จากการดำเนินการดังกล่าวด้วยตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา ๕๘ ระบุว่า “การดำเนินการใดของรัฐหรือที่รัฐจะอนุญาตให้ผู้ใดดำเนินการ ถ้าการนั้นอาจมีผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติ คุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพ อนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้เสียสำคัญอื่นใดของประชาชน หรือชุมชน หรือสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง รัฐต้องดำเนินการให้มีการศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนหรือชุมชน และจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของ

^{๑๑}รายงานการศึกษา “พื้นที่ปนเปื้อนสารปรอทของประเทศไทยแหล่งโรงไฟฟ้าถ่านหินและโรงผลิตเยื่อกระดาษ ตำบลท่าตุม อำเภอศรีมหาโพธิ์ จังหวัดปราจีนบุรี” เป็นส่วนหนึ่งของรายงานการศึกษาในโครงการรณรงค์เพื่ออนาคตอันปลอดภัยปราศจากปรอท เครือข่ายระหว่างประเทศว่าด้วยการกำจัดสารพิษตกค้างยาวนานในสิ่งแวดล้อม (International POPs Elimination Network - IPEN) โดย มูลนิธิบูรณะนิเวศ (ประเทศไทย) สมาคมอาร์นิกา (สาธารณรัฐเช็ก) และคณะทำงานด้านโลหะหนัก เครือข่ายระหว่างประเทศว่าด้วยการกำจัดสารพิษตกค้างยาวนานในสิ่งแวดล้อม, มกราคม ๒๕๕๖.

ผู้มีส่วนได้เสียและประชาชนและชุมชนที่เกี่ยวข้องก่อน เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาดำเนินการหรืออนุญาต ตามที่กฎหมายบัญญัติ ...”

บทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังกล่าว เป็นเงื่อนไขสำคัญ ที่หน่วยงานและภาคส่วน ต่างๆ ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม จะได้ร่วมมือกันปรับปรุงหรือพัฒนากฎหมาย และ/หรือกลไกต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเอื้อให้มีการดูแลรักษาและใช้ประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุลและยั่งยืน และลดผลกระทบ ของการพัฒนาต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน ได้ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ

๒) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs)

ความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีส่งผลให้เกิดความเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ และอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบและความเสียหายต่อทรัพยากรโลกเป็นอย่างมาก ประเทศไทยและอีก ๑๘๙ ประเทศทั่วโลก ได้เห็นพ้องในการตั้งเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals : MDGs) ในการประชุมองค์การสหประชาชาติเมื่อปี ๒๕๔๓ โดยมีระยะเวลา ๑๕ ปี ของการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ซึ่งได้สิ้นสุดลงเมื่อปี ๒๕๕๘ โดยเกิดความสำเร็จเป็นอย่างดีในหลาย ประเทศ^{๕๐}

เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการพัฒนาที่ยั่งยืน สหประชาชาติจึงได้กำหนดเป้าหมายขึ้นใหม่ เรียกว่า เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ซึ่งสหประชาชาติได้ผลักดันให้เป็นระเบียบวาระการขับเคลื่อน งานพัฒนาที่สำคัญของโลก โดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนาใน ๕ มิติ (People, Prosperity, Planet, Peace และ Partnership) ครอบคลุม ๑๗ เป้าหมาย ๑๖๙ เป้าประสงค์ และกว่า ๒๓๐ ตัวชี้วัด ซึ่งพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้ร่วมแถลงเพื่อย้ำเจตนารมณ์ของไทยในความร่วมมือกับสหประชาชาติต่อเรื่องนี้ ในการประชุมสหประชาชาติระดับผู้นำ เพื่อรับรองระเบียบวาระการพัฒนาตามกรอบ SDGs เมื่อเดือนกันยายน ๒๕๕๘ ณ นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา

ทั้งนี้ จาก ๑๗ เป้าหมายใน SDGs มี ๓ เป้าหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อม กับสุขภาพ คือ เป้าหมายที่ ๙ “อุตสาหกรรม และนวัตกรรม” เป้าหมายที่ ๑๑ “เมืองและการตั้งถิ่นฐาน” และ เป้าหมายที่ ๑๒ “การผลิตและบริโภคที่ยั่งยืน” ซึ่งในการขับเคลื่อนทั้ง ๑๗ เป้าหมายดังกล่าว รัฐบาลได้แต่งตั้ง คณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อจัดทำแนวทางขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืนอย่างมีส่วนร่วมจาก ทุกภาคส่วน ไปสู่เป้าหมายที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศ การจัดลำดับความสำคัญของเป้าประสงค์และ การพัฒนาตัวชี้วัดที่เหมาะสมของประเทศ การขับเคลื่อนเส้นทางการพัฒนาและปฏิรูปประเทศ พร้อมทั้งมีกลไก การติดตามที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

จุดเน้นของแผน

จุดเน้นการขับเคลื่อนทั้ง ๔ แผนงาน ภายใต้แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ที่ได้จากกระบวนการ พัฒนาแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ในแผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ และในกระบวนการพัฒนา แผนดำเนินงาน พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยการประชุมระดมความคิดเห็นร่วมกันระหว่างผู้แทนหน่วยงาน ภาคีที่เกี่ยวข้อง และคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๒ มีดังนี้

^{๕๐} <http://sustainabledevelopment.un.org>, <http://www.manpattanalibrary.com/newsdetail.php?id=48>

๑. จุดเน้นของแผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ

การขับเคลื่อนแผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศในแผนหลัก สสส. ระยะ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ ยังคงเน้นใน ๒ ประเด็นหลักที่มีผลกระทบสูงต่อสุขภาพประชากรไทย สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ และตอบสนองการบรรลุเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. (เป้าหมายลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวี) คือ ๑) การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ ๒) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยในทั้ง ๒ ประเด็น จะมีการปรับปรุงและออกแบบการดำเนินงานให้บูรณาการการทำงานร่วมกัน และมีจุดเน้น ดังนี้

๑.๑ สนับสนุนการบังคับใช้ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะประเด็นต่อไปนี้

- ๑) การดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ประสบปัญหาจากการตั้งครรภ์ ให้ได้เรียนต่อเนื่องในสถานศึกษาเดิมหรือระบบการศึกษาเดิม ไม่ควรต้องลาออก แล้วเรียนต่อ กศน. ซึ่งทำให้ขาดโอกาสในการมีอาชีพและรายได้ที่มั่นคงในระยะยาว รวมทั้งสร้างความรับรู้เรื่องสิทธิของตนเอง ส่งเสริมระบบการส่งต่อและช่วยเหลือครอบครัวโดยไม่เปิดเผยข้อมูล ผ่านการใช้สื่อที่เข้าถึงวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๒) ปรับทัศนคติ และความเข้าใจ ของกลุ่มผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องต่อแม่วัยรุ่น เพื่อลดการตีตราลดการละเมิดสิทธิ และร่วมมือกันป้องกันและแก้ไขปัญหา
- ๓) ระบบการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่น ที่เลือกตั้งครรภ์ต่อ ในลักษณะรายบุคคล (case management) ที่จะช่วยเหลือให้เข้าถึงบริการต่างๆ ตาม พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยพัฒนาให้มีแกนกลางในการประสานให้ความช่วยเหลือดูแล และพัฒนาทักษะรายบุคคล เพื่อให้แม่วัยรุ่นและลูกของแม่วัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๑.๒ สนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์รณรงค์อย่างอนามัยแห่งชาติ ด้วยมาตรการสนับสนุนการเข้าถึงถุงยางอนามัยของกลุ่มวัยรุ่นทุกกลุ่มและทุกช่วงวัย และการรณรงค์สื่อสารเชิงบวก ให้ถุงยางอนามัยเป็นอุปกรณ์ที่ต้องใช้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ (เว้นแต่กรณีต้องการมีบุตร) เพื่อการมีสุขภาพทางเพศ ทั้งโดยการสนับสนุนแบบแจกให้ฟรี และโดยการทำการตลาดในราคาที่วัยรุ่นเข้าถึงได้

๑.๓ พัฒนาจังหวัดต้นแบบยุติปัญหาเอดส์ ที่ดำเนินมาตรการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ และลดการตีตราและเลือกปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปสู่การขยายผล

๒. จุดเน้นของแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

๒.๑ พัฒนาการทำงานร่วมกับกรมสุขภาพจิตและภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อมุ่งส่งเสริมพัฒนารูปแบบและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กปฐมวัย โดยเน้นให้มีพัฒนาการที่สมวัยและมีสติปัญญาในระดับปกติขึ้นไป เพื่อให้เด็กปฐมวัยเติบโตขึ้นมาอย่างมีคุณภาพทั้งในเรื่อง IQ และ EQ (โดยร่วมมือกับแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว)

๒.๒ ทำงานร่วมกับกรมสุขภาพจิต รวมถึงนักวิชาการและตัวแทนจากหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะทีมงานและภาคีจากแผนอื่นๆ ของ สสส. ได้แก่ แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ และภาคส่วนอื่นๆ ในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ ๑

๒.๓ สนับสนุนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการจัดการระบบบริการสุขภาพ ในการพัฒนาโลก และรูปแบบระบบบริการสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิ

๒.๔ สนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพ ของสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เพื่อหนุนเสริมการขับเคลื่อนภารกิจตามแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ให้มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้

๒.๕ สนับสนุนการสื่อสารสร้างความเข้าใจให้กับสังคม ในประเด็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต เพื่อสร้างความตระหนักรู้ต่อโรคทางจิตเวช ลดการตีตรารังเกียจ เพื่อสนับสนุนให้ผู้เริ่มมีอาการทางจิตเวชกล้าที่จะเข้าสู่ระบบบริการ และช่วยให้ผู้ป่วยทางจิตเวชรวมถึงญาติผู้ป่วย สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติสุข

๓. จุดเน้นของแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

๓.๑ สนับสนุนการพัฒนาภิรมการการทำงานร่วมกัน ในกลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา เพื่อเสริมสร้างกลไกและเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับพื้นที่ให้มีความเข้มแข็ง โดยเน้นเป้าหมายการจัดการปัญหาสินค้าที่ไม่ปลอดภัยทั้งในระดับพื้นที่ชุมชนและออนไลน์ การจัดการปัญหาขายขาด การพัฒนาองค์กรผู้บริโภคคุณภาพ

๓.๒ สนับสนุนการพัฒนาระบบรับรององค์กรผู้บริโภคคุณภาพต่อเนื่อง และเตรียมความพร้อมขององค์กรผู้บริโภคที่เคยผ่านการรับรองเป็นองค์กรผู้บริโภคคุณภาพแล้ว ให้ขึ้นทะเบียนเป็นองค์กรผู้บริโภค เพื่อสนับสนุนการจัดตั้งและการขับเคลื่อนให้สภาองค์กรผู้บริโภคแห่งชาติ ตาม พระราชบัญญัติ การจัดตั้งสภาองค์กรผู้บริโภค มีโอกาสเริ่มดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

๓.๓ สนับสนุนการขับเคลื่อนเพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์การจัดการการดี้อย่างด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ โดยเน้นบทบาทตามยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสารและสร้างความตระหนักแก่ประชาชน

๓.๔ สนับสนุนให้หน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เช่น อย. พัฒนา “ตัวช่วย” สำหรับผู้บริโภค ให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาช่วย

๓.๕ สนับสนุนการขับเคลื่อนด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ เพื่อสนับสนุนให้มีการนำความรู้ไปใช้อย่างเหมาะสม และส่งผลให้ประชาชนได้ประโยชน์ทางสุขภาพสูงสุดจากการใช้กัญชา กัญชง หรือพืชสมุนไพรอื่น

๔. จุดเน้นของแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

๔.๑ พัฒนาข้อเสนอนโยบายและมาตรการ ในการจัดการอาหารส่วนเกินที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดการสูญเสียโดยเปล่าประโยชน์ และทำงานร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส. ผลักดันนโยบายรวมถึงพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ทั้งที่ใช้บังคับกับผู้ผลิต-ผู้จำหน่าย และมาตรการที่สนับสนุนองค์กรต่างๆ ที่เข้ามาช่วยในการนำอาหารส่วนเกินไปใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยเน้นการนำไปช่วยเหลือกลุ่มประชากรชายขอบ

๔.๒ สร้างและสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา พีเอ็ม ๒.๕ (เครือข่ายฯ ประกอบด้วย นักวิชาการจากสถาบันต่างๆ หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน) ในการพัฒนารูปแบบ (Model) การดำเนินงานระดับพื้นที่ และพัฒนาข้อเสนอแนะหรือมาตรการที่จะช่วยลดปัญหา พีเอ็ม ๒.๕

๔.๓ พัฒนาต้นแบบพื้นที่จัดการปัญหาเพื่อลดมลพิษอุตสาหกรรม เพื่อนำไปสู่การขยายผลเชิงนโยบาย

๔.๔ สนับสนุนการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการด้านสิ่งแวดล้อม ให้กับภาคประชาชนและชุมชน-ท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม ตามสิทธิของชุมชนที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ และตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมายใหม่ด้านสิ่งแวดล้อม ที่ประกาศใช้ในปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒

วัตถุประสงค์

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

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๗๕)

๑. มีข้อเสนอนโยบายหรือมาตรการระดับประเทศเพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ด้านคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสร้างเสริมสุขภาพจิต หรือด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ ที่ได้รับการตอบรับและนำเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของหน่วยงานหรือองค์กรที่มีอำนาจออกนโยบายหรือมาตรการนั้น อย่างน้อย ๒ เรื่อง
๒. มีจังหวัดนำร่อง ที่ดำเนินมาตรการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเป็นระบบ ๒ จังหวัด^{๔๑} เน้นมาตรการเพิ่มอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มที่เปลี่ยนคู่นอนบ่อย มาตรการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ และมาตรการลดอันตรายในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด (Harm reduction) ที่สามารถแสดงผลแนวโน้ม

^{๔๑} ในปี ๒๕๖๑ มีการดำเนินงานใน ๒ จังหวัดนำร่อง คือ อุบลราชธานี และกำแพงเพชร เป็นปีแรก ซึ่งทั้ง ๓ มาตรการที่ระบุเพิ่มเติมในตัวชี้วัดปี ๒๕๖๒ ทั้ง ๒ จังหวัด ยังอยู่ในขั้นเริ่มต้นดำเนินงาน และสำนัก ๒ ร่วมกับนักวิชาการที่เกี่ยวข้องเพิ่งออกแบบการทำงานทั้ง ๓ มาตรการได้เป็นระบบชัดเจน

การลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มเป้าหมาย และมีการสังเคราะห์ชุดความรู้จากการดำเนินงาน นำไปพัฒนาข้อเสนอนโยบายเพื่อขยายผลในระดับประเทศ

๓. มีเครื่องมือ คู่มือ หรือแหล่งเรียนรู้ ที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ โดยมีอย่างน้อย ๘ จังหวัด ที่ได้นำเครื่องมือ คู่มือ ไปปรับใช้ในพื้นที่ของจังหวัดนั้นๆ
๔. มีการนำรูปแบบ (Model) การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย ที่สังเคราะห์จากพื้นที่ต้นแบบ ไปสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐ อย่างน้อย ๒ รูปแบบ
๕. มีพื้นที่ต้นแบบ ที่ได้ถอดบทเรียนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และการพัฒนาระบบยา หรือด้านสร้างเสริมสุขภาพจิต) และเป็นแหล่งเรียนรู้ที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ได้ อย่างน้อย ๓ แห่ง
๖. มีชุดความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาและผลักดันนโยบาย หรือใช้เพื่อพัฒนาแนวทางการสื่อสารสร้างความรอบรู้เรื่องสุขภาพและความตระหนักให้กับสังคม ด้านสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ ด้านคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสร้างเสริมสุขภาพจิต หรือด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จำนวน ๒ เรื่อง

ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง (นำหน้าร้อยละ ๒๕)

๗. ร่วมกับ แผนสุขภาพเด็กเยาวชนและครอบครัว แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ทำงานร่วมกับกรมสุขภาพจิตและภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับภารกิจของแต่ละแผน ที่ตอบสนองยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต ในแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑
๘. ร่วมกับแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ พัฒนารูปแบบการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพจิต^{๓๐} ในกลุ่มแรงงานนอกระบบ (งานต่อเนือง) เพื่อเสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเชื่อมโยงกับ “ระเบียบวาระกลางประเด็นธนาครเวลา ทำให้เกิดกลไกและกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มคนจนเมือง”
๙. ร่วมกับแผนสุขภาพองค์กร พัฒนา “ระบบพัฒนาทักษะผู้ประกอบการ ให้สามารถสื่อสารเชิงบวกและคุยกับบุตรหลานเรื่องเพศได้” สำหรับผู้ประกอบการที่ทำงานในสถานประกอบการ โดยมีปฏิบัติการจริงในสถานประกอบการ ๘๐ แห่ง
๑๐. ร่วมกับแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ ดำเนินการสื่อสารณรงค์ในระดับประเทศ ในประเด็นสุขภาพทางเพศ และประเด็นเชื้อดื้อยา

^{๓๐} “การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพจิต” หมายถึง การจัดกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับแรงงาน เช่น การสำรวจข้อมูลสุขภาพจิต การอบรมให้ความรู้ การให้บริการปรึกษาทางจิตวิทยา ฯลฯ ซึ่งสามารถดำเนินการได้โดยกลุ่มแรงงาน ผ่านกลไกอาสาสมัคร หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย”

แนวทางการดำเนินงาน

๑. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ

๑.๑ บูรณาการการดำเนินงานในประเด็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยจัดกระบวนการหรือและออกแบบการขับเคลื่อนงาน และการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างภาคีและเครือข่ายของทั้ง ๒ ประเด็น โดยเน้นเป้าหมายเพิ่มอัตราการรู้ถึงอย่างอนามัยในทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ให้มากกว่าร้อยละ ๔๐ สอดคล้องตามยุทธศาสตร์สุขภาพอนามัยแห่งชาติ

๑.๒ สนับสนุนการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบระดับจังหวัด ในการบูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนหลัก เพื่อนำไปสู่การถอดบทเรียนและสังเคราะห์แนวทางหรือเครื่องมือ ที่สามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่มีประสิทธิผล เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมาย ตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ [เป้าหมาย 3 Zero's คือ ๑) ลดการติดเชื้อรายใหม่ ๒) ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ๓) ลดการตายจากเอชไอวี] และเป้าหมายตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ (ลดอัตราการคลอดในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ให้เหลือน้อยกว่า ๒๕ ราย ต่อหญิงวัยเดียวกัน ๑,๐๐๐ คน)

๑.๓ ใช้กลไกการประชุมคณะกรรมการประสานยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการระดับชาติ ตาม พระราชบัญญัติ การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ เพื่อช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสานการทำงาน หนุนเสริมระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนหลักที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนการบังคับใช้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและยุติปัญหาเอดส์ ให้มีประสิทธิผล

๑.๔ สนับสนุนการพัฒนาและผลักดันข้อเสนอกฎหมายรวมถึงมาตรการที่จำเป็น ที่จะนำไปสู่การลดการรังเกียจ การตีตราและการเลือกปฏิบัติ ต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีและวัยรุ่นที่ประสบปัญหาจากการตั้งครรภ์

๑.๕ สนับสนุนการทำงานให้คำปรึกษาผ่านสายด่วน ๑๖๖๓ ระบบรับเรื่องร้องเรียนและช่วยเหลือติดตามคุ้มครองสิทธิ ตาม พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเครือข่ายหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์ (Referral system for Safe Abortion : RSA) เพื่อรองรับวัยรุ่นและผู้ประสบปัญหาจากการตั้งครรภ์

๑.๖ การพัฒนากลไกและสนับสนุนเครื่องมือ ที่ช่วยเสริมพลังและสนับสนุนให้สามารถนำความรู้ไปดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

๑.๗ ร่วมกับแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะทางเพศ และภาคีที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์แนวทางการขับเคลื่อนงานสื่อสารณรงค์ เพื่อสร้างความรับรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมถึงปรับฐานคิดของสังคมไทย ที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะเป็พื้นฐานสำคัญในการป้องกันปัญหาที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันในระยะยาว โดยเน้นการสื่อสารณรงค์ใน ๓ ประเด็น คือ

- ๑) ให้ผู้ปกครองสามารถสื่อสารและให้คำปรึกษาเรื่องเพศกับบุตรหลานวัยรุ่นได้
- ๒) การให้โอกาสแก่วัยรุ่นที่ประสบปัญหาการตั้งครรภ์
- ๓) ให้การใช้ถุงยางอนามัยเป็นพฤติกรรมปกติในการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง

๒. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

๒.๑ ทำงานร่วมกับกรมสุขภาพจิต รวมถึงนักวิชาการและตัวแทนจากหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต ทั้งในและนอกภาคสุขภาพ โดยเฉพาะทีมงานและภาคีจากแผนอื่นๆ ของ สสส. ได้แก่ แผนสุขภาพเด็กเยาวชนและครอบครัว แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ และภาคส่วนอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข ในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยเน้นเป้าหมายกลุ่มเด็กปฐมวัยเป็นอันดับแรก เพื่อให้มีพัฒนาการที่สมวัยและมีสติปัญญาในระดับปกติขึ้นไป ทั้งระดับ IQ และ EQ

๒.๒ ค้นหาภาคีที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมและป้องกันสุขภาพจิต เพื่อสนับสนุนและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีดังกล่าว ในการมีส่วนร่วมพัฒนาการจัดบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ

๒.๓ สนับสนุนการสร้างศักยภาพให้กับทีมงานหลักของสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เพื่อหนุนเสริมการขับเคลื่อนภารกิจตามแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ให้มีประสิทธิภาพ

๒.๔ นำชุดความรู้ เครื่องมือ และทุนต่างๆ ที่พัฒนาขึ้นโดยแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ไปบูรณาการและพัฒนาการทำงานร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส. เพื่อเพิ่มมิติการสร้างเสริมสุขภาพจิตให้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

๒.๕ ทำงานร่วมกับแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพและภาคีที่เกี่ยวข้อง สื่อสารสร้างความเข้าใจให้กับสังคม ในประเด็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต เพื่อลดการตีตรารังเกียจ

๓. กลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

๓.๑ จัดกระบวนการพัฒนากลไกบูรณาการการทำงานร่วมกัน ของภาคีกลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา เพื่อกำหนดเป้าหมายและแผนการทำงานร่วมกันในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับพื้นที่ให้มีความเข้มแข็ง และสามารถทำงานร่วมกับกลไกคุ้มครองผู้บริโภคที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการปัญหาสินค้าที่ไม่ปลอดภัยทั้งในระดับพื้นที่ชุมชนและในพื้นที่ออนไลน์

๓.๒ สนับสนุนกลไกการพัฒนาและรับรองคุณภาพให้กับองค์กรผู้บริโภค เพื่อหนุนเสริมให้มีบทบาทในการจัดตั้งสภาองค์กรผู้บริโภคแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติการจัดตั้งสภาองค์กรผู้บริโภค รวมถึงร่วมขับเคลื่อนให้สภาองค์กรผู้บริโภคเริ่มดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

๓.๓ สนับสนุนการขับเคลื่อนเพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์การจัดการการด้อยด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ โดยเน้นบทบาทตามยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสารและสร้างความตระหนักแก่ประชาชน

๓.๔ ทำงานร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ภาคิ และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนให้ อย. ได้พัฒนา “ตัวช่วย” สำหรับผู้บริโภคในยุคดิจิทัล เพื่อช่วยให้ผู้บริโภคตรวจสอบเบื้องต้นได้ว่าผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จะเลือกซื้อนั้น ผ่านการตรวจสอบรับรอง ตามระบบของ อย. อย่างถูกต้องหรือไม่ เช่น ระบบคิวอาร์โค้ด (QR code) ที่ให้ข้อมูลผลิตภัณฑ์ได้สะดวกและรวดเร็วกว่าการสืบค้นจากเลข อย. ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

๓.๕ ร่วมกับกรมการแพทย์ อย. ภาคิ และนักวิชาการ สนับสนุนทบทวนความรู้การใช้กัญชาทางการแพทย์ ที่มุ่งเน้นให้ความรู้ด้านกฎหมาย ประโยชน์และโทษของกัญชา

๔. กลุ่มแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

๔.๑ ใช้ผลการศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Research Institute : TDRI) ร่วมกับข้อมูลผลการศึกษาอื่นๆ ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายและมาตรการ ในการจัดการอาหารส่วนเกินที่มีประสิทธิภาพ โดยทำงานร่วมกับแผนอื่นๆ ใน สสส. รวมถึงพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดการสูญเสียอาหารส่วนเกิน ทั้งที่ใช้บังคับกับผู้ผลิต-ผู้จำหน่าย และมาตรการที่สนับสนุนองค์กรต่างๆ ที่เข้ามาช่วยในการนำอาหารส่วนเกินไปช่วยเหลือกลุ่มประชากรชายขอบ เน้นการบูรณาการการทำงานระหว่างแผนอาหารเพื่อสุขภาวะและแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ ได้แก่ ลดขยะอาหาร (อาหารส่วนเกิน) และการผลิตอาหารที่ปลอดภัย

๔.๒ สร้างและสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาพีเอ็ม ๒.๕ (นักวิชาการ หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน) ในการศึกษารวบรวมและสังเคราะห์ข้อเสนอมาตรการที่จะช่วยลดปัญหา พีเอ็ม ๒.๕ รวมถึงการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการปัญหา พีเอ็ม ๒.๕ ได้อย่างมีส่วนร่วมและมีประสิทธิผล

๔.๓ การพัฒนาพื้นที่เขตอุตสาหกรรมต้นแบบในการลดปัญหามลพิษจากอุตสาหกรรม เพื่อนำไปสู่การขยายผลเชิงนโยบาย โดยเริ่มจากพื้นที่ที่ประสบปัญหามลพิษอุตสาหกรรมอย่างรุนแรงในจังหวัดสมุทรสาคร

๔.๔ สนับสนุนการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการด้านสิ่งแวดล้อม ให้กับภาคประชาชนและชุมชนท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม ตามสิทธิของชุมชนที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ และตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมายใหม่ด้านสิ่งแวดล้อม ที่ประกาศใช้ในปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒

๔.๕ สนับสนุนภาคิแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ ในการเชิญชวนคนรุ่นใหม่ที่สนใจงานด้านสิ่งแวดล้อมเข้าร่วมงาน และพัฒนาศักยภาพคนทำงานรุ่นใหม่ด้วยการสร้างโอกาสร่วมขับเคลื่อนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

ภาคีหลัก

๑. ภาคิของแผนงานสร้างเสริมสุขภาพะทางเพศ

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

นักวิชาการ : นักวิชาการ/บุคลากรทางการแพทย์ จาก มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยขอนแก่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

องค์กรระหว่างประเทศ : UNFPA, UNICEF

องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพะทางเพศ ได้แก่ มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง มูลนิธิแพชท์เฮลท์ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ มูลนิธิรักษ์ไทย

๒. ภาคิของแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

หน่วยงานรัฐ : กรมสุขภาพจิต (ศูนย์สุขภาพจิตเขต และจิตแพทย์จากโรงพยาบาลในสังกัด) โรงพยาบาลชุมชนและระบบ DHS ใน ๒๐ อำเภอ สำนักงานศาลยุติธรรม ศาลอาญาธนบุรี ศาลจังหวัดเชียงใหม่ ศาลจังหวัดนนทบุรี สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมคุมประพฤติ กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว โรงเรียนและเขตพื้นที่การศึกษา ในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

นักวิชาการ : นักวิชาการคณะจิตวิทยา จากมหาวิทยาลัยต่างๆ

องค์กรพัฒนาเอกชน : สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Alternative Development Association : SADA) มูลนิธิและสมาคมที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยจิตเวช

๓. ภาคิของแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา

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

หน่วยงานรัฐ : (ในพื้นที่ปฏิบัติการ) ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรวิชาชีพ: สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา

สถาบันวิชาการ: คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยต่างๆ

องค์กรพัฒนาเอกชน : มูลนิธิสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ องค์กรผู้บริโภคในจังหวัดต่างๆ

๔. ภาคิยของแผนงานด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

หน่วยงานรัฐ : (ส่วนกลาง) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยงานรัฐ : (ในพื้นที่ปฏิบัติการ) โรงพยาบาลสมุทรสาคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดสมุทรสาคร

นักวิชาการด้านสิ่งแวดล้อม จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันต่างๆ และนักวิชาการอิสระ

องค์กรพัฒนาเอกชน : มูลนิธิธรรมรัฐเพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม (ธ.พ.ส.ส.) (Good Governance for Social Development and the Environment Institute : GSEI) มูลนิธิบูรณะนิเวศเครือข่ายอากาศ องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ปฏิบัติการ มูลนิธิส่งเสริมการออกแบบอนาคตประเทศไทย

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ	๔๓
๒. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต	๓๐
๓. กลุ่มแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบยา	๔๗
๔. กลุ่มแผนงานสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ	๔๗
๕. กลุ่มกิจกรรมพัฒนาโครงการ การจัดการความรู้และการสื่อสารสังคม	๓
รวม	๑๗๐

แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ



สถานการณ์และแนวโน้ม

ความเป็นธรรมเป็นสิ่งที่ทุกสังคมพึงปรารถนา ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของประชากร ในสังคมที่แตกต่างกัน เป็นปัจจัยหนึ่งที่สะท้อนถึงภาพความเหลื่อมล้ำทั้งในระดับประเทศและในระดับสากล ความเหลื่อมล้ำดังกล่าวเป็นหนึ่งในเป้าหมายที่นานาประเทศต่างก็ให้ความสำคัญเป็นอันดับต้นๆ ในการกำหนดนโยบายสาธารณะของประเทศ ซึ่งแนวคิดใหม่ที่ถูกผลักดันโดยองค์การอนามัยโลก ได้บ่งชี้ว่าปัญหาความเหลื่อมล้ำของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นจากพฤติกรรมส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังมีปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health : SDH) ซึ่งหมายถึง ปัจจัยที่มีส่วนในการกำหนดสถานะสุขภาพของประชากร ตั้งแต่เกิด ดำรงชีวิต ทำงาน การเข้าสู่ช่วงสูงวัย ไปจนถึง การเสียชีวิต เป็นปัจจัยที่สำคัญที่นำไปสู่ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพ เช่นเดียวกัน

แนวคิดดังกล่าว ได้นำเสนอหลักการที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาคความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพ อย่างน้อย ๔ ประการ ได้แก่ (๑) ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพสามารถที่จะแก้ไขหรือลดทอนได้ผ่านการหนุนเสริมปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพให้มีความเท่าเทียมกันมากขึ้น (๒) การแก้ไขปัญหาคความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพสามารถเริ่มต้นได้จากการป้องกันไม่ให้เกิดโรค (Prevention-Based) ซึ่งนอกจากจะช่วยให้ประชากรมีสุขภาพที่ดีมากขึ้นแล้วยังช่วยลดภาระการดูแลสุขภาพของระบบบริการด้านสุขภาพอีกด้วย (๓) ปัจจัยที่กำหนดความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพไม่ได้เกิดขึ้นจากปัจจัยเฉพาะส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว ปัจจัยแวดล้อม ทั้งครอบครัว ชุมชน สังคม วัฒนธรรม รวมไปถึงบทบาทของภาครัฐ ต่างก็มีส่วนสำคัญในการกำหนดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ (๔) การพิจารณาผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ควรจะพิจารณาผลลัพธ์ตลอดช่วงชีวิต (Across Lifespan) มากกว่าที่จะพิจารณาเฉพาะช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต (Fragmented care)

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมก็มีผลต่อสุขภาพของประชากรหลากหลายกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังหรืออยู่ลำพังกับคู่ที่มีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการดูแลสุขภาพ ผู้พิการที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือจบเพียงระดับประถมศึกษาและประชากรที่มีปัญหาสถานะบุคคล มีปัญหาในการเข้าถึงสิทธิด้านการรักษาพยาบาลต่างๆ ที่ไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามานานแล้ว ผู้หญิงในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างมีอัตราการตายของมารดาสูงที่สุดในประเทศ ผู้ต้องขังหญิงยังเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรหญิงทั่วไป แรงงานที่ทำงานนอกระบบประสบปัญหาด้านอาชีวอนามัย โดยหลักๆ มาจาก

สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ประชากรมุสลิมยังคงมีอัตราการสูบบุหรี่และสัดส่วนการได้รับควันบุหรี่มือสองในระดับสูง เป็นต้น ความแตกต่างทางปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมเหล่านี้ได้ทำให้ช่องว่างของสุขภาวะของประชากรไทยมีความเหลื่อมล้ำ

การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านประชากรกลุ่มต่างๆ ที่มีปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นเหตุที่นำไปสู่ภาวะทางสุขภาพที่เหลื่อมล้ำกันจะช่วยสร้างความเป็นธรรมให้แก่สังคม ด้วยเหตุนี้ การทำงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้างหรือปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจึงไม่ใช่เป็นเพียงการบรรเทาทุกข์ให้กลุ่มประชากรชายขอบหรือคนบางกลุ่มเท่านั้น หากเป็นการลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้างของสังคมโดยรวม เพราะโครงสร้างความเหลื่อมล้ำนั้นไม่ได้กระทำต่อกลุ่มประชากรชายขอบเพียงกลุ่มเดียว หากครอบคลุมถึงกลุ่มประชากรทุกกลุ่มในสังคม (Social Gradient)

นอกจากนี้ แม้ว่ากลุ่มคนชายขอบจะมีความหลากหลาย แต่ก็ประสบสถานการณ์ปัญหาที่ทำทลายร่วมกัน ดังนี้ (๑) ไร้ตัวตน ถูกมองข้าม (๒) ถูกผลักรังเกียจ (๓) มีความเสี่ยงสูง (๔) ถูกกีดกันออกจากนโยบาย และ (๕) มีจิตสำนึกจำยอมหรือยอมจำนน

ความท้าทายของการทำงานเพื่อบรรลุความเป็นธรรมทางสุขภาพ ก็คือการทำงาน ลดความเหลื่อมล้ำผ่านปัจจัยทางสังคม ซึ่งจะสร้างการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับวิถีชีวิตและเชิงโครงสร้างได้ ต้องอาศัยยุทธศาสตร์การสร้างแนวร่วมสนับสนุนจากกลุ่มอื่น นอกเหนือจากการเสริมพลังอำนาจกลุ่มประชากรชายขอบแต่เพียงอย่างเดียว เพราะ (๑) ประชากรทุกกลุ่มในสังคมได้รับประโยชน์จากการลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้าง และ (๒) ผู้คนกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มชายขอบมีอิทธิพลและต้นทุนทางสังคมมากพอที่จะมาหนุนเสริมอำนาจต่อรองของกลุ่มประชากรชายขอบ และสร้างระบบนิเวศของการขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่เกื้อหนุนการตัดสินใจร่วมกันได้

แม้ว่า สสส. จะกำหนดให้ทุกแผนหลักดำเนินงานโดยคำนึงถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำ แต่ก็มีคามจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับ “ประชากรกลุ่มเฉพาะ” ได้แก่ ประชากรบางกลุ่มที่มีทั้งความเปราะบาง (Vulnerability) มีความเสี่ยง (Risk) หรือต้องการกระบวนการพิเศษในการเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพ สุขภาวะ อันถือเป็นปัจจัยส่งผ่านสังคมกำหนดสุขภาพ (Intermediary Determinants) ที่ทำให้สูญเสียสุขภาวะ เข้าไม่ถึงบริการ และไม่ได้รับประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายในภาพรวม การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชากร กลุ่มต่างๆ เหล่านี้ จึงต้องมีการทำงานผ่านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในระดับต่างๆ ตั้งแต่การค้นหาสิทธิและพิสูจน์สิทธิ ที่จะนำมาซึ่งการพัฒนาชุดบริการและการเข้าถึงตามความเหมาะสมของกลุ่มประชากร และทำให้ประชากรกลุ่มเฉพาะสามารถเข้าถึงสิทธิและการบริการได้อย่างเป็นธรรม และมีการสื่อสารสังคมให้มีเจตคติที่เหมาะสมสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ

สถานการณ์ปัญหาประชากรกลุ่มเฉพาะที่แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะดำเนินการในปัจจุบัน สรุปได้ดังนี้

สถานการณ์ผู้สูงอายุ

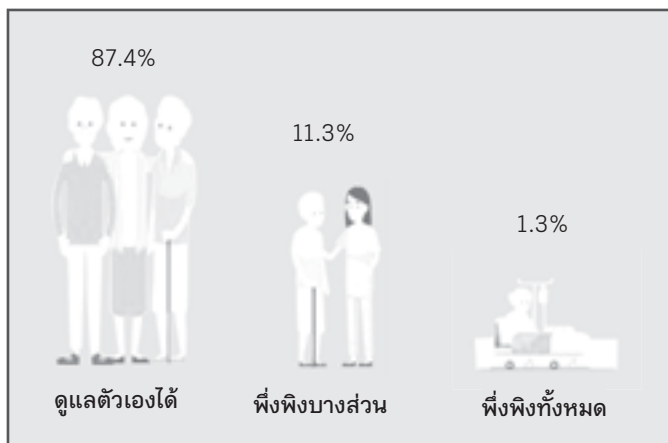
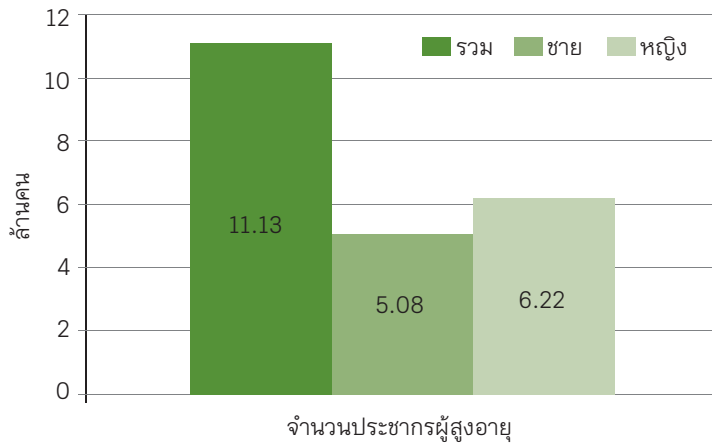
สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทยในปี ๒๕๖๐^{๓๓} มีผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๑.๓๑ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๗ โดยจำแนกเป็นชาย ๕.๐๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๙ ของประชากรผู้สูงอายุ และเป็นหญิง จำนวน ๖.๒๒ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๑ ของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งคาดว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ (Complete-Aged Society) ในปี ๒๕๖๔ และจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super-Aged Society) ในปี ๒๕๗๘ ซึ่งโครงสร้างอายุของประชากรที่เปลี่ยนไปนี้ เท่ากับเป็นการเปลี่ยนโครงสร้างของสังคมไทยโดยรวมด้วย ทั้งนี้ เมื่อจำแนกประเภทผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่นร้อยละ ๙๖.๙ โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ ๖๐ - ๖๙ ปี มีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งผู้อื่นในบางกิจกรรมของกิจกรรมประจำวันร้อยละ ๒ และมีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดร้อยละ ๑.๑ โดยส่วนใหญ่อยู่ในวัยมากกว่า ๘๐ ปี^{๓๔} ซึ่งผู้สูงอายุในช่วงวัยปลายหรืออายุตั้งแต่ ๘๐ ปีขึ้นไปนั้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงน่าจะสะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ^{๓๕} ในส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยข้อมูลจากผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวลำพังในครัวเรือน ร้อยละ ๑๐.๘ และร้อยละ ๒๓.๓ อยู่ลำพังกับคู่สมรส ซึ่งทั้ง ๒ กลุ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความเปราะบางต่อปัญหาต่างๆ นอกจากนี้อีกไม่เกิน ๑๕ ปี ประชากรไทยจะเริ่มเข้าสู่รูปแบบที่วัยแรงงานต้องรับภาระการเลี้ยงดูกลุ่มประชากรผู้สูงอายุและเด็กมากขึ้นเรื่อยๆ จากปัจจุบันที่มีสัดส่วนประชากรวัยทำงานประมาณ ๔.๕ คนต่อการดูแลผู้สูงอายุ ๑ คน และประชากรวัยเด็กอีก ๑ คน (๔:๑:๑) เป็นสัดส่วนประชากรวัยทำงานประมาณ ๒ คนต่อการดูแลผู้สูงอายุ ๑ คน และประชากรวัยเด็กอีก ๑ คน (๒:๑:๑) ทำให้ครอบครัวในปัจจุบันและครอบครัวใหม่ในอนาคต จะต้องประสบกับปัญหาความเครียดจากภาระค่าครองชีพและภาวะหน้าที่ที่ต้องดูแลคนในครอบครัวที่เพิ่มขึ้น^{๓๖} นับได้ว่าจากนี้ไปสังคมไทยกำลังอยู่ในสภาวะการณ์ที่มีผู้สูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจะส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

^{๓๓} สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ๒๕๖๑. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐.

^{๓๔} วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์และยศ วิชระคุปต์. ๒๕๖๐. “ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย” สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

^{๓๕} วิพรรณ ประจวบเหมาะและชลธิชา อัศวินรัตน. ๒๕๕๓. “ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ: ศึกษาจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓” ในสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓., ๘๗ - ๙๘.

^{๓๖} คณะกรรมการปฏิรูประบบบำนาญเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. ๒๕๕๘. รายงานข้อเสนอปฏิรูประบบบำนาญเพื่อรองรับสังคมผู้สูงวัย. สถาบันปฏิรูปแห่งชาติ



ภาพที่ ๑ แสดงจำนวนประชากรผู้สูงอายุ และร้อยละผู้สูงอายุจำแนกตามภาวะพึ่งพิง

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ ประเด็นด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ ซึ่งในด้านสุขภาพ^{๕๗} จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. ๒๕๕๗^{๕๘} พบว่า โรคเรื้อรังที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบ ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/ หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต นอกจากนี้ ยังมีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วย ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีความชุกร้อยละ ๘.๑ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมนี้นอกจากทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความคิด ความจำ และความสามารถในการตัดสินใจต่างๆ แล้ว ยังนำมาสู่ผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแล และสภาพจิตใจอีกด้วย ทั้งนี้มีข้อมูลบ่งชี้ว่า ในด้านงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประชากรก่อนที่จะมีปัญหาโรคเรื้อรังดังกล่าวจนเป็นเหตุให้เกิดภาวะพึ่งพิงนั้น มีการเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคอยู่ในระดับไม่สูงนัก โดยมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ ๒๖.๕ มีการออกกำลังกายเป็นประจำ^{๕๙}

ด้านสังคม พบว่า ในปี ๒๕๖๐ มีผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ ชมรมผู้สูงอายุร้อยละ ๓๓.๗ ซึ่งเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากเมื่อเทียบกับข้อมูลในปี ๒๕๕๗^{๖๐} ส่วนด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ ๑๐ เคยมีประสบการณ์ในการหกล้ม โดยการหกล้มส่วนใหญ่เกิดภายในบ้าน

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

^{๕๘} อ้างแล้วใน ๕๔

^{๕๙, ๖๐} อ้างแล้วใน ๕๓

บริเวณบ้าน และนอกบริเวณบ้าน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน เช่น ราวจับ และการปรับสภาพพื้นที่ในบ้านและนอกบ้าน ให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุอย่างปลอดภัย ป้องกันการหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บอันจะนำไปสู่ภาวะติดบ้าน และติดเตียงตามมาได้ นอกจากนี้ด้านการศึกษของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางการศึกษากับการเตรียมความพร้อมที่จำกัด มีผู้สูงอายุร้อยละ ๙.๙ เป็นผู้สูงอายุที่ไม่เคยได้รับการศึกษา โดยผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุถึงร้อยละ ๖๘.๗ เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้อาจสะท้อนถึงความสามารถในการเรียนรู้และทัศนคติต่อการเรียนรู้ อีกทั้งในปัจจุบันผู้สูงอายุเข้าถึงอินเทอร์เน็ตมากขึ้น ซึ่งการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตนั้นง่ายต่อการสื่อสาร แต่มีทั้งคุณและโทษ จึงควรพัฒนาช่องทางสื่อสารไปยังผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดการเข้าใจปัญหา และการเตรียมความพร้อมในการแก้ไขปัญหา เช่น ปัญหาฝุ่น PM 2.5 อาจพัฒนาความร่วมมือกับ Social Network Influencers ต่างๆ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาข่าวลวง (Fake News) และ ความเชื่อที่ไม่มีหลักฐาน

ด้านเศรษฐกิจ มีผู้สูงอายุร้อยละ ๓๔.๓ ยังคงเป็นผู้สูงอายุที่ยากจนซึ่งมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน โดยผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐^{๖๖} พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ ๓๕.๑ ยังคงทำงานอยู่ ซึ่งผู้สูงอายุชายทำงานมากกว่าผู้สูงอายุหญิง โดยสาเหตุสำคัญที่ยังทำงานร้อยละ ๔๓.๔ ระบุว่าต้องหารายได้เลี้ยงตนเองหรือครอบครัว ซึ่งแหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุร้อยละ ๓๑ มาจากการทำงาน และมีแนวโน้มรายได้จากการทำงานของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยการทำงานส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตรกรรม ร้อยละ ๕๘.๘ รองลงมาคือ การค้าและบริการ ร้อยละ ๓๐.๔ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังคงต้องการการทำงานเพื่อมีรายได้ ในขณะที่ภาพรวมการออมของประชากรวัยแรงงานมีเพียง ๑๕ ล้านคนที่อยู่ในระบบการออมเพื่อการเกษียณ แต่เงินออมเฉลี่ยที่มีก็อาจจะไม่เพียงพอกับเงินหลังเกษียณขั้นต่ำ ที่จะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ช่วงที่ผ่านมารัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการรองรับสังคมสูงวัยที่ประเทศไทยกำลังเผชิญ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวมโดยมีการออกนโยบายและมาตรการรองรับที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) และยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) โดยเฉพาะการประกาศระเบียบวาระสังคมผู้สูงอายุ เป็นระเบียบวาระแห่งชาติ เพื่อให้เกิดการพัฒนาาระบบและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเด็นเร่งด่วนที่สำคัญ และสนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของหน่วยงานต่างๆ

สถานการณ์คนพิการ

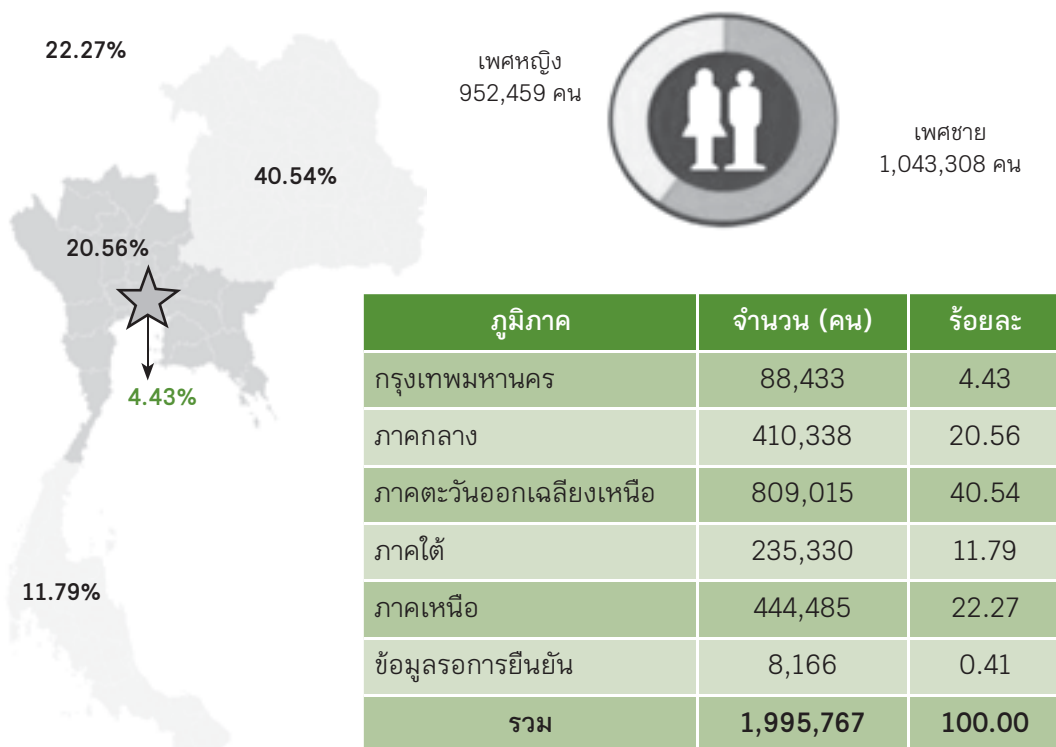
ปี ๒๕๖๒ คนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ มีจำนวน ๑,๙๙๕,๗๖๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๐๑ ของประชากรทั้งประเทศ^{๖๗} เป็นเพศชายจำนวน ๑,๐๔๓,๓๐๘ คน (ร้อยละ ๕๒.๒๘) และเพศหญิง จำนวน ๙๕๒,๔๕๙ คน (ร้อยละ ๔๗.๗๒) ส่วนใหญ่เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย รองลงมาเป็นคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเห็น ทางจิต หรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางออกัสติก

^{๖๖} อ้างแล้วใน ๕๓

^{๖๗} ศูนย์ข้อมูลคนพิการและเทคโนโลยีสารสนเทศ, รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย ข้อมูลสิ้นสุด ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒, <http://dep.go.th/th/news/รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย>, (สืบค้นเมื่อ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๒)

และทางการเรียนรู้ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุและประเภทความพิการ พบว่า มีคนพิการในวัยสูงอายุ (อายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป) มากที่สุดจำนวน ๑,๐๗๒,๔๗๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๗๔ ของจำนวนคนพิการทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่จะพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๓๔ ส่วนวัยเด็กและวัยศึกษา (แรกเกิด - ๒๑ ปี) พบว่ามีอัตราส่วนของคนพิการทางสติปัญญามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๘๖ ของคนพิการที่อยู่ในวัยเด็กและวัยศึกษาทั้งหมด ด้านการศึกษา มีคนพิการที่ไม่ได้รับการศึกษาเพียง ๘๓,๗๗๑ คน ในจำนวนนี้ พบว่ามีคนพิการอายุไม่ถึงเกณฑ์ที่จะเรียน จำนวน ๕,๒๒๔ คน และเป็นคนพิการที่อายุถึงเกณฑ์แต่ไม่ได้รับการศึกษาจำนวน ๗๘,๕๔๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๗๖ ของคนพิการที่ไม่ได้รับการศึกษา สำหรับคนพิการที่ได้รับการศึกษามีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น ๑,๙๑๑,๙๔๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๘๐ แต่ส่วนใหญ่ศึกษาในระดับประถมศึกษาจำนวน ๑,๑๘๘,๐๑๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๑๓ ขณะที่คนพิการที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีจำนวน ๗,๒๕๑ คน หรือเพียงร้อยละ ๐.๓๘ เท่านั้น ในด้านสุขภาพ เนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพที่ถูกต้องและถูกวิธี มีภาวะโภชนาการที่ส่งผลให้เกิดโรคมัยไข้เจ็บต่างๆ เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ขาดสารอาหาร ไม่สามารถออกกำลังกายหรือไม่ได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกายที่ถูกวิธี เป็นผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนหรือเกิดการเสื่อมสภาพของอวัยวะ^{๖๓}

สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย



^{๖๓} สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สุขภาพเป็นธรรมระบบบริการสุขภาพคนพิการ. HSRI Forum ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๗ เดือนธันวาคม ๒๕๕๕

ด้านการส่งเสริมอาชีพและการมีงานทำ คนพิการวัยทำงาน (อายุ ๑๕ - ๕๙ ปี) มีจำนวน ๘๔๑,๔๐๘ คน พบว่า มีคนพิการที่ประกอบอาชีพร้อยละ ๒๕.๘๕ คนพิการที่สามารถทำงานได้ แต่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ ๑๗.๙๖ และคนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (เนื่องจากพิการมาก/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้) คิดเป็นร้อยละ ๖.๘๖ ส่วนที่เหลือไม่ประสงค์ให้ข้อมูลด้านอาชีพ คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๓๓ อาชีพของคนพิการส่วนใหญ่ คือ เกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป และประกอบกิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ ด้านการเข้าถึงสิทธิ “คนพิการ” คือหนึ่งในประชากรที่ขาดโอกาสที่มักถูกกล่าวถึงว่าเป็นคนจนที่สุดในหมู่คนยากจน ทั้งในเรื่องนโยบายขาดโอกาสที่จะมีงานทำ และมีรายได้ที่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตที่สูงกว่าคนทั่วไป อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่จำนวน จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยสัมพันธ์กับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อุบัติเหตุ และภาวะสูงอายุ การหามาตรการที่จะช่วยให้คนพิการสามารถพึ่งพาตนเองได้ จึงเป็นเรื่องสำคัญทั้งในระดับการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับปัจเจก การสร้างเสริมสุขภาวะในระดับประชากร และการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในภาพรวมของประเทศ

จากการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในระดับโลก และระดับภูมิภาคสู่การปฏิบัติ ทั้งอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (CRPD) ยุทธศาสตร์อินซอนเพื่อทำสิทธิให้เป็นจริง รวมทั้งเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) แนวทางสำคัญคือไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง รวมทั้งคนพิการด้วย ตลอดจนพันธกรณีระหว่างประเทศต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ส่งผลให้ประเทศไทยมีการดำเนินการปรับปรุงกฎหมาย นโยบาย ให้สอดคล้องกับกระแสการพัฒนาดังกล่าว มียุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และในช่วงที่ผ่านมา มีการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการระดับจังหวัดทุกจังหวัดและกรุงเทพมหานคร รวม ๗๗ แห่ง และจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ขององค์กรด้านคนพิการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานรัฐ ตลอดจนหน่วยงานต่างๆ รวมจำนวน ๑,๐๙๖ ศูนย์ ขับเคลื่อนงานด้านคนพิการ ในระดับพื้นที่ ซึ่งจะทำให้คนพิการในพื้นที่เข้าถึงบริการมากขึ้น^{๑๔}

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

ดังนั้น การพัฒนาสุขภาพของคนพิการที่ไม่แยกส่วนจากสังคมและชุมชน เป็นกระบวนการที่จำเป็นในการสร้างโอกาสที่เท่าเทียมกับคนทั่วไปในสังคมให้กับคนพิการ ในกรณีนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ให้คำจำกัดความของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-Based Rehabilitation : CBR) คือเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของการพัฒนาชุมชนโดยทั่วไปเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคล

^{๑๔} กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. ๒๕๖๐. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔

ลดความเหลื่อมล้ำในการมีโอกาสเข้าถึงสุขภาวะ การศึกษา การทำมาหากินและมีอาชีพ/รายได้ที่เหมาะสม การมีส่วนร่วมทางสังคมและการมีโอกาสพัฒนาความเข้มแข็งในการจัดการตนเองเพื่อการเข้าถึงโอกาสที่เท่าเทียมกัน ซึ่งจะทำให้คนพิการทุกคนเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้ และพัฒนาเป็นการฟื้นฟูชุมชนเพื่อคนทุกคน (Community-Based Inclusive Development : CBID) ที่เกิดจากความร่วมมือกันระหว่างตัวคนพิการด้วยตัวเอง ครอบครัวของคนพิการ องค์กรและชุมชน และหน่วยงานด้านสุขภาวะ การศึกษา อาชีพ สังคม และหน่วยบริการด้านอื่นๆ ของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างครบวงจร

สถานการณ์ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและประชากรข้ามชาติ

ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล เป็นกลุ่มบุคคลที่ไม่สามารถเข้าถึงและใช้สิทธิขั้นพื้นฐาน บริการของรัฐ รวมถึงสิทธิด้านอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเพราะมีปัญหาสถานะบุคคลภายใต้กฎหมายสัญชาติ กฎหมายการทะเบียนราษฎร และกฎหมายคนเข้าเมืองที่ถูกตีความให้เป็นเงื่อนไขในการเข้าถึงสิทธิด้านต่างๆ^{๙๔} ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ พบว่าจำนวนประชากร แยกตามลักษณะสถานะของบุคคล ระบุจำนวนผู้มีสัญชาติไทยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านจำนวน ๖๔,๘๑๖,๘๗๔ คน ผู้ไม่มีสัญชาติไทยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน จำนวน ๗๐๐,๖๗๒ คน ผู้มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านกลาง คือทะเบียนซึ่งผู้อำนวยการทะเบียนกลางกำหนดให้จัดทำขึ้นสำหรับลงรายการบุคคลที่ไม่อาจมีชื่อในทะเบียนบ้าน จำนวน ๗๔๒,๔๑๖ คน และผู้ที่อยู่ระหว่างการย้าย คือผู้ที่ย้ายออกแต่ยังไม่ได้ย้ายเข้าจำนวน ๑๕๔,๐๑๗ คน นอกจากนี้ยังมีกลุ่มที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียนและไม่มีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก คือเด็กนักเรียนที่มีเลขประจำตัวอักษร G นำหน้าเลข ๑๓ หลัก นักศึกษา ที่กำลังเรียนหนังสืออยู่ในสถานศึกษาอีกประมาณ ๖๙,๘๘๓ คน (ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ณ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๙) และกลุ่มบุคคลที่ตกสำรวจและเด็กที่เกิดจากบิดามารดามีสถานะหลบหนีเข้าเมืองที่ยังไม่ถูกนับรวมระบบสถิติทางการทะเบียน กรมการปกครอง

จากฐานข้อมูลของกองเศรษฐกิจสุขภาพและประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑ ระบุว่า มีบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ และมติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๒๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๘ จำนวน ๕๖๖,๗๗๙ คน (ข้อมูล ณ ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑) ดังนั้นยังเหลือที่ยังไม่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขและไม่มีหลักประกันสุขภาพ จำนวน ๑๓๓,๘๔๓ คน หากรวมจำนวนเด็กนักเรียนนักศึกษา รหัส G แล้วมีจำนวนทั้งสิ้น ประมาณ ๒๐๓,๗๗๖ คน กลุ่มเหล่านี้คือกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงสิทธิขั้นพื้นฐานในการรับบริการด้านสุขภาพ ที่มนุษย์ทั่วไปพึงมีตามหลักสิทธิมนุษยชนสากล

^{๙๔} ดร.ณิ ไพศาลพาณิชย์กุล. ๒๕๕๗. ยุทธศาสตร์การพัฒนาสิทธิในสุขภาวะของผู้มีปัญหาสถานะบุคคล. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.



ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล ๗๐๐,๖๗๒ คน



ได้รับสิทธิ “กองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) จำนวน ๕๖๖,๗๗๙ คน



ยังไม่ได้รับสิทธิสุขภาพ รวม ๒๐๓,๘๙๓ คน

- ยังไม่ได้รับการคืนสิทธิ และไม่มีหลักประกันสุขภาพ ๑๓๓,๘๙๓ คน
- เด็กนักเรียนนักศึกษารหัส G ไม่ได้รับสิทธิ ๖๙,๘๘๓ คน



เป้าหมาย ๓ ปี ร้อยละ ๒๐ จากจำนวน ๒๐๓,๘๙๓ คน เท่ากับ ๔๐,๗๕๕ คน

แม้แต่ในกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่ได้รับสิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพจาก “กองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตามมติคณะรัฐมนตรี ๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ และมติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๒๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๘” ก็ยังพบกับปัญหาความเหลื่อมล้ำของชุดสิทธิประโยชน์ระหว่างสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิในกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) แม้จะมีการขยายสิทธิประโยชน์ในกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) เพื่อให้มีความเท่าเทียมใกล้เคียงกับระบบหลักประกันสุขภาพด้วยการจัดตั้งกองทุน ๔ โรค (โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคหัวใจ โรคมะเร็งและโรคไต) รวมทั้งเพิ่มการคุ้มครองสิทธิกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน (Universal Coverage for Emergency Patients : UCEP) ในเขตจังหวัดและผู้ป่วยนอกกรณีส่งต่อ (เฉพาะโรงพยาบาลรัฐ) อย่างไรก็ตามกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ยังมีเงื่อนไขข้อจำกัดที่สำคัญ ได้แก่ ความไม่ครอบคลุมกลุ่มที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียน ความไม่ยั่งยืนของงบประมาณ ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกองทุนคืนสิทธิ และปัญหาการเข้าถึงสิทธิและบริการสุขภาพทั้งในเชิงมาตรฐานบริการสุขภาพอันเนื่องมาจากปัญหาการสื่อสารภาษาระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นต้น

ขณะที่กลุ่มแรงงานข้ามชาติจำนวน ๒,๐๙๕,๕๕๐ คนที่ได้รับอนุญาตทำงานในประเทศไทย จำแนกตามลักษณะการเข้าเมือง พระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๖๐ และพระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบด้วย มาตรา ๕๙ จำนวน ๑,๙๔๘,๖๑๑ คน มาตรา ๖๒ ส่งเสริมการลงทุนและกฎหมายอื่นๆ จำนวน ๔๕,๔๑๐ คน มาตรา ๖๓ ชนกลุ่มน้อย จำนวน ๖๕,๕๒๙ คน และมาตรา ๖๔ คนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในลักษณะ ไป-กลับหรือตามฤดูกาล จำนวน ๓๖,๐๔๙ คน^{๖๖} อย่างไรก็ตามจำนวนของผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติยังไม่สามารถคาดการณ์จำนวนที่แน่ชัดได้ โดยในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม หรือ “กลุ่มประชากรข้ามชาติ” นั้น

^{๖๖} สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน. ๒๕๖๒. สถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือที่วราขอาณัติกร ประจำเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒. แหล่งที่มา: <https://www.doe.go.th/>. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๒.

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะได้จัดให้มีหลักประกันสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติที่อยู่ในประเทศไทยถึงสองระบบ คือ ระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติและคนข้ามชาติ กับระบบประกันสังคมซึ่งครอบคลุมแรงงานข้ามชาติในกลุ่มที่มีสถานะเข้าเมืองถูกกฎหมายที่อยู่ในกิจการจ้างงานทั่วไป อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีเงื่อนไขข้อจำกัดในการเข้าถึงหลักประกันและบริการด้านสุขภาพในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ประชากรข้ามชาติส่วนใหญ่ไม่รู้ข้อมูลในเรื่องการดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพมากนัก การเข้าไม่ถึงการซื้อบัตรประกันสุขภาพ ปัญหาในเรื่องการสื่อสารภาษาระหว่างแรงงานข้ามชาติและเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล รวมทั้งประสบการณ์เรื่องการบริการไม่เป็นมิตร เป็นต้น

สถานการณ์แรงงาน

วัยแรงงานถือเป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศ มีส่วนร่วมสร้างความเจริญเติบโต ทางเศรษฐกิจ และขับเคลื่อนสังคม ข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร เดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่า มีจำนวนผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงาน จำนวน ๓๘.๓ ล้านคน แบ่งเป็นเพศชาย ๒๐.๙ ล้านคน และเพศหญิง ๑๗.๔ ล้านคน ในจำนวนนี้มีแรงงานในระบบ ๑๗.๑ ล้านคน (ชาย ๙.๒ ล้านคน หญิง ๗.๙ ล้านคน) แรงงานนอกระบบ ๒๑.๒ ล้านคน (ชาย ๑๑.๘ ล้านคน หญิง ๙.๔ ล้านคน)^{๖๗}



แม้ว่าพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔ จะคุ้มครองกลุ่มแรงงานในระบบ และมีระบบการกำกับดูแลโดยกระทรวงแรงงาน แต่ยังคงพบว่าแรงงานในระบบเหล่านี้ยังต้องทำงานเสี่ยงต่อสุขภาพ และประสบกับสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยอยู่ อันเนื่องมาจากสภาพของงานที่ต้องสัมผัสกับสิ่งคุกคามอันตรายต่างๆ ได้แก่

- ๑) บังคับอันตรายจากสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านกายภาพ เช่น ทำงานในที่ที่มีเสียงดังเกินไป แสงสว่างจ้าหรือน้อยเกินไป ทำงานบริเวณที่มีความร้อนสูงหรือความเย็นมาก ทำงานที่มีความสั่นสะเทือน เป็นต้น อาจนำไปสู่เกิดการสูญเสีย เจ็บป่วย พิการอย่างถาวรได้

^{๖๗} สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ๒๕๖๒. สถิติแรงงาน. แหล่งที่มา: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/๐๒.aspx>. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๒.

- ๒) ปัจจัยอันตรายจากสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านเคมี การรับสัมผัสสารเคมีสามารถรับเข้าสู่ร่างกายทั้งทางการหายใจ ทางผิวหนัง หรือการกิน อาจนำไปสู่ผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง การระคายเคืองผิวหนัง ระบบทางเดินหายใจ หรืออาจก่อให้เกิดมะเร็งได้
- ๓) ปัจจัยอันตรายจากสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านชีวภาพ ทั้งชนิดที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต เช่น ไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา พยาธิ ฝุ่นฝ้าย ฝุ่นไม้ เป็นต้น ผลกระทบต่อสุขภาพ ที่อาจจะเกิดขึ้นอาจเป็นได้ ทั้งลักษณะของการแพ้ หรือการติดเชื้อ
- ๔) ปัจจัยทางการยศาสตร์ (Ergonomics) และจิตวิทยาสังคม งานบางอย่างที่เร่งรัดต้องทำงานแข่งกับเวลา การทำงานเป็นกะ (Shift) การทำงานที่มีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน การทำงานที่ไม่เหมาะสมกับความสามารถของร่างกายและจิตใจ อิริยาบถการทำงานที่ไม่เหมาะสม รวมไปถึงการเกิดความเครียดจากการทำงาน อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นได้ เช่น การบาดเจ็บของกระดูก กล้ามเนื้อ เป็นต้น

นอกจากแรงงานในระบบแล้ว แรงงานนอกระบบเป็นอีกกลุ่มประชากรหนึ่งที่ต้องประสบกับการทำงานที่เสี่ยงอันตรายจากการรับสัมผัสสิ่งคุกคามอันตรายด้านสุขภาพทั้ง ๔ ปัจจัยข้างต้น อีกทั้งพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔ ไม่ได้ให้ความสำคัญคุ้มครองด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานของแรงงานนอกระบบ รวมทั้งแรงงานกลุ่มนี้ยังเข้าไม่ถึงการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอีกด้วย

นอกจากนี้ จากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเรื่อง ๓๐.๒๘. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) ในกลุ่มอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปในพื้นที่ ๗๖ จังหวัด และกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ ๕๙.๔ รองลงมาคือระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ ๓๙.๐ และระดับดีมากเพียงร้อยละ ๑.๖^{๖๕} ทั้งนี้พบว่ากลุ่มแรงงานนอกระบบ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม อาหารปิ้งย่าง ร่มควัน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ความเครียดสะสม การรับสารพิษทั้งทางตรงโดยการกินและสัมผัส เป็นต้น

สถานการณ์มุสลิมไทย

รายงานสำมะโนประชากรมุสลิมไทย ระบุว่าประเทศไทยมีประชากรมุสลิมไทยจำนวน ๓,๒๖๐,๑๑๑ คน ในปี ๒๕๕๓^{๖๖} เป็นชายร้อยละ ๔๙.๔๗ และหญิงร้อยละ ๕๐.๕๓ ซึ่งประมาณร้อยละ ๔๔ อาศัยอยู่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส) รองลงมาอาศัยอยู่ในจังหวัดต่างๆ ในภาคใต้ประมาณร้อยละ ๓๔ ร้อยละ ๑๑.๗๕ อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ร้อยละ ๘.๖๑ อาศัยอยู่ในปริมณฑลของกรุงเทพฯ และจังหวัดอื่นของภาคกลาง และร้อยละ ๑.๖๔ อาศัยอยู่ในภาคเหนือและภาคอีสาน โดยมุสลิมไทย ในแต่ละพื้นที่มีภูมิหลังทางด้านชาติพันธุ์และ

^{๖๕} สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. ๒๕๕๙. รายงานคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ เรื่อง “การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ”. แหล่งที่มา: https://library2.parliament.go.th/giventake/content_nrsa2558/d111459-03.pdf. ค้นเมื่อวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๒.

^{๖๖} มุสลิมสร้างสุขมุสลิมไทย. (๒๕๕๓), รายงานสำมะโนประชากรมุสลิมไทย.

วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ในช่วงที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพชีวิตของมุสลิมไทยหลายดัชนีดีด้อยกว่าประชากรไทย โดยเฉลี่ยในประเด็นหลัก คือ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ สังคมและการศึกษา รวมถึงปัญหาสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ด้านพฤติกรรมสุขภาพและการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในมุสลิมไทย พบว่า มุสลิมไทยมีอัตราการบริโภคยาสูบและค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคยาสูบ (๑๐๖.๐๐ บาท/ครัวเรือน) สูงกว่าประชากรทั่วไป (๙๑.๐๐ บาท/ครัวเรือน) แต่หากพิจารณาแนวโน้มระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๕๘ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการบริโภคบุหรี่ของครัวเรือนมุสลิมไทยลดลง ๓๓ บาท/เดือน ซึ่งมากกว่าครัวเรือนไทยโดยทั่วไป (ลดลง ๒๐ บาท/เดือน) อย่างไรก็ตาม เมื่อเทียบสัดส่วนค่าใช้จ่ายของการบริโภคบุหรี่ในค่าใช้จ่ายรวมของครัวเรือนมุสลิมไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (ร้อยละ ๐.๕๖) ยังสูงกว่าครัวเรือนไทยโดยทั่วไป (ร้อยละ ๐.๔๓) นอกจากนี้ข้อมูลจากการประเมินสถานการณ์การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ การเลิกสูบได้สำเร็จ และการสัมผัสควันบุหรี่มือสองที่บ้าน ในพื้นที่ ๔ จังหวัด และ ๔ อำเภอชายแดนใต้ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘^{๙๐} พบว่ามีผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบปัจจุบันร้อยละ ๒๗.๖ ซึ่งถือว่ายังคงมีอัตราสูงในขณะที่มีผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองที่บ้านร้อยละ ๔๓.๗ ส่วนการบริโภคสุราซึ่งเป็นปัญหาในระดับประเทศไม่เป็นปัญหาในมุสลิมไทย ซึ่งปัจจัยสำคัญคือ คำสอนของศาสนาอิสลามซึ่งควบคุมการบริโภคสุราอย่างเข้มงวด^{๙๑} ทั้งนี้งานวิจัยของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย^{๙๒} ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่า มุสลิมเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๙.๙ สูงกว่าคนไทยโดยเฉลี่ยที่มีอัตราร้อยละ ๙.๑ ในการจัดบริการทางสุขภาพ หรือการสื่อสารเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับมุสลิมไทย จำเป็นต้องออกแบบการให้บริการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและหลักศาสนาของมุสลิมไทย เช่น เงื่อนไขการแต่งกายของสตรีมุสลิมตามหลักศาสนา ทำให้เมื่อไปรับบริการทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน อาทิ การฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพการตรวจร่างกายเพื่อคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น ทำให้เกิดข้อจำกัดบางกรณีในการพบแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นเพศชาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีความเคร่งครัดต่อการปฏิบัติตามหลักศาสนา อย่างไรก็ตามหลักศาสนาก็มีข้อยกเว้นในกรณีที่จำเป็น สำหรับกรณีสตรีมุสลิมเข้ารับการรักษาที่แพทย์ชายได้ตามความเหมาะสม ซึ่งยังต้องอาศัยการตีความ รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องทั้งจากมุสลิมไทยและผู้ให้บริการทางสุขภาพ

ด้านเศรษฐกิจ ข้อมูลจากการสำรวจในปี พ.ศ. ๒๕๕๘^{๙๓} ระบุว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมุสลิมไทย (๒๓,๘๖๖ บาท) ต่ำกว่าคนไทยทั่วไป (๒๖,๖๕๒ บาท) ถึงร้อยละ ๑๐ ในด้านปัญหาความยากจนสัดส่วนคนจนของครัวเรือนมุสลิมมีค่าสูงกว่าทั้งประเทศกว่าเท่าตัว และปัญหาความยากจนของมุสลิมรุนแรงมากในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งของมุสลิมไทยอาศัยอยู่ ซึ่งในพื้นที่ที่มีประชากรมุสลิมในสัดส่วนสูง ได้แก่ จังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส มีสัดส่วนคนจนมากถึงร้อยละ ๓๗.๔๔ และ ๓๕.๓๑ ตามลำดับ

^{๙๐} ขอพิยะห์ นิมะ, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ และสาวิตรี อักษรนางค์กรชัย (๒๕๕๘), การประเมินสถานการณ์การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ การเลิกสูบได้สำเร็จ และการสัมผัสควันบุหรี่มือสองที่บ้าน ในพื้นที่ ๔ จังหวัด และ ๔ อำเภอชายแดนใต้, สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

^{๙๑} เซเรชา ถนอมวงศ์, (๒๕๕๙), งานวิจัยศึกษาเปรียบเทียบโครงสร้างรายได้และพฤติกรรมบริโภคของมุสลิมไทยปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๘.

^{๙๒} ศุภวรรณ มโนสุนทร และคณะ, (๒๕๕๕), รายงานสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อกลุ่มประชากรมุสลิม ภายใต้การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ, รายงานวิจัยเสนอต่อแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย.

^{๙๓} อ้างแล้วใน ๗๑

ด้านการศึกษา จากข้อมูลดัชนีการพัฒนามาคน ปี พ.ศ. ๒๕๖๐^{๑๔} ระบุว่า จังหวัดปัตตานี อยู่ใน ๕ จังหวัดที่มีความก้าวหน้าด้านการศึกษาน้อยที่สุด เยาวชนมุสลิมไทยโดยเฉพาะในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ยังมีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาต่ำ สาเหตุเกิดจากปัญหาการเข้าถึงการศึกษาที่เกิดจากความสามารถในการใช้ภาษาไทย อุปสรรคทางเศรษฐกิจ และช่องว่างทางศาสนาและวัฒนธรรม ตลอดจนความจำเป็นที่เยาวชนต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นเพื่อศึกษาศาสนา และจริยธรรม จึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับลักษณะเฉพาะทางศาสนาและวัฒนธรรม

เห็นได้ว่าข้อมูลจากหลายแหล่งสอดคล้องกันถึงคุณภาพชีวิตของมุสลิมไทยมีข้อด้อยในหลายด้าน ทั้งด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เศรษฐกิจ การศึกษา ทั้งนี้ปัญหาดังกล่าวนี้มีความหนักหนาไม่เท่ากันในแต่ละพื้นที่ จึงยังคงจำเป็นต้องค้นหาช่องทางในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตมุสลิม และลดช่องว่างของคุณภาพชีวิต และสุขภาวะระหว่างมุสลิมไทยกับประชากรไทยในภาพรวมอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์คนไร้บ้าน

จากการสำรวจสถานการณ์คนไร้บ้านใน ๓ เมืองหลักของประเทศในปัจจุบันพบว่า มีประชากรคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร ทั้งในพื้นที่สาธารณะและศูนย์พักพิงชั่วคราว จำนวน ๑,๒๐๗ คน (เพศชาย ๑,๐๘๗ คน เพศหญิง ๑๒๐ คน หลากหลายทางเพศ ๑๘ คน) เทศบาลนครขอนแก่น จำนวน ๑๓๖ คน (เพศชาย ๑๑๑ คน เพศหญิง ๒๕ คน) และเทศบาลนครเชียงใหม่ จำนวน ๗๕ คน (เพศชาย ๖๗ คน เพศหญิง ๘ คน) โดยสัดส่วนเพศชายร้อยละ ๘๕ และเพศหญิงร้อยละ ๑๕^{๑๕}

คนไร้บ้านเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางทางสังคมและสุขภาพสูงเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ความเปราะบางดังกล่าวมีเหตุปัจจัยมาจากทั้งความเสี่ยงในการใช้ชีวิตบนพื้นที่สาธารณะ การขาดความมั่นคงทางด้านที่อยู่อาศัย การขาดความมั่นคงทางรายได้ และการขาดความมั่นคงทางด้านจิตใจ งานศึกษาหลายชิ้นบ่งชี้ถึงความเปราะบางและภาวะเสี่ยงทางสังคมและสุขภาพของคนไร้บ้าน อาทิ อายุเฉลี่ยหรืออายุคาดเฉลี่ยอันเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตที่สำคัญของคนไร้บ้านอยู่ต่ำกว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรทั่วไป^{๑๖} คนไร้บ้านที่อยู่ในพื้นที่สาธารณะเป็นเวลานาน จะมีสัดส่วนของปัญหาสุขภาพจิตระดับ Major psychiatric problem มากกว่าคนไร้บ้านที่ใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่สาธารณะไม่นานอย่างมีนัยสำคัญ^{๑๗}

^{๑๔} สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๖๐). ดัชนีความก้าวหน้าของชน ปี ๒๕๖๐.

^{๑๕} อนรรฆ พิทักษ์ธานินท์ และคณะ. ๒๕๖๑. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

^{๑๖} ชญานิศวรรค์ โคนะ. ๒๕๖๐. รายงานการศึกษาอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตและการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

^{๑๗} ทานตะวัน อธิวิรุทธวรกุล. ๒๕๕๙. การสำรวจความชุกโรคทางจิตเวชของกลุ่มประชากรคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาการเพื่อความเป็นธรรมทางสังคม. เสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

สถานการณ์ปัญหาทางสังคมและสุขภาพของคนไร้บ้านในปัจจุบันและแนวโน้มของปัญหาในอนาคตที่จะเป็นประเด็นท้าทายของการพัฒนาสุขภาพของคนไร้บ้าน ได้แก่

- ๑) การเข้าไม่ถึงระบบสวัสดิการของภาครัฐ ผลการสำรวจสถานการณ์ประชากรคนไร้บ้านพบว่า คนไร้บ้านมีความต้องการสวัสดิการเร่งด่วน ได้แก่ สวัสดิการด้านที่พักอาศัย ร้อยละ ๒๒.๗ สวัสดิการรักษาพยาบาล ร้อยละ ๑๘.๘ สวัสดิการทางสังคม ร้อยละ ๑๑.๗ อย่างไรก็ตามพบว่า คนไร้บ้าน ร้อยละ ๒๘ เข้าไม่ถึงระบบสวัสดิการของภาครัฐเนื่องจากปัญหาการสูญหายของเอกสารทางทะเบียนหรือตกหล่นจากสิทธิสถานะทางทะเบียน นอกจากนี้ยังพบว่าคนไร้บ้านที่มีสิทธิสถานะส่วนหนึ่งก็ยังไม่ประสบกับอุปสรรคในการเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ อันเนื่องมาจากทัศนคติทางลบและการตีตราของเจ้าหน้าที่รัฐในหน่วยบริการบางแห่ง^{๙๘}
- ๒) ความไม่เพียงพอของรายได้และความเปราะบางจากการทำงาน รายได้และการทำงานที่มีความต่อเนื่องหรือมีความมั่นคงเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งในการตั้งหลักชีวิตและยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไร้บ้าน หากแต่คนไร้บ้านกว่าร้อยละ ๕๐ ระบุว่าไม่มีรายได้ที่ไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต และคนไร้บ้านประมาณร้อยละ ๔๐ ระบุว่า มีรายได้จากการทำงานรับจ้างทั่วไป ร้อยละ ๒๐ รองลงมาคือหาของเก่าขาย และค้าขายเล็กน้อย ร้อยละ ๑๒ อันเป็นภาวะการทำงานที่ไม่มีความมั่นคงทั้งทางอาชีพและรายได้
- ๓) ภาวะสูงวัยของประชากรคนไร้บ้าน แม้คนไร้บ้านจะมีอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตอยู่ที่ประมาณ ๖๐ ปี หากแต่ประชากรคนไร้บ้านก็มีภาวะสูงวัยในสัดส่วนที่สูง ในปัจจุบันมีคนไร้บ้านอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ ๒๒ ของคนไร้บ้านที่เป็นตัวอย่างของการสำรวจ และเกือบทั้งหมดเป็นผู้ชาย ทั้งนี้ ลักษณะประชากรดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการมีสัดส่วนประชากรสูงอายุที่มากกว่าสังคมไทยโดยรวมที่กำลังเข้าสู่ภาวะดังกล่าว นอกจากนี้ยังพบว่า การเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศไทย ยังเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อจำนวนของคนไร้บ้าน หากขาดสวัสดิการรองรับที่ดีพอ^{๙๙}

นอกจากนี้ข้อมูลวิชาการยังบ่งชี้ข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับการเป็นคนไร้บ้าน โดยพบว่า บุคคลที่กลายเป็นคนไร้บ้านในระยะเวลาน้อยกว่า ๕ ปี จะสามารถกลับคืนสู่สังคมได้ง่ายกว่าคนไร้บ้านที่อยู่ในภาวะไร้บ้านยาวนานกว่า โดยการพัฒนาศักยภาพและการมีงานทำมีรายได้เป็นปัจจัยที่จะเป็นจุดเปลี่ยนหรือสนับสนุน (Supporting Factor) นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศไทยจะมีความสูญเสียทางสังคมและเศรษฐกิจสูงถึง ๑๒๔ ล้านบาทต่อปี หากไม่แก้ไขปัญหาคนไร้บ้าน^{๑๐๐} ทั้งนี้ในหลายประเทศได้กำหนดให้ “การลดจำนวนคนไร้บ้านเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมของนโยบายทางสังคมและเศรษฐกิจ” อีกด้วย^{๑๐๑}

^{๙๘} ธิดา อ่อนอินทร์ และคณะ. ๒๕๖๒. โครงการศึกษาทัศนคติบุคลากรในหน่วยงานสวัสดิการด้านสังคมและกลุ่มผู้ประกอบการเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงสวัสดิการสังคมและลดการตีตรา. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

^{๙๙} พีระ ตั้งธรรมรักษ์ และคณะ. ๒๕๖๒. การพัฒนาตัวชี้วัดความเปราะบางในการเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน และตัวชี้วัดความพร้อมในการตั้งหลักชีวิตเพื่อกลับคืนสู่สังคมของคนไร้บ้าน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

^{๑๐๐} อ่างแล้วใน ๗๕

^{๑๐๑} Brackertz, N., Fotheringham, M. and Winter, I. 2016. Effectiveness of the homelessness service system: Research report. Victoria: Australian Housing and Urban Research Institute (AHURI).

สถานการณ์ผู้หญิง

ข้อมูลประชากรของประเทศไทยปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ระบุว่า ประชากรทั้งประเทศ ๖๖.๔ ล้านคน แบ่งเป็นชาย ๓๒.๕ ล้านคน และหญิง ๓๓.๘ ล้านคน โดยในประชากรหญิง ประกอบไปด้วย ผู้หญิงที่มีสัญชาติไทย และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน จำนวน ๓๓,๑๒๗,๑๖๐ คน ผู้หญิงที่ไม่ได้สัญชาติไทย และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน จำนวน ๓๓๔,๘๗๕ คน ผู้หญิงที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านกลาง จำนวน ๓๓๔,๐๑๕ คน และผู้หญิงที่อยู่ระหว่างการย้าย คือผู้ที่ย้ายออกแต่ยังไม่ได้ย้ายเข้า จำนวน ๕๖,๖๕๘ คน^{๑๒}

แม้ว่าผู้หญิงจะเป็นประชากรที่มีมากกว่าครึ่งหนึ่งของสังคมไทย แต่เป็นกลุ่มประชากรที่เผชิญกับความเปราะบางหลายด้านที่ส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงตั้งแต่เกิดจนเข้าสู่วัยชรา ทั้งนี้เนื่องจากความไม่เป็นธรรมทางเพศในสังคมไทย ทำให้โอกาสในการเข้าถึงทรัพยากร อำนาจ ในการตัดสินใจ และสถานภาพในครอบครัว และสังคมมีน้อยกว่าเพศชาย ยิ่งกว่านั้นหากผู้หญิงคนนั้นเกิดมาพิการ เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ มีปัญหาสถานะทางทะเบียน เป็นผู้หญิงสูงอายุ เป็นต้น เจ็บป่วย ภาวะ และปัจจัยดังกล่าว จะเป็นเงื่อนไขและปัจจัยของภาวะเปราะบางซ้ำซ้อนที่ทำให้ผู้หญิงต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพต่างๆ มากมาย ได้แก่ ปัญหาทางโภชนาการ ปัญหาการถูกรังแก ความรุนแรง การติดเชื่อในระบบสืบพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี การเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ การเข้าถึงข้อมูลเรื่องเพศ มะเร็งระบบสืบพันธุ์ ภาวะซึมเศร้า โรคอ้วน โรคเรื้อรัง การตั้งครรถไม่พร้อม การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย การเข้าถึงเครื่องมือการคุมกำเนิด เป็นต้น

แม้ว่ารัฐได้จัดสวัสดิการเพื่อให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มและเพิ่มสวัสดิการให้บางกลุ่มเพิ่มเติม เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ว่างงาน และผู้ด้อยโอกาส แต่กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ^{๑๓} ใช้เลนส์เพศภาวะและความหลากหลายในการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของผู้หญิง ๑๐ กลุ่ม ได้แก่ ผู้หญิงที่มีความพิการ ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิ ผู้หญิงมุสลิมในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้หญิงสูงอายุ ผู้หญิงนักบวช: แม่ชีและภิกษุณี ผู้ต้องขังหญิง ผู้หญิงบริการ ผู้หญิงที่อยู่กับเชื้อเอชไอวี ผู้หญิงต่างชีวิตทางเพศ ผู้หญิงท้องไม่พร้อม พบว่าผู้หญิงทั้ง ๑๐ กลุ่มถูกกีดกันจากการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม ทำให้ผู้หญิงแต่ละกลุ่มเผชิญกับความเสี่ยงต่อสถานะไร้สุขภาวะในหลากหลายรูปแบบ อันเนื่องมาจากความไม่เป็นธรรมทางเพศ ทำให้ตกอยู่ในสถานะ “ข้อยกเว้น” และถูกกีดกันออกไป (Exclude) จากการได้รับสิทธิขั้นพื้นฐาน และการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพเพื่อการมีสุขภาวะที่ดี เช่น ผู้หญิงที่มีความพิการมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับความรุนแรงทางเพศสูงกว่าผู้หญิงทั่วไป ๑.๕ - ๑.๐ เท่า เพราะไม่สามารถช่วยตัวเองได้^{๑๔} ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียนไม่สามารถเข้าถึงสิทธิต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานะบุคคลตามกฎหมาย ได้แก่ สิทธิในการรักษาพยาบาล สิทธิในการศึกษา การทำงานและคุ้มครองแรงงานตามกฎหมาย สิทธิในการเคลื่อนย้ายและเดินทางออกนอกพื้นที่ สิทธิในการก่อตั้งครอบครัวและครอบครัวทนายสิน สิทธิในการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม และสิทธิในการมี

^{๑๒} ระบบสถิติทางการทะเบียน. ๒๕๖๒. สถิติประชากรและบ้าน-จำนวนประชากรแยกอายุ. แหล่งที่มา: http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age_disp.php. ค้นเมื่อวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๒.

^{๑๓} กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. ๒๕๕๘. มองผ่านเลนส์เพศภาวะและความหลากหลาย: ข้อเสนอการพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อสุขภาวะผู้หญิง. นครปฐม: สมาคมเพศวิถีศึกษา.

^{๑๔} เพ็ญจันทร์ ประดับมุข เซอร์เรอร์. ๒๕๕๒. ความรุนแรงต่อผู้พิการ: สถานะความรู้และข้อเสนอโครงการวิจัย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุขภาวะที่ดี^{๘๕} ผู้หญิงสูงอายุมีความชุกในการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ชายเพิ่มขึ้นตามวัย^{๘๖} ผู้ต้องขังหญิง มีปัญหาอนามัยแม่และเด็กทารก โรคติดต่อทางเดินอาหาร ปัญหาสุขภาพช่องปาก และปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงการถูกคุกคามหรือละเมิดทางเพศโดยผู้คุมหรือผู้ต้องขังด้วยกันเอง^{๘๗} เป็นต้น

หากพิจารณากันอย่างลึกซึ้งแล้วจะพบว่าปัญหาสุขภาพและประสบการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้หญิงมีความซับซ้อนแตกต่างไปจากผู้ชาย เพราะเงื่อนไขสำคัญของความเปราะบาง และความเสี่ยงของผู้หญิง นอกจากจะเกี่ยวข้องกับลักษณะสรีระร่างกายแบบหญิงแล้ว ยังเชื่อมโยงอยู่กับวัฒนธรรมที่บ่มเพาะรากฐานความคิด และความเข้าใจเกี่ยวกับความเป็นหญิง กรอบของสังคมที่กำหนดความเป็นเพศ และส่งผลต่อสถานภาพสิทธิและโอกาสทางสังคมที่ไม่เป็นธรรม ซึ่งถือว่าเป็นรากเหง้าของปัญหาสุขภาพ และสุขภาวะผู้หญิงตลอดทุกช่วงวัย

จุดเน้นของแผน

แผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ของแผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะที่ได้ทบทวนสถานการณ์ และแนวทางดำเนินงานร่วมกับภาคีหลักยังคงเป็นการทำงานที่สอดคล้องกับการดำเนินงานจากแผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ และยกระดับจากแผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ในทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๕) โดยมุ่งเน้นที่การลดความแตกต่างด้านการเข้าถึงสิทธิและโอกาสในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ และไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร

จากกรอบนโยบายในการจัดทำแผนการดำเนินงานข้างต้น สามารถสรุปเป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนดำเนินงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยมีจุดเน้นหลัก ดังนี้

๑. สอดคล้องกับแนวนโยบายการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะ และทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปีของ สสส. เพื่อบริหารการทำงาน และมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ
๒. ตอบสนองแนวนโยบายการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจ ตามทิศทางของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ และเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs)
๓. ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชากรกลุ่มเฉพาะเพื่อรองรับกับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลง ที่จะมีผลต่อคุณภาพชีวิต และความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ เช่น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์
๔. สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรมการทำงาน และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างยั่งยืน รองรับยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการ และเทคโนโลยียุคดิจิทัล

^{๘๕} อ้างแล้วใน ๘๓

^{๘๖} กรมสุขภาพจิต. ๒๕๖๑. กรมสุขภาพจิต เผยผู้สูงวัยไทย “สมองเสื่อม” ๘ แสนกว่าคน. แหล่งที่มา: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27994>. ค้นเมื่อวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๒.

^{๘๗} ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ. ๒๕๖๒. สถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศ รก.๑๐๒ (ก) สํารวจ ณ วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๒. กองยุทธศาสตร์และแผนงานกรมราชทัณฑ์.

วัตถุประสงค์

๑. ขับเคลื่อนระบบ กลไกการทำงานเพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและความไม่เป็นธรรมทางสังคม ที่เป็นปัจจัยนำไปสู่ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะ
๒. พัฒนาและจัดการข้อมูล องค์ความรู้ นวัตกรรม นโยบาย การสื่อสาร และเครือข่ายวิชาการ เพื่อสนับสนุน การขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ และยกระดับความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ
๓. ส่งเสริมและขับเคลื่อนกลไกการพัฒนาในระดับศักยภาพและคุณภาพชีวิตการทำงานของ ภาควิชาเครือข่าย เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานเชิงประเด็นและบูรณาการการทำงานระหว่างเครือข่าย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๔. สร้างเจตคติของสังคมสู่สังคมไร้การกีดกัน เกิดการยอมรับในความหลากหลายของผู้คน และอยู่ร่วมกัน ในสังคมอย่างปกติสุข

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก

๑. ประชากรทุกช่วงวัยก่อนสูงอายุในพื้นที่ดำเนินงานร้อยละ ๖๐ มีความตระหนักรู้และเกิดการเตรียม ความพร้อมด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ^{๔๔}
๒. คนพิการที่ได้รับการจ้างงานภายใต้พื้นที่ดำเนินงาน ในปี ๒๕๖๐^{๔๕} ตามมาตรา ๓๓ และ ๓๕ ในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาชีวิตคนพิการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ อย่างน้อยร้อยละ ๕๐ มีสุขภาวะที่ดีขึ้น
๓. คนไร้บ้านมีศักยภาพ ความพร้อมในการกลับคืนสู่สังคม^{๔๖} ได้อย่างน้อยร้อยละ ๑๐ ของจำนวน คนไร้บ้านในพื้นที่ดำเนินการ
๔. กลุ่มชาติพันธุ์ ชนเผ่าพื้นเมือง และประชากรข้ามชาติเข้าถึงสิทธิในการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นจากเดิม อย่างน้อยร้อยละ ๑.๒๒ จากฐานของประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ ชนเผ่าพื้นเมือง และประชากรข้ามชาติ ที่เข้าถึงสิทธิในการบริการสุขภาพ ในพื้นที่ดำเนินการ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐

^{๔๔} นิยามความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (๒๕๔๔ - ๒๕๖๔) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๒

^{๔๕} แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแบบครบวงจร: สุขภาวะจากการทำงาน ได้ดำเนินการ เชื่อมประสานให้เกิดการจ้างงานจำนวนรวม ๓,๘๐๗ อัตรา จากบริษัท ๓๖๓ แห่ง แบ่งเป็น มาตรา ๓๓ จำนวน ๘๑๓ อัตรา และมาตรา ๓๕ จำนวน ๒,๙๙๔ อัตรา (จ้างเหมาบริการ ๑,๘๘๐ อัตรา, ส่งเสริม อาชีพ ๑,๑๑๔ อัตรา). ข้อมูลเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๐. มูลนิธินวัตกรรมทางสังคม.

^{๔๖} ความพร้อมในการกลับคืนสู่สังคมของคนไร้บ้าน หมายถึง มีศักยภาพในการจัดการตนเอง ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพจิต การมีรายได้ที่เพียงพอ ต่อการดำรงชีวิต มีส่วนร่วมกับสังคม และการมีแผนระยะยาวมีเป้าหมายในการใช้ชีวิต

๕. เกิดการเปลี่ยนแปลงอัตราการสูบบุหรี่ของมุสลิมไทยในพื้นที่ดำเนินการ^{๑๑} เป็นไปในทิศทางที่ดีกว่าการเปลี่ยนแปลงของอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรรวม^{๑๒}
๖. เกิดรูปแบบ/กระบวนการเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพสวัสดิการทางสังคมอย่างเป็นธรรมสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างน้อย ๕ รูปแบบ/กระบวนการ
๗. เกิดกระบวนการพัฒนาเครือข่ายคนทำงานให้มีทักษะและความชำนาญด้านการสื่อสารในการเปิดประสบการณ์ร่วม เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพอย่างน้อย ๑ เครือข่าย

ตัวชี้วัดร่วม

๑. หน่วยบริการในชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน อย่างน้อยร้อยละ ๕๐ ของพื้นที่ดำเนินการ^{๑๓} มีการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง ทางสุขภาพ (ยาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) โดยใช้องค์ความรู้ ชุดความรู้/ข้อมูลทางวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญ หรือรูปแบบการดำเนินงาน (Model) ที่ชัดเจน จากแผนควบคุมยาสูบ และแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด
๒. ร่วมกับแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพพัฒนารูปแบบการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพจิต^{๑๔} ในกลุ่มแรงงานนอกระบบ (งานต่อเนื่อง) เพื่อเสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๓. ร่วมกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะในการใช้องค์ความรู้เพื่อส่งเสริมให้มีการบริโภคอาหารสุขภาพ คือลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้ ที่สอดคล้องกับการมีวิถีชีวิตสุขภาวะของประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างน้อย ๒ รูปแบบ ในคนพิการ มุสลิมไทย เป็นต้น
๔. ร่วมกับแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม สำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างน้อย ๑ กลุ่มประชากร

^{๑๑} พื้นที่จังหวัดในภาคใต้ตอนล่างซึ่งมีประชากรมุสลิมไทยอาศัยอยู่มากที่สุดในประเทศไทย (ร้อยละ ๔๕ ของประชากรมุสลิมไทยทั้งหมด) และมีการทำงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภคยาสูบ รวมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ปัตตานี นราธิวาส ยะลา สงขลา

^{๑๒} การเปลี่ยนแปลงอัตราการสูบบุหรี่ของมุสลิมไทยเป็นไปในทิศทางที่ดีกว่าการเปลี่ยนแปลงของอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรรวม เช่น อัตราการลดลงของอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรรวมเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ ๐.๕ มุสลิมไทยต้องมีอัตราการลดลงของการสูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ ๐.๕

^{๑๓} ในปี ๒๕๕๙ มีหน่วยบริการชุมชน จำนวน ๒๘ หน่วย ในพื้นที่ ๑๐ จังหวัด ได้แก่ เชียงราย พะเยา เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์ เชียงใหม่ น่าน สุรินทร์ สมุทรปราการ กระบี่ และยะลา ปี ๒๕๖๐ อยู่ระหว่างขยายผลเพิ่มขึ้นอีก ๖ จังหวัด และเป้าหมายปี ๒๕๖๑ มีหน่วยบริการชุมชน ๑๖๐ แห่ง เป้าขยายเพิ่มปีละ ๑๐ แห่ง/จังหวัด ดังนั้นปี ๒๕๖๓ มีหน่วยบริการเกิดขึ้นไม่น้อยกว่า ๔๘๐ แห่ง

^{๑๔} “การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพจิต” หมายถึง การจัดกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับแรงงาน เช่น การสำรวจข้อมูลสุขภาพจิต การอบรมให้ความรู้ การให้บริการปรึกษาทางจิตวิทยา ฯลฯ ซึ่งสามารถดำเนินการได้โดยกลุ่มแรงงาน ผ่านกลไกอาสาสมัคร หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย”

ตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

๑. เกิดการสร้างความเข้าใจ และพัฒนาพื้นที่/รูปแบบนำร่องในการดำเนินงานธนาคารเวลาในพื้นที่ชุมชน ท้องถิ่น ชุมชนเขตเมือง องค์กร หรือรูปแบบอื่น อย่างน้อย ๑๐ รูปแบบ
๒. เกิดกลไกและกระบวนการหนุนเสริมเพื่อการดำเนินงานธนาคารเวลาของแผนต่างๆ ใน สสส. อย่างน้อย ๓ แผน
๓. เกิดเครื่องมือในการสื่อสารที่มีความละเอียดอ่อนต่อมิติเพศภาวะ และวัฒนธรรม เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ อย่างน้อย ๓ กลุ่ม อาทิ กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มประชากรข้ามชาติ กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

แนวทางการดำเนินงาน

๑. กลุ่มงานพัฒนานวัตกรรม ความรู้ และนโยบาย

พัฒนาความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะ รวบรวมพัฒนา วิเคราะห์ และถ่ายทอด ข้อมูล งานวิชาการ รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือในการปฏิบัติงาน หนุนเสริม การพัฒนาระบบให้มีความครอบคลุม เหมาะสม ลดช่องว่างและนำไปสู่กลไกการขับเคลื่อนของเจ้าภาพหลัก ลดข้อจำกัดหรือการกีดกันการเข้าถึง สิทธิขั้นพื้นฐานหรือบริการด้านสังคม เพื่อนำสู่การขยายผลในระดับต่างๆ โดยมุ่งเน้นที่ระบบสุขภาพ ระบบสวัสดิการสังคม การปรับสภาพแวดล้อม และเศรษฐกิจ ตลอดจนการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล จัดทำข้อเสนอแนะนโยบาย เพื่อผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายระดับประเทศ และระดับพื้นที่ รวมทั้งการหนุนเสริมให้เกิดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในประเด็นที่สอดคล้องเชื่อมโยงกับสถานการณ์ และนโยบายของรัฐบาล นโยบายระดับประเทศ และนโยบายสากลเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเฉพาะ

๒. กลุ่มงานด้านการพัฒนาศักยภาพภาคีและเครือข่าย

สร้างเสริมพลังภาคีในระดับบุคคล องค์กร การพัฒนาศักยภาพผู้นำรุ่นใหม่ให้มีศักยภาพ ขีดความสามารถในการจัดการตนเองและการทำงานเชิงรุกเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาวะในประชากรกลุ่มเฉพาะ รวมทั้งการเพิ่มขีดความสามารถเพื่อยกระดับฐานคิด การทำงาน ที่มุ่งสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาวะ และมุ่งเน้นการสาน เสริมพลัง เพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงานของเครือข่ายภาคีด้านการสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาวะของประชากรกลุ่มเฉพาะทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ

๓. กลุ่มงานด้านการสื่อสารสังคม

สนับสนุนการจัดการความรู้ที่เกิดขึ้นการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายประชากรกลุ่มเฉพาะผ่านการรวบรวม ข้อมูลจากภาคีเครือข่ายต่างๆ การถอดบทเรียน การวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการให้สามารถสื่อสาร และนำเสนอผ่านรูปแบบที่เหมาะสม เช่น ทางเว็บไซต์ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการ เป็นต้น รวมถึงการพัฒนา รูปแบบการสื่อสารเรื่องความเป็นธรรมทางสุขภาวะ ในการเปลี่ยนมายาคติที่มีต่อประชากรกลุ่มเฉพาะ และช่วยสร้างความเข้าใจของสังคมต่อประเด็นที่มีความละเอียดอ่อนต่างๆ รวมทั้งการสร้างการยอมรับในการอยู่ร่วมกันท่ามกลางความหลากหลายของผู้คนในสังคม

ภาคีหลัก

หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข วิทยาลัยราชสุดา สถาบันวิศวกรรมพื้นฟูสมรรถภาพและเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก สถาบันพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง สำนักงานทรัพย์สินพระมหากษัตริย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ มหาวิทยาลัยศิลปากร สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง มหาวิทยาลัยนครพนม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วัชระ มหาวิทยาลัยพะเยา มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย เป็นต้น

ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และอื่นๆ อาทิ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ เครือข่ายศิลปินดนตรี คนพิการ มูลนิธิโกลบอลคิมทอง สมาคมกีฬาคนพิการแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ มูลนิธิผู้หญิง มูลนิธิเพื่อนหญิง มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล มูลนิธิธีรนาถกาญจนอักษร ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาสิทธิผู้หญิง ศูนย์ฝึกอบรมโครงการผู้หญิงเพื่อสันติภาพและความยุติธรรม ศูนย์การศึกษาและพัฒนาสิทธิมนุษยชน สมาคมเพศวิถีศึกษา มูลนิธิเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา เครือข่ายสตรีชนเผ่า มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ศูนย์วิชาการและศูนย์ประสานงานแรงงานนอกระบบ สถาบันการเงิน สภาหอการค้าไทย หอการค้าจังหวัด สมาคมผู้ประกอบการ สมาอุตสาหกรรม คณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทย เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือกและเกษตรกรพันธสัญญา มูลนิธิพิพิธภัณฑ์แรงงานไทย มูลนิธิพัฒนาชนกลุ่มน้อยและชาติพันธุ์ มูลนิธิคูนิมิตแห่งประเทศไทย สมาคมครอบครัวศึกษาแห่งประเทศไทย มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา มูลนิธิชุมชนไทย ศูนย์ปฏิบัติการร่วมเพื่อแก้ปัญหาประชาชนบนพื้นที่สูง มูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท มูลนิธิช่วยไร้พรมแดน มูลนิธิวิวัฒน์สาธารณสุข ศูนย์ส่งเสริมสิทธิมนุษยชนภาคอีสาน มูลนิธิอารมณพงศ์พจน์ มูลนิธินิคม จันทรวิฑูร์ สภาองค์กรลูกจ้างพัฒนาแรงงานแห่งประเทศไทย สถาบันเพื่อชุมชนเกษตรกรรมยั่งยืน เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือกภาคอีสาน มูลนิธินวัตกรรมทางสังคม มูลนิธิสร้างสรรค์สังคมและสุขภาวะ มูลนิธิการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม มูลนิธิวัฒนธรรมชุมชน สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม มูลนิธิอาชีวเวชศาสตร์ไทย สถาบันวิจัยและพัฒนาเพื่อเฝ้าระวังสภาวะไร้รัฐ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ สมาคมนักขับเคลื่อนสังคมเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาวะ มูลนิธิส่งเสริมความเสมอภาคทางสังคม สมาคมส่งเสริมภาคประชาสังคม มูลนิธิพิทักษ์ดวงตาลำปาง มูลนิธิพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนเพื่อคุณภาพชีวิตดี จังหวัดขอนแก่น มูลนิธิเครือข่ายพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะ มูลนิธิอารยสถาปัตย์เพื่อคนทั้งมวล มูลนิธิสถาบันวิจัยระบบสุขภาพชุมชน เครือข่ายสื่อมวลชน เป็นต้น

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานพัฒนานวัตกรรม ความรู้ และนโยบาย	๑๖๐
๒. กลุ่มแผนงานพัฒนาศักยภาพภาคีและเครือข่าย	๓๕
๓. กลุ่มแผนงานสื่อสารสังคม	๑๕
รวม	๒๑๐

แผนสุขภาพชุมชน



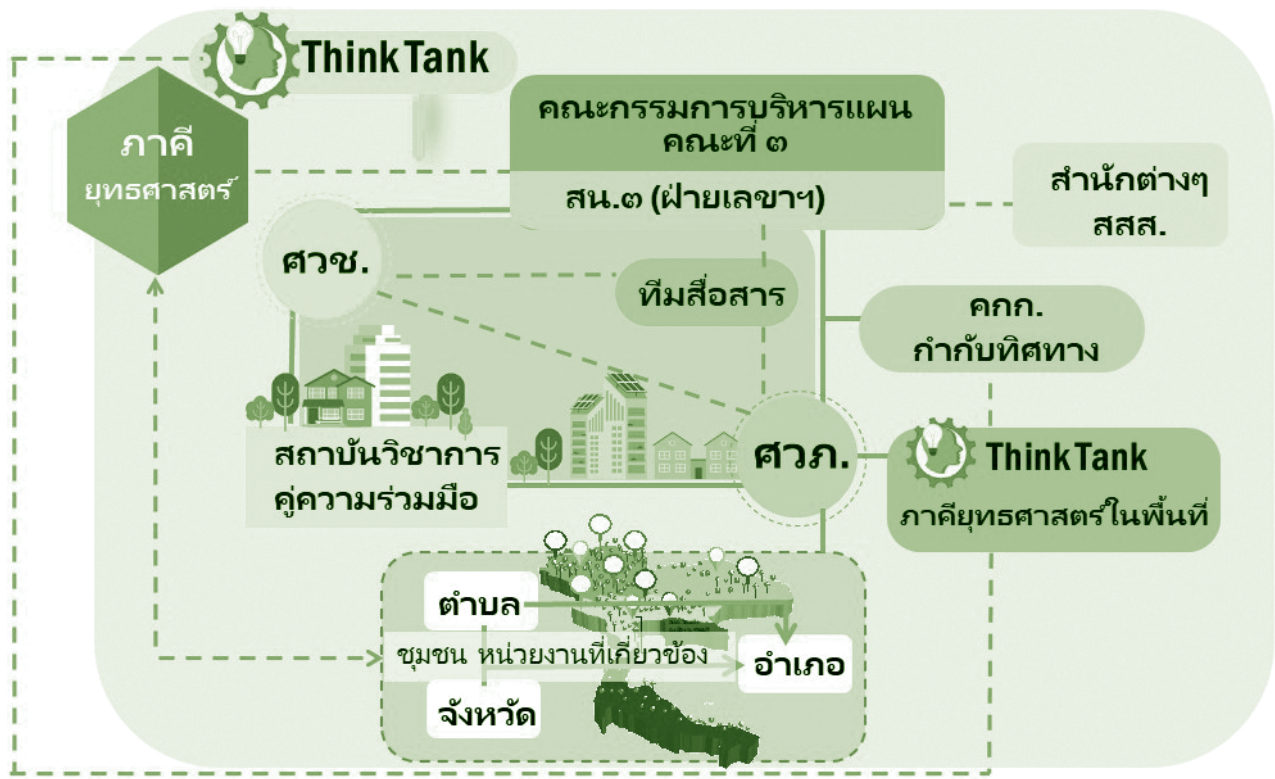
ทุนและศักยภาพของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

แผนสุขภาพชุมชนออกแบบการทำงานผ่าน ๒ หลักการ คือ ใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนา (Area-Based Development : ABD) และคำนึงถึงสุขภาพในทุกนโยบายของชุมชนท้องถิ่น (Health in All Policies : HiAP) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นต้นมา โดยมีเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ อันประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคณะกรรมการพัฒนาตำบล มีกำหนดเป็นประธาน สถาบันวิชาการ องค์กรชุมชน องค์กรภาคประชาสังคม ครอบคลุมพื้นที่กว่า ๒,๐๐๐ ตำบล ที่มีความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นและมีความพร้อมในการร่วมขับเคลื่อนวาระของประเทศและนโยบายรัฐบาล โดยเฉพาะการทำหน้าที่เป็นพื้นที่สร้างการเรียนรู้ให้กับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ ความพร้อมดังกล่าวประกอบด้วย

๑. เครื่องมือและระบบปฏิบัติการ ประกอบด้วย ๓ ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ ๑ ระบบข้อมูลและการนำใช้ข้อมูลร่วมกัน เน้นกระบวนการให้ชุมชนท้องถิ่นเข้าใจสถานการณ์การพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง เข้าถึงทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนตนเอง และเข้าถึงปัญหาและความจำเป็น ที่จะต้องพัฒนาสุขภาพของตนเอง รวมถึงสามารถเทียบเคียงกับพื้นที่อื่นและตัวชี้วัดหรือเกณฑ์ตามที่นโยบายรัฐบาลกำหนดด้วย ส่วนที่ ๒ แนวทางการพัฒนานวัตกรรม การสร้างสุขภาพที่ดีโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เน้นการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และการดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางและกลุ่มวัย ได้แก่ (๑) ควบคุมยาสูบ (๒) ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดอุบัติเหตุจราจร (๓) เกษตรกรรมสู่อาหารปลอดภัย (๔) การจัดการสิ่งแวดล้อมและรับมือภาวะโลกร้อน (๕) การจัดการภัยพิบัติ (๖) ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น (๗) การเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน (๘) ระบบการดูแลเด็กปฐมวัยโดยชุมชนท้องถิ่น และ (๙) ส่งเสริมการเล่นและการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และ ส่วนที่ ๓ แนวทางและวิธีการในการกำหนดเป้าหมายและการรณรงค์ โดยใช้เวทีการจัดการความรู้ในการสร้างข้อตกลงร่วม การกำหนดแนวทางการขับเคลื่อน การกำหนดแนวทางการสนับสนุนเชิงนโยบาย ด้วยการประกาศเจตนารมณ์และปฏิญญา

๒. การบริหารจัดการเครือข่าย โดยให้ตำบลที่เข้มแข็งทำหน้าที่เป็นกลไกการจัดการเรียนรู้ร่วมกันของเครือข่ายในพื้นที่อำเภอเดียวกัน หรือในจังหวัดเดียวกัน จำนวนไม่เกิน ๑๕ ตำบล ผ่านหลักสูตรการเรียนรู้ที่ได้รับการรับรองจากทมิวิชาการของแผนสุขภาวะชุมชน มีเนื้อหาสาระจากปฏิบัติการในชุมชนที่มีการสรุปบทเรียนและถอดบทเรียนให้เห็นถึงความเชื่อมโยงกับนโยบายของจังหวัด ยุทธศาสตร์ชาติ แผนการปฏิรูปประเทศ ตอบสนองการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. ทั้งนี้ ตามแนวทางการบริหารจัดการแผนสุขภาวะชุมชนที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๓ ประกอบด้วยกลไกใน ๒ ลักษณะที่มีการทำงานหนุนเสริมซึ่งกันและกัน และเป็นกลไกของสำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชนในการกำกับติดตามประเมินผลไปพร้อมกันด้วย ดังนี้

โครงสร้างการบริหารจัดการแผนสุขภาวะชุมชน ปี ๒๕๖๒



ภาพที่ ๑ การบริหารจัดการแผนสุขภาวะชุมชน

๑) กลไกการจัดการเครือข่ายปฏิบัติการในพื้นที่ ประกอบด้วย (๑) ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน (ศจค.) (๒) ศูนย์ประสานงานเครือข่ายเฉพาะประเด็น (ศปง.) (๓) ศูนย์เรียนรู้ (ศร.) และ (๔) ศูนย์ฝึกอบรม

๒) กลไกสนับสนุนวิชาการของแผนสุขภาวะชุมชน ประกอบด้วย (๑) ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (ศวช.) (๒) ศูนย์สนับสนุนวิชาการเพื่อการจัดการเครือข่ายระดับภาค (ศวภ.) (๓) ศูนย์สนับสนุนวิชาการเพื่อการขับเคลื่อนเฉพาะประเด็น (ศวฉ.) (๔) ศูนย์สนับสนุนการพัฒนาระบบข้อมูล และ (๕) สถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือ

๓. กำลังคนสำหรับการสร้างเสริมสุขภาวะโดยชุมชนท้องถิ่น ประกอบด้วย ๒ กลุ่มหลัก คือ

๑) กำลังคนในชุมชนท้องถิ่น ประกอบด้วย ผู้นำชุมชนท้องถิ่นจาก ๔ องค์กรหลักและนักปฏิบัติในพื้นที่ของสมาชิกเครือข่าย ที่รวมกันเรียกว่า “นักสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน” โดยจัดออกเป็น ๕ กลุ่มหลัก ได้แก่ (๑) ผู้บริหารท้องถิ่น (๒) นักวิชาการที่เป็นพนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (๓) นักจัดการข้อมูลที่ได้รับผิดชอบงานแผนและนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนท้องถิ่น (๔) นักจัดกระบวนการที่มีบทบาทในการสร้างความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น และ (๕) นักสื่อสารที่เป็นพนักงานผู้รับผิดชอบการสื่อสารประชาสัมพันธ์และผู้นำในกลุ่มเด็กและเยาวชน

๒) กำลังคนในกลไกสนับสนุนวิชาการเป็นกำลังคนที่มีความเชี่ยวชาญ มีทักษะในการสนับสนุน อำนวยความสะดวกและให้คำปรึกษากำลังคนในชุมชนท้องถิ่น หน่วยงานและองค์กรที่ดำเนินงานร่วมกับแผนสุขภาวะชุมชน รวมถึงทำหน้าที่เชื่อมประสานและสนับสนุนการขับเคลื่อนทั้งเครือข่าย สร้างการเรียนรู้ด้วยหลักสูตรการจัดการสุขภาวะ พัฒนาศักยภาพของนักสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน สรุปบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงชี้้นำการพัฒนาสุขภาวะชุมชนจากฐานปฏิบัติการในพื้นที่และเครือข่ายให้เป็นนโยบายสาธารณะที่ไปหนุนเสริมนโยบายการปฏิรูปประเทศไทย ยุทธศาสตร์ชาติ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน รวมถึงการผลักดันไปสู่เป้าหมายตามที่ สสส. กำหนด

สถานการณ์และแนวโน้ม

๑. สถานการณ์ระดับประเทศ

วิกฤตการณ์ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น เกิดช่องว่างระหว่างคนจนกับคนรวย ภาวะหนี้สินทวีความรุนแรง เกิดสภาวะโลกร้อน เป็นต้น หากประเทศจะอยู่รอดปลอดภัยได้จำเป็นต้องมีการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนท้องถิ่นทั้งในระดับตำบล อำเภอ จังหวัด ภาคและประเทศ ดังเช่นที่แผนสุขภาวะชุมชนดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี ๒๕๕๒ จนถึงปัจจุบัน ซึ่งนับว่าเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพและสนับสนุนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไปพร้อมๆ กัน ดังนี้

๑) ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ที่มุ่งเน้นการสร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาความมั่นคง เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่ขับเคลื่อนด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ที่เป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนร่วมกันในเชิงบูรณาการกับภาคียุทธศาสตร์

๒) การพัฒนาตามหลักของศาสตร์พระราชา ๓ ประการ ประกอบด้วย (๑) เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา (๒) ระเบิดจากข้างใน และ (๓) ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง มาเป็นแนวทางการพัฒนาพื้นที่ใน ๓ เรื่อง คือ (๑) ระบบการจัดการพื้นที่ (คน-กลไก-ข้อมูล) (๒) การพัฒนานวัตกรรม และ (๓) การบูรณาการภายในชุมชนและภายนอกชุมชน เกิดพื้นที่เข้มแข็งในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ตามแนวทางดังกล่าวที่มีรูปธรรมและสามารถสร้างการเรียนรู้ให้กับพื้นที่อื่นได้

๓) นโยบาย กฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้อง อาทิ (๑) แนวนโยบายที่เน้นการพัฒนาเชิงพื้นที่^{๑๔} (Area-Based Development) ตามหลักการและแนวทางการขับเคลื่อนงานของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ รวมถึงหลักการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น^{๑๕} ส่งผลต่อการดำเนินงานด้านสุขภาวะในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงการสนับสนุนและการปรับปรุงเกณฑ์ของหน่วยงานต่างๆ ให้พื้นที่สามารถดำเนินการได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ อาทิ การสร้างนักบริหารชุมชนของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นการหนุนเสริมพลังของพื้นที่เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพของกลุ่มเปราะบางได้อย่างมีคุณภาพ (๒) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ที่กำหนดให้มีกลไกในการทำหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการบูรณาการหน่วยงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่โดยเฉพาะระดับอำเภอ^{๑๖} และ (๓) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจัดทำแผนและประสานพัฒนาพื้นที่ในระดับอำเภอและตำบล พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่ได้กำหนดกลไกให้มีคณะกรรมการบริหารงานตำบลบูรณาการ (ก.บ.ต.) และคณะกรรมการบริหารงานอำเภอแบบบูรณาการ (ก.บ.อ.) ขึ้น เพื่อให้เกิดการบูรณาการและการพัฒนาในระดับพื้นที่

๔) เป้าหมายการพัฒนายั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ที่รัฐบาลได้กำหนดให้เป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาประเทศ โดยบูรณาการเข้ากับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ซึ่งหน่วยงานภาครัฐเห็นความสำคัญและร่วมกันแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาวะของประชาชนและชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

๒. สถานการณ์ระดับเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่^{๑๗}

แผนสุขภาวะชุมชนโดยเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่และภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพทำหน้าที่ขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องครอบคลุมพื้นที่กว่า ๒,๐๐๐ ตำบล สรุปได้ดังนี้

๑) ด้านสังคม สมาชิกในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ มีทั้งหมด ๒,๗๘๘,๗๑๔ คน รวมมีจำนวนประชากร ๘,๘๒๙,๕๗๑ คน แยกเป็นชาย ๔,๓๔๗,๘๘๙ คน (ร้อยละ ๔๙.๒๔) หญิง ๔,๔๘๑,๖๘๒ คน (ร้อยละ ๕๐.๗๖) โดยมีผู้สูงอายุจำนวน ๑,๗๒๓,๐๓๒ คน (ร้อยละ ๑๙.๕๑) เริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัยที่ส่งผลกระทบต่อด้านต่างๆ ตามมา เช่น มีผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น นำมาซึ่งภาวะพึ่งพิง โครงสร้างในครอบครัวเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุจะทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูลูกหลานแทนพ่อแม่ที่ต้องออกไปทำงานนอกชุมชนเกิดปัญหาต่อเนื่องถึงพัฒนาการเด็กที่เกิดจากการดูแลไม่ทั่วถึง

๒) ด้านเศรษฐกิจ พบว่าประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านการเกษตร มีครัวเรือนเกษตรกร ๑.๒ ล้านครัวเรือน (ร้อยละ ๔๓.๐๓) มีครัวเรือนที่มีภาระหนี้สิน ๑,๓๒๔,๔๓๑ ครัวเรือน (ร้อยละ ๔๗.๔๙) สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการเกษตร (ร้อยละ ๔๘.๗๒) รองลงมาคือ การศึกษาบุตร (ร้อยละ ๓๐.๐๓) และ ด้านอาหาร (ร้อยละ ๒๗.๖๘)

^{๑๔} ในแผนสุขภาวะชุมชนใช้คำว่า ใช้พื้นที่เป็นฐานการพัฒนา

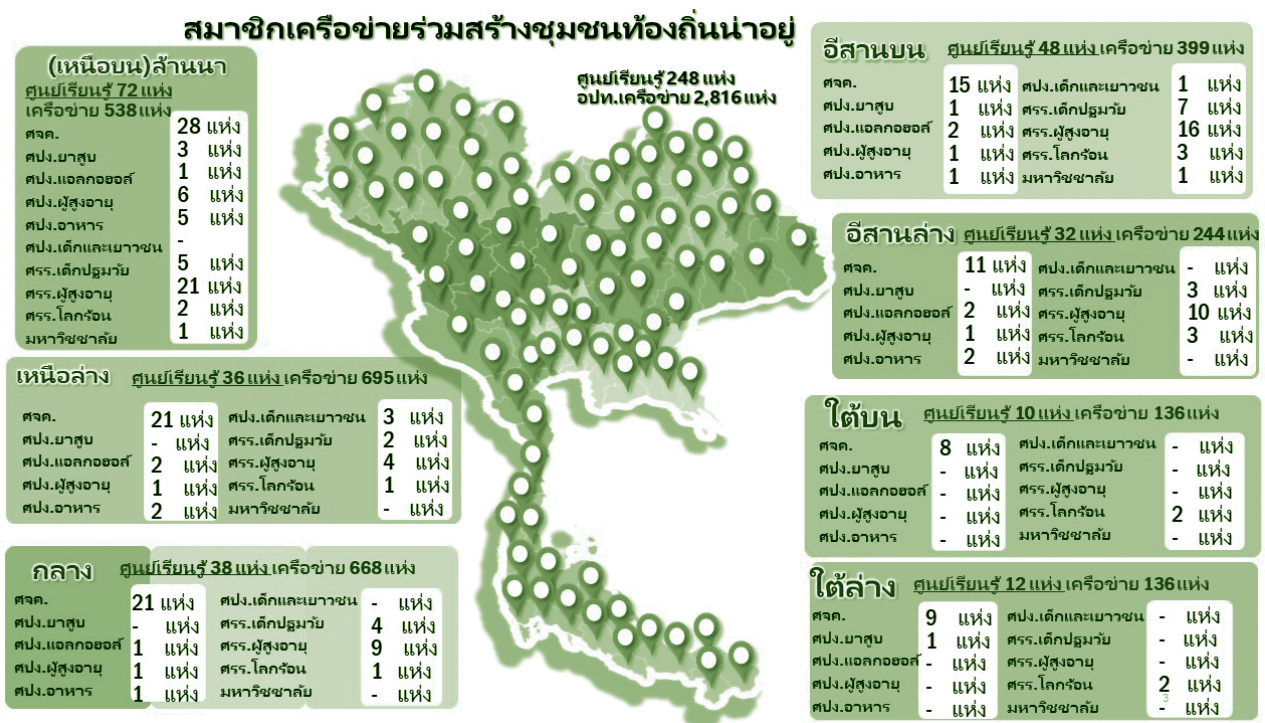
^{๑๕} พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒

^{๑๖} มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกในการขับเคลื่อน

^{๑๗} ข้อมูลจากฐานข้อมูลชุมชน TCNAP พ.ศ. ๒๕๖๑

๓) ด้านสภาวะแวดล้อม พบว่ามีครัวเรือนที่มีปัญหาสิ่งแวดล้อม จำนวน ๘๘๖,๔๕๐ ครัวเรือน (ร้อยละ ๓๑.๗๙) ส่วนใหญ่มาจากปัญหาขยะจำนวน ๒๘๙,๗๗๐ ครัวเรือน (ร้อยละ ๑๐.๓๙) รองลงมาคือ ปัญหาควันพิษ และฝุ่นละอองจำนวน ๑๔๕,๕๘๕ ครัวเรือน (ร้อยละ ๕.๒๒) โดยมีครัวเรือนที่มีการจัดการขยะเองได้จำนวน ๒,๑๐๓,๕๘๔ ครัวเรือน (ร้อยละ ๗๕.๔๔) ซึ่งมีการจัดการขยะโดยวิธีการเผา จำนวน ๑,๐๗๖,๑๗๖ ครัวเรือน (ร้อยละ ๕๑.๑๕) รองลงมาคือการคัดแยกขยะจำนวน ๔๐๐,๘๐๖ ครัวเรือน (ร้อยละ ๑๙.๐๕) การฝังจำนวน ๓๖๖,๕๑๙ ครัวเรือน (ร้อยละ ๑๗.๔๒) ทำปุ๋ยหมักจำนวน ๑,๒๖,๙๕๖ ครัวเรือน (ร้อยละ ๖.๐๓)

๔) ด้านสุขภาพ พบว่าประชากรส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน ๑,๒๕๗,๖๕๓ คน (ร้อยละ ๑๔.๒๔) โดยมีรายละเอียดของการป่วยเรื้อรัง ดังนี้ ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๔๓.๙๒ รองลงมาคือ เบาหวาน ร้อยละ ๒๓.๖๔ และปวดข้อ/ข้อเสื่อม ร้อยละ ๒๐.๗๖ ตามลำดับ รวมถึงพบว่าในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่มีอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำในปี ๒๕๖๑ คิดเป็นร้อยละ ๗.๒๙ และอัตราการดื่มสุร่าเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ ๗.๙๓



ภาพที่ ๒ สมาชิกเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

จุดเน้นของแผน

แผนสุขภาพชุมชนจะใช้ทุนทางสังคม ศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นและศักยภาพของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ที่มีส่วนขับเคลื่อนขบวนการสร้างเสริมสุขภาพโดยการน้อมนำศาสตร์พระราชาศาสตร์^{๙๙} มาใช้เป็นเป้าหมายและเครื่องมือในการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง ในการตอบสนองต่อระเบียบวาระการพัฒนาประเทศไทย^{๑๐๐} และนโยบายรัฐบาลตามแนวทางการส่งเสริมชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาพที่ดีในพื้นที่ แนวทางการพัฒนาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) และเป้าหมายของแผนหลัก สสส. (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) โดยมุ่งเน้นการยกระดับชุมชนท้องถิ่นที่มีความเข้มแข็งให้ทำหน้าที่เป็น “กลไกจัดการเรียนรู้” เพื่อใช้ประโยชน์เป็นกลไกระดับตำบลและอำเภอในการเปลี่ยนนโยบายสู่การปฏิบัติตามระเบียบวาระทางนโยบายทั้งระยะสั้นและระยะยาว ดังนี้

๑. การพัฒนารูปแบบ (Model Development) การสร้างเสริมสุขภาพที่มีความสอดคล้องกับตัวชีวิต การพัฒนาอย่างยั่งยืนที่ตอบสนองต่อการพัฒนาด้านสุขภาพ เช่น การจัดการภัยพิบัติ การจัดการระบบอาหารของชุมชน (ความมั่นคง) การจัดการสิ่งแวดล้อมและรับมือกับภาวะโลกร้อน เป็นต้น

๒. การพัฒนาแนวทางการสร้างปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่นเพื่อเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ โดยแผนสุขภาพชุมชนเน้นดำเนินการใน ๑๓ กลุ่มประชากรและผู้นำชุมชนท้องถิ่น เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กอายุไม่เกิน ๑๒ ปี การลดอัตราการสูบบุหรี่ การลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การกระตุ้นเพื่อเพิ่มกิจกรรมทางกาย การเพิ่มพื้นที่สีเขียวของชุมชน เป็นต้น โดยสร้างความร่วมมือกับภาคีต่างๆ อาทิ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

๓. การสร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนนโยบายหลักและนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล คือ ๑) ด้านการพัฒนาสร้างความเข้มแข็งจากฐานราก โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน และ ๒) ด้านการปฏิรูปกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพคนไทยทุกช่วงวัย โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัย การส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะทุกช่วงวัย

๔. การพัฒนาตำบลและอำเภอต้นแบบโดยใช้ชุมชนท้องถิ่นเป็นฐาน ด้านการพัฒนาสุขภาพจิตตามยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) และด้านการพัฒนากิจกรรมทางกายตามยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๗๓) ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่าง แผนสุขภาพชุมชนกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

ทั้งนี้ จุดเน้นทั้ง ๔ ประการที่กล่าวมาจะเป็นการตอบสนองต่อการขับเคลื่อนตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. ที่ยังไม่บรรลุผลเป็นพิเศษ

^{๙๙} ศาสตร์พระราชาศาสตร์ที่นำมาใช้ประกอบด้วย เข้าใจ-เข้าถึง-พัฒนา ระเบิดจากข้างใน และปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

^{๑๐๐} ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แผนการปฏิรูปประเทศ ซึ่งเป็นระเบียบวาระของประเทศที่ได้นำไปบรรจุไว้ในแนวนโยบายของรัฐทั้งที่เป็นนโยบายหลักและนโยบายเร่งด่วนแล้วด้วย

ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ

แผนสุขภาพชุมชนได้ส่งเสริมและสนับสนุนปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่นที่มีความเชื่อมโยงหรือเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ โดยสรุปพอสังเขป ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านความมั่นคง อาทิ เสริมสร้างสังคมให้มีความเข้มแข็ง มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและการพัฒนาโดยความร่วมมือของ ๔ องค์กรในชุมชน มีจิตสาธารณะและเกื้อกูลกันในชุมชน การน้อมนำและเผยแพร่ศาสตร์พระราชา พระปฐมบรมราชโองการและพระบรมราโชบายของรัชกาลที่ ๑๐ นำสู่การปฏิบัติในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน โดยเฉพาะด้านการเกษตรและการท่องเที่ยว บนฐานทรัพยากรธรรมชาติและวัฒนธรรม

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ อาทิ ปลูกฝังค่านิยมและวัฒนธรรมให้คนในชุมชนมีคุณธรรมและจริยธรรมเป็น “วิถี” การดำเนินชีวิต พัฒนาการเรียนรู้ตลอดชีวิต พัฒนาศักยภาพทุกช่วงวัยโดยเฉพาะปฐมวัยและผู้สูงอายุ ป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยง จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพะ สร้างการอยู่ดีมีสุขของครอบครัว

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม อาทิ สร้างหลักประกันทางสังคมโดยชุมชนท้องถิ่นและบูรณาการกับที่รัฐจัดให้ เสริมสร้างพลังทางสังคมที่เน้นการแบ่งปันไม่ทอดทิ้งกัน รองรับสังคมสูงวัย สนับสนุนการพัฒนาบนฐานทุนทางสังคมและวัฒนธรรม เพิ่มขีดความสามารถของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนา การพึ่งตนเองและการจัดการตนเองในทุกมิติ ทั้งนี้แผนสุขภาพชุมชน มีตำบลต้นแบบที่เป็น “พื้นที่สร้างการเรียนรู้” ให้กับเครือข่ายได้อย่างน้อย ๒๐ แห่ง

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม อาทิ เพิ่มพื้นที่สีเขียว อนุรักษ์ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติเพื่อสร้างความมั่นคงทางอาหาร สร้างความหลากหลายทางชีวภาพ บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น การจัดการสิ่งแวดล้อมและรับมือภาวะโลกร้อน การจัดการสารเคมีในภาคการเกษตร

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ อาทิ ส่งเสริมการกระจายอำนาจและสนับสนุนบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่มีสมรรถนะสูง ตั้งอยู่บนหลักธรรมาภิบาลโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของประชาชนและความต้องการของทุกกลุ่มและทุกวัยในท้องถิ่น

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่นำไปใช้ในแผนสุขภาวะชุมชน

๑. สุขภาวะชุมชน หมายถึง ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งด้านการเมืองการปกครอง สังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม และสุขภาพโดยตรง

๒. การจัดการตนเอง หมายถึง การทำงานของชุมชนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือคณะกรรมการพัฒนาตำบล ทั้งระดับหมู่บ้าน กลุ่มของหมู่บ้าน และตำบล ในการพัฒนางานด้านต่างๆ เพื่อเสริมศักยภาพให้สามารถจัดการเรียนรู้ การปรับตัว และการจัดการปัญหาของตนเอง โดยใช้ข้อมูลและรูปธรรมการจัดการตนเองเป็นฐานในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่

๓. ตำบลนำอยู่ (สุขภาวะ) หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือโดยองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล ที่มีกระบวนการและปฏิบัติการสร้างสุขด้วย ๕ สร้าง ประกอบด้วย สร้างคนมีสุข สร้างระบบข้อมูลใช้ร่วมกัน สร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างสุขภาวะ สร้างกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาวะ สร้างแผนงานและโครงการ โดยตำบลจะนำอยู่สำหรับคนในชุมชนและผู้มาเยือน รวมถึงชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งพอที่จะรองรับนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔. ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน (ศจค.) หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือโดยองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล ที่มีกระบวนการค้นหาทุนทางสังคมและศักยภาพ มีการระบุชัดเจนถึงทุนทางสังคมที่มีศักยภาพในการทำหน้าที่เป็นผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้ มีการพัฒนาผู้รู้และแกนนำของพื้นที่ให้มีขีดความสามารถในการสร้างการเรียนรู้ภายในพื้นที่ของตนเองและมีกระบวนการออกแบบการจัดการเรียนรู้ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือโดยองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบลเครือข่าย ๑๕ - ๒๐ แห่ง พร้อมทั้งทำหน้าที่กลไกบริหารจัดการเครือข่าย และร่วมกันพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อร่วมสร้างประเทศไทยให้น่าอยู่ที่มีการประกาศปฏิญญาร่วมกัน

๕. ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะ (ศชช.) หมายถึง ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนที่มีความชำนาญเฉพาะที่เป็นทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนท้องถิ่น และสามารถทำหน้าที่จัดการฝึกอบรมให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น องค์กร หน่วยงาน บุคคลและผู้ที่สนใจ

๖. ศูนย์ประสานงานเครือข่ายเฉพาะประเด็น (ศสป.) หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือโดยองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล ที่มีทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางและกลุ่มวัย และมีความพร้อมในการถ่ายทอดกระบวนการดำเนินงานให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่าย องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล หน่วยงาน บุคคลและผู้ที่สนใจ รวมถึงทำหน้าที่เป็นกลไกบริหารจัดการเครือข่าย ๑๕ - ๒๐ แห่ง และอำนวยความสะดวกเฉพาะประเด็นสู่การปฏิบัติและบูรณาการในพื้นที่

๗. ศูนย์เรียนรู้ (ศร.) หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือโดยองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล ที่มีกระบวนการค้นหาทุนทางสังคมและศักยภาพโดยการใช้ข้อมูลจากการวิจัยชุมชนและระบบข้อมูลตำบล รวมถึงข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการประสานและเสริมความเข้มแข็งให้

ทุนทางสังคมมีศักยภาพในการพัฒนางานและนวัตกรรมเพื่อเสริมสร้างและพัฒนางานด้านการจัดการสุขภาวะในระดับพื้นที่ให้เป็น “ศูนย์เรียนรู้” โดยมีการพัฒนาผู้นำของแหล่งเรียนรู้ ให้มีขีดความสามารถในการเป็น “วิทยากร” ที่สามารถสร้างการเรียนรู้ร่วมกันภายในพื้นที่ของตนเอง และมีกระบวนการออกแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อขยายผลการดำเนินงานได้

๘. เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด หมายถึง การนำใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล สถาบันวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด ทำหน้าที่เป็นกลไกในการเชื่อมองค์ความรู้จากปฏิบัติการจริง ในแต่ละเรื่อง เชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัด โดยการร่วมกันขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ปัญหา และมีรูปธรรมการจัดการ อันสอดคล้องกับนโยบายสาธารณะของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

๙. สถาบันวิชาการ หมายถึง หน่วยงาน องค์กร สถาบัน ที่ทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้ และสร้างความรู้ใหม่เพื่อหนุนเสริมการดำเนินงานของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ พร้อมทั้งผลักดันกระบวนการกำหนดยุทธศาสตร์ในการสร้างการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย

๑๐. องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล หมายถึง กลไกที่ได้รับการยอมรับในระดับตำบล มี ๒ ลักษณะ ประกอบด้วย ๑) มีกฎหมายรองรับ เช่น สภาองค์กรชุมชน มูลนิธิ สมาคม เป็นต้น และ ๒) เกิดจากรวมตัวกันของบุคคลหรือคณะบุคคล เช่น คณะกรรมการพัฒนาตำบล คณะกรรมการบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เป็นต้น

๑๑. เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันวิชาการ หรือองค์กรทางวิชาการ องค์กรชุมชน องค์กรภาคประชาสังคม และสำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน (สำนัก ๓) ที่มีเป้าหมายเพื่อร่วมขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นให้น่าอยู่ โดยมีบทบาทสำคัญในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน การผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับตำบล เครือข่าย และจังหวัด รวมถึงการขับเคลื่อนและรณรงค์ให้มีการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคืนอำนาจให้ชุมชน

๑๒. การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ หมายถึง การประเมินและถอดบทเรียนปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่น เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลจากปฏิบัติการที่จะส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนดีขึ้น โดยในเบื้องต้นประกอบด้วย ๕ ประเด็น ดังนี้ (๑) ควบคุมยาสูบ (๒) ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดอุบัติเหตุจราจร (๓) เกษตรกรรมสู่อาหารปลอดภัย (๔) การจัดการสิ่งแวดล้อมและรับมือภาวะโลกร้อน และ (๕) การจัดการภัยพิบัติ

๑๓. การดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางและกลุ่มวัย หมายถึง การประเมินและถอดบทเรียน เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลจากปฏิบัติการที่จะส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพอันจะทำให้คนในชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น โดยในเบื้องต้นประกอบด้วย ๔ ประเด็น ดังนี้ (๑) ระบบการดูแลผู้สูงอายุ (๒) การเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน (๓) ระบบการดูแลเด็กปฐมวัยโดยชุมชนท้องถิ่น และ (๔) ระบบสนับสนุนการดูแลกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๑๔. ระบบข้อมูลตำบล หมายถึง การจัดทำข้อมูลตำบลโดยใช้โปรแกรม TCNAP (Thailand Community Networking Appraisal Program : TCNAP) ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องถิ่น ภาคประชาชน และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบ นำใช้ข้อมูล และเป็นเจ้าของ โดยการสร้างทีมพัฒนาฐานข้อมูลตำบลในการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำใช้ข้อมูลของชุมชนเพื่อจัดการกับปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของแต่ละชุมชน จนเกิดการพึ่งตนเองและนำไปสู่การพัฒนาตำบลสู่การเป็นตำบลน่าอยู่ (สุขภาวะ)

๑๕. การวิจัยชุมชน หมายถึง การประเมินชุมชนด้วยการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน (Rapid Ethnographic Community Assessment Process : RECAP) ในการพัฒนาทักษะด้านการถอดบทเรียนและการเขียนสรุปข้อมูลทุนทางสังคมและศักยภาพของกลุ่มหรือแหล่งปฏิบัติการในพื้นที่ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง โดยการนำใช้ศักยภาพในการจัดการปัญหาสู่การจัดการตนเองในระดับพื้นที่ รวมถึงการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงกับองค์กรและหน่วยงานหนุนเสริมเพื่อเข้ามาเกื้อกูลให้ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองได้ดีขึ้น

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

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

๑) ระดับบุคคลและครอบครัว หมายถึง คนเก่ง คนสำคัญ ผู้นำ คนต้นแบบ ปราชญ์ชาวบ้าน คนที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือเป็นผู้ที่ได้รับความเคารพนับถือ เป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือหรือช่วยชี้นำการพัฒนาและกิจกรรมในชุมชน ทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม สุขภาพ การเมือง การปกครอง และครอบครัวต้นแบบ

๒) ระดับกลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชน หมายถึง การรวมตัวกันเพื่อร่วมคิด ร่วมทำให้เกิดงานและกิจกรรมโดยมีเป้าหมายเดียวกันคือการช่วยเหลือเกื้อกูล และแก้ไขปัญหาของสมาชิก เช่น กลุ่มอาชีพ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัคร (รวมกลุ่มกันเองในชุมชน) กลุ่มออมทรัพย์ กองทุนประเภทต่างๆ เป็นต้น กลุ่มเหล่านี้มีงานและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาชุมชน การสร้างการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีให้กับประชาชน ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การจัดการสภาวะแวดล้อม สุขภาพ และการเมืองการปกครอง

๓) ระดับหน่วยงานและแหล่งประโยชน์ หมายถึง หน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน รวมถึงองค์กรอิสระต่างๆ ที่มีงานและกิจกรรมทั้งทำเอง ร่วมทำ หรือสนับสนุนในพื้นที่ ในการช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาชุมชน การสร้างการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นให้กับประชาชน ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม สุขภาพ และการเมืองการปกครอง เช่น หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือเทศบาล โรงเรียน ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียน (กศน.) ศาสนสถาน เป็นต้น รวมถึงโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ และแหล่งประโยชน์ที่เป็นส่วนส่งเสริม การขับเคลื่อนงาน เช่น หอกระจายข่าว ศาลาประชาคม อาคาร สถานที่สาธารณะ แหล่งน้ำ ป่าชุมชน เป็นต้น

๔) ระดับชุมชนหรือหมู่บ้าน หมายถึง ทูทางสังคมทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ระดับกลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชนภายในชุมชนหรือหมู่บ้านเดียวกัน ที่มิงาน และกิจกรรมโดดเด่นหรือมีความเชี่ยวชาญในการจัดการตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือมีการจัดการครอบคลุมหมู่บ้าน สมาชิกของหมู่บ้าน หรือเป็นของหมู่บ้าน กลุ่มอาสาสมัคร (ตามนโยบายรัฐ) เช่น กองทุนหมู่บ้าน กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต ฅาปนกิจสงเคราะห์ กองทุนแม่ของแผ่นดิน เป็นต้น

๕) ระดับตำบล หมายถึง ทูทางสังคมทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ระดับกลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชน ที่มีวัตถุประสงค์ และลักษณะการทำงานที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันมีการเชื่อมประสาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้งานและกิจกรรมร่วมกัน ในด้านเทคนิค วิชาการ ข้อมูลและเงินทุน ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างหมู่บ้านอย่างน้อย ๒ หมู่บ้านขึ้นไป หรือเป็นทูทางสังคมที่มีการจัดการเป็นระดับตำบล แต่ไม่นับรวมถึงทูทางสังคมที่มีการก่อตั้งร่วมกันในระดับหมู่บ้านแล้วมีการแบ่งแยกก่อตั้งหมู่บ้านใหม่ในภายหลัง โดยที่ยังใช้ทูทางสังคมเดิมร่วมกัน เช่น กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบล (ออมวันละบาท) ศูนย์บริการและถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการเกษตรตำบล กองทุนพัฒนาบทบาทสตรีตำบล เป็นต้น

๖) ระดับเครือข่าย หมายถึง ทูทางสังคมทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ระดับกลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชนที่มีวัตถุประสงค์และลักษณะการทำงานที่เหมือนกัน หรือคล้ายคลึงกัน มีการเชื่อมประสาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้งานและกิจกรรมร่วมกัน ในด้านเทคนิค วิชาการ ข้อมูล และเงินทุน ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างตำบล หรืออำเภอ หรือจังหวัด อย่างน้อย ๒ พื้นที่ขึ้นไป เช่น วิสาหกิจเครือข่ายเกษตร เครือข่ายจัดการลุ่มน้ำ เป็นต้น

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

๑๙. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง หมายถึง บุคคลผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ เป็นผู้นำเชิงความคิดของชุมชนท้องถิ่นที่มีความคิดริเริ่ม สามารถสร้างปฏิบัติการให้เกิดผลได้จริง โดยได้รับการยอมรับและศรัทธาจากคนในพื้นที่และจากบุคคลทั่วไปเพื่อพัฒนาต่อยอดและประยุกต์ใช้ในพื้นที่ บูรณาการเข้าสู่งานประจำได้

๒๐. นักสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน หมายถึง บุคคลในหน่วยงาน องค์กร สถาบันหรือภาคประชาชนที่ทำหน้าที่สนับสนุนการจัดการตนเอง ด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ โดยผ่านกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ ยกตัวอย่างเช่น การวิจัยชุมชน การพัฒนาระบบข้อมูล การจัดการกระบวนการเรียนรู้ การสื่อสาร การวิเคราะห์และนำใช้ข้อมูล การออกแบบและพัฒนา ระบบการจัดการพื้นที่ การประเมินตนเอง เป็นต้น

๒๑. นโยบายสาธารณะ หมายถึง การประมวลองค์ความรู้และวิเคราะห์กิจกรรมจากปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่นที่ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยชุมชนท้องถิ่น จนเกิดเป็นปัญญาเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่และมีข้อตกลงร่วมของเครือข่ายในภาพรวม ซึ่งสมาชิกของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ได้ใช้เป็นแนวทางการขับเคลื่อนของแต่ละพื้นที่ ทั้งระดับตำบล เครือข่าย และจังหวัด

๒๒. สัปดาห์ ๑๐ ประการ หมายถึง ข้อตกลงในการปฏิบัติร่วมกันของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ได้ประกาศไว้เมื่อวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๑ ดังนี้ (๑) คำมั่นถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน (๒) ตั้งใจ เอาใจใส่ และรับผิดชอบต่อกัน (๓) ซื่อสัตย์ สุจริต โปร่งใส ตรวจสอบได้ (๔) รักษาไว้ซึ่งคุณธรรม มีจริยธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ขัดต่อศีลธรรม ประเพณี กติกาและข้อตกลงของสังคม (๕) ประพฤติตนให้เป็นที่ยอมรับนับถือจากสังคม (๖) เรียนรู้และพัฒนาางานด้วยข้อมูล ที่เป็นความจริง และใช้ข้อมูลในการพัฒนาางาน (๗) คิดริเริ่ม สร้างสรรค์ หาทางออกให้กับชุมชนท้องถิ่น และไม่หยุดนิ่ง (๘) ร่วมสร้างผู้นำชุมชนท้องถิ่นรุ่นใหม่ (๙) สร้างและสานเครือข่ายในหลากหลายลักษณะ และ (๑๐) ทำงานร่วมกับทุกฝ่ายทุกภาคส่วน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล ร่วมกับองค์กรหลักในพื้นที่โดยใช้ชุมชนท้องถิ่นเป็นฐาน ให้สามารถเป็นต้นแบบของพื้นที่ที่มีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพในระดับตำบล ระดับอำเภอ และระดับจังหวัดที่สอดคล้องกับแนวทางการจัดทำแผนและประสานแผนพัฒนาพื้นที่ในระดับอำเภอและตำบล การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และแนวนโยบายการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ
๒. เพื่อสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบลร่วมกับองค์กรหลักในพื้นที่สร้างพื้นที่สุขภาวะด้านการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางและกลุ่มวัยโดยใช้ชุมชนท้องถิ่นเป็นฐาน
๓. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือการพัฒนาที่จำเป็นต่อการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน และเครื่องมือการประเมินตนเองที่บ่งบอกถึงความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น
๔. เพื่อสนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพผู้นำการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนให้มีขีดความสามารถในการขับเคลื่อนขบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นตามหลักสัปดาห์ ๑๐ ประการ และน้อมนำศาสตร์ของพระราชา^{๑๐๐} มาเป็นหลักการในการดำเนินงาน

^{๑๐๐} ศาสตร์ของพระราชา ๓ ประการ ประกอบด้วย ๑) เข้าใจ-เข้าถึง-พัฒนา ๒) ระเบิดจากข้างใน และ ๓) ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๗๕)

๑. เกิดตำบลน่าอยู่^{๑๐๒} (สุขภาวะ) จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐๐ แห่ง ที่บูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน เข้าสู่งานประจำขององค์กรเพื่อเป็นกลไกสำคัญในการจัดการกับปัญหาความเหลื่อมล้ำ ทางเศรษฐกิจ และสังคมบนฐานของทุนทางสังคมและวัฒนธรรม
๒. มีแผนแม่บทชุมชนแบบบูรณาการ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๕ แห่ง ตามที่กำหนดไว้ในแผนการปฏิรูป ประเทศไทยด้านสังคม และตามแนวทางการจัดทำแผนและประสานแผนพัฒนาพื้นที่ ในระดับอำเภอ และตำบล
๓. เกิดเครือข่ายตำบลน่าอยู่^{๑๐๓} ที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางและกลุ่มวัย จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๐ แห่ง ที่ทำหน้าที่เป็นกลไกการรณรงค์และขับเคลื่อนนโยบาย
๔. เกิดเครือข่ายตำบลน่าอยู่^{๑๐๓} ที่เชี่ยวชาญด้านการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๐ แห่ง ที่ทำหน้าที่เป็นกลไกการรณรงค์และขับเคลื่อนนโยบาย
๕. เกิดเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ เครือข่าย โดยบูรณาการกับ ยุทธศาสตร์จังหวัด
๖. มีผู้นำการเปลี่ยนแปลง จำนวนไม่น้อยกว่า ๔,๐๐๐ คน ทำหน้าที่พัฒนาปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่น ให้จัดการตนเองเพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน
๗. มีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ร่วมรณรงค์และขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะเพื่อสร้างเสริมให้ทุกคนมีสุขภาวะที่ดี
๘. มีการใช้เครื่องมือการประเมินตนเองที่บ่งบอกถึงความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น จำนวน ไม่น้อยกว่า ๖๐๐ แห่ง
๙. เกิดกลไกการจัดการข้อมูลร่วมกับภาคียุทธศาสตร์โดยเฉพาะกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และ นำข้อมูลไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน
๑๐. มีการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการดำเนินงานของตำบลน่าอยู่ (สุขภาวะ) จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ แห่ง

ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง (น้ำหนักร้อยละ ๒๕)

๑. เกิดเครือข่ายธนาคารเวลาในระดับชุมชนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๐ เครือข่าย^{๑๐๓}
๒. เกิดกลไกขับเคลื่อนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases : NCDs) ในกลุ่มเด็กประถมศึกษาและมัธยมศึกษาโดยชุมชนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๘ แห่ง

^{๑๐๒} ตำบลน่าอยู่ ประกอบด้วย ๕ สร้าง ดังนี้ สร้างคนมีสุข สร้างระบบข้อมูลใช้ร่วมกัน สร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างสุขภาวะ สร้างกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาวะ สร้างแผนงานและโครงการ

^{๑๐๓} เครือข่าย หมายถึง การรวมตัวระหว่างตำบล หรืออำเภอ หรือจังหวัด อย่างน้อย ๒ พื้นที่ขึ้นไป เพื่อดำเนินงานเกี่ยวกับธนาคารเวลาในระดับชุมชนท้องถิ่น

แนวทางการดำเนินงาน

แผนสุขภาวะชุมชนออกแบบและกำหนดกิจกรรมตาม “ยุทธศาสตร์ S-2I”^{๑๐๔} โดยมีอย่างน้อย ๔ องค์กรหลักในพื้นที่ ประกอบด้วย (๑) ท้องถิ่น (๒) ท้องที่ (๓) หน่วยงานรัฐในพื้นที่ และ (๔) องค์กรชุมชนและภาคประชาชน รวมถึงองค์กรศาสนา รวมตัวเป็นกลไกในการขับเคลื่อนการเสริมสร้างสุขภาวะชุมชน สำหรับการดำเนินงานในปี ๒๕๖๓ มีรายละเอียดดังนี้



ภาพที่ ๓ ยุทธศาสตร์ S-2I

การจัดการพื้นที่ - Systematization ด้วยการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนท้องถิ่น พัฒนากลไกการทำงานร่วมกันของ ๔ องค์กรหลักเป็นอย่างน้อย (ท้องถิ่น-ท้องที่-องค์กรชุมชนและภาคประชาชน-หน่วยงานรัฐในพื้นที่) และการพัฒนาระบบข้อมูลที่จำเป็น (คน-กลไก-ข้อมูล) เพื่อให้เข้าใจถึงทุนและศักยภาพในพื้นที่และเข้าถึงปัญหาของพื้นที่อย่างแท้จริง อันนำไปสู่ความพร้อมของการขับเคลื่อนให้เกิดการจัดการกับปัญหาในพื้นที่ได้ พร้อมกับ การตอบสนองต่อนโยบายที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตในทุกมิติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นพื้นฐานของขบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นโดยให้ความสำคัญกับการจัดการตนเองก่อนที่จะพึ่งพาทภายนอก สำหรับตำบลที่มีระบบการจัดการพื้นที่ที่ผ่านการประเมินจากหน่วยงานภายนอก หรือทีมวิชาการของแผนสุขภาวะชุมชน จะได้รับการสนับสนุนทุนในการทำหน้าที่เป็น “ศูนย์เรียนรู้ด้านการจัดการสุขภาวะชุมชน” และบริหารจัดการเครือข่าย โดยจะต้องมีการสร้างและพัฒนานวัตกรรม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและสร้างปัจจัยเสริมทางสุขภาพไปพร้อมกันด้วย

^{๑๐๔} ยุทธศาสตร์ S-2I หมายถึง ยุทธศาสตร์เพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น ประกอบด้วยกิจกรรมเชิงยุทธศาสตร์ ๓ ประการ ได้แก่ ๑) การจัดการพื้นที่ - Systematization ๒) การสร้างและพัฒนานวัตกรรมชุมชน - Innovative creation และ ๓) การบูรณาการภายในชุมชนท้องถิ่นและหน่วยงานสนับสนุนจากภายนอก - Integration and Collaboration

การสร้างและพัฒนานวัตกรรมชุมชน - Innovative creation ด้วยพลวัตของเงื่อนไขภายในชุมชน การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนท้องถิ่น จึงมีความจำเป็นที่ชุมชนท้องถิ่นจะต้องมีการปรับตัวอย่างทันท่วงที การพัฒนาแนวทางและวิธีการใหม่ในการจัดการกับปัญหา ในพื้นที่จึงเป็นทางออกที่สำคัญต่อการพัฒนาสุขภาวะชุมชน แผนสุขภาวะชุมชนให้ความสำคัญ กับการพัฒนานวัตกรรมใหม่ ๓ ลักษณะ คือ นวัตกรรมเชิงระบบ นวัตกรรมเชิงกระบวนการ และนวัตกรรมเชิงเทคนิคหรือผลิตภัณฑ์ ทั้งนี้การสนับสนุนทุนของแผนสุขภาวะชุมชนยังเน้นที่การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ๕ ประเด็นในเบื้องต้น ดังนี้ (๑) ควบคุมยาสูบ (๒) ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดอุบัติเหตุจราจร (๓) เกษตรกรรมสู่อาหารปลอดภัย (๔) การจัดการสิ่งแวดล้อมและรับมือภาวะโลกร้อน และ (๕) การจัดการภัยพิบัติ และการดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางและกลุ่มวัย ๔ ประเด็นในเบื้องต้น ดังนี้ (๑) ระบบการดูแลผู้สูงอายุ (๒) การเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน (๓) ระบบการดูแลเด็กปฐมวัยโดยชุมชนท้องถิ่น และ (๔) ระบบสนับสนุนการดูแลกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี สสส. สำหรับตำบลที่แสดงถึงความเชี่ยวชาญเฉพาะเรื่องเฉพาะประเด็นก็จะได้รับการสนับสนุนให้ทำหน้าที่ “ศูนย์เรียนรู้” และบริหารจัดการเครือข่าย

การบูรณาการภายในชุมชนท้องถิ่นและร่วมมือกับหน่วยงานสนับสนุนจากภายนอก - Integration and Collaboration สำหรับภายในชุมชน แผนสุขภาวะชุมชนสร้างเงื่อนไข ให้ ๔ องค์กรหลักในพื้นที่จะต้องมีความร่วมมือกัน และสร้างหรือทบทวนกลไกขับเคลื่อนขบวนการสร้างเสริมสุขภาวะ (คุณภาพชีวิต) โดยผู้นำชุมชนท้องถิ่นทั้ง ๔ องค์กรจะต้องผ่านกระบวนการฝึกอบรมพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นแบบอย่างกับชุมชน อันจะนำไปสู่การปรับเข้าสู่ระบบงานปกติของทุกองค์กรในพื้นที่ สำหรับการบูรณาการกับหน่วยงานกำหนดนโยบายหรือหน่วยงานที่มีบทบาทในการส่งเสริมการพัฒนาเชิงพื้นที่ แผนสุขภาวะชุมชนจะนำพาพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งเข้าร่วมกิจกรรมกับภาคียุทธศาสตร์ในทุกระดับเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันและสร้างฉันทมติร่วมกันที่จะขับเคลื่อนนโยบายระดับอำเภอ-จังหวัด-ภาค-ประเทศอย่างได้ผล พร้อมกับภาคียุทธศาสตร์ยังใช้ตำบล (พื้นที่) ที่มีความเข้มแข็งให้ทำหน้าที่เป็นกลไกการส่งต่อนโยบายสู่การปฏิบัติ (Policy lab) เพื่อประเมินความเป็นไปได้สำหรับนโยบายใหม่ที่จะประกาศต่อไป

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วย ๔ แผนงาน ได้แก่ (๑) แผนงานสนับสนุนการจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนและขับเคลื่อนนโยบาย (๒) แผนงานสนับสนุนการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาวะโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน (๓) แผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และธรรมาภิบาล และ (๔) แผนงานเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

๑. แผนงานสนับสนุนการจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนและขับเคลื่อนนโยบาย

สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบลร่วมกับภาคีหลักในพื้นที่ในการทำหน้าที่เป็นกลไกจัดการเครือข่ายและบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนเข้าสู่ระบบงานประจำของทุกฝ่ายในพื้นที่ หนุนเสริมการขับเคลื่อนนโยบายหลักของรัฐสู่การปฏิบัติ เป็นกลไกเอื้ออำนวยต่อขบวนการปฏิรูปประเทศ และยกระดับเครือข่ายตำบลสุขภาวะให้เป็นกลไกขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

และเป็นกลไกขับเคลื่อนยุทธศาสตร์จังหวัด รวมถึงคัดสรรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบลให้ทำหน้าที่เป็นศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน (ศจค.) และสมาชิกเครือข่ายให้ครอบคลุมพื้นที่ในหลากหลายลักษณะ อาทิ พื้นที่เขตสุขภาพ พื้นที่เขตเมือง พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ รวมถึงคัดสรรต่อยอดการพัฒนาศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชน (ศจค.) ให้เป็น ศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนเชี่ยวชาญเฉพาะ (ศชช.) สามารถทำหน้าที่จัดการฝึกอบรมให้กับเครือข่าย

เป้าหมายและตัวชี้วัดมีดังนี้

- ๑) เกิดตำบลนำอยู่ (สุขภาวะ) จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐๐ แห่ง ที่บูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนเข้าสู่งานประจำขององค์กรเพื่อเป็นกลไกสำคัญในการจัดการกับปัญหาความเหลื่อมล้ำ ทางเศรษฐกิจและสังคมบนฐานของทุนทางสังคมและวัฒนธรรม
- ๒) มีแผนแม่บทชุมชนแบบบูรณาการ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๕ แห่ง ตามที่กำหนดไว้ในแผนการปฏิรูปประเทศไทยด้านสังคม และตามแนวทางการจัดทำแผนและประสานแผนพัฒนาพื้นที่ในระดับอำเภอและตำบล
- ๓) เกิดเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัด จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ เครือข่าย โดยบูรณาการกับยุทธศาสตร์จังหวัด

๒. แผนงานสนับสนุนการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาวะโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน

สนับสนุนการสร้างพื้นที่สุขภาวะด้านการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางและกลุ่มวัยโดยใช้ชุมชนท้องถิ่นเป็นฐาน ด้วยการใช้ข้อมูลที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของพื้นที่ บนฐานวัฒนธรรม ทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนท้องถิ่น และใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลเพื่อสร้างการเรียนรู้และกระตุ้นให้กับพื้นที่อื่นเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและตอบสนองต่อทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. ที่ยังไม่บรรลุผลเป็นพิเศษ พร้อมๆ กับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบรองรับสังคมสูงวัย

เป้าหมายและตัวชี้วัดมีดังนี้

- ๑) เกิดเครือข่ายตำบลนำอยู่ที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางและกลุ่มวัยจำนวนไม่น้อยกว่า ๓๐ แห่ง ที่ทำหน้าที่เป็นกลไกการรณรงค์และขับเคลื่อนนโยบาย
- ๒) เกิดเครือข่ายตำบลนำอยู่ที่เชี่ยวชาญด้านการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๐ แห่ง ที่ทำหน้าที่เป็นกลไกการรณรงค์และขับเคลื่อนนโยบาย
- ๓) เกิดเครือข่ายธนาคารเวลาในระดับชุมชนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๐ เครือข่าย
- ๔) เกิดกลไกขับเคลื่อนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases : NCDs) ในกลุ่มเด็กประถมศึกษาและมัธยมศึกษาโดยชุมชนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๘ แห่ง

๓. แผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และรณรงค์

พัฒนาและสนับสนุนให้เมืององค์กรหรือหน่วยงานหรือสถาบันหรือคณะบุคคลเข้ามาทำหน้าที่สนับสนุนทางวิชาการและการบริหารจัดการเครือข่ายให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กร ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบล และองค์กรหลักในพื้นที่ที่สามารถพัฒนาเครื่องมือการพัฒนาที่จำเป็นต่อการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน และเครื่องมือการประเมินตนเองที่บ่งบอกถึงความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น เพื่อร่วมกันสร้างให้ตำบลน่าอยู่บูรณาการเข้าสู่ระบบการทำงานปกติขององค์กรและหน่วยงาน ผ่านการนำใช้ข้อมูล การสื่อสาร และการรณรงค์ รวมถึงสนับสนุนกิจกรรมของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ และการจัดทำนโยบายสาธารณะของชุมชนท้องถิ่น อาทิ การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปีสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ การดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑

เป้าหมายและตัวชี้วัดมีดังนี้

- ๑) มีการใช้เครื่องมือการประเมินตนเองที่บ่งบอกถึงความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๖๐๐ แห่ง
- ๒) เกิดกลไกการจัดการข้อมูลร่วมกับภาคียุทธศาสตร์โดยเฉพาะกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และนำข้อมูลไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน
- ๓) มีการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการดำเนินงานของตำบลน่าอยู่ (สุขภาวะ) จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ แห่ง
- ๔) มีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ร่วมรณรงค์และขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างเสริมให้ทุกคนมีสุขภาวะที่ดี
- ๕) ทบทวนรูปแบบและคู่มือสำหรับการขับเคลื่อนขบวนการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนสนับสนุนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
- ๖) ทบทวนแนวทางการจัดทำแผนแม่บทชุมชนแบบบูรณาการ (ระดับตำบล) ตามที่กำหนดไว้ในแผนการปฏิรูปประเทศไทยด้านสังคม และตามแนวทางการจัดทำแผนและประสานแผนพัฒนาพื้นที่ในระดับอำเภอและตำบล

๔. แผนงานเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน

การเพิ่มขีดความสามารถสำหรับผู้นำชุมชนท้องถิ่นของเครือข่ายตำบลน่าอยู่และของภาคียุทธศาสตร์ให้มีทักษะในการสร้างความร่วมมือ การบูรณาการในทุกกระดับ การออกแบบกิจกรรม เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชนท้องถิ่น การขึ้นนำการพัฒนานวัตกรรม การสร้างสุขภาวะชุมชน และการรู้เท่าทันนโยบายสาธารณะที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนท้องถิ่น โดยการน้อมนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในการออกแบบหลักสูตรและแนวทางการจัดการเรียนรู้ เพื่อเพิ่มทักษะ และยึดหลักสัปปายะ ๑๐ ประการในการขับเคลื่อนขบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น ดังที่กล่าวมาข้างต้น

เป้าหมายและตัวชี้วัดมีดังนี้

- ๑) มีผู้นำการเปลี่ยนแปลง จำนวนไม่น้อยกว่า ๔,๐๐๐ คน ทำหน้าที่สร้างปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่นโดยสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งตามหลักสัจตยานัน ๑๐ ประการ
- ๒) มีเครือข่ายอาสาสมัครสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนที่มีศักยภาพและรอบรู้ด้านสุขภาวะ รวมทั้งมีจิตสาธารณะและมีความรับผิดชอบต่อส่วนร่วม
- ๓) ทบทวนหลักสูตรการเพิ่มขีดความสามารถนักรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

ภาคีหลัก

๑. ภาคีระดับพื้นที่

- ๑) **ระดับจังหวัด** เช่น ผู้ว่าราชการจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด หอการค้าจังหวัด สภาอุตสาหกรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัด สมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายกำนันผู้ใหญ่บ้าน
- ๒) **ระดับอำเภอ** เช่น คณะกรรมการพัฒนาอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เครือข่ายกองทุนสุขภาพ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ๓) **ระดับตำบล** เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน สภาผู้นำชุมชน องค์กรชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มทางสังคมในหมู่บ้านและตำบล
- ๔) **ระดับหมู่บ้าน** เช่น คณะกรรมการหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง สภาผู้นำชุมชน

๒. ภาคียุทธศาสตร์

- ๑) กระทรวงมหาดไทย เช่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการพัฒนาชุมชน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมการปกครอง
- ๒) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เช่น สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) กรมกิจการผู้สูงอายุ
- ๓) กระทรวงสาธารณสุข
- ๔) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม
- ๕) สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- ๖) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ๗) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- ๘) กระทรวงศึกษาธิการ
- ๙) กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. แผนงานสนับสนุนการจัดการเครือข่ายสุขภาวะชุมชนและขับเคลื่อนนโยบาย	๑๐๐
๒. แผนงานสนับสนุนการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาวะโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน	๑๐๐
๓. แผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้และรณรงค์	๑๐๐
๔. แผนงานเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน	๖๐
รวม	๓๖๐

แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว



แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว ดำเนินงานโดยใช้กลยุทธ์สนับสนุนทุนเชิงรุก (strategic granting) ร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริมให้เด็กและเยาวชน (๐ - ๒๔ ปี) มีสุขภาพะทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม มีพัฒนาการสมวัย มีภูมิคุ้มกันในตัวเองต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ มีโอกาสในการพัฒนาศักยภาพเพื่อร่วมขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมไทยในบริบทโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วและซับซ้อนมากขึ้น โดยสนับสนุนปฏิบัติการในพื้นที่บ่มเพาะชีวิตเด็ก ได้แก่ ครอบครัว สถานศึกษา ชุมชนเชิงกายภาพ และชุมชนบนพื้นที่ออนไลน์ และมุ่งสู่การร่วมขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ แผนปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการเตรียมคนไทยสู่ศตวรรษที่ ๒๑ ตลอดจนจกทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปีของ สสส. ที่มุ่งเน้นการบูรณาการการทำงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชากรเป้าหมาย

สถานการณ์และแนวโน้ม

ในรอบปีที่ผ่านมาสถานการณ์และแนวโน้มสำคัญ ดังต่อไปนี้

๑) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แม้จะลดลงอย่างต่อเนื่องแต่ยังนับว่าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงโดยข้อมูลในปี ๒๕๖๐ พบว่ามีวัยรุ่นคลอดบุตรรวมทั้งสิ้น ๘๔,๕๗๘ คน ในจำนวนนี้เป็นเด็กหญิงอายุระหว่าง ๑๐ - ๑๔ ปีมากถึง ๒,๕๕๙ คนหรือประมาณวันละ ๗ คน เนื่องจากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นโดยมากเป็นความไม่ตั้งใจและ/หรือไม่มีความพร้อม จึงพบว่ากว่าร้อยละ ๓๐ ไม่ได้ฝากครรภ์ภายใน ๓ เดือนแรก และยังมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิตแม่/พ่อวัยรุ่นและเด็กเล็ก ทั้งในมิติการศึกษาที่ต่อเนื่อง มีคุณภาพ การได้รับสวัสดิการสังคมที่เพียงพอและทั่วถึง ตลอดจนการได้รับความเข้าใจและสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

๒) สุขภาพเด็กปฐมวัย จำนวนเด็กเกิดใหม่ในปี ๒๕๖๑ มีจำนวนลดลงเหลือ ๖๖๖,๑๐๙ คนเมื่อเทียบกับปีก่อนซึ่งมีจำนวน ๗๐๒,๗๕๕ คน รายงานสุขภาพคนไทย ๒๕๖๑ พบว่าเด็กปฐมวัยร้อยละ ๖๑ ได้รับการเลี้ยงดูโดยพ่อแม่ ร้อยละ ๓๓ ปู่ย่าตายายเป็นคนเลี้ยง แต่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าปู่ย่าตายายเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กมากถึงร้อยละ ๔๒.๗ ซึ่งมีการศึกษาวิจัยพบว่าเด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่เป็นเด็กที่พบปัญหาด้านพัฒนาการมากถึงร้อยละ ๒๔.๘ สูงกว่าเด็กที่อยู่กับพ่อแม่ซึ่งพบราวร้อยละ ๑๗ โดยพบว่าเด็กในครอบครัวร่ำรวยมาก

มีโอกาสทำกิจกรรมร่วมกับพ่อ/แม่มากกว่าเด็กในครอบครัวจนมากเกือบเท่าตัว นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กปฐมวัยเป็นช่วงอายุที่ถูกทำโทษด้วยวิธีรุนแรงทางกายมากที่สุด โดยเกือบครึ่งของผู้เลี้ยงดูเด็กเชื่อว่าการลงโทษทางกายเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้ การเติบโตในสภาพแวดล้อมที่มีความเครียดสูงส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทุกด้านของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านความเข้มแข็งของจิตใจ นอกจากนี้พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปีได้กินนมแม่เพียงอย่างเดียวเป็นเวลาเพียง ๑๘ วันโดยเฉลี่ย เด็กอายุ ๑๒ - ๒๓ เดือนที่ได้รับวัคซีนครบมีสัดส่วนลดลงและเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนเลยมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ในกลุ่มเด็กอายุ ๒ - ๕ ปีมีเพียงร้อยละ ๖.๕ เท่านั้นที่บริโภคผักและผลไม้ได้เพียงพอตามปริมาณที่แนะนำต่อวัน ขณะที่การบริโภคน้ำอัดลม น้ำหวานหรือเครื่องดื่มหวานของเด็กกลับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และพบว่ากว่าครึ่งของเด็กอายุ ๓ ปีมีปัญหาฟันน้ำนมผุ เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ ๑๐ มีภาวะผอมร้อยละ ๕ โรคท้องร่วง ปวดบวม และโรคมือ เท้า ปาก ยังครองแชมป์พบบ่อยที่สุดในกลุ่มเด็กปฐมวัย ในมิติของพัฒนาการ สติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ พบว่าเด็กเกือบ ๑ ใน ๔ มีปัญหาด้านพัฒนาการที่พบบ่อยคือปัญหาด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา การเข้าใจภาษา การใช้ภาษา การช่วยเหลือตัวเอง และด้านการเคลื่อนไหว/กล้ามเนื้อใหญ่ กรมสุขภาพจิตรายงานว่าจากการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าให้เข้าสู่กระบวนการกระตุ้นพัฒนาการต่อเนื่องจนกลับมาพัฒนาการสมวัย สามารถติดตามเด็กให้มารับการกระตุ้นพัฒนาการได้เพียงร้อยละ ๓๐.๔๘ อยู่ระหว่างการติดตามร้อยละ ๑๙.๑๙ และไม่สามารถติดตามได้ถึงร้อยละ ๕๐.๘๕

นอกจากนี้ ยังพบว่าเกือบร้อยละ ๓๐ ของเด็กวัย ๒ - ๕ ปี มีพัฒนาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านทักษะการคิดเพื่อจัดการชีวิต ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาสมองส่วนหน้า หรือ Executive Function : EF เด็กประถมศึกษาปีที่ ๑ ประมาณร้อยละ ๒๓ มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ระดับสติปัญญา (IQ) มีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติมากถึงร้อยละ ๓๒ โดยพบความเสี่ยงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มากกว่าภาคอื่น เด็กเล็กที่เป็นกลุ่มเปราะบางมีแนวโน้มที่น่าเป็นห่วง โดยพบว่าจำนวนเด็กอ่อนที่ถูกลบสถานสงเคราะห์มีจำนวนลดลงเพียงเล็กน้อยในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา และยังพบเด็กไร้บ้านมีอายุน้อยลง นอกจากนี้ยังมีสถานการณ์เด็กพิการ เด็กไร้สัญชาติ และเด็กยากจนหรือเสี่ยงจนอีกเป็นจำนวนมากที่ยังเข้าไม่ถึงสิทธิและสวัสดิการซึ่งส่งผลซ้ำเติมพัฒนาการและสุขภาวะของเด็ก

๓) สุขภาวะเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งสำรวจนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๖ พบสถานการณ์สำคัญ ได้แก่ ๑ ใน ๕ ของนักเรียนมีภาวะน้ำหนักเกินโดยพบในกลุ่มนักเรียนชายมากกว่านักเรียนหญิง นักเรียนเพียง ๑ ใน ๓ รับประทานผักเป็นประจำแต่มากกว่าครึ่งที่ดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำ มากกว่าครึ่งของนักเรียนมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง พฤติกรรมสูบบุหรี่พบ ๑ ใน ๑๐ โดยพบบ่อยในกลุ่มนักเรียนชาย พฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์พบบ่อยถึง ๑ ใน ๕ เช่นเดียวกับการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งพบในกลุ่มนักเรียนชายมากกว่านักเรียนหญิง นอกจากนี้ ยังพบว่าทั้งนักเรียนชายและหญิงได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุทางยานพาหนะมากถึงร้อยละ ๒๖.๖ และมีนักเรียน ๑ ใน ๑๐ เคยพยายามฆ่าตัวตาย ปัญหาด้านสุขภาพจิตนับเป็นสถานการณ์สำคัญของวัยรุ่นในยุคนี้ กรมสุขภาพจิตพบว่าวัยรุ่นไทยอายุ ๑๐ - ๑๙ ปี มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าสูงร้อยละ ๔๔ หรือมีประมาณ ๓ ล้านกว่าคนจากวัยรุ่นทั้งหมดประมาณ ๘ ล้านคน และมีอัตราป่วยเป็นโรคนี้ ร้อยละ ๑๘ คาดว่าขณะนี้ทั่วประเทศมีวัยรุ่นป่วยด้วยโรคซึมเศร้าแล้วกว่า ๑ ล้านคน แต่ยังไม่เข้าถึงบริการน้อย เนื่องจากลักษณะอาการทางอารมณ์และพฤติกรรมของวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะไม่เหมือนอาการของผู้ใหญ่ คือ อาจมีพฤติกรรมใช้ความรุนแรง ทำร้ายตัวเองหรือคนอื่น มีอารมณ์ก้าวร้าวหรือแปรปรวนง่าย หรือมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ใช้ยาเสพติด หรืออาจแยกตัว ไม่กล้าเข้าสังคม ทำให้ผู้ปกครอง

ครู เข้าใจผิดคิดว่าเป็นปัญหานิสัยเกเร จึงทำให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนมากไม่ได้รับการช่วยเหลือและนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ที่มีความรุนแรงขึ้นตามมา เช่น ฆ่าตัวตาย ทำร้ายคนอื่น ดิถยา เรียนไม่จบ เป็นต้น นอกจากนี้ประเด็นเรื่อง ความผิดปกติทางจิต (Mental Disorder) การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน และการติดสารเสพติด ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงลำดับต้นๆ ของการสูญเสียปีสุขภาวะของวัยรุ่นไทยอีกด้วย

๔) สุขภาวะครอบครัว รายงาน “โฉมหน้าครอบครัวไทยยุคเกิดน้อยอายุยืน” โดยกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย (UN Population Fund, Thailand) พบว่าประเภทของครอบครัวไทยมีความแตกต่างหลากหลายและมีพลวัตเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ต่างจากในอดีตที่แทบจะแบ่งประเภทครอบครัวได้เพียง ๒ ประเภทคือครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย ปัจจุบันมีครอบครัวประเภทใหม่ๆ เกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อครอบครัวทำได้ยากหากยังคงมองครอบครัวตามแบบแผนดั้งเดิม

นอกจากนี้ รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งมีจุดเน้นในเรื่องสุขภาพของประชากรเปราะบาง ชี้ว่ายังมีช่องว่างของระบบคุ้มครองดูแลครอบครัวเปราะบาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวซึ่งเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็วจากในอดีตที่เคยสำรวจพบประมาณ ๙๐๐,๐๐๐ ครอบครัวเป็น ๑.๔ ล้านครอบครัว และเกือบครึ่งเป็นครอบครัวแม่วัยรุ่นเลี้ยงเดี่ยว ตลอดจนครอบครัวข้ามรุ่น หรือครอบครัวแห่วงกลางที่มีจำนวนเพิ่มสองเท่าตัว ทั้งหมดนี้เป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อความยากจนซึ่งกระทบต่อขีดความสามารถในการเลี้ยงดูเด็ก รวมถึงมิติเรื่องบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว การพึ่งพาตนเองได้ และปัญหาด้านสัมพันธภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการแสดงออกถึงความรักและเอาใจใส่ระหว่างกัน และการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่มีคุณภาพซึ่งจะช่วยเพิ่มความเข้มแข็งทั้งทางกายและใจแก่สมาชิกครอบครัว

ในช่วงปีที่ผ่านมาความก้าวหน้าสำคัญของกฎหมาย นโยบาย ตลอดจนมาตรการใหม่ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ได้แก่ พระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งกฎหมายนี้จะเป็นหลักประกันให้เด็กในช่วงวัยสำคัญของชีวิตได้รับการอบรมเลี้ยงดู พัฒนาให้การศึกษา และได้รับการปกป้องเป็นพิเศษ เพราะเป็นวัยที่สมองพัฒนาสูงสุด และการเรียนรู้เป็นไปอย่างรวดเร็วที่สุด อีกทั้งการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยรอบด้านอย่างเหมาะสมจะเป็นรากฐานของทุนมนุษย์สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของเด็กไปจนตลอดชีวิต มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งเป็นกรอบการดำเนินงานที่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัดต้องใช้ร่วมกันและมีระบบประเมินตนเองแบบออนไลน์ในระบบฐานข้อมูลสารสนเทศการพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติด้วย

นอกจากนี้คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๒ ให้ขยายระยะเวลาให้เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด - ๖ ปีแบบขยายฐานรายได้ครัวเรือนไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี โดยเริ่มปี ๒๕๖๒ เป็นต้นไป ซึ่งจะส่งผลให้มีเด็กเข้าถึงสวัสดิการนี้ในจำนวนที่มากขึ้นเป็นเท่าตัว พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๐ เพิ่มการกำหนดแนวทางและปรับปรุงวิธีการในการส่งเสริมพัฒนาเด็กและเยาวชนให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพสังคมปัจจุบันโดยให้องค์กรเอกชนและองค์กรส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมมากขึ้น กำหนดให้มีการจัดตั้งสภาเด็กและเยาวชนระดับตำบล หรือเทศบาล ๗,๗๗๔ แห่งทั่วประเทศ ให้องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของสภาเด็กและเยาวชนระดับตำบล พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครกในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งกำหนดให้หน่วยงานต่างๆ ทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ

มนุษย์ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงมหาดไทย ต้องดำเนินงานภายใต้การกำกับดูแลของกลไกระดับชาติ เพื่ออำนวยความสะดวกให้วัยรุ่นอายุ ๑๐ - ๑๙ ปีได้รับการคุ้มครองสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง สิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ ได้รับการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ซึ่งเป็นการป้องกันปัญหาและการคุ้มครองอย่างรอบด้านเมื่อเกิดปัญหา นอกจากนี้ยังมีนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ซึ่งกำหนดเป้าประสงค์ให้มีการเกิดที่มีความสมัครใจเพิ่มขึ้น เพื่อทดแทนจำนวนประชากร การเกิดทุกรายเป็นการเกิดที่มีความพร้อม ทารกแรกเกิดแข็งแรงพร้อมเติบโตอย่างมีคุณภาพโดยระบบกลยุทธ์การดำเนินงานที่เน้นการประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ในมิติของการพัฒนาเชิงพื้นที่ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็นเครื่องมือทางนโยบายที่สำคัญยิ่ง เพราะมุ่งให้เกิดการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่

ความก้าวหน้าเหล่านี้เอื้อให้เกิดความร่วมมือในระดับนโยบายได้ง่ายขึ้นเพราะมุ่งเน้นการบูรณาการอย่างไรก็ดี ยังมีความท้าทายในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติเนื่องมาจากข้อจำกัดหลายประการ อาทิ การขับเคลื่อนและดำเนินงานแบบแยกส่วน ขาดการเสริมหนุนสมรรถนะให้แก่หน่วยปฏิบัติในระดับภูมิภาค/ท้องถิ่น/ชุมชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ใช้ตัวชี้วัดและฐานข้อมูลที่แตกต่างกัน ขาดข้อมูลรายบุคคลและรายพื้นที่เพื่อช่วยชี้เป้าการพัฒนาแผนปฏิบัติการที่ตรงกับบริบทของพื้นที่นั้นๆ อย่างแท้จริง ขาดระบบงานและระบบงบประมาณแบบร่วมพัฒนาร่วมจัดการในระดับพื้นที่ เป็นต้น

มาตรการที่ได้ผลเชิงประจักษ์ด้านการพัฒนาเด็กและเยาวชน

ในการพัฒนาเด็กทุกช่วงวัยตั้งแต่ก่อนเกิดไปจนเข้าสู่วัยเยาวชน พบว่ามาตรการที่ได้ผล^{๑๐๔} ประกอบด้วย ในช่วงก่อนตั้งครรภ์และระหว่างตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลโภชนาการ อาหารเสริม ไอโอดีน การดูแลสุขภาพจิตใจ ความเครียดและภาวะซึมเศร้า ในช่วงแรกคลอดและปฐมวัย การได้รับวัคซีนครบ ได้รับอาหารที่มีโภชนาการมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพและสติปัญญา (IQ) ครอบครัวที่ดูแลเด็กเล็กต้องได้รับการสนับสนุนให้มีความรู้และทักษะในการสังเกตและกระตุ้นพัฒนาการ การสร้างพฤติกรรมที่ดีด้วยวินัยเชิงบวก การพัฒนาทักษะสมอง เพื่อจัดการชีวิตให้สำเร็จ (Executive Functions : EF) การตอบสนองความต้องการของเด็ก เพื่อสร้างความผูกพันและการสัมผัสที่อบอุ่นช่วยสร้างอารมณ์ที่มั่นคงแก่ทารกและเด็กเล็ก การมีสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน สามารถดูแลเอาใจใส่เด็กรายบุคคลและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก สำหรับเด็กวัยเรียน โรงเรียนควรเป็นฐานของการส่งเสริมสุขภาพของเด็กควบคู่ไปกับการส่งเสริมศักยภาพในการเรียนรู้โมเดลโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่แนะนำโดย องค์การอนามัยโลกได้พิสูจน์พบว่า ช่วยทำให้เด็กมีสุขภาพดีโดยช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการ

^{๑๐๔} Britto P.R. et al., Nurturing care: promoting early childhood development, The Lancet 2017;389: 91-102, Bundy, D.A.P., A. P. Bundy, Donald (Editor); Silva, Nilanthi de (Editor); Horton, Susan (Editor); Jamison, Dean T. (Editor); Patton, George C. (Editor). 2018. Optimizing education outcomes : high-return investments in school health for increased participation and learning (English). Disease Control Priorities. Washington, D.C. : World Bank Group.

ศึกษาไปพร้อมกัน ด้วยความร่วมมือของโรงเรียน-ครอบครัว-ชุมชน จะทำให้เด็กเติบโตในระบบนิเวศที่เอื้อให้มีพฤติกรรมสุขภาพจะจนกลายเป็นนิสัย มีสุขอนามัย มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ โภชนาการที่ดี และบริโภคผักผลไม้อย่างเพียงพอ เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นตอนต้น การเรียนรู้เพศวิถีศึกษาที่รอบด้านเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นควบคู่กับการเรียนรู้ทักษะชีวิตต่างๆ ที่รอบด้านและทันสมัยเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันต่อเรื่องการใช้สารกระตุ้นสารเสพติดต่างๆ ความรุนแรง รวมถึงการบริหารจัดการอารมณ์ให้สมดุล เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาด้วยความรุนแรงทั้งต่อตัวเองและผู้อื่น การจัดบริการที่เป็นมิตรในสถานศึกษาโดยมุ่งเน้นบริการปรึกษาเพื่อดูแลสุขภาพจิตจะช่วยวัยรุ่นได้มาก และเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนปลาย จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องส่งเสริมโอกาสในการพัฒนาศักยภาพ เพราะเป็นช่วงที่สมองจะมีการพัฒนาและปรับโครงสร้าง ให้สมบูรณ์ หากได้รับประสบการณ์ที่ช่วยสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง สร้างภาวะผู้นำ จะยิ่งช่วยให้วัยรุ่นมีความพร้อมที่จะเข้าสู่ผู้ใหญ่อย่างมีวุฒิภาวะ รู้จักตัวเอง มีเป้าหมายชีวิตและเห็นคุณค่าในตนเอง

การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กและเยาวชนตลอดช่วงวัยจึงเป็นภารกิจที่ต้องอาศัยการทำงานโดยไม่แยกขาดจากกันของ “พื้นที่บ่มเพาะชีวิตเด็ก” ได้แก่ บ้าน สถานศึกษา ชุมชนที่เด็กอยู่อาศัยทั้งชุมชนเชิงกายภาพและบนพื้นที่ออนไลน์ ด้วยกระบวนการพัฒนาที่ต้องคำนึงถึงสิทธิและประโยชน์สูงสุดของเด็กเป็นสำคัญ กรอบคิดนี้มีความสอดคล้องกับเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งต้องการเห็น “คนไทยเป็นคนดี คนเก่ง มีคุณภาพ พร้อมสำหรับวิถีชีวิตในศตวรรษที่ ๒๑” และ “สังคมไทยมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนต่อการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต” โดยกำหนดตัวชี้วัด ๓ ด้าน คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิต สุขภาวะและความเป็นอยู่ที่ดีของคนไทย ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต และการพัฒนาสังคมและครอบครัวไทย

จุดเน้นของแผน

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว กำหนดจุดเน้นของการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ โดยแยกตามช่วงวัยของเด็กและเยาวชน และประเด็นสุขภาวะครอบครัว ดังนี้

๑. เด็กปฐมวัย

๑.๑ หนุนเสริมการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์รณรงค์การเจริญพันธุ์แห่งชาติ ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ เด็กได้รับการเลี้ยงดูในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย พร้อมทั้งจะเรียนรู้ในช่วงวัยต่อไปอย่างมั่นคง

๑.๒ หนุนเสริมหน่วยเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัย ในการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเข้มแข็ง และมุ่งเป้าเติมเต็มช่องว่างการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานที่ร่วมเป็นเจ้าภาพในการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติฉบับนี้

๑.๓ สนับสนุนเด็กในครอบครัวเปราะบางและครอบครัวพ่อแม่วัยรุ่นให้เข้าถึงสิทธิสวัสดิการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็ก โดยการดำเนินงานผ่านเครือข่ายพ่อแม่และเครือข่ายการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ และสานพลังภาคีเครือข่ายเชิงยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนให้เป็นนโยบาย/กฎหมายที่มีความยั่งยืน

๑.๔ พัฒนาต่อยอดและขยายผลการดำเนินงานพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแบบก้าวกระโดดโดยเน้นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ต้องการปรับปรุงคุณภาพมาตรฐานอย่างเร่งด่วน เพิ่มจำนวนศูนย์เรียนรู้เพื่อการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และการเชื่อมโยงเข้าสู่กลไกบูรณาการระดับพื้นที่เพื่อขยายผล

๑.๕ สร้างศูนย์เรียนรู้เพื่อการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแบบออนไลน์เพื่อขยายโอกาสการเข้าถึงรูปแบบการดำเนินงานและแนวปฏิบัติต่างๆ สู่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั่วไป

๑.๖ ร่วมมือกับกรมอนามัยและแผนสุขภาพในองค์กรพัฒนาแนวทางสนับสนุนให้สถานประกอบการมีแนวนโยบายเรื่องการดูแลผู้หญิงวัยแรงงานและบุตร อาทิ การลาคลอด ๖ เดือน การจัดบริการศูนย์เด็กเล็กในที่ทำงานหรือใกล้ที่ทำงานเพื่อเป็นสวัสดิการของพนักงานและครอบครัว เป็นต้น

๒. เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น

๒.๑ หนุนเสริมการดำเนินงานภายใต้นโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยร่วมมือกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสถานศึกษา โดยมุ่งเน้นการใช้ความรู้และเครื่องมือการสร้างเสริมสุขภาพในสถานศึกษาของ สสส. เช่น กล่องเครื่องมือการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับโรงเรียน “โตไปไม่เสี่ยง NCDs”, กล่องเครื่องมือ ๕ ทักษะความปลอดภัยทางน้ำสำหรับเด็กอายุ ๕ - ๙ ปี และ “ประเด็นสื่อสารหลักเพื่อความรอบรู้ทางสุขภาพ” ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อหนุนเสริมขีดความสามารถของสถานศึกษาที่ต้องการพัฒนาสุขภาพของผู้เรียน

๒.๒ พัฒนาต่อยอดความร่วมมือในการขับเคลื่อนสื่อการเรียนรู้สุขภาพผ่านรายวิชาสุขศึกษาสำหรับสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้เรียน

๒.๓ พัฒนาต่อยอดรูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพวัยรุ่นให้เป็นผู้พิทักษ์สิทธิ ภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยร่วมมือแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพกรมกิจการเด็กและเยาวชน และกรมอนามัย

๓. เยาวชน

๓.๑ สนับสนุนการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบทั้งระดับตำบลและอำเภอที่มีกลไกกลาง เพื่อขับเคลื่อนสุขภาพเด็กและเยาวชนในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นให้เด็กและเยาวชนที่มีภาวะเปราะบางได้รับการคุ้มครองให้เข้าถึงสิทธิ สวัสดิการ และความช่วยเหลือที่เหมาะสม ทักษะการณ และมีโอกาสพัฒนาศักยภาพเพื่อสร้างความมั่นใจและมองเห็นคุณค่าในตนเอง

๓.๒ ต่อยอดงานด้านการพัฒนาศักยภาพเยาวชนคนรุ่นใหม่ โดยสนับสนุนให้เกิดกระบวนการบ่มเพาะ (incubate) ให้เข้าร่วมพัฒนานวัตกรรมเพื่อสังคมในประเด็นต่างๆ ครอบคลุมทั้งมิติของการสร้างเสริมสุขภาพ และมิติของปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ

๓.๓ พัฒนาเครื่องมือสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานและกลไกระดับพื้นที่ให้มีฐานคิดและทักษะในการทำงานเยาวชนในแนวเสริมพลังเพื่อขับเคลื่อนชุมชนให้เป็นระบบนิเวศที่เอื้อต่อการพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชน และการมีบทบาทในการพัฒนาชุมชนของเด็กและเยาวชน

๓.๔ จัดการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment) กรณีศึกษาการดำเนินงานของโครงการคนรุ่นใหม่เพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคม

๔. ประเด็นสุขภาวะครอบครัว

๔.๑ พัฒนาต่อยอดชุดเครื่องมือนวัตกรรมขับเคลื่อนงานครอบครัวเข้มแข็งในระดับพื้นที่ และพัฒนาความร่วมมือกับกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวเพื่อร่วมใช้ประโยชน์โดยนำชุดความรู้ เครื่องมือ แนวปฏิบัติต่างๆ มาประยุกต์ใช้ร่วมกันแบบบูรณาการ มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีความรู้และทักษะการเลี้ยงดูเด็กที่ทันสมัย และสามารถแก้ไขปัญหาเรื่องสัมพันธภาพ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาตนเอง

๔.๒ พัฒนารูปแบบการดำเนินงานในระดับพื้นที่เพื่อสร้างระบบงานที่มุ่งคุ้มครองและส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวในภาวะเปราะบาง เช่น ครอบครัวพ่อแม่วัยรุ่น ครอบครัวข้ามรุ่นที่ต้องดูแลเด็กเล็ก และวัยรุ่นครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวยากจน รวมถึงครอบครัวในพื้นที่พิเศษ/พื้นที่เฉพาะที่ขาดโอกาสในการพัฒนา

๔.๓ พัฒนาความร่วมมือกับสถานประกอบการ/องค์กร ที่มีความสนใจในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมครอบครัวเข้มแข็งให้แก่พนักงาน/ลูกจ้าง การส่งเสริมนโยบายที่เป็นมิตรกับครอบครัว (family friendly policy) เพื่อช่วยให้ครอบครัวมีเวลาร่วมกันมากขึ้น ตลอดจนการพัฒนากรอบความร่วมมือเชิงยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนครอบครัวเข้มแข็งร่วมกับกลไกหลักและภาคีเครือข่าย

วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนการพัฒนาศูนย์เรียนรู้เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียนที่มีแนวทาง การสร้างเสริมพัฒนาการและความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับเด็กทั่วไปและเด็กที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษ โดยเน้นการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและโรงเรียนประถมศึกษา ในพื้นที่พิเศษ/พื้นที่เฉพาะ (ตามนิยามที่ระบุในแผนหลัก สสส.)
๒. สนับสนุนการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบที่มีกลไกกลางทำหน้าที่ร่วมพัฒนาและร่วมจัดการให้เกิดผลลัพธ์เชิงสุขภาวะแก่กลุ่มเด็กและเยาวชน โดยส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและหน่วยงานระดับชุมชน มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะเปราะบาง เช่น ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวพ่อแม่วัยรุ่น และครอบครัวข้ามรุ่น
๓. สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมเพื่อสังคมโดยคนรุ่นใหม่เพื่อสร้างทางเลือกในการแก้ไขปัญหาสุขภาวะและ/หรือปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ
๔. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพภาคี การพัฒนาเครื่องมือดิจิทัล การประยุกต์ใช้บทเรียน/แนวปฏิบัติที่ดี แนวคิดและความรู้ใหม่ที่เท่าทันต่อสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลงของสังคมในยุคเทคโนโลยีพลิกโลก และสร้างความเข้าใจต่อสาธารณะ
๕. พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเชิงยุทธศาสตร์ที่มุ่งสร้างสุขภาวะเด็ก ส่งเสริมศักยภาพเยาวชน และสนับสนุนครอบครัวเข้มแข็ง โดยประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาควิชาการ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เกิดเครือข่ายองค์กร/สถานประกอบการ ที่มีแนวปฏิบัติที่ดี^{๑๐๐} เรื่องการสนับสนุนครอบครัวอบอุ่นเข้มแข็ง ๑ เครือข่าย^{๑๐๑}
๒. เกิดชุมชนปฏิบัติการ ๑๐๐ ชุมชน ที่มีดัชนีครอบครัวอบอุ่นในระดับที่ดีขึ้น (ดัชนีและฐานข้อมูลครอบครัวอบอุ่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ตามนิยามและการเก็บข้อมูลของแผนสุขภาพะ เด็ก เยาวชน และครอบครัว)
๓. เกิดกลไกระดับอำเภอเพื่อการดูแลสุขภาวะเด็กและเยาวชนใน ๔ อำเภอ ๔ ภูมิภาคที่ครอบคลุมทั้งกลุ่มที่มีภาวะเปราะบางและกลุ่มทั่วไป โดยมีพื้นที่ปฏิบัติการอย่างน้อยอำเภอละ ๑ ตำบลที่สามารถรับพฤติกรรมสุขภาวะของเด็กและเยาวชนให้ดีขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ และสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนที่มีภาวะเปราะบางเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการของรัฐได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของกลุ่มที่ประสบปัญหา
๔. เด็กและเยาวชนกลุ่มเป้าหมายในโรงเรียนสุขภาวะและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรอย่างน้อย ๓๐๐ แห่ง เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาวะที่ดีขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ การมีกิจกรรมทางกาย และการลดอัตราการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา
๕. เด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมายในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน อาทิ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในพื้นที่เฉพาะ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในชุมชนแออัด จำนวนไม่น้อยกว่า ๓๐๐ แห่ง มีพัฒนาการที่ดีขึ้น และสูงดีสมส่วนเพิ่มขึ้น
๖. มีการนำตัวชี้วัดด้านการพัฒนาเด็ก เยาวชนและครอบครัว ที่บรรจุไว้ในแผนปฏิบัติการระดับกระทรวงหรือแผนพัฒนากลุ่มจังหวัด หรือแผนพัฒนาจังหวัด อย่างน้อย ๑ ประเด็น ไปจัดทำแผนปฏิบัติการรายปีของภาคีหลักหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่
๗. เกิดองค์ความรู้หรือนวัตกรรมในการพัฒนาสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว รวมถึงครอบครัวที่มีลักษณะเฉพาะ กลุ่มเด็กและเยาวชนเปราะบาง พื้นที่พิเศษและพื้นที่เฉพาะ ที่สนองตอบกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีดิจิทัล ไม่น้อยกว่า ๓ เรื่อง และสามารถนำสู่การปฏิบัติหรือขยายผลได้อย่างเป็นรูปธรรม ไม่น้อยกว่า ๑ เรื่อง
๘. ประเด็นการสื่อสารหลัก (Key message) เรื่องการพัฒนาเด็ก เยาวชนและครอบครัว ได้รับการสื่อสารผ่านช่องทางสื่อต่างๆ ไม่น้อยกว่า ๑๐ ประเด็น

^{๑๐๐} แนวปฏิบัติที่ดี หมายถึง แนวปฏิบัติที่มีเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกันของเครือข่ายองค์กร/สถานประกอบการ ที่มุ่งเสริมการสร้างครอบครัวอบอุ่นเข้มแข็งให้กับบุคลากรในองค์กร/สถานประกอบการ ซึ่งอาจหมายถึงรวมถึง การมีนโยบาย มีระบบจัดการ มีการกำหนดแผนการดำเนินงาน/แผนปฏิบัติงานรายปี จัดตั้งคณะทำงาน จัดสรรงบประมาณ และการจัดกิจกรรม สวัสดิการ/บริการต่างๆ ที่สอดคล้องกับความต้องการ และสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริง เพื่อสนับสนุนการสร้างครอบครัวอบอุ่นเข้มแข็งให้กับครอบครัวของบุคลากรในองค์กร/สถานประกอบการ

^{๑๐๑} เครือข่าย ประกอบด้วย หน่วยงานหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมความอบอุ่นเข้มแข็งให้กับครอบครัว, หน่วยงานร่วมขับเคลื่อนการสร้างครอบครัวอบอุ่นเข้มแข็งให้กับครอบครัวทั้งภาครัฐ เอกชน รัฐวิสาหกิจ และอื่นๆ รวมถึงองค์กร/สถานประกอบการ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ องค์กร/สถานประกอบการ

ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

๑. เกิดเครื่องมือดิจิทัลสำหรับประเมินและแก้ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กและเยาวชน อย่างน้อย ๑ เครื่องมือ
๒. โรงเรียนสุขภาพอย่างน้อย ๒๐๐ โรงเรียน มีการบูรณาการประเด็นสื่อสารหลักเพื่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และแนวปฏิบัติที่ดีในประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสังคม โดยมีการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้เรียน
๓. เกิดกรณีศึกษา ๑ กรณีของพื้นที่ที่ใช้ธนาคารเวลาเป็นเครื่องมือเพื่อพัฒนาชุมชนนอกระบบสำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัว

แนวทางการดำเนินงาน

แผนงานสุขภาวะเด็ก

แผนงานสุขภาวะเด็ก ครอบคลุมกลุ่มเด็กปฐมวัย เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น มีแนวทางการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ดังนี้

๑. พัฒนารอบความร่วมมือกับสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย เพื่อหนุนเสริมการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒ ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙)

๒. พัฒนารอบความร่วมมือกับหน่วยเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัย ในการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อหนุนเสริมการปฏิบัติหน้าที่เลขานุการคณะกรรมการฯ และมุ่งเป้าเติมเต็มช่องว่างการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานที่ร่วมเป็นเจ้าภาพในการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติฉบับนี้

๓. สนับสนุนการยกระดับนโยบายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กให้เป็นเครื่องมือเชิงนโยบายที่มีความยั่งยืนและครอบคลุมเด็กทุกคน

๔. ประสานความร่วมมือกับแผนต่างๆ ของ สสส. เพื่อร่วมส่งเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัย โดยมุ่งเป้าหมายในการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases : NCDs) และการส่งเสริมพัฒนาการสมวัย

๕. สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพิ่มจำนวนศูนย์เรียนรู้เพื่อการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และผลักดันเข้าสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อขยายผลอย่างยั่งยืน

๖. พัฒนาเว็บไซต์ศูนย์เรียนรู้เพื่อการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและเครื่องมือพร้อมใช้ เพื่อขยายผลรูปแบบการดำเนินงานและแนวปฏิบัติต่างๆ สู่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั่วไปที่มีความสนใจ

๗. พัฒนารอบความร่วมมือด้านความรู้ทางสุขภาพในสถานศึกษา (Health Literate School) กับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

๘. พัฒนาต่อยอดความร่วมมือในการขับเคลื่อนสื่อการเรียนรู้สุขภาวะผ่านรายวิชาสุศึกษาสำหรับสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาวะของผู้เรียน

๙. สนับสนุนการดำเนินงานโรงเรียนสุขภาวะด้วยชุดความรู้และเครื่องมือสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นต่างๆ ที่มุ่งเป้าเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้เรียนและมีการวัดผลการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้เรียน

๑๐. สนับสนุนการนำชุดความรู้และสื่อการเรียนรู้เรื่องการพัฒนาทักษะสมองส่วนหน้า (Executive Function : EF) ไปเผยแพร่และกระตุ้นให้เกิดการนำไปใช้ในงานสร้างเสริมพัฒนาการและสุขภาวะเด็ก

แผนงานสุขภาวะครอบครัว

๑. พัฒนาต่อยอดชุดความรู้และเครื่องมือต่างๆ อาทิ นวัตกรรมขับเคลื่อนงานครอบครัวอบอุ่นในระดับพื้นที่, เครื่องมือชุด “ครอบครัวสำคัญ”, คู่มือ “Go Baby Go เพื่อการเล่นและสื่อสารกับเด็กแรกเกิดถึง ๓ ปี”, คู่มือ “รู้ทันอารมณ์ตัวเอง : คำแนะนำสำหรับพ่อแม่ในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง ๔ ปี”, คู่มือพ่อแม่เพื่อการพัฒนาทักษะสมอง EF ของเด็กเล็ก โดยเน้นให้เกิดการนำไปใช้ในระดับพื้นที่และเครือข่ายครอบครัวรูปแบบต่างๆ

๒. สนับสนุนชุมชนปฏิบัติการ ๑๐๐ ชุมชนที่มีการขับเคลื่อนกิจกรรมหนุนเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวและมีการวัดผลตามดัชนีครอบครัวอบอุ่น

๓. พัฒนาการอบความร่วมมือกับกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวเพื่อหนุนเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน และขยายผลชุดความรู้ เครื่องมือ แนวปฏิบัติต่างๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายครอบครัวเข้มแข็ง สามารถเลี้ยงดูเด็กทุกช่วงวัยให้มีพัฒนาการที่ดีและมีสุขภาวะ

๔. พัฒนาด้านแบบการดำเนินงานในระดับพื้นที่เพื่อสร้างระบบงานที่มุ่งคุ้มครองและส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวในภาวะเปราะบาง เช่น ครอบครัวพ่อแม่วัยรุ่น ครอบครัวข้ามรุ่นที่ต้องดูแลเด็กเล็กและวัยรุ่น ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวยากจน รวมถึงครอบครัวในพื้นที่พิเศษ/พื้นที่เฉพาะที่ขาดโอกาสในการพัฒนา

๕. พัฒนาด้านแบบชุมชนที่ใช้เครื่องมือธนาคารเวลาเพื่อพัฒนาสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ๑ พื้นที่เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และบทเรียนความสำเร็จ

๖. พัฒนาเครือข่ายสถานประกอบการ/องค์กรที่มีนโยบายที่เป็นมิตรกับครอบครัว (family friendly policy) สามารถเป็นต้นแบบได้ และสถานประกอบการ/องค์กรที่มีความสนใจในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมครอบครัวเข้มแข็งให้แก่พนักงาน/ลูกจ้าง

๗. พัฒนาด้านแบบการหนุนเสริมครอบครัว สถานศึกษา และชุมชน ในการพัฒนาเด็กปฐมวัยจากข้อค้นพบของโครงการวิจัยเรื่องระบบนิเวศของการเลี้ยงดูเด็กเจนเอเรชั่นซีและแอลฟา (Generation-Z, Generation-Alpha)

๘. พัฒนาต่อยอดแพลตฟอร์มออนไลน์เพื่อการเรียนรู้สำหรับครอบครัวยุคใหม่ และเครื่องมือดิจิทัลวัดระดับครอบครัวเข้มแข็ง เพื่อเป็นเครื่องมือในการทำงานของศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชนและองค์กรในระดับชุมชน

แผนงานศักยภาพเยาวชน

๑. พัฒนาต้นแบบทั้งระดับตำบลและอำเภอที่มีกลไกกลางทำหน้าที่คุ้มครองเด็กและเยาวชนที่มีภาวะเปราะบางและดูแลให้เข้าถึงสิทธิ สวัสดิการ และความช่วยเหลือที่เหมาะสม ทันการณ และพัฒนาศักยภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนเพื่อสร้างคุณค่าในตนเอง
๒. พัฒนาหน่วยบ่มเพาะด้านการพัฒนาศักยภาพเยาวชนคนรุ่นใหม่เพื่อสร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อสังคมและ/หรือแนวทางใหม่ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสภาวะและพัฒนาคุณภาพชีวิต
๓. พัฒนาหน่วยบ่มเพาะ/เครื่องมือ/หลักสูตรเพื่อสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานและกลไกระดับพื้นที่ให้มีฐานคิดและทักษะในการทำงานเสริมพลังสภาเด็กและเยาวชนและกลุ่มเยาวชน
๔. พัฒนาเครือข่ายภาคีขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพื่อเด็กและเยาวชนในระดับภูมิภาคและระดับประเทศ
๕. ดำเนินโครงการปิดเทอมสร้างสรรค์ ๑๕ จังหวัดนำร่อง เพื่อรวบรวมหน่วยงานที่สนับสนุนกิจกรรมพัฒนาเด็กและเยาวชน ร่วมขับเคลื่อนกิจกรรมในช่วงปิดเทอมและเสาร์อาทิตย์อย่างต่อเนื่อง มุ่งเป้าเพิ่มกิจกรรมทางกาย ลดการใช้เวลาในโลกออนไลน์
๖. ศึกษาวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment) ในการดำเนินงานของโครงการคนรุ่นใหม่เพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมเพื่อพัฒนาแนวทางการทำงานในอนาคต
๗. พัฒนาต่อยอดรูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพวัยรุ่นให้เป็นผู้พิทักษ์สิทธิภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยร่วมมือกับแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ สภาเด็กและเยาวชน กรมกิจการเด็กและเยาวชน และกรมอนามัย
๘. สนับสนุนการพัฒนาและการขยายผลเครื่องมือดิจิทัลเพื่อการดูแลสุขภาพจิตและสภาวะวัยรุ่น โดยเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มแผนงานสนับสนุนความรู้ การสื่อสาร พัฒนาศักยภาพ

๑. พัฒนาให้เกิดหน่วยจัดการความรู้เพื่อพัฒนาเครื่องมือ รูปแบบ และแนวปฏิบัติ ในการสร้างเสริมสภาวะเด็ก สภาวะครอบครัว และการพัฒนาศักยภาพเยาวชน
๒. สนับสนุนการขับเคลื่อนความรู้เชิงประจักษ์ในประเด็นการพัฒนาสภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัวสู่สังคมวงกว้าง
๓. สนับสนุนการจัดการความรู้และสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ในประเด็นสภาวะครอบครัว ในองค์กรสภาวะ (Happy Family, Happy Workplace) เพื่อให้สังคมเห็นความสำคัญของบทบาทของสถานที่ทำงาน/นายจ้างในการส่งเสริมสภาวะครอบครัวและสร้างความเข้มแข็งแก่สถาบันครอบครัว
๔. สนับสนุนการนำศิลปะสร้างสรรค์และสภาวะทางปัญญาแก่ผู้มีบทบาทในการดูแลเด็ก (พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู) และสนับสนุนให้เกิดการนำไปใช้ในกลุ่มเด็กภายใต้การดูแล
๕. พัฒนาศักยภาพภาคีร่วมขับเคลื่อนแผนสภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว ด้วยความรู้และเครื่องมือในการทำงาน อาทิ การวางแผนและบริหารจัดการโครงการแบบมุ่งผลลัพธ์



งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. แผนงานสุขภาวะเด็ก	๔๘
๒. แผนงานสุขภาวะครอบครัว	๔๙
๓. แผนงานศักยภาพเยาวชน	๕๐
๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุน	๓๖
๕. กลุ่มแผนงานบริหารจัดการและประเมินผล	๑๒
รวม	๒๔๕

แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร



ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐)

การดำเนินงานของแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี กล่าวคือ

๑. ด้านความมั่นคง สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในกำลังพลกองทัพ และตำรวจ อันจะเป็นการช่วยสนับสนุนการบริหารจัดการสภาวะแวดล้อมของประเทศให้มีความมั่นคง ปลอดภัย และมีความสงบเรียบร้อยในทุกกระดับ และทุกมิติ และสนับสนุนการทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะในกลุ่มองค์กรพระพุทธศาสนา โดยสถาบันศาสนา เป็น ๑ ใน ๓ สถาบันหลักของชาติที่เป็นแกนหลักแห่งความมั่นคงของชาติ และศาสนาพุทธเป็นศาสนาที่ประชาชนชาวไทยส่วนใหญ่นับถือ

๒. ด้านการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขัน เน้นการยกระดับศักยภาพของภาคีภาคสาธารณะและภาคเอกชน

๓. ด้านพัฒนาและเสริมสร้างทรัพยากรมนุษย์ สนับสนุนสร้างเสริมสุขภาวะภาคีภาคสาธารณะและภาคเอกชนให้มีความพร้อมทั้งกายใจ สติปัญญา มีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ ๒๑ มีทักษะสื่อสาร และมีคุณธรรม

๔. ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม คำนึงถึงความยั่งยืนของฐานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของภาคี ให้เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เกิดผลลัพธ์ต่อความยั่งยืน

๕. ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารภาครัฐ สนับสนุนการปรับเปลี่ยนภาครัฐ ยึดหลัก “ภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม”

และเมื่อพิจารณาประกอบกับ แผนปฏิรูปประเทศ พบว่าแผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร มีความเชื่อมโยงดังนี้

๑. ด้านการบริหารราชการ เน้นการเชื่อมโยงข้อมูล จัดระบบบริหารและบริการให้เป็นดิจิทัล จัดระบบบุคลากรให้มีมาตรฐานกลาง มีคุณธรรมและจริยธรรม และสร้างวัฒนธรรมต่อต้านการทุจริต

๒. ด้านเศรษฐกิจ สนับสนุนให้เกิดผลิตภาพและความสามารถในการแข่งขันของภาคีเครือข่าย ที่มุ่งเน้นการใช้ระบบมาตรฐานและนวัตกรรมในการพัฒนาเศรษฐกิจ อันเป็นการลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ

๓. ด้านทรัพยากรธรรมชาติ สนับสนุนให้เกิดความตระหนัก การรักษา ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นรากฐานในการพัฒนาประเทศ สร้างความสมดุลระหว่างการอนุรักษ์และการใช้ประโยชน์ ทั้งทรัพยากรทางบก (ป่าไม้และสัตว์ป่า ดิน แร่) ทางน้ำ ทางทะเลและชายฝั่ง ความหลากหลายทางชีวภาพ และสิ่งแวดล้อม

๔. ด้านสื่อสารมวลชน เทคโนโลยี สนับสนุนการใช้พื้นที่ดิจิทัลเพื่อการสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาวะ ในองค์กรอย่างมีจรรยาบรรณ การรับรู้ของประชาชน และ ในการให้ความรู้แก่ประชาชน ปลุกฝังวัฒนธรรม ของชาติ และปลุกฝังทัศนคติที่ดี

๕. ด้านสังคม สนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายมีความตระหนักรู้ในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การมีจิตสาธารณะเพิ่มขึ้น เป็นสังคมแห่งโอกาสและไม่แบ่งแยก และมีความเข้มแข็ง สามารถบริหารจัดการองค์กรได้ด้วยตนเอง

สถานการณ์และแนวโน้ม

สถานการณ์สุขภาวะของคนวัยทำงาน

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ระบุว่า สถานการณ์ของประชากรวัยทำงานทั่วโลก โดยเฉพาะประชากรอายุระหว่าง ๑๕ - ๕๙ ปี กำลังประสบปัญหาจากการทำงาน ที่ส่งผลทำให้มีภาวะสุขภาพเสื่อมลงและมีความไม่ปลอดภัยในการทำงาน ประมาณ ๑,๙๐๐,๐๐๐,๐๐๐ คน นอกจากนี้เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่ผ่านมา ทางองค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) เป็นความผิดปกติชนิดหนึ่งตามที่ระบุไว้ในบัญชีจำแนกโรคและปัญหาสุขภาพระหว่างประเทศ (ICD-11) ซึ่งสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๗๒ ได้ลงมติรับรองให้มีผลบังคับใช้ในวันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ด้านข้อมูลของประเทศไทยผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ณ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๒ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า จำนวนผู้มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป มีประมาณ ๕๖.๕ ล้านคน เป็นผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานหรือผู้ที่พร้อมที่จะทำงานประมาณ ๓๘.๐ ล้านคน ประกอบด้วย ผู้มีงานทำ ๓๗.๓ ล้านคน ผู้ว่างงาน ๐.๗ ล้านคน และผู้ที่รอฤดูกาล ๐.๓ ล้านคน ทั้งนี้ผู้มีงานทำ ๓๗.๓ ล้านคน ประกอบด้วยผู้ทำงานในภาคเกษตรกรรม ๑๐.๒ ล้านคน ภาคการผลิต ๖.๓ ล้านคน และภาคบริการและการค้า ๑๘.๒ ล้านคน เห็นได้ว่าประชากรวัยทำงาน (อายุ ๑๕ - ๕๙ ปี) เป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศและเป็นกลุ่มที่ต้องทำหน้าที่ดูแลวัยสูงอายุ เด็ก และผู้พิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทยกำลังอยู่ในภาวะที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยมีผู้สูงอายุจำนวน ๑๐.๗ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ และประมาณการว่าในปี พ.ศ. ๒๕๘๓ ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป สูงถึง ๒๑ ล้านคน หรือร้อยละ ๓๒ ของจำนวนประชากรไทยทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต จะก่อให้เกิดปรากฏการณ์สำคัญที่มีผลต่อสังคมไทยอย่างมากนั่นคือการมีผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นจากจำนวนเด็กที่ลดลงในขณะที่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอีกประมาณ ๑๕ ปีข้างหน้า จำนวนเด็กจะพอๆ กับผู้สูงอายุ และหลังจากนั้นจะเกิดปรากฏการณ์มีผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก

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

แม้ว่าทั้งภาครัฐและภาคเอกชนต่างก็เล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพของคนทำงาน ต่อผลผลิตและความก้าวหน้าขององค์กรและสังคมโดยรวม ในส่วนของภาครัฐได้มีการพัฒนาทางด้านกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติทางด้านสุขภาพ และความปลอดภัยของผู้ใช้แรงงาน มีหลายหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลด้านนี้ สถานศึกษาและหน่วยงานราชการมีการฝึกอบรมบุคลากรทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ออกมาจำนวนมาก ในส่วนของภาคเอกชน ทั้งนายจ้างลูกจ้างก็มีจำนวนไม่น้อยที่ร่วมมือกันปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบและข้อแนะนำต่างๆ เพื่อให้พ้นจากการบาดเจ็บและโรคร้ายจากการทำงาน

“ศูนย์วิจัยความสุขคนทำงานแห่งประเทศไทย” สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ดำเนินการสำรวจความสุขคนทำงานในองค์กร ประจำปี ๒๕๖๑ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตและความสุขคนทำงาน “HAPPINOMETER” จัดเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และความสุขของประชากร โดยเฉพาะวัยแรงงาน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนและพัฒนาเศรษฐกิจ เพื่อเป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต และความสุขให้แก่ คนทำงานทุกระดับ และทุกภาคส่วนได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยวัดผลความสุขบนพื้นฐานสำคัญ ๘ ประการ (Happy 8) ได้แก่ การมีสุขภาพกายดี (Happy Body) ผ่อนคลายดี (Happy Relax) น้ำใจดี (Happy Heart) จิตวิญญาณดี (Happy Soul) ครอบครัวดี (Happy Family) สังคมดี (Happy Society) ใฝ่รู้ดี (Happy Brain) และ สุขภาพการเงินดี (Happy Money) รวมถึงได้เพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีก ๑ มิติ คือ การงานดี (Happy Work life) ซึ่งเป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับบริบทองค์กร การทำงานและความพึงพอใจของคนทำงานที่มีต่อองค์กร

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

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

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

นอกจากนี้ เมื่อจำแนกตามสถานภาพการทำงานพบว่า “ลูกจ้างรัฐบาล” มีคะแนนความสุข (๖๕.๕๕ คะแนน) สูงกว่า “ลูกจ้างเอกชน” (๕๖.๐๗ คะแนน)

ผลสำรวจความสุขคนทำงานในองค์กรประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ในภาพรวมระดับประเทศ คนทำงานส่วนใหญ่ มีความสุขเกินครึ่ง สะท้อนให้เห็นว่า นายจ้างมีขีดความสามารถดูแลลูกจ้างให้มีความสุขและใช้ชีวิตในที่ทำงานอย่างมีความสุข เมื่อลองลึกในรายละเอียดพบว่า คนทำงานที่มีความสุขส่วนใหญ่จะมีพื้นฐานครอบครัวที่ดีและอบอุ่น และการได้คะแนนในมิติใฝ่รู้ดีน้อย อาจเป็นไปได้ว่า ธุรกิจส่วนใหญ่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว พลิกผัน (disruptive) ทำให้คนทำงานไม่สามารถปรับตัวได้ทัน มีปัญหาการพัฒนาคนให้มีศักยภาพ ก้าวทันการเปลี่ยนแปลงไปกับองค์กร

สถานการณ์สุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ข้อมูลกรมการแพทย์ในปี ๒๕๕๙ พบว่า จากการศึกษาปัญหาสุขภาพพระสงฆ์และสามเณรที่อาพาธซึ่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ พบว่ามีปัญหาอาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อมากที่สุด ๕ อันดับแรก คือ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง และโรคข้อเข่าเสื่อม โดยสาเหตุของการเกิดโรคส่วนใหญ่มาจากปัญหาการบริโภคไม่ถูกหลักโภชนาการ อีกทั้งพระสงฆ์ไม่สามารถเลือกฉันอาหารเองได้ ต้องฉันอาหารตามที่ฆราวาสใส่บาตร หรือนำอาหารมาถวาย ประกอบกับสถานภาพของพระภิกษุ ไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค ในขณะที่พระสงฆ์บางรูปไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถรู้ว่ามีภาวะเสี่ยงต่อโรคใดบ้าง

แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาสุขภาพตามแนวพระพุทธศาสนา โดยมีความร่วมมืออย่างเป็นรูปธรรมของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพกับภาคีเครือข่าย ทั้งที่เป็นหน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานสถาบันการศึกษา อาทิ การสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากิจกรรมสร้างสุขด้วย ๕ส การพัฒนาเครือข่ายการทำงานระหว่างพระสังฆาธิการและพระสงฆ์นักพัฒนา ตลอดจนการพัฒนาสื่อการเรียนรู้และกลยุทธ์สร้างสุขภาพ ทางกายผ่านกระบวนการทางโภชนาการ ซึ่งถือว่าได้ยกระดับความร่วมมือในมิติที่สอดคล้องกับการปฏิรูปกิจการคณะสงฆ์ได้พอสมควร

การทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มองค์กรพระพุทธศาสนาได้ดำเนินการที่เน้นความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ในประเด็นความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาศึกษาและเสริมสร้างศักยภาพคน และยุทธศาสตร์ที่ ๕ การสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและสนับสนุนการทำงานของโครงการปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนาของมหาเถรสมาคมอันเป็นองค์กรสูงสุดที่ปกครองคณะสงฆ์ จึงมีการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มองค์กรพระพุทธศาสนาแบบบูรณาการและพัฒนาสุขภาพตามแนวพระพุทธศาสนาสู่ชุมชน

เพื่อให้พระสงฆ์เป็น “ทุนทางสังคม” ที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพองค์รวมของคนในสังคม และพัฒนาวัดสู่การเป็นพื้นที่สาธารณะที่สามารถพัฒนาให้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้สุขภาพได้

สถานการณ์คุณภาพชีวิตกลุ่มองค์กรข้าราชการพลเรือน จากการสำรวจคุณภาพชีวิตการทำงานบุคลากรภาครัฐ ด้วยแบบสำรวจ CUQWL ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า

- (๑) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) - ร้อยละ ๕๑.๗ ของบุคลากรภาครัฐมีภาวะน้ำหนักเกิน เสี่ยงต่อโรค
- (๒) โรคประจำตัว - ร้อยละ ๓๑.๗ ของบุคลากรภาครัฐมีโรคประจำตัว
- (๓) การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ผัด ทอด ใส่น้ำมัน - ร้อยละ ๕๔.๘ ของบุคลากรภาครัฐบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง บ่อยครั้งและเป็นประจำ
- (๔) ความรู้สึกเครียดจากปัญหาในการทำงาน - ร้อยละ ๒๒ ของบุคลากรภาครัฐ มีความรู้สึกเครียดจากปัญหาในการทำงาน บ่อยครั้งและเป็นประจำ
- (๕) การออกกำลังกายที่ใช้เวลาแต่ละครั้งมากกว่า ๓๐ นาทีขึ้นไป - เพียงร้อยละ ๑๔.๗ ของบุคลากรภาครัฐมีการออกกำลังกายที่ใช้เวลาแต่ละครั้งมากกว่า ๓๐ นาทีขึ้นไป บ่อยครั้งและเป็นประจำ
- (๖) การทำงานเฉลี่ยเกินสัปดาห์ละ ๔๐ ชั่วโมง หรือเกินเวลาการทำงานปกติ - ร้อยละ ๓๗.๑ ของบุคลากรภาครัฐทำงานเกินเวลาปกติ บ่อยครั้งและเป็นประจำ
- (๗) การมีภาวะมีหนี้สิน - ร้อยละ ๘๙.๑ ของบุคลากรภาครัฐมีภาวะมีหนี้สิน โดยเป็นหนี้ ๑ ล้านบาทขึ้นไป ร้อยละ ๕๑.๔

สถานการณ์ GEN Y จากรายงานคุณภาพชีวิตต่างวัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ปัจจุบันมีการแบ่งประชากรไทยออกเป็นรุ่นต่างๆ ตามปีเกิดที่แตกต่างกันหลาย การศึกษาค้นคว้าการใช้การแบ่งประชากรไทยออกเป็น ๕ รุ่นหรือ ๕ เจเนอเรชัน^{๑๐๘} เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่มีงานทำอายุตั้งแต่ ๑๕ ปี ขึ้นไป ดังนี้ กลุ่ม Greater Generation เป็นกลุ่มประชากรที่เกิดปี พ.ศ. ๒๔๘๖ หรือปีก่อนหน้านั้น กลุ่ม Baby Boomer เป็นกลุ่มประชากรที่เกิดปี พ.ศ. ๒๔๘๗ - ๒๕๐๕ กลุ่ม Generation X เป็นกลุ่มประชากรที่เกิด ปี พ.ศ. ๒๕๐๖ - ๒๕๒๐ กลุ่ม Generation Y เป็นกลุ่มประชากรที่เกิดปี พ.ศ. ๒๕๒๑ - ๒๕๓๕ กลุ่ม Generation Z เป็นกลุ่มประชากรที่เกิดตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๖ เป็นต้นไป จากรายงานดังกล่าวพบว่า ประชากรที่กำลังเข้ามามีบทบาทในตลาดแรงงานของประเทศมากที่สุด คือ ประชากรกลุ่มเจเนอเรชันวาย

^{๑๐๘} ตามการศึกษาของ อุมารณณ์ ภัทรวาณิชย์ (๒๕๕๗)

(Generation Y) เป็นประชากรแรงงานที่มีความสำคัญในปัจจุบันและในอนาคต โดยจากผลการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของคนเจนเอเรชั่นวาย พบว่า คนกลุ่มนี้มีความพึงพอใจในชีวิตน้อยที่สุด เมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ซึ่งนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้

๑) ในด้านการใช้ชีวิต พบว่า คนกลุ่มนี้ให้ความสำคัญกับครอบครัวน้อยที่สุด เมื่อเทียบกับกลุ่มเจนเอเรชั่นอื่นๆ ภาครัฐและเอกชนควรสนับสนุน ให้สถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็ง และส่งเสริมการจัดงานหรือจัดกิจกรรมครอบครัวในวันสำคัญต่างๆ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัว มีกิจกรรมทำร่วมกัน และสร้างความใกล้ชิดกันมากขึ้น

๒) ในด้านการทำงานของคนกลุ่มนี้ พบว่า ให้คุณค่ากับความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับงานมากกว่ากลุ่มเจนเอเรชั่นอื่นๆ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า คนกลุ่มนี้มีแนวโน้มเปลี่ยนงานมากกว่าคนเจนเอเรชั่นอื่นๆ ด้วย การสร้างความเข้าใจและปรับตัวต่อการบริหารจัดการขององค์กรที่มีพนักงานกลุ่มประชากรเจนเอเรชั่นวาย จึงอาจต้องพิจารณาเรื่องความยืดหยุ่น ในการจัดสรรเวลาของพนักงาน ร่วมกับการคำนึงถึงความสำเร็จของงานมากกว่า การยึดถือเรื่องเวลาทำงานเป็นสำคัญ

๓) ความพึงพอใจในชีวิตสมรสของคนเจนเอเรชั่นวาย พบว่า คนกลุ่มนี้จะให้ความสำคัญกับการครองชีพมากกว่าการแต่งงานเล็กน้อย ซึ่งปัจจุบัน แนวโน้มของอัตราการครองชีพมีเพิ่มขึ้น และคนแต่งงานช้าลง (แต่งงานเมื่ออายุมาก) ส่งผลให้คนรุ่นนี้มีบุตรน้อยลง จากปรากฏการณ์ดังกล่าวจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของประชากรที่อาจส่งผลต่อกำลังแรงงานที่ลดลงในอนาคต ซึ่งหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องควรตระหนัก และเตรียมพร้อมเพื่อวางแผนรองรับกับสถานการณ์ด้านแรงงานที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย

รายงานสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้เน้นศึกษาความแตกต่างของคนแต่ละรุ่น (เจนเอเรชั่น) พบว่า สำหรับกลุ่มประชากรเจนเอเรชั่นวาย ในด้านพฤติกรรมทางสังคมพบว่า แต่งงานช้าและไม่ต้องการมีบุตร มีการเปลี่ยนงานบ่อย ใช้อินเทอร์เน็ตสูงที่สุดเฉลี่ย ๘ ชั่วโมงต่อวัน ชอบใช้ชีวิตอิสระโดยมากกว่า ๑ ใน ๓ ใช้ชีวิตอยู่ในคอนโดมิเนียม หอพัก ส่วนทางด้านเศรษฐกิจพบว่า เป็นกลุ่มที่มีการใช้จ่ายด้านอาหารสูงสุดถึงร้อยละ ๗๗ ของรายจ่ายทั้งหมด โดยนิยมรับประทานอาหารนอกบ้านหรือซื้ออาหารสำเร็จมากขึ้น รวมถึงการซื้อสินค้าออนไลน์อย่างน้อย ๑ ครั้ง/เดือนมากที่สุดถึงร้อยละ ๓๘ ขณะที่พฤติกรรมทางสุขภาพพบว่า เจนเอเรชั่นวายมีกิจกรรมทางกายน้อยที่สุด เพียง ๑.๑๔ ชั่วโมงต่อวัน จากรายงานการศึกษาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นถึงความแตกต่างทั้งด้านวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตและทัศนคติในการทำงานที่แตกต่างจากประชากรเบบี้บูมเมอร์และเจนเอเรชั่น X ซึ่งยังอยู่ในวัยทำงานอย่างชัดเจน

โดยสรุป จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ทำให้ได้ประเด็นที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรที่สำคัญในระยะต่อไป ดังนี้

๑. **คนทำงาน** ส่งเสริมในประเด็นการเพิ่มทักษะการใช้ชีวิตควบคู่กับทักษะการทำงาน การสร้างเสริมสุขภาพและความรับผิดชอบทางการเงินเพื่อสร้างความภาคภูมิใจในการทำงาน ซื่อสัตย์และรักในองค์กรสุขภาพที่เหมาะสมตามเพศ (มิติผู้หญิงและผู้ชาย) การรองรับสังคมผู้สูงอายุ และการสร้างเสริมครอบครัวอบอุ่น

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

๓. **สังคมและสิ่งแวดล้อม** สนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมขององค์กรให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การยอมรับความหลากหลายของแรงงานต่างเชื้อชาติและต่างวัฒนธรรม ความรับผิดชอบทางสังคม และการสร้างเสริมสุขภาพของคณาจารย์ในเมือง

๔. **ระบบและกลไกสนับสนุน**เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร ทั้งด้านนโยบาย องค์กรความรู้และนวัตกรรม ภาควิชาการ และระบบข้อมูลและระบบติดตามประเมินผล การดำเนินงาน

จุดเน้นของแผน

๑. พัฒนาองค์กรให้เป็นฐานรองรับงานสุขภาพ และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรในองค์กร
๒. สนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรให้เกิดความยั่งยืนผ่านกลไกการดำเนินงานทั้งในระดับนโยบาย เครือข่าย องค์กรความรู้ และการสื่อสาร
๓. สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาวัฒนธรรม งานวิจัย ค้นคว้าองค์ความรู้ สนับสนุนการดำเนินงานองค์กรสุขภาพ เช่น การประเมินความคุ้มค่าและผลลัพธ์ในการสร้างองค์กรสุขภาพ
๔. พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นเครื่องมือวัดผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน รวมทั้งมีข้อมูลเพื่อการวางแผนและพัฒนาในระยะต่อไป

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

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

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

๒. **ตอบสนองแนวนโยบายการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของยุทธศาสตร์ การพัฒนาประเทศ**

สนับสนุนการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางของการพัฒนาประเทศที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญและแผนชาติ เช่น แนวนโยบายแห่งรัฐตามรัฐธรรมนูญ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ โดยการขยายฐานผู้รับประโยชน์ ผ่านการพัฒนาจากทุนความรู้ เพื่อเสริมพลังสังคมให้เกิดความตื่นรู้ในด้านสุขภาพในประชากรที่กว้างขวางขึ้น และมีการขยายความร่วมมือไปยังหน่วยงาน องค์กร สถานประกอบการต่างๆ ซึ่งครอบคลุมจำนวนวัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการพัฒนาองค์กร

สุขภาพตลอดจนชุมชนใกล้เคียง ส่งผลทำให้เกิดเครือข่ายสุขภาพเพิ่มขึ้น ประกอบด้วย องค์กร/สถานประกอบการ หน่วยงานจากภาครัฐและเอกชน หน่วยงานปกครองท้องถิ่น หน่วยงานการศึกษา สถานพยาบาล ในพื้นที่ ดำเนินโครงการ

๓. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs)

สร้างความยั่งยืนของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงระบบและกลไกขับเคลื่อน การพัฒนาหลัก สู่เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) ตามที่ประเทศไทย ได้ร่วมปฏิญญากับสหประชาชาติ และประชาคมโลก สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงกับระบบและกลไกหลักในการผลักดันให้เกิดร่างนโยบาย ระเบียบ ยุทธศาสตร์ และ/หรือมาตรการที่จะช่วยในการยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในองค์กร ตามเป้าหมาย การพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) เป้าหมายที่ ๓ สร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาพที่ดี ของคน (Good Health and Well-Being) และเป้าหมายที่ ๘ ส่งเสริมการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืน และทั่วถึง และการจ้างงานเต็มอัตรา และงานที่มีคุณค่าสำหรับทุกคน ภายใต้แนวคิดงานดีมีคุณค่า (Decent Work) โดยมีการร่วมมือและดำเนินงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม องค์กรข้าราชการพลเรือน กองทัพ ตำรวจ โรงพยาบาล องค์กรพระพุทธศาสนา และ มหาวิทยาลัยในการขับเคลื่อนองค์กรสุขภาพอย่างยั่งยืน

๔. เน้นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร

ปรับกระบวนการทำงานให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทในแต่ละพื้นที่ และให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชาชนและระบบให้เหมาะสมกับสังคมผู้สูงอายุ ผ่านการ จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพบุคลากรในองค์กร/สถานประกอบการ ในประเด็นปัจจัยเสี่ยงเรื่องอาหาร ออกกำลังกาย เหล้า และบุหรี่ ความรู้ในการบริหารจัดการด้านเงิน ได้แก่ การประกอบอาชีพเสริม การออม และการลงทุน เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ในการจัดการด้านการเงินที่ดีและสามารถดูแลตนเองเพื่อเตรียมพร้อม ในวัยเกษียณได้

๕. พัฒนานวัตกรรม และใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

มุ่งพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรองรับยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านความรู้ การสื่อสาร การจัดการและเทคโนโลยี โดยเฉพาะในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง สนับสนุนการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพ องค์กร โดยการรวบรวมผลการดำเนินงาน องค์กรความรู้ นวัตกรรม และรายละเอียดกิจกรรมเสริมสร้างองค์กร สุขภาพในทุกมิติของแต่ละองค์กร และพัฒนาให้เป็นระบบที่สามารถสืบค้นได้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุน การดำเนินงานองค์กรสุขภาพที่สามารถค้นหาข้อมูล ติดตามดูสถานะสุขภาพ รวมถึงการรวบรวมวิเคราะห์ ข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นปัญหานำไปใช้ประโยชน์กับฝ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

๑. ส่งเสริมการพัฒนาและขยายเครือข่ายองค์กรภาคสาธารณะและองค์กรภาคเอกชนสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นพื้นที่ (Platform) รองรับงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส.
๒. สนับสนุนการพัฒนานโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร และผลักดันสู่การปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรมและเกิดความยั่งยืน
๓. สนับสนุนให้องค์กรได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดการความรู้ เพื่อสร้างการรับรู้และตระหนักถึง ความสำคัญการสร้างเสริมสุขภาพะขององค์กร และเพื่อให้มีการสื่อสารและขยายผลแนวคิด การสร้างเสริมองค์กรสุขภาพะในวงกว้าง ตลอดจนประเมินความคุ้มค่าได้
๔. สนับสนุนการพัฒนาระบบและกลไกการทำงานและบริหารจัดการภายในองค์กร ที่ส่งผลต่อสุขภาพะ ของบุคลากร ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในองค์กร

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระยะเบียวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๗๕)

๑. เพื่อให้เกิดกลไกการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวง แรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม และสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ โดย สสส. มีบทบาทสนับสนุน ส่งเสริม และกระตุ้นให้เกิดกลไกการดำเนินงานร่วมกัน ในรูปแบบนโยบาย ระเบียบ ยุทธศาสตร์ และ หรือมาตรการ เพื่อสนับสนุนให้เกิดแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กรอย่างน้อยจำนวน ๑ ประเด็น/เรื่อง
๒. พัฒนาระดับองค์กรสุขภาพะ ซึ่งประกอบไปด้วยองค์กรสุขภาพะภาคีเครือข่ายเดิมจำนวน ๑๐,๐๐๐ องค์กร และองค์กรสุขภาพะภาคีเครือข่ายใหม่ ให้เป็นองค์กรแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพะ^{๑๐๔} ทั้งภาคสาธารณะและภาคเอกชนตามเป้าหมายเฉพาะจากทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปีของ สสส. ในประเด็นการลดละเหล้า บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้และการออกกำลังกาย และส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นและความสุขในการทำงานที่สอดคล้อง กับบริบทขององค์กร จำนวน ๗๐๐ องค์กร โดยมีการวัดผลการปรับเปลี่ยนเชิงพฤติกรรมที่ดีขึ้น ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓๐ ของผู้ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด

^{๑๐๔} องค์กรแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพะ หมายถึง องค์กรที่พัฒนาจากองค์กรสุขภาพะให้เกิดการขับเคลื่อนในประเด็นการลดละเหล้า บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการออกกำลังกาย และส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นและความสุขในการทำงานที่สอดคล้องกับ บริบทขององค์กร โดยมีองค์ประกอบ คือ มีนโยบาย แผนงาน คณะทำงาน งบประมาณ มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีผลสัมฤทธิ์เชิงประจักษ์

๓. มีการจัดการองค์ความรู้^{๑๐๐} อาทิ งานวิจัย การศึกษาความคุ้มค่าในการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะ (ROI) การถอดบทเรียนและการสังเคราะห์องค์ความรู้ เครื่องมือ หลักสูตรการเรียนการสอนและการฝึกอบรมที่สนับสนุนการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะ ที่มีการใช้ขยายผลต่อยอดในการขับเคลื่อนการส่งเสริมองค์กรสุขภาวะจำนวน ๕ เรื่อง
๔. มีการจัดการระบบฐานข้อมูลเทคโนโลยีดิจิทัล^{๑๐๑} ที่สามารถกำกับติดตามและประเมินผลผลิต และขยายผลการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะ การดำเนินงานองค์กรสุขภาวะจำนวน ๑๐๐ องค์กร

ตัวชี้วัดร่วม (น้ำหนักร้อยละ ๒๐)

๕. เกิดเครือข่ายองค์กรที่มีแนวปฏิบัติที่ดี^{๑๐๒} เรื่องการสนับสนุนครอบครัวอบอุ่นเข้มแข็ง จำนวน ๑ เครือข่าย^{๑๐๓} โดยเป็นการบูรณาการร่วมระหว่างแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว
๖. เกิดการรณรงค์ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายระหว่างวัน และการจัดอาหารว่างเพื่อสุขภาพ ในประเด็น Healthy Meeting (Healthy Break) ในภาคีเครือข่ายองค์กรสุขภาวะ จำนวน ๒ องค์กร/สถานประกอบการ^{๑๐๔} โดยเป็นการบูรณาการร่วมระหว่าง แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายกับแผนอาหารเพื่อสุขภาพ

ตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง (น้ำหนักร้อยละ ๕)

๗. ร่วมสนับสนุนรณรงค์ให้ภาคีเครือข่ายองค์กรสุขภาวะรับรู้และเข้าใจการเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ

^{๑๐๐} จากการดำเนินงานที่ผ่านมา มีตัวอย่างผลงานขององค์ความรู้ที่สามารถนำไปขยายผลต่อยอดในแผนการดำเนินงาน ๓ ปี จากนี้ได้ เช่น เครื่องมือวัดความสุขระดับบุคคล (Happinometer) สื่อส่งมไทยไกลโรค หลักสูตรนักสร้างสุข หลักสูตรการบริหารจัดการองค์ความรู้สู่ความสุขในการทำงาน (R2H) หลักสูตรนักสร้างสุขของศรภาครรัฐ สื่อ ๕ส ในวัด

^{๑๐๑} ระบบฐานข้อมูลเทคโนโลยีดิจิทัล ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ ๑. ระบบฐานข้อมูลที่รวบรวมผลการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายบทความหนังสือ งานวิจัย สื่อต่างๆ ๒. ระบบฐานข้อมูลกิจกรรมองค์กรสุขภาวะขององค์กร ซึ่งปัจจุบันได้เกิดแบบบันทึก การบันทึกจัดเก็บข้อมูลทั้ง ๒ ส่วน และมีการใช้งานจริง ซึ่งในระยะ ๓ ปีจากนี้ ระบบฐานข้อมูลจะถูกพัฒนาให้สมบูรณ์ขึ้น ดังนี้ ส่วนที่ ๑ รวบรวมองค์ความรู้ สื่อต่างๆ ที่ใช้ส่งเสริมกิจกรรมองค์กรสุขภาวะให้สอดคล้องกับแนวคิด Happy 8 ส่วนที่ ๒ จะดำเนินการรวบรวมรายละเอียดการดำเนินงานกิจกรรมองค์กรแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาวะให้ครอบคลุมทั้งจำนวน

^{๑๐๒} แนวปฏิบัติที่ดี หมายถึง แนวปฏิบัติที่มีเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกันของเครือข่ายองค์กร/สถานประกอบการ ที่มุ่งเสริมการสร้างครอบครัวอบอุ่นเข้มแข็งให้กับบุคลากรในองค์กร/สถานประกอบการ ซึ่งอาจหมายถึง การมีนโยบาย มีระบบจัดการ มีการกำหนดแผนการดำเนินงาน/แผนปฏิบัติงานรายปี จัดตั้งคณะทำงาน จัดสรรงบประมาณ และการจัดกิจกรรม สวัสดิการ/บริการต่างๆ ที่สอดคล้องกับความต้องการ และสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริง เพื่อสนับสนุนการสร้างครอบครัวอบอุ่นเข้มแข็งให้กับครอบครัวของบุคลากรในองค์กร/สถานประกอบการ

^{๑๐๓} ๑ เครือข่าย ประกอบด้วย หน่วยงานหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมครอบครัวอบอุ่นเข้มแข็งให้กับครอบครัว หน่วยงานร่วมขับเคลื่อนการสร้างครอบครัวอบอุ่นเข้มแข็งให้กับครอบครัวทั้งภาครัฐ เอกชน รัฐวิสาหกิจ และอื่นๆ รวมถึงองค์กร/สถานประกอบการ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ องค์กร/สถานประกอบการ

^{๑๐๔} ภาคีเครือข่ายองค์กรสุขภาวะ หมายถึง หน่วยงานของรัฐ หรือสถานประกอบการเอกชนที่มีจำนวนพนักงานมากกว่า ๒๐๐ คนขึ้นไป

แนวทางการดำเนินงาน

แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรจะได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์การดำเนินงาน การสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ๕ ด้าน ดังนี้

๑. สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็นฐานที่สามารถรองรับแนวคิดและนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาวะของบุคลากรในองค์กร
๒. สร้างเสริมศักยภาพและสนับสนุนการปรับพื้นฐานเชิงโครงสร้างและนโยบายด้านการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตขององค์กรที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรสุขภาวะ
๓. ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้บริหารและบุคลากรให้ตระหนักถึงความสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของบุคลากรในองค์กร เพื่อสนับสนุนให้เกิดนโยบายและมีการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
๔. สร้างนวัตกรรมทางสังคมเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร
๕. เน้นการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบผลักดันแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรในระบบปกติของการดำเนินงานขององค์กร

กลุ่มแผนงาน

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

๑) กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคสาธารณะ

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์ในการพัฒนาขีดความสามารถในการวางระบบการบริหารจัดการและพัฒนา กลไกการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพภายในองค์กรภาคสาธารณะ โดยองค์กรภาคสาธารณะหมายถึง องค์กรภาคพลเรือน องค์กรทหาร องค์กรตำรวจ องค์กรโรงพยาบาล และองค์กรทางศาสนา ให้มุ่งไปสู่การที่บุคลากร ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

แนวทางการดำเนินงาน

๑. พัฒนากลไกการทำงานและขยายผลเรื่ององค์กรสุขภาวะร่วมกันร่วมกับหน่วยงานหลักด้านยุทธศาสตร์ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
๒. ร่วมกับองค์กรกองทัพในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพและต้นแบบ ศูนย์เรียนรู้ในพื้นที่กองทัพ

๓. ร่วมกับโรงเรียนนายร้อยตำรวจ พัฒนาเครื่องมือเกณฑ์ประเมินความสำเร็จ และถอดบทเรียนนำไปสู่การขยายผลต่อยอดในกลุ่มองค์กรตำรวจ
๔. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ในการทำงานเรื่ององค์กรสุขภาวะในกลุ่มโรงพยาบาล และพัฒนาต้นแบบโรงพยาบาลสร้างสุข โดยใช้แนวคิดองค์กรสร้างสุขภาวะ
๕. ร่วมกับเครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างสุข ในการพัฒนาต้นแบบและองค์ความรู้มหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ
๖. ร่วมกับภาควิชาศึทศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับองค์กรพระพุทธศาสนา อาทิ มหาเถรสมาคม สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาแนวทางการทำงาน เพื่อสนับสนุนให้เกิดสุขภาวะของพระสงฆ์ และดำเนินการเพื่อให้องค์กรพระพุทธศาสนาเป็นองค์กรสุขภาวะ นำถวายความรู้ด้านสุขภาวะแก่พระสงฆ์เพื่อใช้ในการเทศนาสั่งสอนประชาชน

๒) กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคเอกชน

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์การพัฒนาและขยายองค์กรสุขภาวะต้นแบบในภาคเอกชน ในเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นฐานรองรับงานประเด็นสุขภาวะของ สสส. และสร้างความยั่งยืนในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ด้วยการสนับสนุนระบบและกลไกร่วมกับภาควิชาศึทศาสตร์หลัก ผลักดันนโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนทำงานในทุกมิตินำไปสู่การปฏิบัติ และเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม พัฒนานวัตกรรมทางสังคมและองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร รวมทั้งกลไกการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ร่วมกับภาควิชาศึทศาสตร์กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอุตสาหกรรมในการขับเคลื่อนและพัฒนาแนวคิดสุขภาวะองค์กร ให้เข้าสู่ระบบปกติและกลไกหลักของประเทศ
๒. ร่วมกับกระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม และกลุ่มอุตสาหกรรม ในการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่เหมาะสมตามบทบาทของเพศ ในประเด็นการลดละเหล้า บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการออกกำลังกาย และส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นและความสุขในการดำรงชีวิต
๓. ร่วมกับหน่วยงานภายใน สสส. ในการพัฒนากลไกการทำงานงานบูรณาการในประเด็นการส่งเสริมสุขภาวะตามเป้าหมายเฉพาะจากทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. ในประเด็นการลดละเหล้า บุหรี่ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้และการออกกำลังกาย และส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นและความสุขในการดำรงชีวิต
๔. ร่วมกับสถาบันการศึกษา สมาคม กลุ่มอุตสาหกรรมพัฒนานวัตกรรม งานวิจัย และองค์ความรู้ สนับสนุนการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะ โดยสนับสนุนให้เกิดการศึกษา การวิจัยเชิงความคุ้มค่าในการลงทุน การสร้างเสริมสุขภาพและการเพิ่มผลผลิตในองค์กร

๓) กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

ภารกิจ

กลุ่มแผนงานนี้มีเป้าประสงค์เพื่อพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ประกอบด้วย ระบบฐานข้อมูลและระบบติดตามประเมินผล การจัดการองค์ความรู้และนวัตกรรม การสร้างเสริมศักยภาพภาคีเครือข่าย รวมทั้งการพัฒนากลไกกลางเชื่อมโยงการทำงานระหว่างสำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร และภาคีเครือข่าย เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

แนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ภาพรวม
๒. สนับสนุนการบริหารจัดการงานภายในสำนักงาน
๓. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการประเมินติดตามผลการดำเนินงานโครงการ

ภาคีหลัก

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

เพื่อเกิดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตบุคลากรวัยทำงานในกลุ่มองค์กร ภาคสาธารณะ และภาคเอกชน เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มคนวัยทำงาน งานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายพัฒนาบุคลากรขององค์กร และงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรเป็นส่วนหนึ่งของการเพิ่มผลผลิตขององค์กร



งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคสาธารณะ	๖๙
๒. กลุ่มแผนงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กรภาคเอกชน	๕๗
๓. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๔
รวม	๑๓๐

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย



สถานการณ์และแนวโน้ม

การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (Physical Inactivity) เป็นหนึ่งใน ๕ ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านสุขภาพร่วมกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ อาหารที่ไม่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ และการสัมผัสกับมลพิษทางอากาศ ที่นำไปสู่การเจ็บป่วยและสูญเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCDs) ของทั่วโลก อันจะนำไปสู่การเกิด ๕ โรค หรือกลุ่มโรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช องค์การอนามัยโลกระบุว่าปัจจุบันมีประชากรโลกเสียชีวิตจากการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอราวปีละ ๓.๒ ล้านคน หรือประมาณร้อยละ ๕.๕ ของประชากรโลก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ สำหรับประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs ถึงร้อยละ ๗๕ หรือประมาณ ๓๒๐,๐๐๐ คนต่อปี โดยมีการประเมินความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากโรค NCDs ใน ๔ กลุ่มโรคหลัก มีมูลค่าทั้งสิ้น ๑๔๘,๕๑๒ ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ ๒.๒ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติซึ่งถ้านับเฉพาะประเด็นการขาดกิจกรรมทางกายจะคิดเป็นมูลค่าการสูญเสีย ๕,๔๗๗ ล้านบาท แต่หากนับจากภาวะอ้วนและมีน้ำหนักเกินซึ่งสัมพันธ์กับการขาดกิจกรรมทางกายควบคู่กับการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมจะคิดเป็นมูลค่าการสูญเสีย ๑๒,๑๔๒ ล้านบาท โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมีแนวโน้มช่วยลดความสูญเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ถึง ๑๑,๑๒๔ รายต่อปี และลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาลได้ถึง ๕,๔๗๗ ล้านบาท

การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งโดย องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป ควรออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อย ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนัก ๗๕ นาทีต่อสัปดาห์ ขณะที่ประชากรวัยเด็ก (อายุ ๕ - ๑๗ ปี) ควรออกกำลังกายระดับปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย ๖๐ นาทีทุกวัน กิจกรรมทางกายที่เพียงพอส่งผลดีทั้งในมิติของการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ นับเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการยกระดับการมีสุขภาพของประชากรในสังคม เริ่มตั้งแต่ประชากรช่วงวัยเด็ก การมีกิจกรรมทางกายสามารถส่งเสริมให้เกิดพัฒนาการแบบองค์รวม ทั้งด้านพุทธิพิสัย (ทางด้านสติปัญญา) จิตพิสัย (การเรียนรู้ทางด้านเจตคติ) และทักษะพิสัย (การพัฒนาทักษะทางกาย) หมายถึง การส่งเสริมพัฒนาการทางด้านสมองที่ส่งผลต่อการรับรู้ ความจำ และสมาธิ จึงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลสัมฤทธิ์ด้านวิชาการ ส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์ และทักษะในการเข้าสังคม และส่งผลดีอย่างชัดเจนต่อความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อทำให้ร่างกายมีความแข็งแรงและคล่องแคล่ว

ในขณะที่เดียวกันยังช่วยลดความเสี่ยงในการเป็นโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต การมีกิจกรรมทางกายในระดับที่เพียงพอของประชากรวัยทำงาน ช่วยให้ระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลายชนิด ทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย ให้สามารถลดภาวะเครียดจากการทำงาน ในส่วนที่กลุ่มประชากรวัยสูงอายุ กิจกรรมทางกายนับเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยขยายช่วงของการมีสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทั้งยังลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและการหกล้มในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอันอาจนำไปสู่ภาวะการป่วยแบบติดเตียง สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกิจกรรมทางกายยังสามารถช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วย ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพจิตที่ดี ป้องกันภาวะซึมเศร้า และทำให้เกิดการเข้าสู่สังคม

จากการติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์กิจกรรมทางกายระดับประเทศตลอดช่วง ๖ ปีที่ผ่านมา โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. และกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่า ในภาพรวมระดับประเทศการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยมีแนวโน้มโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น คือ จากร้อยละ ๖๖.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ (ปีฐานของการสำรวจ) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๗๔.๔ ในปัจจุบัน (พ.ศ. ๒๕๖๑) อย่างไรก็ตามในแต่ละปีระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมิได้มีการเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ทั้งมีการลดลงในบางปี ปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นถึงความไม่คงที่เชิงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาตามช่วงวัย กลุ่มวัยทำงานยังคงเป็นกลุ่มประชากรที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอสูงสุด คือ ร้อยละ ๗๘.๔ รองลงมาคือ กลุ่มประชากรวัยเด็ก วัยสูงอายุ และวัยรุ่นตามลำดับ (ร้อยละ ๗๒.๘, ๖๙.๗ และ ๖๕.๘ ตามลำดับ) ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์เชิงแนวโน้ม พบว่า ประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มที่มีระดับการมีกิจกรรมทางกายสูงสุด แต่ก็มีคามผันผวนของระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอสูงที่สุดเช่นกัน ในขณะที่กลุ่มประชากรวัยรุ่นเป็นกลุ่มประชากรที่มีระดับการมีกิจกรรมทางกายต่ำที่สุดและมีแนวโน้มการเพิ่มระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอช้าที่สุด

อย่างไรก็ตาม ในส่วนของสถานการณ์กิจกรรมทางกายของประชากรกลุ่มวัยเด็ก ด้วยการสำรวจตามแนวทาง The Global Matrix 3.0 on Physical Activity for Children and Youth พบว่า เด็กไทยมีกิจกรรมทางกาย ระดับปานกลางขึ้นไปภายใต้เงื่อนไขที่ต้องมีกิจกรรมทางกายประเภทการเสริมสร้างการเคลื่อนไหว การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแบบแอโรบิค อย่างน้อย ๖๐ นาทีทุกวัน พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีประชากรวัยเด็กเพียงร้อยละ ๒๖.๑ มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตามเกณฑ์ดังกล่าว

การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอและพฤติกรรมเนือยนิ่ง คือ เหตุปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยตรง ซึ่งวิถีชีวิตที่พึ่งพาเทคโนโลยีในปัจจุบัน ทั้งรูปแบบการเดินทาง ลักษณะการทำงาน และกิจกรรมนันทนาการ ล้วนส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary Behavior) ที่สูงมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกช่วงวัย จากข้อมูลการสำรวจตลอดระยะเวลา ๗ ปีที่ผ่านมาพบว่า คนไทยมีพฤติกรรมเนือยนิ่งสูงเกือบ ๑๔ ชั่วโมงต่อวัน โดยพบว่า ๓ รูปแบบพฤติกรรมเนือยนิ่งหลักของคนไทย คือ ๑) นิ่ง นอน เล่นโทรศัพท์มือถือ (ร้อยละ ๘๕.๒) ๒) นิ่ง/นอนดูโทรทัศน์ (ร้อยละ ๘๓.๓) ๓) นิ่งเล่น/นั่งคุย (ร้อยละ ๖๕.๔) โดยเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า กลุ่มเด็กและกลุ่มวัยรุ่นมีพฤติกรรมเนือยนิ่งจากการใช้เวลาว่างไปกับหน้าจอ (Screen Time) อันได้แก่ การใช้โทรศัพท์มือถือ และเล่นเกมคอมพิวเตอร์ ดูโทรทัศน์ มากกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยเฉลี่ยแล้วใช้เวลาอยู่หน้าจอเพื่อความบันเทิงสะสม ๓ ชั่วโมงต่อวัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

อุปสรรคสำคัญที่ทำให้ประชาชนไทยมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และเด็กไทยมีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนนั้น มาจากสาเหตุสำคัญหลายประการ ตั้งแต่ในระดับนโยบายที่ขาดการบูรณาการความร่วมมือเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้เป็นพันธกิจและเป้าหมายร่วมกันขององค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรที่มีใช้หน่วยงานด้านสุขภาพ แม้ว่าจะมีการเพิ่มขึ้นของกระแสการออกกำลังกาย แต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ ในด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างถูกต้อง ประกอบกับ องค์กรเกี่ยวกับกีฬาจำนวนไม่น้อยมุ่งเน้นกีฬา เพื่อความเป็นเลิศ และมีได้ให้ความสำคัญต่อค่านิยมกีฬาเพื่อสุขภาพ และกีฬาที่ปลอดภัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

สสส. ได้ร่วมลงนามในกฎบัตรโทรอนโต ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ และมีพันธกิจในการสนับสนุนการมีสุขภาวะดี ด้วยการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับทุกคนโดยเน้นให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือขององค์กรด้านสุขภาพ ด้านขนส่งและคมนาคม สิ่งแวดล้อม กีฬาและนันทนาการ การศึกษา การผังเมือง วัฒนธรรม และท้องถิ่น เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนในสังคมไทย และปัจจุบันเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อน “NCD Global Monitoring Framework 9 Voluntary Targets” ขององค์การอนามัยโลก ประเด็นสำคัญที่แผนฯ จะร่วมผลักดันให้บรรลุตามเป้าหมาย คือ ลดการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอลงร้อยละ ๑๐ และลดตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ได้ร้อยละ ๒๕ ภายในปี ค.ศ. ๒๐๒๕ ในฐานะที่ประเทศไทยเป็นประเทศสมาชิกตามข้อตกลงขององค์การอนามัยโลก ด้วยเหตุดังกล่าว แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย จึงได้มุ่งมั่นในการเป็นส่วนหนึ่งของการผลักดันให้เกิดนโยบายที่สำคัญในระดับนานาชาติ อาทิ The Bangkok Declaration on Physical Activity for Global Health and Sustainable Development 2016 (กฎบัตรกรุงเทพฯ ๒๕๕๙), Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 ซึ่งผลพวงจากการประกาศกฎบัตรกรุงเทพฯ ๒๕๕๙ ส่งผลให้เกิดนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่สำคัญระดับชาติ อาทิ มติคณะรัฐมนตรี (ครม.) กำหนดให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายทุกวันพุธของทำเนียบรัฐบาล และส่วนราชการต่างๆ ในช่วงเวลา ๑๕.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. สมัชชาสุขภาพครั้งที่ ๑๐ การส่งเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น และการพัฒนาพื้นที่เล่น สร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัยและวัยประถมศึกษา และสมัชชาสุขภาพครั้งที่ ๑๑ การร่วมสร้างสรรค์พื้นที่สาธารณะในเขตเมืองเพื่อสุขภาวะสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการร่วมผลักดันให้เกิด แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๗๓ ที่ผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตามขั้นตอนการเสนอแผนต่อคณะรัฐมนตรี ในปี ๒๕๖๑ รวมไปถึงการร่วมดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕)

เพื่อให้การขับเคลื่อนประเด็นกิจกรรมทางกายทั้งในระดับสากลและระดับชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องตามเป้าประสงค์ของกฎบัตรฯ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้วิเคราะห์สถานการณ์ นโยบาย และปัจจัยที่สำคัญด้านต่างๆ จึงเห็นควรดำเนินงานการขยายผลนโยบายนำสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อให้กิจกรรมทางกายเป็นเป้าหมายร่วมในการดำเนินงานในระดับชาติ และองค์กร การส่งเสริมให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม ด้านการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการสร้างจิตสำนึกแห่งสุขภาพ เพื่อให้เกิดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในระดับบุคคล พร้อมทั้งส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันเพื่อประชาชนทุกกลุ่มวัยโดยภาคียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการสนับสนุนกิจกรรมกีฬาให้เป็นกีฬาเพื่อสุขภาพ ที่ปราศจากอบายมุข และปัจจัยที่ทำลายสุขภาพต่างๆ

จุดเน้นของแผน

คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ ร่วมกับภาคีของแผนฯ ได้ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และเป้าหมายให้มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และแผนระดับชาติอื่นๆ รวมไปถึงเป้าหมายตามทิศทางเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. แผน ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย จึงมีจุดเน้น ดังนี้

๑. ส่งเสริมกิจกรรมทางกายตลอดช่วงวัย (Life - Course Approach) ให้ครอบคลุมกลุ่มเด็ก ได้แก่ เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) วัยเด็ก (๖ - ๑๔ ปี) วัยรุ่น (๑๕ - ๒๔ ปี) กลุ่มวัยทำงาน (๒๕ - ๕๙ ปี) และกลุ่มวัยสูงอายุ (๖๐ ปี ขึ้นไป) ด้วยการพัฒนางานวิจัย/องค์ความรู้ นวัตกรรม การจัดการความรู้และข้อมูลข่าวสาร การรณรงค์สื่อสาร และเครื่องมือวัดผล รวมไปถึงการลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในทุกกลุ่มวัย ด้วยการสนับสนุนให้เกิดการเคลื่อนไหวระหว่างวันในรูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มวัย และอาชีพ
๒. เชื่อมประสานเครือข่ายให้เกิดกลไกบูรณาการ การทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับประเด็น ๕ ปัจจัยเสี่ยง เพื่อสนับสนุนการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
๓. สนับสนุนการพัฒนาสุขภาวะด้วยการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อรองรับความเป็นเมือง (Urbanization) จากการศึกษาปัจจุบันโลกมีสัดส่วนประชากรในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท และประเทศไทยกำลังเข้าสู่ภาวะดังกล่าว
๔. การเตรียมความพร้อมกลุ่มวัยผู้สูงอายุเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ด้วยการให้ความสำคัญกับการมีกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางกายที่ดี ยังคงมีศักยภาพในการทำงาน และมีความสามารถในการดูแลตนเอง
๕. ผลักดันให้งานต้นแบบพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่นหรือระดับชาติ เพื่อให้เกิดการขยายผล โดยหน่วยงานยุทธศาสตร์หลัก อาทิ กรุงเทพมหานคร กระทรวงมหาดไทย สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ การเคหะแห่งชาติ นิคมอุตสาหกรรม หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น
๖. บูรณาการกับแผนเชิงพื้นที่ (Settings) หลัก คือ โรงเรียน สถานประกอบการ/องค์กร และพื้นที่สาธารณะ/ชุมชน เพื่อให้เกิดนโยบายการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และสามารถติดตามผลการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและปัจจัยแวดล้อม ซึ่งจะนำไปสู่การขยายผลที่ต่อเนื่อง
๗. สนับสนุนให้เกิดการสานพลังกลไกการขับเคลื่อนงานระหว่างหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อการสนับสนุนงานในมิติที่สำคัญ ได้แก่ วิชาการ กิจกรรม การรณรงค์ และการสื่อสาร เพื่อการผลักดันนโยบาย
๘. ขยายผลแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ ให้นำไปสู่การปฏิบัติ โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมขับเคลื่อนในลักษณะพหุภาคี และเป็นเป้าหมายร่วมในนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอื่นๆ

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

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

พฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary Behavior) หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมในขณะที่ตื่นที่มีการใช้พลังงานต่ำในระดับ ≤ 1.5 METs มักเกิดขึ้นระหว่างการทำกิจกรรมหรือเอนนอน เช่น การนั่งหน้าจอโทรทัศน์หรือคอมพิวเตอร์ นานเกินไป การนั่งทำงานนานเกินไป ในระดับสากลใช้เกณฑ์การมีพฤติกรรมเนือยนิ่งติดต่อกันเกิน ๒ ชั่วโมง ถือว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพ และเมื่อสะสมทั้งวันแล้ว ไม่ควรเกินกว่า ๑๒ ชั่วโมงต่อวัน

ปัจจัยแวดล้อม/พื้นที่สุขภาพ (Built Environment/Healthy Space) หมายถึง เงื่อนไขทางกายภาพที่เป็นสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างทั้งในบริเวณเปิดโล่งและในอาคาร ซึ่งเกี่ยวข้องกับการผังเมือง ระบบขนส่งสาธารณะ การใช้ประโยชน์พื้นที่ทั้งในพื้นที่สาธารณะ พื้นที่เอกชน รวมไปถึงสถานที่ทางธรรมชาติ ที่ได้รับการออกแบบหรือการจัดการเพื่อสนับสนุนการสร้างโอกาสการมีกิจกรรมทางกายอย่างเท่าเทียมภายใต้กฎระเบียบข้อตกลงร่วมกัน อาทิ สนามเด็กเล่น ทางเท้า พื้นที่ชุมชน หรือพื้นที่อุทยานทางธรรมชาติ เป็นต้น

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

กิจกรรมกีฬาที่ปลอดภัยปลอดบุหรี่ หมายถึง กิจกรรมการแข่งขันกีฬาระดับชาติ และระดับท้องถิ่น ที่ประกาศใช้มาตรการปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ ในและรอบสนามกีฬา โดยมีการสื่อสารรณรงค์ไปถึงกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ชมกีฬา (ทั้งที่ชมในสนามและชมจากการถ่ายทอดทางสื่อต่างๆ) ผู้เล่นกีฬา กรรมการตัดสิน ผู้สนับสนุน ผู้จัด และชุมชนรอบพื้นที่จัดการแข่งขัน

วัตถุประสงค์

ส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตสุขภาพะ และจิตสำนึกแห่งสุขภาพ ด้วยการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง

๑. เพื่อขับเคลื่อนร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ให้เกิดนโยบายด้านกิจกรรมทางกายในระดับชาติและระดับสากล
๒. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ และนวัตกรรม ด้านการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ที่เชื่อมโยงกับการก่อให้เกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
๓. เพื่อส่งเสริมให้มีพื้นที่สุขภาพะ และปัจจัยแวดล้อม ที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน โดยร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
๔. เพื่อส่งเสริมกิจกรรมกีฬาให้เป็นโอกาสของการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก

๑. เพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันเพียงพอ (อย่างน้อย ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์) ของประชากรวัย ๑๑ ปีขึ้นไป เป็นอย่างน้อยร้อยละ ๗๕ ของจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย^{๑๑๔}
๒. ควบคุมอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียน อายุ ๖ - ๑๔ ปี ให้ไม่เพิ่มขึ้นจากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีสัดส่วนร้อยละ ๑๐^{๑๑๖}
๓. เกิดกระบวนการนโยบายสาธารณะระดับชาติด้านกิจกรรมทางกาย ที่แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ร่วมกันผลักดัน อย่างน้อย ๒ กรณี
๔. มีระบบฐานข้อมูลเพื่อสนับสนุนการพัฒนาการขับเคลื่อนนโยบายด้านกิจกรรมทางกายระดับประเทศ อย่างน้อย ๒ กรณี
๕. เกิดชุดความรู้ นวัตกรรม และสื่อรณรงค์ เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง จำนวน ๒ ชุด/เรื่อง
๖. ร้อยละ ๕๐ ของกลุ่มเป้าหมาย เกิดความรู้ความเข้าใจด้านกิจกรรมทางกาย และจิตสำนึกแห่งสุขภาพ ผ่านชุดความรู้ นวัตกรรม และสื่อรณรงค์ ที่ สสส. เผยแพร่
๗. เกิดรูปแบบหรือกลไกการจัดการพื้นที่สุขภาพะ เพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายของประชาชน อย่างน้อย ๒ รูปแบบการจัดการในเชิงพื้นที่ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓

^{๑๑๔} มีเครื่องมือชี้วัด และฐานข้อมูลที่ได้มาตรฐานทางวิชาการขององค์การอนามัยโลก ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยแผนฯ และร่วมใช้โดย กระทรวงสาธารณสุข สหประชาชาติ และสำนักงานสถิติแห่งชาติ

^{๑๑๖} มียุทธศาสตร์ และวัดผลร่วมกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

๘. จำนวนองค์กรกีฬาอย่างน้อย ๑๐ องค์กร มีนโยบายปลอดเหล้าบุหรี่ และการสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

๑. ร่วมกับแผนต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉงด้วยกิจกรรมทางกาย ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ตามแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๗๓

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายประชาชนทุกกลุ่มวัย

(๑) ร่วมกับฝ่ายสนับสนุนงานนวัตกรรมในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ผ่านองค์ความรู้และการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

(๒) ร่วมกับแผนสุขภาพะประชากรกลุ่มเฉพาะ และแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ในการขยายแนวคิด/แนวทางการดำเนินงานธนาคารเวลา และการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อการพัฒนาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ

(๓) ร่วมกับแผนอาหารเพื่อสุขภาพะ แผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพะในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระหว่างวันในหน่วยงาน องค์กร สถานศึกษา หรือสถานบริการสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การส่งเสริมสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย

(๔) ร่วมกับแผนสุขภาพะชุมชน หรือแผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร ในการส่งเสริมการจัดการพื้นที่ให้เอื้อและปลอดภัยต่อการเดิน ในโรงเรียน ชุมชน และองค์กร

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาระบบสนับสนุนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

(๕) ร่วมกับแผนระบบสื่อและวิถีชีวิตสุขภาพะในการพัฒนานักสื่อสารสุขภาพะในประเด็นส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

(๖) ร่วมกับฝ่ายภาคีสัมพันธ์ในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับสากล

๒. ร่วมกับแผนอาหารเพื่อสุขภาพะและฝ่ายติดตามประเมินผล ในการสนับสนุนแผนสุขภาพะชุมชน แผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร และแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพะผ่านระบบบริการสุขภาพะ เป็นต้น ในการพัฒนาต้นแบบตำบลสุขภาพะ เพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ระดับประชาชน คือ ลดการกินหวาน/มัน/เค็ม เพิ่มการบริโภคผัก/ผลไม้ เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย และลดการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง

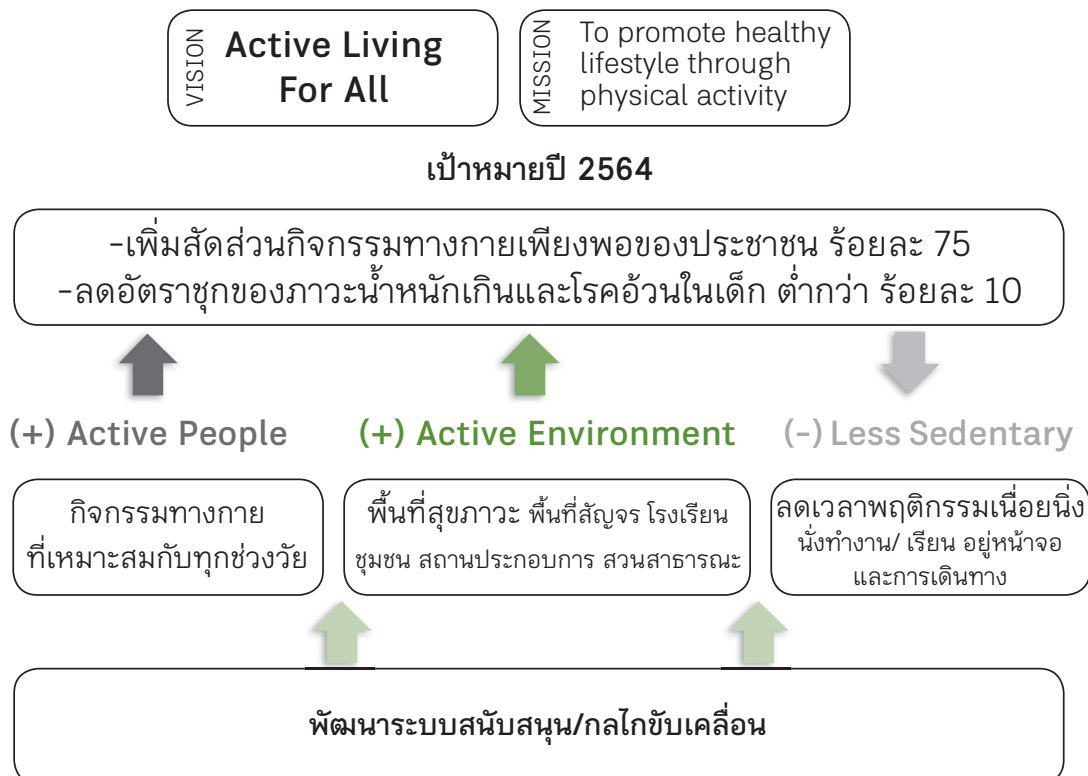
แนวทางการดำเนินงาน

ประสานการดำเนินงานด้านการรณรงค์ขับเคลื่อนสังคม การพัฒนาข้อเสนอนโยบาย การพัฒนางานวิชาการและนวัตกรรมให้ร่วมกันสนับสนุนเป้าหมายระยะ ๑ ปีของแผนฯ อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบต่อเนื้อเรื่องถึงเป้าหมายของแผนฯ ระยะ ๓ ปี และทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปีของ สสส. โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของแผนฯ ดังนี้

แนวทางขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์ ๒ เพิ่ม ๑ ลด

๑. เพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ เป็นการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประชาชนที่สอดคล้องกับกลุ่มวัย
๒. เพิ่มพื้นที่สันทนาการ โดยส่งเสริมการจัดการให้เกิดการจัดปัจจัยแวดล้อม หรือพื้นที่สันทนาการที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย
๓. ลดพฤติกรรมเนือยนิ่งซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรค

โดย แผนฯ ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายหลัก ๓ กลุ่ม คือ วัยเด็กและวัยรุ่น (๖ - ๑๔ ปี และ ๑๕ - ๒๔ ปี) วัยทำงาน (๒๕ - ๕๔ ปี) และวัยสูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) โดยหมายรวมถึงกลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่างๆ โดยนำข้อมูลการมีกิจกรรมทางกายที่สำรวจมาวิเคราะห์ และออกแบบยุทธศาสตร์ เพื่อขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายให้เหมาะสมกับกลุ่มวัย ตาม ๒ ตัวชี้วัดหลัก คือ การเพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากร และควบคุมอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก ให้สอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และทิศทาง ๑๐ ปี ของ สสส. โดยมีรูปแบบหลักที่จะดำเนินงานตามกรอบแนวคิด



แนวทางบูรณาการ

แผนฯ ให้ความสำคัญกับแนวทางบูรณาการตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลักของ สสส. และตามทิศทางที่คณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ ให้เน้นเรื่องการขับเคลื่อนงานภายใต้มิติของสุขภาวะแบบองค์รวม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต แผนฯ จึงได้กำหนดแนวทางการบูรณาการ ดังนี้

๑. เน้นบูรณาการกับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ และแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา โดยกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อการดำเนินงานควบคุมอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน ซึ่งเป็นเป้าหมายหลัก ๑๐ ปี ของ สสส.
๒. พัฒนาความรู้และต้นแบบของการขับเคลื่อนการเพิ่มกิจกรรมทางกาย ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และลดโรคอ้วนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กรโดยแผนฯ จะขยายผลร่วมกับแผนสุขภาวะเด็กเยาวชนและครอบครัว แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนสุขภาวะชุมชน และแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

แนวทางสร้างความยั่งยืน

๑. พัฒนาระบบการจัดทำฐานข้อมูลสำรวจกิจกรรมทางกายระดับชาติ ร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง
๒. มุ่งเน้นการทำงานเพื่อสร้างระบบ กลไก ความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และหน่วยงานนอกระบบสุขภาพ ให้มีความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมเสริมสุขภาพ ประเด็นส่งเสริมกิจกรรมทางกาย
๓. บูรณาการกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การมีกิจกรรมทางกายของประชาชนเพื่อยกระดับเป็นเป้าหมายระดับชาติ และเกิดเจ้าภาพในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
๔. พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือวิชาการระดับชาติ และระดับนานาชาติอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนประสานเครือข่ายวิชาการด้านกิจกรรมทางกายทั้งในประเทศ และต่างประเทศ และพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานในระดับสากล
๕. บูรณาการกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ทั้งระดับชาติและท้องถิ่นในการขับเคลื่อนแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๗๓ และนำนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสู่การปฏิบัติ
๖. ร่วมมือกับเครือข่ายสากลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในการผลักดันระเบียบวาระกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วย ๔ กลุ่มแผนงาน ได้แก่

๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันตามกลุ่มวัย
๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่และปัจจัยแวดล้อมสุขภาพที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย
๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา
๔. กลุ่มแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันตามกลุ่มวัย

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

พัฒนาองค์ความรู้และเครื่องมือในการดำเนินงาน

๑. พัฒนาองค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเด็น การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมเนือยนิ่ง การนอนหลับ ที่สอดคล้องกับการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
๒. พัฒนาชุดความรู้ที่พร้อมเผยแพร่ งานวิชาการ และนวัตกรรม ด้านกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน และลดปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมเนือยนิ่ง ภาวบน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน
๓. พัฒนาชุดความรู้กิจกรรมทางกายที่เชื่อมโยงกับการลดรอยโรคที่เกี่ยวข้อง
๔. พัฒนาเครื่องมือสำรวจและวัดผล ระบบการติดตามประเมินผล และฐานข้อมูลทางวิชาการ ด้านกิจกรรมทางกายและสุขภาพของประชาชนไทย ที่นำมาใช้ประโยชน์ต่อการดำเนินยุทธศาสตร์ของแผนฯ เพื่อสร้างเป็นมาตรฐานร่วมในหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง อาทิ การสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทยทุกกลุ่มวัย และการวัดผลตอบแทนทางสังคมของการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

การขับเคลื่อนสังคม

๕. รณรงค์ และเผยแพร่ เพื่อสร้างความเข้าใจ และความตระหนัก ประเด็นการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันในกลุ่มเป้าหมาย ด้วยการสนับสนุน องค์ความรู้ กิจกรรม และการสื่อสารรณรงค์อย่างกว้างขวาง โดยกำหนดยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่จำแนกตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มวัยเด็ก กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยสูงอายุ รวมไปถึงประชากรกลุ่มเฉพาะ
๖. สนับสนุนกลุ่ม หน่วยงาน องค์กร ชุมชนและท้องถิ่น ให้เป็นภาคีร่วมขับเคลื่อนการออกแบบและดำเนินงานกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสอดคล้องกับกลุ่มวัยต่างๆ ในพื้นที่ (Settings) ตามยุทธศาสตร์ของแผน
๗. บูรณาการการดำเนินงานในระดับพื้นที่และสถานประกอบการร่วมกับแผนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของ สสส.

การผลักดันนโยบาย

๘. เชื่อมโยงเครือข่ายวิชาการระดับชาติ และนานาชาติด้านกิจกรรมทางกาย เพื่อการพัฒนานโยบาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ งานวิจัย การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และการผลักดันนโยบายสาธารณะ
- โครงการหลัก**

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการวิจัยเพื่อสร้างสรรค์ต้นแบบกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในเด็กและวัยรุ่นไทย โครงการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมโอกาสการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในบริบท โครงการการศึกษาและพัฒนาต้นแบบการประเมินพัฒนาการสำหรับกิจกรรมทางกายในเด็ก โครงการโรงเรียนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โครงการส่งเสริมต้นแบบองค์กรไร้พุง โครงการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ ผู้สูงอายุต้นแบบกิจกรรมทางกาย โครงการรณรงค์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในรูปแบบ เดิน วิ่ง จักรยาน โครงการพัฒนาข้อเสนอและการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประเทศไทย โครงการศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ในประเด็นการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนองค์กรภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม องค์กรอิสระ สถาบันการศึกษา และองค์กรชุมชน ในพื้นที่เขตเมือง และชนบท เพื่อให้เป็นกลไกดำเนินการระดมเครือข่ายความร่วมมือ และทรัพยากรในการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะเอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม
๒. พัฒนาต้นแบบของพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน โดยพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการพื้นที่สุขภาวะร่วมกับ สถาบันวิชาการ สมาคมวิชาชีพด้านผังเมือง สถาปัตยกรรม และสิ่งแวดล้อม โดยมุ่งการขยายผลผ่านความร่วมมือกับหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคราชการที่เกี่ยวข้อง
๓. ขับเคลื่อนกระแสสังคม และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เกิดการดำเนินงาน โดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการพื้นที่หรือโครงสร้างทางกายภาพที่เอื้อต่อการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
๔. ผลักดันหน่วยงานระดับท้องถิ่น ให้มีการจัดการพื้นที่สุขภาวะเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน สำหรับกลุ่มผู้ด้อยโอกาส หรือกลุ่มคนที่เข้าไม่ถึงบริการ เพื่อลดช่องว่างของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการกลไกการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะ โครงการศูนย์ออกแบบและพัฒนาเมือง โครงการศึกษาศักยภาพการเข้าถึงสาธารณูปการที่ส่งเสริมการเดินเท้า และโครงการศึกษาศักยภาพการเดินเท้า โครงการศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ในสถานประกอบการ โครงการลานกีฬาพัฒนา โครงการพัฒนาความร่วมมือด้านกลไกสนับสนุนทางวิชาการ

เพื่อนำสู่การสร้างพื้นที่สุขภาวะ โครงการพัฒนาต้นแบบและคู่มือการจัดการกระบวนการเรียนรู้เพื่อขับเคลื่อนและการบริหารจัดการพื้นที่สุขภาวะในประเทศไทย โครงการทบทวนสถานการณ์และองค์ความรู้ในพื้นที่สุขภาวะในบริบทไทยเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โครงการพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะชุมชน โครงการพื้นที่สุขภาวะย่านเมืองในพื้นที่ต่างๆ โครงการส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะในชุมชน

๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนกิจกรรมกีฬาให้เป็นกีฬาปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ยุติ และสนับสนุนพื้นที่ในและรอบบริเวณสนามกีฬาให้ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ยุติตามกฎหมาย โดยใช้กลไกทุนอุปถัมภ์กีฬาและการสื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักในกลุ่มเป้าหมาย
๒. สนับสนุนกิจกรรมกีฬาให้เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเพื่อสร้างสังคมสุขภาวะและค่านิยมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ
๓. แสวงหาคู่พันธมิตรร่วมทุน (Co-sponsorship) ในการขับเคลื่อนกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และกีฬาที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ยุติ

โครงการหลัก

ประกอบด้วยโครงการหลัก อาทิ โครงการทุนอุปถัมภ์กีฬาระดับชาติ โครงการทุนอุปถัมภ์กีฬาระดับภูมิภาคและจังหวัด โครงการสนับสนุนความร่วมมือกับสมาคมกีฬาที่ร่วมรณรงค์ให้เป็นกีฬาปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ยุติ ค่ายผู้นำเยาวชน โครงการสนับสนุนกิจกรรมกีฬาตามนโยบายของรัฐบาล โครงการสื่อสารรณรงค์ส่งเสริมค่านิยมกีฬาปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ยุติ

๔. กลุ่มแผนงานควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๑. บูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนเพื่อผลักดันนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและลด ๕ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) (แอลกอฮอล์ บุหรี่ กิจกรรมทางกาย อาหาร และมลพิษทางอากาศ) สนับสนุนการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ของแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)
๒. พัฒนาชุดความรู้ที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลของ ๕ ปัจจัยเสี่ยง ที่ส่งผลก่อให้เกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
๓. สื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไป ประชาชนในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โครงการหลัก

แผนงานโรคไม่ติดต่อ ภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเทศไทยภายใต้กรอบองค์การอนามัยโลก ประจำปี ค.ศ. ๒๐๑๗ - ๒๐๒๑ (WHO-RTG CCS on NCDs 2017-2021)

ภาคีหลัก

๑. หน่วยงานภาครัฐระดับชาติและท้องถิ่น ที่มีนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย และกีฬาเพื่อสุขภาพ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวัฒนธรรม การกีฬาแห่งประเทศไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร
๒. องค์กรกีฬาภาครัฐ และเอกชนที่ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ อาทิ สมาคมกีฬาระดับชาติและระดับจังหวัด หน่วยงานกีฬาภาครัฐ สมาพันธ์และชมรมกีฬาเพื่อสุขภาพ สมาคมสื่อมวลชนกีฬา
๓. สถาบันวิชาการ หน่วยงานวิจัย และภาคประชาสังคม ที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย อาทิ สถาบันการศึกษา สถาบันวิชาการด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา สถาบันวิชาการด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู เทคนิคการแพทย์ เครือข่ายการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สื่อมวลชนด้านสุขภาพและกีฬา กลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์ กลุ่มวิชาชีพด้านอาหารและโภชนาการ กลุ่มวิชาชีพด้านการออกแบบและการผังเมือง เครือข่ายสิ่งแวดล้อม เครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๔. เครือข่ายสากลด้านกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน อาทิ International Society for Physical Activity and Health (ISPAH), Global Advocacy for Physical Activity (GAPA), International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity (ISBNPA), Global Report Card on Physical Activity, World Cycling Alliance (WCA), Japan Sport Association (JSA), ASEAN University Network - Health Promotion Network (AUN-HPN), Active Healthy Kids Global Alliance
๕. ภาคีเครือข่ายที่ร่วมขับเคลื่อนการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม อาทิ หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต และสำนักงานปลัดกระทรวงฯ) กระทรวงอื่นๆ เครือข่าย Asian University Network-Health Promotion Network (AUN-HPN) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานสถิติแห่งชาติ ศูนย์วิจัยและวิชาการด้านกิจกรรมทางกาย อาหาร บุหรี่ เหล้า สมาพันธ์เครือข่าย NCDs แห่งประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)

แนวทางบริหารจัดการแผน

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

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันตามกลุ่มวัย	๕๐
๒. กลุ่มแผนงานส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย	๖๐
๓. กลุ่มแผนงานทุนอุปถัมภ์กีฬา	๔๐
๔. กลุ่มแผนงานควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)	๒๐
รวม	๒๑๐

แผนระบบสื่อและ วิถีสุขภาวะทางปัญญา



ระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา เป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งที่จะขับเคลื่อนให้ “ทุกคนบนแผ่นดินไทย มีขีดความสามารถ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาวะ” สมดังวิสัยทัศน์ของ สสส. เพราะระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญามีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้าง “ภูมิคุ้มกันปัจจัยเสี่ยง” ในลักษณะต่างๆ ควบคู่ไปกับการสร้างสรรค์ “วิถีชีวิตสุขภาวะ” (Healthy Lifestyle) ให้เกิดขึ้นบนฐานแห่งปัญญาและจริยธรรม เพื่อให้เท่าทันกระแสความเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ในโลกยุคศตวรรษที่ ๒๑

สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาใน พ.ศ. ๒๕๖๓

ในปี ๒๕๖๒ ปรากฏการณ์ “เทคโนโลยีเปลี่ยนวิถีชีวิต” (Disruptive Technologies) ได้แผ่ขยายอิทธิพลสู่คนไทยและคนทั้งโลกกว้างไกลยิ่งขึ้นกว่าที่ผ่านมา ดังเห็นได้จากประชากรโลกเกินครึ่ง คือ ๔.๘ จาก ๗.๖ พันล้านคน และ คนไทย ๕๗ จาก ๖๙ ล้านคน หรือ ร้อยละ ๘๒ ใช้อินเทอร์เน็ต^{๑๑๑} ส่งผลให้คนส่วนใหญ่ในสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตจนถึงขั้น “พลิกโฉม” ไปจากเดิมทั้งในมิติเศรษฐกิจและสังคม

ปรากฏการณ์เทคโนโลยีเปลี่ยนวิถีชีวิตในมิติของระบบสื่อ ที่เป็นไปบนพื้นฐานเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Transformation) ได้ก่อคุณูปการอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่พลโลก เพิ่มพลังอำนาจให้แก่ทุกคนในการเรียนรู้ พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมมีบทบาทในการกำหนดความเป็นไปของสังคม เพราะการเข้าสู่ระบบอินเทอร์เน็ต หรือ “โลกออนไลน์” เปิดโอกาสให้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต ขยายโอกาสทางการศึกษาและการบริการสาธารณสุข ช่วยลดขั้นตอน ระยะเวลา และประหยัดทรัพยากรในการรับบริการพื้นฐานต่าง ๆ อีกทั้งยังเปิดพื้นที่ทางสังคมออนไลน์ ที่เอื้ออำนวยให้เกิดการพัฒนาปัญญาผ่านการพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น นำไปสู่การเสริมสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือระหว่างคนจำนวนมากที่มีแนวคิดและความสนใจร่วมกันได้แบบไร้พรมแดน สะดวก รวดเร็ว โดยทำลายอุปสรรคด้านพื้นที่และเวลา อันเป็นข้อจำกัดของโลกกายภาพได้อย่างสิ้นเชิง

^{๑๑๑} ผลสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. ๒๕๖๑ โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ระบบสื่อในปี ๒๕๖๒ ยังคงขับเคลื่อนไปบนทิศทางสื่อหลอมรวม (Media Convergence) โดยมีโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ (Smartphone) เป็นศูนย์กลาง ลักษณะสำคัญของระบบนิเวศสื่อ (Media Ecosystem) ปัจจุบัน ได้แก่ การทวีความหลากหลายของช่องทาง (Biodiversity in Media Arena), สื่อดิจิทัล หรือ สื่อใหม่ (New Media) มีสถานะเป็นสื่อกระแสหลัก กลุ่มเป้าหมายผู้รับสื่อแตกตัวกลุ่มมวลชนขนาดใหญ่ (Mass) สู่กลุ่มย่อยๆ ที่มีจุดร่วม (Niche) และบทบาทของผู้ใช้สื่อในระบบการสื่อสารยุคใหม่ที่เป็นทั้งผู้รับและผู้ผลิตสื่อในเวลาเดียวกัน (User Generated Content) ได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตประจำวัน ส่งผลให้เกิดผู้นำทางความคิดกลุ่มใหม่ (Influencer) ซึ่งไม่จำกัดเพศ วัย หรือสถานะทางสังคม กลายเป็นผู้ทรงอิทธิพลในการเป็นแหล่งข้อมูล การชักนำความคิด และนำเสนอวิธีการใช้ชีวิตผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) มากยิ่งขึ้นเป็นลำดับ

คุณลักษณะของระบบสื่อยุคใหม่ถือเป็นปัจจัยเอื้อต่อการสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะสู่คนทุกวัยในทุกหนแห่งได้อย่างเสมอหน้า ขณะเดียวกันก็มีส่วนสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนระบบนิเวศการเรียนรู้ของคนไทยทั้งระบบ ดังสะท้อนผ่านพฤติกรรมการรับข่าวสารข้อมูลของคนไทยในปี ๒๕๖๑ ที่พบว่า คนไทยทุกช่วงวัยใช้เวลาบนโลกออนไลน์เพิ่มขึ้นเป็นเฉลี่ยประมาณ ๑๐ ชั่วโมงต่อวัน เพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้า ๓ ชั่วโมง ๓๐ นาที และสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลก โดยเยาวชนอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี เป็นช่วงวัยที่มีอัตราการใช้อินเทอร์เน็ตสูงที่สุด^{๑๑๔}

ท่ามกลางแนวโน้มใหม่นี้ สื่อดิจิทัลกลายเป็นช่องทางสื่อสารหลัก สัดส่วนการอ่านหนังสือพิมพ์ การชมโทรทัศน์ และฟังวิทยุ ได้ลดลงเหลือเพียง ร้อยละ ๒๑.๕ และ ๒๓.๘ ตามลำดับ ขณะที่การอ่าน ดู และฟังเคลื่อนตัวไปสู่ช่องทางสื่อออนไลน์ที่เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ ๗๘.๕ และ ๗๖.๒ ตามลำดับ การอ่านหนังสือออนไลน์ก็เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จาก ร้อยละ ๓๐.๘ ในปี ๒๕๖๐ เป็น ร้อยละ ๔๘.๓ ในปี ๒๕๖๑^{๑๑๕} โดยที่อัตราการอ่านหนังสือของคนไทยเพิ่มขึ้นจาก ๓๗ นาทีต่อวันในปี ๒๕๕๖ และ ๖๖ นาทีต่อวันในปี ๒๕๕๘ เป็น ๘๐ นาทีต่อวันในปี ๒๕๖๑^{๑๑๖}

อย่างไรก็ตาม การขาดกฎหมาย มาตรการ และกลไกที่สามารถเฝ้าระวัง กำกับดูแลได้อย่างทั่วถึงและเท่าทันสถานการณ์ ได้ส่งผลให้ระบบสื่อยุคใหม่เป็นเสมือน “ดาบสองคม” ดังเห็นได้จากปัญหาเนื้อหาที่ไม่เหมาะสมปรากฏอยู่ทั่วไปในโลกออนไลน์ ทั้งด้านการโฆษณาเกินจริง โฆษณาแฝง การสร้างมายาคติและการกำหนดอัตลักษณ์สร้างตัวตนบนโลกออนไลน์อย่างบิดเบี้ยวไม่ตรงกับชีวิตจริง โฆษณาสิ่งเสพติดหรือก่อพิษภัยต่อสุขภาพอย่างเปิดเผย การนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับเพศ ความรุนแรง ความเกลียดชัง (Hate Speech), การเผยแพร่ข่าวปลอม/ข่าวลวง (Fake News) เพื่อปลุกเร้าให้เกิดความขัดแย้ง แยกแยะ ชลขซึ่งกลายเป็นปัญหาระดับโลกและกำลังทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นเรื่อยๆ ขณะเดียวกัน ความเปลี่ยนแปลงของระบบสื่อที่เกิดขึ้นและดำเนินไปอย่างรวดเร็วถึงขั้นพลิกผัน ยังทำให้คนส่วนใหญ่ในโลกขาดความรู้เท่าทัน โดยที่รัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็ยังไม่สามารถพัฒนาเครื่องมือ และช่องทาง สำหรับการสนับสนุนให้ประชาชนเกิดทักษะเท่าทันสื่อดิจิทัล (MIDL) ได้อย่างทั่วถึง

นอกจากนี้ ยังมีสถานการณ์ที่สำคัญ ๒ เรื่อง ที่เป็นปัจจัยลดทอนโอกาสในการใช้ประโยชน์จากระบบสื่อในยุคแห่งเทคโนโลยีเปลี่ยนวิถีชีวิตในบริบทของสังคมไทย นั่นคือ **ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคม** ทั้งในมิติเมืองกับชนบท สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งส่งผลต่อโอกาสทางการศึกษาและทางเลือกในการดำเนินชีวิต และ**วิถีการเรียนรู้ที่เป็นแบบแผนของสังคมไทย** ที่ละเลยคุณลักษณะที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ

^{๑๑๔} รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี ๒๕๖๑ โดย สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (สพธอ.)

^{๑๑๕, ๑๑๖} อ้างแล้วใน ๑๑๘

ในโลกยุคศตวรรษที่ ๒๑ เช่น ความสามารถในการสืบค้นข้อเท็จจริงให้แน่ชัด การพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างลึกซึ้ง และการลงมือปฏิบัติเพื่อฝึกฝนและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องจนเกิดความรู้ที่ชัดเจนและเกิดความเชี่ยวชาญในเรื่องที่จำเป็นต้องกระทำ^{๑๒๑}

ปัจจัยดังกล่าวมีน้ำหนักในการเหนี่ยวนำอิทธิพลในด้านบวกของปรากฏการณ์เทคโนโลยีเปลี่ยนวิถีชีวิตต่อการสร้างสุขภาวะ ดังสะท้อนผ่านสภาพปัญหา ๓ ประเด็นหลัก ดังนี้

๑. การใช้ชีวิตใน “โลกออนไลน์” มากขึ้น ก่อความเสี่ยงต่อชีวิตและสุขภาพต่อคนทุกวัย จากการรู้ไม่เท่าทันสื่อยุคใหม่ ที่สำคัญคือ การถูกล่อลวง การถูกคุกคามทำร้าย ทั้งด้านจิตใจและร่างกาย โดยเด็ก เยาวชน และผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบชัดเจนที่สุดในส่วนของเด็กและเยาวชน พบว่า เด็กช่วงวัย ๘ - ๑๒ ปี ใช้เวลากับสื่อออนไลน์สูงกว่าค่าเฉลี่ยโลก และร้อยละ ๖๐ มีโอกาสเสี่ยงจากภัยออนไลน์ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลก อีกเช่นกัน ภัยที่พบมากที่สุดอยู่ในรูปของการถูกล่อลวง เช่น การด่าทอกันด้วยข้อความหยาบคาย การติดต่อภาพ สร้างข่าวปลอม/ข่าวลวง รวมไปถึงการตั้งกลุ่มออนไลน์กีดกันเพื่อนออกจากกลุ่ม ฯลฯ (ร้อยละ ๔๙) รองลงมา คือ การเข้าถึงสื่อลามกและพูดคุยเรื่องเพศกับคนแปลกหน้า (ร้อยละ ๑๙) ติดเกม (ร้อยละ ๑๒) และถูกล่อลวงออกไปพบกับคนแปลกหน้า (ร้อยละ ๗) นอกจากนี้ การที่เด็กและเยาวชนไทยใช้เวลากับอินเทอร์เน็ตมากขึ้น จนสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลก ทำให้เกิดข้อกังวลจากผู้เชี่ยวชาญว่าอาจไม่ส่งผลดีต่อสติปัญญาและวุฒิภาวะทางอารมณ์^{๑๒๒} **วัยทำงาน** ใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ยวันละ ๑๐ ชั่วโมง ส่งผลต่อสุขภาพในหลายด้าน เช่น เสี่ยงต่อพฤติกรรมเนือยนิ่งที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรังและภาวะออฟฟิศซินโดรม ฯลฯ **ผู้สูงอายุ** ซึ่งใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ยวันละ ๘ ชั่วโมง พบว่า ร้อยละ ๗๕ ใช้สื่อสังคมออนไลน์โดยไม่รู้เท่าทัน มีสัดส่วนของการส่งภาพและข้อมูลข่าวสารโดยไม่ตรวจสอบร้อยละ ๓๐ ซึ่งมากกว่าทุกช่วงวัย และตกเป็นเหยื่อของข่าวปลอม/ข่าวลวงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากที่สุด^{๑๒๓} นอกจากนี้ ยังพบว่า คนทุกวัยมีพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตโดยขาดการรู้เท่าทัน เช่น การเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวที่ควรปกปิดเพื่อป้องกันการก่ออาชญากรรม การขาดวิจารณญาณในการใช้งาน เป็นต้น^{๑๒๔}

๒. **เนื้อหาด้านลบในโลกออนไลน์ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้คน** ไม่ว่าจะเป็น การล่อลวง การโหมกระพือข่าวปลอม/ข่าวลวง และเนื้อหาที่รุนแรงหยาบคาย ยุยงให้เกิดความเกลียดชัง ด่วนสรุปในทางลบ ประณาม ใช้อวดพุงเพือ ฯลฯ ซึ่งปรากฏทั่วไปในสื่อออนไลน์ และเพิ่มปริมาณมากยิ่งขึ้นโดยขาดระบบควบคุมอย่างเท่าทัน สถานการณ์ ทำให้คนเกิดการแบ่งแยกออกเป็นกลุ่มเป็นขั้ว ทั้งด้วยวัย สถานะเศรษฐกิจ ความเชื่อทางการเมือง ศาสนา และการให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ ในชีวิต ก่อให้เกิดอคติ ไม่ยอมรับฟังผู้อื่นที่แตกต่าง เพราะถือตนว่าดีและถูกต้องกว่า จนขาดความเห็นใจ และร่วมรู้สึกกับผู้อื่น (Empathy) นำไปสู่ภาวะเครียด ซึมเศร้า และบั่นทอนคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตอย่างรุนแรงและเรื้อรัง

อย่างไรก็ตาม โลกออนไลน์ได้เปิดโอกาสให้คนที่มีความคิดเห็นร่วมกันสามารถรวมตัวกันเป็นชุมชนย่อยๆ อย่างเป็นอิสระ ซึ่งเปรียบได้ดังเหรียญ ๒ ด้าน ด้านหนึ่งคือ ช่วยตอบสนองธรรมชาติของมนุษย์ที่ต้องอยู่เป็นสังคม โดยเอื้ออำนวยพื้นที่ปลอดภัยในการแสดงตัวตน อีกด้านหนึ่งคือ อาจยิ่งสร้าง “กำแพง” เพิ่มความแปลกแยกระหว่างสมาชิกในสังคมให้ทวีสูงขึ้น จนยากที่จะเชื่อมโยงตนเองเข้ากับคนที่แตกต่างจากตนเองได้

^{๑๒๑} ข้อสรุปจากการประชุมภาคีเครือข่ายเพื่อจัดทำ (ร่าง) แผนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๓ ของแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา (แผน ๑๐) เมื่อ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ณ โรงแรมปทุมวัน ปริ๊นเซส กรุงเทพฯ

^{๑๒๒} The 2018 DQ Impact Study จัดทำโดย สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล (ดีป้า) กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) กระทรวงศึกษาธิการ และ DQ institute ประเทศสิงคโปร์

^{๑๒๓} ผลสำรวจจากรมมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. ๒๕๖๑ โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ

^{๑๒๔} อ้างแล้วใน ๑๒๓

๓. ข่าวสารที่มีปริมาณมากและตอบสนองความสนใจแบบไร้ขีดจำกัดทำให้ขาดสมดุลชีวิต โลกออนไลน์ที่สามารถตอบสนองความสนใจ ความสุข และความสนุกได้แบบฉับไวและตรงใจที่ต้องการ (On demand) ทำให้เกิดการใช้เวลากับสื่ออินเทอร์เน็ตมากขึ้นเป็นลำดับ จนนำไปสู่ภาวะการได้รับข่าวสารล้นเกิน และลดทอนวิจรรย์ญาณในการคิด วิเคราะห์ สร้างสรรค์ การเรียนรู้โลกตามความเป็นจริง และความสามารถในการทบทวนตนเองเพื่อตระหนักรู้ในตน (Self-Awareness) อีกทั้งยังถูกชักจูงให้หลงเชื่อ บอกต่อ และตัดสินใจกระทำตาม โดยกลุ่มผู้มีอิทธิพลทางความคิดในสื่อสังคมออนไลน์ ดังเห็นได้จากข้อมูลการใช้ Influencer เพื่อผลทางการตลาดเพียง ร้อยละ ๓ ก็สามารถสร้างผลกระทบและการรับรู้ในสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) ถึงร้อยละ ๙๐

ท่ามกลางความเป็นไปของสังคมไทยในยุค Disruptive Technologies ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ยังสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางปัญญาของคนไทยในทิศทางที่ถดถอยจากปีที่ผ่านมา ดังปรากฏทั้งข้อมูลเชิงเปรียบเทียบระดับสากล เช่น “ดัชนีความสุข” ของประเทศไทย ในปี ๒๕๖๑ ที่ตกจากอันดับที่ ๑๔ ของโลก สู่อันดับที่ ๔๖^{๑๒๕} และประเทศที่มีน้ำใจเอื้อเฟื้อในการบริจาคทรัพย์ที่ตกจากอันดับที่ ๕ ของโลก ในปี ๒๕๖๐ เป็นอันดับที่ ๒๒^{๑๒๖} รวมถึงข้อมูลการศึกษาวัยเยาว์ในประเทศ ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มปัญหาด้านสภาพจิตใจเพิ่มสูงขึ้น ที่สำคัญคือ คนที่พยายามฆ่าตัวตาย ๕๓,๐๐๐ คน^{๑๒๗} ขณะที่ ๑.๕ ล้านคน หรือ มากกว่า ร้อยละ ๒ เป็นโรคซึมเศร้า โดยพบตั้งแต่วัยรุ่นไปจนถึงผู้สูงอายุ^{๑๒๘} วัยรุ่นจนถึงวัยทำงาน ช่วงอายุ ๑๕ - ๖๐ ปี ที่อาศัยในกรุงเทพฯ ร้อยละ ๔๕ มีภาวะเครียด^{๑๒๙} เป็นต้น ขณะที่ปัจจัยแวดล้อมส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางปัญญา เช่น ศาสนา ซึ่งเป็นเกราะคุ้มกัน สร้างความเข้มแข็งและสมดุลให้แก่จิตใจ ได้ถูกลดความสำคัญลง ทั้งนี้อาจด้วยปัญหาสภาพลักษณะที่ภายในองค์กรศาสนา และจากค่านิยมของคนรุ่นใหม่ที่เปลี่ยนไปสนใจการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาด้วยจุดตั้งต้นอื่นๆ โดยอิงหลักการดำเนินชีวิตหรืออุดมคติทางโลก (Secular Ideology) เช่น การค้นหาความหมาย คุณค่า และแรงบันดาลใจให้แก่ชีวิต การจัดการความทุกข์ เป็นต้น

สถานการณ์ในด้านนโยบายและมาตรการที่สนับสนุนการพัฒนาระบบสื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะพบว่า มีนโยบายระดับชาติที่มีส่วนช่วยสนับสนุนให้เกิดระบบสื่อสุขภาวะจากหลายส่วน ที่สำคัญ ได้แก่ นโยบายของรัฐบาล ทั้งในส่วนของ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๘๐) ๑๕ ประเด็นเร่งด่วนในช่วง ๕ ปีแรก (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีนโยบายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น ยุทธศาสตร์ส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) และ แผนแม่บทส่งเสริมวัฒนธรรมการอ่านสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ของไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ รวมทั้งมีนโยบายและกฎหมายอื่นๆ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับเชิงสนับสนุน เช่น นโยบาย Thailand 4.0, มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม พบว่ายังขาดนโยบายหลักที่เท่าทันสถานการณ์ปัจจุบันในอีกหลายด้าน ในการทำให้เกิดระบบนิเวศสื่อเพื่อสุขภาวะ

^{๑๒๕} World Happiness Report 2018 จัดทำโดย เครือข่ายเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน ของสหประชาชาติ

^{๑๒๖} The 2018 World Giving Index จัดทำโดย British Organization Charities Aids Foundation (CAF)

^{๑๒๗} กรมสุขภาพจิต ข่าว กรมสุขภาพจิตเร่งป้องกันคนไทยพยายามฆ่าตัวตายกว่าครึ่งแสนคนให้ปลอดภัย ไม่ฆ่าตัวตายซ้ำ เผยแพร่ในเว็บไซต์ กรมสุขภาพจิต เมื่อ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

^{๑๒๘} กรมสุขภาพจิต ข่าว กรมสุขภาพจิตเผยคนไทยป่วยซึมเศร้า ๑๐๕ ล้านคน เผยแพร่ในเว็บไซต์ สสส. เมื่อ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑

^{๑๒๙} กรมสุขภาพจิต ข่าว กรมสุขภาพจิตเผยคนวัยทำงานใน กทม. ร้อยละ ๔๕ ถูกความเครียดขโมยความสุข เผยแพร่ในเว็บไซต์ กรมสุขภาพจิต เมื่อ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๑

โดยสรุป สถานการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา อาจพิจารณาได้เป็น ๒ ระดับ ได้แก่ **ปัจจัยทางสังคม** ที่ปรากฏการณ์ “สื่อเปลี่ยนวิถีชีวิต” กำลังมีบทบาทสำคัญในการก่อรูประบบสื่อยุคใหม่ซึ่งมีสภาพเสมือน “ดาบสองคม” เพราะผู้ใช้ขาดทักษะการเท่าทันสื่อยุคใหม่ ขณะเดียวกันสังคมก็ยังขาดระบบกำกับควบคุม กลไกเฝ้าระวังเนื้อหาอันตรายในสื่อดิจิทัล และการสนับสนุนให้ประชาชนเกิดทักษะเท่าทันสื่อดิจิทัลอย่างทันสถานการณ์ ร่วมด้วยปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคม และวิถีการเรียนรู้ของคนไทย และ **ปัจจัยในตัว “คน”** ที่คนทุกวัยกำลังเคลื่อนตัวจากพื้นที่การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ไปสู่โลกออนไลน์มากขึ้น เป็นลำดับ ทำให้ขาดการใช้ชีวิตอย่างสมดุลกับโลกกายภาพ จนเกิดความรู้สึกละเลยกับตนเองและสังคม มีการแบ่งแยก แบ่งชั้น เช่น วัย ความคิด บริบท และขาดความสามารถในการเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น รวมถึงขาดความเท่าทันตนเอง จนนำไปสู่แนวโน้มการเพิ่มอัตราผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ทั้งโรคซึมเศร้าและการคิดฆ่าตัวตาย สถานการณ์สำคัญเหล่านี้นับเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาใน พ.ศ. ๒๕๖๓

สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ใน พ.ศ. ๒๕๖๓

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในรอบของการขับเคลื่อนแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา (แผน ๑๐) นำไปสู่การสรุปประเด็นสำหรับกำหนดทิศทางและจุดเน้นของแผนใน พ.ศ. ๒๕๖๓ ดังนี้

ในสถานการณ์ปัจจุบัน สื่อได้พลิกผันสู่ระบบที่มีความหลากหลาย ซับซ้อน จนไม่มีหน่วยงานหรือองค์กรใดสามารถกำกับ ดูแล และควบคุมได้อย่างเบ็ดเสร็จอีกต่อไป ดังนั้น แนวทางที่จะสนับสนุนให้เกิดระบบสื่อสุขภาวะจึงควรมุ่งที่การพัฒนา “ระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ” โดยใช้มาตรการด้านการเสริมพลัง (Empowerment) ผ่าน ๓ องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ **(๑) การพัฒนา “คน”** โดยการสนับสนุนให้คนในสังคมเป็นทั้งผู้ส่งสารและรับสารที่มี “ความฉลาดรู้ด้านสื่อ” (Media Literacy) อย่างเท่าทันโลกยุคศตวรรษที่ ๒๑ เช่น เรื่อง “ความฉลาดทางดิจิทัล (Digital Intelligence Quotient : DQ) “การเท่าทันสื่อสารสนเทศและดิจิทัล” (Media Information and Digital Literacy : MIDL) **(๒) การพัฒนา “พื้นที่”** ที่เอื้ออำนวยให้เกิดการสื่อสารสุขภาวะโดยมีความสมดุลทั้งโลกออนไลน์และโลกกายภาพ **(๓) การพัฒนานโยบายและมาตรการ** ที่จะเสริมสร้างระบบสื่อสุขภาวะทั้งในส่วนของเนื้อหาในสื่อและช่องทางสื่อสาร

เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในรอบการกำหนดทิศทางและจุดเน้นของแผนใน พ.ศ. ๒๕๖๓ ดังกล่าว ทำให้พบช่องว่างและโอกาส ดังนี้ **(๑) การพัฒนา “คน”** พบว่า การพัฒนาคนไทยให้รู้เท่าทันสื่อ ทั้งในบทบาทผู้รับและส่งสารยังเป็นเรื่องเร่งด่วนและท้าทาย คนไทยทุกช่วงวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็ก เยาวชน และผู้สูงอายุ **(๒) การพัฒนา “พื้นที่”** การเปิดพื้นที่สื่อสารสุขภาวะที่มีคุณลักษณะเอื้อต่อการ “ปลดล็อก” ความกลัวจากอคติและการแบ่งแยกแบ่งชั้น โดยทำให้ผู้ใช้สื่อมีความเป็นอิสระ วางใจ และเป็นเจ้าของในการเรียนรู้ร่วมกัน ด้วยความคิดสร้างสรรค์ ทั้งในโลกออนไลน์และโลกกายภาพเป็นจุด “คานงัด” ในการสร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ **(๓) การพัฒนานโยบาย** ยังคงต้องเร่งผลักดัน ๓ นโยบายหลักที่จะทำให้เกิดระบบสื่อสุขภาวะได้แก่ (๑) นโยบายส่งเสริมทักษะการเท่าทันสื่อ (MIDL) (๒) นโยบายส่งเสริมและปกป้องเด็กจากสื่อออนไลน์ (๓) มาตรการกำกับดูแลสื่ออย่างมีส่วนร่วมโดยภาคประชาชน

ในส่วนการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายพบว่า แผนงานหลักและโครงการภายใต้แผนฯ ยังมีความเหมาะสมกับสถานการณ์และการนำไปสู่เป้าหมายเพื่อสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ ทั้งในเรื่องของ **ระบบสื่อ** ที่มุ่งให้ “คนไทยฉลาดใช้สื่อเป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะ” โดยเกิดระบบนิเวศสื่อสุขภาวะ ผ่านการเสริมพลัง (Empowerment) ให้ประชาชนเป็นผู้ใช้และผู้สร้างสรรค์สื่อ (Media users and creators) ที่มีทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อในยุคดิจิทัล ควบคู่ไปกับการมีทักษะ “รอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) และการส่งเสริมสุขภาวะทางปัญญา ซึ่งได้รับการยืนยันทางวิชาการแล้วว่า สุขภาวะทางปัญญาจะทำให้ผู้คนมีสภาวะจิตใจที่พร้อม (สงบ การรู้สึกเชื่อมโยงทางสังคม มีความหวังและความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้) และเอื้อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง การไม่สูบบุหรี่ และมีกิจกรรมทางกาย)^{๑๓๐}

นอกจากนี้ ข้อมูลสรุปผลงานในปี ๒๕๖๒ แสดงให้เห็นว่า เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานในปี ๒๕๖๓ ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของแผน ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๓) แผน ๑๐ มีโอกาสบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในทุกด้าน โดยในรอบปีที่ผ่านมา แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญาได้ปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์แผนครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย คือ เด็กและเยาวชน เด็กขาดโอกาส คนวัยทำงาน และ ผู้สูงวัย รวมถึงนักสื่อสารมืออาชีพ อาทิ นักเขียนบทละครโทรทัศน์ ครีเอทีฟ นักเขียนสารคดี สื่อสารมวลชน และกระบวนกร ฯลฯ เกิดนักสื่อสารสุขภาวะกว่า ๔,๐๐๐ คน นักสื่อสารสุขภาวะซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กและเยาวชนจำนวน ๕๕๐ คน ได้สร้างสรรค์สื่อเพื่อการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ ชุมชน หรือองค์กร จากทั่วประเทศ ผ่านกระบวนการที่ให้นักสื่อสารเด็กและเยาวชนได้ลงมือปฏิบัติให้เกิดประสบการณ์ตรงผ่านสื่อศิลปวัฒนธรรมชุมชน กระบวนการอาสาสมัคร การอ่าน กระบวนการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาในองค์กร ปฏิบัติการพื้นที่สร้างสรรค์ในหลากหลายพื้นที่ทั่วประเทศในระดับต่างๆ ตั้งแต่ องค์กร พื้นที่ ชุมชน อำเภอ ตำบล ครอบคลุมกว่า ๖๐ จังหวัด ยึดโยงเป็นขบวนการสานพลังเพื่อการเรียนรู้ แบ่งปันแลกเปลี่ยนทรัพยากรและทุนทางปัญญา และจุดประกายการทำงานของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ด้วยการเปิดกว้างสู่อิสรภาพทางความคิดเพื่อปฏิบัติการตามบริบทพื้นที่ เช่น เครือข่าย Spark U เหนือ อีสาน ใต้ ปฏิบัติการพื้นที่นี้ดีจัง และพลเมืองสร้างสรรค์ ๓ ดี ที่สร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งด้านการสานเครือข่ายอย่างทรงพลัง และ การเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ทางกายภาพ เกิดเป็นแหล่งเรียนรู้มีชีวิตที่มีผู้คนและองค์กรเฝ้าเรียนรู้เพื่อนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

ในด้านกลไกและนโยบายสู่นิเวศสื่อเพื่อสุขภาวะในรอบปีที่ผ่านมา สสส. ร่วมมือกับ ๘ ภาคีเครือข่ายองค์กรระดับความรู้ความชำนาญจากหลากหลายวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมขับเคลื่อนงานทั้งด้านงานวิชาการ การสื่อสาร สังคม และการพัฒนากลไกเพื่อต่อต้านและป้องกันข่าวปลอม/ข่าวลวง นอกจากนี้ยังได้เริ่มปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายคุ้มครองเด็กจากสื่อออนไลน์ และการพัฒนาหลักสูตรเท่าทันสื่อในโรงเรียนเพื่อการขยายผลในระยะต่อไป

^{๑๓๐} โครงการวิจัยโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ และดัชนีชี้วัดสุขภาพ โดยมีปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์ และสังคม เป็นตัวแปรส่งผ่าน โดย ดร.สมบุญ จารุเกษมทวิ และ ผศ.ดร.กุลยา พิธิษฐ์สังฆการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมื่อได้ทบทวนสถานการณ์ทางสังคมและการผลการดำเนินงานของแผนฯ ดังกล่าวมาข้างต้น ในแผนการดำเนินงานปี ๒๕๖๓ จึงมุ่งเน้นการต่อยอดผลในเชิงคุณภาพ โดยกำหนดผลกระทบที่ต้องการให้เกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดแผน ๓ ปีให้ชัดเจน และบูรณาการงานสู่แนวนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ด้วยการต่อยอดจากฐานงานเดิมที่เป็นจุดแข็งของแผนฯ นั่นคือ การเปิดพื้นที่สื่อสุขภาพะ โดยพัฒนาให้เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ในการใช้ชีวิตของคนทุกวัยในโลกปัจจุบัน และให้ความสำคัญกับการสร้างสมดุลระหว่างการใช้ประโยชน์จากสื่อยุคดิจิทัลกับสื่อทางเลือกรวมถึงสื่อชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย ๑๐ ปี และระเบียบวาระหลักปี ๒๕๖๓ ของ สสส. ไปพร้อมกัน

จุดเน้นของแผน

มุ่งให้ “คนไทยฉลาดใช้สื่อเป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาพะ” โดยเกิดระบบนิเวศสื่อสุขภาพะที่เอื้ออำนวยให้มีความเป็นอิสระ วางใจ เป็นเจ้าของในการเรียนรู้ร่วมกัน ผ่านการสนับสนุนให้ประชาชนเป็นผู้ใช้และผู้สร้างสรรค์สื่อ (Media Users and Creators) ที่มีความเท่าทันสื่อ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และเกิดจิตสำนึกความเป็นพลเมืองที่มีความมั่นคงภายใน และความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ โดยมีขีดความสามารถเพียงพอต่อการดำรงชีวิตในยุคศตวรรษที่ ๒๑ ได้อย่างมีสุขภาพะ ดังนี้

๑. สร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาพะ ที่มีความเป็นอิสระ วางใจ เป็นเจ้าของในการเรียนรู้ร่วมกัน ด้วยการ (๑) เปิดพื้นที่สื่อสาร โดยให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงไปสู่ช่องทาง “สื่อใหม่” (New Media/Digital Media) และ สื่อทางเลือก ซึ่งหมายรวมถึง สื่อศิลปวัฒนธรรม สื่อชุมชน สื่อการอ่าน สำหรับคนทุกวัย ที่ผู้ใช้สื่อมีความเป็นอิสระ วางใจ เป็นเจ้าของในการเรียนรู้ร่วมกัน และสนับสนุนให้เกิดสุขภาพะทางปัญญา (๒) มุ่งให้เกิดกลไกเฝ้าระวังสื่ออย่างมีส่วนร่วม เพื่อเป้าหมายในการพัฒนาพลเมืองดิจิทัล ผ่านการสร้างผู้นำ (๓) จัดการความรู้เพื่อพัฒนาเครื่องมือ ต้นแบบ และนวัตกรรม รวมทั้ง การสื่อสารสุขภาพะ และขับเคลื่อนให้เกิดการเท่าทันสื่อสารสนเทศและดิจิทัล (MIDL) และเปิดพื้นที่หรือชุมชนสื่อสร้างสรรค์และพื้นที่เรียนรู้สุขภาพะทางปัญญา และ (๔) วิเคราะห์และเติมเต็มช่องว่างทางด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับด้านระบบสื่อและวิถีสุขภาพะทางปัญญา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่เอื้ออำนวยต่อการบรรลุเป้าหมายของแผนฯ ทั้งระดับชาติและท้องถิ่น

๒. จุดคานงัดในการทำงานคือ การพัฒนา “คน” ทุกวัยให้เท่าทันสื่อ และส่งเสริมจิตสำนึกความเป็นพลเมืองที่มีความมั่นคงภายในและความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ สู่การเป็นนักสื่อสารสุขภาพะ ตามแนวคิด MIDL ผ่านการพัฒนาทักษะการเป็นผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพะ รวมทั้งขยายภาคียุทธศาสตร์ไปสู่กลุ่มผู้นำความเปลี่ยนแปลงที่ทำงานผ่านสื่อที่มีอิทธิพลต่อสังคม ควบคู่กับการส่งเสริมทักษะเท่าทันสื่อสารสนเทศและดิจิทัล ในทุกระดับ (MIDL)

๓. บูรณาการงานสุขภาพะ เพื่อสนับสนุนให้บรรลุผลตามเป้าหมายตัวชี้วัด ๑๐ ปี ตัวชี้วัดร่วมและระเบียบวาระกลาง (Health Literacy และ ธนาकारเวลา) ของ สสส.

๓. เพื่อสนับสนุนการเชื่อมโยงและสร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์และกลุ่มเป้าหมาย ในการพัฒนาระบบนิเวศสื่อสุขภาพ ที่มีประชาชนในฐานะ “ผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อ” เป็นศูนย์กลางของระบบ
๔. เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและบูรณาการสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี ของ สสส. โดยการเชื่อมโยงประเด็นสุขภาพตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. มาร่วมขับเคลื่อนผ่านแผนงานพัฒนาระบบสื่อสุขภาพและวิถีสุขภาพทางปัญญา

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๗๕)

๑. เกิดการพัฒนานักสื่อสารสุขภาพ และ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา ที่มีทักษะใน ๔ ด้าน^{๓๓๑} อย่างน้อย ๓,๕๐๐ คนต่อปี เพื่อบรรลุเป้าหมาย อย่างน้อย ๑๐,๐๐๐ คน ภายใน ๓ ปี
๒. เกิดกระบวนการสื่อสารเพื่อสุขภาพและวิถีสุขภาพทางปัญญาที่เป็นต้นแบบในการขับเคลื่อนและสร้างการเปลี่ยนแปลง ไม่ต่ำกว่า ๕ กรณีต่อปี เพื่อบรรลุเป้าหมาย ๑๕ กรณี ภายใน ๓ ปี
๓. ปฏิบัติการขับเคลื่อนระบบการสื่อสารเพื่อสุขภาพและวิถีสุขภาพทางปัญญาอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ครบทั้ง ๗๖ จังหวัด และกรุงเทพมหานคร ภายในปี ๒๕๖๓
๔. พื้นที่ต้นแบบระบบนิเวศการสื่อสารเพื่อสุขภาพที่พัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้อย่างน้อย ๗ พื้นที่ต่อปี เพื่อบรรลุเป้าหมาย ๒๐ พื้นที่ ภายใน ๓ ปี
๕. พัฒนาเครื่องมือที่ได้จากกระบวนการจัดการความรู้ที่สามารถนำไปยกระดับและขยายผลการดำเนินงาน (ตัวอย่างเช่น การจัดทำดัชนีชี้วัด ชุดความรู้กระบวนการพัฒนานักสื่อสารสุขภาพ และกระบวนการเพื่อพัฒนาทักษะเท่าทันสื่อ ศูนย์ข้อมูลออนไลน์ เป็นต้น) ๒ กรณีในปี ๒๕๖๓ เพื่อบรรลุเป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ๕ กรณี ภายใน ๓ ปี
๖. เกิดการพัฒนาหรือขับเคลื่อนนโยบายในระดับชาติหรือระดับท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนกระบวนการสื่อสารเพื่อสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่ ๑ นโยบายต่อปี เพื่อบรรลุเป้าหมาย ๓ นโยบาย ภายใน ๓ ปี

ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง (น้ำหนักร้อยละ ๒๕)

๑. ร่วมกับแผนต่างๆ ดำเนินกระบวนการพัฒนาศักยภาพนักสื่อสารสุขภาพ นวัตกรรมกระบวนการชุดความรู้ หรือ การเชื่อมโยงและสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตามแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๗๒ รวมทั้งการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และการขับเคลื่อนงานธนาคารเวลา

^{๓๓๑} ประกอบด้วย ๑) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล media information and digital literacy - MIDL Skill ๒) ทักษะการสื่อสาร และการสร้างความร่วมมือ Communication & Collaboration Skill ๓) ทักษะการเป็นผู้นำ Leadership Skill และ ๔) ทักษะการตระหนักรู้เท่าทันและการสะท้อนความคิด Self-Awareness & Reflection Skill

ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อน

การขับเคลื่อนแผน ๑๐ ยังคงใช้ “ยุทธศาสตร์ 3E” ด้วยแนวทางดำเนินงาน ๑๐ ด้าน ผ่าน ๖ วิธีการหลัก บนจุดเน้นและทิศทางที่กำหนด เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในตัวชี้วัดของแผนปี ๒๕๖๓ โดยสรุปได้ดังภาพต่อไปนี้

กรอบยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานแผน 10

“คนไทยฉลาดใช้สื่อให้เป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะ”



E 1 : Engage

1. พัฒนาระบบการสื่อสารสร้างสรรค์ ช่องทางสื่อและพื้นที่สร้างสรรค์ อย่างมีส่วนร่วม
2. สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ ในท้องถิ่นเพื่อเป้าหมายรวม

E 2 : Empower

3. ค้นหา ปมพาะนักสื่อสารสุขภาวะ พัฒนาเครือข่ายผู้นำ
4. ส่งเสริมศักยภาพการใช้สื่อวิถีชีวิตสุขภาวะ และการเข้าถึงวิถีสุขภาวะทางปัญญา ผ่านประสบการณ์ตรง
5. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายให้เป็นนักสื่อสาร สุขภาวะ

E 3 : Enable

6. สนับสนุนกระบวนการจัดการความรู้ เพื่อยกระดับการทำงาน และนวัตกรรม
7. สนับสนุนการขับเคลื่อนกลไกเชิง นโยบายเพื่อการเปลี่ยนแปลง
8. สื่อสารความก้าวหน้า ความสำเร็จ ประสบการณ์ และบทเรียนจาก การทำงานของแผนและภาคี

พัฒนาทักษะ
นักสื่อสารสุขภาวะ

สนับสนุนกระบวนการ
สื่อและพื้นที่สร้างสรรค์

จัดการองค์ความรู้
และพัฒนางานวิชาการ

ขับเคลื่อนกลไก
เชิงนโยบาย

บูรณาการงาน
สนับสนุนเป้า 10 ปี สสส.

การขับเคลื่อน“ยุทธศาสตร์ 3E” ในแผน ๑๐ พ.ศ. ๒๕๖๓ ประกอบด้วย ๘ แนวทาง ดังนี้

ยุทธศาสตร์	แนวทางดำเนินงาน
<p>๑. Engage</p> <p>พัฒนากลไกและปัจจัยแวดล้อมที่สร้างการมีส่วนร่วมทุกระดับ</p>	<p>๑. พัฒนาระบบการสื่อสารสร้างสรรค์ ช่องทางสื่อ และพื้นที่สร้างสรรค์อย่างมีส่วนร่วม</p> <p>๒. สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในท้องถิ่นเพื่อเป้าหมายร่วม</p>
<p>๒. Empower</p> <p>พัฒนาศักยภาพของนักสื่อสารสุขภาวะสู่การเป็น “พลเมืองตื่นรู้”</p>	<p>๓. ค้นหาและบ่มเพาะนักสื่อสารสุขภาวะที่เติบโตภายใต้สื่อดิจิทัลที่มีศักยภาพในการสร้างความเปลี่ยนแปลงครอบคลุมทุกพื้นที่ปฏิบัติการ ทั้งมิติ offline และ online</p> <p>๔. ส่งเสริมศักยภาพในการใช้สื่อเป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะและเสริมพลังกลุ่มเป้าหมายให้เข้าถึงวิถีสุขภาวะทางปัญญาผ่านประสบการณ์ตรง</p> <p>๕. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาวะ ให้เป็นนักสื่อสารสุขภาวะที่มีทักษะความเป็นผู้นำ การเปลี่ยนแปลง และทักษะการตระหนักรู้เท่าทัน และการสะท้อนความคิด</p>
<p>๓. Enable</p> <p>สนับสนุนทรัพยากร และปัจจัยที่จำเป็นเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายหลักสามารถผลักดันการเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ</p>	<p>๖. สนับสนุนกระบวนการจัดการความรู้เพื่อยกระดับการทำงาน และนวัตกรรม</p> <p>๗. สนับสนุนการขับเคลื่อนกลไกเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่เอื้ออำนวยต่อการบรรลุเป้าหมายของแผนฯ</p> <p>๘. สื่อสารความก้าวหน้า ความสำเร็จ ประสบการณ์ และบทเรียนจากการทำงานของแผนและภาคีเครือข่ายสู่สังคมอย่างต่อเนื่อง</p>

แนวทางการดำเนินงานภายใต้ “ยุทธศาสตร์ 3E” ดังกล่าว กระทำโดยมุ่งให้เกิดผลตามจุดเน้นของแผน พ.ศ. ๒๕๖๓ ใน ๓ ด้าน ได้แก่

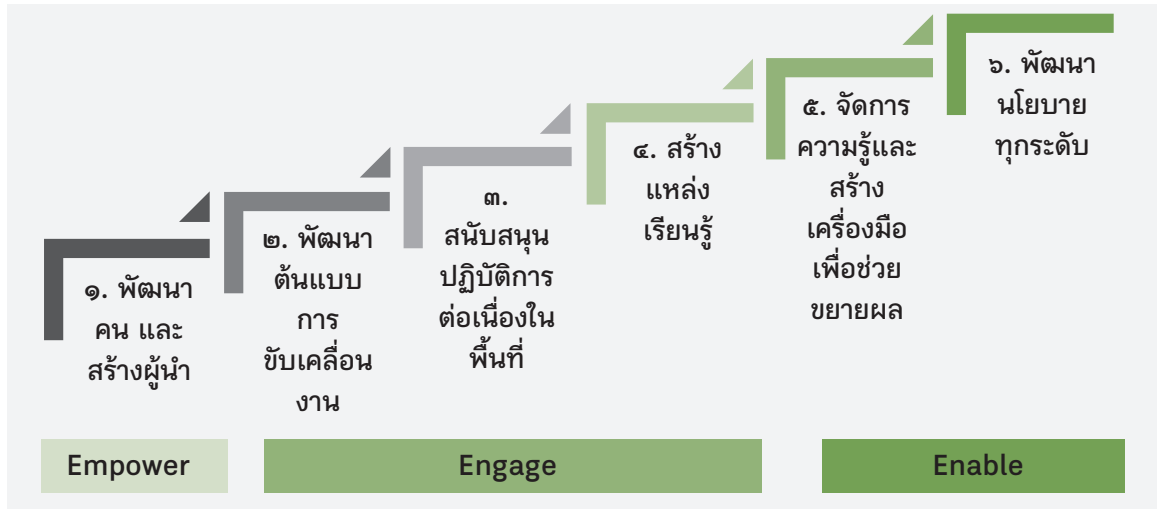
๑. สร้างระบบนิเวศสื่อสุขภาพ ที่ผู้ใช้มีความเป็นอิสระ วางใจ เป็นเจ้าของในการเรียนรู้ร่วมกัน โดยมีคุณลักษณะ ดังนี้

คุณลักษณะของ “ระบบนิเวศสื่อสุขภาพ” ภายใต้จุดเน้นแผน ๑๐ พ.ศ. ๒๕๖๓



๒. ส่งเสริมจิตสำนึกความเป็นพลเมือง ที่มีความมั่นคงภายใน และความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์
๓. ส่งเสริมทักษะการเท่าทันสื่อสารสนเทศและดิจิทัล (MIDL) ในทุกระดับ

วิธีการขับเคลื่อนงาน เพื่อให้บรรลุผลตามตัวชี้วัดผลสำเร็จตามเป้าหมาย พ.ศ. ๒๕๖๓
มีด้วยกัน ๖ ด้าน ดังนี้



๑. พัฒนา “คน” และสร้าง “ผู้นำ” พัฒนานักสื่อสารสุขภาวะ และ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา บุคคลหรือองค์กร ที่มีศักยภาพทั้งในการรับสาร (Receive) การเลือกสรร ตรวจสอบ กลั่นกรองผู้ผลิต (Sender) ช่องทาง (Channel) และเนื้อหา (Content) อย่างรู้เท่าทัน สามารถสร้างสรรค์สารและสื่อที่ส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อของประชาชนผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ ทั้งในรูปแบบ Online และ offline ทั้งที่มีอยู่เดิม หรือการสร้างสรรค์ช่องทาง/วิธีการสื่อสารใหม่ขึ้นมา และต้องมี Media Information and Digital Literacy-MIDL หรือ ความสามารถในการเลือกใช้สื่อให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาวะ การคิด วิเคราะห์ และวิพากษ์สื่อ ความรู้ในการสร้างสื่ออย่างมีคุณภาพ เป็นพื้นฐาน สามารถนำความรู้และทักษะดังกล่าวมาใช้ในการสร้างวิถีสุขภาวะทางปัญญา และการเท่าทันสื่อ สารสนเทศและดิจิทัล (Media Information and Digital Literacy) ในพื้นที่ทำงานของตนเองหรือองค์กร และ/หรือ สามารถขยายไปยังพื้นที่ใหม่ๆ ตลอดจนการพัฒนาให้เกิดนักสื่อสารสุขภาวะ

๒. พัฒนาด้านแบบการขับเคลื่อนงาน พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน (Model) สื่อสารเพื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และถอดบทเรียนการดำเนินการให้เห็นถึงองค์ประกอบการทำงาน ขั้นตอนการดำเนินงาน ปัจจัยและเงื่อนไขในการดำเนินงาน สามารถเรียนรู้เข้าใจได้ง่ายและนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้ เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับการขยายผล

๓. สนับสนุนปฏิบัติการต่อเนื่องในพื้นที่ เพื่อให้เกิดปฏิบัติการขับเคลื่อนระบบการสื่อสารเพื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญาในทุกจังหวัด และดำเนินการต่อเนื่องภายหลังเสร็จสิ้นการสนับสนุนของแผนงาน/โครงการอย่างน้อย ๖ เดือน

๔. พัฒนาแหล่งเรียนรู้ สนับสนุนให้เกิดพื้นที่ต้นแบบระบบนิเวศการสื่อสารเพื่อสุขภาวะที่พัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาระบบนิเวศการสื่อสารเพื่อสุขภาวะ โดยแหล่งเรียนรู้เหล่านี้มีการถอดบทเรียนการพัฒนาให้เห็นองค์ประกอบและลักษณะของระบบ ขั้นตอนการพัฒนาองค์ประกอบกระบวนการพัฒนาประชาชนในพื้นที่ ตลอดจนปัจจัยและเงื่อนไขของกระบวนการพัฒนาระบบนิเวศสื่อ และมีบุคลากรที่มีศักยภาพในการถ่ายทอดบทเรียนที่ทำให้สามารถเรียนรู้ เข้าใจได้ง่าย

๕. จัดการความรู้และสร้างเครื่องมือเพื่อช่วยขยายผล โดยให้ความสำคัญกับข้อมูลและความรู้ที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์และประสบการณ์ขับเคลื่อนงานในแผนนี้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับพัฒนากิจกรรม วิธีการทำงาน กระบวนการพัฒนาคน จนได้แนวทางการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การพัฒนาศูนย์ข้อมูล การพัฒนาตัวชี้วัด การสำรวจวิจัยสถานการณ์สื่อและองค์ความรู้ด้านสุขภาวะทางปัญญา กระบวนการ/หลักสูตรพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลง-นักสื่อสารสุขภาวะ กระบวนการถอดบทเรียนเพื่อพัฒนารอบแนวคิดระบบนิเวศการสื่อสารเพื่อสุขภาวะ คู่มือ แนวปฏิบัติที่ดี การถอดบทเรียนความสำเร็จของงานในพื้นที่ เป็นต้น ที่นำมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานให้ดีขึ้น เอื้ออำนวยต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และขยายผลสู่วงกว้างได้

๖. พัฒนานโยบายทุกระดับ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนามาตรการและกลไกเพื่อสร้างบรรทัดฐานหรือพฤติกรรมใหม่ของสังคมหรือพื้นที่ปฏิบัติการ ในการสนับสนุนการพัฒนาระบบนิเวศการสื่อสารเพื่อสุขภาวะและสุขภาวะทางปัญญา ที่หน่วยงานรัฐในระดับทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ ตลอดจนองค์กรและประชาชนในสังคมจะได้ช่วยกันปฏิบัติ กำกับดูแล ในขอบเขตความสามารถของตนเอง เพื่อพัฒนาประชาชนในพื้นที่ให้เกิดการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (Media Information and Digital Literacy : MIDL) โดยมีนโยบาย กฎหมาย มาตรการ หรือประกาศ ของหน่วยงานรัฐทั้งในระดับชาติ จังหวัด และท้องถิ่น ตลอดจนข้อตกลงของสังคมหรือพื้นที่ปฏิบัติการระดับต่างๆ ที่เป็นผลผลิตจากการดำเนินการเป็น “เครื่องมือสนับสนุน” การสร้างบรรทัดฐานและพฤติกรรมใหม่นั้น

ทั้งนี้ ในการดำเนินงานจะมุ่งให้ครอบคลุม ประชากร ๓ กลุ่มวัย โดยปฏิบัติการใน ๔ พื้นที่เป้าหมาย

ประชากร ๓ กลุ่มวัย ครอบคลุมคนทุกช่วงวัย ได้แก่ กลุ่มเด็กและเยาวชน (แรกเกิด - ๒๔ ปี) วัยทำงาน (๒๕ - ๕๙ ปี) และวัยสูงอายุ (๖๐ ปี ขึ้นไป) โดยเน้นให้ความสำคัญกับ ๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ (๑) เด็ก เยาวชน (๒) ผู้สูงอายุ (๓) ผู้ขาดโอกาส

๔ พื้นที่เป้าหมาย กระจายสู่พื้นที่เพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต ได้แก่ ครอบครัว สถานศึกษา องค์กร ชุมชน **การบูรณาการเชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือแผนอื่นทั้งในมิติของประเด็น พื้นที่ และตามภารกิจหลักของ สสส.**

แผนให้ความสำคัญกับแนวทางบูรณาการตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลักของ สสส. และตามทิศทางที่คณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ ให้เน้นเรื่องการจัดทำแผนปฏิบัติการภายใต้มิติของสุขภาวะแบบองค์รวม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต แผนฯ จึงได้กำหนดแนวทางการบูรณาการ ดังนี้

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

๒. **การบูรณาการภายใน สสส. (๑) บูรณาการตัวชี้วัดร่วม** ร่วมกับแผนงานต่างๆ พัฒนานักสื่อสารสุขภาพ นวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อการสื่อสารที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้เพียงพอตามแผนการส่งเสริม กิจกรรมทางกาย พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๗๓ **(๒) บูรณาการระเบียบวาระกลาง (๓) บูรณาการเป้าหมาย ๑๐ ปี** สนับสนุนให้เกิดผลตามเป้าหมายตัวชี้วัด ๑๐ ปี ของ สสส. และ
๓. **การบูรณาการข้ามหน่วยงาน** ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานและองค์กรทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน โดยบูรณาการงานด้วยจุดแข็งของแต่ละหน่วยงานเพื่อเชื่อมโยง และหนุนเสริมงานไปสู่เป้าหมายร่วมในการพัฒนาพลเมืองนักสื่อสารสุขภาพที่รอบรู้ด้านสื่อและ ตื่นรู้ทางปัญญา

แนวทางการสร้างความยั่งยืน

๑. มุ่งเน้นการทำงานเพื่อเชื่อมประสานระบบและกลไกความร่วมมือกับหน่วยงานภาคยุทธศาสตร์ เช่น สำนักงานกองทุนสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ ศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ (COPAT) สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการ สื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์แห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย และเชื่อมโยงกับเครือข่ายสาธารณสุข อาทิ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กรมอนามัย สมัชชา สุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพเพื่อประชาชน และระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) และขับเคลื่อนมาตรการ/นโยบายหนุนเสริมการทำงานเพื่อขับเคลื่อนระบบนิเวศสื่อเพื่อสุขภาพ
๒. พัฒนาร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในการพัฒนาหลักสูตรเท่าทันสื่อในกระบวนการเรียนรู้ ในสถานศึกษาทุกช่วงวัยและเตรียมความพร้อมของครูและนักการศึกษาให้มีความรู้ความเข้าใจ ในกระบวนการพัฒนาทักษะด้านการเท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (MIDL)
๓. แสวงหาความร่วมมือและประสานการทำงานกับภาคีเครือข่าย พันธมิตรภาคธุรกิจเพื่อสังคมและ ภาคเอกชน เพื่อนำกลไกพัฒนาจิตอาสาและกระบวนการพัฒนาสุขภาพทางปัญญาไปใช้เป็นส่วนหนึ่ง ของการพัฒนาสู่องค์กรที่ตื่นรู้และมุ่งพัฒนาศักยภาพองค์กรภาคีเครือข่ายให้มีความเข้าใจในด้าน สุขภาพทางปัญญาและหลอมรวมเข้ากับงาน
๔. พัฒนาระบบการร่วมกับหน่วยงานภาคเอกชน Startup ซึ่งมีศักยภาพในการพัฒนางานด้วยกรอบ แนวคิดที่ทันต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงของภูมิทัศน์สื่อ โดยมุ่งสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ในการค้นหา และพัฒนานักสื่อสารสุขภาพที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ และมีความรู้ความเข้าใจ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง

กลุ่มแผนงาน

กลุ่มแผนงาน ประกอบด้วย ๒ กลุ่ม ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ

๑.๑ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเด็ก เยาวชน และครอบครัว

๑.๒ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายขาดโอกาสทางสังคม

๑.๓ แผนงานและโครงการที่เน้นกลุ่มเป้าหมายนักสื่อสารสุขภาวะ

๒. กลุ่มแผนงานวิถีสุขภาวะทางปัญญา

๒.๑ แผนงานและโครงการส่งเสริมกระบวนการจิตอาสา

๒.๒ แผนงานและโครงการส่งเสริมการพัฒนาจิตตปัญญา

๒.๓ แผนงานและโครงการส่งเสริมการสื่อสารเพื่อสุขภาวะทางปัญญา

มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๑.๑ พัฒนาศักยภาพของนักสื่อสารสุขภาวะ อาทิ นักสื่อสารสุขภาวะชุมชน ภาคีเครือข่าย สสส. สื่อมวลชนวิชาชีพ นักวิชาการด้านการสื่อสาร นักสื่อสารภาคเอกชน ครู บุคลากรทางสาธารณสุข พระสงฆ์ นักเรียนนักศึกษา ฯลฯ เพื่อให้เกิดทักษะเท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสารและสร้างความร่วมมือ รวมทั้งส่งเสริมศักยภาพในการใช้สื่อเป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะ ผ่านประสบการณ์ตรงจากกระบวนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมในประเด็นหรือพื้นที่ โดยให้ความสำคัญกับการค้นหาและบ่มเพาะนักสื่อสารสุขภาวะรุ่นใหม่ที่เติบโตภายใต้สภาพแวดล้อมสื่อดิจิทัล ที่มีศักยภาพและเจตจำนงในการสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดสังคมสุขภาวะ สนับสนุนกลไกที่ยั่งยืนที่มีชุมชนนักปฏิบัติเป็นฐานและเป็นเครือข่ายสื่อเพื่อสุขภาวะ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายการสร้างนักสื่อสารสุขภาวะและพลเมืองตื่นรู้

๑.๒ สนับสนุนกระบวนการและปัจจัยแวดล้อมด้านระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ ที่เชื่อมโยงและเสริมพลังเครือข่าย รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในท้องถิ่น เพื่อสร้างสรรค์ให้เกิดเป้าหมายร่วมในการสร้างระบบนิเวศสื่อเพื่อสุขภาวะผ่านการพัฒนาสื่อสร้างสรรค์ต้นแบบ กิจกรรม ช่องทางสื่อ และพื้นที่สร้างสรรค์ ที่นำไปสู่ทักษะเท่าทันสื่อ (Media Literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มเด็กเยาวชน กลุ่มขาดโอกาส หรือกลุ่มที่มีความเปราะบาง และกลุ่มผู้สูงอายุ

- ๑.๓ สนับสนุนการขับเคลื่อนกลไกเชิงนโยบายด้านสื่อเพื่อสุขภาวะ โดยสร้างการมีส่วนร่วมของภาคนโยบาย ภาคประชาชน และชุมชนท้องถิ่น เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งส่งเสริมรูปแบบ ช่องทาง กลไกการสื่อสารและการเฝ้าระวังสื่อภาคประชาชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งและทักษะเท่าทันสื่อของพลเมืองในทุกๆระดับ ตั้งแต่ระดับปัจเจก ครอบครัว ชุมชน
- ๑.๔ สนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือที่ได้จากกระบวนการจัดการความรู้ที่สามารถนำไปใช้ระดับและขยายผลการดำเนินงาน อาทิ งานวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านระบบนิเวศสื่อเพื่อสุขภาวะ การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรด้านทักษะเท่าทันสื่อ การพัฒนาเครื่องบ่งชี้และตัวชี้วัด การวิจัยสถานการณ์ระบบสื่อ ศูนย์ข้อมูลสื่อเพื่อสุขภาวะ องค์ความรู้ด้านสื่อเพื่อสุขภาวะของกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
- ๑.๕ สนับสนุนการพัฒนากระบวนการภายใต้ยุทธศาสตร์เมือง ๓ ดี สื่อดี พื้นที่ดี ภูมิดี ให้เกิดการนำเอาคุณค่าของสุนทรียะและภูมิปัญญาชุมชน มาส่งเสริมการเรียนรู้ และการสร้างสุขภาวะทางปัญญาของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- ๑.๖ บูรณาการกับแผนหลักต่างๆ ของ สสส. เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ร่วมจากระบบสื่อเพื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญาที่กลุ่มแผนงานฯ ได้พัฒนาขึ้นตามยุทธศาสตร์ โดยจะหนุนเสริมงานของแผนอื่นๆ ด้วยการร่วมขับเคลื่อนประเด็นสุขภาวะผ่านกระบวนการสื่อเพื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี รวมถึงการดำเนินงานตามตัวชี้วัดร่วมและระเบียบวาระกลาง

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วยแผนงานและโครงการหลักที่จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายสำคัญทั้ง ๓ กลุ่ม คือ เด็กเยาวชน และครอบครัว กลุ่มเป้าหมายขาดโอกาส และผู้สูงอายุ โดยมีตัวอย่างแผนงาน/โครงการ ได้แก่

- ๑.๑ แผนงานหรือโครงการด้านสื่อสร้างสรรค์เพื่อกลุ่มเด็ก เยาวชน และครอบครัว อาทิ แผนงานสื่อสร้างสุขภาวะเด็กเยาวชน แผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน แผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ โครงการมหัศจรรย์สื่อสร้างสรรค์ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โครงการปลูกใจเมือง (Spark U) โครงการพื้นที่นี้ดีจัง โครงการนักสื่อสารสุขภาวะขับเคลื่อนงาน ๓ ดี โครงการพลเมืองสร้างสรรค์ 3 ดี เพื่อวิถีสุขภาวะ โครงการพัฒนากลไกการแก้ปัญหาข่าวลวงเพื่อสุขภาวะสังคมยุคดิจิทัล โครงการขับเคลื่อนงานคุ้มครองเด็กจากภัยออนไลน์
- ๑.๒ โครงการกระบวนการสื่อสร้างสรรค์เพื่อกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ อาทิ โครงการเสริมสร้างพลเมืองสูงวัยรู้ทันสื่อ สื่ออาสาสูงวัยเฝ้าระวังสื่อ โครงการสูงวัยไม่เสพสื่ออย่างสุ่มเสี่ยง โครงการพัฒนาศักยภาพเยาวชนกลุ่มเสี่ยงด้วยศิลปะสร้างสุข โครงการพื้นที่สร้างสรรค์สุขภาวะคนเมืองและชนบท

๑.๓ โครงการพัฒนาศักยภาพนักสื่อสารสุขภาวะ อาทิ โครงการสื่อเป็นโรงเรียนของสังคมแห่งการเรียนรู้ โครงการเสริมพลังเครือข่ายสื่อเสียงสุขภาวะ โครงการพัฒนาศักยภาพนักสื่อสารเพื่อสุขภาวะ: ค่ายสารคดี โครงการสร้างพลังพลเมืองตื่นรู้...สู่วิถีสุขภาวะ โครงการพัฒนาเครือข่ายพลเมืองสร้างสรรค์เพื่อการสื่อสารสุขภาวะ โครงการเด็กได้ฉลาดใช้สื่อสู่นักสื่อสารสร้างสรรค์สุขภาวะโครงการเครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างสรรค์สังคม โครงการพัฒนาศักยภาพนักเขียนบทละครสู่การสื่อสารสุขภาวะ รวมถึงโครงการตามวาระพิเศษต่างๆ ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกลุ่มแผนงานฯ

๒. กลุ่มแผนงานวิถีสุขภาวะทางปัญญา

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

- ๒.๑ พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ ให้เป็นนักสื่อสารสุขภาวะที่มีทักษะความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและทักษะการตระหนักรู้เท่าทันและการสะท้อนความคิด สามารถเชื่อมโยงงานสร้างเสริมสุขภาพทุกมิติในระดับปัจเจกและระดับสังคม
- ๒.๒ พัฒนาความพร้อมของปัจจัยแวดล้อมด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญา ด้วยกระบวนการเสริมพลังที่โอบอุ้มให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงวิถีสุขภาวะทางปัญญา อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกใหม่ (Transformation) ผ่านช่องทางการสื่อสารและกระบวนการที่หลากหลาย ได้แก่ กระบวนการพัฒนาจิต อาทิ การภาวนา ศิลปะ การศึกษาธรรมชาติ สุขภาพองค์รวมฯ พื้นที่เรียนรู้สุขภาวะทางปัญญา กลไกส่งเสริมจิตอาสา กระบวนการพัฒนาภาวะผู้นำ สื่อสร้างสุขภาวะทางปัญญาที่มีรูปแบบเนื้อหาสร้างแรงบันดาลใจ เพื่อสร้างพลเมืองตื่นรู้ด้วยจิตสำนึกใหม่
- ๒.๓ เชื่อมโยงเครือข่ายวิถีสุขภาวะทางปัญญาให้มีวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วม เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านองค์ความรู้และกระบวนการทำงาน แบ่งปันทรัพยากร และหนุนเสริมงานระหว่างเครือข่าย เพื่อประสานพลังร่วมสร้างจิตสำนึกใหม่ของพลเมืองในสังคม
- ๒.๔ สนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือที่ได้จากกระบวนการจัดการความรู้ด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญา ที่จำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ อาทิ การพัฒนาตัวชี้วัด การพัฒนาเครื่องมือประเมินผล การวิจัยสถานการณ์ด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญาของสังคม การถอดบทเรียนกระบวนการทำงานส่งเสริมวิถีสุขภาวะทางปัญญา
- ๒.๕ บูรณาการสู่เป้าหมาย ๑๐ ปี และเป้าหมายการดำเนินงานตามระเบียบวาระกลางกับแผนหลักต่างๆ ของ สสส. เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ร่วมจากวิถีสุขภาวะทางปัญญา โดยสร้างความพร้อมทางปัจจัยแวดล้อมด้านวิถีสุขภาวะทางปัญญาและส่งเสริมการใช้มิติสุขภาวะทางปัญญา เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนสุขภาวะของภาคีเครือข่าย สสส. ด้วยการพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้มีความตื่นรู้ทางปัญญา ซึ่งเป็นรากฐานของความฉลาดรู้ทางสุขภาพ และพัฒนาความเข้มแข็งและภาวะผู้นำของภาคีเครือข่าย สสส. ให้มีการเติบโตทางปัญญา นำไปสู่การเชื่อมโยงงานสุขภาวะองค์รวม

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วยแผนงาน/โครงการที่จำแนกตามวิธีดำเนินงานหลัก ๓ ด้าน ได้แก่

- ๓.๑ ด้านกระบวนการจิตอาสา อาทิ โครงการส่งเสริมงานอาสาสมัครเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน โครงการวิถीलลาดทำบุญเพื่อสร้างสุขภาวะของสังคม โครงการปลูกพลังเปลี่ยนไทย จิตอาสา แห่งการเปลี่ยนแปลง โครงการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาผู้นำจิตอาสาด้วยศาสตร์พระราชาสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน
- ๓.๒ ด้านการพัฒนาจิตตปัญญา อาทิ โครงการวิถิพัฒนาจิตภารกิจสร้างสุข โครงการเครือข่าย งานธรรมเพื่อวิถีสุขภาวะทางปัญญา โครงการหยั่งรากจิตตปัญญาสู่สังคมแห่งความสุข โครงการเครือข่ายพัฒนาภาวะผู้นำองค์กรและสังคม โครงการครูกล้าสอน: การเรียนรู้ เพื่อการเปลี่ยนแปลง โครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี โครงการขับเคลื่อนสังคม แห่งการตื่นรู้สู่หนึ่งเดียวกัน โครงการพื้นที่เรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อสุขภาวะทางปัญญา
- ๓.๓ ด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาวะทางปัญญา อาทิ โครงการสื่อสารเพื่อส่งเสริมคุณภาพการอยู่อย่าง มีความหมาย จากไปอย่างมีความสุข โครงการสื่อสารสุขภาวะทางปัญญากับคนรุ่นใหม่

ภาคยุทธศาสตร์

๑. ภาคีสื่อภาคประชาชน อาทิ สถาบันสื่อเด็กและเยาวชน มูลนิธิสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน มูลนิธิสื่อศิลปวัฒนธรรมภาคประชาชน มูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย เครือข่ายวิทย์ชุมชน สมาคมวิทย์และสื่อเพื่อเด็กและเยาวชน มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว มูลนิธิฟรีดริช เนามัน เครือข่ายสื่อ เพื่อการปฏิรูป เครือข่ายสื่อภาคประชาชนในภูมิภาคต่างๆ
๒. ภาคีสานวิถีสุขภาวะทางปัญญา อาทิ ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล หอจดหมายเหตุ พุทธศาสนิกปัญญา ธนาคารจิตอาสา คณะวิทยาการวิจัยและศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ สถาบันอาศรมศิลป์ มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม เครือข่ายจิตอาสา มูลนิธิเครือข่ายพุทธิกา กลุ่ม Peaceful Death มูลนิธิบูรณะชนบทแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ มูลนิธิเสฐียร โกเศศ-นาคะประทีป มูลนิธิสหธรรมิกชน และภาคีสานศาสนธรรมและจิตตปัญญา
๓. ภาคีสานนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ อาทิ สำนักงานกองทุนสื่อปลอดภัยและ สร้างสรรค์ ศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้ สื่อออนไลน์ (COPAT) สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการ โทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการสื่อปลอดภัยและ สร้างสรรค์แห่งชาติ หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่มีนโยบายส่งเสริมสื่อสร้างสรรค์ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็ก

และเยาวชนแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานส่งเสริม การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย และเชื่อมโยงกับเครือข่ายสาธารณสุข อาทิ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กรมอนามัย สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กองทุนสุขภาพตำบล และ เขตสุขภาพเพื่อประชาชน

๔. ภาควิชาแพทยศาสตร์ด้านสื่อ อาทิ องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะ สมาคมนักข่าว นักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย สมาคมนักข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย สภาการหนังสือพิมพ์แห่งชาติ สภาวิชาชีพข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย สมาคมผู้ดูแลเว็บไทย สมาคมโฆษณาแห่งประเทศไทย สมาคม ผู้จัดพิมพ์และผู้จำหน่ายหนังสือแห่งประเทศไทย สมาคมผู้ผลิตข่าวออนไลน์ สมาคมนักเขียน บทละครโทรทัศน์ เครือข่ายและชมรมด้านวิชาชีพสื่อต่างๆ
๕. ภาควิชาด้านวิชาการ อาทิ สถาบันวิชาการด้านนิเทศศาสตร์และสื่อสารมวลชนทั่วประเทศ สถาบันวิชาการ ด้านการศึกษาและเรียนรู้ ด้านสังคม ด้านวัฒนธรรม ด้านเด็กเยาวชนและครอบครัว และด้านสุขภาวะ ทางปัญญา

แนวทางบริหารจัดการแผน

กำกับดูแลโดยคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ ๕ โดยสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก ๕) ทำหน้าที่ เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการ ที่ยึดหลักการบริหารที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส เพื่อให้เกิดผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย รวมไปถึงความคุ้มค่า ความยั่งยืน และความน่าเชื่อถือ จากสังคม และการสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพของภาคีเครือข่าย

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานระบบสื่อเพื่อสุขภาวะ	๑๕๒
๒. กลุ่มแผนงานวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๖๘
รวม	๒๒๐

แผนสร้างสรรค์โอกาส และนวัตกรรมสุขภาวะ



สถานการณ์และแนวโน้ม

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ มีเป้าประสงค์หลักในการเปิดโอกาสให้กลุ่มบุคคล ชุมชน หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ/หรือ สภาพแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตหรือสร้างสุขภาวะ โดยให้สอดคล้องกับความต้องการและปัญหา สุขภาวะของกลุ่มเป้าหมายหรือพื้นที่ดำเนินการ และมุ่งสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส. นอกจากนี้แผนฯ มีเป้าประสงค์ในการสนับสนุนนวัตกรรมสุขภาวะ เช่น การใช้ เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการกิจกรรมด้วยวิธีการใหม่ๆ ที่ช่วยให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงง่าย และช่วยการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาวะที่ดีขึ้นกว่าวิธีเดิม รวมถึงการสนับสนุนการค้นหาและจัดการ ความรู้นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพจากพื้นที่ต่างๆ เพื่อนำมาสื่อสารขยายผลให้เกิดการเรียนรู้และต่อยอด การดำเนินงานของแผนฯ มุ่งสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในทุกภูมิภาคทั้งในเขตเมืองและนอกเขตเมือง (ชุมชนระดับหมู่บ้าน) เปิดโอกาสให้กับประชากรกลุ่มต่างๆ และประชากรกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มเด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ คนพิการ กลุ่มชาติพันธุ์ ฯลฯ เข้าถึงการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยแผนฯ จัดระบบการสร้างสรรค์โอกาสให้ทั่วถึงด้วยการสนับสนุนตรงจากสำนัก และสนับสนุนผ่านกลไก “หน่วย จัดการเชิงพื้นที่ (จังหวัด)” และ “หน่วยจัดการเชิงประเด็น” ซึ่งเป็นภาคีดำเนินงานอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ ภาคีเหล่านี้มีความสามารถในการสนับสนุนการกระจายโอกาส หนุนเสริมศักยภาพการดำเนินงาน และติดตาม เสริมพลังเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะได้ประมวลและวิเคราะห์สถานการณ์แวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินงานของ สสส. สามารถสรุปสถานการณ์และแนวโน้มที่นำมากำหนดทิศทางและจุดเน้นการดำเนินงาน สำหรับปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ให้ตอบสนองต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพที่ทำให้กลุ่มประชากรหรือ พื้นที่ที่ขาดโอกาสเข้าถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และมุ่งเน้นที่การจัดการพฤติกรรมสุขภาพและ/หรือ สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ดังนี้

๑. สถานการณ์ภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อทิศทางแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ

- ๑.๑ ความเชื่อมโยงกับนโยบายของรัฐบาลตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่มีการบูรณาการเป้าหมาย เข้าสู่ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

แผนฯ ให้ความสำคัญกับประเด็นการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม และยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ โดยมุ่งเป้าการพัฒนาทุนมนุษย์ในกลุ่มเปราะบางที่มีโอกาสเผชิญความไม่เป็นธรรมหรือความเหลื่อมล้ำ ให้มีทักษะความรู้ ความสามารถในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มุ่งสู่การดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ใน ๓ กลุ่ม ได้แก่

- (๑) ประชาชนในชุมชนเกิดความรู้ความตระหนัก และสามารถเลือกปฏิบัติตนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ตลอดจนร่วมกันปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ
- (๒) คณะทำงานในชุมชนมีขีดความสามารถในการสร้างและดำเนินกิจกรรมเพื่อการขับเคลื่อนงานในชุมชนที่ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล
- (๓) บุคลากรในหน่วยจัดการระดับพื้นที่ มีความรู้ความเข้าใจการสร้างเสริมสุขภาพ และมีขีดความสามารถในการเสริมพลังและติดตามการดำเนินงานของชุมชนให้สามารถดำเนินงานบรรลุผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ

การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพกลุ่มเป้าหมายให้มีความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาวะหรือลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและสร้างความตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพ จะช่วยเพิ่มศักยภาพชุมชนให้มีความเข้มแข็งในการจัดการและแก้ไขปัญหาสุขภาวะของตนเองได้มากขึ้น

๑.๒ สถานการณ์สุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ

๑.๒.๑ แนวโน้มภาวะโรคของคนไทยมาจากโรคเรื้อรังและโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ มีสาเหตุสำคัญ ๕ ลำดับแรกได้แก่

- ๑) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคยาสูบและสารเสพติด
- ๒) โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน อุบัติเหตุจราจร
- ๓) การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
- ๔) การบริโภคอาหารประเภทแป้งและไขมันมากเกินไป การบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ
- ๕) การเคลื่อนไหวร่างกายหรือกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันไม่เพียงพอ

๑.๒.๒ การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย ระยะ ๑๐ ปี สสส. พบว่าเป้าหมายที่ยังไม่บรรลุผล ซึ่งมีความท้าทายในการทำให้บรรลุตามเป้าหมาย มีดังนี้

- ๑) ลดอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปภายใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้เหลือไม่เกินร้อยละ ๑๖.๗ สถิติล่าสุดในปี ๒๕๖๐ อยู่ที่ร้อยละ ๑๙.๑ ซึ่งยังห่างจากเป้าหมายพอสมควร
- ๒) ลดอัตราการดื่มสุราของคนไทยภายในพ.ศ. ๒๕๖๓ ให้น้อยกว่าร้อยละ ๒๗ สถิติล่าสุดปี ๒๕๖๐ อยู่ที่ร้อยละ ๒๘.๔ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายเล็กน้อย

- ๓) เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้ประจำวันอย่างเพียงพอ (๔๐๐ กรัมต่อวัน) ให้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ภายใน พ.ศ. ๒๕๖๔ สถิติล่าสุดปี ๒๕๖๑ อยู่ที่ร้อยละ ๒๕.๙ ซึ่งยังห่างจากเป้าหมายค่อนข้างมาก
- ๔) เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำวันของคนไทยอายุ ๑๑ ปีขึ้นไป ให้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ภายใน พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยสถิติปี ๒๕๖๑ อยู่ที่ร้อยละ ๗๒.๘ คาดการณ์ว่า พ.ศ. ๒๕๖๔ อยู่ที่ร้อยละ ๗๘.๕ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายเล็กน้อย
- ๕) ลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก ให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ภายในพ.ศ. ๒๕๖๒ โดยสถิติปี ๒๕๖๑ พบอัตราเด็กอ้วนร้อยละ ๑๑.๗ ซึ่งยังห่างจากเป้าหมายเล็กน้อย

๑.๒.๓ สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมตามหลัก ๓ อ. ๒ ส. ของกลุ่มวัยทำงาน อายุ ๑๕ - ๕๙ ปี ประจำปี ๒๕๕๙ สํารวจโดยกรมอนามัย พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ ๕.๕ มีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ. ๒ ส. ในระดับดีมาก ซึ่งยังคงเป็นจำนวนที่น้อยอยู่ จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถนำข้อมูลไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมเพื่อนำไปสู่การลดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้น แผนฯ จึงมองเห็นโอกาสการดำเนินงานเรื่องการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เชื่อมกับทุนเดิมจากการสนับสนุนโครงการที่ดำเนินงานในพื้นที่ชุมชนระดับหมู่บ้าน โดยมุ่งวัดผลที่แกนนำชุมชนและประชาชนได้รับการพัฒนา ด้านความรู้ด้านสุขภาพและดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองตามหลัก ๓ อ. ๒ ส.

๒. สถานการณ์ภายในแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ

๒.๑ ผลการดำเนินงานที่สำคัญตามจุดเน้นของแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒ มีดังนี้

๒.๑.๑ การขยายภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ

- (๑) ขยายภาครายใหม่ของโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในกลุ่มบุคคล องค์กรและชุมชน ได้ถึงร้อยละ ๗๖ ของจำนวนโครงการที่สนับสนุน ๔,๐๑๖ โครงการ โดยมีโครงการเชิงพื้นที่ครอบคลุมทุกจังหวัด ซึ่งมีการกระจายในพื้นที่ภาคกลาง-ตะวันออก-ตะวันตก ร้อยละ ๒๗ รองลงมาคือพื้นที่ภาคเหนือ ร้อยละ ๒๕ ภาคใต้ร้อยละ ๒๕ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ ๒๓
- (๒) สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปีของ สสส. คิดเป็นร้อยละ ๖๕ ของจำนวนโครงการที่สนับสนุน ๔,๐๑๖ โครงการ ได้แก่ การลดละเลิกบุหรื การลดละเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดอุบัติเหตุทางถนน เพิ่มกิจกรรมทางกาย เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้และชุมชนเข้มแข็ง

- (๓) สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ คิดเป็นร้อยละ ๑๘ ของจำนวนโครงการที่สนับสนุน ๔,๐๑๖ โครงการ ได้แก่ ผู้สูงอายุ คนพิการ กลุ่มชาติพันธุ์ และเด็กและเยาวชนในพื้นที่ที่ขาดโอกาส
- (๔) ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจากการดำเนินโครงการ พบว่า
- ก. โครงการที่ดำเนินงานในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ร้อยละ ๘๙.๙ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายและกระตุ้นให้เกิดการสร้างหรือปรับสภาพแวดล้อมในพื้นที่ดำเนินงานทั้งเชิงกายภาพและเชิงสังคม เช่น การกำหนดกติกาของคนในชุมชนให้เอื้อต่อการลดละเลิกบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปรับปรุงจุดเสี่ยงในหมู่บ้านให้เหมาะสมและมีความปลอดภัยต่อผู้ใช้รถใช้ถนนเพื่อป้องกันและลดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน
- ข. กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการ ๑,๑๘๖,๑๔๐ คน มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจากการดำเนินโครงการ คิดเป็นร้อยละ ๔๙ เช่น ลด ละ เลิกยาสูบ ลด ละ เลิกแอลกอฮอล์ การบริโภคผักปลอดสารเคมี การออกกำลังกายเป็นประจำ การคัดแยกขยะในครัวเรือน เป็นต้น
- ค. เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๕ ของโครงการที่สนับสนุน จำแนกเป็น ๑) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น พื้นที่ปลอดบุหรี่ งานบุญประเพณีปลอดเหล้า พื้นที่ออกกำลังกายในชุมชน พื้นที่สร้างสรรค์สำหรับการทำกิจกรรมของเด็กและเยาวชน พื้นที่ต้นแบบหรือพื้นที่เรียนรู้ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน และ ๒) สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น มาตรการ/กติกา/ข้อตกลงในระดับพื้นที่ บุคคลต้นแบบหรือแกนนำสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ เป็นต้น

๒.๑.๒ การพัฒนาและสนับสนุนกลไกหน่วยจัดการ

หน่วยจัดการ (Node) เป็นกลไกของแผนขในการกระจายโอกาสและสนับสนุนการติดตามเสริมพลังให้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีภาคีเป็นผู้ดำเนินการหน่วยจัดการทั้งเชิงพื้นที่ (หน่วยจัดการจังหวัดระดับทั่วไป และหน่วยจัดการระดับที่มีจุดเน้นสำคัญ (Flagship)) และหน่วยจัดการเชิงประเด็น ปัจจุบันรวม ๑๔๐ หน่วยจัดการ มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพไปยังพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมายในภูมิภาคได้กว้างขวาง และเปิดภาคีรายใหม่ได้ร้อยละ ๗๖ หน่วยจัดการมากกว่าร้อยละ ๘๐ มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์ คือ สามารถเสริมพลังและติดตามหนุนเสริมภาคีรายย่อยให้ดำเนินงานจนเกิดผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามที่กำหนดไว้ในโครงการ

และในปี ๒๕๖๒ ได้สนับสนุนหน่วยจัดการจังหวัดระดับที่มีจุดเน้นสำคัญ (Flagship) จำนวน ๑๒ จังหวัด จากเป้าหมาย ๒๐ จังหวัดภายในปี ๒๕๖๓ ที่มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ในการสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบโจทย์ประเด็นปัญหาเฉพาะของพื้นที่ โดยทำงานประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในจังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช พัทลุง ลำปาง นครสวรรค์ สระแก้ว ลพบุรี สระบุรี จันทบุรี สุรินทร์ ศรีสะเกษ อุบลราชธานี และสงขลา

๒.๑.๓ การพัฒนากลไกหนุนเสริมการบริหารจัดการของแผน

แผนฯ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสนับสนุนการบริหารจัดการที่จำเป็นเพื่อหนุนเสริมการทำงานของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนัก หน่วยงานจัดการ และภาคีผู้รับทุน ดังนี้

- (๑) พัฒนาเครื่องมือนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ แบบเสนอสรุปแนวคิดโครงการ เพื่อให้เข้าถึงโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและค้นหานวัตกรรมจากโครงการ เครื่องมือขยายผลนวัตกรรมสุขภาพอย่างง่ายด้วยกระบวนการ Co-Creation และห้องทดลองนโยบายนวัตกรรมสังคม (Social Innovation Lab) พัฒนาระบบ E-Learning เพื่อให้หน่วยงานเข้าถึงความรู้เรื่องการพัฒนา ข้อเสนอโครงการและการติดตามประเมินผลเชิงผลลัพธ์ได้ง่ายและสะดวกขึ้น
- (๒) การนำการจัดการความรู้ (Knowledge Management) มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาประเด็นการเปิดรับข้อเสนอโครงการ โดยจัดการความรู้ ๒ ลักษณะ ได้แก่ ๑) นำความรู้บทเรียนการทำงานจากสำนักเชิงรุกใน สสส. และศูนย์เรียนรู้สุขภาพ มาจัดการความรู้ และ ๒) การจัดการความรู้จากบทเรียนของสำนักเอง จนสามารถได้แนวทางการสนับสนุนโครงการ “ส่งเสริมกิจกรรมทางกายด้วยศิลปวัฒนธรรม” และยังได้บทเรียนการทำงานเรื่องเพศในชุมชน เรื่องการจัดการขยะในระดับชุมชน และบทเรียนงานบุญปลอดเหล้า การจัดการความรู้นี้สามารถนำไปขยายผลในพื้นที่ที่ไม่เคยได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส. ได้
- (๓) สนับสนุนการประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาสำหรับหน่วยงานจังหวัดและหน่วยงานเชิงประเด็นรวม ๑๐๕ หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ ๗๕ ของหน่วยงานจัดการทั้งหมด ๑๔๐ หน่วยงาน โดยมุ่งการประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาในเรื่องสมรรถนะหน่วยงาน และผลลัพธ์ของโครงการในระดับพื้นที่
- (๔) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงภายใต้หน่วยงานจัดการ รวม ๗๑๘ คน ให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินงานตามบทบาทและภารกิจ ได้แก่ ความรู้เรื่องการพัฒนาโครงการ การติดตามประเมินผลเชิงผลลัพธ์ และการถอดบทเรียน
- (๕) พัฒนาระบบฐานข้อมูลหน่วยงาน ทั้งข้อมูลพื้นฐานและสมรรถนะหน่วยงาน เพื่อนำมาวางแผนการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพหน่วยงานในอนาคต
- (๖) สนับสนุนให้มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงานโครงการที่เป็นตัวอย่างที่ดี หรือชุดความรู้ต่างๆ ของสำนักผ่านช่องทางที่หลากหลาย

๒.๒ การวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และโอกาสการพัฒนาของแผน

๒.๒.๑ การวิเคราะห์เรื่องการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

- (๑) แผนฯ สามารถกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพไปสู่กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ตามจำนวนเป้าหมายที่กำหนด แต่พบว่าสัดส่วนการดำเนินงานส่วนใหญ่อยู่นอกเขตเมือง จึงจำเป็นต้องขยายโอกาสงานสร้างเสริมสุขภาพเขตเมืองเพิ่มขึ้น

เพื่อให้เกิดความสมดุลประกอบกับสถานการณ์สุขภาพในภาพรวมที่มีแนวโน้มโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น ดังนั้น การสนับสนุนโครงการในปี ๒๕๖๓ จึงมุ่งเน้นการสนับสนุนกลุ่มเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเพิ่มกิจกรรมทางกาย เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ให้มากขึ้น รวมถึงการลดภาวะน้ำหนักตัวเกินในเด็ก รวมถึงเพิ่มการสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่เขตเมือง

- (๒) การกระจายโครงการในกลุ่มประชากรที่ขาดโอกาสหรือประชากรกลุ่มเฉพาะ มีความจำเป็นต้องดำเนินการผ่านหน่วยจัดการ (Node) เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและสภาพปัญหา โดยหน่วยจัดการทำหน้าที่พัฒนาศักยภาพและหนุนเสริมกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ แผนฯ มุ่งสนับสนุนกลุ่มประชากรผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะกลุ่มชายขอบและกลุ่มที่ขาดโอกาสในพื้นที่ห่างไกล

๒.๒.๒ การวิเคราะห์หน่วยจัดการ

- (๑) หน่วยจัดการส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจและสามารถดำเนินงานตามภารกิจ แต่ยังมีหน่วยจัดการจำนวนหนึ่งควรได้รับการเสริมสมรรถนะเรื่องการติดตามผลลัพธ์และการวิเคราะห์ภาคี ดังนั้นแผนฯ จึงมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการที่สอดคล้องกับสมรรถนะและภารกิจ และมุ่งเน้นเสริมศักยภาพด้านการติดตามประเมินผลโดยนำกระบวนการและผลการประเมินผลมาเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสมรรถนะหน่วยจัดการ
- (๒) การดำเนินงานของหน่วยจัดการที่มีคุณภาพ จำเป็นต้องสร้างระบบการพัฒนาศักยภาพ โดยการจัดทำฐานข้อมูลที่เป็นซึ่งได้มาจากการเก็บข้อมูลจากหน่วยจัดการ ที่แสดงถึงสมรรถนะด้านต่างๆ ของหน่วยจัดการ เพื่อใช้ในการวางแผนการทำงานของสำนักและหน่วยจัดการ การสนับสนุนข้อมูลความรู้ และการพัฒนาศักยภาพด้านต่างๆ
- (๓) การพัฒนาหน่วยจัดการจังหวัดระดับที่มีจุดเน้นสำคัญ (Flagship) ให้มีความสามารถในการสร้างความร่วมมือกับภาคีในจังหวัดเพื่อยกระดับหน่วยจัดการสู่การบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของจังหวัด ที่มุ่งการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามประเด็นปัญหาของพื้นที่ที่สร้างความเปลี่ยนแปลงได้ในระดับจังหวัด ปัจจุบันมีหน่วยจัดการจังหวัดระดับที่มีจุดเน้นสำคัญ (Flagship) ที่ยกระดับแล้ว ๑๒ จังหวัดจากเป้าหมาย ๒๐ จังหวัดที่ต้องดำเนินการให้เกิดขึ้นภายในปี ๒๕๖๓

๒.๒.๓ การวิเคราะห์กลไกหนุนเสริมการบริหารจัดการของแผน

ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ แผนฯได้พัฒนาระบบสนับสนุนการบริหารจัดการเพื่อหนุนเสริมการทำงานของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนัก หน่วยจัดการ และภาคีผู้รับทุน ครอบคลุมตั้งแต่การจัดการความรู้ การพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพภาคี การประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา ระบบคลัง

ข้อมูล และการสื่อสารสาธารณะ ปัจจุบันสำนักมีระบบสนับสนุนการบริหารจัดการและสามารถใช้งานได้แล้ว แต่การดำเนินงานพบสิ่งที่ต้องปรับปรุงพัฒนาเพิ่มเติม ได้แก่

- (๑) การจัดการความรู้ยังขาดการเชื่อมโยงความรู้ไปสู่การขยายหรือกระจายความรู้
- (๒) การติดตามประเมินผลหน่วยจัดการยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยจัดการ และยังต้องจัดระบบข้อมูลประเมินผลให้ดียิ่งขึ้น
- (๓) มีการพัฒนาศักยภาพภาคีโดยทีมวิทยากรระดับภูมิภาคช่วยสนับสนุนให้ภาคีมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น แต่ยังต้องพัฒนาการฝึกอบรมให้สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละหน่วยจัดการที่มีความหลากหลาย รวมทั้งเพิ่มกระบวนการติดตามหนุนเสริมภาคีในพื้นที่เพื่อการนำความรู้ไปใช้ได้อย่างเหมาะสมด้วย
- (๔) ทีมสื่อสารสาธารณะ ยังขาดการกำหนดทิศทางและเป้าหมายร่วมในการสื่อสารให้เกิดผลกระทบ และยังใช้ประโยชน์สื่อดิจิทัลได้น้อย รวมถึงการจัดการฐานข้อมูลผลงานที่ได้รับการสื่อสารไม่เป็นระบบเท่าที่ควร
- (๕) สำนักได้พัฒนาระบบฐานข้อมูลของหน่วยจัดการไว้ แต่ยังคงจะพัฒนาต่อเนื่องโดยการเชื่อมต่อและรองรับข้อมูลอีก ๓ แหล่ง ได้แก่ การติดตามประเมินผลการพัฒนาศักยภาพภาคี และการรายงานผลลัพธ์/ตัวชี้วัดเชิงสุขภาพของโครงการต่างๆ ตัวชี้วัดแผน รวมถึงเป้าหมาย ๑๐ ปี สสส. ซึ่งจะทำให้เกิดระบบคลังข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำมาใช้วางแผนและสนับสนุนการทำงานให้ภาคีมีความรู้และทักษะการทำงานสร้างเสริมสุขภาพด้วยวิธีใหม่ๆ ที่ช่วยให้กลุ่มเป้าหมายบรรลุผลลัพธ์สุขภาพมากขึ้น นอกจากนี้เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์จะช่วยปรับปรุงการติดตามประเมินผลของหน่วยจัดการในพื้นที่ให้สามารถดำเนินงานหรือจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น หรือเกิดผลลัพธ์การแก้ปัญหาสุขภาพของพื้นที่ได้เป็นรูปธรรม

จากการวิเคราะห์ข้างต้น แผนฯ เห็นโอกาสที่จะพัฒนา ปรับปรุงระบบสนับสนุนการบริหารจัดการที่สามารถหนุนเสริมการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น สนับสนุนการจัดการความรู้ที่เชื่อมโยงสู่การขยายผลในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายหรือบริบทพื้นที่ สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการเพื่อสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะแบบเฉพาะเจาะจง สนับสนุนการนำผลประเมินหน่วยจัดการมาใช้ปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานของหน่วยจัดการและสำนัก สนับสนุนกลไกดำเนินงานสื่อสารสาธารณะโดยเฉพาะด้านสื่อดิจิทัล และพัฒนาระบบฐานข้อมูลหน่วยจัดการโดยนำข้อมูลผลลัพธ์ให้เชื่อมโยงกับข้อมูลงานประเมินผลและข้อมูลพัฒนาศักยภาพภาคี

สำนักฯ ประมวลวิเคราะห์สถานการณ์แนวโน้ม การดำเนินงานและโอกาสพัฒนาของแผนฯ แล้ว จึงควรมุ่งทิศทางและจุดเน้นของแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาพในปี ๒๕๖๓ ในการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพใน ๒ ลักษณะ คือ

๑. โครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายเฉพาะ ๑๐ ปี สสส. และมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำคัญของกลุ่มเป้าหมายในการลดการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ รวมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนให้หมู่บ้าน/ชุมชน และกลุ่มเป้าหมายในเขตชนบทและในพื้นที่ที่มีความเหลื่อมล้ำในประเด็นต่างๆ เช่น ด้านเศรษฐกิจ ด้านการศึกษา และการเข้าถึงสิทธิที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต ตลอดจนขาดโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาพของพื้นที่

๒. โครงการสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นปัญหาเฉพาะของพื้นที่ โดยเน้นการกระจายโอกาสและหนุนเสริมพื้นที่ผ่านกลไก “หน่วยจัดการ” ที่มีศักยภาพสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และสามารถติดตามเสริมพลังในพื้นที่ได้

นอกจากนี้ แผนฯ ยังพัฒนาระบบสนับสนุนการบริหารจัดการเพื่อหนุนเสริมการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้องให้ดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย

จุดเน้นของแผน

๑. ส่งเสริมและสนับสนุนให้หมู่บ้าน/ชุมชน และกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่ขาดโอกาสหรือมีความเหลื่อมล้ำในมิติต่างๆ ได้ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาพของพื้นที่
๒. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ในประเด็นที่สอดคล้องกับเป้าหมายเฉพาะในทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. โดยเฉพาะในพฤติกรรมลดการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้และการลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก
๓. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นที่สอดคล้องกับบริบทการเปลี่ยนแปลงและนโยบายสำคัญ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพชุมชนเมือง การลดความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อสุขภาพ การใช้ดิจิทัลเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
๔. พัฒนาและยกระดับขีดความสามารถของหน่วยจัดการจังหวัดระดับที่มีจุดเน้นสำคัญ (Flagship) เพิ่มขึ้น ๘ จังหวัด ที่พร้อมขับเคลื่อนงานที่มุ่งผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่
๕. พัฒนาและมุ่งมั่นนำระบบคลังข้อมูลไปใช้ประโยชน์กับงานของสำนักและผู้เกี่ยวข้องได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะนำมาจัดการความรู้เพื่อพัฒนานวัตกรรมหรือชุดความรู้ใหม่ และการจัดการข้อมูลงานประเมินผลอย่างเป็นระบบยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนให้หมู่บ้าน/ชุมชน และกลุ่มเป้าหมายมีขีดความสามารถในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ และ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพได้ตามเป้าหมายโครงการ
๒. เพื่อพัฒนาและยกระดับสมรรถนะหน่วยจัดการระดับจังหวัดให้สามารถทำงานร่วมกับแผน และดำเนินงานบรรลุผลลัพธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
๓. เพื่อให้เกิดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพหรือชุดความรู้ทั้งเชิงประเด็น เชิงกระบวนการ หรือเชิงระบบ จากบทเรียนการดำเนินงานของกลุ่มเป้าหมายและหน่วยจัดการ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๗๕)

๑. จำนวนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ/หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย (ไม่น้อยกว่า ๑,๘๐๐ โครงการ โดยเป็นภาคีรายใหม่ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐)
๒. ร้อยละของประชาชนที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ)
๓. ร้อยละโครงการที่เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ ของโครงการที่สนับสนุน)
๔. จำนวนแกนนำสร้างเสริมสุขภาพรายใหม่ที่มีขีดความสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน (จำนวน ๑๐,๐๐๐ คน)
๕. จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบด้านการบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพ (จำนวน ๒๐๐ แห่งจากหมู่บ้าน/ชุมชน ๓๖๐ แห่งที่ดำเนินโครงการชุมชนนำอยู่)
๖. ร้อยละของหน่วยจัดการที่มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของหน่วยจัดการทั้งหมดที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๓)
๗. จำนวนหน่วยจัดการจังหวัดระดับที่มีจุดเน้นสำคัญ (Flagship) ที่มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพตามประเด็นปัญหาของพื้นที่ สามารถกระจายการตัดสินใจพิจารณาโครงการร่วมกับกลไกระดับพื้นที่ โดยทำงานประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในจังหวัด (จังหวัดใหม่ ๘ จังหวัด)
๘. จำนวนนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพหรือชุดความรู้ที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์หรือขยายผลการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้ (ไม่น้อยกว่า ๒ เรื่อง)

ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง (น้ำหนักร้อยละ ๒๕)

๙. ร้อยละของโครงการสร้างเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๕ ของโครงการที่สนับสนุน)
๑๐. ร้อยละของแกนนำชุมชนที่ได้รับการพัฒนาด้านความรู้ด้านสุขภาพ และดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองตามหลัก ๓๐.๒ ส. (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของแกนนำชุมชนที่ขับเคลื่อนในพื้นที่ ๑๕,๐๐๐ คน)
๑๑. จำนวนประชาชนที่ได้รับข้อมูลการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ผ่านสื่อดิจิทัลไม่น้อยกว่า ๒๐ ชิ้นงาน (ไม่น้อยกว่า ๑๐๐,๐๐๐ คน)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการตามเป้าหมายตัวชี้วัดแผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพะ

๑. **การกระจายโอกาส** หมายถึง การกระจายทุนในการสนับสนุน การกระจายความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และการกระจายโอกาสในการพัฒนาชุมชนเสริมความเข้มแข็งให้แก่หมู่บ้าน/ชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย
๒. **การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงหลักที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ อาทิ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การบริโภคผักผลไม้ การมีกิจกรรมทางกาย
๓. **สภาพแวดล้อม** หมายถึง สภาพแวดล้อมทางสังคมและ/หรือสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย อาทิ การนำข้อตกลงหรือกติกาชุมชนไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างกลไกการจัดการหมู่บ้าน/ชุมชน การจัดการจุดเสี่ยงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการขับขี่ยานพาหนะในหมู่บ้าน/ชุมชน
๔. **หน่วยจัดการ** หมายถึง หน่วยงาน องค์กร หรือกลุ่มบุคคลที่ทำงานร่วมกับแผนฯ ในเป้าหมายและภารกิจที่แผนฯ ออกแบบไว้ มี ๒ ประเภท ได้แก่ หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ (หน่วยจัดการจังหวัด) และหน่วยจัดการเชิงประเด็น
๕. **หน่วยจัดการเชิงพื้นที่** (หน่วยจัดการจังหวัด) แบ่งได้ ๒ ลักษณะ ได้แก่
 - (๑) **หน่วยจัดการจังหวัด ระดับทั่วไป** หมายถึง หน่วยงาน องค์กร หรือกลุ่มบุคคลที่ทำงานร่วมกับแผนฯ ในเป้าหมายและภารกิจที่แผนฯ ออกแบบไว้ให้ดำเนินการบริหารจัดการสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างง่าย (โครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็ก) และโครงการทั่วไป โดยมุ่งเน้นการกระจายโอกาสไปยังพื้นที่ที่ยังไม่เคยได้รับการสนับสนุนจากแผนฯ
 - (๒) **หน่วยจัดการจังหวัด ระดับที่มีจุดเน้นสำคัญ (Flagship)** หมายถึง หน่วยจัดการระดับจังหวัดที่มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพตามประเด็นปัญหาของพื้นที่ที่หวังผลการเปลี่ยนแปลงระดับจังหวัด สามารถกระจายการตัดสินใจพิจารณาโครงการร่วมกับกลไกระดับพื้นที่ โดยทำงานประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในจังหวัด

๖. **นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง วิธีการใหม่ที่จะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย มีสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยและนำไปสู่การมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตใจที่สมบูรณ์ อายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยสามารถเข้าถึงได้ง่าย ประหยัด คุ่มค่า และได้ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่าวิธีการเดิม
๗. **ชุดความรู้** หมายถึง ชุดความรู้หรือกระบวนการเรียนรู้ใหม่ที่ได้รับการพัฒนาเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาจเกิดจากประสบการณ์การทำงานของแผนฯ หรือเกิดจากแผนงานเชิงรุกที่ปรับให้เข้ากับแผนในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น คู่มือ E-Learning การจัดการความรู้เชิงประเด็นจากบทเรียนการทำงานของกลุ่มเป้าหมายพัฒนาเป็นแนวทางการสนับสนุนขนาดเล็ก
๘. **ประชากรกลุ่มเฉพาะ** หมายถึง ประชากรบางกลุ่มที่มีลักษณะจำเพาะและต้องเผชิญกับปัจจัยทางสังคมบางประการที่ทำให้มีความเปราะบางต่อการสูญเสียสุขภาพ และอาจจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพแบบทั่วๆ ไป

แนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายในการลดการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การเพิ่มการบริโภคผักผลไม้ให้มากขึ้น และ การลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก
๒. ขยายพื้นที่ดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพไปยังพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมายที่ไม่เคยให้การสนับสนุน เช่น พื้นที่ชุมชนเมือง กลุ่มชายขอบ กลุ่มขาดโอกาสในพื้นที่ห่างไกล กลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบจากความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ
๓. พัฒนารูปแบบการสนับสนุนโครงการรูปแบบใหม่ๆ ช่วยเปิดโอกาสหรือกระจายโอกาสไปยังกลุ่มเป้าหมายใหม่ๆ ที่ยังไม่สามารถเข้าถึง เช่น การรวมกลุ่มของคนหลายวัย หลายอาชีพ ได้มาใช้พื้นที่กลางหรือพื้นที่ร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้สื่อดิจิทัลเพื่อการให้ความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ ที่ถูกต้อง กระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เป็นต้น
๔. สนับสนุนการพัฒนาเพื่อยกระดับหน่วยจัดการจังหวัดที่มีศักยภาพและมีความพร้อมสู่การเป็นหน่วยจัดการจังหวัดระดับที่มีจุดเน้นสำคัญ (Flagship) ที่สามารถบริหารจัดการสนับสนุนทุนตามประเด็นปัญหาของจังหวัด รวมถึงการค้นหารีธีการหรือกระบวนการทำงานที่สร้างการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ (Ownership) ร่วมกับภาคีในจังหวัด
๕. สนับสนุนการถอดบทเรียนเพื่อจัดการความรู้ทั้งเชิงประเด็นและเชิงกระบวนการจากบทเรียนการดำเนินงานของพื้นที่/กลุ่มเป้าหมายและการดำเนินงานของหน่วยจัดการ
๖. พัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อให้ภาคีสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้สูงสุด ทั้งฐานข้อมูลหน่วยจัดการ การพัฒนานวัตกรรมและชุดความรู้ใหม่ การจัดการข้อมูลงานประเมินผลอย่างเป็นระบบ และกำหนดทิศทางการทำงานของทีมสื่อสารสาธารณะให้ชัดเจน โดยเฉพาะด้านสื่อดิจิทัล

กลุ่มแผนงาน

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ ประกอบด้วย ๓ กลุ่มแผนงาน ดังนี้

แผนงานสนับสนุนโครงการและขยายภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ

๑. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายในการลดการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การเพิ่มการบริโภคผักผลไม้ และการลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก

๒. เพิ่มการสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่/ชุมชน และกลุ่มเป้าหมาย เช่น การสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ชุมชนเมือง การใช้ดิจิทัลเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างๆ เช่น กลุ่มชายขอบ กลุ่มขาดโอกาสในพื้นที่ห่างไกล กลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบจากความเหลื่อมล้ำด้านต่างๆ

๓. สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ดำเนินงานหรือจัดกิจกรรมในรูปแบบใหม่ๆ ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสหรือกระจายโอกาสไปยังกลุ่มเป้าหมายใหม่ๆ ที่สำคัญยังไม่สามารถเข้าถึง เช่น การรวมกลุ่มของคนหลายวัย หลายอาชีพ ได้มาใช้พื้นที่กลางหรือพื้นที่ร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนกลุ่มคนที่มีความสนใจประเด็นสุขภาพคล้ายกันแต่อยู่คนละที่ได้มาทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยกัน การใช้สื่อดิจิทัลเพื่อให้ความรู้การสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง กระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

แผนงานพัฒนาและสนับสนุนกลไกหน่วยจัดการ

๑. พัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการที่มีความเฉพาะเจาะจงที่สอดคล้องกับสมรรถนะและบทบาทภารกิจ โดยใช้ข้อมูลการประเมินผลเป็นเครื่องมือที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาของหน่วยจัดการ

๒. พัฒนาเพื่อยกระดับหน่วยจัดการระดับจังหวัดที่มีศักยภาพและมีความพร้อมสู่การเป็นหน่วยจัดการจังหวัดระดับที่มีจุดเน้นสำคัญ (Flagship) ที่สามารถบริหารจัดการสนับสนุนทุนตามประเด็นปัญหาของจังหวัด รวมถึงการค้นหาวิธีการหรือกระบวนการทำงานที่สร้างการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ (Ownership) ร่วมกับภาคีในจังหวัด

๓. สนับสนุนการสังเคราะห์ความรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานของหน่วยจัดการ เพื่อนำมาสนับสนุนการปรับปรุงและพัฒนาการบริหารจัดการและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหน่วยจัดการ รวมถึงนำบทเรียนที่ดีหรือต้นแบบมาขยายผลได้

๔. พัฒนาปรับปรุงฐานข้อมูลหน่วยจัดการ เพื่อให้ทราบถึงสมรรถนะและศักยภาพของหน่วยจัดการ และนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาศักยภาพหรือยกระดับหน่วยจัดการได้อย่างเฉพาะเจาะจง

แผนงานพัฒนากลไกหนุนเสริมการบริหารจัดการ

๑. พัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการความรู้

๑.๑ วางแผนการขยายผลนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทเพื่อขยายโอกาสการเข้าถึงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพทั้งนวัตกรรมเชิงกระบวนการ/การจัดการ และนวัตกรรมที่ขยายผลวงกว้างได้

๑.๒ สนับสนุนการค้นหาและพัฒนานวัตกรรมในรูปแบบอื่นๆ จากการสังเคราะห์ความรู้ในโครงการที่ได้รับทุนจากแผนฯ และนวัตกรรมจากองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันการศึกษาต่างๆ เพื่อนำมาส่งเสริมให้เกิดผลจากนวัตกรรมมากขึ้น เช่น สนับสนุนการต่อยอดและพัฒนานวัตกรรมสำหรับการแก้ไขปัญหาสุขภาพในประเด็นที่ตอบเป้าหมาย ๑๐ ปี สสส.

๑.๓ การบูรณาการร่วมกับสำนักวิชาการและนวัตกรรม สสส. เพื่อวางแผนและออกแบบการทำงาน สนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมหรือการขยายผลนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกัน โดยการจัดการความรู้และขยายผลทำงานอย่างครบวงจร การเชื่อมโยงผลของการสังเคราะห์ความรู้ไปสู่การขยายหรือการกระจายความรู้ไปสู่ศูนย์เรียนรู้สุขภาพให้มากขึ้น

๒. ระบบพัฒนาศักยภาพภาคี

๒.๑ สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการทุกหน่วยที่ดำเนินการอยู่ให้มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการที่มุ่งผลลัพธ์ และวางแผนการพัฒนาศักยภาพที่ตรงกับการเสริมสมรรถนะแบบเฉพาะเจาะจง

๒.๒ สนับสนุนการพัฒนาชุดความรู้ใหม่ที่สอดคล้องกับภารกิจของหน่วยจัดการระดับจังหวัด ที่ยกระดับบริหารจัดการ สนับสนุนทุนตามประเด็นปัญหาของจังหวัด เช่น การวิเคราะห์ภาคียุทธศาสตร์ การบริหารความเสี่ยง การบริหารหน่วยจัดการ เป็นต้น

๒.๓ สนับสนุนการประเมินผลกระบวนการพัฒนาศักยภาพภาคีอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิผล เพื่อพัฒนาเป็นมาตรฐานการพัฒนาศักยภาพภาคีของสำนักในอนาคต

๓. ระบบการประเมินผล

๓.๑ สนับสนุนและมีกระบวนการติดตามให้หน่วยจัดการที่ได้รับการประเมินผลในปี ๒๕๖๒ นำผลการประเมินไปปรับปรุงและพัฒนาการทำงานได้จริง

๓.๒ สนับสนุนการประเมินผลหน่วยจัดการที่ยังไม่ได้รับการประเมินผลในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๓๕ หน่วยจัดการ โดยใช้แนวคิดการประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา และมุ่งการประเมินเรื่องสมรรถนะหน่วยจัดการและผลลัพธ์ของโครงการในระดับพื้นที่

๓.๓ วางแผนและจัดการข้อมูลงานประเมินผลให้เป็นระบบ สามารถส่งต่อข้อมูลที่มีคุณภาพไปยังระบบฐานข้อมูลหน่วยจัดการ และผู้ที่เกี่ยวข้อง

๔. ระบบคลังข้อมูล

๔.๑ พัฒนาต่อยอดฐานข้อมูลหน่วยจัดการให้รองรับข้อมูลจากระบบประเมินผลและระบบพัฒนาศักยภาพภาคี เพื่อให้ฐานข้อมูลหน่วยจัดการแสดงข้อมูลสมรรถนะหน่วยจัดการที่สามารถประมวลผลและนำมาวางแผนสนับสนุนการทำงานหรือพัฒนาศักยภาพหน่วยจัดการในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๒ พัฒนาปรับปรุงระบบสารสนเทศที่เกี่ยวกับการสนับสนุนทุนโครงการขนาดเล็ก การบริหารจัดการของหน่วยจัดการ และระบบการรายงานผลลัพธ์โครงการ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รองรับการเข้าถึงของผู้ใช้ประโยชน์ ได้แก่ ภาคีผู้รับทุน หน่วยจัดการ ทีมประเมินผล นักวิชาการสำนัก ๖ รวมถึงสามารถส่งต่อข้อมูลที่มีคุณภาพเข้าสู่ระบบสารสนเทศ ของ สสส.

๕. การสื่อสารสาธารณะ

๕.๑ สนับสนุนกลไกการบริหารจัดการและการดำเนินงานเพื่อพัฒนาทักษะการใช้สื่อของหน่วยจัดการและภาคีในพื้นที่ให้สามารถเผยแพร่ผลงานสื่อสารและนำผลงานมาเสริมพลังภาคี

๕.๒ วางแผนและจัดการฐานข้อมูลผลงานที่ได้รับการสื่อสารให้เป็นระบบสามารถใช้ประโยชน์เพื่อการเผยแพร่ ขยายผล หรือขยายฐานการเข้าถึงของภาคีเครือข่ายและผู้สนใจทั่วไป

๕.๓ พัฒนาช่องทางสื่อดิจิทัลของสำนักให้เป็นแหล่งเผยแพร่ความรู้ ข่าวสารงานสร้างเสริมสุขภาพ และเป็นช่องทางให้บุคคล กลุ่ม องค์กรที่สนใจการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพสามารถเข้าถึงข่าวประชาสัมพันธ์ต่างๆ ได้

ภาคีหลัก

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

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. แผนงานสนับสนุนโครงการและขยายภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ	๒๐๐
๒. แผนงานพัฒนาและสนับสนุนกลไกหน่วยจัดการ	๖๐
๓. แผนงานพัฒนากลไกหนุนเสริมการบริหารจัดการ	๔๐
รวม	๓๐๐

แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านระบบบริการสุขภาพ



สถานการณ์และแนวโน้ม

ประชาชนที่มีสุขภาพแข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งที่ทุกประเทศต่างมุ่งหวัง ที่ผ่านมประเทศไทยมีการพัฒนาระบบการแพทย์และการสาธารณสุขได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับในด้านคุณภาพและบริการทั้งจากภายในและภายนอกประเทศ ประกอบกับประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น จึงส่งผลให้แนวโน้มของประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้นโดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทย ใน พ.ศ. ๒๕๖๑ มีค่าประมาณ ๗๒.๒ ปี ในเพศชาย และ ๗๘.๙ ปี ในเพศหญิง ถือได้ว่าประเทศไทยกำลังเผชิญความเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรเป็นสังคมสูงวัย ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง และมีแนวโน้มอยู่คนเดียวมากขึ้น

โดยภาพรวม ปัญหาสุขภาพที่คุกคามคนไทยยุคปัจจุบัน คือ โรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่า ๕ อันดับโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะดีในประชากรชาย ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๑ โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคหัวใจขาดเลือด และการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ตามลำดับ สำหรับเพศหญิงสาเหตุอันดับแรกของความสูญเสียปีสุขภาวะ คือ โรคเบาหวาน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๘.๔ รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคข้อเสื่อม และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามลำดับ

ผลการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนไทยจากการตรวจร่างกายครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่าปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่มีแนวโน้มลดลง ได้แก่ การสูบบุหรี่ในประชากรโดยรวมและการดื่มสุรา ส่วนการกินผักผลไม้ อย่างเพียงพอมีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย แต่การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอยังอยู่ในสถานะเดิม นอกจากนี้การสำรวจยังพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นโดยเป็นเพศชาย ร้อยละ ๒๑.๕ และเพศหญิง ร้อยละ ๒๑.๓ สำหรับความชุกของโรคเบาหวานพบว่าสูงขึ้นเช่นกันโดยเป็นเพศชาย ร้อยละ ๖.๐ และเพศหญิง ร้อยละ ๗.๗ สิ่งที่น่ากังวลใจคือ ร้อยละ ๔๓.๑ ของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน ซึ่งในปัจจุบันมีคนที่เป็นเบาหวานแล้วมากกว่า ๔ ล้านคน ทั้งยังพบกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานอีกถึง ๗.๗ ล้านคน

ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคมไทยจำเป็นต้องพิจารณาถึงปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่และพฤติกรรมสุขภาพของผู้คน โดยเฉพาะสภาวะแวดล้อมความเป็นเมืองที่มีความแตกต่างและหลากหลาย แต่บางอย่างกลับมีผลกระทบต่อกัน ซึ่งเป็นโจทย์ที่ทำให้ท้าทายสำหรับระบบสุขภาพประเทศไทย ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ได้มีการคาดประมาณจำนวนประชากร ณ กลางปี ที่อาศัยในเขตเมืองจำนวน ๓๓,๑๕๖,๐๐๐ คน หรือคิดเป็นร้อยละ ๕๐ ของประชากรทั้งประเทศจำนวน ๖๖,๒๓๔,๐๐๐ คน เมื่อเทียบกับข้อมูลเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ (ร้อยละ ๔๗, ๔๘ และ ๔๙ ตามลำดับ) ถือว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้น วิถีชีวิต พฤติกรรม และปฏิสัมพันธ์ของผู้คนที่เปลี่ยนแปลงไปจากสังคมชนบทกลายเป็นสังคมเมืองส่งผลให้เกิดประเด็นท้าทายใหม่ครอบคลุมทั้งในมิติสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม การคมนาคม การศึกษา พลังงาน สาธารณูปโภค ความปลอดภัย ยาเสพติด ฯลฯ ซึ่งหน่วยงานด้านสุขภาพต้องมีการเตรียมการรับมือกับความเปลี่ยนแปลงนี้ โดยเฉพาะการให้บริการด้านสาธารณสุขที่ต้องออกแบบการจัดการทางสุขภาพซึ่งเป็นปัญหาเฉพาะและมีความโดดเด่นที่เกิดขึ้นในเขตเมือง (โรคเขตเมือง) สอดรับกับสภาพสังคมเมืองที่ได้รับผลกระทบจากพลวัตทางประชากรและการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อม ทั้งปัญหา โรคไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า เอชไอวี/เอดส์ วัณโรค การติดเชื้อปอดบวม โรคอุจจาระร่วงรุนแรง ปัญหาการดื้อยา และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น หอบหืด โรคหัวใจ มะเร็ง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ การบาดเจ็บและความรุนแรง ภัยพิบัติ รวมถึงอันตรายและการบาดเจ็บที่เกิดจากการจราจร โดยให้ความสำคัญกับองค์ประกอบทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ควบคู่กับการดูแลรักษาสุขภาพประชาชนหรือผู้ป่วยของบุคคลในเขต/พื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม เชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ^{๑๓๑} ดังนั้นการดูแลสุขภาพประชาชนในเขตเมืองจึงต้องมีระบบการดูแลที่สอดคล้องตามบริบทและรองรับความต้องการของประชาชน พร้อมพัฒนาความสามารถของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว รวมถึงชุมชนได้ สามารถเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช ๒๕๖๐ หมวด ๓ สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา ๔๗ และ หมวด ๕ หน้าที่รัฐ มาตรา ๕๕ ได้กำหนดให้บุคคลมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐและกำหนดให้รัฐมีหน้าที่ที่จะต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค อีกทั้ง หมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศ มาตรา ๒๕๘ ช. (๕) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ซึ่งนำมาสู่**แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข** ประกาศเมื่อวันที่ ๖ เมษายน ๒๕๖๑ ที่มุ่งเน้นการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม มีการทำงานประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ โดยเน้นภารกิจด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก เพื่อตอบสนองสถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพในประเทศไทยที่กำลังเผชิญกับสังคมผู้สูงอายุ อัตราการป่วยจากโรคเรื้อรังมากขึ้นและซับซ้อนขึ้น ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่สูงขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม ระบบบริการสุขภาพที่เน้นดูแลเป็นโรคเป็นอวัยวะ ขาดการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านพฤติกรรมและปัจจัยทางสังคม ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วย

^{๑๓๑} เวชศาสตร์เขตเมือง, วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง ปีที่ ๖๐ ฉบับที่ ๑ มกราคม - มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙, สาธิต คุระทอง, คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชดิราช กรุงเทพมหานคร

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยถือได้ว่า “ระบบบริการปฐมภูมิ” เป็นพื้นฐานสำคัญที่สร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ให้บริการเชิงรุกทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค ที่เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนให้ร่วมจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ปรับปรุงสภาพแวดล้อม นโยบายสาธารณะในระดับปฐมภูมิให้เกิดระบบดูแลสุขภาพองค์รวมของประชาชน จึงได้พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิในลักษณะเครือข่ายจากทุกภาคส่วนที่เรียกว่า “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” (District Health System : DHS) ที่ทำหน้าที่เป็นระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ครอบคลุมถึงการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ บูรณาการภาคีเน้นเป้าหมายที่ประชาชนอิงบริบทของแต่ละอำเภอ ด้วยกลไกที่เรียกว่า “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ภายใต้ “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑” ทำหน้าที่กำหนดเป้าหมาย/แนวทางการดำเนินงานดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพของประชาชนในอำเภอ และบูรณาการประสานความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนทั้ง ๘๗๘ อำเภอ เพื่อขับเคลื่อน “สร้างคุณภาพชีวิต” ตามแนวทางประชารัฐ โดยในกรุงเทพมหานครได้ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) ที่มีผู้อำนวยการเขตเป็นประธานขับเคลื่อนซึ่งสอดคล้องกับการแบ่งพื้นที่การปกครองในกรุงเทพมหานครออกเป็น ๕๐ เขต เพื่อการดูแลพื้นที่และบริการประชาชนได้อย่างทั่วถึง ตามสภาพพื้นที่ เศรษฐกิจ สังคม วิถีการดำรงชีวิตของประชาชน

การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ มีการจัดสรรโครงสร้างการบริหารเรียกว่า “เขตบริการสุขภาพ” (Regional Health) เพื่อจัดบริการสุขภาพ “ร่วม” ในระดับเขตพื้นที่ด้วย “แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ” (Service Plan) มีเป้าประสงค์ คือ ประชาชนจะเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน โดยเครือข่ายบริการเชื่อมโยงที่ไร้รอยต่อสามารถบริการเบ็ดเสร็จภายในเครือข่ายบริการ มีหลักการสำคัญเพื่อกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางสู่ภูมิภาค ลดความเหลื่อมล้ำในการจัดสรรทรัพยากร เพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการในทุกระดับ และสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และในปี ๒๕๕๙ ได้มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้ง “เขตสุขภาพเพื่อประชาชน” ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญเพื่อบูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วนในระดับพื้นที่ ซึ่งจัดแบ่งพื้นที่ระดับกลุ่มจังหวัดออกเป็น ๑๓ เขต โดยมีคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) รับผิดชอบดำเนินการกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ในการดำเนินการและพัฒนาเกี่ยวกับระบบสุขภาพในเขตพื้นที่ ให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ และประสานให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยมีองค์ประกอบจาก ๓ ภาคส่วน คือ ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ผู้ทรงคุณวุฒิ และวิชาชีพ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม

ด้วยความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันไม่สามารถจำกัดเพียงการบริการแบบตั้งรับโดยการรักษาพยาบาลเป็นหลัก หากแต่จำเป็นต้องเพิ่มการให้บริการเชิงรุกตามบริบทที่จำเป็นซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ ที่ได้เห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิโดยมาตรา ๒๕๘ บัญญัติว่า “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม คลินิกหมอครอบครัวที่ดำเนินงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ” และสอดคล้องกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในมาตรา ๓ บัญญัติว่า “บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวมตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสานครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค

การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชนและบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ^{๑๓๓} จะเห็นว่าการศึกษางานของบุคลากรสุขภาพนั้น มุ่งเน้นการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ และงานปฐมภูมิ ด้านการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น สนับสนุนให้บุคคลและชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นในลักษณะที่ไวต่อปัญหาและสอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชน^{๑๓๔} นอกจากนี้ ยังต้องเปิดกว้างเชื่อมโยงมุมมองด้านอื่นๆ เช่น สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่กระตุ้น สนับสนุน เสริมพลังให้บุคคล ครอบครัว ชุมชนมีศักยภาพสามารถดูแลสุขภาพและจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพ

บุคลากรสุขภาพเป็นกำลังสำคัญที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน และเป็นผู้ขับเคลื่อนระบบสาธารณสุข โดยยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข ได้เน้นย้ำความสำคัญของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรสุขภาพให้มีความพร้อมทั้งด้านวิชาการ มีความรู้เท่าทันสถานการณ์ใหม่ๆ และมีพลังใจในการปฏิบัติงาน บริการสุขภาพในด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน รวมถึงการวางแผนด้านกำลังคนสุขภาพ การกระจาย และสมรรถนะของบุคลากรสุขภาพต้องมีการคำนึงถึงควบคู่กับการพัฒนาระบบการเรียนการสอน หลักสูตร และการพัฒนาอาจารย์ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ใช้โรงพยาบาลชุมชนเป็นฐาน มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งอาศัยระบบการทำงานที่มีส่วนร่วมและมีการบูรณาการในระหว่างวิชาชีพ

จุดเน้นของแผน

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ ในปี ๒๕๖๓ จึงมีจุดเน้นการดำเนินงาน ดังนี้

๑. สนับสนุนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนทุกช่วงวัย ผ่านการสนับสนุนกลไก สร้างเครื่องมือ และเสริมสมรรถนะการจัดการสุขภาพและสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อร่วมขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๒. สนับสนุนการขับเคลื่อนกลไกปฏิบัติการในระดับพื้นที่เพื่อการพัฒนาสุขภาพเขตเมือง โดยเน้นในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
๓. สนับสนุนกระบวนการพัฒนาสมรรถนะ บทบาทการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ โดยเริ่มจากวิชาชีพพยาบาล วิชาชีพกายภาพบำบัด ผ่านแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย สอดคล้องกับกลไกการทำงานและเครือข่ายในพื้นที่

^{๑๓๓} พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

^{๑๓๔} ศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานูภาพ, ๒๕๔๑ วิชาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ

๔. สนับสนุนการทำงานที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งส่งเสริมการใช้งานและพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย หรือนวัตกรรมทางสุขภาพเพื่อการทำงานดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย และบูรณาการการทำงานทั้งในเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในมิติต่างๆ

วัตถุประสงค์

๑. สนับสนุนการพัฒนาระบบและกลไกการจัดการสุขภาพระดับอำเภอในการดูแลสุขภาพและสุขภาพะประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อร่วมขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิร่วมกับภาคส่วนต่างๆ
๒. สร้างองค์ความรู้และพัฒนารูปแบบในการจัดการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่เมือง
๓. สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ โดยเริ่มจากวิชาชีพพยาบาล วิชาชีพกายภาพบำบัด ให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ ดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย ทำงานสอดคล้องกับกลไกงานและเครือข่ายในพื้นที่
๔. สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เอื้อให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมการใช้งานและพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย หรือนวัตกรรมทางสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย

เป้าหมาย ๑ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๗๕)

๑. เกิดการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อสุขภาพะ ให้เกิดการนำไปใช้ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๑ เรื่อง
๒. ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและสุขภาพะที่สอดคล้องกับเป้าหมาย ๑๐ ปี สสส. ไม่น้อยกว่า ๕๐ แห่ง
๓. เกิดการพัฒนากลไกการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในเขตเมือง (กรุงเทพมหานคร) เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการปัญหาในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า ๓ เขต หรือ ๓ รูปแบบ
๔. บุคลากรสุขภาพที่มีสมรรถนะในการบริหารจัดการสุขภาพเกิดเป็นรูปแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในเชิงประเด็นหรือพื้นที่ระดับตำบลหรืออำเภอ อย่างน้อย ๔๐ รูปแบบ
๕. เกิดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับกลไกวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อเกิดแนวทาง หลักปฏิบัติ มาตรการ นโยบาย หรือกลไก ที่ผลักดันการสร้างเสริมสุขภาพในวิชาชีพด้านสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๔ เรื่อง
๖. เกิดองค์ความรู้ งานวิจัย หรือนวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่สามารถใช้สนับสนุนการจัดการสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยในระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ เรื่อง

ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง (น้ำหนักร้อยละ ๒๕)

๑. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นกลไกสนับสนุนการบูรณาการประเด็นสุขภาพใน ๔ อำเภอใน ๔ ภูมิภาค และ ๑ เขตในกรุงเทพมหานคร เพื่อหนุนการจัดการสุขภาวะด้วยองค์ความรู้และเครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้องให้เกิดการประสานและบูรณาการตามกลุ่มเป้าหมายและบริบทของพื้นที่ เช่น ระบบสุขภาพระดับอำเภอต้นแบบร่วมกับแผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย, ระบบสุขภาพระดับอำเภอร่วมสนับสนุนแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพด้วยการนำองค์ความรู้การจัดการลดภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs, ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีการดำเนินงานร่วมกับแผนสุขภาวะชุมชน
๒. เกิดรูปแบบและแนวปฏิบัติในการยกระดับความรู้ทางสุขภาพสู่การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตเมือง จำนวน ๒ อำเภอ

แนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนการจัดการสุขภาพและสุขภาวะระดับอำเภอ จังหวัด และเขตบริการสุขภาพ ในการจัดการและดำเนินงานพัฒนากลไก พัฒนาระบบ องค์ความรู้ เครื่องมือ และเสริมสมรรถนะในการดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๒. สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ การพัฒนารูปแบบในการบริหารจัดการสุขภาพเขตเมือง โดยเน้นในพื้นที่กรุงเทพมหานคร รวมถึงการสนับสนุนให้เกิดการบริหารจัดการ หรือเชื่อมโยงข้อมูลด้านสังคมและสุขภาพของประชาชน ในระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดการจัดบริการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม ตามแนวคิดของบริการปฐมภูมิ
๓. สนับสนุนกระบวนการพัฒนาสมรรถนะ บทบาทการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ โดยการเชื่อมประสานให้เกิดการขับเคลื่อนงานผ่านกลไกวิชาชีพ โดยเริ่มจากกลุ่มวิชาชีพพยาบาล วิชาชีพกายภาพบำบัด ให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนในทุกกลุ่มวัย และทำงานสอดคล้องกับกลไกงานและเครือข่ายในพื้นที่
๔. สนับสนุนการทำงานที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งส่งเสริมการนำองค์ความรู้ งานวิจัย หรือนวัตกรรมทางสุขภาพ ไปประยุกต์เพื่อการทำงานดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย และบูรณาการการทำงานทั้งในเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในมิติต่างๆ

กลุ่มแผนงาน

๑. กลุ่มแผนงานสนับสนุนกลไกสุขภาพระดับพื้นที่ผ่านระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อเขตบริการสุขภาพ

สนับสนุนและเสริมกลไกการจัดการสุขภาพระดับพื้นที่ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัด และเขตบริการสุขภาพ ให้สามารถเชื่อมโยงการทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ เพื่อการสร้างสุขภาพแก่ประชาชน ทุกกลุ่มวัยผ่านกลไก “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ซึ่งเป็นการประสานระหว่างภาค สาธารณสุขและนอกสาธารณสุขให้สามารถดำเนินงานร่วมกัน ในการจัดการปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ (Health Determinants) และหนุนระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ สุขภาพที่จำเป็น (Essential Care) เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีแนวทางดำเนินงาน ดังนี้

- ๑.๑ ส่งเสริมกลไกการจัดการและการดำเนินงานสร้างสุขภาพระดับพื้นที่ผ่าน “คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ ปฐมภูมิในการดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัยระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และเขตบริการสุขภาพ
- ๑.๒ เพิ่มสมรรถนะการจัดการกลไก พัฒนาระบบ องค์กรความรู้ เครื่องมือ และเสริมสมรรถนะการ จัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิแก่บุคลากรสุขภาพ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ๑.๓ ผลักดันการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในเชิงประเด็น (Issue-Based) และเชิงพื้นที่ (Area-Based) เพื่อดำเนินงานจัดการปัญหาสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพระดับอำเภอ และประสานเครือข่ายสุขภาพระดับต่างๆ

๒. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง

สนับสนุนการพัฒนารูปแบบหรือต้นแบบการจัดการสุขภาพเขตเมืองโดยเน้นเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร การบริหารจัดการเชื่อมโยงข้อมูลด้านสังคมและสุขภาพในระดับพื้นที่ การยกระดับความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชน ชุมชน และองค์กรในเขตเมือง โดยเชื่อมประสานภาคียุทธศาสตร์ (Strategic Partners) ภาคีร่วมพัฒนา (Boundary Partners) และกลไกการทำงานในพื้นที่ โดยมีแนวทางดำเนินงาน ดังนี้

- ๒.๑ สนับสนุนการจัดการความรู้ การพัฒนาต้นแบบ/รูปแบบในการจัดการสุขภาพเขตเมือง ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ที่มีความซับซ้อน หลากหลาย เช่น ชุมชนทั่วไป ชุมชนแนวตั้ง โรงเรียน สถานประกอบการ เพื่อขยายแนวคิดและการปฏิบัติที่ดีไปยังพื้นที่เขตเมืองอื่นๆ
- ๒.๒ สนับสนุน/ส่งเสริม/พัฒนาให้เกิดการบริหาร จัดการ หรือเชื่อมโยงข้อมูลด้านสังคมและสุขภาพ ของประชาชน ในระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดการจัดบริการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม ตามแนวคิดของบริการปฐมภูมิ

- ๒.๓ สนับสนุนการยกระดับความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชน ชุมชน ที่ทำงาน และสถานประกอบการ ตามแบบจำลอง V-Shape คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ซักถาม และแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม^{๑๓๕} เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนเมือง ในการจัดการตนเองได้
- ๒.๔ สนับสนุนการพัฒนาแกนนำสุขภาพ (Change Agent) ในเขตเมือง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครครอบครัว อาสาสมัครหมู่บ้าน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และสร้างทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน

๓. กลุ่มแผนงานเสริมสมรรถนะนักสร้างเสริมสุขภาพ

เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนาสมรรถนะ บทบาทการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ ให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีความรู้ ทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทำงานผ่านกลไก และเครือข่ายการทำงานต่างๆ ในพื้นที่ในการดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย สามารถบริหารจัดการ วางแผนขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ได้ ตลอดจนมีบทบาทในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในการดูแลจัดการสุขภาพตนเอง ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยประกอบด้วยงานหลัก ๓ ด้าน ดังนี้

- ๓.๑ สนับสนุนให้มีการพัฒนาความรู้ หลักสูตร ทักษะที่สำคัญและจำเป็นในการดำเนินงานให้บริการ และบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการนำความรู้ หลักสูตรและทักษะไปใช้เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาบทบาทผู้นำการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพทุกระดับ เช่น การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านวิชาชีพพยาบาลในการทำงานผ่านกลไกเขตบริการสุขภาพ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพในวิชาชีพกายภาพบำบัด สนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนานักจัดการสุขภาพของประชาชนให้มีทักษะสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคล รวมถึงการบริหารจัดการชุมชน เป็นต้น
- ๓.๒ สนับสนุนการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานที่เอื้อต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของวิชาชีพสุขภาพ โดยเริ่มจากวิชาชีพพยาบาล ในการผลักดันกลไก มาตรการการสร้างแรงจูงใจ และการธำรงรักษา รวมไปถึงการดูแลสุขภาพของบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น สนับสนุนให้เกิดการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน เชื่อมโยงการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของวิชาชีพพยาบาลกับกลไกการให้บริการในพื้นที่ เป็นต้น
- ๓.๓ พัฒนารูปแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่โดยบุคลากรสุขภาพ มุ่งหวังให้บุคลากรสุขภาพเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดงานสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการและระบบสุขภาพชุมชน เช่น การสนับสนุนบุคลากรสุขภาพ โดยเริ่มจากวิชาชีพพยาบาล ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน การพัฒนารูปแบบงานสร้างเสริมสุขภาพในวิชาชีพกายภาพบำบัด พัฒนาโครงสร้าง บทบาทและการทำงานในการดำเนินงาน

^{๑๓๕} คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานที่ทำงาน สถานประกอบการ และชุมชนรอบรู้สุขภาพ, ๒๕๖๑

ของเครือข่ายทันตบุคลากรในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ในระดับพื้นที่ การสนับสนุนการถอดบทเรียน องค์ความรู้ บทบาทการทำงานร่วมกันของ สหสาขาวิชาชีพที่มีความโดดเด่นในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับสถาบันการศึกษาในพื้นที่ เพื่อให้เกิดระบบที่ยั่งยืนต่อไป

๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนกลไกการทำงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

สนับสนุนกลไกการทำงานที่เอื้อให้เกิดการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งกลไกเชิงนโยบาย องค์ความรู้ งานวิจัย นวัตกรรม ให้เกิดการนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย ทั้งในเชิงประเด็น และเชิงพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในมิติต่างๆ ผ่านระบบบริการสุขภาพ โดย ประกอบด้วย งานหลัก ๓ ด้าน ดังนี้

- ๔.๑ สนับสนุนการขับเคลื่อนกฎหมาย แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ หรือกลไกเชิงนโยบายที่เอื้อต่อ การทำงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ๒๕๖๑ แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สู่ความเป็นเลิศ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๕ แผนยุทธศาสตร์ระบบปฐมภูมิเพื่อสุขภาพ ๔.๐ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๕ และกลไกเขตสุขภาพเพื่อประชาชน
- ๔.๒ สนับสนุนการนำองค์ความรู้ งานวิจัย หรือนวัตกรรมทางสุขภาพไปใช้ได้จริงในการทำงาน สร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรกลุ่มต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพชุมชน รวมทั้งบุคลากรนอกระบบบริการ เช่น สนับสนุนการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ในการเป็นเครื่องมือพัฒนาคนพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพผ่านเขตบริการสุขภาพ สนับสนุน การสร้างและจัดการความรู้เพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพที่ส่งผลต่อการทำงาน สร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรในอนาคต สนับสนุนการขับเคลื่อนด้านความรอบรู้สุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลจัดการสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ในทุกกลุ่มวัย รวมถึงการสนับสนุนองค์ความรู้หรืองานวิจัยในการจัดการ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการจัดบริการทางสุขภาพที่เหมาะสมกับ บริบทพื้นที่
- ๔.๓ สนับสนุนการบูรณาการทำงานทั้งเชิงพื้นที่ และเชิงประเด็นร่วมกับสำนักต่างๆ ใน สสส. รวมถึง องค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะในประชาชนทุกกลุ่มวัย เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคนทำงานที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนการมีส่วนร่วมและ ความเข้าใจเพื่อการแก้ปัญหา

ภาคีหลัก

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน และองค์กรภาคประชาสังคม

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานสนับสนุนกลไกสุขภาพระดับอำเภอ	๑๒๐
๒. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง	๓๐
๓. กลุ่มแผนงานเสริมสมรรถนะนักสร้างเสริมสุขภาพ	๒๐
๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนกลไกการทำงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๒๐
รวม	๑๙๐

แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

๑๓

สถานการณ์และแนวโน้ม

๑. สถานการณ์สุขภาพของประเทศไทย

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อ การเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ของคนไทยยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่สามารถป้องกันได้เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาทิ การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็มจัด การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีการสื่อสารและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้วิถีชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ประชาชนมีความเร่งรีบและเคร่งเครียดในการใช้ชีวิตมากขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมมากขึ้น อาทิ การบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ด ซึ่งส่วนผสมส่วนใหญ่เป็นแป้ง ไขมัน น้ำตาล และเกลือ ที่หากรับประทานบ่อยเกินไปอาจทำให้ขาดสารอาหารและอ้วนได้ การมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ไม่มีกิจกรรมทางกาย ติดโทรศัพท์มือถือ และโซเชียลเน็ตเวิร์ค รวมทั้งช่องทางการสื่อสารกันเองที่ขยายวงกว้างมากขึ้น ทำให้มีข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากหลากหลายช่องทาง ขาดระบบการคัดกรอง และการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล จนอาจหลงเชื่อข้อมูลที่ไม่ถูกต้องและเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้

๒. สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี

การขับเคลื่อนตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๒ และนโยบายประเทศไทย ๔.๐ มุ่งเน้นสนับสนุนการพัฒนา ๑๐ อุตสาหกรรมเป้าหมาย เป็นกลไกขับเคลื่อนเศรษฐกิจเพื่ออนาคตภายใต้แนวคิดการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ S-Curve ใน ๒ รูปแบบ ได้แก่ ๕ อุตสาหกรรมที่มีศักยภาพ (First S-Curve) และ ๕ อุตสาหกรรมอนาคต (New S-Curve) รวมทั้งการพัฒนาเชิงพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ อาทิ โครงการระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออกหรือ Eastern Economic Corridor : EEC เพื่อเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศไทยในอนาคต ที่จะก้าวสู่การเป็น ประเทศไทย ๔.๐ ได้อย่างยั่งยืน

นอกจากนี้ พลวัตการพัฒนาเทคโนโลยียังคงเป็นเรื่องสำคัญ ดังจะเห็นได้ว่าการพัฒนาทางเทคโนโลยีต่างๆ อย่างรวดเร็ว รวมทั้งเรื่องเทคโนโลยีการสื่อสาร ระบบสื่อสารโทรคมนาคม อินเทอร์เน็ตที่ทำให้คนในสังคมสามารถส่งและรับข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็วและหลากหลายช่องทางมากขึ้น ซึ่งเป็นโอกาสที่ทำให้คนในสังคมสามารถเข้าถึงและรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งทำให้เกิดการเปลี่ยนรูปแบบกระบวนการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ตั้งแต่ระดับบุคคลจนถึงนโยบาย ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยียังเป็นการเพิ่มศักยภาพด้านการเฝ้าระวัง การพยากรณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพ การสูญเสียทางเศรษฐกิจที่มีสาเหตุจากสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกันก็ทำให้เกิดการหลอกลวงหรือชักจูงใจในด้านสุขภาพที่ไม่สมเหตุสมผล ไม่ถูกต้องเป็นอันตราย

๓. สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และโลกยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization)

ภาครัฐได้มีการบูรณาการเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ค.ศ. ๒๐๓๐ ของสหประชาชาติเข้ากับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ซึ่งจะส่งผลดีทำให้ภาครัฐเข้ามาขับเคลื่อนในการแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ การที่ภาครัฐให้ความสำคัญกับการผลักดันเป้าหมาย SDGs จะมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ สสส. ในหลายด้าน เช่น กลุ่มงานที่ดูแลด้านโรคไม่ติดต่อ กลุ่มงานที่ดูแลปัญหาการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุและภัยธรรมชาติ ตลอดจนกลุ่มงานด้านการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการสร้างกลไกเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อพัฒนาความร่วมมือของนานาประเทศมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) รวมไปถึงประเด็นการทำงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพโลก (Global Health) ในยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization) ที่มีการขับเคลื่อนสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ เชื่อมร้อยจากระดับโลก (Global) สู่ระดับภูมิภาค (Regional) ระดับประเทศ (National) จนถึงชุมชนท้องถิ่น (Local) ทำให้ สสส. ต้องอาศัยความร่วมมือจากระดับนานาชาติเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหามากกว่าการดำเนินงานภายใต้ขอบเขตของประเทศไทยโดยลำพัง

นอกจากนี้ เมื่อศึกษาจากรายงานผลสำรวจภาพลักษณ์ สสส. ประจำปี ๒๕๖๑ พบว่าโดยภาพรวมภาคีมีความพึงพอใจต่อ สสส. ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ความคาดหวังของภาคีเครือข่ายนอกจากการสนับสนุนทุนจาก สสส. แล้ว ภาคีเครือข่ายยังมีความคาดหวังจาก สสส. ในด้านกลไกต่างๆ ที่ช่วยสนับสนุนการเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย ระบบสนับสนุนต่างๆ ที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพภาคีอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการสนับสนุนระบบข้อมูลและองค์ความรู้ที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

สถานการณ์และแนวโน้มภายในแผน ๑๓

๑. สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของแผนงานพัฒนาศักยภาพ

สสส. เห็นความสำคัญเรื่องการพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะภาคีสุขภาพ และมีนโยบายให้การเสริมสร้างศักยภาพแก่ภาคีเป็นส่วนหนึ่งในทุกแผนและโครงการของ สสส. นอกจากนี้ในปี ๒๕๖๒ มีการปรับทิศทางการทำงานขององค์กร สสส. โดยมีการเพิ่มกลไกในโครงสร้างองค์กร ได้แก่ กลุ่มงานพันธกิจพิเศษ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่ปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องในการสนับสนุนการดำเนินงาน สสส. โดยที่ “สถาบันการเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy)” เป็นหนึ่งในหน่วยงานกลุ่มงานพันธกิจพิเศษที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ (สภส.) เพื่อทำภารกิจด้านการพัฒนาศักยภาพภาคีโดยเฉพาะเพื่อเป็นการสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็ง สามารถขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพบรรลุตามเป้าหมาย ผ่านความรู้ ทักษะ และเครื่องมือต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อนำไปปรับในการทำงานจริงของภาคี

๒. สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของแผนงานภาคีสัมพันธ์

ภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบันนี้ การเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายให้พร้อมรับกับสถานการณ์ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการทำงานและหนุนเสริมกันและกันในระดับพื้นที่จึงเป็นสิ่งจำเป็น โดย สภส. มีบทบาทหลักในการสานและเสริมพลังภาคีเครือข่าย สร้างความสัมพันธ์ที่ดีในการทำงานร่วมกัน กลไกการทำงานของภาคีเครือข่ายในระดับภูมิภาค และในระดับพื้นที่จึงมีความสำคัญมากขึ้น ดังนั้น สสส. จึงจำเป็นต้องมีการสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดระบบการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดการทำงานสร้างสุขภาวะแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งการสนับสนุนและขับเคลื่อนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องตรงกับความต้องการและบริบทของพื้นที่ ตลอดจนมีข้อมูลเพื่อสนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ได้ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความยั่งยืน จำเป็นต้องคำนึงถึงการทำงานร่วมกับสถาบันวิชาการในพื้นที่ รวมถึงการทำงานผ่านโครงสร้าง/กลไกที่สนับสนุนการขับเคลื่อนงานการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ อาทิ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และศูนย์ประสานงานระดับจังหวัด (ศปจ.)

๓. สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของแผนงานวิเทศสัมพันธ์

สถานการณ์ระดับนานาชาติ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒ คือ สสส. และภาคีเครือข่ายประสบความสำเร็จด้านสร้างเสริมสุขภาพในหลายเรื่องเป็นที่ประจักษ์และยอมรับในระดับสากล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่คณะทำงานเฉพาะกิจ ภายใต้สหประชาชาติด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (United Nations Inter-Agency Task Force on NCDs) มีข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลไทยว่า “รัฐบาลควรสนับสนุนบทบาทประเทศไทยให้เป็นผู้นำโลกและศูนย์กลางด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ในบริบทประเทศกำลังพัฒนา โดยใช้บทเรียนจาก สสส. กระทรวงสาธารณสุข สปสช. และ สช.” ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการรับคณะศึกษาดูงานจากต่างประเทศ ของ สสส. ใน ๘ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๑) พบว่า จำนวนคณะและจำนวนผู้ดูงานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่า สสส. เป็นที่รู้จักและยอมรับมากขึ้นในสายตานานาชาติ ทั้งในด้านที่เป็นต้นแบบองค์กรสร้างเสริมสุขภาพกลไกนวัตกรรมการเงินการคลังที่ยั่งยืน รูปแบบและวิธีการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

ในประเด็นต่างๆ เป็นต้น ดังนั้นการขับเคลื่อนงานวิเทศสัมพันธ์ของ สสส. ในระยะต่อไปจึงมุ่งเน้นไปที่สร้าง การรับรู้และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. และภาคีเครือข่ายในเวทีโลก และสนับสนุนการยกระดับงาน สสส. และภาคีเครือข่ายไปสู่ระดับสากล โดยเริ่มจากการพัฒนาอย่างเป็นระบบเพื่อมุ่งไปสู่การเป็นศูนย์การเรียนรู้ ของโลกด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทของประเทศ กำลังพัฒนาต่อไปในอนาคต

๔. สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของแผนงานสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยี สร้างเสริมสุขภาพ

ความร่วมมือกับหน่วยงานหลักด้านสาธารณสุข หน่วยงานวิชาการ หน่วยงานด้านข้อมูลประชากรและ สาธารณสุข หน่วยงานด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เพื่อดำเนินงานเกี่ยวกับข้อมูล สารสนเทศ องค์ความรู้ ด้านสุขภาพ ทั้งในรูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูล การทำฐานข้อมูล การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล การจัดทำ เป็นสารสนเทศด้านสุขภาพ รวมทั้งการปรับใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนั้น ถือว่าเป็นเครื่องมือสำคัญให้ สสส. และภาคีเครือข่ายสามารถทราบสถานการณ์สุขภาพ วางแผนการดำเนินงาน กำหนดนโยบายต่างๆ เพื่อสร้างสังคมสุขภาวะได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และยั่งยืน นอกจากนี้ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๑ ได้มีมติเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ (Health Literacy for NCDs Prevention and Management) ซึ่งเป็นนโยบายสาธารณะที่มุ่งขับเคลื่อนสังคมไทยให้ประชากร ในประเทศมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ห่วงไกลปัญหาโรคไม่ติดต่อ โดยมีมติข้อ ๑ ขอให้กระทรวงสาธารณสุข โดย กรมควบคุมโรค ร่วมกับ สสส. เป็นแกนนำในการประสานร่วมกับเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับชาติ และระดับพื้นที่ เพื่อพัฒนาระบบจัดการและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา โรคไม่ติดต่อ

๕. สถานการณ์การจัดตั้งสำนักวิชาการและนวัตกรรม

การดำเนินงานที่ผ่านมาของ สสส. มีผลงานทั้งด้านนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพและผลงานด้านการ สร้างเสริมสุขภาพที่เป็นประโยชน์ ด้วยการขับเคลื่อน และผลักดันของ สสส. ในฐานะผู้จุดประกายส่งเสริมและ สนับสนุนการสร้างนวัตกรรม (Innovative Enabler) ความตื่นตัวทางสิ่งแวดล้อม การเมือง รวมทั้งเทคโนโลยี เพื่อสุขภาพ ทำให้การทำงานของ สสส. ต้องมีการพัฒนาศาสตร์ต่างๆ ที่เหมาะสม และเพิ่มช่องทางต่างๆ ในการสร้างและพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ เทคโนโลยี และการจัดการเพื่อมาปรับ การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

ด้วยสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโลกที่กำลังเข้าสู่ยุค Data Economy ที่มีผลกระทบและสร้าง การเปลี่ยนแปลงของ คน สภาพแวดล้อม สังคมและชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบันนั้น การพัฒนาระบบและ การบริหารจัดการฐานข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ไม่ใช่เพียงข้อมูลที่ได้มาจากการตรวจร่างกายตามระบบบริการ สุขภาพทั่วไป แต่รวมถึงข้อมูลที่เกิดจากการติดตามพฤติกรรมคน ที่ได้จากการสำรวจและการเก็บข้อมูลผ่าน การใช้เทคโนโลยีต่างๆ อีกด้วย ประกอบกับ การสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วยการขับเคลื่อน ผ่านกระแสสังคมในปัจจุบันยังไม่เพียงพอ แต่การสร้างความตระหนักของบุคคล ซึ่งนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนบุคคล เป็นสิ่งที่หลายหน่วยงานทั้งในและต่างประเทศกำลังให้ความสนใจ โดยมีการใช้ข้อมูลพฤติกรรม สุขภาพส่วนบุคคลมาช่วยเพื่อสร้างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละบุคคลให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น จึงจำเป็นที่

สสส. ต้องเริ่มดำเนินการสร้างฐานข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ โดยกำหนด Platform และวิธีในการเก็บข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้วิเคราะห์พฤติกรรมทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของโลก อีกทั้งข้อมูลดังกล่าวยังสามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อใช้ในการกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์การดำเนินงาน และเป็นข้อมูลพื้นฐาน (Baseline) สำหรับการติดตามและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เกิดจากการดำเนินงานของ สสส.

จากสถานการณ์ดังกล่าว เพื่อให้การส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมของ สสส. สามารถดำเนินการสร้าง พัฒนา และขยายขีดความสามารถของนวัตกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้ตรงตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร ดังนั้น ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ทางคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จึงมีมติเห็นชอบให้มีการยกระดับฝ่ายสนับสนุนงานนวัตกรรมขึ้นเป็น สำนักวิชาการและนวัตกรรม เพื่อทำหน้าที่สร้างเสริมและพัฒนาระบบสนับสนุนนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบครบวงจร ตั้งแต่การกำหนดเป้าหมาย การพัฒนาระบบที่ก่อให้เกิดการพัฒนามาตรฐานที่จะมากำหนดแนวทางและวิธีการ (Guideline) บริหารจัดการ รวมไปถึงการรวบรวม การเผยแพร่ (Dissemination) และการใช้ประโยชน์ (Utilization) จากผลงานนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพและทรัพย์สินทางปัญญา (Intellectual Property) ของ สสส. ภารกิจของสำนักวิชาการและนวัตกรรม จึงเป็นหน่วยที่มีหน้าที่ในการพัฒนากระบวนการเรียนรู้และพัฒนานวัตกรรมให้เกิดขึ้นควบคู่กับบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานภายในองค์กร ดำเนินการผ่านการรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจากสำนักและฝ่ายต่างๆ ภายใน สสส. และสร้างองค์ความรู้ใหม่เพื่อใช้ในการสนับสนุนการทำงานของ สสส. รวมทั้งเชื่อมประสานส่วนงานต่างๆ ของ สสส. กับหน่วยงานภายนอกเพื่อสร้างโอกาสในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้บริหาร สสส. เห็นชอบให้สำนักวิชาการและนวัตกรรมอยู่ภายใต้โครงการการบริหารจัดการของแผน ๑๓

๖. สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของแผนงานติดตามและประเมินผล

การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานของ สสส. สามารถบรรลุเป้าหมายและตามพันธกิจที่ตั้งไว้ อีกทั้งยังช่วยสะท้อนให้สังคมเห็นถึงคุณค่าและการดำรงอยู่ของ สสส. โดยปี พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ ถือเป็นปีที่สำคัญ เนื่องจาก

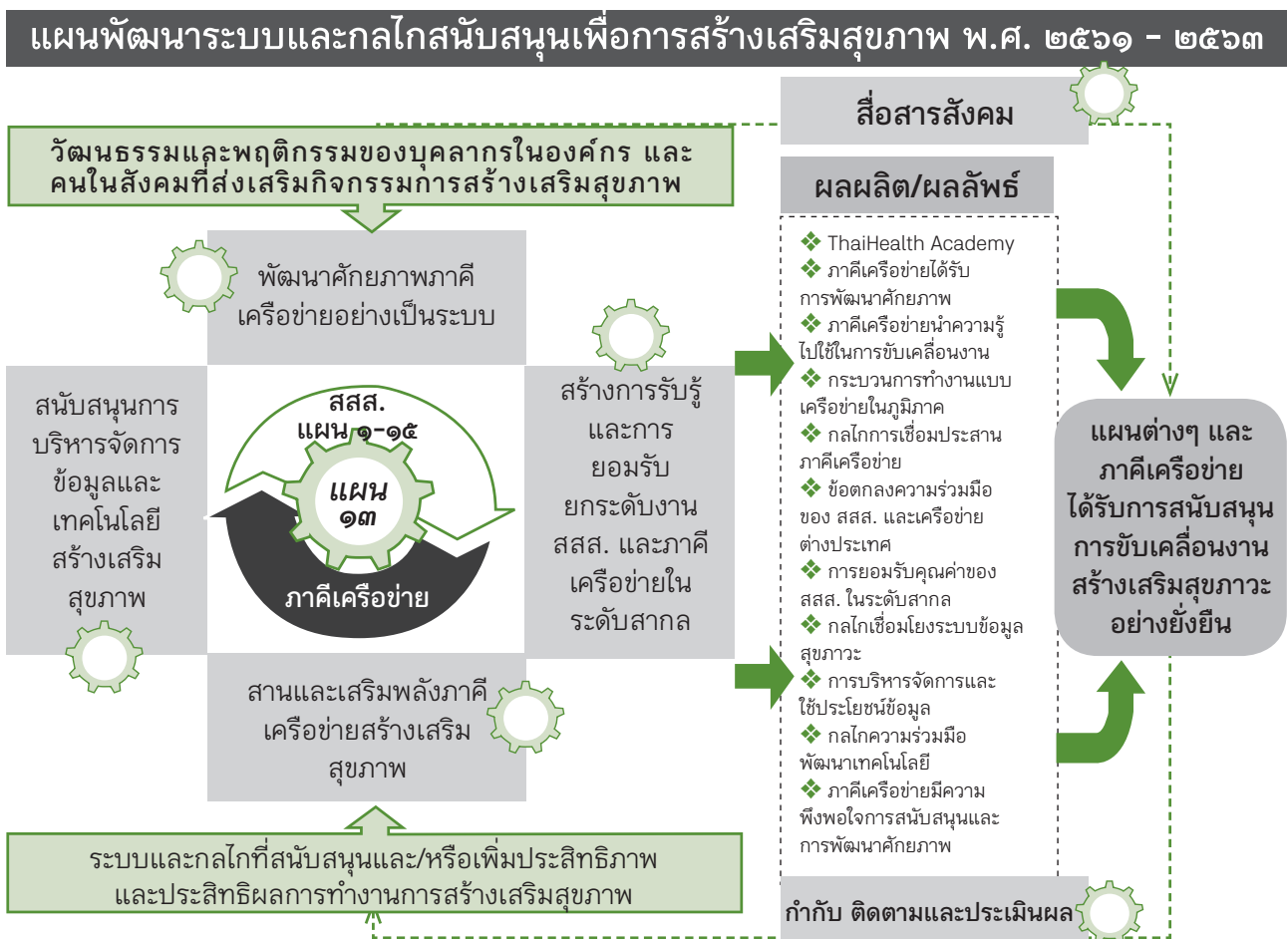
- ๑) ครบรอบ ๒๐ ปีของการจัดตั้ง สสส. (พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๖๔)
- ๒) ครบรอบการดำเนินงานตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔)
- ๓) ครบรอบการดำเนินงานตามแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓)

ดังนั้น ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ การพัฒนากรอบการประเมินผลที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินนโยบายระดับองค์กร ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๖๔) การประเมินผลการดำเนินงานตามทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) และการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) จึงจำเป็นต้องดำเนินการให้ทันต่อการประเมินผลในปี ๒๕๖๔ เพื่อให้มีข้อมูลผลการประเมินสำหรับใช้ในการกำหนดทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์การดำเนินงานของ สสส. ในระยะต่อไป

จากสถานการณ์และแนวโน้มดังกล่าว แผนการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ขับเคลื่อนภายใต้กรอบแนวคิด แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (แผน ๑๓) ระยะ ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ดังแผนภาพด้านล่าง ซึ่งดำเนินการภายใต้ ๖ ยุทธศาสตร์ ได้แก่

- ๑) สนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพ
- ๒) พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ
- ๓) สานและเสริมพลังภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ โดยสร้างความเป็นส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
- ๔) สร้างการรับรู้และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. และภาคีเครือข่ายในเวทีโลกและสนับสนุนการยกระดับงาน สสส. และภาคีเครือข่ายในระดับสากล
- ๕) สื่อสารข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพสู่กลุ่มเป้าหมาย
- ๖) พัฒนาและสนับสนุนระบบการกำกับ ติดตามและประเมินผล

โดยบทบาทการทำงานของแผน ๑๓ นั้น จะสนับสนุนแผนต่างๆ ของ สสส. และภาคีเครือข่าย (บุคลากรหรือหน่วยงานผู้รับทุนจาก สสส. และองค์กรภาคียุทธศาสตร์ความร่วมมือ) ผ่านระบบและกลไกกลางตาม ๖ ยุทธศาสตร์ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน ดังที่ปรากฏในแผนภาพกรอบแนวคิดแผน ๑๓ ด้านล่างนี้



จุดเน้นการดำเนินงานของแผน ๑๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของภาคี สสส. ในปี ๒๕๖๓ ภายใต้แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีจุดเน้นการดำเนินงานใน ๘ ประเด็น ดังนี้

- ๑) พัฒนากลไกการใช้ข้อมูลและองค์ความรู้ที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนระเบียบวาระกลางประจำปี ๒๕๖๓ เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)
- ๒) พัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานเพื่อจัดตั้งสถาบันการเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy) โดยการพัฒนาหลักสูตรตามกรอบในการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย สสส. (ThaiHealth Core Competencies) และการสร้างสื่อการเรียนรู้ต่างๆ ที่พร้อมใช้ และการสร้างกลไกการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในภูมิภาคต่างๆ เพื่อให้เกิดการขยายงานผ่านกลไกการเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายในพื้นที่
- ๓) พัฒนาระบบและกลไกเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง ผ่านการดำเนินงานเชื่อมโยงเครือข่ายภาคีในพื้นที่
- ๔) สนับสนุนให้ สสส. เป็นต้นแบบหรือศูนย์การเรียนรู้ของโลกด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทของประเทศกำลังพัฒนา โดยการพัฒนาสื่อการเรียนรู้จากองค์ความรู้ต่างๆ ของ สสส. ที่ปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายจากนานาชาติ
- ๕) สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลสารสนเทศ องค์ความรู้ และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยสนับสนุนให้มีการใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีมาช่วยในการดำเนินงาน ทั้งนี้ เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ
- ๖) พัฒนา Data Platform เพื่อให้เกิดการรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ สร้างฐานข้อมูล ซึ่งจะนำไปสู่การบริหารจัดการและการวิเคราะห์ข้อมูลในอนาคต
- ๗) พัฒนาการสื่อสารข้อมูลของ สสส. และการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในสื่อใหม่ (New Media) และสื่อออนไลน์ เพื่อให้เข้าถึงผู้รับสารได้มากขึ้น
- ๘) พัฒนาระบบและกลไกการกำกับ ติดตามและประเมินผล ผ่านการสร้างองค์ความรู้ เครื่องมือ/คู่มือ และกรอบการประเมินผลที่สำคัญ เพื่อนำไปใช้ในการกำหนดทิศทาง เป้าหมาย และแผนการดำเนินงานของ สสส. ในระยะต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. พัฒนาหลักสูตรตามสมรรถนะหลักที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Core Competencies)^{๑๓๖} จากองค์ความรู้ บทเรียน วิธีการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่าย
๒. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายตามสมรรถนะหลักที่จำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Core Competencies)
๓. สนับสนุนกลไกการสร้างความร่วมมือร่วมใจของภาคีเครือข่ายที่เอื้อให้เกิดการหนุนเสริมซึ่งกันและกัน ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
๔. สร้างการรับรู้ และการยอมรับในคุณค่าของ สสส. และภาคีเครือข่ายในเวทีโลก
๕. สนับสนุนและเชื่อมโยงกลไกการทำงานระบบข้อมูลสารสนเทศ องค์ความรู้ เพื่อใช้ประโยชน์และพัฒนา นวัตกรรมขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ
๖. พัฒนาระบบการสื่อสารให้กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มรับรู้คุณค่า วิธีการทำงาน ความโปร่งใส ผลงาน และความคุ้มค่า การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส.
๗. พัฒนางานกำกับ ติดตามและประเมินผลของ สสส. ที่จำเป็นต่อการรายงานผลการดำเนินงานของ องค์กร ทั้งระดับองค์กรและระดับแผน ที่ครอบคลุมทั้งเครื่องมือ วิธีการ ระบบข้อมูล องค์ความรู้ และบุคลากรในทุกกระดับ

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก

แผนงานพัฒนาศักยภาพ

๑. เกิดระบบและกลไกสนับสนุนการดำเนินงานสถาบันการเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy) ได้แก่ การพัฒนาหลักสูตรตามกรอบในการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย สสส. (ThaiHealth Core Competencies) การพัฒนาศักยภาพภาคี การขยายผลสู่ระดับภูมิภาค และกลไกสนับสนุน
๒. ร้อยละ ๘๐ ของภาคีเครือข่ายที่เข้ารับการพัฒนาศักยภาพ มีทักษะ ความรู้ และนำไปใช้ในการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพ

^{๑๓๖} ThaiHealth Core Competencies : คือ กรอบในการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย สสส. ประกอบด้วย ๕ สมรรถนะหลัก และ ๒ สมรรถนะรอง ได้แก่ ๑.หลักการและแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Theory & Methodology) ๒.การบริหารโครงการสุขภาพ (Project and Program Management in Health Promotion) ๓.การสื่อสารเพื่อสังคมสุขภาพ (Social Communication in Health Promotion) ๔.การบริหารเครือข่าย (Network and Partnership Management) ๕.ผู้นำและทักษะการจัดการในงานสุขภาพ (Leadership and Management Skill in Health Promotion) ๖.การจัดการความรู้ (Knowledge Management) ๗.การจัดการความยั่งยืน (Sustainability Management)

แผนงานภาคีสัมพันธ์

๓. เกิดกระบวนการ/ความร่วมมือการทำงานเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ๒ กลไก/ความร่วมมือ โดยมีการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน และการบริหารจัดการภาคีเครือข่าย โดยใช้กลไกที่มีอยู่ตามบริบทของพื้นที่
๔. เกิดการพัฒนาข้อมูลสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านช่องทางสื่อสารที่มีอยู่ ๒๐ ชุดข้อมูล
๕. ร้อยละ ๙๐ ของภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจในระบบสนับสนุนการเชื่อมโยงการทำงานของภาคีเครือข่าย

แผนงานวิเทศสัมพันธ์

๖. เกิดข้อตกลงความร่วมมือที่ยกระดับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และเครือข่ายสู่ระดับสากลที่สนับสนุนการบรรลุทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. ตลอดจนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) ไม่น้อยกว่า ๒ ข้อตกลงความร่วมมือ
๗. สสส. เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติในฐานะองค์กรต้นแบบด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน
 - (๑) มีคณะจากต่างประเทศเข้าศึกษาดูงาน ไม่น้อยกว่า ๒๐ คณะ โดยที่ผู้เข้าศึกษาดูงานมาจากกว่า ๒๐ ประเทศ
 - (๒) ผู้แทน สสส. ได้เข้าร่วมและแสดงบทบาทบนเวทีสากลที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง
 - (๓) สสส. ได้รับการอ้างอิงในวารสารวิชาการระหว่างประเทศไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง

แผนงานสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพ

๘. กลไกเชื่อมโยงข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพภายใน สสส. และ/หรือภาคีเครือข่าย ที่นำไปสู่การวางแผนการดำเนินงานหรือติดตามการทำงาน เพื่อตอบสนองแนวนโยบายแผนหลัก ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ของ สสส.
 - (๑) ความร่วมมือในการเชื่อมโยงการทำงานด้านข้อมูลและเทคโนโลยีภายใน สสส. และภาคีเครือข่าย ที่มีการดำเนินงานร่วมกันมีความก้าวหน้าทั้งในด้านการเชื่อมโยงระบบข้อมูลและการใช้ประโยชน์
๙. เกิดการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และใช้ประโยชน์ข้อมูล องค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบที่หลากหลาย เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส.
 - (๑) รายงานผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพะในภาพรวมของประเทศ อย่างน้อย ๒ เรื่อง และมีการนำข้อมูล และองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพะไปใช้ประโยชน์โดยอาศัยภาคีเครือข่ายของ สสส.
๑๐. เกิดความร่วมมือระหว่าง สสส. กับหน่วยงานด้านการศึกษา หรือด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ในการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในงานสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน ๑ ความร่วมมือ

แผนงานวิชาการและนวัตกรรม

๑๑. สร้างหรือสรรหาผลงานนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการปฏิบัติงานและพัฒนานวัตกรรมในการปฏิบัติงานของส่วนต่างๆ อย่างน้อย ๓ โครงการ
๑๒. พัฒนากลไกการบริหารจัดการทรัพย์สินทางปัญญาของ สสส. จำนวน ๑ กลไก

แผนงานสื่อสารองค์กร

๑๓. พัฒนาชุดข้อมูลสื่อสารที่สอดคล้องกับเป้าหมายการทำงานของ สสส. เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการรับรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนร่วมสนับสนุนการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย และพฤติกรรมตามแนวทางการดำเนินงานของ สสส. โดยผลิตชุดข้อมูลสื่อสารอย่างน้อย ๕๐๐ ชิ้น ได้รับการเผยแพร่จากสื่อต่างๆ อย่างน้อย ๔,๐๐๐ ครั้งต่อปี โดยมีภาคียุทธศาสตร์ที่มีความเข้าใจการทำงานของ สสส. และมีส่วนร่วมในการสื่อสารเพื่อผลักดันนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ ๖ ประเด็น อย่างน้อย ๔๐ คน
๑๔. สื่อสารข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ช่องทางหลักของ สสส. โดยมีผู้เข้าถึงข้อมูลอย่างน้อย ๑๐ ล้านคนภายในปี ๒๕๖๓ และโครงการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ สามารถสร้างการมองเห็นของผู้ใช้สื่อออนไลน์ (Viral Reach) มากกว่า ๒๐ ล้านคน และเกิดการมีส่วนร่วม (Engagement Users) มากกว่า ๑ ล้านครั้ง
๑๕. กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มรับรู้ข้อมูลประเด็นการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. อย่างน้อย ร้อยละ ๙๐ และมีความพึงพอใจต่อกระบวนการทำงานของ สสส. อย่างน้อย ร้อยละ ๗๐ หรือ ๘ คะแนน

แผนงานกำกับ ติดตามและประเมินผล

๑๖. เกิดกรอบการประเมินผลการดำเนินงานตามทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี ของ สสส. พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔
๑๗. เกิดเครื่องมือและ/หรือคู่มือที่ใช้ในการกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. อย่างน้อย ๒ เครื่องมือ/คู่มือ
๑๘. เกิดฐานข้อมูลเครือข่ายนักประเมินผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญ การประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ในระดับต่างๆ

ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

๑. เกิด platform ในการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นภายใน สสส. เพื่อรองรับการขับเคลื่อนนโยบายความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับชาติ การเชื่อมโยงและสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพและสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ภาคีหลัก

องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ หน่วยงาน สถาบัน องค์กรด้านการพัฒนาศักยภาพ ภาควิชาการช่วยสร้างเสริมสุขภาพ สสส. เครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ ASEAN University Network-Health Promotion Network (AUN-HPN) กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสถิติแห่งชาติ มูลนิธิพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ มูลนิธินโยบายสุขภาพ มูลนิธิหมอชาวบ้าน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย กระทรวงการต่างประเทศ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ สำนักพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ World Health Organization (WHO), International Network of Health Promotion Foundations (INHPF), Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA), United Nations Agencies, World Bank, Prince Mahidol Award Foundation, IOGT International

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานพัฒนาศักยภาพ	๑๙
๒. กลุ่มแผนงานภาคีสัมพันธ์	๒๔
๓. กลุ่มแผนงานวิเทศสัมพันธ์	๒๓
๔. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพ	๓๐
๕. กลุ่มแผนงานวิชาการและนวัตกรรม	๒๐
๖. กลุ่มแผนงานการสื่อสารองค์กร	๔๓
๗. กลุ่มแผนงานติดตามและประเมินผล	๒๘
รวม	๑๘๗

แผนอาหารเพื่อสุขภาพ



แผนอาหารเพื่อสุขภาพ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ นับเป็นปีสุดท้ายของเป้าหมายตามแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) จึงได้เน้นรายละเอียดของกิจกรรมหลัก ตามกรอบการดำเนินงานของแผนเพื่อสรุปภาพรวมการดำเนินงานตามกรอบแผนหลัก ๓ ปี ตามที่ได้วางเป้าหมายไว้ ซึ่งสอดคล้องกับทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) ของ สสส. ตอบสนองแนวนโยบายการปฏิรูปสังคมและเศรษฐกิจตามทิศทางยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ และสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDGs พร้อมกันนี้ยังได้ปูทางแนวคิด “พลเมืองอาหาร” ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญต่อการสร้างการมีส่วนร่วมในระบบอาหารที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติของประเทศและของโลก

สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบอาหาร

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรโลกมากถึง ๓๙.๕ ล้านคน หรือประมาณร้อยละ ๗๐ ของจำนวนประชากรที่เสียชีวิตทั้งหมด^{๑๓๗} เช่นเดียวกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่โรค NCDs เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต โดยสถานการณ์โรค NCDs ในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกๆ ปี และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๖๖ เป็นร้อยละ ๗๖ ในช่วงระยะเวลา ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๗) เมื่อพิจารณาในจำนวนผู้เสียชีวิตจะพบว่า เพิ่มขึ้นจาก ๒๗๐,๖๑๕ คน (พ.ศ. ๒๕๔๗) เป็น ๓๖๘,๘๗๐ คน (พ.ศ. ๒๕๕๗) หรือเฉลี่ยเพิ่มขึ้นประมาณ ๙,๘๐๐ คนต่อปี หากพิจารณาตามรายโรคพบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญมาจากภาวะความดันโลหิตสูง^{๑๓๘}

^{๑๓๗} World Health Organization. NCD mortality and morbidity. World Health Organization [Internet]. 2018. Available from: http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/.

^{๑๓๘} แผนงานการพัฒนาดัชนีภาวะทางสุขภาพเพื่อการพัฒนา นโยบาย. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิกโซลูชันส์ จำกัด; ๒๕๖๐.

๑. สถานการณ์ความมั่นคงทางอาหาร

ประเทศไทยเป็นประเทศที่สามารถผลิตอาหารเพื่อบริโภคในประเทศและส่งออกไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลก แต่หากพิจารณาในเชิงโครงสร้างจะพบว่า

(๑) ระบบนิเวศอาหารเสื่อมโทรมและถูกทำลาย ผลจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ ความผันผวนของฤดูกาล ส่งผลให้ความหลากหลายทางชีวภาพที่เป็นฐานทรัพยากรอาหารลดลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสภาพการใช้ที่ดินไปจากกิจกรรม โครงการ และนโยบายการพัฒนาต่างๆ

(๒) ชุมชนท้องถิ่นที่เคยพึ่งพาฐานทรัพยากรอาหารในระบบนิเวศต่างๆ ยังเข้าไม่ถึงฐานทรัพยากรอาหาร แม้จะมีการแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย และมีมาตรการจากคณะกรรมการนโยบายที่ดินแห่งชาติ (คทช.) เพื่อผ่อนปรนการทำกินของชุมชน แต่ก็ยังอยู่ในสถานะจำกัด ชุมชนอยู่ได้เพียงการยังชีพจากฐานทรัพยากร ไม่สามารถสร้างเศรษฐกิจอาหารจากฐานทรัพยากรที่มั่นคงได้

(๓) การลดลงของพื้นที่การผลิตอาหาร ข้อมูลการใช้ประโยชน์ที่ดินของสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ สรุปได้ว่าประเทศไทยมีเนื้อที่ทั้งประเทศ ๓๒๐,๖๙๖,๘๘๘ ไร่ เป็นเนื้อที่ใช้ประโยชน์ทางการเกษตร ๑๔๙,๒๓๖,๒๓๓ ไร่ จำแนกเป็น นาข้าว ๖๙,๙๖๔,๘๖๒ ไร่ พืชไร่ ๓๑,๑๕๔,๐๐๐ ไร่ สวนไม้ผลหรือไม้ยืนต้น ๓๔,๙๑๕,๒๗๔ ไร่ โดยพบว่า เกษตรกรต้องเช่าที่ดินทำกินซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก ๒๓.๙๒ ล้านไร่ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็น ๒๙.๒๕ ล้านไร่ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖^{๑๓๙}

(๔) การลดลงของแรงงานภาคเกษตร จากร้อยละ ๖๗ ของแรงงานทั้งหมดในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๑๖ - ๒๕๒๐ เหลือเพียงร้อยละ ๓๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ และยังพบว่า เกษตรกรกลุ่มผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น แต่เกษตรกรวัยแรงงานอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี กลับมีแนวโน้มที่จะทำงานภาคการเกษตรลดลงเหลือเพียง ๑ ใน ๓ ในช่วง ๒๐ ปี คือ จากร้อยละ ๓๕.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๐ เหลือเพียงร้อยละ ๑๒.๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔^{๑๔๐}

(๕) การกระจุกตัวของแหล่งกระจายอาหาร พบว่า เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๔ สัดส่วนร้านโมเดิร์นเทรด (เช่น ร้านสะดวกซื้อ) มีเพียงร้อยละ ๓๕ ของระบบการกระจายอาหารที่มีอยู่ แต่ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ กลับพบว่า สัดส่วนร้านโมเดิร์นเทรดเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๖๖.๔^{๑๔๑}

(๖) ความหลากหลายของวัฒนธรรมอาหารท้องถิ่นถูกทำลาย ทั้งในส่วนวัฒนธรรมอาหารท้องถิ่น เชื่อมโยงกับระบบนิเวศ ความหลากหลายทางชีวภาพ ค่านิยมในการผลิตและบริโภค ซึ่งเป็นผลมาจากทิศทางการพัฒนาแบบบริโภคนิยม ส่งผลให้วัฒนธรรมอาหารท้องถิ่นเสื่อมถอย ขาดความหลากหลายทางอาหาร จึงเหลือแต่พืชอาหารที่อยู่ในระบบการผลิตเพียงไม่กี่ประเภท ส่งผลต่อความไม่มั่นคง ความไม่ปลอดภัยทางอาหาร และทุพโภชนาการ

^{๑๓๙} ลดาวัลย์ คำภา. ๒๕๖๐. การพัฒนาเกษตรกรรมยั่งยืนในประชาคมโลก - ประชาคมอาเซียน และทิศทางของประเทศไทย. เอกสารประกอบการบรรยาย. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

^{๑๔๐} สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๕.

^{๑๔๑} มุลนิธิชีววิถี, ๒๕๖๐.

๒. สถานการณ์ความปลอดภัยของอาหาร

สถานการณ์ความปลอดภัยของอาหารจากการตกค้างของสารเคมีทางการเกษตร เห็นได้ชัดจากผลการสุ่มตรวจสารพิษตกค้างในผักและผลไม้ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยเครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (Thai-PAN) พบว่า มีสารพิษปนเปื้อนในผักและผลไม้เกินมาตรฐาน ร้อยละ ๔๖ โดยผักยอดนิยมมีสารเคมีตกค้างเกินมาตรฐาน ร้อยละ ๖๔ ผักพื้นบ้าน ร้อยละ ๔๓ และผลไม้ ร้อยละ ๓๓ ตามลำดับ สอดคล้องกับปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบทางการเกษตร ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๐ พบว่า มีความเสี่ยงต่อการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยเฉลี่ยในปริมาณมากกว่า ๓ กิโลกรัมต่อคนต่อปี

งานศึกษาของมูลนิธิการศึกษาไทย พบว่า ผักผลไม้จาก ๓๓๕ ตัวอย่าง ที่ทำการเก็บสำรวจนั้นมีส่วนที่ไม่ปลอดภัยต่อการบริโภคถึง ๒๑๐ ตัวอย่าง คิดเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ ๖๓ และจากผลการตรวจหาสารตกค้างในอาหารกลางวันเด็กนักเรียน พบยาฆ่าแมลงในผักผลไม้เกือบหนึ่งเท่า ขณะที่ในปีสภาวะครู-นักเรียน มีสารเคมีตกค้างถึงร้อยละ ๔๔ (ข้อมูลเดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๑) นอกจากนี้ ยังได้ตรวจสารตกค้างในเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์แปรรูปใน ๓๒ โรงเรียน ครอบคลุมพื้นที่ ๔ จังหวัด โดยตรวจสอบจากแหล่งที่มาของวัตถุดิบ คือ ตลาดในชุมชนที่โรงเรียนตั้งอยู่ พบสารเคมีตกค้างที่สำคัญคือ สารฟอกขาว ผงกรอบ และฟอร์มาลีน ซึ่งผลการสำรวจนี้ได้สรุปเรื่องข้อจำกัดในการเข้าถึงอาหารกลางวันปลอดภัยไว้ คือ ๑) พื้นที่สำหรับเพาะปลูกภายในโรงเรียนไม่เพียงพอต่อการป้อนอาหารกลางวันในโรงเรียน ๒) วัตถุดิบที่ซื้อในท้องตลาดมีสารเคมีปนเปื้อน ๓) ขาดความตระหนักต่อผลกระทบของสารกำจัดศัตรูพืชที่มีต่อเด็ก ๔) โรงเรียนส่วนใหญ่ใช้วิธีจ้างในการจัดทำอาหารกลางวัน ๕) ชุมชนไม่มีการผลิตวัตถุดิบที่ปลอดภัย และ ๖) ขาดนโยบายการส่งเสริมอาหารกลางวันปลอดภัยที่จริงจัง

สถานการณ์ความปลอดภัยของอาหารจากการตกค้างของสารเคมีทางการเกษตร ส่งผลกระทบต่อ การเกิดโรคที่สัมพันธ์กับอาหารและสารเคมี (โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง) โดยพบว่า อัตราการตายของคนไทยที่เกิดจากโรคที่สัมพันธ์กับอาหารและสารเคมีเกิดขึ้นเกินกว่า ๒ เท่า ในช่วงเวลา พ.ศ. ๒๕๓๗ - ๒๕๕๔^{๑๔๒}

๓. สถานการณ์โภชนาการและความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมผู้บริโภค

โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ในประเทศไทยประสบปัญหาภาวะทุพโภชนาการที่สำคัญ ได้แก่

- (๑) ร้อยละ ๖.๗ มีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในระดับปานกลางหรือรุนแรง โดยเด็กในครัวเรือนที่ยากจนมาก มีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์สูงกว่าเด็กฐานะอื่นๆ
- (๒) ๑ ใน ๑๒ ของเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี มีภาวะอ้วน
- (๓) ๑ ใน ๑๐ ของเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ประสบภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังในระดับปานกลางหรือรุนแรง (เตี้ย)
- (๔) ร้อยละ ๕.๔ ของเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ประสบภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลันในระดับปานกลางและหรือรุนแรง (ผอม)

^{๑๔๒} รายงานสถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๐.

ในขณะที่สถานการณ์ด้านนมแม่ พบว่า เด็กแรกเกิดเกือบทั้งหมด (ร้อยละ ๙๗.๕) เคยกินนมแม่ แต่มีเพียงร้อยละ ๓๙.๙ ที่ได้กินนมแม่ในเวลาที่เหมาะสม คือภายใน ๑ ชั่วโมงหลังเกิด ขณะที่ทารกอายุ ๐ - ๕ เดือน ร้อยละ ๒๓.๑ กินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน และเด็กในประเทศไทยเพียงร้อยละ ๑๕.๖ กินนมแม่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๒ ปี

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่า เด็กไทยอายุ ๖ - ๑๕ ปี ทุก ๑ ใน ๑๐ คน มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๓.๙ ในส่วนของผู้ใหญ่พบว่าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ๒ เท่าในรอบ ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา และเป็นที่น่าตกใจ คือ คนไทยอ้วนสูงสุดเป็นอันดับ ๒ ของกลุ่มประเทศอาเซียน โดยพบว่า ๓ ใน ๑๐ คน เป็นผู้ชายอ้วน และ ๔ ใน ๑๐ คน เป็นผู้หญิงอ้วน ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เกิดจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่แย่ง ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลทางร่างกายมากขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ส่งผลดีต่อสุขภาพ อาทิ อาหารฟาสต์ฟู้ด น้ำอัดลม ฯลฯ ซึ่งเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูงเกินความจำเป็นต่อร่างกาย แต่กลับมีคุณค่าสารอาหารทางโภชนาการน้อย รวมถึงการมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบแบบคนเมือง มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และมักใช้เวลากับสื่อออนไลน์มากขึ้น

ข้อมูลจาก Euro Monitor International นำเสนอเกี่ยวกับตลาดอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพของไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า มีแนวโน้มเติบโตต่อเนื่อง เฉลี่ยร้อยละ ๓.๕ ต่อปี หรือคิดเป็นมูลค่าราว ๑๘๗,๐๐๐ ล้านบาท อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้บริโภคที่ใส่ใจสุขภาพส่วนใหญ่จะกระจุกอยู่ในสังคมเมือง โดยพบว่าคนไทยนิยมบริโภคอาหารในกลุ่มฟังก์ชันนัล (Functional Food) เป็นอันดับหนึ่ง เพราะมีการเติมสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น ผลิตภัณฑ์บำรุงสมอง ผลิตภัณฑ์กลุ่มวิตามินต่างๆ หรือกลุ่มบีบีดีดีริงก์ เป็นต้น ซึ่งสามารถครองส่วนแบ่งตลาดสูงถึงร้อยละ ๖๒.๓ รองลงมาคือ อาหารเพื่อสุขภาพจากธรรมชาติ ที่ผ่านการแปรรูปน้อยที่สุด เช่น นม ธัญพืช ผักและผลไม้ เป็นต้น มีส่วนแบ่งตลาดร้อยละ ๒๑.๗ โดยมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มูลค่าตลาดจะเพิ่มขึ้นเป็น ๒๑๓,๐๙๙ ล้านบาท ขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ ๒.๗ ต่อปี ทั้งนี้เป็นผลมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตด้วยความเร่งรีบ การใช้เวลาในการทำงานมากขึ้น ส่งผลให้ผู้บริโภคมีความเครียดและไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย

พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ยังสะท้อนได้ชัดจากผลสำรวจการบริโภคน้ำตาลของคนไทยล่าสุด พบว่า พ.ศ. ๒๕๕๗ คนไทยบริโภคน้ำตาลเฉลี่ยถึง ๒๘ ช้อนชาต่อคนต่อวัน สูงกว่าคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกที่แนะนำไว้แค่วันละ ๖ ช้อนชาถึง ๕.๗ เท่า^{๑๔๓} นอกจากนี้ข้อมูลจากโครงการรณรงค์ลดการบริโภคโซเดียมในประเทศไทย พบว่า คนไทยบริโภคโซเดียม เฉลี่ย ๔,๓๕๑.๖๙ มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งเกินมาตรฐานเกือบ ๒ เท่า (มาตรฐาน ๒,๔๐๐ มก./คน/วัน) จากการบริโภคดีงกล่าวส่งผลให้คนไทยป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพิ่มขึ้น โดยจะเห็นว่าปัจจัยจากการโฆษณาและการตลาดของธุรกิจอาหารฟาสต์ฟู้ดและอาหารขยะ (Junk Food) การใช้กลยุทธ์การตลาดที่มีประสิทธิภาพสูง และมีรูปแบบที่หลากหลาย ล้วนกระตุ้นให้มีการบริโภคมากเกินไปจนเกินความจำเป็น โดยเฉพาะกลุ่มอุตสาหกรรมอาหาร เครื่องดื่มและขนมขบเคี้ยว ติด ๑๐ อันดับแรก ขององค์กรและตราสินค้าที่ใช้งบประมาณในการโฆษณาสูงสุด^{๑๔๔}

^{๑๔๓} Global Agricultural Information Network, 2014.

^{๑๔๔} Marketing Oops. สรุปรวมตลอดปี ๒๕๖๐ แปรนดใหม่ใช้งบประมาณเยอะที่สุด มาดูกัน (ออนไลน์). ๒๐๑๘. (เข้าถึงเมื่อ ๒๙ พ.ค. ๒๕๖๑). <https://www.marketingoops.com/news/brand-move/nielsenads-spending-overall-2017>

จากการศึกษาของโครงการติดตามพฤติกรรมการกินผักและผลไม้ของคนไทย และผลกระทบของนโยบาย และโครงการส่งเสริมการกินผักและผลไม้ในประเทศไทย โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปี ๒๕๖๑ พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปกินผักและผลไม้โดยเฉลี่ย ๕.๓๕ ส่วน/วัน (ค่ามัธยฐาน เท่ากับ ๕ ส่วน/วัน) หรือเท่ากับ ๓๓๖.๙๔ กรัม/วัน (ค่ามัธยฐานเท่ากับ ๒๙๕.๗๑ กรัม/วัน) โดยร้อยละ ๓๔.๕ ของประชาชนกลุ่มตัวอย่างอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป กินผักและผลไม้เพียงพอตามเกณฑ์ที่ WHO แนะนำ (๔๐๐ กรัม/วัน หรือ ๕ ส่วนมาตรฐาน)

ผลกระทบจากโรค NCDs ไม่ได้มีเพียงในมิติทางด้านสุขภาพของประชาชน แต่ยังส่งผลกระทบในวงกว้าง ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยมีการประมาณถึงต้นทุนผลกระทบจากโรค NCDs ทั่วโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๗๓ ว่า มีมูลค่ามากถึง ๔๖.๗ ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือคิดเป็นประมาณ ๑,๔๐๑ ล้านล้านบาท สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาต้นทุนหรือความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากโรค NCDs โดยแผน ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านนี้ประเมินภาระโรคและสุขภาพของประชากรไทยพบว่า ต้นทุนที่เกิดจากโรค NCDs ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ มีมูลค่าทั้งสิ้น ๑๙๘,๕๑๒ ล้านบาท โดยมีสัดส่วนของต้นทุนทางอ้อมจากการสูญเสียผลิตภาพ (Productivity Loss) นั้นสูงถึงร้อยละ ๗๔.๒ ของต้นทุนทั้งหมด หรือประมาณ ๑๔๗,๒๐๘ ล้านบาท ในขณะที่ ต้นทุนทางตรงหรือต้นทุนทางด้านการรักษาพยาบาลมีประมาณร้อยละ ๒๕.๘ ของต้นทุนทั้งหมด หรือมี มูลค่ารวม ๕๑,๓๐๔ ล้านบาท โดยความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรค NCDs เหล่านี้ คิดเป็นร้อยละ ๒.๒ ของ ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) หรือประมาณ ๓,๑๒๘ บาทต่อหัวประชากร^{๑๔๔}

การศึกษาภาระโรค จากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยแผนงานการพัฒนาด้านภาระโรค ทางสุขภาพเพื่อการพัฒนา นโยบาย เปรียบเทียบผลการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงช่วง พ.ศ. ๒๕๕๗ และ ๒๕๕๙ พบว่า ภาระโรคจากบางปัจจัยเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่น บุหรี่ น้ำหนักเกินและโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอลในเลือดสูง และการบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ บางปัจจัยอยู่ในสถานการณ์คงเดิม เช่น มลพิษ จากฝุ่นละอองในอากาศ และกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ที่น่าสนใจ คือ เพศหญิงมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิด ภาระโรคมากที่สุด ได้แก่ น้ำหนักเกินและโรคอ้วน คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๓ ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดใน เพศหญิง จะเห็นได้ว่าเพศหญิงกลับสูญเสียจากปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคและวิถีชีวิต ทั้งน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอลซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

จากสถานการณ์ความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย และภาวะโภชนาการ ดังกล่าวในข้างต้น สสส. จึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้เกิดกลไกพหุภาคีหรือกลไกพลเมืองเพื่อให้มีส่วนร่วมในติดตามและ ขับเคลื่อนระบบอาหารปลอดภัย ทั้งในเชิงการศึกษาสถานการณ์ บริบทและเงื่อนไขเชิงพื้นที่ และทางนโยบาย ทั้งในระดับท้องถิ่นและประเทศ เพื่อคุ้มครองส่งเสริมสิทธิพลเมือง ในขณะเดียวกันสถานการณ์โรค NCDs ก็เป็นผลสืบเนื่องและเชื่อมโยงกับปัญหาความมั่นคงทางอาหาร ความไม่ปลอดภัยของอาหาร และภาวะ ทุพโภชนาการ ด้วยเหตุนี้ สสส. โดยแผนอาหารเพื่อสุขภาวะจึงเห็นความสำคัญที่จะต้องพัฒนาระบบอาหาร เพื่อสุขภาวะ ทั้งการรณรงค์ให้บริโภคผักผลไม้อินทรีย์ อาหารปลอดภัย และอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เพื่อช่วยส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไข สถานการณ์โรค NCDs ให้ลดน้อยลง

^{๑๔๔} จเร วิชาไทย, วีรบุษ ว่องวรธนะกุล. ต้นทุนผลกระทบทางเศรษฐกิจจากโรค NCDs. In: ทักษพล ธรรมรังสี, editor. รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิถีสุขภาพ วิถีสังคม. นนทบุรี สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ (สวน) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ๒๕๕๗. หน้า. ๒ - ๑๔.

โอกาสการเข้าถึงอาหารสุขภาพและผักผลไม้ปลอดภัย

ในการผลิตอาหารทั้งหมดของประเทศไทย พบว่า จากพื้นที่การเกษตรทั้งประเทศ ๑๔๙.๒๖ ล้านไร่ มีพื้นที่การผลิตอาหารที่เป็นเกษตรอินทรีย์เพียงร้อยละ ๐.๒ ในขณะที่พื้นที่เกษตรปลอดภัย (GAP) พบเพียงร้อยละ ๑.๔ โดยในระบบการผลิตผักจะพบว่า ปริมาณผักที่ผลิตได้ในปัจจุบันอยู่ที่ ๒.๖ ล้านตัน ในจำนวนนี้เป็นผักอินทรีย์ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานเพียง ๔,๘๐๐ ตัน (ร้อยละ ๐.๒) ผักปลอดภัย (GAP) ๑๕๐,๗๐๐ ตัน (ร้อยละ ๕.๕) ผักไฮโดรโปนิค ๗,๓๐๐ ตัน (ร้อยละ ๐.๓)^{๑๔๖} อย่างไรก็ตามจากข้อมูลพื้นที่เกษตรอินทรีย์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ (กรีนเนท) แสดงให้เห็นว่า มีการก้าวกระโดดของพื้นที่การผลิตเกษตรอินทรีย์ที่มีการตรวจรับรองมาตรฐาน คือ มีการขยายตัวเพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ ๒๖๖ จากในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ประเทศไทยมีพื้นที่เกษตรอินทรีย์รวมกันกว่า ๑.๓๐๙ ล้านไร่ โดยเป็นพื้นที่ทำการเกษตร (ปลูกพืชเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ เลี้ยงสัตว์) ๐.๕๗๔ ล้านไร่ และพื้นที่เก็บเกี่ยวผลผลิตจากธรรมชาติ ๐.๗๓๕ ล้านไร่

นอกจากนี้ กระแสการเติบโตของการกระจายอาหารผ่านช่องทางตลาดเขียว (Green Market) ซึ่งเครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก และกินเปลี่ยนโลก พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ ศึกษาทางเลือกและความหลากหลายของการกระจายสินค้าปลอดภัยของตลาดทางเลือก ๘ แห่ง พบว่า ตลาดเขียวเป็นแหล่งกระจายอาหารปลอดภัยที่มีความสำคัญ ทำให้ผู้บริโภคที่มีรายได้ปานกลางถึงรายได้น้อยสามารถเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพได้ ผู้บริโภคส่วนใหญ่อยู่ใกล้กับตลาดเขียว หรือสามารถใช้เวลาเดินทางมายังตลาดเขียวไม่เกิน ๑๐ นาที เป็นจำนวนร้อยละ ๖๗.๕ สะท้อนให้เห็นศักยภาพของตลาดเขียวว่าเป็นแหล่งอาหารที่มีคุณภาพสำหรับคนในชุมชน และเป็นแนวทางการสร้างระบบกระจายอาหารปลอดภัยที่สามารถทำได้ในพื้นที่ โดยตลาดเขียวระดับท้องถิ่นจะมีขนาดและความต้องการผลผลิตที่สอดคล้องกับผู้ผลิตและผู้บริโภค ลดการเดินทาง ลดต้นทุนการขนส่งอาหารสดใหม่ และส่งเสริมเศรษฐกิจในชุมชน

สสส. ตระหนักว่าการจัดการความมั่นคงทางอาหารต้องเริ่มต้นที่ฐานราก คือ การคุ้มครองปกป้องและฟื้นฟูนิเวศวัฒนธรรมอาหาร ส่งเสริมให้ชุมชนเข้าถึงและจัดการทรัพยากรอาหารได้อย่างมั่นคง ยั่งยืน ตามวัฒนธรรมท้องถิ่น และวิถีชีวิต ด้วยการฟื้นฟูฐานทรัพยากรอาหารให้เข้มแข็ง เชื่อมต่อไปถึงการส่งเสริมให้ผลิตอาหารได้อย่างยั่งยืน ปลอดภัย เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และสร้างเศรษฐกิจชุมชนให้มั่นคง ไปจนถึงการพัฒนากระบวนการกระจายอาหารที่เหมาะสมกับแต่ละท้องถิ่น โดยทั้งเกษตรกร ชุมชน และผู้บริโภคสามารถเข้าถึง แลกเปลี่ยนผลผลิตได้อย่างเป็นธรรม ดังนั้นการบรรลุความมั่นคงทางอาหารจึงต้องดำเนินการตลอดห่วงโซ่อาหาร (ผลิต กระจาย บริโภค) ซึ่งจากบทเรียนของภาคีที่ผ่านมาพบว่า หัวใจอยู่ที่การส่งเสริมความเข้มแข็งชุมชนและประชาชนให้สามารถจัดการความมั่นคงทางอาหารตลอดห่วงโซ่ เพื่อให้เกิดพลเมืองอาหารที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเป็นกลไกทางสังคมที่สนับสนุนระบบอาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy Food System) ได้อย่างยั่งยืน

^{๑๔๖} มูลนิธิชีววิถี. ๒๕๖๐. บทวิเคราะห์และข้อเสนอความมั่นคงทางอาหาร. นำเสนอใน เวทีสังเคราะห์โครงการพัฒนาวิชาการ

โอกาสทางนโยบายและปัจจัยสนับสนุนระบบอาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy Food System)

การสนับสนุนของแผนอาหารเพื่อสุขภาพมีความสอดคล้องกับเป้าหมาย SDGs อย่างน้อย ๑๒ เป้าหมาย จากทั้งหมด ๑๗ เป้าหมาย^{๑๔๗} การพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ของสหประชาชาติ โดยเฉพาะเป้าหมายสำคัญคือ เป้าหมายที่ ๒ “การขจัดความหิวโหย ความมั่นคง ทางอาหาร การยกระดับภาวะโภชนาการและการส่งเสริมเกษตรกรรมยั่งยืน” (End hunger, achieve food security and improved nutrition and promote sustainable agriculture) ซึ่งหากไม่มีการลงทุนที่เพียงพอและยั่งยืนในด้านโภชนาการและอาหารที่ดี ก็จะไม่สามารถบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้ นอกจากนี้ยังมี จุดเน้นการดำเนินงานให้สอดคล้องกับทิศทางตามวิสัยทัศน์**แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี** ซึ่งให้ความสำคัญกับการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยเชื่อมโยงกับ**แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)** ที่ให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้อย่างยั่งยืน โดยในภาคเกษตรกรรมให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพให้เป็นฐานรายได้ใหม่ที่สำคัญ พัฒนาระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงและมีการปรับตัวพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ เพื่อให้ฐานการผลิตภาคเกษตรและรายได้เกษตรกรมีความมั่นคง แรงผลักดันให้สินค้าเกษตรและอาหารของไทยมีความโดดเด่นในคุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัยในตลาดโลก และการสร้างความเข้มแข็งขององค์การการเงินฐานรากและระบบสหกรณ์ให้สนับสนุนบริการทางการเงินในระดับฐานรากและเกษตรกรรายย่อย สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับ (ร่าง) **พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาระบบเกษตรกรรมยั่งยืน พ.ศ.** ที่ส่งเสริมการขับเคลื่อนการเกษตรกรรมที่ยั่งยืนและการผลิตอาหารที่ยั่งยืนในแนวทางต่างๆ เช่น การสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดการทำเกษตรอินทรีย์ และผลผลิตเกษตรอินทรีย์ตามแนวทางการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม (Good Agricultural Practice : GAP) เพื่อลดความเสี่ยงในการผลิตเกษตรกรรมมีภูมิคุ้มกัน สามารถปรับตัวได้ดีขึ้น สามารถสร้างผลผลิตให้แข่งขันได้ในตลาดโลก ส่งผลให้เกิดการยกระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร

รัฐบาลยังได้กำหนดให้มีวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยเป็นผู้นำในระดับภูมิภาคด้านการผลิต การค้า การบริโภค และการบริการเกษตรอินทรีย์ที่มีความยั่งยืน และเป็นที่ยอมรับในระดับสากลจาก**ยุทธศาสตร์การพัฒนาเกษตรอินทรีย์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔** โดยมีเป้าหมายเพิ่มพื้นที่เกษตรยั่งยืน ๕ ล้านไร่ (คิดเป็นร้อยละ ๓.๓ ของพื้นที่เกษตร ในจำนวนนี้เป็นพื้นที่เกษตรอินทรีย์ ๒.๖ ล้านไร่) นอกจากนี้ **กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔** มีจุดเน้นที่สำคัญ ๒ ด้าน ได้แก่ ๑) ประเทศไทยมีความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการ และ ๒) เป็นแหล่งอาหารคุณภาพสูง ปลอดภัย และมีคุณค่าโภชนาการ โดยนัยของ “แหล่งอาหาร” หมายถึง ประเทศไทยจะไม่เพียงแต่เป็นประเทศผู้ผลิตอาหารเท่านั้น แต่จะเป็นประเทศผู้ประกอบการกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เป็นแหล่งอาหารที่สำคัญของโลก ที่สำคัญ คือ การมุ่งสู่การเป็นแหล่งอาหารที่มีคุณภาพสูง

^{๑๔๗} ประกอบด้วย ๑) การขจัดความยากจนทุกรูปแบบ ๒) การขจัดความหิวโหย การบรรลุถึงความมั่นคงทางอาหารและเกษตรกรรมที่ยั่งยืน ๓) การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ๔) การได้รับการศึกษาที่มีคุณภาพเท่าเทียม ทัวถึง และมีการเรียนรู้ตลอดชีวิต ๕) การมีงานที่มีคุณค่าเพื่อเพิ่ม การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ๑๐) การลดความเหลื่อมล้ำทั้งภายในและระหว่างประเทศ ๑๒) การส่งเสริมการผลิตและการบริโภคที่เป็นมิตรกับ สิ่งแวดล้อม ๑๓) การเตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ๑๔) การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่งอย่างยั่งยืน ๑๕) การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรบนบกและรักษาระบบนิเวศ ๑๖) การสร้างสังคมสันติสุข ยุติธรรม และมีสถาบันทางสังคมที่มีความเข้มแข็ง ๑๗) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในทุกๆระดับในการบรรลุถึงเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก (TSDF, 2016)

ผลสำเร็จจากการพัฒนาต้นแบบอาหารปลอดภัยและความมั่นคงทางอาหารที่ สสส. ส่งเสริมให้เกิดขึ้น อย่างเป็นรูปธรรมเป็นปัจจัยสนับสนุนระบบอาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy Food System) อาทิ ๑) ด้านการผลิต เกิดผลสำเร็จแนวทางการพัฒนาให้เกิดเครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือกด้วยวิถีเกษตรธรรมชาติ ๒) ตลาดเขียว ๕๗ แห่ง กระจายอยู่ในทั้ง ๔ ภูมิภาค ๓) โรงเรียนสีเขียว กว่า ๒๐๐ แห่ง ที่ให้ความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการ รวมทั้งการผลิตผักปลอดภัยในโรงเรียน รวมทั้งการมีนโยบายสนับสนุนให้โรงเรียนประถมศึกษาทั่วประเทศใช้ Thai School Lunch ในการพัฒนาเมนูอาหารกลางวันที่ได้คุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสมกับนักเรียน ซึ่ง ทำให้ได้ข้อมูลชนิดและปริมาณวัตถุดิบต่างๆ ที่สามารถเชื่อมโยงไปยังแหล่งเกษตรกรในชุมชน ๔) โรงพยาบาล สีเขียว กว่า ๑๐ แห่ง ที่ปรับระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างให้อื้อต่อการรับซื้อผักผลไม้อินทรีย์เข้าสู่ครัวโรงพยาบาล การพัฒนาเมนูอาหารและเครื่องดื่มสุขภาพของร้านอาหาร และการจัดตลาดเขียวในโรงพยาบาล

ต้นทุนทางด้านวิชาการ ชุดความรู้ กระบวนการเรียนรู้และเครื่องมือการทำงาน ได้แก่ ๑) ความรู้ด้านการรักษาและฟื้นฟูฐานทรัพยากร ดิน น้ำ ป่า ๒) ความรู้ด้านการผลิตเกษตรที่ปลอดภัยในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ เกษตรอินทรีย์ เกษตรธรรมชาติ เกษตรทฤษฎีใหม่ เกษตรเชิงนิเวศ ๓) ความรู้ด้านการจัดการตลาด กระบวนการจัด ตลาดนัดสีเขียวชุมชนและเมือง ด้านการจัดการหลังการเก็บเกี่ยว ด้านระบบการรับรองผลผลิตอย่างมีส่วนร่วม ๔) ความรู้ด้านผู้บริโภคเพื่อเท่าทันต่อสถานการณ์ ด้านคุณภาพความปลอดภัยของผักผลไม้ และด้านการบริโภค ผักผลไม้ให้เพียงพอตามข้อเสนอแนะ ๔๐๐ กรัม ๕) งานศึกษานวัตกรรมมารกิน โดยรวบรวมการนำเสนอเมนูสุขภาพ วัฒนธรรมอาหารท้องถิ่น การวิจัยและพัฒนาเพื่อปรับสูตรลดโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูป การศึกษา แนวทางในการผลิตปลาร้าที่เหมาะสมตามวิถีภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นต้น

ความสำเร็จเชิงมาตรการหรือนโยบายระดับชาติด้านอาหารที่แผนอาหารเพื่อสุขภาพได้ให้การสนับสนุน ได้แก่ ๑) พ.ร.บ.ภาษีสรรพสามิต ปี ๒๕๖๐ พร้อมอนุบัญญัติการกำหนดอัตราภาษีเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ น้ำตาล (Sugar-Sweetened Beverage Tax) ๒) ประกาศคณะกรรมการพัฒนาและส่งเสริมการใช้สัญลักษณ์ โภชนาการอย่างง่าย เรื่อง เกณฑ์สารอาหารหรือคุณค่าทางโภชนาการ ที่ใช้ประกอบการพิจารณารับรองการแสดง สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ในอาหารแต่ละกลุ่ม และนำไปใช้ดำเนินการพิจารณาให้การรับรอง ผลิตภัณฑ์ต่อไป ๓) ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กำหนดให้สถานศึกษาในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ทุกระดับเป็นพื้นที่อาหารปลอดภัยมีกำจัดศัตรูพืช ประกาศเมื่อวันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๒ และ ๔) เกิดนโยบาย Food Safety Hospital ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขับเคลื่อนนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย โดยมี โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนกว่า ๘๙๖ แห่ง นำนโยบายดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ เป็นต้น

จุดเน้นของแผน

จุดเน้นของแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ยังคงสอดคล้องกับจุดเน้นตามแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ที่มุ่ง “พัฒนาองค์ความรู้ ขับเคลื่อนนโยบาย ขยายต้นแบบ มีแผนบูรณาการ และมุ่งสู่การสื่อสาร” แต่ด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์อาหารร่วมกับภาคีเครือข่ายทำให้พบ จุดแข็ง ข้อจำกัด โอกาส และปัจจัยท้าทายใหม่ๆ แผนอาหารเพื่อสุขภาวะปี ๒๕๖๓ จึงเน้นการต่อยอดจุดเน้นของแผนในปีที่ผ่านมา โดยจัดลำดับความสำคัญได้ ดังนี้

- (๑) การสนับสนุนและขับเคลื่อนนโยบายอาหารเพื่อสุขภาวะ (Food Policy Advocacy)** โดยมุ่งเน้นขับเคลื่อนนโยบายที่สนับสนุนให้เกิดอาหารเพื่อสุขภาวะ ที่ส่งผลต่อการปรับปรุงเชิงโครงสร้างทั้ง การควบคุมและส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารที่ส่งผลต่อสุขภาพ ยุกระดับรูปธรรมความสำเร็จ ทั้งด้านการผลิต การตลาด และนวัตกรรมการบริโภคให้เกิดการขยายผล โดยให้ความสำคัญกับข้อมูล วิชาการ การศึกษาวิจัย และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้สนับสนุนกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ ตลอดจนมุ่งเน้นให้ประชาชนที่ตระหนักถึงสิทธิ ความเป็นพลเมืองได้มีส่วนร่วมขับเคลื่อนทั้งในด้านความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย และ โภชนาการ
- (๒) การสร้างความต้องการบริโภคอาหารสุภาพ** โดยมุ่งสร้างความรอบรู้เรื่องการบริโภคอาหาร เพื่อสุภาพ (Food Literacy) ในประเด็นความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย และพฤติกรรม การบริโภคที่เหมาะสมทางด้านโภชนาการ ให้เกิดเป็นค่านิยม และจิตสำนึกการบริโภคอาหารเพื่อ สุขภาวะที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและมีวิถีชีวิตสุภาพ โดยให้ความสำคัญกับ กลุ่มผู้บริโภคในองค์กร เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถานประกอบการ ฯลฯ พร้อมทั้งผลักดันให้ภาคีเครือข่ายขยายต้นแบบระบบห่วงโซ่อาหารของพืชผักผลไม้ปลอดภัย ส่งเสริม ปลูกและบริโภคผักผลไม้ยืนต้น การสร้างปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุภาพ และบูรณาการทำงาน ระหว่างภาคีเครือข่าย
- (๓) การพัฒนาภูมินิเวศวัฒนธรรมระบบอาหาร (Ecological and Cultural Landscape of Food System)** โดยมุ่งฟื้นฟูระบบนิเวศ วัฒนธรรมอาหารท้องถิ่น และนวัตกรรมการบริโภค ให้มีความ หลากหลายและสอดคล้องกับบริบททั้งภาคชนบทและเมือง อันจะนำไปสู่ความมั่นคงทางอาหาร และเชื่อมโยงไปกับการบริโภคที่ได้โภชนาการอย่างเหมาะสม

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในแผนอาหารเพื่อสุขภาพ

อาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy Food & Nutrition) หมายถึง อาหารที่มีคุณลักษณะทางกายภาพ และส่วนประกอบที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และมีความปลอดภัย ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และเป็นอาหารที่ผ่านกระบวนการผลิตที่คำนึงถึงการหมุนเวียนของทรัพยากรให้เกิดความสมดุลทางธรรมชาติและรักษาความหลากหลายทางชีววิทยา

ปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาพ (Food Environment) หมายถึง คุณลักษณะทางด้านกายภาพ เศรษฐกิจ นโยบาย สังคมวัฒนธรรม การสร้างโอกาสและเงื่อนไข ที่มีผลต่อการเลือกบริโภคอาหารและเครื่องดื่มของประชาชน

การบริโภคผักผลไม้ที่เพียงพอ หมายถึง การบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยและเพียงพอตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก (๔๐๐ กรัมต่อวันหรือ ๕ ส่วนมาตรฐาน)

ต้นแบบ หมายถึง ผลจากการดำเนินงานให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม ใน ๓ กรณี คือ การจัดการให้เกิดการบริโภคอาหารคุณภาพและโภชนาการ การจัดการให้เกิดความปลอดภัย และการจัดการให้เกิดฐานทรัพยากรอาหารที่มั่นคง โดยมีการจัดการที่บูรณาการหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ใช้ยุทธศาสตร์ของการสร้างความรู้ การสื่อสารขับเคลื่อนสังคม และการผลักดันนโยบาย ซึ่งต้นแบบในที่นี้อาจเกิดเป็นนวัตกรรมได้ โดยมีหน่วยวัดเป็น พื้นที่ องค์กร ชุมชน หรือกลุ่มที่มีบทบาทเคลื่อนไหว (Active Participant Group)

พลเมืองอาหาร (Food Citizenship) หมายถึง ประชาชนที่ตระหนักถึงสิทธิ บทบาทหน้าที่ ทั้งต่อตนเอง และชุมชนในการร่วมขับเคลื่อนสังคม บนหลักคิดการเปลี่ยนแปลงจากจุดเล็กๆ ในท้องถิ่นที่นำไปสู่การเปิดกว้าง และเข้าร่วมเป็นเครือข่าย เพื่อสร้างพลังพลเมืองอาหาร (small local open and connected) ที่ร่วมมือกันขับเคลื่อนตลอดห่วงโซ่อาหารเพื่อสุขภาพ

ภูมินิเวศวัฒนธรรมระบบอาหาร (Ecological and Cultural Landscape of Food System) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพทางกายภาพของพื้นที่และวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตของผู้คนในห่วงโซ่อาหาร ซึ่งเป็นแนวคิดที่แสดงให้เห็นถึงความเป็นตัวตน เอกลักษณ์ คุณค่า และความสำคัญของห่วงโซ่อาหารตั้งแต่การผลิต การกระจาย และการบริโภค รวมทั้งด้านสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม

วัตถุประสงค์

- ๑) พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายอาหารเพื่อสุขภาพให้เกิดระบบอาหารเพื่อสุขภาพที่เข้าถึงประชาชน และสนับสนุนการออกกฎหมายหรือบังคับใช้กฎหมายเพื่อควบคุมหรือส่งเสริมอาหารที่ส่งผลต่อสุขภาพ
- ๒) สนับสนุนการจัดการองค์ความรู้ พัฒนาวิชาการ การศึกษาวิจัย และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้สนับสนุนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายอาหารเพื่อสุขภาพ และยกระดับรูปธรรมความสำเร็จให้เกิดการขยายผล

- ๓) ส่งเสริมให้พื้นที่หรือองค์กรยุทธศาสตร์ให้มีการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรม เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ ลดอาหารและเครื่องดื่มที่หวาน มัน เค็ม โดยเน้นที่กลุ่มเป้าหมายเด็กปฐมวัย-วัยเรียน และเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ
- ๔) สื่อสารสร้างความรอบรู้ (Health Literacy) และทักษะในการบริโภคอาหารสุขภาพ (Life Skills) และการใช้ชีวิตที่ดีมีสุขภาพ (Well-Being) สำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย ให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พร้อมทั้งบริโภคผักผลไม้ปลอดภัย ลดอาหารและเครื่องดื่มที่หวาน มัน เค็ม
- ๕) ปกป้อง พื้นฟูอาหารท้องถิ่น และพัฒนาวิธีการผลิตอาหารของชุมชน ให้มีความมั่นคงทางอาหาร ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการ เกื้อกูลต่อระบบนิเวศ สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม

ยุทธศาสตร์

- ๑) ศึกษา พัฒนา และขับเคลื่อนนโยบายอาหารเพื่อสุขภาพ ทั้งในด้านความมั่นคง ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการ ยั่งยืน และเป็นธรรม โดยพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายอาหารเพื่อสุขภาพที่มีความก้าวหน้า สอดคล้องกับสถานการณ์ทั้งในระดับโลก ประเทศ และท้องถิ่น บนพื้นฐานของงานวิชาการที่เป็นระบบ การสรุปบทเรียนความสำเร็จของการขับเคลื่อนแผนอาหารเพื่อสุขภาพที่ผ่านมา และใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย
- ๒) ส่งเสริมพลังพลเมืองอาหารทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่น ให้ตระหนักถึงสิทธิและบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนสังคมในห่วงโซ่อาหาร เพื่อการปกป้องระบบนิเวศ ฐานทรัพยากรอาหาร ส่งเสริมวัฒนธรรมท้องถิ่น สร้างการผลิตอาหารที่ยั่งยืน
- ๓) ส่งเสริมให้เกิดช่องทางหรือกลไกการกระจายอาหารเพื่อสุขภาพทั้งในระดับพื้นที่หรือองค์กร มียุทธศาสตร์ในรูปแบบที่หลากหลายและเข้าถึงได้ง่าย เพื่อเพิ่มความต้องการการบริโภคอาหารสุขภาพ ผักผลไม้ปลอดภัย ลดหวาน มัน เค็ม และมีโภชนาการที่เหมาะสม
- ๔) สื่อสารสร้างความรอบรู้การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพให้ประชาชนตื่นตัวและเท่าทันต่อสถานการณ์อาหารทั้งความไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย และภาวะทุพโภชนาการ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ทั้งในด้านความมั่นคงทางอาหาร ความปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ ลดหวาน มัน เค็ม



ภาพกรอบแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ ประจำปี ๒๕๖๓

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก (น้ำหนักร้อยละ ๗๕)

- ๑) เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอตามคำแนะนำองค์การอนามัยโลก (๕๐๐ กรัมต่อวันหรือ ๕ ส่วนมาตรฐาน) อย่างน้อยร้อยละ ๕๐ โดยวัดผลที่กลุ่มเป้าหมายภายใต้การสนับสนุนของแผน
- ๒) ลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียน (อายุ ๖ - ๑๔ ปี) ให้น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ โดยวัดผลที่กลุ่มเป้าหมายภายใต้การสนับสนุนของแผน
- ๓) เกิดมาตรการ/นโยบายระดับชาติ ที่สนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาวะ/บริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอเพิ่มขึ้น/ลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน อย่างน้อย ๒ มาตรการ/นโยบาย รวมทั้งขับเคลื่อนให้เกิดแนวปฏิบัติโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ/เกิดกลไกในระดับท้องถิ่น

- ๔) เกิดต้นแบบการฟื้นฟูฐานทรัพยากรอาหาร/วัฒนธรรมอาหารในท้องถิ่น ที่มีระบบการผลิต การกระจาย การให้บริการ อาหาร/พืชผักผลไม้ปลอดภัยเพื่อการบริโภคที่ปลอดภัย/มีคุณค่าทางโภชนาการ อย่างน้อย ๕๐ แห่ง
- ๕) เกิดต้นแบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กรที่มีการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารเพื่อสุขภาพ ที่ภาคียุทธศาสตร์สามารถนำไปขยายผลต่อได้ อย่างน้อย ๖๐๐ แห่ง
- ๖) เกิดพื้นที่ต้นแบบการจัดการเชิงบูรณาการเพื่อส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัยและลดอ้วน อย่างน้อย ๔ แห่ง
- ๗) ผู้บริโภคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย มีความรู้ความเข้าใจและมีแนวโน้ม ปรับพฤติกรรมเพิ่มการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี อย่างน้อยร้อยละ ๖๕

ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง (น้ำหนักร้อยละ ๒๕)

- ๘) ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายและฝ่ายติดตามและประเมินผล ในการสนับสนุนแผนสุขภาพชุมชน แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร และแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น ในการพัฒนาต้นแบบพื้นที่ เพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ระดับประชาชน คือ ลดการกินหวาน/มัน/เค็ม เพิ่มการบริโภคผัก/ผลไม้ เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย และลดการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง
- ๙) ร่วมกับแผนต่างๆ (บุหรี่ยุทธศาสตร์/ความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม/ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ/ประชากรกลุ่มเฉพาะ/สุขภาพในองค์กร/สร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม/กิจกรรมทางกาย/ระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา/การตลาดเพื่อสังคม/สุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว) พัฒนานวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อการสื่อสารที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารสุขภาพ/ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)/พัฒนารูปแบบบูรณาการงานอาหารในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting School) จำนวนไม่น้อยกว่า ๑ กรณี

แนวทางขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ๓ กลุ่มวัย ๒ ตัวชี้วัดหลัก

แผนฯ ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายหลัก ๓ กลุ่ม คือ ปฐมวัย-วัยเรียน วัยทำงาน และวัยสูงอายุ และออกแบบยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายตามตัวชี้วัดหลัก ๒ เรื่อง คือ การเพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอตามข้อเสนอแนะและการลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน โดยมีความเด่นที่จะดำเนินงาน ได้แก่

	ปฐมวัย-วัยเรียน	วัยทำงาน	วัยผู้สูงอายุ
เพิ่มการกินผักผลไม้	<ul style="list-style-type: none"> ขับเคลื่อนนโยบายการจัดซื้อจัดจ้างผักผลไม้ปลอดภัย/อินทรีย์เข้าสู่ครัวโรงเรียน/ศพด. ให้เกิดอาหารกลางวันคุณภาพเพิ่มผักผลไม้ ผลักดันหลักสูตรการเรียนการสอน/บูรณาการเรียนรู้อาหารปลอดภัยอย่างเพียงพอของเด็กปฐมวัยและวัยเรียน สร้างระบบห่วงโซ่ผักผลไม้ปลอดภัยเข้าสู่โรงเรียน/ศพด. ขยายผลโรงเรียนต้นแบบการจัดการอาหารและโภชนาการ (โรงเรียนเด็กไทยแก้มใส, โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ฯลฯ) ส่งเสริมวัฒนธรรมการจัดเมนูอาหารกลางวันสุขภาพเพิ่มผักผลไม้และใช้วัตถุดิบในท้องถิ่น 	<ul style="list-style-type: none"> ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติด้านการเพิ่มพื้นที่เกษตรกรรมยั่งยืนและระบบเฝ้าระวังสารเคมีทางการเกษตร สื่อสารความตระหนักรู้ในวิถีการบริโภคอาหารปลอดภัย/อินทรีย์ และขับเคลื่อนพลเมืองอาหาร พัฒนาและขยายต้นแบบแหล่งผลิตจำหน่าย (ตลาดสีเขียวชุมชน) และให้บริการผักผลไม้ปลอดภัยใกล้บ้าน ส่งเสริมการปลูกผักผลไม้ยืนต้นและเชื่อมโยงผักผลไม้ปลอดภัยเพื่อการบริโภคในครัวเรือน/องค์กร รณรงค์สื่อสารให้บริโภคผักผลไม้ปลอดภัยในปริมาณที่เพียงพอ 	<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุในการถ่ายทอดภูมิปัญญาอาหารปลอดภัย/วัฒนธรรมอาหาร/การปกป้องพื้นที่อาหารท้องถิ่น พัฒนาและเผยแพร่เมนูอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
ลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน	<ul style="list-style-type: none"> ขับเคลื่อนมาตรการ/นโยบายด้านอาหารเพื่อสุขภาพ และการควบคุมอาหารที่ส่งผลต่อสุขภาพในโรงเรียน/ศพด. ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนในการจัดบริการอาหารในโรงเรียน/ศพด. ที่มีคุณภาพ มาตรการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารที่มุ่งเป้าหมายเด็กปฐมวัยและวัยเรียน จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดอ้วน และเพิ่มกิจกรรมทางกายในโรงเรียน/ศพด. รณรงค์สื่อสาร Active Play และ Live Healthier 	<ul style="list-style-type: none"> ผลักดันมาตรการทางราคาและภาษีสุขภาพเพื่อควบคุมผลิตภัณฑ์อาหารที่ส่งผลต่อสุขภาพ พัฒนามาตรฐานการจัดประชุม Healthy Meeting สนับสนุนการพัฒนาผลิตภัณฑ์ทางเลือกเพื่อสุขภาพที่เข้าถึงง่าย พัฒนาองค์กรต้นแบบที่ดำเนินมาตรการจัดการภาวะอ้วนและส่งเสริมกิจกรรมทางกาย รณรงค์สื่อสารลดพุงลดโรค (2:1:1) และ Live Healthier 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาและเผยแพร่ความรู้การบริโภคอาหารที่เหมาะสม และการจัดการภาวะอ้วนของผู้สูงอายุ ส่งเสริมศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุ รณรงค์สื่อสาร Live Healthier

แนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ

ยุทธศาสตร์	แนวทางการดำเนินงาน
Food Policy Advocacy (๑) ศึกษา พัฒนา และขับเคลื่อน นโยบายอาหาร เพื่อสุขภาวะ	<ol style="list-style-type: none"> ๑. พัฒนาข้อมูลวิชาการ การศึกษาวิจัย และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุน กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านอาหารเพื่อสุขภาวะ ๒. สนับสนุนงานวิจัยเพื่อติดตามสถานการณ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน และ จัดทำมาตรฐานเกณฑ์ชี้วัดทางด้านอาหารและโภชนาการที่เหมาะสมตามช่วงวัย ๓. เสนอแนะ/ผลักดัน และขับเคลื่อนนโยบายที่สนับสนุนให้เกิดอาหารเพื่อสุขภาวะ ที่ส่งผลต่อการปรับปรุงเชิงโครงสร้างทั้งการควบคุมและส่งเสริมปัจจัยแวดล้อม ด้านอาหารที่ส่งผลต่อสุขภาพ ๔. ประมวลองค์ความรู้/ถอดบทเรียนเพื่อยกระดับรูปธรรมความสำเร็จ ทั้งด้านการผลิต การตลาด และนวัตกรรมการบริโภค เพื่อใช้ขับเคลื่อนให้การขยายผลไปยังการทำงาน ในระบบปกติของหน่วยงาน ๕. สื่อสารสาธารณะ และสื่อสารเพื่อสนับสนุนการผลักดันนโยบายสาธารณะโดยมุ่งเน้น การสร้างความตระหนักรู้ และจิตสำนึกสุขภาวะของพลเมืองอาหาร
Food Citizenship (๒) ส่งเสริมพลัง พลเมืองอาหาร ทั้งในระดับประเทศ และท้องถิ่น	<ol style="list-style-type: none"> ๖. สร้างความตระหนักรู้ ค่านิยม และจิตสำนึกการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ ในการร่วม ปกป้องระบบนิเวศ ฐานทรัพยากรอาหาร ส่งเสริมวัฒนธรรมท้องถิ่น สร้างการผลิต อาหารที่ยั่งยืน ๗. ประสานเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ร่วมขับเคลื่อนและ เฝ้าระวัง สถานการณ์ความไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย และภาวะทุพโภชนาการ ๘. จัดกระบวนการสังเคราะห์องค์ความรู้ โมเดลความสำเร็จ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และท้องถิ่น เพื่อสร้างกระบวนการ มีส่วนร่วมสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคม ให้เกิดระบบห่วงโซ่อาหารเพื่อสุขภาวะ เกิดความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการ
Green Marketing (๓) ส่งเสริมให้เกิด ช่องทางหรือกลไก การกระจายอาหาร เพื่อสุขภาวะ	<ol style="list-style-type: none"> ๙. สนับสนุนระบบเชื่อมโยงผลผลิตปลอดภัย/อินทรีย์สู่ผู้บริโภค ในระดับครัวเรือน และ ผู้บริโภคเชิงสถาบัน ๑๐. พัฒนาและขยายผลตลาดสีเขียว/ตลาดทางเลือก/ตลาดชุมชน ภายใต้กระบวนการ รับรองอย่างมีส่วนร่วม (PGS) ที่ประชาชนเข้าถึงง่าย ๑๑. ส่งเสริม และสร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการผลิตผลิตภัณฑ์ทางเลือกเพื่อสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม ที่ผ่านเกณฑ์การรับรองมาตรฐาน ให้มีผลิตภัณฑ์อาหารที่หลากหลาย และเข้าถึงประชาชนเพิ่มขึ้น ๑๒. ปรับปรุงแนวทางการจัดซื้อจัดจ้างผักผลไม้ปลอดภัยเข้าสู่องค์กร ได้แก่ โรงพยาบาล และโรงเรียน เป็นต้น ๑๓. พัฒนาและขยายผลมาตรฐานการจัดบริการอาหารเพื่อสุขภาพในองค์กร (อาหาร กลางวันในโรงเรียน, Healthy Meeting, อาหารในโรงพยาบาล) ๑๔. สนับสนุนเทคโนโลยีและนวัตกรรมการเชื่อมโยงผลผลิตผักผลไม้ปลอดภัย/อินทรีย์ กระจายสู่ผู้บริโภคที่หลากหลาย ยั่งยืน และเป็นธรรม

Food Literacy (๕) สื่อสารสร้าง ความรอบรู้ การบริโภคอาหาร เพื่อสุขภาพ	<p>๑๕. สื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ เกิดความตื่นตัวและเท่าทันต่อสถานการณ์อาหารทั้งความไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย และภาวะทุพโภชนาการ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนค่านิยมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ทั้งในด้านความมั่นคงทางอาหาร ความปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ ลดหวาน มัน เค็ม</p> <p>๑๖. พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้/หลักสูตรการเรียนรู้ ด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมตามช่วงวัย โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนสุขภาพเด็กเยาวชน และครอบครัว (แผน ๗) แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร (แผน ๘) แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (แผน ๙) แผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ (แผน ๑๑) ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p>
---	---

แนวทางบูรณาการ

แผนฯ ให้ความสำคัญกับแนวทางบูรณาการตามกรอบนโยบายการจัดทำแผนหลักของ สสส. และตามทิศทางที่คณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ ให้นั้นเรื่องการขับเคลื่อนงานภายใต้มิติของสุขภาพแบบองค์รวม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต แผนฯ จึงได้กำหนดแนวทางการบูรณาการการทำงานร่วมกัน ดังนี้

- (๑) มุ่งเน้นบูรณาการการทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายภายในแผนฯ เพื่อหนุนเสริมการทำงานร่วมกัน และบูรณาการการทำงานร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา ภายในสำนัก ๕ โดยจัดประชุมภาคีเครือข่ายเป็นระยะ เพื่อร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด กลุ่มเป้าหมาย จัดทำข้อมูล Mapping พื้นที่ดำเนินงานของแต่ละภาคีเพื่อใช้ประกอบการคัดเลือกพื้นที่นำร่องและเชื่อมการทำงาน รวมทั้งวางแผนการสื่อสารสังคม ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย และความรู้เท่าทันสื่อ โดยมีเป้าหมายร่วมอยู่ที่การสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในกลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยเรียนซึ่งมีแนวโน้มของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนสูงขึ้น รวมทั้งเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงอายุ
- (๒) จัดการความรู้และถอดบทเรียนต้นแบบของการขับเคลื่อนเพิ่มการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอและลดอาหารหวาน มัน เค็ม ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และองค์กร เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยแผนฯ จะนำองค์ความรู้และบทเรียนความสำเร็จดังกล่าวไปใช้ขยายผลโดยประสานการทำงานร่วมกับแผนสุขภาพเด็กและเยาวชน (สำนัก ๔) แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร (สำนัก ๘) แผนสุขภาพชุมชน (สำนัก ๓) แผนควบคุมยาสูบ (สำนัก ๑) แผนส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาพ (ศูนย์เรียนรู้เพื่อสุขภาพ) และแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรม (สำนัก ๖)
- (๓) ส่งเสริมระบบเกษตรกรรมชุมชนในเขตเมืองเพื่อการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัย เน้นที่ชุมชนเมืองและชุมชนแออัดเขตเมือง เป็นลำดับต้น โดยประสานการทำงานร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (สำนัก ๕) ซึ่งมิงงานพื้นที่สุขภาพในชุมชนเมือง แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ (สำนัก ๗) แผนสุขภาพชุมชน (สำนัก ๓) แผนสร้างเสริมสุขภาพขององค์กร (สำนัก ๘) แผนส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาพ (ศูนย์เรียนรู้เพื่อสุขภาพ) และแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรม (สำนัก ๖)

- (๕) พัฒนาขีดความสามารถของผู้สูงอายุ และกลุ่มขาดโอกาส ในการเข้าถึงอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม อาทิ การพัฒนาเมนูอาหารผู้สูงอายุ การฟื้นฟูแหล่งอาหารชุมชน วัฒนธรรมการบริโภคอาหารพื้นบ้าน ฯลฯ โดยนำองค์ความรู้ไปเชื่อมการทำงานร่วมกับแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก ๙) และแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ (ศูนย์เรียนรู้เพื่อสุขภาวะและสำนักสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม)
- (๕) พัฒนางานสื่อสารอาหารเพื่อสุขภาวะร่วมกับแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ (ศูนย์เรียนรู้เพื่อสุขภาวะและสำนักสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม) เพื่อสื่อสารสร้างความเข้าใจเรื่องการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ ปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายผ่านช่องทางการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะช่องทางออนไลน์ เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในยุคปัจจุบัน และขยายฐานผู้รับประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น
- (๖) ร่วมกับแผนต่างๆ (บุหรี เหล้า ความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม สุขภาวะชุมชน สุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว สุขภาวะในองค์กร กิจกรรมทางกาย และระบบบริการสุขภาพ) ในการร่วมกันพัฒนาพื้นที่นำร่องป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมุ่งเป้าให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ที่ระดับประชาชน คือ ลดอัตราการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การลดการกินหวาน/มัน/เค็ม เพิ่มการบริโภค ผัก/ผลไม้ เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย และลดการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง พร้อมประสานความร่วมมือกับฝ่ายติดตามและประเมินผลในการออกแบบ และปฏิบัติการกำกับ ติดตามและประเมินผล
- (๗) ร่วมกับแผนต่างๆ (บุหรี เหล้า ความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ประชากรกลุ่มเฉพาะ สุขภาวะในองค์กร แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ และแผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรม) พัฒนานวัตกรรม ชุดความรู้ เพื่อการสื่อสารที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารสุขภาวะ

แนวทางสร้างคามยั่งยืน

- (๑) มุ่งเน้นการทำงานเพื่อเชื่อมประสานระบบและกลไกความร่วมมือกับหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ เช่น คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายและผลักดันให้เกิดมาตรการ/นโยบายที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบอาหารเพื่อสุขภาวะของประเทศ โดยมีแผนการขับเคลื่อนนโยบาย อาทิ ภาษีสารเคมีการเกษตร นโยบายควบคุมสารเคมีทางการเกษตรอันตราย นโยบายอาหารปลอดภัย/ผักผลไม้ปลอดภัย/ผักอินทรีย์ในโรงเรียน นโยบายอาหารกลางวันในโรงเรียนขยายโอกาส ระบบการจัดการอาหารโภชนาการโรงเรียนและชุมชนครบวงจรระดับจังหวัด ขับเคลื่อนนโยบายให้โรงเรียนและโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในการรับซื้อผักปลอดภัยพืชมงคลในท้องถิ่น ภาษีโซเดียมและไขมัน นโยบายอาหารและโภชนาการระดับจังหวัด กฎหมายควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหาร การพัฒนาระบบการรับรองแบบมีส่วนร่วม/PGS เป็นมาตรฐานการผลิตขั้นพื้นฐานของเกษตรกร แผนเกษตรยั่งยืน ๕ ล้านไร่ นโยบายส่งเสริมการรวมกลุ่มผู้บริโภค พร้อมกองทุนสนับสนุนผู้บริโภคที่สนับสนุนการผลิตเกษตรอินทรีย์

- (๒) บูรณาการกับหน่วยงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ชุมชน ท้องถิ่น และสถานประกอบการ ให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้บริโภคอาหารของประชาชน และการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอให้เป็นเป้าหมายระดับชาติ และเกิดเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- (๓) เชื่อมประสานกับกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงมหาดไทย เพื่อหนุนเสริมการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายครูพี่เลี้ยงหรือนักโภชนาการประจำตำบล ให้มีความสามารถด้านการจัดการอาหารและโภชนาการ และใช้เครื่องมือการติดตามภาวะโภชนาการและสุขภาพของเด็กด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง
- (๔) แสวงหาความร่วมมือและประสานการทำงานกับภาคส่วนใหม่ๆ เช่น ภาคธุรกิจเพื่อสังคม ภาคเอกชน ผู้ประกอบการรุ่นใหม่ (Startup) เครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ฯลฯ เพื่อนำรูปแบบวิธีการขับเคลื่อนมาใช้ขยายการทำงานของระบบห่วงโซ่อาหารเพื่อสุขภาพให้ประชาชนเข้าถึงได้มากขึ้น และมุ่งพัฒนาศักยภาพองค์กรภาคีให้สามารถขับเคลื่อนระบบอาหารเพื่อสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

กลุ่มแผนงาน

ประกอบด้วย ๒ กลุ่มแผนงานที่คณะกรรมการกองทุนฯ มีมติให้ดำเนินการ ได้แก่

๑. กลุ่มแผนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพ
๒. กลุ่มแผนงานความมั่นคงและความปลอดภัยในระบบอาหาร

มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

๑. กลุ่มแผนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพ

ครอบคลุมแผนงาน/โครงการที่ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนค่านิยมและพฤติกรรมของผู้บริโภค อาหารสุขภาพที่ครอบคลุมกลุ่มวัย เริ่มตั้งแต่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาหารตามช่วงวัย เพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ ลดหวาน มัน เค็ม การจัดการคุณภาพอาหารให้ได้โภชนาการในโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และองค์กร การสื่อสารรณรงค์เพื่อปรับค่านิยมและพฤติกรรม ฯลฯ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนการรวบรวมและจัดการองค์ความรู้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ งานวิจัยและพัฒนา รวมทั้งการจัดแหล่งเรียนรู้ในพื้นที่และองค์กร เพื่อให้เกิดการนำองค์ความรู้และงานวิชาการไปเป็นฐานพัฒนายุทธศาสตร์ขับเคลื่อนมาตรการและนโยบาย และการรณรงค์สร้างค่านิยมในสังคม และผลักดันให้เป็นศูนย์ข้อมูลวิชาการ
๒. พัฒนายุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารสุขภาพและโภชนาการที่จำแนกตามกลุ่มวัย เพื่อให้เกิดการวางแผนสื่อสารสังคมและขับเคลื่อนรณรงค์ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยจะเน้นที่กลุ่มปฐมวัย-เด็กวัยเรียนเป็นสำคัญ รวมทั้งเพิ่มการทำงานสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มขาดโอกาสให้มากขึ้น

๓. จัดกลไกแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายให้ครอบคลุมระบบการผลิต-การกระจาย (การจำหน่ายและบริการ)-การบริโภคอาหารสุขภาพและโภชนาการ รวมถึงยุทธศาสตร์การส่งเสริมการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และอาหารสุขภาพที่ลดหวาน มัน เค็ม ในโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงพยาบาล สถานที่ราชการ สถานประกอบการ สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้เกิดการขยายต้นแบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพเข้าไปสู่การทำงานของหน่วยงานประจำตามระบบปกติ ตลอดจนเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเรื่องการบริโภคที่สอดคล้องกับพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย การขับเคลื่อนนโยบายที่เอื้อต่อการส่งเสริมอาหารและโภชนาการที่มีคุณภาพเหมาะสมทุกช่วงวัย โดยเน้นกลุ่มวัยเด็ก-วัยเรียน พร้อมสนับสนุนให้มีการบริโภคอาหารตามวัตุดิบและวัฒนธรรมของท้องถิ่น
๔. ร่วมกับแผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา กลุ่มสนับสนุนงานการตลาดเพื่อสังคม ฝ่ายสื่อสารองค์กร และศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ วางแผนสื่อสารณรงค์ให้เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ และสร้างค่านิยมพฤติกรรมบริโภคอาหารคุณภาพและโภชนาการ เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตลอดจนการสร้างทักษะชีวิตให้แก่ครอบครัวและชุมชนในการเลือกบริโภคอาหารสุขภาพ การรู้เท่าทันการตลาดอาหาร รวมทั้งการสร้างช่องทางสื่อสารและช่องทางการตลาดเพื่อเชื่อมโยงระหว่างเกษตรกร ผู้ผลิต ตลาด และผู้บริโภค
๕. ส่งเสริมความร่วมมือกับภาคผู้ผลิต ให้เกิดต้นแบบและการขยายต้นแบบของอาหารสุขภาพและโภชนาการที่เหมาะสมให้แพร่หลายและเข้าถึงผู้บริโภค
๖. ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และระเบียบวาระการจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียนให้สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์อาหารแห่งชาติ รวมทั้งผลักดันให้เกิดมาตรการหรือนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวกับการลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เช่น มาตรการจัดการอาหารและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในโรงเรียนและบริเวณโดยรอบ มาตรการฉลากสัญลักษณ์อย่างง่าย มาตรการลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม มาตรการควบคุมการโฆษณาและการตลาด ฯลฯ
๗. บูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (แอลกอฮอล์ บุหรี่ กิจกรรมทางกาย อาหาร และมลพิษทางอากาศ) เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕)

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วย โครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โครงการพัฒนาเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพเด็กด้วยการบูรณาการมาตรการลดการบริโภคน้ำตาลและอาหารปลอดภัย โครงการขับเคลื่อนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในประเทศไทย แผนงานโรคไม่ติดต่อ ภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเทศไทยภายใต้กรอบองค์การอนามัยโลกประจำปี ค.ศ. ๒๐๑๗ - ๒๐๒๑ (WHO-RTG CCS on NCDs) โครงการเพิ่มช่องทางแหล่งเรียนรู้สร้างเสริมสุขภาพด้วยอาหารและการออกกำลังกายเพื่อเด็กไทยดูดี ๔.๐ โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โครงการขับเคลื่อนอาหารและโภชนาการเด็กไทยแกล้มใส่สู่ความยั่งยืน โครงการขยายผลการใช้สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของคนไทย โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการอาหาร โภชนาการ และกิจกรรมทางกายของท้องถิ่น เพื่อเด็กปฐมวัย และเด็กวัยเรียน เขตสุขภาพที่ ๕ มีโภชนาการสมวัย โครงการขับเคลื่อนเครือข่ายที่ส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ปลอดภัยเพื่อสร้างสุขภาพะในกลุ่มผู้สูงอายุ ฯลฯ

๒. กลุ่มแผนงานความมั่นคงทางอาหารและความปลอดภัยในระบบอาหาร

ครอบคลุมแผนงาน/โครงการที่ส่งเสริมการเชื่อมโยงตลอดห่วงโซ่ของระบบอาหาร ตั้งแต่การผลิต การกระจาย และการบริโภค โดยเน้นที่ความมั่นคงทางอาหารของครอบครัวและชุมชน มีความหลากหลายทางพันธุกรรม มีความสัมพันธ์ของผู้ผลิตกับผู้บริโภค พัฒนาระบบรับรองมาตรฐานความปลอดภัยของผักผลไม้ ตลาดสีเขียว ตลาดชุมชน ส่งเสริมกิจการเพื่อสังคม ระบบเกษตรกรรมยั่งยืน ฯลฯ

ภารกิจและแนวทางการดำเนินงาน

๑. สนับสนุนการรวบรวมและจัดการองค์ความรู้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ งานวิจัยและพัฒนา และการจัดทำฐานข้อมูล เพื่อให้เกิดการนำองค์ความรู้และงานวิชาการไปเป็นฐานพัฒนายุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนมาตรการและนโยบาย และรณรงค์สร้างค่านิยมในสังคม
๒. พัฒนายุทธศาสตร์และจัดกลไกแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย ให้ครอบคลุมตลอดห่วงโซ่ ตั้งแต่ระบบการผลิต-การกระจาย/ตลาด-การบริโภค การเสริมสร้าง ฟันฟู ขยายฐานทรัพยากรอาหารและความหลากหลายทางชีวภาพ ส่งเสริมระบบการผลิตที่ปลอดภัยและยั่งยืน โดยมุ่งเน้นการปลูกและบริโภคผักผลไม้ยืนต้น สนับสนุนระบบการตรวจสอบรับรองคุณภาพความปลอดภัยของผักผลไม้ที่ได้มาตรฐานเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้บริโภค สนับสนุนความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลระหว่างผู้ผลิตและผู้บริโภค การเชื่อมโยงผลผลิตสู่ตลาด อาทิ ตลาดชุมชน ตลาดสีเขียว ฯลฯ การพัฒนาปัจจัยต่างๆ ที่จะนำไปสู่ความเข้มแข็งของระบบอาหารที่ยั่งยืน การสร้างความตระหนักของสังคมในคุณค่าของวิถีการผลิตที่มั่นคงและยั่งยืน รวมถึงมาตรการที่ส่งผลต่อการควบคุมการเข้าถึงอาหารไม่ปลอดภัยของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มปฐมวัย-วัยเรียน
๓. ผลักดันการขยายต้นแบบและศูนย์เรียนรู้ของการจัดการพื้นที่และชุมชนที่มีระบบการผลิตและการกระจายอาหารที่ยั่งยืน และการขยายต้นแบบด้านการจัดบริการอาหารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เข้าไปสู่การทำงานของหน่วยงานประจำตามระบบปกติ โดยให้ความสำคัญกับพื้นที่เกษตรยั่งยืน/เกษตรผสมผสานในชุมชนเมือง และชุมชนแออัดเมือง เป็นลำดับต้น

๔. แสวงหาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายภาคธุรกิจเพื่อสังคม ผู้ประกอบการรุ่นใหม่ (Startup) เพื่อขยายโอกาสของการพัฒนาระบบการจัดการ การตลาดและการกระจาย ผลผลิตและอาหารที่ปลอดภัยสู่ผู้บริโภค ให้เกิดเป็นระบบนิเวศอาหารที่ยั่งยืน
๕. ส่งเสริมการปลูกผักในครัวเรือน สวนผักคนเมือง สวนผักในองค์กร มุ่งเน้นผักผลไม้ยืนต้น โดยทำให้ความรู้และเครื่องมือมีความแพร่หลาย ผู้บริโภคเข้าถึงได้ง่าย และเกิดเป็นกระแสค่านิยมใหม่ในสังคม
๖. ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์อาหารแห่งชาติ และมติสมัชชาปฏิรูปว่าด้วยการจัดการทรัพยากรในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงของฐานทรัพยากรอาหาร การควบคุมสารเคมีที่ไม่ปลอดภัยทางการเกษตร การขับเคลื่อนงานเกษตรอินทรีย์ในเรื่องศูนย์วิจัยสินค้าอินทรีย์ รวมทั้งการขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายระดับชาติเพื่อส่งเสริมและขยายผลระบบเกษตรกรรมและอาหารที่ยั่งยืนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

แผนงาน/โครงการหลัก

ประกอบด้วย โครงการขับเคลื่อนนโยบายความมั่นคงทางอาหารเพื่อสุขภาวะและการพัฒนาที่ยั่งยืน โครงการขับเคลื่อนระบบเกษตรกรรมยั่งยืนและอาหารปลอดภัยเพื่อสุขภาวะ โครงการส่งเสริมความมั่นคงทางอาหารเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนชาติพันธุ์และชนเผ่าพื้นเมือง โครงการพัฒนาต้นแบบระบบอาหารปลอดภัยในพื้นที่นำร่อง เช่น โครงการพัฒนา ขยายผล แหล่งผลิตอาหารอินทรีย์เชื่อมโยงสู่ผู้บริโภคเพื่อสุขภาวะที่ดีในพื้นที่จังหวัดนครปฐมและจังหวัดใกล้เคียง โครงการการขับเคลื่อนระบบอาหารเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในจังหวัดสงขลาปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ฯลฯ โครงการสวนผักคนเมือง : เพื่อยกระดับความมั่นคงทางอาหารของเมือง โครงการส่งเสริมการจัดการอาหารปลอดภัยและเกษตรอินทรีย์เพื่อสุขภาวะของผู้ผลิตและผู้บริโภคผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ โครงการพัฒนาศูนย์เรียนรู้และเครือข่ายเกษตรอินทรีย์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตามแนววิถีเกษตรอินทรีย์ โครงการขับเคลื่อนนโยบายสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อประชาชนได้บริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาวะ โครงการพัฒนาศักยภาพชาวนา สู่การเป็นแหล่งผลิตอาหารที่ยั่งยืน เพื่อวิถีสุขภาวะ โครงการพัฒนาระบบการจัดการปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาวะเครือข่ายชุมชนโรงเรียนเด็กกินผัก ฯลฯ

ภาคีหลัก

ภาคีด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบอาหารเพื่อสุขภาวะในทุกมิติ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงมหาดไทย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฯลฯ

ภาคีด้านวิชาการ อาทิ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันโภชนาการ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สถาบันจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ สถาบันวิจัยและสถาบันการศึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการเกษตรและฐานทรัพยากรอาหาร ด้านการตลาดสุขภาพ ฯลฯ

ภาคีด้านการขับเคลื่อนสังคม อาทิ เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน เครือข่ายลดเค็ม เครือข่ายลดบริโภคมัน เครือข่ายคนไทยไร้พุง เครือข่ายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สมาพันธ์เครือข่าย NCDs แห่งประเทศไทย (Thai NCD Alliance) เครือข่ายสมัชชาสุขภาพด้านอาหาร-โภชนาการและคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายสมัชชาปฏิรูปด้านการจัดการทรัพยากร เครือข่ายสื่อสารสุขภาพ เครือข่ายเด็กไทยแก้มใส เครือข่ายตลาดสีเขียว เครือข่ายเกษตรอินทรีย์ เครือข่ายกรีนเนอร์รี่ ฯลฯ

ภาคีภาคธุรกิจเพื่อสังคม อาทิ เครือข่ายปลูกพลังเปลี่ยนไทย สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สำนักงานกิจการเพื่อสังคม ผู้ประกอบการธุรกิจเพื่อสังคม ผู้ประกอบการรุ่นใหม่ Startup ฯลฯ

แนวทางบริหารจัดการแผน

แผนอาหารเพื่อสุขภาพจะ ดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการกำกับทิศทางแผนอาหารเพื่อสุขภาพ โดยกำหนดให้มีการประชุมคณะกรรมการฯ อย่างต่อเนื่อง เพื่อคอยติดตามการดำเนินงานและให้คำแนะนำเพื่อให้สามารถดำเนินงานได้บรรลุตามแผนฯ ที่ตั้งไว้ พร้อมทั้งรายงานผลให้กับคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ ๕ ทราบความก้าวหน้าเป็นระยะ โดยมีสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก ๕) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและหน่วยบริหารจัดการโดยยึดหลักการบริหารที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ผลกระทบ ความคุ้มค่า ความยั่งยืน และความน่าเชื่อถือจากสังคม พร้อมไปกับการสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพของภาคีเครือข่าย

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพ	๖๕
๒. กลุ่มแผนงานความมั่นคงและความปลอดภัยในระบบอาหาร	๑๐๕
รวม	๑๗๐

แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ



๑๕

สถานการณ์และแนวโน้ม

ด้านสุขภาพ

ปัจจุบันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตไม่น้อยกว่า ๓๖ ล้านคนทั่วโลก ในแต่ละปี หรือ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๖๓ ของสาเหตุการตายทั้งหมด คาดประมาณความสูญเสีย ทางเศรษฐกิจในช่วง ๑๕ ปีข้างหน้า ประมาณ ๗ ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ สำหรับประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจาก โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ถึงร้อยละ ๗๕ หรือประมาณ ๓๒๐,๐๐๐ คนต่อปี เฉลี่ยชั่วโมงละ ๓๗ คน อันดับหนึ่ง คือ โรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ ๔.๕๙ หรือประมาณ ๒๘,๐๐๐ คน รองลงมา คือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยแบ่งได้ตามช่วงวัย ดังนี้

๑. สุขภาพของเด็กและเยาวชน

สุขภาพของเด็กและเยาวชนไทยจากการสำรวจภาวะอ้วนในเครือข่ายโรงเรียนภาครัฐ สังกัด สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) กรุงเทพมหานคร (กทม.) ๕ โรงเรียน และโรงเรียนสังกัดเอกชน ในปี ๒๕๖๑ พบว่า เป็นโรคอ้วนถึงร้อยละ ๑๖ ซึ่งสูงกว่าเด็กอ้วนทั้งประเทศ อยู่ที่ร้อยละ ๑๒ เด็กอ้วนเหล่านี้ พบว่ามีไขมันในเลือดสูงถึงร้อยละ ๖๖ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๓๐ และยังพบความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานระดับเริ่มต้น และสัญญาณเตือนถึงโรคเบาหวานอีกร้อยละ ๑๐ นอกจากนี้เด็กและเยาวชนยังเป็นกลุ่มวัยที่มีกิจกรรมทางกายน้อยที่สุด จากการสำรวจระดับกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมเนือยนิ่งใน ๕ ปีที่ผ่านมา พบว่า วัยเด็ก และเยาวชนมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ คือ อย่างน้อย ๖๐ นาทีต่อวัน เพียงร้อยละ ๒๗ เท่านั้น การยับยั้งเฉพาะ ชั่วโมงพลศึกษาอย่างเดียวไม่เพียงพอ เมื่อเทียบกับ การนั่งเรียนและการเรียนพิเศษตลอดทั้งวัน ล้วนทำให้เกิดพฤติกรรมเนือยนิ่งของเด็กมากขึ้น

นอกจากนี้ในกลุ่มเยาวชน อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี พบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้ามากที่สุด โดยประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณ ๑.๕ ล้านคน หรือร้อยละ ๒.๕ ของประชากรไทย ซึ่งทุก ๒ ชั่วโมง จะมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ ๑ คน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มอายุ ๑๕ - ๑๘ ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด ซึ่งสาเหตุหลักในการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมไทย มีตัวแปรสำคัญ ๕ ปัจจัย ได้แก่ ๑) การเป็นสังคมผู้สูงอายุ เด็กเกิดน้อย ว่างงานลดลง ๒) การใช้โซเชียลมีเดียมากขึ้น เด็กและวัยรุ่นติดเกม ๓) การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ทำให้คนไทยมีความอดทนต่ำ ๔) ภาวะโลกร้อน ภัยพิบัติจากธรรมชาติ และ ๕) คนไทยมีพฤติกรรมการเล่นติดเพิ่มขึ้น เช่น ติดเกม ติดอินเทอร์เน็ต เป็นต้น

ทั้งนี้ แนวโน้มของแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จึงควรมุ่งเน้นเพื่อให้สังคมตระหนักถึงความสำคัญ สร้างความเข้าใจผู้ป่วย ลดการตีตรา และสนับสนุนความสัมพันธ์ในครอบครัว สังคมคนรอบข้าง ให้ร่วมกันสร้างสถานะที่เอื้อแก่ผู้ป่วยทำให้สามารถอยู่ร่วมในสังคมเดียวกันได้อย่างเป็นปกติ

๒. สุขภาพกลุ่มวัยทำงาน

สถานการณ์สุขภาพในกลุ่มวัยทำงานเพศหญิง พบว่า ๕ อันดับโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสีย อันดับ ๑) โรคเบาหวาน ๒) โรคหลอดเลือดสมอง ๓) โรคหัวใจขาดเลือด ๔) โรคข้อเสื่อม และ ๕) การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเพศชาย อันดับ ๑) อุบัติเหตุทางถนน ๒) โรคหลอดเลือดสมอง ๓) การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ๔) โรคหัวใจขาดเลือด และ ๕) การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยพบปัจจัยเสี่ยงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นช่วงปี ๒๕๕๒ - ๒๕๕๗ มาจากปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ปัจจัยเสี่ยงจากเมตาบอลิก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง น้ำหนักเกินและโรคอ้วน และคอเลสเตอรอลในเลือดสูง รวมถึงแนวโน้มปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมด้านมลพิษในอากาศ

๓. สุขภาพผู้สูงอายุ

๓ อันดับโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ อันดับ ๑ ร้อยละ ๕๓ เป็นความดันโลหิตสูง อันดับ ๒ ร้อยละ ๔๙ เป็นภาวะอ้วน และอันดับ ๓ ร้อยละ ๔๗ เป็นเมแทบอลิกซินโดรม นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้หญิง ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น โดยผู้หญิงอายุ ๖๐ - ๖๙ ปี อยู่ที่ร้อยละ ๗.๗ และในวัย ๗๐ - ๗๙ ปี อยู่ที่ร้อยละ ๘.๕

ด้านพฤติกรรมกรดำเนินชีวิต และการเรียนรู้

๑. แนวโน้มการดูแลสุขภาพ

การสนับสนุนการออกกำลังกายในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมาทั้งจากภาครัฐ และเอกชนต่างๆ ทำให้เกิดกระแสคนไทยหันมารักสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิ่ง ซึ่งมีคนหนุ่มสาวหันมาวิ่งเพิ่มสูงมาก ปัจจุบันมีงานวิ่งมินิมาราธอน กึ่งมาราธอน และมาราธอนที่จัดเพิ่มขึ้นทั่วประเทศ กระแสดังกล่าวส่งผลให้เกิดข้อมูลสุขภาพที่ผิด และบิดเบือนจากข้อเท็จจริงในสื่อออนไลน์จำนวนมากด้วยเช่นกัน ทั้งในเรื่องของการออกกำลังกายรูปแบบต่างๆ การรับประทานอาหารเพื่อลดน้ำหนัก หรือแม้กระทั่งการรักษาโรคในรูปแบบต่างๆ ดังนั้นในปี ๒๕๖๓ จึงควรนำเสนอข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องให้สังคมในช่องทางที่หลากหลายมากขึ้น เข้าถึงได้ง่ายขึ้น

๒. การเลือกสรรผลิตภัณฑ์ใส่ใจสุขภาพ

ปัจจุบันคนเมืองมีวิถีชีวิตสมัยใหม่ คือ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง ไขมันสูง โซเดียมสูง น้ำตาลสูง และกรดไขมันอิ่มตัวสูง รวมถึงการบริโภคผัก-ผลไม้และการทำกิจกรรมทางกายที่น้อยเกินไป ล้วนมีผลเสียต่อสุขภาพโดยตรงทั้งสิ้น การปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการจึงเป็นกลยุทธ์เชิงป้องกันที่สำคัญ ซึ่งภาครัฐต้องดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพและให้เกิดประสิทธิผลอย่างเร่งด่วน เพื่อลดอุบัติการณ์ของ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กำลังขยายตัวอย่างรวดเร็ว การที่ภาครัฐต้องการใช้อาหารเป็นกลยุทธ์ในการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้บริโภคมีความรู้ที่เพียงพอในการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะร่างกายและสุขภาพของตน และต้องส่งเสริมให้มีอาหารซึ่งมีคุณค่าเหมาะสม ที่ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงและซื้อหาได้ ทั้งนี้ สังคมปัจจุบันผู้บริโภคมีการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ผลิตจากโรงงานอุตสาหกรรมมากขึ้น ฉลากบนบรรจุภัณฑ์ของผลิตภัณฑ์อาหารจึงกลายเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร และให้ความรู้กับผู้บริโภคที่มีความสำคัญมาก และยังเป็นช่องทางที่สำคัญของผู้ผลิต ในการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ สินค้าแก่ผู้บริโภค เพื่อเพิ่มมูลค่าของผลิตภัณฑ์ และโอกาสในการแข่งขันทางการค้า นอกจากนี้ หน่วยงานภาครัฐ และหน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภค ยังใช้ฉลากเป็นเครื่องมือในการติดตามและตรวจสอบคุณภาพอาหารหลังจากออกสู่ท้องตลาดด้วย ทั้งนี้ ฉลากที่มีข้อมูลครบถ้วนและเข้าใจง่าย ย่อมช่วยให้ผู้บริโภคสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารที่มีคุณค่าโภชนาการเหมาะสม

๓. โฟกัสได้ถึงการเสพเนื้อหาบนโลกออนไลน์ กับ พ.ร.บ.คอมพิวเตอร์

ในสังคมไทยปัจจุบันมีการใช้คอมพิวเตอร์รวมถึงสมาร์ตโฟนเป็นจำนวนมาก ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงในการเจออาชญากรรมรูปแบบต่างๆ ในโลกออนไลน์ เช่น การหลอกลวงสรรพคุณสินค้าที่ผิด และการจำหน่ายสินค้าโดยรับเงินโอนจากเหยื่อแล้วหลบหนี การเกิดพฤติกรรมการเล่นแบบในเชิงผิดศีลธรรม และการให้ความรู้ที่ผิด การติดต่อภาพที่เกินความเป็นจริง ทำให้เกิดการหลงเชื่อได้ง่าย รวมถึงการวิพากษ์วิจารณ์บุคคลอื่นผ่านโลกโซเชียลที่ก่อให้เกิดผลเสียหาย ทั้งหมดนี้มีอัตราสูงขึ้นเรื่อยๆ จึงมีการออกพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อป้องกัน ควบคุมการกระทำผิดที่จะเกิดขึ้นได้จากการใช้คอมพิวเตอร์และกำหนดโทษไว้อย่างชัดเจนซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงข้อมูล และการออกแบบกระบวนการสื่อสารผ่านทางออนไลน์

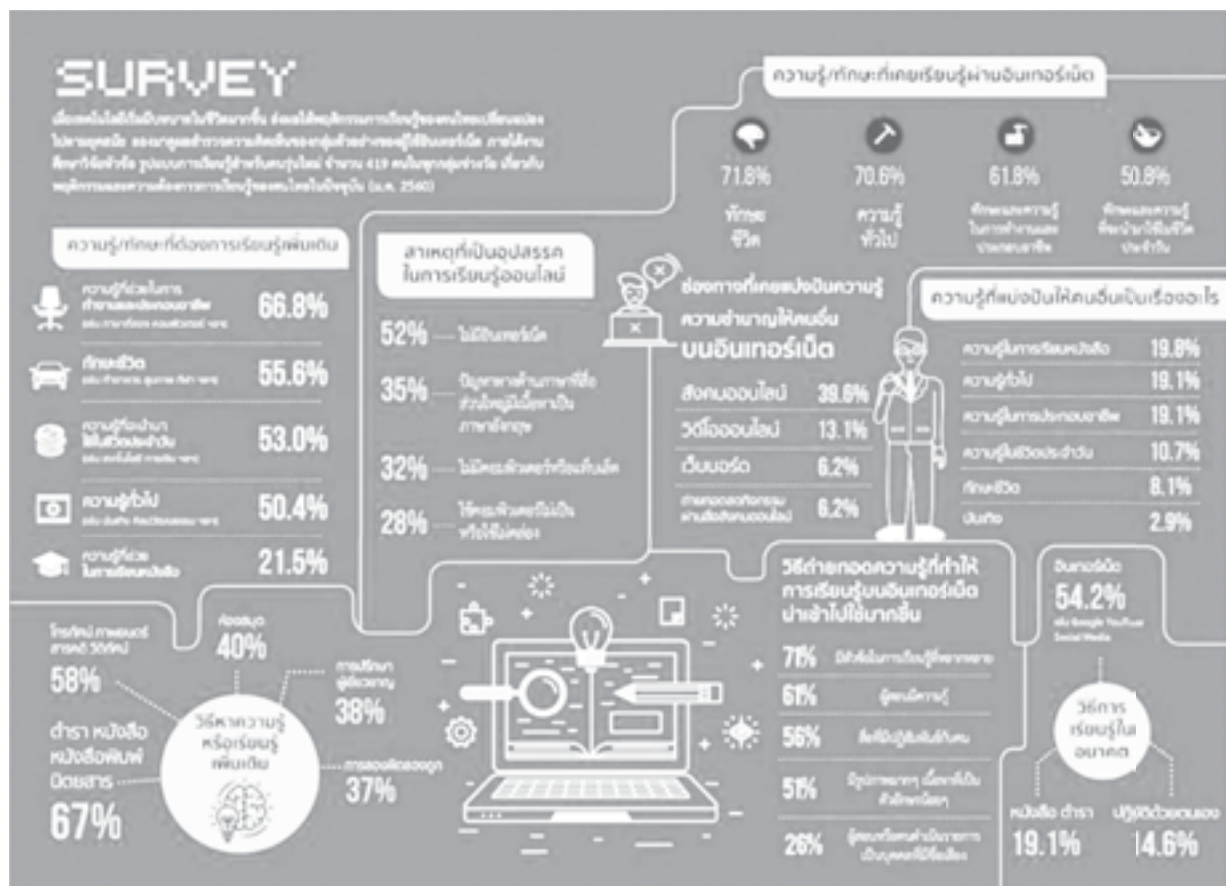
๔. พฤติกรรมการดำเนินชีวิตและการเรียนรู้ของคนปัจจุบัน

พฤติกรรมของประชากรจาก ๔๐ ประเทศทั่วโลกในหัวข้อ “Digital in 2018” โดย We Are Social และ Hootsuite สํารวจพบว่า ในเดือนมกราคม ๒๕๖๑ คนยุคใหม่ใช้เวลาใน ๑ วันกับอินเทอร์เน็ตและสื่อออนไลน์มากที่สุด โดยใช้เวลา ๙ ชั่วโมงในการเข้าอินเทอร์เน็ตและสื่อออนไลน์ โดยคนไทยใช้เวลาเข้าอินเทอร์เน็ตต่อวันมากที่สุดในโลก เฉลี่ย ๙ ชั่วโมง ๓๘ นาที และท่องอินเทอร์เน็ตบนสมาร์ตโฟนมากที่สุดในโลก เฉลี่ย ๔ ชั่วโมง ๕๖ นาที นอกจากนี้ผลสำรวจในรายงาน “เวลาแห่งความสนุกสนานที่ลดน้อยลงทั่วโลก (World Play Shortage Report)” โดย Beko ได้สำรวจประชากรทุกช่วงวัยจาก ๒๒ ประเทศทั่วโลก (รวมถึงประเทศไทย) พบว่าในปัจจุบัน ผู้คนมีเวลาว่างน้อยลงอย่างมาก โดยผู้ใหญ่เกือบร้อยละ ๓๐ มีเวลาว่างน้อยกว่า ๑๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และเด็ก ๆ มีเวลาว่างเพียง ๒๑ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และในด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า กิจกรรมที่ชื่นชอบในเวลาว่าง ผู้คนกว่า ร้อยละ ๗๐ ไม่ได้เลือกการเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกาย และเกือบร้อยละ ๓๐ ของผู้ใหญ่ยอมรับว่าตัวเองไม่เคยออกกำลังกายเลย



ที่มา : <https://brandinside.asia/research-beko-out-of-time-for-fun/beko-world-play-shortage-report-infographic/>

รูปแบบการเรียนรู้สำหรับคนรุ่นใหม่ จำนวน ๔๑๔ คนในทุกกลุ่มช่วงวัยเกี่ยวกับพฤติกรรมและความต้องการการเรียนรู้ของคนไทยในปัจจุบัน (ม.ค. ๒๕๖๐) โดยสถาบันการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี สสำรวจพบว่า วิธีการเรียนรู้ในอนาคตจะมาจากอินเทอร์เน็ตมากกว่า หนังสือ ตำรา หรือ การปฏิบัติด้วยตนเอง โดย “ทักษะชีวิต” เป็นความรู้/ทักษะที่เคยเรียนรู้ผ่านอินเทอร์เน็ตมากที่สุด และ “ความรู้ที่ช่วยในการทำงานและประกอบอาชีพ” เป็นความรู้/ทักษะที่ต้องการเรียนรู้เพิ่มเติม โดยใช้สำหรับการค้นหาข้อมูลร้อยละ ๕๖.๖ และการรับข้อมูลข่าวสารร้อยละ ๕๒.๒ แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมของประชากรไทยอยู่ในโลกออนไลน์มากขึ้น มีการสื่อสาร การรับข้อมูลข่าวสารโดยเฉพาะข้อมูลที่ตรงกับความสนใจมากขึ้น ส่งผลให้สื่อออนไลน์ต่างๆ ได้มีการออกแบบพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการต่างๆ จะต้องสอดคล้องกับแนวโน้มเทคโนโลยี และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป



ที่มา : <http://www.okmd.or.th/okmd-opportunity/FutureLearningPlatform/1112/>

นอกจากนี้ ผลการวิจัยภาพลักษณ์ สสส. ประจำปี ๒๕๖๑ ที่มีข้อเสนอกลยุทธ์การปรับบทบาท เพื่อสร้าง การรับรู้และเข้าใจแนวทางการทำงาน สสส. ที่เสนอให้ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สร้างช่องทาง/พื้นที่ ที่เพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนมากขึ้นผ่านจุด Touch Point หลัก คือ แหล่งเรียนรู้ทั่วประเทศ ผลิตภัณฑ์และบริการ และสื่อสารผ่านเว็บไซต์ออนไลน์ ที่เข้าถึงง่าย เป็นมิตร

ด้านนโยบาย การเมือง และกฎหมาย

๑. นโยบายประเทศไทย ๔.๐

ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ จัดทำขึ้นตามนโยบายยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ซึ่งเป็นแผนแม่บทหลักของการพัฒนาประเทศ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) รวมทั้งการปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ “ประเทศไทย ๔.๐” ด้วยโมเดลการขับเคลื่อนประเทศที่เน้นเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรม เพื่อให้ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน โดยใช้พลัง “ประชารัฐ” การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ภาคการเงิน การธนาคาร มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยต่างๆ เน้นตามความถนัดและจุดเด่นของแต่ละองค์กร โดยมีภาครัฐเป็นผู้สนับสนุน ซึ่งทรัพยากรสำคัญของโมเดล “ประเทศไทย ๔.๐” คือ ทรัพยากรมนุษย์ ที่เต็มเปี่ยมไปด้วยศักยภาพ และความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งสอดคล้องกับหนึ่งในหลักการสำคัญของแผนพัฒนาฯ ก็คือ ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา มุ่งสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีสำหรับคนไทย

๒. เศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)

การปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจมีรูปแบบใหม่ที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นกลไกสำคัญ ซึ่งจะช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงคนได้จำนวนมาก ในขณะเดียวกันแนวโน้มการทำงานในอนาคต จะเน้นการเป็นเครือข่ายร่วมกันมากขึ้น โดยสินค้าและบริการ รวมถึงสื่อต่างๆ จะปรับสู่รูปแบบดิจิทัลมากขึ้น เช่น การให้บริการห้องสมุด หนังสือ หรือเอกสารต่างๆ

๓. กฎหมายอาหารและเครื่องดื่ม (หวาน เค็ม ไขมันทรานส์)

เพื่อลดความเสี่ยงและลดจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ รัฐบาลได้ออกกฎหมายสรรพสามิตเครื่องดื่มที่มีรสหวาน โดยเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด จะต้องมีการภาษีความหวานเพิ่ม ส่งผลให้ผู้ประกอบการเครื่องดื่มต้องปรับตัวด้วยการปรับสูตรผลิตภัณฑ์ ให้มีน้ำตาลน้อยลง ผลิตเครื่องดื่มที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น และที่สำคัญหากเป็นสูตรน้ำตาลน้อย ก็สามารถมาขอฉลาก “ทางเลือกเพื่อสุขภาพ (Healthier Choice)” จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้บริโภคได้อีกด้วย

ปัจจุบัน (ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓) กรมสรรพสามิต มีแนวคิดเก็บภาษีจากสินค้าที่มีไขมันและความเค็มในปริมาณมากโดยยึดแนวทางเดียวกับการจัดเก็บภาษีจากความหวาน ทั้งนี้กรณีภาษีความเค็มจากไขมันทรานส์นั้น ทางกระทรวงสาธารณสุข โดย อย. ประกาศห้ามใช้ไขมันทรานส์ผลิตอาหารอยู่แล้ว เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจ โดยมีผลบังคับใช้เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่ผ่านมา สำหรับภาษีความเค็มนั้น จะต้องกำหนดอัตราโซเดียม หรือความเค็ม เช่นเดียวกับภาษีความหวาน เพื่อผลักดันให้ผู้ประกอบการปรับสูตร

๔. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐

เพื่อป้องกันผลกระทบทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กและเยาวชน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศบังคับใช้ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยมีมาตรการสำคัญ อาทิ การห้ามขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ห้ามให้บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี เป็นผู้ขายยาสูบ ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบใน ๔ กลุ่มสถานที่ ห้ามโฆษณาสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบในทุกรูปแบบ ห้ามผู้ประกอบการธุรกิจผลิตภัณฑ์ยาสูบ ทำกิจกรรมซีเอสอาร์ อุปถัมภ์สนับสนุนบุคคล ห้ามตั้งวางโชว์ผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือซองบุหรี่ ณ จุดขาย ห้ามแบ่งซองขายบุหรี่เป็นรายมวน เพิ่มโทษผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่เป็นปรับไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท เป็นต้น

๕. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙

เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่นของไทยที่สูงเป็นอันดับที่ ๒ ของอาเซียน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ รัฐบาลได้ออกพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ขึ้น เพื่อส่งเสริมสิทธิของวัยรุ่นให้มีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง และมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ ได้รับการบริการอนามัย การเจริญพันธุ์ ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ และส่งเสริมให้มีระบบการดูแล ช่วยเหลือ และคุ้มครองนักเรียนหรือนักศึกษาซึ่งตั้งครมให้ได้รับการศึกษาด้วยรูปแบบที่เหมาะสมและต่อเนื่อง รวมทั้งจัดให้มีระบบการส่งต่อให้ได้รับการบริการอนามัย การเจริญพันธุ์และการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสม

๖. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นปัจจัยสำคัญในการลดผลกระทบทางสุขภาพ จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรม ทำให้บุคคลมีความสามารถในการกลั่นกรอง ประเมินข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากทุกช่องทาง และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ สัมชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๑ ได้มีมติ ในข้อที่ ๑ ขอให้กระทรวงสาธารณสุข โดย กรมควบคุมโรค ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นแกนหลักในการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ เพื่อพัฒนาระบบจัดการและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ด้านพฤติกรรมสุขภาพในสังคมไทย

๑. คนในสังคมยุคดิจิทัล ปัจจุบันยังมีความเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกลุ่มโรค NCDs (Non-Communicable Diseases) เพิ่มมากขึ้น โดยในปี ๒๕๕๗^{๑๔๔} ประชากรทั่วโลกเสียชีวิต จากโรค NCDs มากถึง ๓๖ ล้านคน หรือร้อยละ ๖๓ ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด ซึ่งมีสาเหตุหลักจากการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเนือยนิ่งที่สูง (Sedentary Behavior) ในทุกช่วงวัย

^{๑๔๔} อ้างอิงจาก : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๕๘. รายงานผลการวิจัยโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๘.

๒. จากข้อมูลการสำรวจตลอดระยะเวลา ๖ ปีที่ผ่านมาพบว่า คนไทยมีพฤติกรรมเนือยนิ่งมากกว่า ๑๓ ชั่วโมงต่อวัน โดยล่าสุดในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ผลการสำรวจยังคงยืนยันถึงความจำเป็นในการเร่งรณรงค์ในการลดพฤติกรรมดังกล่าว โดยพบว่า ๓ พฤติกรรมเนือยนิ่งที่คนไทยระหว่างวัน คือ ๑) นิ่งพูดคุย/นั่งประชุม (ร้อยละ ๘๖.๓) ๒) นิ่ง/นอนดูโทรทัศน์ (ร้อยละ ๘๒.๘) ๓) นิ่งนอนเล่นหรือคุยโทรศัพท์มือถือ (ร้อยละ ๕๓.๗) โดยกลุ่มเด็กและกลุ่มวัยรุ่นมีพฤติกรรมอยู่หน้าจอ (Screen Time) มากกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะแล้วใช้เวลาอยู่หน้าจอเพื่อความบันเทิงสะสม ๓.๐๙ ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งสอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของสัดส่วนผู้ที่มีภาวะอ้วนและอ้วนลงพุง คือจากร้อยละ ๒๘.๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ เป็นร้อยละ ๓๔.๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ สำหรับภาวะอ้วน นอกจากนี้ ฐานข้อมูลโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ พบว่า เด็กไทยอายุ ๕ - ๑๔ ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนที่ร้อยละ ๑๓.๑^{๑๔๙}

๓. นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมอื่นๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ หวาน มัน เค็ม และพักผ่อนไม่เพียงพอ ความเครียด ยิ่งเสี่ยงต่อการเป็นโรค NCDs ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตสูง เป็นอันดับหนึ่ง และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ สำหรับในประเทศไทย พบว่า ผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs เพิ่มขึ้นจาก ๓๑๔,๓๔๐ คนในปี ๒๕๕๒ เป็น ๓๔๙,๐๙๐ คนในปี ๒๕๕๖ ซึ่งส่งผลให้เกิดความสูญเสียด้านทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นวัยทำงาน และยังเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างมากมา^{๑๕๐}

๔. ด้านปัจจัยเสี่ยงหลักทางสุขภาพ จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปจำนวน ๕๕.๙ ล้านคนทั่วประเทศ มีนักดื่มปัจจุบันร้อยละ ๒๘.๔๑ โดยสัดส่วน นักดื่มปัจจุบันสูงที่สุดในภาคเหนือ (ร้อยละ ๓๕.๔๐) และต่ำสุดในภาคใต้ (ร้อยละ ๑๖.๐๕) ไม่พบความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมการดื่มในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล โดยอายุเฉลี่ยในการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกของนักดื่มปัจจุบันชายอยู่ที่ ๑๙.๒๐ ปี ของนักดื่มปัจจุบัน หญิงอยู่ที่ ๒๔.๐๗ ปี สาเหตุหลักของการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มี ๓ ประการ ได้แก่ ตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวนดื่ม (ร้อยละ ๓๘.๘๕) อยากทดลองดื่ม (ร้อยละ ๒๙.๑๒) และ เพื่อเข้าสังคม/การสังสรรค์ (ร้อยละ ๒๐.๕๕)^{๑๕๑}

๕. สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทย จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ในปี ๒๕๖๐ พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ ๓๔.๓ ยังคงเป็นผู้สูงอายุที่ยากจนซึ่งมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนและผู้สูงอายुर้อยละ ๓๕.๑ ยังคงทำงานอยู่ ซึ่งผู้สูงอายุชายทำงานมากกว่าผู้สูงอายุหญิง สาเหตุสำคัญที่ยังทำงานร้อยละ ๔๓.๔ ระบุว่าต้องหารายได้เลี้ยงตนเองหรือครอบครัว ซึ่งแหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายुर้อยละ ๓๑ มาจากการทำงาน และมีแนวโน้มรายได้จากการทำงานของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากนโยบายการขยายการจ้างงานแรงงานสูงวัยในสถานประกอบการ ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงวัยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี ลดภาระและการพึ่งพิงครอบครัวและสังคมได้ ขณะเดียวกันก็เป็นการส่งเสริมให้ประชากรที่ใกล้เข้าสู่วัยสูงอายุมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและเป็นพลังของสังคมได้ยาวนาน

^{๑๔๙} สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. และกระทรวงสาธารณสุข.

^{๑๕๐} อ้างอิงจาก: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. ๒๕๕๙. รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ ๒ : มุ่งหน้าสู่เป้าหมายระดับโลก (kick off to the goals)

^{๑๕๑} วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มของแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓, แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

ความก้าวหน้าการดำเนินงานของแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพะ (แผน ๑๕) เทียบกับแผนยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔)

ที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๒) แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพะได้ดำเนินงานเพื่อสร้างความตระหนักและสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพะ ตลอดจนเผยแพร่องค์ความรู้สุขภาพะผ่านสื่อรณรงค์ สื่อนิทรรศการ กิจกรรม และสื่อส่งเสริมการเรียนรู้ต่างๆ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) ดังนี้

- ๑. การลดอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย** สื่อสารเพื่อสร้างการรับรู้ถึงพิษภัยบุหรี่อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งแนวทางการเลิกบุหรี่ผ่านตัวช่วย ๔ วิธี (ผลไม้รสเปรี้ยว หลอดดอกขาว นวดกดจุดเท้า และสายดว่นปรึกษาเลิกบุหรี่ โทร. ๑๖๐๐) และในปี ๒๕๖๑ ได้มุ่งเน้นการให้ความรู้ถึง พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ที่มีสาระสำคัญ ห้ามขายบุหรี่ให้ผู้มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี การห้ามแบ่งขาย บุหรี่มวน และเจ้าของสถานที่มีหน้าที่ประชาสัมพันธ์แจ้งเตือนควบคุมไม่ให้เกิดการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นคุณประโยชน์ต่อเยาวชนและสังคมไทย ที่มีแนวโน้มต่อการสร้างทัศนคติและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการสูบบุหรี่
- ๒. การลดอัตราดื่มสุราของคนไทย** พัฒนาโครงการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษา” เพื่อผลักดันให้เกิดโอกาสการลดอัตราการดื่มสุรา เป็นระยะเวลา ๓ เดือน นับเป็นจุดเริ่มต้นให้คนไทยเห็นถึงประโยชน์ในแง่มุมต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย และเศรษฐกิจครัวเรือน ที่นำไปสู่การตัดสินใจเลิกดื่มสุราในระยะยาวได้ นอกจากนี้ ได้สื่อสารเพื่อสร้างทัศนคติ ไม่ให้เหล้าเป็นของขวัญในเทศกาลต่างๆ ผ่านโครงการ “ให้เหล้าเท่ากับแข่ง” ทำให้เกิดการรับรู้ในสังคมวงกว้างและลดอัตราดื่มสุราของคนไทยในทางอ้อมได้
- ๓. การเพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้อย่างเพียงพอ และเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำของคนไทย**

สื่อสารโครงการลดพุงลดโรค เพื่อเป้าหมายให้คนไทยมีกิจกรรมทางกายและกินอย่างเหมาะสม โดยการเพิ่มกิจกรรมทางกาย ได้ออกแบบวิธีกระตุ้นให้คนไทยเริ่มลุกขึ้นมาออกกำลังกาย ที่สามารถทำได้ทุกเพศ ทุกวัย ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยวิธีการ “แกว่งแขน” ในปี ๒๕๕๖ ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน และสำหรับการรณรงค์เรื่องการบริโภคผักและผลไม้ ได้ออกแบบการสื่อสาร “กินแบบ ๒:๑:๑” ผัก ๒ ส่วน ข้าว ๑ ส่วน เนื้อ ๑ ส่วน เพื่อให้คนไทยตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคผักและผลไม้ รวมทั้งปรับเปลี่ยนการกินในแต่ละมื้ออาหาร ให้มีสัดส่วนที่พอเหมาะและเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพคนไทย

๔. การลดความชุกของน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก

พัฒนาโครงการรณรงค์ “Active Play ออกมาเล่น” ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปกครองเปิดโอกาสให้เด็กหรือลูกหลานได้มีกิจกรรมทางกายวันละ ๖๐ นาที เพื่อกระตุ้นให้สมองเกิดการพัฒนาคครบทุกมิติ มีสุขภาพที่แข็งแรง นำไปสู่การลดความชุกของน้ำหนักตัวเกิน และภาวะโรคอ้วนในเด็กตามเป้าหมายที่วางไว้

๕. การลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน

สื่อสารเชิงประเด็นเรื่องลดความเร็วในโครงการ “ลดเร็ว ลดเสี่ยง” ผ่านการจำลองภาพวิสัยทัศน์อุโมงค์ (Tunnel Vision) ให้ตระหนักถึงผลกระทบของการขับเร็ว ตลอดจนการสร้างบรรยากาศการเดินทางกลับบ้านปลอดภัยในช่วงเทศกาลสงกรานต์และปีใหม่ ผ่านเครื่องมือสื่อสาร อาทิ เพลง มิวสิควิดีโอ และสื่อให้ความรู้ทางออนไลน์ ให้คนไทยตระหนักถึงวินัยจราจร กฎระเบียบ เพื่อขับขี่ปลอดภัย ลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุและอัตราการตายบนท้องถนน

๖. การเพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น

สื่อสารโครงการรณรงค์ “โอกาสทองคุยเรื่องเพศกับลูก” ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ เพื่อสร้างทัศนคติเชิงบวกให้พ่อแม่และผู้ปกครอง เปิดโอกาสรับฟังลูกอย่างไม่ตัดสิน โดยพัฒนาเครื่องมือสื่อสารที่หลากหลาย อาทิ รายการโทรทัศน์ แบบประเมิน คู่มือคุยเรื่องเพศกับลูก เว็บไซต์ให้ความรู้ ตลอดจนหลักสูตรอบรม เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ สร้างประสบการณ์ตรง และทัศนคติที่นำไปสู่ความอบอุ่นในครอบครัว

๗. การเพิ่มสัดส่วนของคนไทยที่มีความสุขในการดำรงชีวิต

กระตุ้นเพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขผ่านกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะในรูปแบบต่างๆ

สำหรับเป้าหมายในเรื่อง การลดอุบัติเหตุการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหญิงตั้งครรภ์ การเพิ่มสัดส่วนของคนไทยที่มีความสุขในการดำรงชีวิต และชุมชนและท้องถิ่นเข้มแข็ง อยู่ในขั้นตอนการพัฒนาแผนงาน โดยเฉพาะเป้าหมายชุมชนและท้องถิ่นเข้มแข็ง ได้กำหนดเผยแพร่สื่อรณรงค์ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓

ความก้าวหน้าการดำเนินงานแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ (แผน ๑๕) เทียบกับแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) และช่องว่างในการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ในแผนหลัก ๓ ปี)

เป้าหมายแผนหลัก ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓)	ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒	ช่องว่างในการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้
พัฒนาศักยภาพบุคคล	เป็นไปตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้	ขยายผลการพัฒนาศักยภาพบุคคล ผ่านการพัฒนากลไกจัดการระดับพื้นที่
ขยายฐานผู้รับประโยชน์	เป็นไปตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ (๑) สื่อ/ชุดความรู้ เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะและการพัฒนาทักษะชีวิตในรูปแบบต่างๆ (๒) พันธมิตรเครือข่ายการดำเนินงาน เพื่อการขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ	(๑) วิเคราะห์ความต้องการของผู้รับประโยชน์ เพื่อพัฒนาการใช้ข้อมูลสุขภาวะและสื่อ/ชุดความรู้ ที่เหมาะสม โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัล เข้ามาช่วยในการดำเนินการ (๒) สร้างช่องทาง/พื้นที่ เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชน ผ่านจุด touch point หลัก โดยสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กร ที่มีศักยภาพ เป็นตัวคูณที่สำคัญในการใช้ประโยชน์ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
พัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้	(๑) นวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาวะ	(๑) นวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาวะที่รองรับยุคดิจิทัล

ผลงานสำคัญของแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ ในปี ๒๕๖๒ (ข้อมูลถึงเดือนมีนาคม ๒๕๖๒)

- พัฒนาชุดความรู้/สื่อส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ พัฒนากิจกรรมชีวิตที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งหนุนเสริมการขับเคลื่อนงานของภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาวะในรูปแบบต่างๆ จำนวน ๓๑ ชุดความรู้ โดยมีการเผยแพร่แล้ว จำนวน ๓๑ ชุดความรู้ อาทิ ชุดความรู้ประเด็นอุบัติเหตุ ชุดความรู้ประเด็นบุหรี่ยุติ ชุดความรู้ประเด็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชุดความรู้ประเด็นภัยพิบัติชุมชน ชุดความรู้ประเด็นอาหารเพื่อสุขภาวะ ชุดความรู้ประเด็นครอบครัวอบอุ่น เป็นต้น
- เกิดพันธมิตรเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ จำนวน ๑๔ แห่ง โดยการพัฒนาความร่วมมือ และเชื่อมโยงกิจกรรมของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ กับแหล่งเรียนรู้ หน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายต่างๆ รวมทั้งเกิดการลงทุนร่วม/จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันและเชื่อมโยงกิจกรรม ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ : เกิดพันธมิตรเครือข่ายในการขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะและจุดจัดการในการกระจายสื่อ จำนวน ๔ แห่ง ได้แก่ ๑) บริษัท เซ็นทรัล วัตสัน ๒) บริษัท บิวท์ส รีเทล (ประเทศไทย) จำกัด ๓) โรงพยาบาลพญาไท ๔) สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต ๓๑ (นครราชสีมา) และเชื่อมพันธมิตรเครือข่ายห้องสร้างปัญญา จำนวน ๒๕ แห่ง

กลุ่มที่ ๒ : เชื่อมพันธมิตรเครือข่าย “ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาค” (ร่วมมือกับศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษา) จำนวน ๖ แห่ง ได้แก่ ๑) ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษากาญจนบุรี ๒) ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษานครพนม ๓) ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาสระแก้ว ๔) ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษารังสิต ๕) ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษานครราชสีมา ๖) ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษานราธิวาส และเดิมมีจำนวน ๘ แห่ง ได้แก่ ๑) ศูนย์วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมเพื่อศึกษาร้อยเอ็ด ๒) ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษาลำปาง ๓) ศูนย์การเรียนรู้เมืองฉะเชิงเทรา ๔) อุทยานการเรียนรู้ยะลา ๕) ห้องสมุดประชาชนเทศบาลนครอุดรธานี ๖) ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อศึกษานครสวรรค์ ๗) โรงพยาบาลน่าน ๘) อุทยานการเรียนรู้นครภูเก็ต

๓. การสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะให้ประชาชน โดยการ**จัดแสดงนิทรรศการเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะในหลากหลายรูปแบบ และสัญจรไปตามภูมิภาคมากกว่า ๒๓ จังหวัดทั่วประเทศ** รวมถึง กิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะในประเด็นสุขภาวะทั้ง ๔ มิติ เพื่อพัฒนาทักษะการใช้ชีวิตที่รู้เท่าทัน รวมถึงการใช้ชีวิตอย่างสมดุลให้แก่กลุ่มเด็กและเยาวชน ตลอดจนประชาชนทั่วไป อาทิ กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย กิจกรรมพัฒนาและเสริมสร้างทักษะชีวิต

๔. **อบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำสร้างเสริมสุขภาวะ ลดพุง ลดโรค จำนวน ๒๕๗ คน** และมีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับขยายผล จำนวน ๑๕๐ คน (คิดเป็นร้อยละ ๕๘ ของจำนวนผู้ที่เข้าร่วมอบรมทั้งหมด) รวมทั้งเกิดรูปธรรมของการขยายผล จำนวน ๑๗ เรื่อง ดังนี้ การขยายผลเรื่องลดพุง ลดโรค ในโรงเรียน จำนวน ๕ โรงเรียน การขยายผลเรื่องลดพุง ลดโรค ในองค์กร จำนวน ๘ องค์กร และการขยายผลเรื่องลดพุง ลดโรค กับประชาชนในพื้นที่โดยหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพ จำนวน ๔ แห่ง

ในปี ๒๕๖๓ แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ จึงมุ่งเน้นการดำเนินงานต่อยอดจากฐานเดิม ซึ่งประสบผลสำเร็จทั้งในด้านกระบวนการทำงาน ผลลัพธ์เชิงรูปธรรม และผลกระทบต่อสังคมวงกว้าง โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพทั้งระดับบุคคล ผู้นำการเปลี่ยนแปลง และองค์กรต่างๆ ให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านการดำเนินการต่างๆ ดังนี้

- ๑) ขยายผลการพัฒนาศักยภาพบุคคลผ่านการพัฒนากลไกจัดการ (node) ระดับพื้นที่
- ๒) สร้างช่องทาง/พื้นที่ เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชน ผ่านจุด touch point หลัก โดยสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรที่มีศักยภาพ เป็นตัวคูณที่สำคัญในการใช้ประโยชน์ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
- ๓) วิเคราะห์ความต้องการของผู้รับประโยชน์ เพื่อพัฒนาการใช้อินโฟลว์ข้อมูลสุขภาวะ และสื่อ/ชุดความรู้ที่เหมาะสม โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัล เข้ามาช่วยในการดำเนินการ

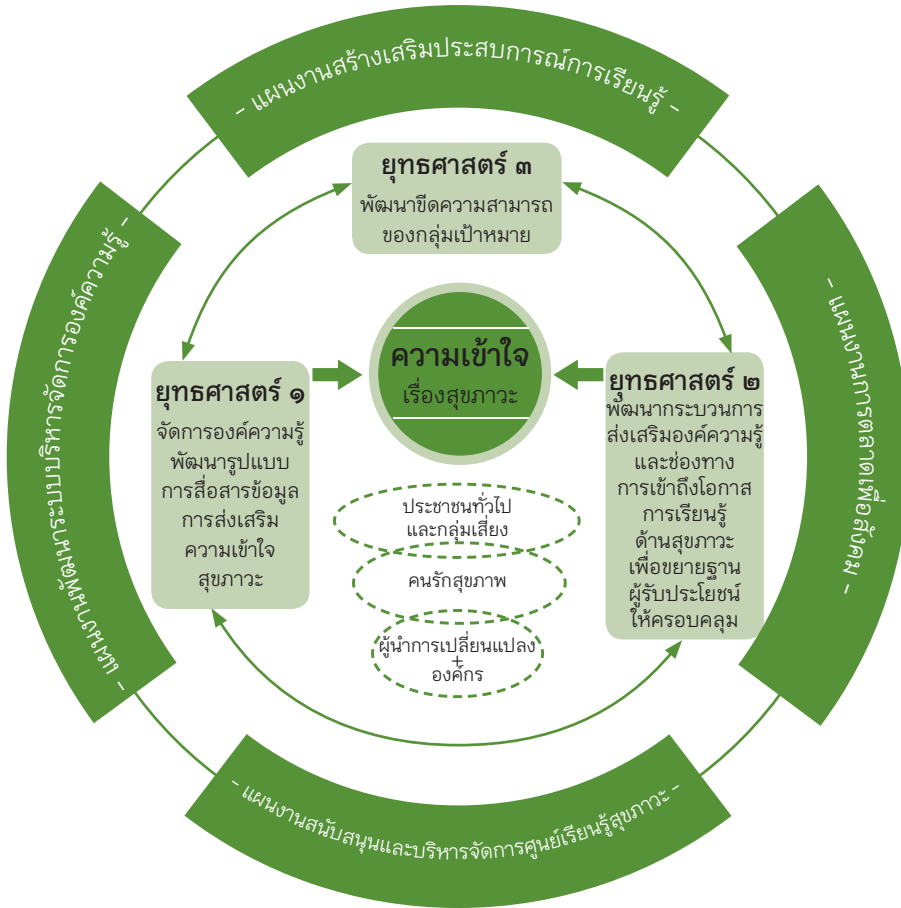
จุดเน้นของแผนการดำเนินงานปี ๒๕๖๓

๑. ประชาชนทุกช่วงวัยได้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สุขภาพผ่านเครือข่ายพันธมิตรที่มีจุดจัดการ/เครือข่าย/ผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยทำงานเชิงประเด็นที่ตอบโจทย์ความต้องการเพื่อส่งต่อความรู้ผ่านจุดจัดการ ช่องทางและพื้นที่ของพันธมิตรเครือข่ายให้เข้าถึงประชาชนผู้รับประโยชน์
๒. ประชาชนทุกช่วงวัยเข้าถึงองค์ความรู้สุขภาพและประสบการณ์การเรียนรู้ผ่านช่องทางการเข้าถึงที่หลากหลาย ด้วยการสร้างสรรค์และพัฒนาช่องทางการเข้าถึงที่หลากหลายที่สอดคล้องกับกลุ่มคนแต่ละช่วงวัยและบริบทของพื้นที่ ในรูปแบบของเทคโนโลยีดิจิทัล สื่อและกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย (on line และ off line)
๓. พัฒนาสื่อ ชุดความรู้สุขภาพ ที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนทุกช่วงวัย และบรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) โดยการวิเคราะห์ความต้องการของผู้รับประโยชน์ ตลอดจนประเด็นทางสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี เพื่อพัฒนาสื่อ ชุดความรู้สุขภาพ กลไกการใช้ข้อมูลที่เหมาะสม โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาช่วยในการดำเนินการ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักด้านการสร้างเสริมสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งระดับบุคคล และองค์กร อันนำไปสู่แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย
๒. เพื่อสร้างพันธมิตรเครือข่ายในการดำเนินงานขยายผลองค์ความรู้ การร่วมพัฒนาสื่อ และเผยแพร่ขยายผลสื่อสร้างเสริมสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ
๓. เพื่อพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารสร้างเสริมสุขภาพ ที่สร้างความเข้าใจความตระหนัก รวมถึงการมีส่วนร่วม และ/หรือแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน



๑. บริหารจัดการองค์ความรู้ พัฒนารูปแบบการสื่อสาร ข้อมูลการสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ ผ่านการพัฒนาวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารที่รองรับยุคดิจิทัล เพื่อสอดคล้องกับแนวโน้มเทคโนโลยีและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป
๒. พัฒนาระบบการส่งเสริมองค์ความรู้ ขุดความรู้ ช่องทางการเข้าถึงโอกาสการเรียนรู้ด้านสุขภาวะ เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์ ให้ครอบคลุมเหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. พัฒนาขีดความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งบุคคลและผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ และเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ “Health Literacy” สามารถนำความรู้ไปปรับใช้กับวิถีชีวิตประจำวัน ตลอดจนสามารถขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะได้

เป้าหมาย ๑ ปี ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

ตัวชี้วัดหลัก

๑. การพัฒนาศักยภาพบุคคลและผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะ ผ่านการสร้าง ความตระหนัก ความเข้าใจ และการรับรู้

๑.๑ ประชาชนทั่วไป

- ๑.๑.๑ ประชาชนทั่วไปรับรู้การสร้างเสริมสุขภาวะจากทุกช่องทางโดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๙ สำหรับโครงการรณรงค์ขนาดใหญ่ (งบประมาณด้านช่องทางสื่อมากกว่า ๔๐ ล้านบาท)
- ๑.๑.๒ ประชาชนทั่วไปรับรู้การสร้างเสริมสุขภาวะจากทุกช่องทางโดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๙ สำหรับโครงการรณรงค์ขนาดปกติ (งบประมาณด้านช่องทางสื่อ ๒๐ - ๔๐ ล้านบาท)
- ๑.๑.๓ การใช้งบประมาณสื่อโฆษณาออนไลน์สำหรับการรับชมเนื้อหาวิดีโอ ในกลุ่มประชาชน สังคมออนไลน์ (CPV) มีมูลค่าไม่เกิน ๑.๒๕ บาทต่อการรับชมวิดีโอ ๑ ครั้ง
- ๑.๑.๔ ประชาชนทั่วไปเข้าใจสื่อรณรงค์สร้างเสริมสุขภาวะโดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๕

๑.๒ ผู้ใช้บริการ

- ๑.๒.๑ ผู้ใช้บริการของคุณ์เรียนรู้สุขภาวะจากทุกช่องทาง เกิดแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างน้อยร้อยละ ๘๐

๑.๓ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง

- ๑.๓.๑ เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านการอบรมและกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ จำนวน ๕๐๐ คน

๒. ขยายฐานผู้รับประโยชน์เน้นความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร

- ๒.๑ เกิดสื่อ และ/หรือ ชุดความรู้เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะและพัฒนาทักษะชีวิตในรูปแบบต่างๆ ที่ออกแบบให้เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร อาทิ โครงการรณรงค์ชุดนิทรรศการ หลักสูตรฝึกอบรม ชุดความรู้พร้อมใช้ หนังสือ ฯลฯ ในประเด็นสุขภาวะต่างๆ เช่น ยาสูบ เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ อาหาร กิจกรรมทางกาย อุบัติเหตุ สุขภาวะทางเพศ สุขภาวะองค์กร ผู้สูงอายุ ชุมชน เป็นต้น จำนวน ๒๐ ชุด
- ๒.๒ เกิดพันธมิตรเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ จากความร่วมมือ พัฒนา และเชื่อมโยงกิจกรรมกับแหล่งเรียนรู้ หน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายต่างๆ เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑๕ แห่ง

๓. พัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ

๓.๑ เกิดนวัตกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์กลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ และทำให้เกิดการมีส่วนร่วม และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเชิงทัศนคติ และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๒ ชิ้น

ตัวชี้วัดร่วมและตัวชี้วัดระเบียบวาระกลาง

๑. บูรณาการการทำงานร่วมกับแผนอื่นๆ โดยสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี สสส. และ/หรือ ประเด็นระเบียบวาระกลางของ สสส. ประจำปี ๒๕๖๓ อย่างน้อย ๕ ประเด็น อาทิ

- ๑.๑ ร่วมกับแผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา พัฒนาชุดสื่อส่งเสริมการเรียนรู้ ประเด็น “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)” เพื่อสนับสนุนประเด็นระเบียบวาระกลางของ สสส. ประจำปี ๒๕๖๓
- ๑.๒ ร่วมกับแผนอาหารเพื่อสุขภาพและแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว พัฒนาชุดสื่อ/ชุดความรู้ โภชนาการสมวัย เพื่อลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กให้น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ และเพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้อย่างเพียงพอตามข้อเสนอแนะ (๔๐๐ กรัมต่อวัน) ตามทิศทางเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี สสส.
- ๑.๓ ร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พัฒนาชุดสื่อนิทรรศการยิ้ม-คืนส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กวัยเรียน เพื่อเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำของคนไทยอายุ ๑๑ ปีขึ้นไปตามทิศทางเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี สสส.
- ๑.๔ ร่วมกับแผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว พัฒนาชุดสื่อส่งเสริมการเรียนรู้ ประเด็น “ครอบครัวเข้มแข็ง” เพื่อเพิ่มสัดส่วนครอบครัวของครอบครัวอบอุ่น (ครอบครัวเข้มแข็ง) ตามทิศทางเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี สสส.

กลุ่มแผนงาน

๑. แผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้
๒. แผนงานสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้
๓. แผนงานสนับสนุนการจัดการการเรียนรู้
๔. แผนงานบริหารพื้นที่สาธารณะ
๕. แผนงานการตลาดเพื่อสังคม

๑. แผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้

แผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้ มุ่งเน้นการส่งเสริมการจัดการองค์ความรู้ (Knowledge Management) และการขยายผลงาน หรือนวัตกรรมที่สำคัญที่ สสส. และภาคีเครือข่ายได้พัฒนาขึ้น อย่างเป็นระบบ ผ่านการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล องค์ความรู้ ตลอดจนเผยแพร่โมเดลต้นแบบ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในประเด็น/มิติต่างๆ เพื่อนำมาใช้ขยายผลในหลากหลายรูปแบบ

จุดเน้นในปี ๒๕๖๓

๑. พัฒนาช่องทางในการสื่อสาร แลกเปลี่ยน และส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ (knowledge as a service platform) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาเว็บไซต์ Thaihealth Resource Center ให้เป็น ศูนย์กลางในการรวบรวมข้อมูล องค์ความรู้ งานวิชาการ ต้นแบบนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และสื่อสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนข้อมูลความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป และเป็นกลไกในการสนับสนุนการแลกเปลี่ยน เผยแพร่ และขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะของ สสส. และภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่สาธารณชน
๒. พัฒนากลไกจุดจัดการในพื้นที่ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถให้กับผู้นำการเปลี่ยนแปลง ในการต่อยอด และขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

แนวทางการดำเนินงาน

๑. พัฒนาเว็บไซต์ Thaihealth Resource Center ให้เป็นศูนย์กลางในการรวบรวมข้อมูล องค์ความรู้ งานวิชาการ ต้นแบบนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และสื่อสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนข้อมูล ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป และเป็นช่องทาง/กลไก (platform) ในการสื่อสาร แลกเปลี่ยน และส่งเสริมการเรียนรู้สุขภาวะ (knowledge as a service platform) แก่ภาคีเครือข่าย ผ่านการเปลี่ยนแปลง และสาธารณชน
๒. พัฒนาสื่อส่งเสริมการเรียนรู้หลากหลายรูปแบบที่สอดคล้องกับความต้องการ (insight) ของประชาชนทุกช่วงวัย และสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔)
๓. พัฒนาช่องทางในการสื่อสารองค์ความรู้สุขภาวะที่สอดคล้องกับแนวโน้มทิศทางสุขภาพและความสนใจของสาธารณชน โดยจัดงานแถลงข่าว “Thaihealth Watch” ในช่วงปลายปี ๒๕๖๒ เพื่อนำเสนอผลการศึกษาข้อมูลแนวโน้มความสนใจประเด็นพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในกระแส ทางสังคม จากการสำรวจ Digital Footprint ในโลกออนไลน์ และคำหลักที่เกี่ยวข้องกับประเด็น สุขภาพ จากรายงานสุขภาพคนไทย
๔. สรรหาและพัฒนากลไกจุดจัดการ นำร่องระดับพื้นที่ เพื่อเป็นกลไกในการสนับสนุนการขยายผล องค์ความรู้สุขภาวะและพัฒนาศักยภาพบุคคลและผู้นำการเปลี่ยนแปลง

๒. แผนงานสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้

แผนงานสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้ มุ่งสร้างแรงบันดาลใจ เสริมทักษะชีวิต และสร้างประสบการณ์ตรงจากการเรียนรู้ด้านสุขภาวะแบบองค์รวมทั้ง ๔ มิติ (กาย ใจ ปัญญา และสังคม) ผ่านการสังเคราะห์และแปลงองค์ความรู้มานำเสนอในรูปแบบที่หลากหลาย เน้นความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร ด้วยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีส่วนในการพัฒนาระบบกลไก เครื่องมือดำเนินงาน อาทิ นิทรรศการเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะ นิทรรศการหมุนเวียน ห้องสมุดหลักสูตรฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ โครงการ/กิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ต่างๆ ตลอดจนพื้นที่สร้างประสบการณ์ในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และสร้างประสบการณ์ด้านสุขภาวะแก่ประชาชน รวมถึงกลุ่มองค์กร โดยเฉพาะกลุ่มผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลงที่พร้อมนำองค์ความรู้ไปต่อยอดขยายผลโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

จุดเน้นในปี ๒๕๖๓

๑. พัฒนาส่วนจัดแสดงนิทรรศการเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะ (นิทรรศการหลัก) ให้สอดคล้องกับพลวัตความเปลี่ยนแปลงทางสังคม และสอดคล้องกับการเรียนรู้ในยุคดิจิทัล เพื่อสร้างประสบการณ์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (active learning) และสร้างแรงบันดาลใจแก่สาธารณชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี
๒. สร้างพันธมิตรเครือข่ายการดำเนินงานทั้งในเชิงองค์กรและพื้นที่ โดยเฉพาะความร่วมมือในระดับองค์กรหน่วยงานรัฐและเอกชน เพื่อขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะ จากความร่วมมือ พัฒนาและเชื่อมโยงกิจกรรมของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ มุ่งให้ประชาชนทุกช่วงวัยได้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สุขภาวะ

แนวทางการดำเนินงาน

๑. จัดสร้างนิทรรศการเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะ เพื่อพัฒนาส่วนจัดแสดงนิทรรศการเพื่อการเรียนรู้สุขภาวะ (นิทรรศการหลัก) ให้สอดคล้องกับพลวัตความเปลี่ยนแปลงทางสังคม และสอดคล้องกับการเรียนรู้ในยุคดิจิทัล
๒. พัฒนากิจกรรมสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาวะที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายในทุกช่วงวัย เพื่อพัฒนาเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพ และทักษะชีวิต โดยส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านการเสวนา/การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ ฯลฯ ที่สามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน อีกทั้งยังเพิ่มช่องทางการเรียนรู้ผ่านออนไลน์
๓. อบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำสร้างเสริมสุขภาวะ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการต่อยอดและขยายผลองค์ความรู้สุขภาวะที่เหมาะสมกับบริบทในเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร
๔. พัฒนาพื้นที่ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะภูมิภาค ๑ และแหล่งเรียนรู้สุขภาวะในภูมิภาคต่างๆ จำนวน ๕ พื้นที่ใหม่ เพื่อเป็นพื้นที่เรียนรู้ด้านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาวะแก่กลุ่มเด็กเยาวชน ครอบครัว และบุคคลทั่วไป เน้นความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยประสานเชื่อมโยงกับเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการต่อยอด ขยายผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. แผนงานสนับสนุนการจัดการการเรียนรู้

แผนงานสนับสนุนการจัดการการเรียนรู้มุ่งเน้นการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุน พัฒนา ออกแบบแนวทางการให้บริการต่างๆ ของศูนย์เรียนรู้สุภาพะ เพื่อขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้ สุภาพะให้กว้างขวางขึ้น ทั้งกลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง ภาควิชาเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนประชาชนทั่วไป ผ่านการวิเคราะห์ฐานผู้รับประโยชน์ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล พัฒนาการสื่อสาร ช่องทางต่างๆ ทั้งทางออนไลน์ และกิจกรรมเพื่อการขยายฐานผู้รับประโยชน์ อันจะนำไปสู่การปรับทัศนคติและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสาธารณชนไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

จุดเน้นในปี ๒๕๖๓

๑. สร้างระบบกลไกการทำงาน โดยเพิ่มช่องทาง หรือพื้นที่จุด touch point ในรูปแบบที่หลากหลาย โดยสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรที่มีศักยภาพเป็นตัวคูณที่สำคัญในการใช้ประโยชน์ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
๒. การวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ใช้บริการศูนย์เรียนรู้ เพื่อพัฒนาการสื่อสารองค์ความรู้ ให้สอดคล้องกับพฤติกรรมและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายของศูนย์เรียนรู้

แนวทางการดำเนินงาน

๑. พัฒนารูปแบบการสื่อสารให้มีเนื้อหาที่น่าสนใจ เหมาะสมกับแต่ละช่องทาง โดยสื่อสารผ่านเครือข่ายผู้มีอิทธิพลทางความคิด ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายต่างๆ สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลองค์ความรู้ เพื่อต่อยอดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุภาพะ ตลอดจนการนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้
๒. เพิ่มช่องทาง หรือพื้นที่จุด ในรูปแบบที่หลากหลายกับหน่วยงาน หรือองค์กรที่มีศักยภาพ ทั้งออนไลน์และออฟไลน์
๓. จัดเก็บข้อมูลในแต่ละช่องทางและ/หรือพื้นที่จุด Touch Point เพื่อดำเนินการสื่อสารองค์ความรู้ให้สอดคล้องกับพฤติกรรมและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย
๔. สนับสนุนกลไกการจัดการเรียนรู้สุภาพะในการให้บริการ และขยายผลการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุภาพะ

๔. แผนงานบริหารพื้นที่สาธารณะ

แผนงานบริหารพื้นที่สาธารณะ มุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการพื้นที่อาคารศูนย์เรียนรู้สุภาพะให้เป็นพื้นที่สำหรับสนับสนุนการเรียนรู้กิจกรรมและกระบวนการสร้างเสริมสุภาพะอย่างสร้างสรรค์ให้กับประชาชน เป็นแหล่งเรียนรู้และการบริการข้อมูลข่าวสารด้านสุภาพะ และพื้นที่สาธิตการทำงานสร้างเสริมสุภาพะภาคสังคม

จุดเน้นปี ๒๕๖๓

จัดระบบบริการเพื่ออำนวยความสะดวกให้เกิดการใช้พื้นที่อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้มาใช้บริการและการลดการใช้พลังงานเพื่ออนุรักษ์สภาพแวดล้อม

แนวทางการดำเนินงาน

๑. การบริหารจัดการอาคารอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานดูแลบำรุงรักษา งานระบบประกอบอาคาร การวางแผนการการบำรุงรักษา และการเตรียมการเพื่อจัดการสถานการณ์วิกฤต
๒. จัดระบบสนับสนุนต่างๆ ให้มีความพร้อมให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

๕. แผนงานการตลาดเพื่อสังคม

แผนงานการตลาดเพื่อสังคม เป็นอีกหนึ่งเครื่องมือสำคัญในงานสร้างเสริมสุขภาวะ และการสร้างแนวคิดของวิถีสุขภาวะให้เกิดขึ้นทั้งโดยตรงและโดยอ้อมไปยังกลุ่มเป้าหมายและประชาชนโดยรวม ซึ่งการกำหนดทิศทางและเป้าหมายในแผนงานการตลาดเพื่อสังคมมีความสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายการวางยุทธศาสตร์งานหลักขององค์กร โดยแผนงานสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมมีหน้าที่วางแผนกลยุทธ์และออกแบบแผนงานการตลาดที่สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมาย พร้อมกับการนำเสนอนวัตกรรม หรือชุดความรู้ใหม่ที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการเชื่อมประสานเครือข่ายพันธมิตร เพื่อร่วมดำเนินการพัฒนาสื่อรณรงค์ หรือร่วมเผยแพร่สื่อรณรงค์สร้างเสริมสุขภาวะกับกลุ่มเป้าหมายอันนำไปสู่กระแสในวงกว้าง และประสิทธิผลการสร้างสังคมสุขภาวะไปด้วยกัน

จุดเน้นในปี ๒๕๖๓

๑. ออกแบบระบบฐานข้อมูล เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลดิจิทัลในอนาคต และการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงลึกของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อใช้ประโยชน์ในด้านการพัฒนางานสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม ทั้งด้านความคิดสร้างสรรค์ การวางแผนช่องทางสื่อ และการประเมินผล
๒. จัดระบบการออกแบบองค์ความรู้โดยใช้กลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ เพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ออกแบบระบบฐานข้อมูล เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลดิจิทัลในอนาคต
 - (๑) ประสานเชื่อมร้อยความร่วมมือหน่วยงานภายใน สสส. และภาคีเครือข่ายใน การเชื่อมระบบฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย และการใช้ประโยชน์ของข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย
 - (๒) เชื่อมประสานความร่วมมือพันธมิตรผู้เชี่ยวชาญระบบข้อมูลดิจิทัล เพื่อออกแบบกระบวนการพัฒนาระบบฐานข้อมูลในอนาคต

๒. ออกแบบระบบจัดการองค์ความรู้ เพื่อนำมาใช้พัฒนาแผนการทำงาน อันนำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือสื่อสาร และช่องทางสื่ออย่างมีประสิทธิภาพ
 - (๑) จัดกลุ่มข้อมูลความรู้ วิเคราะห์ความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย และวางแผนการพัฒนาเนื้อหาข้อมูลความรู้ เพื่อจัดทำเครื่องมือสื่อสาร และเพื่อเผยแพร่ไปยังกลุ่มเป้าหมาย
 - (๒) วางแผนช่องทางการสื่อสารให้เกิดความต่อเนื่อง และให้เกิดประสิทธิภาพสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงบริบทของช่องทางสื่อให้ทันกับยุคสมัย
๓. ดำเนินการพัฒนาและสร้างสรรค์โครงการรณรงค์ประเด็นสุขภาวะเพื่อตอบสนองทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปีของ สสส. ทั้งสนับสนุนประเด็นลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดการสูบบุหรี่ ลดอุบัติเหตุ ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย ส่งเสริมการทานผัก ลดการตั้งครกภักในวัยรุ่น สนับสนุนการสร้างชุมชนยั่งยืน การเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ และประเด็นสนับสนุนการทำงานของภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคล และกลุ่มเสี่ยง โดยมีการดำเนินงานดังนี้
 - (๑) เชื่อมประสานสำนักเชิงรุก และภาคีเครือข่าย ในการพัฒนาโจทย์การรณรงค์
 - (๒) สนับสนุนกระบวนการจัดการองค์ความรู้สุขภาวะ การวิเคราะห์ ออกแบบ และหากลไกการแก้ไข ปัญหาสุขภาพ ร่วมกับสำนักและภาคีที่รับผิดชอบ นำไปสู่การขยายผลสู่ประชาชนทั่วไป
 - (๓) วางแผนกลยุทธ์การสื่อสาร วิจัย ออกแบบเนื้อหาและวิธีการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาวะที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย
 - (๑) พัฒนากลยุทธ์ในการวางเป้าหมายเพื่อให้ความรู้และสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ และพฤติกรรม (๒) พัฒนากลยุทธ์แผนการสื่อสาร ทั้งในส่วนของประเด็นการสื่อสาร แนวทางการสื่อสาร รวมไปถึงช่องทางการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ
 - (๔) เชื่อมประสานพันธมิตรผู้ออกแบบ และผู้ผลิตสื่อสุขภาพเพื่อร่วมดำเนินการพัฒนาสื่อรณรงค์ สร้างเสริมสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมาย
 - (๕) จัดหาและบริหารจัดการช่องทางการสื่อสาร อาทิ สื่อโทรทัศน์ สื่อดิจิทัล สื่อนอกบ้าน (Out of home) สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อวิทยุ สื่อยานพาหนะ สื่อโรงภาพยนตร์ และดำเนินการจัดหาช่องทางสื่อใหม่ที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น
 - (๖) วิจัยประเมินงานการตลาดเพื่อสังคมเชิงปริมาณและหรือเชิงคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนา สร้างสรรค์และออกแบบสื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะอย่างมีประสิทธิภาพ

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์ความรู้	๔๒
๒. กลุ่มแผนงานสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้	๕๗
๓. กลุ่มแผนงานสนับสนุนการจัดการการเรียนรู้	๑๖
๔. กลุ่มแผนงานบริหารจัดการพื้นที่สาธารณะ	๔๕
๕. กลุ่มแผนงานการตลาดเพื่อสังคม	๒๖๐
รวม	๔๒๐

งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง

สถานการณ์และแนวโน้ม

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาเนื้องานใหม่ ประเด็นใหม่ เพื่อให้สอดคล้องและทันต่อสถานการณ์ทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา นอกจากการดำเนินงานและประสานงานในรูปแบบต่างๆ แล้ว สสส. ยังได้พัฒนารูปแบบการบูรณาการงานใหม่ที่มีลักษณะประสานและต่อยอดจากฐานงานเดิมที่มีอยู่ โดยเพิ่มการจัดการและงบประมาณที่จำเป็น

กระบวนการพัฒนากลุ่มแผนงานกลางจะเน้นการดำเนินงานในเรื่องที่มีการพิจารณาร่วมกันว่าเป็นประเด็นใหม่ที่ สสส. ควรดำเนินงานเพิ่มเติม และมีความเกี่ยวข้องกับเนื้องานของหลายแผน โดยมีการประมวลหลักการ สถานการณ์ มาตรการ “งานใหม่” ที่ต้องการพัฒนา ร่วมกับการประมวล “งานเก่า” ที่มีอยู่ในแผนต่างๆ แล้วพัฒนาเป็น “ภาพรวมของกลุ่มงานใหม่” อย่างไรก็ตาม เมื่อกลไกกลางนี้ประสานให้เกิดการดำเนินงานขึ้นแล้ว ก็จะค่อยปรับตัวเป็นการประสานภายใต้แผนปกติต่อไป

ที่ผ่านมากลุ่มแผนงานกลางได้พัฒนางานในประเด็นใหม่ๆ ซึ่งล้วนมีความสำคัญและเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ส่งผลกระทบต่อ การสร้างเสริมสุขภาพของคนไทยหลายประเด็น และบางประเด็นได้มีการส่งให้แผนที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบประสานงานต่อเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน อาทิ การลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การเฝ้าระวังความเป็นธรรมทางสุขภาพในสังคมไทย การประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ในประเทศไทย เป็นต้น

จุดเน้นของแผน

โดยในช่วง ๓ ปีข้างหน้า กลุ่มแผนงานนี้ก็จะเน้นการตอบสนองงานใหม่และงานบูรณาการตามแนวนโยบายและจุดเน้นการดำเนินงานที่คณะกรรมการกองทุนมอบหมาย โดยมีสาระสำคัญของแผนที่ครอบคลุมทั้งงานสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพตามแผนหลักของ สสส. งานขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมรองรับปัญหาสุขภาพเร่งด่วนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต พัฒนาและต่อยอดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลวัตที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากรในอนาคต รวมถึงสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์ชาติ และการเปลี่ยนผ่านในช่วงของการปฏิรูปประเทศ เป็นต้น

เป้าหมาย ๑ ปี และตัวชี้วัด

๑. มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะแบบบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ
๒. มีแผนและงบประมาณรองรับภารกิจใหม่และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสมและทันสถานการณ์

แนวทางการดำเนินงาน

๑. เชื่อมโยงประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข องค์กรสุขภาพต่างๆ และสำนักงานผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยในการพัฒนาเครือข่ายลดปัญหาจากโรคไม่ติดต่อโดยเชื่อมโยงกับภาคีด้านปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การควบคุมยาสูบ การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายและอาหารและโภชนาการ เข้ากับองค์กรด้านการควบคุมป้องกันโรคหลักๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และภาวะความดันโลหิตสูง
๒. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสื่อสารสร้างสุขภาวะตั้งแต่ระดับ บุคคล องค์กร ภาคนโยบาย มุ่งสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของร่วม จนเกิดการร่วมผลักดันประเด็นการสร้างเสริมสุขภาวะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสังคม
๓. สนับสนุนการพัฒนาและต่อยอดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลวัตทั้งในเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากรในอนาคต รวมถึงสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์ชาติ และการเปลี่ยนผ่านในช่วงของการปฏิรูปประเทศ

กลุ่มแผนงาน

กลุ่มแผนงานจัดการกลุ่มงานกลาง

สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ อีกทั้งร่วมกับแผนต่างๆ เพื่อพิจารณาประเด็นใหม่ที่มีความเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของทั้ง ๑๕ แผนซึ่ง สสส. ควรดำเนินงานเพิ่มเติม แล้วจัดกลไกประสานให้เกิดการดำเนินงานขึ้น ก่อนปรับให้เป็นการประสานภายใต้แต่ละแผนต่อไป นอกจากนี้ยังดำเนินการพัฒนางานวิชาการเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ การประเมินสถานการณ์ รวมทั้งการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานเพื่อเตรียมพร้อมและรับมือกับปัญหาสุขภาวะเร่งด่วนที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งพัฒนาและต่อยอดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลวัตที่อาจส่งกระทบต่อสุขภาพทั้งในเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากรในอนาคต รวมถึงสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์ชาติ และการเปลี่ยนผ่านในช่วงของการปฏิรูปประเทศ

การบริหารจัดการ

สำนักงานบริหารจัดการในลักษณะกลุ่มงานกลางภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงาน

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. กลุ่มแผนงานจัดการกลุ่มงานกลาง	๑๔๖
รวม	๑๔๖

งานบริหารจัดการกองทุน และสำนักงาน

สถานการณ์และแนวโน้ม

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกลไกหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ โดยเป็นองค์กรขนาดเล็กที่เน้นความยืดหยุ่นและใช้นวัตกรรมในการบริหารจัดการ มุ่งสร้างการมีส่วนร่วมหรือแสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในลักษณะเจ้าภาพร่วม

ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นต้นมา กองทุนมีการจัดทำแผนบริหารจัดการสำนักงานขึ้นมาอย่างเป็นทางการเป็นครั้งแรก เพื่อมุ่งพัฒนาให้การทำงานของ สสส. เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และมีการบริหารจัดการแบบมีอาชีพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ สสส. ได้รับรางวัลและคำชมเชยจากหลายหน่วยงาน ในขณะที่การประสานงานกับหน่วยตรวจสอบ และการปฏิบัติตามกฎหมาย รวมถึงระเบียบข้อบังคับต่างๆ ก็ทำได้ดีขึ้นด้วย

จากผลสำเร็จดังกล่าว ในการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้บริหารเพื่อกำหนดจุดเน้นการดำเนินงานในระยะแผนหลัก พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๒๗ - ๒๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้เห็นควรให้มีการจัดทำแผนบริหารจัดการสำนักงานเป็นประจำทุกปี โดยแผนในส่วนนี้จะประกอบด้วย ๔ หน่วยงาน ได้แก่ ฝ่ายอำนวยการ ฝ่ายบัญชีและการเงิน ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ ฝ่ายบริหารงานบุคคล ฝ่ายสนับสนุนงานนวัตกรรม ฝ่ายสื่อสารองค์กร ฝ่ายตรวจสอบภายใน ฝ่ายติดตามและประเมินผล และสำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์

หนึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ สำนักงานได้อำนาจการให้มีการจัดทำผังโครงสร้างสถาปัตยกรรมองค์กรด้านดิจิทัล (Enterprise Architecture : EA) เพื่อใช้กำหนดทิศทางพัฒนาสู่การเป็นองค์กรดิจิทัล ตามนโยบายของรัฐบาล ดังนั้น สำนักงานจะได้นำผลจากการทำ EA ดังกล่าว มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานของส่วนงานต่างๆ ในแผนดำเนินงานประจำปี นับแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

จุดเน้นของแผน

๑. สร้างมาตรฐานการทำงานอย่างมืออาชีพ โดยเฉพาะส่วนงานที่มีหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงาน แผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพของทุกหน่วยงานใน สสส. และภาคีเครือข่าย
๒. ปรับปรุงกระบวนการทำงานให้สอดคล้องตามภารกิจสำนักงาน โดยไม่ขัดต่อกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง รวมถึงให้เป็นมาตรฐานตามกรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานทูลหมุนเวียนของกรมบัญชีกลางและองค์กรกำกับต่างๆ
๓. ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยในการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่าตามนโยบายรัฐบาลดิจิทัล
๔. ยกระดับการบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล มีระบบควบคุมภายในที่เชื่อมโยงและประสานกับระบบการตรวจสอบภายใน และสามารถบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อลดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตได้

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. และภาคีเครือข่ายตามทิศทางและแนวนโยบายที่คณะกรรมการกองทุนมอบไว้
๒. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนและสำนักงานในด้านต่างๆ ให้ได้มาตรฐาน และสอดคล้องกับระเบียบและข้อบังคับที่เปลี่ยนแปลงไป
๓. เพื่อเสริมสร้างกลไกการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล การบริหารความเสี่ยง และการควบคุมภายใน

เป้าหมาย ๑ ปี และตัวชี้วัด

๑. ได้รับการประเมินผลการดำเนินงานจากคณะกรรมการประเมินผลในระดับดี (๔.๐๐ คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม ๕.๐๐ คะแนน)
๒. ได้รับการประเมินระดับธรรมาภิบาลในองค์กร จากคณะอนุกรรมการการประเมินระดับธรรมาภิบาลในระดับดี (๔.๐๐ คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม ๕.๐๐ คะแนน)
๓. ได้รับการประเมินด้านการบริหารจัดการ จากคณะอนุกรรมการกำกับดูแลการตรวจสอบภายในในระดับดี (๔.๐๐ คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม ๕.๐๐ คะแนน)
๔. ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนการทำงานอย่างน้อยร้อยละ ๘๐

๕. เกิดกระบวนการทำงาน/แนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐานและเตรียมความพร้อมยกระดับสู่การเป็นองค์กรดิจิทัล
๖. กลุ่มเป้าหมายรู้จักและเข้าใจบทบาทการดำเนินงานของ สสส. ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ และมีความพึงพอใจโดยรวม

แนวทางการดำเนินงาน

ด้านการบริหารและพัฒนาบุคลากรและองค์กร

๑. เพิ่มประสิทธิภาพระบบและกระบวนการบริหารงานบุคคล ด้วยการปรับปรุงระบบบริหารผลการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และทบทวนโครงสร้างค่าตอบแทนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ความจำเป็นขององค์กรและสภาพการจ้างในปัจจุบัน โดยยึดหลักความโปร่งใสและเป็นธรรม และมุ่งเน้นการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในงานสรรหาและคัดเลือกบุคลากรอย่างมีคุณภาพ รวมถึงนำมาใช้ในการบริหารจัดการข้อมูลบุคลากรให้มีความถูกต้องและรวดเร็ว
๒. พัฒนาบุคลากรตามแผนเส้นทางพัฒนาบุคลากรสู่ความเป็นนักสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมืออาชีพ (Health Promotion Enabler Development Roadmap) อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ส่งเสริมการสร้างกระบวนการเรียนรู้ของบุคลากรอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การเรียนรู้ด้วยตนเองแบบ e-Learning การสอนหรือแนะนำงาน การแบ่งปันความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในสายงานเดียวกันและข้ามสายงาน ตลอดจนการพัฒนาทักษะและสมรรถนะของบุคลากรเพื่อรองรับการเข้าสู่การเป็นองค์กรดิจิทัล
๓. เสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรในการทำงานควบคู่กับการส่งเสริมการจัดการความรู้ การสร้างความผูกพันในองค์กร และสนับสนุนกระบวนการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพมืออาชีพและองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace)

ด้านการเงิน การบัญชี พัสดุ และตรวจสอบโครงการ

๑. ปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานให้สอดคล้องตามภารกิจสำนักงาน มาตรฐานบัญชี และนโยบายการบัญชี ที่เหมาะสมกับองค์กรอย่าง สสส. โดยไม่ขัดต่อกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง ควบคู่กับการใช้ระบบดิจิทัลช่วยในการบริหารจัดการการเบิกจ่ายเงินกองทุนฯ อย่างเหมาะสม
๒. ปรับปรุงและยกระดับการตรวจสอบโครงการโดยนำข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะอนุกรรมการนโยบายทางการเงิน คณะอนุกรรมการกำกับการตรวจสอบภายใน และคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาสำนักงาน มาพิจารณาและออกแบบการดำเนินงาน
๓. พัฒนาหลักสูตรบัญชีการเงินสำหรับภาคี ในรูปแบบคู่มือการปฏิบัติงาน และรูปแบบ e-Learning พร้อมทั้งสร้างความเข้าใจด้านการบริหารจัดการโครงการให้กับเจ้าหน้าที่ สสส.และภาคี เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถให้คำแนะนำและภาคีสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง สอดคล้องตามมาตรฐาน

๔. ร่วมกับคณะกรรมการชุดต่างๆ และสำนัก/ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในการปรับปรุงและแก้ไขประเด็นที่เคยเป็นข้อสังเกตของหน่วยงานตรวจสอบ
๕. ร่วมกับสำนัก/ฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อยกระดับสู่การเป็นองค์กรอิเล็กทรอนิกส์โดยการทบทวนและพัฒนาพิมพ์เขียวระบบให้ทุน ระบบเบิกจ่ายเงินอื่นๆ การบริหารงบประมาณ และการเบิกจ่ายเงินกองทุนที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลอย่างไร้รอยต่อ เพื่อให้เกิดการควบคุมกำกับงบประมาณ และเบิกจ่ายเงินกองทุนที่มีประสิทธิภาพ

ด้านการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ

๑. ประยุกต์ใช้ผลการทำสถาปัตยกรรมองค์กรด้านดิจิทัล (Enterprise Architecture) มาออกแบบกระบวนการทำงานและการบริการ โดยพัฒนาระบบต่างๆ ให้ช่วยอำนวยความสะดวกและลดอุปสรรคในกระบวนการทำงาน รวมถึงเป็นระบบที่ง่ายต่อการใช้งาน (user friendly) และเชื่อมโยงต่อเนื่องทั้งองค์กร (seamless)
๒. บริหารจัดการและพัฒนาระบบธรรมาภิบาลข้อมูล ที่จะช่วยเชื่อมโยงข้อมูลทั้งภายในและภายนอก สสส. แบบดิจิทัล เพื่อให้ผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่หลากหลายระบบได้ดีขึ้น
๓. ลดการจัดเก็บเอกสารหลักฐานที่เป็นกระดาษ และแปลงเอกสารกระดาษเป็นข้อมูลที่สามารถเข้าถึงหรือสืบค้นเนื้อหาได้แบบอัตโนมัติ โดยมีระบบจัดเก็บแบบดิจิทัล
๔. จัดทำแพลตฟอร์ม โครงสร้างพื้นฐาน เครื่องมือสนับสนุน กลไกขับเคลื่อน และพัฒนาบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ให้มีขีดความสามารถในการขับเคลื่อนการพัฒนาที่รวดเร็ว

ด้านอำนวยการและบริหารสำนักงาน

๑. พัฒนาระบบการทำงาน ระเบียบ และข้อบังคับ ให้ทันสมัยและเอื้อต่อการทำงาน รวมถึงการลดขั้นตอนลดความซ้ำซ้อนของการทำงาน เพื่อยกระดับการบริหารจัดการสำนักงานตามนโยบายรัฐบาลดิจิทัลในการสนับสนุนการดำเนินงานและกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามวัตถุประสงค์ของ สสส.
๒. วิเคราะห์ต้นทุนอย่างเป็นระบบ เพื่อหาแนวทางเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับทุกสำนักและฝ่าย ในการพัฒนาระบบงาน และปรับปรุงคู่มือการปฏิบัติงาน ให้เป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. มุ่งเน้นการพัฒนาและปรับปรุงพื้นที่และสิ่งแวดล้อมภายในศูนย์เรียนรู้สุขภาพให้เป็นสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ปฏิบัติงาน โดยความร่วมมือร่วมใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ด้านพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์

เพื่อวางแผนกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์การดำเนินงานของ สสส. ในทศวรรษหน้า (พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๗๔) รวมถึงการจัดทำแผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี ให้ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการขององค์กร โดยใช้การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงานการ และผลการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมา จัดทำแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล และเป้าประสงค์ขององค์กร จึงกำหนดแนวทางการดำเนินงานดังนี้

๑. พัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนหลัก และแผนการดำเนินงานประจำปี
๒. ปรับปรุงกระบวนการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วม สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล
๓. ร่วมกับสำนัก/ฝ่ายที่เกี่ยวข้องยกระดับสู่องค์กรดิจิทัล ที่สอดคล้องกับแผนการพัฒนาศักยภาพองค์กรด้านดิจิทัล (Enterprise Architecture : EA) ขององค์กร

ด้านการบริหารความเสี่ยง

เพื่อจัดการความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และแผนการดำเนินงานของ สสส. โดยการบริหารความเสี่ยงจะเน้นการมีส่วนร่วมจากสำนัก/ฝ่ายใน สสส. และสอดคล้องตามมาตรฐานสากล COSO ERM และ ISO31000 ทั้งนี้การบริหารความเสี่ยงของ สสส. จะมีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงซึ่งมีองค์ประกอบเป็นผู้แทนคณะกรรมการกองทุน ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้บริหารระดับสูง เป็นผู้กำหนดนโยบาย กรอบแนวทาง กำกับติดตาม และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

ด้านการตรวจสอบภายใน

การตรวจสอบภายใน สสส. ใช้ยุทธศาสตร์การดำเนินงานมุ่งเน้นการพัฒนา “การตรวจสอบแบบกัลยาณมิตรและเพิ่มมูลค่า การปฏิบัติงาน” นำเสนอผลการตรวจสอบพร้อมข้อเสนอแนะที่เหมาะสม และเป็นไปได้ ส่งมอบให้หน่วยรับตรวจเพื่อนำข้อมูลไปพิจารณาดำเนินการปรับปรุงพัฒนาระบบงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเกิดประสิทธิผลสูงสุด มีการดำเนินงาน ๓ ระดับ คือ

๑. **ระดับสูงสุด : รวบรวม** ประมวลและสังเคราะห์ผลเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่ม ฝ่ายตรวจสอบภายในดำเนินการรวบรวม ประมวลและสังเคราะห์ข้อมูลสาระสำคัญที่ได้จากรายงานตรวจสอบที่ผ่านมาทั้งหลาย โดยจัดทำเป็นรายงานทางวิชาการ ข้อมูลทางสถิติและเชิงคุณภาพ หรือข้อมูลสำคัญเชิงลึกเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจสำคัญสุดท้าย (Final Decision Making) ของผู้บริหารระดับสูง ในการพัฒนาระบบปฏิบัติงาน และองค์กรให้มีคุณภาพ เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น อันเป็นการสร้างมูลค่าเพิ่มจากรายงานผลการตรวจสอบโดยปกติทั่วไป
๒. **ระดับรอง : ตรวจสอบภายในระดับองค์กร** ได้แก่ การดำเนินงานตรวจสอบภายในสำนักงานเกี่ยวกับ การบริหารงบประมาณ การเงิน การบัญชี การพัสดุและทรัพย์สิน และการบริหารงานด้านอื่นๆ ของกองทุน สสส.
๓. **ระดับย่อย : ตรวจสอบภายในระดับโครงการที่ได้รับทุน/รับจ้าง จาก สสส.** ได้แก่ การดำเนินงานตรวจสอบภายในโครงการเกี่ยวกับ การบริหารจัดการด้านการเงิน การบัญชี การพัสดุและทรัพย์สิน การปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับ และการดำเนินงานของโครงการต่างๆ ที่ สสส. สนับสนุนทุน หรือจัดซื้อจัดจ้าง

ด้านการติดตามและประเมินผล

สนับสนุนการทำงานของ “คณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ” รวมทั้งคณะอนุกรรมการย่อยชุดต่างๆ ที่คณะกรรมการประเมินผล ได้แต่งตั้งขึ้น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ อาทิ การจัดทำรายงานการประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. การศึกษา/การประเมินผลประเด็นพิเศษต่างๆ และการศึกษาดูงานในพื้นที่

ด้านการสื่อสารองค์กร เผยแพร่ข้อมูล และประชาสัมพันธ์

๑. สนับสนุนการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างภาพลักษณ์องค์กรของส่วนงานต่างๆ ของ สสส. ตามแนวทางการดำเนินงาน ของ สสส. ในฐานะผู้สร้างสุขภาวะที่ดีขึ้นให้แก่ประชาชน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเห็นคุณค่า เข้าใจวิธีการทำงาน ความโปร่งใส ผลงานและความคุ้มค่า ตลอดจนประเด็นหรือข้อคำถามที่มีต่อองค์กร
๒. กำหนดประเด็น และผลิตชุดข้อมูลสื่อสารเพื่อเสริมสร้างภาพลักษณ์องค์กรที่ทันสมัยทันสถานการณ์ โดยร่วมกับสำนักเชิงรุกและภาคีเครือข่าย
๓. วางระบบจัดการประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อองค์กรจากสื่อทุกประเภท โดยเฉพาะสื่อออนไลน์ มีกระบวนการติดตามตรวจสอบ และจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

งบประมาณ

กลุ่มแผนงานหลัก	งบประมาณ (ล้านบาท)
๑. การบริหารและพัฒนาบุคลากรและองค์กร (เงินเดือน ค่าจ้าง และการพัฒนาบุคลากร)	๑๖๕.๕
๒. การเงิน การบัญชี พัสดุ และตรวจสอบโครงการ	๑๘
๓. การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ	๔๐
๔. การอำนวยความสะดวกและบริหารสำนักงาน	๕๙
๕. การพัฒนานโยบาย และยุทธศาสตร์ บริหารความเสี่ยง	๓
๖. การตรวจสอบภายใน	๖.๕
๗. การกำกับ ติดตามและประเมินผล	๒
๘. การสื่อสารองค์กร เผยแพร่ข้อมูล และประชาสัมพันธ์	๒๐
รวม	๓๑๔

ส่วนที่

๓

ภาคผนวก

๑. กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และลูกจ้าง สสส. ปีงบประมาณ ๒๕๖๓
๒. ข้อบังคับกองทุน ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงิน
เพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ.
๓. การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ. ๒๕๖๓

กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และลูกจ้าง สสส. ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ผู้จัดการ	
รองผู้จัดการ	๒
ผู้ช่วยผู้จัดการ	๔
ที่ปรึกษา/ผู้เชี่ยวชาญ	๓
รวม	๙

สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๖
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	๑
รวม	๙

สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๓
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	๑
รวม	๖

สำนักสนับสนุนสุขภาพชุมชน	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๖
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	๑
รวม	๙

สำนักสนับสนุนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๔
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	๑
รวม	๗

สำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาพะ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๕
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	๑
รวม	๘

สำนักสร้างสรรค์โอกาส	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๗
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	๓
รวม	๑๒

สำนักสนับสนุนการพัฒนา ระบบสุขภาพ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๓
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	๑
รวม	๖

สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๓
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	๑
รวม	๖

สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๔
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	๑
รวม	๗

สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๔
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	๑
รวม	๗

สำนักสร้างเสริมระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารแผนงาน/โครงการ	๒
เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ	๑
รวม	๕

สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานภาคีและวิเทศสัมพันธ์	๘
รวม	๑๐

สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักวิเคราะห์นโยบายและยุทธศาสตร์	๖
รวม	๘

สำนักสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานการตลาดเพื่อสังคม	๘
รวม	๑๐

สำนักวิชาการและนวัตกรรม	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานวิชาการและนวัตกรรม	๓
นักวิชาการ	๔
รวม	๙

ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานส่งเสริมการเรียนรู้	๘
รวม	๑๐



ฝ่ายสื่อสารองค์กร	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานสื่อสารองค์กร	๖
รวม	๘

ฝ่ายติดตามและประเมินผล	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานติดตามและประเมินผล	๓
รวม	๕

ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานสารสนเทศ	๙
รวม	๑๑

ฝ่ายบัญชีและการเงิน	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบัญชี	๔
นักการเงิน	๗
รวม	๑๓

ฝ่ายอำนวยการ	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักกฎหมาย	๔
นักบริหารงานจัดซื้อและพัสดุ	๕
นักบริหารงานทั่วไป	๒
วิศวกรอาคาร	๑
เจ้าหน้าที่ธุรการและบริการทั่วไป	๑
เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป	๑๙
เลขานุการ	๓
รวม	๓๗

ฝ่ายบริหารงานบุคคล	
ผู้อำนวยการ	๑
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	๑
นักบริหารงานบุคคล	๕
นักวิชาการ	๒
รวม	๙

ฝ่ายตรวจสอบภายใน	
ผู้ตรวจสอบภายใน	๑
ผู้ช่วยผู้ตรวจสอบภายใน	๑
เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายใน	๓
รวม	๕

เจ้าหน้าที่ ๒๒๖ คน

ลูกจ้าง ๒๙ คน

รวม ๒๕๕ คน

ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับการปรับทิศทางการทำงานของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ (๓) แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ ประกอบกับมติคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๒ คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔

ข้อ ๔ ในข้อบังคับนี้

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

“สำนักงานกองทุน” หมายความว่า สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

“ส่วนงาน” หมายความว่า สำนัก ศูนย์ ฝ่าย หรือหน่วยงานภายในสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่เรียกชื่ออย่างอื่น

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

“กรรมการ” หมายความว่า กรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

“ผู้จัดการ” หมายความว่า ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

“ผู้ปฏิบัติงาน” หมายความว่า เจ้าหน้าที่และลูกจ้างสำนักงานกองทุน และให้หมายความรวมถึงเจ้าหน้าที่ของรัฐที่มาช่วยงานของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยการบริหารงานบุคคล

“ภาคี” หมายความว่า ภาคีสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นบุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคลที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ หรือมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ

“ทิศทางและเป้าหมายกองทุน” หมายความว่า เอกสารที่ชี้ทิศทางและเป้าหมายของกองทุน ซึ่งจะแสดงรายละเอียดของวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ในระยะเวลา 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 และงบประมาณในระยะเวลา ๑ ปี

“แผน” (plan) หมายความว่า กลุ่มของแผนงาน ชุดโครงการหรือโครงการที่มีความเกี่ยวเนื่องสอดคล้องกัน 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 เพื่อบริหารและกำกับดูแลการพัฒนาและการดำเนินการตามแผน ภายใต้แผนหลักและแผนการดำเนินงานประจำปีที่คณะกรรมการเห็นชอบไว้แล้ว โดยคณะกรรมการบริหารแผน คณะหนึ่งอาจได้รับมอบหมายให้บริหารแผนมากกว่าหนึ่งแผนก็ได้

“กรรมการบริหารแผน” หมายความว่า กรรมการในคณะกรรมการบริหารแผนที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการตามมาตรา ๒๓

“คณะอนุกรรมการ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการตามมาตรา ๒๓ เพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

“อนุกรรมการ” หมายความว่า อนุกรรมการในคณะอนุกรรมการที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการตามมาตรา ๒๓

“ที่ปรึกษาของคณะกรรมการ” หมายความว่า ผู้ทรงคุณวุฒิที่คณะกรรมการแต่งตั้งให้เป็นที่ปรึกษาของคณะกรรมการตามมาตรา ๒๓

“กรรมการประเมินผล” หมายความว่า กรรมการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนตามมาตรา ๓๗

“ผู้รับทุน” หมายความว่า บุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคล ซึ่งเป็นคู่สัญญารับทุนกับกองทุน และไม่มีกรรมการ ที่ปรึกษาของคณะกรรมการ กรรมการบริหารแผน อนุกรรมการ กรรมการประเมินผล ผู้จัดการ หรือผู้ปฏิบัติงาน มีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมในกิจการของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคลนั้น เว้นแต่เป็นการดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐ

การมีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมตามวรรคหนึ่ง ได้แก่ การที่กรรมการ ที่ปรึกษาของ คณะกรรมการ กรรมการบริหารแผน อนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง กรรมการประเมินผล ผู้จัดการ หรือผู้ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ในกิจการของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคลที่เป็นคู่สัญญารับทุนในลักษณะ ดังต่อไปนี้

(๑) มีความสัมพันธ์ในเชิงบริหาร โดยดำรงตำแหน่งเป็นผู้จัดการ หุ่นส่วนผู้จัดการ กรรมการผู้จัดการ ผู้บริหาร หรือผู้มีอำนาจในการบริหารจัดการกิจการของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคลที่เสนอ แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ เพื่อขอรับทุนจากกองทุน และให้หมายความรวมถึงการเป็นกรรมการหรือ ผู้มีอำนาจในการบริหารจัดการกิจการของมูลนิธิ สมาคม หรือองค์กรสาธารณประโยชน์ต่างๆ ด้วย

(๒) มีความสัมพันธ์ในเชิงทุน โดยเป็นผู้มีหุ้นส่วนในห้างหุ้นส่วนสามัญหรือห้างหุ้นส่วนจำกัด หรือเป็น ผู้ถือหุ้นในบริษัทจำกัดหรือบริษัทมหาชนจำกัดที่เสนอแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ เพื่อขอรับทุนจาก กองทุน

(๓) มีคู่สมรสหรือบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะดำรงตำแหน่ง หรือเป็นหุ้นส่วน หรือเข้าถือหุ้นตาม (๑) หรือ (๒) ให้ถือว่าเป็นการดำรงตำแหน่ง เป็นหุ้นส่วน หรือถือหุ้นของบุคคลนั้นด้วย

การที่กรรมการบริหารแผนหรืออนุกรรมการมีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมตามวรรคสอง หมายถึง กรณีที่กรรมการบริหารแผนหรืออนุกรรมการมีความสัมพันธ์ในกิจการของบุคคลธรรมดา คณะบุคคล หรือนิติบุคคลที่เสนอขอรับทุนจากแผนหรืองานที่อยู่ภายใต้การบริหารและกำกับดูแลของกรรมการบริหารแผน หรืออนุกรรมการผู้นั้น

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า กระทรวง ทบวง กรม หรือส่วนราชการที่เรียกชื่ออย่างอื่นและมีฐานะ เป็นกรม ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจที่ตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติหรือพระราช กฤษฎีกา และให้หมายความรวมถึงหน่วยงานอื่นของรัฐที่จัดตั้งตามกฎหมาย

ข้อ ๕ ให้ประธานกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเป็นผู้รักษาการตามข้อบังคับนี้

ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ ให้ประธานกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพวินิจฉัยชี้ขาด คำวินิจฉัยของประธานกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพให้ถือเป็นที่สุด

หมวด ๑

การจัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุนและแผนการดำเนินงานของกองทุน

ข้อ ๖ การจัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุน ให้ดำเนินการดังนี้

(๑) ให้คณะกรรมการกำหนดให้มีการจัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุนที่มีรายละเอียดสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนและกิจการของกองทุนตามมาตรา ๕ และมาตรา ๙ (๔) โดยให้จัดทำเป็นระยะเวลา ๑๐ ปี และให้ทบทวนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ทุก ๓ ปี และจัดทำฉบับใหม่ในปีที่ ๑๐

(๒) ในการจัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุน ให้คณะกรรมการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นคณะหนึ่งเพื่อดำเนินการศึกษา วิเคราะห์ และจัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุน เพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการ

(๓) ในการจัดทำทิศทางและเป้าหมายกองทุน คณะอนุกรรมการต้องจัดกระบวนการเพื่อให้คณะกรรมการบริหารแผน ภาคี และบุคคลที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง

ข้อ ๗ การจัดทำแผนหลัก ให้ดำเนินการดังนี้

(๑) ให้ผู้จัดการจัดทำแผนหลักที่ประกอบด้วยแผนต่างๆ ที่มีรายละเอียดสอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายกองทุน และกรอบเงินงบประมาณประจำปีที่คณะกรรมการกำหนด เพื่อขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการภายในเดือนสิงหาคมของปีที่พิจารณา โดยอาจทบทวนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ทุกปี และให้จัดทำฉบับใหม่ทุก ๓ ปี โดยให้นำผลการประเมินตามข้อ ๑๗ มาประกอบการพิจารณาด้วย เว้นแต่ในปีสุดท้ายของทิศทางและเป้าหมายกองทุน ให้ชะลอการจัดทำแผนหลักไว้จนกว่าทิศทางและเป้าหมายของกองทุนระยะต่อไปจะแล้วเสร็จ

(๒) ให้ผู้จัดการจัดประชุมคณะกรรมการบริหารแผนและภาคีเพื่อจัดทำแผนหลัก โดยต้องจัดให้คณะกรรมการบริหารแผนและภาคีต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนหลักอย่างกว้างขวาง

ข้อ ๘ การจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปี ให้ดำเนินการดังนี้

(๑) ให้ผู้จัดการและคณะกรรมการบริหารแผนร่วมกันจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีให้สอดคล้องกับเป้าหมายตามแผนหลัก สำหรับในปีที่ไม่มีแผนหลักตามข้อ ๗ (๑) ให้จัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีโดยคำนึงถึงทิศทางและเป้าหมายของกองทุน ทั้งนี้ ภายใต้กรอบเงินงบประมาณประจำปีที่คณะกรรมการกำหนด เพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาเห็นชอบภายในเดือนสิงหาคมของทุกปี

(๒) เมื่อมีเหตุจำเป็นหรือเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณ ผู้จัดการอาจพิจารณาปรับปรุงวงเงินงบประมาณระหว่างแผนได้ไม่เกินร้อยละสิบของวงเงินงบประมาณของแผนที่จะปรับลด และให้รายงานคณะกรรมการทราบ เว้นแต่การปรับปรุงวงเงินงบประมาณเกินกว่าร้อยละสิบ ให้ผู้จัดการเสนอแนวทางการปรับปรุงต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติ

(๓) ในระหว่างปี หากผู้จัดการพิจารณาเห็นความจำเป็นต้องกำหนดแผนใหม่ หรือบูรณาการงานที่เกี่ยวข้องกับหลายแผนหรืองานที่จำเป็นต้องดำเนินการเป็นกรณีเฉพาะ ให้ผู้จัดการเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบและอาจมอบหมายให้คณะกรรมการบริหารแผนหรือแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นใหม่ เพื่อบริหารและกำกับดูแลการพัฒนาและการดำเนินการดังกล่าว

หมวด ๒

การบริหารแผนการดำเนินงานของกองทุน

ข้อ ๙ ให้คณะกรรมการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผนคณะต่างๆ ตามที่เห็นสมควร โดยให้คณะกรรมการบริหารแผนคณะหนึ่งๆ ประกอบด้วย ประธานกรรมการและกรรมการ จำนวนไม่น้อยกว่า ๗ คน แต่ไม่เกิน ๑๕ คน โดยคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะจะต้องแต่งตั้งจากกรรมการกองทุนคณะละไม่น้อยกว่า ๒ คน และผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับการสรรหาจากผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ มีผลงานดีเด่น และมีประสบการณ์จากหลากหลายสาขาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามแผน และเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับจากภาคีที่เกี่ยวข้องกับแผนนั้นๆ แต่ต้องไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในกิจการที่กระทำกับกองทุนในแผนที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อม

ให้ผู้จัดการมอบหมายเจ้าหน้าที่กองทุนเป็นกรรมการและเลขานุการของคณะกรรมการบริหารแผนในแต่ละคณะ

การสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการบริหารแผนตามวรรคหนึ่ง ให้คณะกรรมการแต่งตั้งคณะกรรมการสรรหาขึ้นคณะหนึ่ง จำนวนไม่เกิน ๑๐ คน ประกอบด้วย ประธานกรรมการสรรหาและกรรมการสรรหา ซึ่งคณะกรรมการแต่งตั้งจากกรรมการกองทุนและผู้ทรงคุณวุฒิอื่น และให้ผู้จัดการเป็นกรรมการและเลขานุการ เพื่อทำหน้าที่พิจารณาถ้อยแถลงของรายชื่อบุคคลที่ผู้จัดการเสนอตามที่ได้ปรึกษาหารือกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับแผนนั้นๆ และให้ผู้จัดการเสนอรายชื่อบุคคลที่ผ่านการถ้อยแถลงจากคณะกรรมการสรรหาเพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาให้ความเห็นชอบและประกาศแต่งตั้ง

ข้อ ๑๐ ให้คณะกรรมการบริหารแผนมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสามปีหรือตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะจะดำรงตำแหน่งติดต่อกันเกินสองวาระไม่ได้ เว้นแต่ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งดำรงตำแหน่งประธานกรรมการบริหารแผนให้ดำรงตำแหน่งติดต่อกันได้ไม่เกินสามวาระ

เมื่อครบกำหนดตามวาระในวรรคหนึ่ง หากยังมีได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผนขึ้นใหม่ให้คณะกรรมการบริหารแผนซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่าคณะกรรมการบริหารแผนซึ่งได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ กรรมการบริหารแผนจะพ้นจากตำแหน่งเมื่อ

- (๑) ตาย
- (๒) ลาออก
- (๓) คณะกรรมการให้พ้นจากตำแหน่ง
- (๔) แผนที่อยู่ดูแลเสร็จสิ้นหรือยุติลง

ในกรณีที่ประธานกรรมการบริหารแผนพ้นจากตำแหน่งไม่ว่าด้วยเหตุใด ให้คณะกรรมการบริหารแผนที่เหลืออยู่ปฏิบัติหน้าที่ต่อไปได้ โดยให้ถือว่าคณะกรรมการบริหารแผน ประกอบด้วย กรรมการบริหารแผนที่เหลืออยู่ และให้ที่ประชุมเลือกกรรมการบริหารแผนคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

ในกรณีที่คณะกรรมการบริหารแผนที่เหลืออยู่มีจำนวนไม่ถึง ๗ คน ให้คณะกรรมการแต่งตั้งประธานกรรมการบริหารแผนหรือกรรมการบริหารแผนให้ครบจำนวนตามที่คณะกรรมการบริหารแผนเสนอ และให้ผู้ที่ได้รับแต่งตั้งแทนตำแหน่งที่ว่าง อยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการบริหารแผน ซึ่งได้แต่งตั้งไว้แล้ว

ข้อ ๑๑ การประชุมของคณะกรรมการบริหารแผนให้นำมาตรา ๒๒ มาใช้บังคับโดยอนุโลม เว้นแต่คณะกรรมการบริหารแผนจะมีมติกำหนดแนวปฏิบัติไว้เป็นอย่างอื่น โดยไม่ขัดหรือแย้งกับหลักการของมาตรา ๒๒

ข้อ ๑๒ ให้นาระเบียบบกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยประมวลจริยธรรมของกรรมการผู้จัดการ และผู้ปฏิบัติงานในกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มาใช้เป็นหลักการและแนวปฏิบัติสำหรับประธานกรรมการและกรรมการในคณะกรรมการบริหารแผนด้วยโดยอนุโลม

ให้สำนักงานกองทุนแฉ่งระเบียบตามวรรคหนึ่งเป็นลายลักษณ์อักษรให้ประธานกรรมการและกรรมการในคณะกรรมการบริหารแผนได้ทราบตั้งแต่แรกเริ่มปฏิบัติหน้าที่

ข้อ ๑๓ ให้คณะกรรมการบริหารแผนมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

(๑) กำหนดแนวทางและกำกับดูแลการดำเนินงานตามแผนให้บรรลุผล รวมถึงพัฒนาแผนในระยะต่อไปข้างหน้า โดยสามารถปรับปรุงรายละเอียดของแผนนั้นๆ ได้ ภายในกรอบวงเงินงบประมาณของแผน ที่คณะกรรมการได้ให้ความเห็นชอบไว้

(๒) พิจารณาให้ทุนหรือพิจารณาเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติตามวงเงินที่กำหนดไว้ในข้อ ๒๖ (๒) และ (๓) และข้อ ๓๕ (๒) และ (๓)

(๓) แต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษา และแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางเพื่อกำกับทิศทางของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผน

(๔) เสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณาแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิทดแทนกรรมการบริหารแผนที่พ้นจากการทำงานปฏิบัติหน้าที่ หรือแต่งตั้งกรรมการบริหารแผนเพิ่มเติม

(๕) รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามแผนต่อคณะกรรมการตามข้อ ๑๕ ตลอดจน จัดให้มีการประเมินผลตามข้อ ๑๖ ข้อ ๑๗ และข้อ ๑๘

(๖) พิจารณาปรับปรุงการจัดสรรเงินภายในวงเงินที่กำหนดไว้ในแผนนั้นๆ ตามความเหมาะสม

(๗) ดำเนินงานอื่นใดที่จำเป็นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผน

ข้อ ๑๔ ให้ผู้จัดการจัดให้มีการประชุมร่วมกันของคณะกรรมการและคณะกรรมการบริหารแผนคณะต่างๆ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง เพื่อประโยชน์ในการเรียนรู้ร่วมกันและการบูรณาการงานภายใต้แผนหลักและแผนการดำเนินงานประจำปีของกองทุนในภาพรวม

ข้อ ๑๕ ให้คณะกรรมการบริหารแผนจัดทำรายงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานของแผนเสนอต่อคณะกรรมการอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง หรือตามที่คณะกรรมการกำหนด

ให้คณะกรรมการบริหารแผนนำเสนอรายงานตามวรรคหนึ่งต่อคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนตามมาตรา ๓๗ เพื่อทราบด้วย

ข้อ ๑๖ ให้คณะกรรมการบริหารแผนพิจารณาจัดให้มีการประเมินผลสำหรับแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ขนาดใหญ่ที่มีวงเงินงบประมาณเกินกว่า ๒๐ ล้านบาท โดยเริ่มดำเนินการอย่างช้าภายในระยะเวลา กึ่งหนึ่งของระยะเวลาที่กำหนดในแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการนั้น

ข้อ ๑๗ ให้คณะกรรมการบริหารแผนจัดให้มีการประเมินผลลัพธ์ของแผนอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสามปี และรายงานให้คณะกรรมการทราบ

ข้อ ๑๘ คณะกรรมการหรือคณะกรรมการบริหารแผน อาจจัดให้มีการติดตามและประเมินผล นอกเหนือ จากการรายงานและประเมินผลในข้อ ๑๕ ข้อ ๑๖ และข้อ ๑๗ ก็ได้

หมวด ๓

การดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานของกองทุน

ข้อ ๑๙ การดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานของกองทุน ให้สำนักงานกองทุนดำเนินการ โดยวิธีการ ดังต่อไปนี้

- (๑) การสนับสนุนทุนให้แก่ภาคี
- (๒) การสนับสนุนทุนร่วมกับภาคีเพื่อการสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
- (๓) การให้บริการหรือปฏิบัติการกิจโดยส่วนงานภายในสำนักงานกองทุน

ส่วนที่ ๑

การสนับสนุนทุนให้แก่ภาคี

ข้อ ๒๐ สำนักงานกองทุนอาจให้การสนับสนุนแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่มีลักษณะเป็น กิจกรรม ๓ ประเภท ดังนี้

(๑) กิจกรรมด้านการพัฒนาและปฏิบัติการ หมายถึง กิจกรรมที่มีลักษณะเป็นการฝึกอบรม การรณรงค์ การจัดกิจกรรมหรือพัฒนารูปแบบที่เป็นนวัตกรรม การพัฒนาเครือข่ายภาคี หรือปฏิบัติการอื่นใดในด้านการ สร้างเสริมสุขภาพ

(๒) กิจกรรมด้านการศึกษาวิจัยและการประเมิน หมายถึง กิจกรรมที่มีลักษณะเป็นการศึกษาวิจัย การทบทวนองค์ความรู้ การวิจัยและพัฒนา การประเมินผล รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพทางการวิจัยหรือ การประเมินด้วย

(๓) กิจกรรมด้านการอุปถัมภ์กิจกรรม หมายถึง กิจกรรมที่มีลักษณะเป็นการให้ทุนแก่กิจกรรมต่างๆ เพื่อเป็นสื่อกลางในการสร้างความรู้และค่านิยมในการสร้างเสริมสุขภาพ

แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการตาม (๑) และ (๒) ต้องมีกรอบเงินงบประมาณและรายละเอียดค่าใช้จ่ายสอดคล้องกับหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการกำหนด

แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการตาม (๓) ต้องมีวงเงินงบประมาณที่ขอรับการสนับสนุนจากกองทุนเหมาะสมกับเงื่อนไขและรายการสิทธิประโยชน์ที่ผู้รับทุนจะดำเนินการตอบแทนให้แก่กองทุน

ข้อ ๒๑ แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่อยู่ในข่ายที่กองทุนจะให้การสนับสนุนต้องเป็นแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนและกิจการของกองทุนตามมาตรา ๕ และมาตรา ๙ (๔) และแผนหลักหรือแผนการดำเนินงานประจำปีของกองทุนแผนใดแผนหนึ่งที่คณะกรรมการให้ความเห็นชอบไว้แล้ว โดยต้องไม่เป็นกิจกรรมที่มุ่งจัดหาครุภัณฑ์ ที่ดินหรือสิ่งก่อสร้างเป็นหลัก หรือเกี่ยวพันกับผลประโยชน์ทางการเมืองอย่างชัดเจน ทั้งนี้ ผู้จัดการอาจประกาศกำหนดรายละเอียดของลักษณะแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการที่อยู่ในข่ายที่กองทุนจะให้การสนับสนุนเพิ่มเติมก็ได้

ข้อ ๒๒ ให้สำนักงานกองทุนร่วมกับภาคีและผู้เกี่ยวข้องพัฒนารายละเอียดของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ภายใต้แผนการดำเนินงานประจำปีแผนใดแผนหนึ่งที่คณะกรรมการให้ความเห็นชอบไว้แล้ว ตามแบบที่ผู้จัดการกำหนด โดยอาจพัฒนาแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่มีลักษณะเป็นงานนวัตกรรมที่ไม่ได้กำหนดไว้ในแผนดังกล่าวได้ไม่เกินร้อยละ ๕ ของวงเงินงบประมาณที่กำหนดไว้ในแต่ละแผน

สำนักงานกองทุนอาจเปิดรับแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการภายใต้แผนการดำเนินงานประจำปีจากผู้สนใจ โดยการประกาศรายละเอียดของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการที่ต้องการเปิดรับให้สาธารณชนทราบทางสื่อมวลชนหรือช่องทางอื่นตามเวลาและโอกาสที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สนใจได้มีโอกาสเสนอแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการตามแบบที่ผู้จัดการกำหนด

ข้อ ๒๓ ให้สำนักงานกองทุนจัดให้มีการกลั่นกรองทางวิชาการเกี่ยวกับรายละเอียดของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการที่ผ่านการพัฒนาตามข้อ ๒๒ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้เสียโดยตรงกับผู้เสนอแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ

จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิในการกลั่นกรองทางวิชาการตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามขนาดแผนงาน 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 โดยมีกรรมการบริหารแผนหรือ อนุกรรมการที่เกี่ยวข้องรวมอยู่ด้วยอย่างน้อย ๑ คน
• ๑๐,๐๐๐,๐๐๑ - ๒๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท	อย่างน้อย ๗ คน โดยมีกรรมการบริหารแผนหรือ อนุกรรมการที่เกี่ยวข้องรวมอยู่ด้วยอย่างน้อย ๑ คน และจะต้องมีการประชุมพิจารณา
• เกินกว่า ๒๐ ล้านบาท	อย่างน้อย ๗ คน โดยมีกรรมการบริหารแผนหรือ อนุกรรมการที่เกี่ยวข้องรวมอยู่ด้วยอย่างน้อย ๓ คน และจะต้องมีการประชุมพิจารณา

ผู้ทรงคุณวุฒิตามวรรคหนึ่งให้เลือกจากบัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อกลั่นกรองทางวิชาการตามข้อ ๒๔

ข้อ ๒๔ ให้สำนักงานกองทุนจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อกลั่นกรองทางวิชาการ จำนวน ๓ บัญชี ดังนี้

(๑) บัญชีกลางหมายถึงบัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งประกอบด้วยกรรมการกองทุน กรรมการบริหารแผน อนุกรรมการ ผู้บริหารกองทุน และผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญอื่นๆ ที่เหมาะสมจะเป็นผู้ทรงคุณวุฒิร่วมของทุกแผนได้ โดยให้ผู้จัดการรับผิดชอบในการจัดทำปีละครั้ง และให้ใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตามบัญชีนี้ในการกลั่นกรองทางวิชาการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการได้ในทุกแผน

(๒) บัญชีเฉพาะของคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะ หมายถึง บัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งประกอบด้วยผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญที่คณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะเห็นชอบซึ่งไม่มีรายชื่อซ้ำกับบัญชีกลาง โดยให้ผู้จัดการร่วมกับผู้จัดการแผนงานจัดทำบัญชีรายชื่อแล้วเสนอขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะปีละครั้ง และให้ใช้ผู้ทรงคุณวุฒิตามบัญชีนี้ได้เฉพาะการกลั่นกรองทางวิชาการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะ

(๓) บัญชีเฉพาะของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ หมายถึง บัญชีรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่คณะกรรมการบริหารแผนแต่ละคณะเห็นชอบให้เป็นผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสำหรับการกลั่นกรองทางวิชาการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการนั้นๆ รวมถึงการกลั่นกรองทางวิชาการสำหรับโครงการย่อยที่มีได้ทำสัญญา รับทุนกับกองทุนโดยตรงด้วย ทั้งนี้ ให้กรรมการกำกับทิศทางเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตามบัญชีนี้โดยอัตโนมัติและให้สามารถกลั่นกรองทางวิชาการได้เช่นเดียวกับผู้ทรงคุณวุฒิที่คณะกรรมการบริหารแผนได้ให้ความเห็นชอบ

ข้อ ๒๕ ให้สำนักงานกองทุนประมวลผลการกลับรื่องทางวิชาการและพิจารณาให้มีการปรับปรุงรายละเอียดของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ถ้าจำเป็น เพื่อเสนอเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้มีอำนาจพิจารณาอนุมัติตามข้อ ๒๖

ข้อ ๒๖ ให้สำนักงานกองทุนเสนอแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ พร้อมกับผลการกลับรื่องทางวิชาการตามข้อ ๒๕ ให้ผู้มีอำนาจพิจารณาอนุมัติตามกรอบวงเงิน ดังนี้

(๑) วงเงินไม่เกิน ๒๐ ล้านบาท ให้ผู้จัดการพิจารณาอนุมัติแล้วรายงานให้คณะกรรมการทราบ

(๒) วงเงินเกิน ๒๐ ล้านบาท แต่ไม่เกิน ๓๐ ล้านบาท ให้คณะกรรมการบริหารแผนพิจารณาอนุมัติแล้วรายงานให้คณะกรรมการทราบ

(๓) วงเงินเกิน ๓๐ ล้านบาท ให้คณะกรรมการบริหารแผนพิจารณาเสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติ

ในกรณีที่มีเหตุผลหรือความจำเป็นต้องให้องค์กร มูลนิธิ หรือผู้รับทุนรายใด ดำเนินแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการที่มีความต่อเนื่อง ให้ระบุเหตุผลหรือความจำเป็นนั้นประกอบการขออนุมัติตามวรรคหนึ่งให้ชัดเจน

ข้อ ๒๗ เมื่อผู้มีอำนาจได้พิจารณาอนุมัติตามข้อ ๒๖ ให้ผู้จัดการจัดทำสัญญากับผู้รับทุน และบริหารสัญญาตามระเบียบกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยสัญญาเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

ก่อนการจัดทำสัญญาตามวรรคหนึ่ง ให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้รับทุน และห้ามจัดทำสัญญากับผู้รับทุนที่ขาดคุณสมบัติ พร้อมทั้งให้แจ้งผู้รับทุนทราบโดยเร็ว

ผู้รับทุนที่ขาดคุณสมบัติตามวรรคสอง อาจอุทธรณ์คำสั่งดังกล่าวต่อผู้จัดการภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง พร้อมทั้งต้องแสดงเหตุผลของการอุทธรณ์และเอกสารที่เกี่ยวข้องมาด้วย และให้ผู้จัดการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์พร้อมทั้งแจ้งผลให้ผู้อุทธรณ์ทราบภายใน ๑๕ วันนับแต่วันที่ได้รับอุทธรณ์ ทั้งนี้ การวินิจฉัยอุทธรณ์ของผู้จัดการให้ถือเป็นที่สุด และให้รายงานคำวินิจฉัยอุทธรณ์นั้นให้คณะกรรมการทราบด้วย

ข้อ ๒๘ เพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุตามวัตถุประสงค์ ให้ผู้รับทุนแต่งตั้งผู้รับผิดชอบโดยความเห็นชอบจากสำนักงานกองทุน เพื่อทำหน้าที่ในการบริหารจัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ

ผู้รับผิดชอบตามวรรคหนึ่งต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ โดยได้แสดงถึงความมุ่งมั่น ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ และการเป็นที่ยอมรับของภาคีที่เกี่ยวข้อง

(๒) เป็นผู้มีความสามารถและประสบการณ์ในการบริหาร

(๓) สามารถอุทิศเวลาปฏิบัติงานได้จริงตามสัญญา

(๔) ไม่เป็นผู้มีประวัติเสื่อมเสียในทางการเงินหรือการรับทุน ทั้งนี้ ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงข้อมูลจากแหล่งทุนอื่นประกอบด้วย

ในกรณีที่ผู้รับผิดชอบพ้นจากหน้าที่ไม่ว่าด้วยเหตุใดๆ หรือมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบตามวรรคหนึ่ง เพื่อให้การบริหารจัดการแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ให้ผู้รับทุนขอความเห็นชอบจากสำนักงานกองทุนก่อนแต่งตั้งผู้รับผิดชอบคนใหม่

ข้อ ๒๙ ให้สำนักงานกองทุนกำกับติดตามและให้คำแนะนำผู้รับทุนหรือผู้รับผิดชอบตามข้อ ๒๘ ในการปฏิบัติตามสัญญา หลักเกณฑ์ คู่มือ หรือแนวทางปฏิบัติที่สำนักงานกองทุนกำหนด และให้สำนักงานกองทุนจัดให้มีการตรวจสอบและรับรองรายงานการใช้จ่ายเงินสำหรับแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการตามข้อ ๒๐ (๑) และ (๒) ตามระเบียบกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบโครงการ

ในกรณีที่แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการมีวงเงินสูงกว่า ๑๐ ล้านบาท ให้สำนักงานกองทุนกำหนดให้ผู้รับทุนหรือผู้รับผิดชอบพัฒนากลไกการกำกับติดตามและประเมินผลภายในของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ และให้ผู้รับทุนหรือผู้รับผิดชอบจัดทำรายงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการนั้นเสนอต่อคณะกรรมการบริหารแผนหรือเสนอผ่านคณะกรรมการกำกับทิศทางที่คณะกรรมการบริหารแผนแต่งตั้งอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง หรือตามที่คณะกรรมการบริหารแผนกำหนด

ข้อ ๓๐ การสิ้นสุดของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ต้องเป็นไปตามกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้

- (๑) ผู้รับทุนได้ดำเนินแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการตามที่ได้วางแผนและบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ที่ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการแล้ว
- (๒) ผู้รับทุนและผู้จัดการเห็นพ้องร่วมกันว่าแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ประสบข้อจำกัด หรืออุปสรรค หรือสถานการณ์พิเศษ หรือมีเหตุจำเป็นอื่น อันไม่สมควรดำเนินโครงการต่อไป
- (๓) มีเหตุอันสมควรให้ผู้จัดการบอกเลิกสัญญา

ส่วนที่ ๒

การสนับสนุนทุนร่วมกับภาคีเพื่อการสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อ ๓๑ สำนักงานกองทุนอาจสนับสนุนทุนร่วมกับภาคีที่เป็นนิติบุคคลเพื่อการสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายใต้หลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในส่วนนี้

ข้อ ๓๒ ภาคีที่สำนักงานกองทุนอาจร่วมสนับสนุนทุนตามข้อ ๓๑ จะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้

- (๑) เป็นหน่วยงานของรัฐ หรือภาคเอกชนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินกิจการอันเป็นสาธารณประโยชน์ และมีได้แสวงหากำไร และไม่เกี่ยวข้องโดยตรงหรือโดยทางอ้อมกับบุคคลหรือนิติบุคคลที่ดำเนินกิจการที่ขัดหรือแย้งกับวัตถุประสงค์ของกองทุน
- (๒) มีความประสงค์เข้าร่วมดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานของกองทุน
- (๓) มีความพร้อมในการจัดสรรเงินเข้าร่วมดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕ ของเงินที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหรือตามจำนวนที่คณะกรรมการบริหารแผนกำหนด

ข้อ ๓๓ ให้สำนักงานกองทุนร่วมกับภาคีพัฒนารายละเอียดของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ ที่มีกิจกรรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนและกิจการของกองทุนตามมาตรา ๕ และมาตรา ๙ (๔) ภายใต้แผนการดำเนินงานประจำปีแผนใดแผนหนึ่งที่คณะกรรมการให้ความเห็นชอบไว้แล้ว ตามแบบที่ผู้จัดการกำหนด

ข้อ ๓๔ ให้สำนักงานกองทุนจัดให้มีการกลั่นกรองทางวิชาการเกี่ยวกับรายละเอียดของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการที่ผ่านการพัฒนาตามข้อ ๓๓

ให้นำข้อ ๒๓ และข้อ ๒๔ มาใช้บังคับกับการกลั่นกรองทางวิชาการตามวรรคหนึ่งโดยอนุโลม

ข้อ ๓๕ ให้สำนักงานกองทุนเสนอแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ พร้อมกับผลการกลั่นกรองทางวิชาการตามข้อ ๓๔ ให้ผู้มีอำนาจพิจารณาอนุมัติตามกรอบวงเงิน ดังนี้

(๑) วงเงินได้รับจัดสรรจากกองทุนไม่เกิน ๒๐ ล้านบาท ให้ผู้จัดการพิจารณาอนุมัติแล้วรายงาน ให้คณะกรรมการทราบ

(๒) วงเงินได้รับจัดสรรจากกองทุนเกิน ๒๐ ล้านบาท แต่ไม่เกิน ๓๐ ล้านบาท ให้คณะกรรมการบริหารแผนพิจารณาอนุมัติแล้วรายงานให้คณะกรรมการทราบ

(๓) วงเงินได้รับจัดสรรจากกองทุนเกิน ๓๐ ล้านบาท ให้คณะกรรมการบริหารแผนพิจารณาเสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติ

ข้อ ๓๖ เมื่อผู้มีอำนาจได้พิจารณาอนุมัติแล้ว ให้ผู้จัดการจัดทำสัญญาภาคีและบริหารสัญญาตามระเบียบกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยสัญญาเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และให้นำข้อ ๒๗ ของข้อบังคับนี้มาใช้บังคับกับการจัดทำสัญญาดังกล่าวโดยอนุโลมด้วย

การตรวจสอบและรับรองรายงานการใช้จ่ายเงินของแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการที่จัดทำสัญญาตามวรรคหนึ่ง ให้ดำเนินการตามระเบียบกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบโครงการ

ส่วนที่ ๓

การให้บริการหรือปฏิบัติการกิจโดยส่วนงานภายในสำนักงานกองทุน

ข้อ ๓๗ ให้ส่วนงานมีอำนาจให้บริการหรือปฏิบัติการกิจด้วยตนเองตามแผนการดำเนินงานประจำปีแผนใดแผนหนึ่งที่คณะกรรมการได้ให้ความเห็นชอบไว้แล้ว

หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินงานและการใช้จ่ายเงินของส่วนงานตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามกฎ ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หรือคำสั่งของกองทุนที่ใช้บังคับเป็นการทั่วไป เว้นแต่ระเบียบจัดตั้งส่วนงานนั้นกำหนดเรื่องใดไว้เป็นการเฉพาะแล้ว ให้ดำเนินการในเรื่องนั้นตามที่กำหนดไว้ในระเบียบจัดตั้งส่วนงานนั้น

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๓๘ ให้แผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการที่ได้รับการอนุมัติสนับสนุนงบประมาณไปแล้วก่อนวันที่ข้อบังคับนี้ใช้บังคับ ดำเนินการต่อไปจนสิ้นสุดแผนงาน ชุดโครงการ หรือโครงการ หรือจนกว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ได้

ข้อ ๓๙ ให้คณะกรรมการบริหารแผนหรือคณะกรรมการกำกับทิศทาง ซึ่งปฏิบัติหน้าที่อยู่ในวัน ก่อนวันที่ข้อบังคับนี้ใช้บังคับ ยังคงปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนครบวาระ โดยถือเป็นคณะกรรมการบริหารแผนและคณะกรรมการกำกับทิศทางตามข้อบังคับนี้

ข้อ ๔๐ ในระหว่างที่ยังมิได้มีการออกกฎ ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หรือคำสั่งตามข้อบังคับนี้ให้นำกฎ ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หรือคำสั่งที่ใช้บังคับอยู่ในวันก่อนวันที่ข้อบังคับนี้ใช้บังคับ มาใช้บังคับโดยอนุโลม เพียงเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒



(นายอนุทิน ชาญวีรกูล)

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

ตามที่คณะกรรมการประเมินผลได้มีการประเมินผลการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลของ สสส. ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ จนถึงปัจจุบัน และที่ผ่านมาสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มีการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการด้านการประเมินการบริหารจัดการที่ดี^{๑๕๒} มาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ สสส. ได้มีการปรับปรุงกรอบการประเมินธรรมาภิบาล เพื่อให้การประเมินผลมีความชัดเจนและสอดคล้องต่อกระบวนการดำเนินงานและพันธกิจหลักที่สำคัญของ สสส. ให้มากยิ่งขึ้น โดยแบ่งการประเมินออกเป็น ๒ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ : การประเมินธรรมาภิบาลด้านกระบวนการ โดยเน้นกระบวนการดำเนินงานที่สำคัญของ สสส. ๓ กระบวนการ ได้แก่ ๑) การวางแผนยุทธศาสตร์ ๒) การสนับสนุนทุน และ ๓) การประเมินผล และส่วนที่ ๒ : การประเมินธรรมาภิบาลด้านผลลัพธ์ของทั้ง ๓ กระบวนการ รวมทั้งยังคงยึดตามกรอบการประเมินผลการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล ๖ หลักการ ตามที่คณะกรรมการประเมินผลได้เห็นชอบไว้ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ ได้แก่ หลักการปลอดผลประโยชน์ทับซ้อน หลักการรับผิดชอบต่อผลการดำเนินงาน หลักการมีส่วนร่วม หลักความโปร่งใส หลักนิติธรรม และหลักความถูกต้องชอบธรรม

จากการตรวจสอบของฝ่ายติดตามและประเมินผล พบว่า สสส. ได้มีการประกาศสำนักงานกองทุนเรื่องเจตจำนงและนโยบายการบริหารกิจการตามหลักธรรมาภิบาล พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อเป็นมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติให้บุคลากรของ สสส. ยึดถือปฏิบัติควบคู่กับการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และข้อบังคับอื่นๆ ทั้งนี้ในการจัดทำแผนการดำเนินงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ สสส. ได้ดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลในทุกขั้นตอน ดังนี้

๑. หลักการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน

สสส. มีการเผยแพร่แนวทางการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์อย่างเป็นทางการในการประชุมพิจารณาแผนของคณะกรรมการบริหารแผนทุกคณะ มีกระบวนการกลั่นกรองผลประโยชน์ทับซ้อนในขั้นตอนการพิจารณาแผน ซึ่งพบว่าคณะกรรมการบริหารแผนมีการปลอดจากผลประโยชน์ทับซ้อนตามระเบียบของ สสส. รวมทั้งมีการสื่อสารถึงแนวทางปฏิบัติในการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

๒. หลักการแสดงความรับผิดชอบต่อผลงาน

สสส. มีการทบทวนทิศทาง เป้าหมายและ ยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี และเน้นย้ำเป้าหมายตามแผนหลัก ๓ ปีของ สสส. ในการวางแผนการดำเนินงานทั้งในภาพรวมและรายแผน โดยทุกแผนได้มีการประเมินทางเลือกต่างๆ อย่างรอบคอบและใช้ข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผน มีการชี้แจงผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ทราบ รวมทั้งมีการกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่ชัดเจน

^{๑๕๒} ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการประเมินผล

๓. หลักการมีส่วนร่วม

สสส. มีการแจ้งให้สาธารณชนทราบล่วงหน้า โดยมีการระบุกรอบระยะเวลาและช่องทางการมีส่วนร่วม ในการวางแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในหลายช่องทาง รวมทั้งกำหนดให้มีความหลากหลายของภาคีเครือข่าย ที่เข้าร่วมเวที/กระบวนการวางแผนตามความเหมาะสม

๔. หลักความโปร่งใส

สสส. มีการเผยแพร่ข้อมูลต่างๆ โดยมีการจัดระบบข้อมูล/เอกสารหลักที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนอย่างเป็นระบบ แบ่งเป็นประเภท/หมวดหมู่ เพื่อให้สะดวกต่อการเข้าถึงของสาธารณะ มีการระบุช่องทางการเปิดเผย ข้อมูลในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน และแจ้งให้สาธารณชนทราบล่วงหน้า

๕. หลักนิติธรรม

สสส. มีการรวบรวมระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน เพื่อความสะดวกในการเข้าถึง และได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของกระบวนการและรายงานให้ผู้บริหาร คณะกรรมการบริหารแผน คณะกรรมการกองทุน ฯลฯ ได้รับทราบก่อนตัดสินใจอนุมัติร่างแผน/แผนในแต่ละขั้นตอน

๖. หลักความถูกต้องชอบธรรม

สสส. มีการเน้นย้ำเพื่อสร้างความตระหนักเรื่องหลักความถูกต้องชอบธรรมในทุกขั้นตอน มีกระบวนการพิจารณาของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อกลั่นกรองความถูกต้องชอบธรรมทั้งในระดับแผนและในภาพรวม รวมถึงเปิดให้มีช่องทางการร้องเรียนหากพบว่ามี การดำเนินการที่ไม่ถูกต้อง

การประเมินผลการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลของ สสส. เป็นการประเมินผลโดยสำนักงาน ร่วมกับผู้ประเมินผลภายนอก ภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการด้านการประเมินการบริหารจัดการที่ดี โดยในแต่ละปีสำนักงานจะนำเสนอรายงานการประเมินผลการดำเนินงานตลอดปีงบประมาณ ต่อคณะกรรมการประเมินผล เพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะต่อสำนักงานในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการที่ดี ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้การปฏิบัติงานของ สสส. มีระบบบริหารจัดการและการกำกับดูแลกิจการที่ดี มีความชัดเจน โปร่งใส และมีธรรมาภิบาลเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง





สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
๙๔/๘ อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ
เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๒๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๓๔๓ ๑๕๐๐
www.thaihealth.or.th